



ARTIGO

SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA PERDA DENTÁRIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REALIDADE ENTRE O PENSAR E O FAZER*MEANINGS OF TOOTH LOSS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: REALITY BETWEEN THINKING AND DOING*LAÍS RAMOS QUEIROZ¹; MARIA ÂNGELA ALVES DO NASCIMENTO²

1 - Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

2 - Professora Titular Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

RESUMO

No Brasil, a Odontologia foi historicamente estruturada sobre aspectos curativos, levando muitos indivíduos a perderem os dentes. Este é um estudo qualitativo, acerca da perda dentária dos usuários da Estratégia Saúde da Família. A entrevista semiestruturada foi a técnica de coleta de dados. A análise de conteúdo foi o método utilizado para analisar os dados, tendo cinco categorias elaboradas. Os resultados revelam a necessidade de mudança na atenção à saúde bucal, revertendo a prática mutiladora, com ações voltadas para a educação em saúde, para a consciência sanitária e maior acesso da população aos serviços de saúde bucal, numa perspectiva ampliada de saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde bucal; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Dentistry in Brazil was structured on curative aspects, leading many people to lose their teeth. Qualitative study whose object is the tooth loss of Family Health Strategy users. The semi-structured interview was the data collection technique. Content analysis was the method used to analyze the data, generating five categories. This study results show the need of change in oral health care, reversing the mutilating practice, with actions for health education, health awareness, and greater access of the population to oral health services, in an expanded health perspective.

Keywords: Primary health care; Oral health; Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as práticas de saúde bucal foram estruturadas a partir de aspectos curativos e no alívio da dor, o que contribuiu para a construção de uma odontologia mutiladora e, nesse contexto, muitos indivíduos sofreram perdas dentárias, muitas vezes por causa de lesões de cárie e odontalgias que poderiam ter sido tratadas com outros recursos que não fossem as extrações¹.

Durante muito tempo, os serviços de saúde pública ofereceram um atendimento odontológico curativo, mutilador, com baixa cobertura, alto custo e baixo impacto epidemiológico². Concretamente, uma prática essencialmente curativista, com grande predomínio do setor privado³. Entretanto, como reflexo de um modelo voltado para a cura e alívio da dor, resultados preocupantes foram encontrados no levantamento epidemiológico em saúde bucal, de 1986, realizado pelo

Ministério da Saúde, caracterizando uma prática baseada em extrações em massa e um modelo curativo-mutilador⁴.

Outrossim, a fim de superar o modelo baseado em práticas curativas, vem se tentando mudar o quadro brasileiro, com uma maior atenção à saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), direcionada para uma reorganização da atenção em saúde bucal com ações de prevenção, promoção de saúde, cura e reabilitação, de acordo com os princípios do SUS⁵.

Tal política constitui o eixo básico para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, com o objetivo de alcançar um novo processo de trabalho fundamentado na produção do cuidado. Dentro desse contexto, o Ministério da Saúde⁵ destaca que todo tratamento deve priorizar procedimentos conservadores (todos aqueles que visam à manutenção dos dentes), invertendo a lógica que leva à mutilação.



Uma vez que o edentulismo tem causas sociais, dentes passíveis de recuperação são extraídos por problemas econômicos, o que pode trazer consequências ruins para o bem-estar do indivíduo⁶.

Nesse sentido, entendemos que a efetividade de uma política de saúde bucal poderá ser uma estratégia de impacto para o processo saúde-doença com repercussões na qualidade de vida, até porque considerarmos os dentes como elementos importantes por desempenharem diversas funções, dentre elas a mastigação, a adequação estética das pessoas, além de influenciarem na fonação. A cavidade bucal, portanto, tem relevância nas dimensões biológica, social e psicológica do indivíduo, e pode afetar a comunicação e a autoestima.

Mediante tal realidade, vemos também que a perda dentária poderá trazer sentimentos negativos às pessoas em geral, por se sentirem envergonhadas e com uma sensação de perda irreparável. Concretamente, as consequências dessa ausência dos dentes na vida cotidiana são relacionadas a alguns problemas funcionais como comer, mastigar ou falar. Outros são de caráter social, e incluem mudanças no comportamento, tais como insatisfação com a aparência, prejuízo na aceitação social e dificuldade de acesso ao mercado de trabalho⁷.

Para tanto, este estudo tem uma relevância social diante das possibilidades das contribuições a respeito dos danos causados pela perda dentária dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Feira de Santana-Bahia, a partir de uma realidade concreta, tendo em vista que os seus resultados poderão subsidiar os gestores do sistema local de saúde para elaboração de uma política de saúde bucal considerando o planejamento e implementação das suas ações numa perspectiva da integralidade, com avanços tanto na atenção básica, como também na atenção secundária e terciária. O estudo ao revelar os sentimentos dos usuários quanto à perda dentária, poderá levar à sensibilização dos cirurgiões-dentistas para uma prática diferenciada daquela até então vigente – modelo procedimento-centrado.

Dessa forma, considerando-se significados como “aqueles que estão no mundo de modo compartilhado e são sustentados pela compreensão, discurso e disposição”^{8:14} e sentidos como “o que sustenta as significações do mundo, o fundamento”^{8:14}, esse artigo tem como objetivos compreender os significados e sentidos da perda dentária para os usuários e cirurgiões-dentistas da ESF, assim como identificar os motivos da perda dentária e suas consequências na saúde dos usuários.

METODOLOGIA

Este é um estudo qualitativo, preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado e aprofunda-se no significado das ações e relações humanas, além de envolver significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que formam um conjunto de dados qualitativos⁹. Dentro de tal abordagem, optamos pelo estudo exploratório, aquele que tem o objetivo de aproximar o investigador ao tema de interesse, a

realidade, a fim de explorar possibilidades de conhecimento, para que possa aprofundar-se posteriormente¹⁰.

O estudo foi realizado em município do semiárido, localizado na Mesorregião Centro-Norte baiana. O campo de estudo propriamente dito foram oito Unidades de Saúde da Família (USF), selecionadas a partir do seguinte critério: possuir Equipes de Saúde Bucal com no mínimo seis meses de implantação.

Os participantes do estudo são representados por dois grupos. O grupo I, 11 usuários (adultos e idosos) que foram submetidos ou iriam se submeter a extrações dentárias; grupo II, oito cirurgiões-dentistas com mais de seis meses de experiência na USF, totalizando-se 19 participantes apresentados nos Quadros 1 e 2, um quantitativo que refletiu as suas múltiplas dimensões.

Na amostragem da pesquisa qualitativa, privilegamos os indivíduos que obedeceram aos critérios de seleção, para atender os objetivos do estudo. O quantitativo foi considerado suficiente porque nos permitiu uma reincidência das informações, chegando à saturação e exaustão das respostas. Portanto, seu critério não é numérico⁹.

Uma das técnicas de coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada acompanhada por roteiro, uma possibilidade para discorrer sobre o objeto estudado, sem respostas ou condições pré-definidas¹⁰. As entrevistas foram realizadas em uma sala da USF, utilizada especificamente para uma conversa privada entre a pesquisadora e os entrevistados, tendo sido gravadas com autorização dos participantes.

Como segunda técnica, a fim de complementar os dados da entrevista, foi realizada a observação livre. Na observação livre, como pesquisadoras utilizamos os sentidos para conhecermos a realidade e buscar as respostas para os objetivos da pesquisa¹⁰.

Na análise dos dados, escolhemos o método de Análise de Conteúdo numa perspectiva de Minayo⁹, seguindo as fases organização dos dados, classificação dos dados, e análise de dados propriamente dita.

Na organização dos dados, transcrevemos as entrevistas e, logo em seguida, fizemos a releitura do material, assim como organizamos os dados da observação seguindo uma determinada ordem. Na etapa de classificação dos dados, relemos todo material até a exaustão, a fim de encontrar os núcleos de sentido e as estruturas de relevância, ideias centrais e os momentos-chave da pesquisa, a classificação foi feita por temas relevantes, quando identificamos os núcleos de sentido.

E, finalmente, a análise final dos dados, quando reagrupamos por unidades temáticas: “Perda Dentária: uma questão de dor”; “Perda Dentária: uma questão sociocultural”; “Perda Dentária: os dentes estavam estragados”; “Perda Dentária: a ambiguidade entre benefícios e prejuízos” e “A perda dentária na visão do cirurgião-dentista”. Neste momento, triangulamos os dados entre os diferentes grupos participantes (cirurgiões-dentistas e usuários) e as duas técnicas de coleta (entrevista semiestruturada e observação livre), articulando as convergências e diferenças identificadas nos dados empíricos, com o referencial teórico e a nossa análise crítica como pesquisadoras.

Este estudo foi elaborado segundo os critérios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos¹¹. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (Número do Parecer: 278.623). No texto, os participantes são identificados por um número para garantir o anonimato, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde¹¹.

Quadro 1. Caracterização dos cirurgiões-dentistas (CD) pesquisados. Feira de Santana, Ago-Dez, 2013

CD	Sexo	Formação/Pós-graduação	Ano de Graduação	Vínculo de trabalho
1	F	Graduação	2010	Trabalha também em outros locais
2	F	Graduação	1997	Trabalha também em outros locais
3	F	Graduação/ Especializações (Saúde da Família, Gestão, Prótese)	2008	Trabalha também em outros locais
4	F	Graduação	2009	Dedicação Exclusiva à ESF
5	F	Graduação/ Especialização (Saúde da Família)	1986	Trabalha também em outros locais
6	M	Graduação	2011	Trabalha também em outros locais
7	M	Graduação/ Especialização (Radiologia)	2010	Dedicação Exclusiva à ESF
8	F	Graduação/ Especialização (Saúde pública)	1998	Dedicação Exclusiva à ESF

Quadro 2. Caracterização dos usuários entrevistados. Feira de Santana, ago-dez./2013

Usuário	Sexo	Idade	Profissão/ocupação
1	F	43	Professora
2	M	23	Carregador
3	F	52	Doceira
4	F	45	Dona de casa
5	F	34	Diarista
6	F	47	Costureira
7	F	53	Lavadeira
8	F	56	Dona de casa
9	F	49	Auxiliar de cozinha
10	M	23	Pintor
11	M	36	Autônomo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item, abordamos os resultados encontrados de maneira dinâmica, triangulando os dados, fazendo uma análise crítica, a partir das cinco categorias empíricas, analisadas a seguir:

Perda Dentária: uma questão de dor

De acordo com os usuários do ESF, existem diferentes motivos relacionados à sua perda dentária. O principal aspecto relacionado foi a *dor*, evidenciada em diversas falas, dentre elas explicitamos:

Eu comecei a sentir muitas dores e comecei a perder realmente os dentes, alguns chegaram ao ponto de não ter mais jeito e aí optei pela retirada (Usuária 1).

De acordo com o Quadro 1, dos oito cirurgiões-dentistas (CD), seis eram do sexo feminino, quatro CD possuíam especialização e apenas três deles trabalhavam exclusivamente no PSF. O tempo de formação destes profissionais variou entre 2 e 27 anos.

No Quadro 2, percebemos que dos 11 usuários pesquisados 8 são do sexo feminino. A faixa etária variou entre 23 e 56 anos de idade e a profissão/ocupação foi diversificada, desde professora a autônomo.

Eu não sei nem explicar, mas é porque eu sinto dor. Incomoda, não posso beber água gelada, tomar líquido quente também (Usuário 2).

Arranquei porque tava doendo. Doía muito aí eu tive que arrancar. Sentia muita dor (Usuária 8).

Durante a observação, notamos que a dor de origem dentária era comum entre os usuários, levando-os à busca das exodontias.

O cuidado à saúde bucal permite apreender que existem práticas culturais que muitas vezes se tornam a única alternativa para solucionar as dores e sofrimentos⁴. A prática da exodontia nesse estudo se mostrou para a realidade dos usuários como a opção de tratamento, culturalmente aceita, que perpassa por questões de cunho socioeconômico, para acabar com a dor de origem dentária.

Perda Dentária: uma questão socioeconômica

A concepção de que os dentes podem e devem ser extraídos é historicamente muito marcante na cultura brasileira, particularmente, na *era das extrações*, quando a Odontologia encontrava-se em um estágio radical, fundamentado no alívio das dores¹². Ainda hoje podemos ver as consequências desse pensamento se observarmos a quantidade de indivíduos edêntulos. Por muito tempo, a extração dentária foi vista como primeira opção de tratamento, como relata a Usuária 3.

Na época, minha mãe o dente cariava ela marcava logo o dentista e tinha que tirar pra não ficar com aquele cheiro, mau hálito.

Por muito tempo, os serviços públicos de saúde bucal no Brasil ofereceram à população um atendimento odontológico

curativo e mutilador, destacando-se a extração dentária como um recurso muito utilizado para resolver problemas bucais como dor e mobilidade dentária¹.

A condição socioeconômica das usuárias também foi associada à perda dentária, o que pode ser ressaltado nas falas a seguir:

Porque estragou e eu não tive condição [financeira] de fazer tratamento, aí estragou e eu tive que extrair (Usuário 4).

Só que eu extraí porque se fosse pra fazer um canal, faria, só que oh... dinheiro (Usuário 6).

Quer dizer, se eu tivesse dinheiro, condição na época eu não extrairia, mas por falta de opção, condição financeira, eu extraí meus quatro dentes (Usuário 9).

Esta é uma realidade encontrada nas Unidades de Saúde da Família, uma vez que muitas pessoas encontram na exodontia uma solução viável para os problemas dentários, em consequência da situação econômica, tornando-se *sine qua non* a perda dentária, em particular, para os indivíduos com menor escolaridade e poder aquisitivo, determinantes que concorrem para a maior probabilidade de se tornar edêntulo, diante da ineficiência e ineficácia dos serviços de saúde na atenção à saúde bucal integral.

Todavia, os indivíduos aceitam a extração dentária por precisarem de uma solução rápida para seus problemas bucais que possibilite o retorno às suas atividades diárias. Muitos deles sofrem mutilações dentárias por não possuírem condição financeira de pagar o tratamento necessário para a manutenção dos dentes e não terem acesso ao tratamento no serviço público⁷.

A questão financeira do usuário também foi referida pelos cirurgiões-dentistas como uma condição que influencia na perda dentária, assim como no estudo de Cimões e outros¹³, ao se reportar à classe social como uma das razões das perdas dentárias. Uma realidade encontrada no estudo de Hiramatsu, Tomita e Franco¹⁴, que enfatiza e complementa os motivos para as perdas dentárias dos sujeitos em consequência da cárie dentária, do difícil acesso aos serviços odontológicos, do alto custo dos tratamentos e da precária situação econômica dos usuários. Nesse contexto, para não permanecerem com dentes comprometidos em boca, os indivíduos passam pelas exodontias.

Perda Dentária: ‘os dentes estavam estragados’

Diversas falas dos usuários e cirurgiões-dentistas inferem como motivos da exodontia a cárie e a doença periodontal. Particularmente, para os usuários entre os motivos para as exodontias os dentes estavam “*estragados*” e/ou que o “*mau cheiro*”.

Neste estudo, tendo como sujeitos os cirurgiões-dentistas, a maioria deles relatou que as exodontias realizadas nas USF ainda são decorrentes da doença cárie e doença periodontal, causas que corroboram com diversos estudos^{7,13,14,15,16}.

Sob o paradigma biologicista, a cárie e a doença periodontal são determinantes para elevada incidência da

mutilação dentária, sem, entretanto, se fazer qualquer referência à ausência de políticas públicas em saúde bucal que existiu no Brasil¹². Principalmente, em regiões onde a população não tem acesso a ações de promoção de saúde bucal e a serviços odontológicos, o tratamento da cárie em estágio avançado é realizado com a extração dentária¹⁴.

Perda Dentária: contradição entre benefícios e prejuízos

Apesar de ser um tratamento mutilador, percebemos nas falas dos usuários o desconhecimento, arrependimento, conformismo, bem como a busca da beleza e a melhoria da saúde.

[...] hoje, se eu tivesse [conhecimento] eu não teria extraído esses dentes porque hoje a gente sabe que tem solução pra você cuidar deles e permanecer com eles, então, se na época eu tivesse o conhecimento que eu tenho hoje, tivesse procurado me informar melhor, eu não teria extraído nenhum desses dentes (Usuária 1).

[...] eu achei certo tirar pra não ficar com mau hálito, achei que devia ter tirado, já tava gasto, eu procurei o dentista pra tirar por causa disso (Usuária 3).

Porque a minha dentadura tava muito feia, tudo quebrado, e eu prefiro assim, porque pelo menos assim a gente tá vendo que não tem uma infecção, posso conversar com você e o bafo não tá indo, achei que assim é melhor (Usuária 7).

As usuárias, nestes fragmentos de suas falas, deixam implícitas que a exodontia é uma prática culturalmente aceita e, por vezes, para elas, foi melhor se submeterem à perda dentária do que manter os dentes que estão comprometidos. Uma realidade que pode revelar como um dos motivos a pouca importância atribuída à dentição natural, pois para alguns usuários o significado da exodontia é para melhorar ou acabar com um problema de saúde, mesmo que com prejuízos no futuro.

Outrossim, consideramos que a mutilação é tudo que altera a integridade do corpo, apesar da extração de dentes não ser vista socialmente, no senso comum, como uma forma de mutilação¹⁷.

Por conseguinte, a prática curativo-mutiladora ainda presente na nossa sociedade é aceita com passividade por parte das pessoas, que não vêm na exodontia e no edentulismo uma forma de mutilação e sim a solução de vários problemas.

No momento em que os usuários foram questionados sobre as consequências da perda dentária na qualidade de vida, apesar de alguns participantes referirem que as exodontias só trouxeram benefícios, para outros, trouxeram consequências negativas. O fato da perda dentária ‘trazer melhorias’ para a qualidade de vida configurou-se como um significado diferente do que é encontrado na literatura atual, evidenciada nas falas a seguir:

Eu me sinto melhor, me sinto mais bonita, da forma que estava não estava bem. [...] agora eu me sinto bem, [...] eu sentia muitas dores de cabeça com os dentes estragados e agora eu não sinto mais (Usuária 5).

Eu parei de sentir dor de cabeça, eu não fiquei perdendo peso, meu apetite voltou, eu me sentia enjoada, sentia que eu tinha um mau hálito horrível, tudo isso pra mim foi maravilhoso (Usuária 6).

Na oportunidade, ressaltamos que a Usuária 5 faz uso de prótese parcial e apresenta algumas ausências de elementos dentais e, mesmo assim, considera que as exodontias trouxeram benefícios, apesar de ter se sentido bastante incomodada logo após as extrações. Entretanto, apesar da Usuária 6 reforçar que a perda dos dentes trouxe melhores condições de saúde, este mesmo usuário e os Usuários 8 e 9 afirmam que a ausência de dentes trouxe também incômodo, desconforto e vergonha, destacados nas falas a seguir:

Enquanto você não coloca a prótese pra substituir aquela ‘vaga’ horrorosa que fica, então você se sente incomodado porque não vai sorrir e eu adoro dar risada. Eu me senti incomodada assim, o fato de você ter que sorrir (Usuária 6).

Mudou porque eu tenho até vergonha de sorrir (Usuária 8).

Quando eu era mais jovem eu tinha vergonha de dizer que tinha dentadura, porque quando a gente tem namorado, a vaidade... é uma coisa desconfortável, nunca é bom (Usuária 9).

Percebemos durante o estudo que a perda dos dentes também faz as pessoas deixarem de sorrir, como relatou a Usuária 6, o que influencia na qualidade de vida. Além disso, o sentimento de vergonha é causado pela ausência dos elementos dentários, com repercussões na autoestima.

Nesse aspecto, a perda dentária traz vários problemas, incluindo mudanças no comportamento, problemas para falar, insatisfação com a aparência, prejuízo na aceitação social e dificuldade de acesso ao mercado de trabalho. Contribuindo com os sentimentos negativos dos indivíduos. As pessoas sentem-se envergonhadas e têm a sensação de perda irreparável. A perda dos dentes pode levar a mudanças de comportamento que os levam a esconder a boca, por sentirem vergonha. Desse modo, as pessoas passam a evitar falar, comer e sorrir na frente de pessoas estranhas⁷.

Na fala da Usuária 9 transparece um sentimento de perda irreparável e insatisfação com a aparência devido às exodontias.

E realmente é uma perda muito grande dos nossos dentes porque na mastigação a gente sente diferente. [...] Então, a perda dos dentes é uma falta muito grande. É como se a gente perde um órgão da gente. Porque na verdade é um órgão também, faz falta [...] Mas, se você puder preservar seus dentes é a melhor forma que a pessoa tem, é ter uma vida melhor, é preservando sua arcada dentária (Usuária 9).

De acordo com o estudo de Mendonça¹⁷, a principal colocação feita pelos que não têm mais dentes foi sobre o não poder “comer de tudo”. O que pode revelar a necessidade e o desejo não satisfeito, chegar em casa depois de um dia de trabalho e não poder comer “nem carne”. Este sentido também foi explicitado por participantes do presente estudo. Adicionalmente, Jones e outros¹⁸, em sua pesquisa relatam que a proporção de indivíduos que evitam comer determinados tipos de alimentos é maior nos grupos que possuem menor quantidade de elementos dentais.

Os usuários citaram ainda algumas consequências trazidas pela perda dos dentes, dentre elas, dores, dificuldades

de mastigação e de fonação, problemas estéticos e baixa autoestima.

Na estética, né? A gente se sente diferente, muda a nossa alimentação, a gente sente dificuldade na mastigação, eu passei a sentir algumas dores nas articulações devido a falta desses dentes, e até pra me habituar no dia a dia foi difícil. Mudou minha autoestima, a estética (Usuária 1).

Hoje eu sinto falta. Na mastigação, como eu tava conversando com a dentista, hoje eu tenho dificuldade, em vez de mastigar normalmente, às vezes eu fico forçando o lado direito ou até mesmo o lado esquerdo, procurando a maneira pra mastigar bem os alimentos (Usuário 11).

Corroboramos com Ferreira e outros⁴ ao destacarem que a mutilação dentária predispõe a um estado de doença, pois causa mudanças físicas, biológicas e emocionais. Nesse sentido, a perda dos dentes, traz consigo dificuldades de mastigação e alimentação, por isso muitas pessoas dão preferência a alimentos macios já que não conseguem mais comer alimentos duros¹.

As pessoas vêm na prótese dentária uma solução para as dificuldades enfrentadas após as extrações dentárias, no entanto o acesso à reabilitação protética ainda está limitado⁴.

A mutilação está configurada quando os discursos comparam os dentes naturais com os dentes artificiais, ou seja, com a estrutura de uma prótese dentária¹⁷, isto pode ser evidenciado no relato da Usuária 6.

E pra mim melhorou muito apesar de que ter dente ‘emprestado’ não é muito bom [...] É claro que se você fizer um canal, recuperar o dente é bem melhor.

Enfim, as consequências relacionadas com a perda dentária neste estudo foram desde funcionais, como mastigar e falar, até problemas estéticos, corroborando com outros estudos¹⁷. Além disso, houve também o relato de dores articulares após as extrações.

Nesse contexto, é inevitável indagar: o que pensa o cirurgião-dentista sobre a prática da exodontia?

A perda dentária na visão do cirurgião-dentista

Segundo os cirurgiões-dentistas, a perda dentária tem impactos negativos para a qualidade de vida dos usuários, seja na esfera social, seja no âmbito funcional. Dentre os problemas causados pela perda dentária, o mais citado pelos CD foi a dificuldade na mastigação.

A exodontia, para os CD, traz consequências como impacto social: vergonha; baixa autoestima; problemas articulares e nutricionais; além de problemas na fonação e na estética.

Na nutrição do paciente, problemas de articulação, problemas emocionais porque passa pelo emocional do paciente, ele vem fazer a extração, mas na maioria das vezes não tem condição de colocar nem prótese nem implante, nenhum tipo de reabilitação (Cirurgiã-dentista 2).

Além do impacto funcional, que compromete mastigação, estética, também a questão da autoestima do paciente (Cirurgião-dentista 6).

No entanto, apesar dos CD considerarem a extração dentária uma prática que pode trazer problemas de saúde com impactos negativos na qualidade de vida das pessoas, ela é realizada quando não há outro tipo de tratamento a ser realizado no serviço ou então quando é a única indicação, levando-nos a pensar que não depende exclusivamente da decisão do usuário desse serviço.

Tivemos oportunidade de observar que determinados CD mantiveram um diálogo com o usuário, informando-o que, em certos casos, não se faz necessária a prática da exodontia e sim outro tipo de tratamento, como o tratamento endodôntico. Além disso, vimos que os profissionais têm feito orientações de higiene bucal, o que contribui para a prevenção de problemas bucais.

No decorrer do estudo, os CD reportaram algumas dificuldades na atuação dentro das USF para a prevenção da perda dentária, como a falta de materiais para a efetivação do atendimento odontológico, a demora da reposição de material e até mesmo situações de equipamento avariado, como exemplo a autoclave. Concordamos com Rodrigues e Assis¹⁹ que algumas ações não podem ser desenvolvidas pelos CD por falta de estrutura física e de materiais ou equipamentos.

A deficiência e insuficiência de equipamentos e materiais foram citadas como um dificultador no desenvolvimento dos procedimentos odontológicos. Portanto, muitas vezes os profissionais realizam um atendimento restrito, basicamente fazendo extrações simples, algumas raspagens, escovação supervisionada com as crianças e aplicação tópica de flúor¹⁹.

Como dito anteriormente, a exodontia é uma prática culturalmente aceita e arraigada na sociedade. Além disso, a perda dentária ainda é vista por muitas pessoas como algo natural, o que para os CD torna-se uma dificuldade [as questões culturais] levando muitas vezes o paciente a buscar a exodontia.

Acho que a principal dificuldade é do paciente querer prevenir a perda dentária, porque tem alguns casos que mesmo a cárie sendo extensa daria pra tentar recuperar através de uma endodontia, mas muitas vezes o paciente ainda tem uma restrição [...] Às vezes acha que se a gente for fazer um canal ou um capeamento vai sentir dor, então antes de sentir dor é melhor extrair o dente (Cirurgiã-dentista 3).

A Cirurgiã-dentista 2, diferentemente dessa fala, faz referências a outras dificuldades que contribuem para a exodontia, refere-se a outras dificuldades para evitar as perdas dentárias como os problemas sociais da comunidade em que atua e também o tamanho do bairro com uma demanda grande de pessoas que necessitam de atendimento.

Porque a população desse bairro é muito grande, então é uma dificuldade que eu acho pra ter mais contato de atendimento com o paciente [...] não há condições da gente ter um atendimento regular pra abranger muitas pessoas.

Podemos inferir diante de tal realidade que a oferta dos serviços de saúde bucal é menor que a demanda da comunidade, portanto, muitas pessoas ficam desassistidas.

De acordo com a PNSB⁵, todo tratamento deve priorizar procedimentos conservadores invertendo a lógica que leva à mutilação. É responsabilidade da atenção básica detectar necessidades, encaminhar quando necessário e monitorar a evolução da reabilitação, e ainda acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento.

Contudo, defendemos que para que a atenção à saúde bucal seja integral é preciso que os usuários sejam atendidos de maneira resolutiva em todos os níveis de atenção. No entanto, encontramos uma realidade contraditória à PNSB⁵. Observamos que o acesso do usuário à atenção secundária ainda é difícil, constituindo-se como mais um dificultador na prevenção das perdas dentárias, o que está reforçado nas falas a seguir.

[...] e acaba o paciente ficando com o dente, a evolução para uma cárie maior, para endodontia e o paciente não tem condição de fazer, o CEO também não tem capacidade de atender esse tanto de gente e aí acaba evoluindo pra extração (Cirurgiã-dentista 2).

[...] às vezes a gente encaminha pra fazer uma endo, mas demora muito, o paciente às vezes não quer esperar, então as dificuldades são essas. As dificuldades do acesso ao tratamento odontológico especializado (Cirurgiã-dentista 5).

Apesar da Constituição Brasileira assegurar a saúde enquanto direito de todo cidadão, a ser garantido pelo Estado, é notória uma realidade desigual e excludente do acesso aos serviços de saúde, evidenciada no estudo de Assis e Abreu-de-Jesus²⁰, mesmo depois da implementação do SUS, já que o sistema apresenta avanços e limites na garantia do seu acesso universal. Os limites são associados, principalmente, a determinantes socioeconômicos ou pelas barreiras geográficas, já os avanços estão relacionados à ampliação da atenção básica.

A atenção secundária no âmbito da saúde bucal, prevista pelo SUS e representada pelo Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é essencial para a formação de um programa de saúde bucal integral. Porém, tal nível de atenção tem se mostrado restrito a um atendimento centralizado, de pouco acesso para os usuários, devido à grande demanda e a cobertura muito pequena⁷.

O próprio município de Feira de Santana pode ser um exemplo no que se refere à discrepância entre o acesso à atenção básica e o acesso à atenção secundária, já que atualmente há 39 Equipes de Saúde Bucal atuando nas USF, um Centro de Especialidades Odontológicas em funcionamento, desde 2006, e um novo CEO que vem sendo implementado, desde 2014. Vale ressaltar que estas unidades de atenção secundária atendem ainda à demanda de cidades circunvizinhas. Dessa forma, há maior dificuldade para alcançar a integralidade no âmbito da saúde bucal, em especial para o atendimento da população adulta, que em geral, tem necessidade de tratamentos mais complexos e a realidade do sistema de saúde do município estudado não garante resolubilidade ao grande número de usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados deste estudo, a cárie e a doença periodontal continuam a ser os principais motivos para que as exodontias sejam realizadas, em Feira de Santana, Bahia. Alguns usuários encontravam-se numa situação de conformismo em relação à perda dentária, mesmo sem conseguir uma reabilitação protética. No que se refere às consequências das perdas dentárias para a qualidade de vida havia uma situação contraditória: para alguns usuários a exodontia trouxe benefícios; para outros, consequências negativas; e havia ainda aqueles que mesmo apresentando sentimento de perda, referiram melhoria da qualidade de vida após as exodontias.

Para os CD, a prática da exodontia tem um aspecto negativo e traz diversos problemas funcionais como dificuldades na mastigação, limites nutricionais e de fonação e disfunções articulares, além dos problemas que interferem na vida social, como baixa autoestima, desemprego, problemas emocionais e estéticos. Dentre as dificuldades citadas pelos CD das USF para prevenir as perdas dentárias, destaca-se a dificuldade no acesso à atenção secundária, o que leva, na maioria das vezes, às exodontias que não precisariam ser realizadas se o usuário conseguisse passar por um atendimento de maior complexidade nos CEO.

Apesar da PNSB, vemos ainda as dificuldades na política de saúde pública brasileira refletindo na saúde bucal de maneira a comprometer a resolubilidade do serviço, inclusive com interferência na integralidade, o que vem a comprometê-la em todos os níveis de atenção. Entretanto, defendemos que é urgente modificar o modelo de atenção à saúde bucal com a implementação da PNSB, revertendo a prática de uma odontologia mutiladora.

Por conseguinte, é fundamental que haja não só tratamentos mais complexos, mas também um número maior de CEO a fim de diminuir a demanda reprimida, para que a população tenha mais acesso à atenção secundária e, dessa forma, a rede de atenção à saúde bucal seja fortalecida.

REFERÊNCIAS

1. Silva MES e, Magalhães CS de, Ferreira EF e. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva** 2010; 15(3): 813-820.
2. Silva MES, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva** 2010; 15(3): 841-850.
3. Pinto VG. Saúde bucal no Brasil. **Rev. Saúde Públ.** 1983; 17:316-27.
4. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciênc. saúde coletiva** 2006; 11(1): 211-218.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica/ Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2004.
6. Pinto VG. **Saúde bucal coletiva**. Editora Santos: São Paulo; 2000.
7. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Ciênc. saúde coletiva** 2005; 10(4): 1015-1024.
8. Anéas TV. **Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010. Disponível em < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-10062010-140742/pt-br.php>>. [2017 nov 20]
9. Minayo MCS. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed., São Paulo-Rio de Janeiro, Editora Hucitec-Abrasco, 1992.
10. Santana JSS. Percurso Metodológico. In: Santana JSS, Nascimento MAA do. **Pesquisa – Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. UEFS Editora: Feira de Santana; 2010.
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
12. Mendonça TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. **Cad. Saúde Pública** 2001; 17(6): 1545-1547.
13. Cimões R, Caldas Júnior AF, Souza EHA de, Gusmão ES. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. **Ciênc. saúde coletiva** 2007; 12(6):1691-1696.
14. Hiramatsu DA, Tomita NE, Franco LJ. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Ciênc. saúde coletiva** 2007; 12(4): 1051-1056.
15. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2011; 27(10): 2041-2053.
16. Palmier AC, Andrade DA, Campos ACV, Abreu MHNG, Ferreira EF. Indicadores socioeconômicos e serviços odonto-lógicos em uma região brasileira desfavorecida. **Rev. Panam. Salud Públ.** 2012; 32(1): 22-9.
17. Mendonça TCS. **A mutilação bucal em foco: um olhar antropológico sobre um objeto da odontologia**. [Mestrado Dissertação - Universidade Estadual de Feira de Santana]. Feira de Santana, 1999.
18. Jones JÁ, Orner MB, Spiro III A, Kressin NR. Tooth loss and dentures: patients' perspectives. **Int. dent. j.** 2003; 53: 327-324.

19. Rodrigues AAAO, Assis MMA. **Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: sujeitos, saberes e práticas**. Vitória da Conquista: Edições UESB; 2009.
20. Assis MMA, Abreu de Jesus WL. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva** 2012; 17(11): 2865-2875.

Endereço para correspondência:

Lais Ramos Queiroz
Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC)
Prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Avenida Transnordestina, s/nº, Novo Horizonte
CEP: 44.036-900 - Feira de Santana, Bahia, Brasil.
E-mail: lai_queiroz@yahoo.com.br