PERCEPÇÃO POPULAR SOBRE SAÚDE BUCAL:
O Caso das Gestantes do Valão.

Barbara Bernd (1)
Clarice Barcelos de Souza (2)
Cristina Barcellos Lopes (3)
Fernando Molinos Pires Filho (4)
Isabel Cristina Lisbôa (5)
Leda Chaves Dias Curra (6)
Ligia Neumann Stranch Souza (7)
Oscar Antônio Pignone (8)

Este trabalho constitui um estudo de caso, caracterizando-se por sua natureza qualitativa, de enfoque histórico-estrutural. Propõe-se a aprofundar o conhecimento sobre aspectos da percepção popular em saúde bucal. Para tanto, a amostra constitui-se de um grupo de gestantes e mulheres que tiveram seu parto nos últimos seis meses.

A operacionalização do estudo se deu de duas formas: um grupo operativo e entrevistas individuais, ambos abordando o assunto através de questões abertas que buscavam abordar os objetivos específicos do estudo: valor atribuído à saúde bucal em seus aspectos culturais e sociais; causalidade do processo saúde/doença bucal; prática odontológica como forma de resposta à problemática de saúde bucal; cultura popular em saúde bucal e gestação.

A experiência tenta responder a hipótese de que a gestante não procura atendimento dentário neste período por medo de algo que prejudique ao feto e remete a uma reflexão antropológica e histórico-estrutural como forma de conclusão.

(1) Cirurgiã-Dentista, Especialista em Odontologia Preventiva e Social e Saúde Pública, vinculada à SSMA/RS e GHC.
(2) Bioquímica-Farmacêutica, Especialista em Saúde Pública.
(3) Cirurgiã-Dentista, Especialista em Saúde Pública, vinculada à SSMA/RS
(4) Cirurgião-Dentista, Mestre em Odontologia Social, Professor Titular do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da UFRGS, Diretor do Centro de Pesquisa em Odontologia Social da UFRGS.
(5) Cirurgiã-Dentista, Especialista em Odontopediatria, Odontologia Preventiva e Social e Saúde Pública, vinculada à SSMA/RS.
(6) Médica Geral Comunitária, Especialista em Saúde Pública, vinculada ao GHC.
(7) Médica Geral Comunitária, Especialista em Saúde Pública.
(8) Médico, Especialista em Medicina e Higiene e Segurança do Trabalho e Saúde Pública, vinculada à SSMA/RS e INAMPS.

INTRODUÇÃO

Este estudo se propõe a contribuir com uma reflexão acerca da percepção sobre o processo saúde/doença bucal, tendo em vista a construção de uma prática odontológica – que se convencionou denominar de Odontologia Integral – capaz de somar-se aos esforços da Medicina Comunitária (M.C.) em

sua perspectiva de trabalho social.

O grupo que realizou este trabalho se constitui de três médicos, três cirurgiões-dentistas e um farmacêutico-bioquímico. Dois desses profissionais – uma dentista e uma médica – são funcionários do Grupo Hospitalar Conceição, exercendo suas atividades em uma das unidades do Serviço de Saúde Comunitária (S.S.C.) – o posto conhecido como Valão – na Comunidade Divina Providência, na Vila Jardim, em Porto Alegre..

A Unidade Valão foi instalada em 1985, em resposta às reivindicações de grupos organizados da comunidade junto ao Serviço de Saúde Comunitária.

A reflexão sistemática acerca de sua prática e de sua proposta de trabalho vai conduzir a equipe desta unidade à percepção do espaço vazio deixado à atenção à saúde bucal.

Desde esse primeiro momento, entretanto, fica claro, entre os membros da equipe, a inadequação do modelo tradicional de Odontologia à filosofia do serviço.

Este modelo de prática odontológica, monopolizado pelo cirurgião-dentista, centrado no consultório; fechado para a comunidade; individualista; de cunho eminentemente curativo e mutilador, não seria tecnicamente capaz de somar-se aos esforços da M.C. pela criação de uma nova relação entre serviço de saúde e população.

Com vistas à superação da grande descontinuidade e falta de integração entre o trabalho odontológico e o da equipe como um todo, passa-se a buscar a construção de um novo modelo de atenção à saúde bucal, que busca orientar-se nos seguintes princípios:

– Privilegiamento do coletivo enquanto objeto de trabalho.
– Ênfase em ações de promoção e proteção da saúde, não desconsiderando a sua recuperação.
– Busca de integração à equipe multidisciplinar.
– Emprego de tecnologia apropriada.
– Trabalho com pessoal auxiliar em Odontologia.
– Busca de participação popular.

Especial atenção vem se dando à implementação de programas de prevenção e educação a grupos de indivíduos, campo em que, de forma mais acentuada, se percebem as distâncias entre o saber científico e a percepção popular em saúde bucal.

OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo aprofundar conhecimentos sobre a percepção que um grupo de mulheres da comunidade Divina Providência tem acerca da problemática de saúde bucal que vivencia nos seguintes aspectos:

1o.) Valor atribuido à saúde bucal, em seus aspectos culturais e sociais.

2o.) Causalidade do processo saúde/doença bucal.

3o.) Prática odontológica como forma de resposta à problemática de saúde bucal.

4o.) Cultura popular em saúde bucal e gestação.

Espera-se, com isso, colher subsídios para desencadear no cotidiano do serviço um processo contínuo de reflexão capaz de conformar um novo discurso, base para uma nova prática. Discurso este onde o saber científico e o saber popular mesclem-se numa unidade dialética e que a verdade da ciência e a verdade da vida rompam as enormes barreiras que as separam, viabilizando a construção de alternativas técnico-políticas para um real enfrentamento da questão de saúde bucal, sobretudo no que se refere às ações preventivas e educativas.

A PRÁTICA EDUCATIVA E A CONSTRUÇÃO DA ODONTOLOGIA INTEGRAL

Optar por uma prática odontológica que atribui ênfase especial aos aspectos preventivos e educativos e que se propõe a somar-se aos esforços da medicina comunitária em sua perspectiva de trabalho com a população pressupõe assumir uma concepção de prática educativa que guarde coerência com esse projeto.

A concepção tradicional de educação, supondo os indivíduos "vazios" de conteúdo e ignorantes de saber, considera-os como meros "objetos" da prática educativa, que devem receber os conhecimentos que lhes são transmitidos por quem já os possui.

A prática da Odontologia Integral implica, necessariamente, o seu atrelamento a uma concepção educativa que, ao invés de considerar os indivíduos como seres que necessitam ser preenchidos por um conhecimento científico que oriente suas ações em relação à saúde, toma-os como unidades biopsicossociais, dotadas de saberes, valores e condutas que são historicamente determinados e mediatizados por uma dimensão cultural. –

Tais saberes, valores e condutas não precisam, necessariamente, ser considerados verdades absolutas – do mesmo modo que não o são os saberes científicos – mas devem ser levados em consideração quando se pretende construir modos de trabalho capazes de se reverter em reais benefícios para a população.

PERCEPÇÃO, CULTURA E PERSPECTIVA DE TRABALHO SOCIAL

Da mesma forma que o saber e as práticas populares relativas à saúde se conformam a partir de uma determinação estrutural, permeados por um processo cultural, também o saber e as praticas científicas, entre as quais incluem-se as do campo médico-odontológico respondem a essa mesma lógica.

Conceituar percepção, exige, desse modo, a evocação de um referencial capaz de articular esta categoria com a realidade social na qual está colocada.

Percepção, assim, poderia ser entendida como a forma simbólica através da qual os indivíduos representam a realidade objetiva que vivenciam.

Essa representação simbólica – ou o mundo subjetivo – não se cria no vazio e sim como reflexo dessas realidades objetivas nas quais os indivíduos e os grupos humanos se inserem, permeados por um processo cultural e historicamente determinados.

Assim, o desenvolvimento deste estudo fundamentou-se na conceituação de cultura como:

(...) um processo social global, em determinado momento histórico que, ocorrendo em uma mesma sociedade, manifesta-se de forma diferenciada em cada uma das classes sociais. A cultura popular, sendo a expressão da classe dominada manifesta-se de forma ambígua: por um lado aceita, interioriza, reproduz e transforma a cultura dominante, sempre permeada pela ideologia, a qual, assim, cumpre sua função: apagar as diferenças de classes e fornecer aos membros da sociedade um referencial comum, um sentimento de identidade social. Por outro lado, a cultura popular recusa, nega e resiste à cultura da classe dominante, consciente ou inconscientemente.

É preciso, portanto, não se cair no equívoco de imaginar que a cultura popular, por ser do povo, seja imediatamente libertadora, esquecendo os problemas da reprodução da ideologia dominante ou as armadilhas que o fenômeno da alienação pode esconder.

Abandonar a postura do profissional e do pesquisador eruditos, procurar ouvir discursos concebidos em sintáxes diferentes, entender a lógica da percepção que os indivíduos tem acerca de sua problemática de saúde, confrontando-a com a lógica do discurso erudito e científico pode contribuir nesse processo.

"Gramsci mostrou um caminho quando reivindicou que existe nas classes trabalhadoras uma "filosofia espontânea" contida na linguagem (como um complexo de conhecimentos e conceitos) no senso comum e no sistema de crenças, que, embora incoerente e dispersa em nível geral, tem valor na articulação das práticas cotidianas." *

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho constitui um estudo de caso, caracterizando-se por sua natureza qualitativa, de enfoque histórico-estrutural.

Propõe-se, assim, não apenas a descrever a aparência do fenômeno, mas também a captar sua essência, isto é, inserí-lo no contexto histórico e social, buscando as causas de sua existência.

Este estudo toma como locus de seu desenvolvimento, a população da Comunidade Divina Providência na Vila Jardim, Zona Norte de Porto Alegre.

Os dados que seguem, tentam caracterizar a população da qual foi selecionado o caso em estudo. São dados retirados do diagnóstico de comunidade feito no local, realizado em 1986 quando do início da implantação do posto de saúde naquela localidade.

A comunidade da área de abrangência da Unidade Valão era, em 1986, de 7650 habitantes, dos quais 53% são mulheres. Trata-se de população predominantemente jovem. Pessoas com menos de 15 anos correspondem a 37% da população. Mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) totalizam 24%; idosos (65 anos ou mais) correspondem a 2,9%.

Em 8% dos domicílios, a renda familiar encontrada foi inferior a um salário mínimo.

No que se refere ao tipo de ocupação, é interessante observar a pouca qualificação da mão-de-obra da população, onde 79% são trabalhadores manuais não qualificados ou semi-qualificados. Cabe referir também que em quase 1/3 dos domicílios, os moradores eram posseiros; 21,7% dos domicílios são malocas – casas construídas com restos de madeira, chapas de lata e papelão.

Em 60% dos domicílios visitados quando foi feito o diagnóstico de comunidade em 1986, a pessoa entrevistada considerou saneamento (falta de água e esgoto) o problema mais importante. A seguir, tóxicos (13%), segurança (9%) e pobreza (3%).

O caso tomado com objeto de estudo, constitui um grupo de gestantes e mulheres que tiveram seu parto nos últimos seis meses.

A seleção desse grupo se deu fundamentada na necessidade de conjugar dois fatores.

O primeiro deles surge de avaliação realizada pelo Serviço, que constata a dificuldade em integrar a atenção odontológica ao programa de pré-natal que vem sendo desenvolvido na Unidade.

O segundo fator, diz respeito ao interesse manifestado pelo grupo de pesquisadores em aprofundar o conhecimento acerca da percepção popular sobre saúde bucal.

Para tanto, uma amostra intencional serviria a ambos os interesses.

A respeito do primeiro fator, fazem-se necessários alguns esclarecimentos.

Tem-se justificado o trabalho com programas após o diagnóstico de comunidade, a partir do qual foram priorizados alguns grupos para atendimento. Desta forma, existem, na Unidade, os Programas da criança, prevenção de câncer ginecológico e pré-natal. Também no caso da Odontologia, os programas se definem através da conjugação dos resultados encontrados no diagnóstico de Comunidade com critérios técnicos.

A constatação de que, de 212 gestantes que passaram pelo Posto Valão realizando acompanhamento médico, desde a implantação do programa odontológico para gestantes, somente 6 procuraram atendimento dentário mesmo com toda a facilitação na marcação de consultas e, muitas vezes, encaminhadas por seus médicos, evidencia um problema e a necessidade de se trabalhar com esse grupo.

O segundo fator, ou seja, o interesse do grupo de pesquisadores em obter maior conhecimento sobre o modo como a população percebe e se relaciona com o processo saúde/doença bucal, está diretamente relacionado ao primeiro, pois a dificuldade sugere que a percepção sobre as necessidades do grupo de gestantes pode não ser igual à dos pesquisadores.

A detenção desse problema e a reflexão sobre ele, levou, assim, o grupo de pesquisadores a formular a hipótese de que as gestantes não procuravam atendimento odontológico por terem medo de algo que prejudicasse a criança.

Quanto à operacionalização do estudo, esta se deu através de duas formas: um grupo operativo e entrevistas individuais, ambos abordando o

* GRAMSCI, Antônio. 1976: 69-70. Apud BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *Pesquisa participante*. 2ª ed., Ed. Brasiliense, 1982, p. 48.

assunto através de questões abertas.

O grupo operativo foi formado após convite feito em visitas domiciliares a todas as gestantes que estavam em pré-natal naquele momento no posto de saúde. Das 45 gestantes visitadas, 5 compareceram. Nas entrevistas individuais, 13 mulheres foram abordadas. Destas 7 há haviam tido seu parto. A justificativa de se trabalhar com estas mulheres, se deveu ao fato de se considerar que por já terem tido seu parto, os valores e crenças relacionados à saúde bucal e gestação pudessem aflorar mais facilmente.

A coleta de informações foi realizada pelo grupo de pesquisadores e com a colaboração técnica de uma antropóloga.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta parte do trabalho se propõe a discutir os discursos das entrevistadas, analisando separadamente as partes que se relacionaram aos objetivos específicos do estudo.

Esta discussão, entretanto, não pretendeu esgotar o assunto ou fechar-se a novos questionamentos ou posicionamentos, uma vez que a complexidade do tema não se presta a análises simplistas, únicas ou superficiais. A intenção foi a de tentar-se superar a suposta dicotomia entre a análise antropológica descritiva e a análise histórico-estrutural, entendendo-se que estas duas linhas de trabalho têm uma constribuição importante na apreensão da realidade, tão necessária quando se pretende nela intervir.

VALOR ATRIBUÍDO À SAÚDE BUCAL EM SEUS ASPECTOS CULTURAIS E SOCIAIS

"É muito importante os dentes bons, pois se a gente conhece alguém e dá sorriso e tá com dente da frente estragado, é sinal de relaxamento."

A associação entre "relaxamento" e a má aparência dos dentes anteriores, aparece com freqüência. Ao se expor os dentes, define-se ser ou não "relaxado". O julgamento é feito pela outra pessoa. Desse modo, dentes anteriores estragados ou a sua ausência interferem negativamente nas relações pessoais e o valor atribuído à saúde bucal está associado ao papel que os dentes anteriores desempenham na integração social.

Esse discurso parece estar manifestando uma introjeção da ideologia dominante.

O corpo dos indivíduos da classe trabalhadora seria considerado, numa sociedade de classes, como uma unidade produtiva. O papel da prática odontológica seria, antes de tudo, contribuir para manter esse corpo em condições de produzir o que, na maioria das vezes, pode significar a perda dos dentes, especialmente quando nos reportamos ao modo dominante de organização da prática odontológica, centrado nos aspectos paliativos e mutiladores.

Por outro lado, na medida em que a ideologia "prescreve" que os hábitos de higiene e de socialização devem ser os mesmos para os membros de toda a sociedade, a responsabilidade pelas más condições de saúde bucal é focalizada nos indivíduos, eximindo, assim, a prática odontológica e a própria sociedade de questionar o papel que desempenham na produção da doença.

Poderia se supor, também, que a valorização especial aos dentes anteriores e sua associação com as relações sociais – e a importância que isto assume na vida pessoal dos indivíduos – fosse uma forma de resistir à dominação, à utilização de seu corpo ou de não abrir mão do direito de se identificar socialmente através de padrões universais, como, por exemplo, ter bons dentes ou, no mínimo, parecer tê-los.

CAUSALIDADE DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA BUCAL

"Não sei se é verdade, mas aprendi no colégio que é doce e chocolate que estragam os dentes. A carne no meio apodrece e dá cárie."

A origem das cáries é entendida como resultante de determinados alimentos. Existiriam alimentos "bons" e alimentos "ruins". O hábito alimentar entretando, não é mudado. Algumas vezes, a cárie é entendida como doença inevitável.

"... é da natureza, pois existem pessoas com cárie apesar da escovação."

Em nenhum momento houve correlação entre as doenças bucais e as condições de vida das pessoas, nem tampouco fica explícita a atribuição de responsabilidade aos serviços pelas suas más condições de saúde. Embora as reclamações de dificuldades na marcação de consultas fossem freqüentes, as entrevistadas consideravam-se "relaxados", assumindo, integralmente, a culpa por sua situação.

Por trás dessa noção de fatalidade poderia se colocar a prática odontológica hegemônica, que constitui a vivência concreta das pessoas com relação aos cuidados com a saúde bucal. A incapacidade técnica dessa prática de interferir no curso biológico da doença determinaria que a experiência dos indivíduos relacionada à saúde seja totalmente abstrata e o desenvolvimento da doença, uma história inevitável ao longo de suas vidas.

"Os meus dentes estragaram de tanto ferro. Tive muito anemia, e tomei, na gravidez, ferro. Acho que o doce prejudica os dentes, assim como as coisas que não contém ferro."

A grande confusão que transparece nos discursos sobre a causalidade da doença bucal nos remete à interpretação que Boltanski faz sobre o modo como se produz o discurso popular em saúde. Segundo ele, o médico realizaria uma triagem prévia em seu discurso científico, levando em consideração o nível de compreensão que ele supõe que seu paciente possua. A partir deste discurso, já "censurado", o doente das classes populares vai selecionar aqueles termos que têm sentido para ele, ou seja, aqueles que, de uma forma ou de outra, lhe são familiares ou fazem parte da linguagem comum. Para construir o discurso o paciente necessita reinterpretar esses temos e juntá-los num todo que tenha coerência para ele. Esta reinterpretação será feita permeada pelo seu próprio sistema cultu-

ral de referência. Assim, uma das explicações para a confusão e desconexão que transparece nos discursos, é, justamente, as trocas discursivas que existem na relação dentista-paciente. Outro fato que fica claro é que as recomendações dos dentistas nem sempre surtem o efeito desejado. Os comportamentos não são modificados.

A dificuldade em mudar hábitos alimentares e, especificamente os alimentos doces, poderia se colocar em dois níveis: um, sócio-econômico, uma vez que os carboidratos são os alimentos mais baratos e, portanto, mais acessíveis; outro, cultural, pela associação que é feita entre o açúcar e as necessidades de prazer, de afeto ou de compensação às frustrações.

A ideologia dominante que prescreve os hábitos de higiene que todos os membros da sociedade devem ter manifesta-se na cultura popular.

"Escovo antes e depois das refeições. Mais depois. Escovo quando levanto. Sempre depois das refeições, porque é mais fácil para tirar os restos. Às vezes, dá preguiça."

Todos os entrevistados relatam que escovam os dentes regularmente. Às vezes, entretanto, admitem "esquecimento". Mais uma vez manifesta-se a ambigüidade da cultura popular, aceitando as regras dominantes e também resistindo a elas.

A PRÁTICA ODONTOLÓGICA COMO FORMA DE RESPOSTA À PROBLEMÁTICA DE SAÚDE BUCAL

"Na primeira vez a anestesia não pegou. Ele foi arrancar, eu botei a mão e a enfermeira me deu um tapa. Aí eu não quis mais ir."

"Tenho medo porque eles mexem e puxam. A assistente me botou na cadeira. O doutor olhou e pegou um monte de coisas..."

No que se refere à percepção do grupo de entrevistados sobre a prática odontológica, enquanto forma de resposta à problemática de saúde bucal, o medo do dentista e das situações de atendimento odontológico aparece de forma marcante junto à grande maioria.

Este medo é, assim, associado à dor, ao instrumental, aos procedimentos e ao próprio dentista. Traumas relacionados ao profissional e sua equipe marcaram algumas pacientes profundamente. Desse modo, a prática odontológica hegemônica se reflete em experiência bastante desagradáveis, em especial quando os profissionais, agentes dessa prática, introjetam uma postura autoritária em relação aos pacientes, desconsiderando toda a carga emocional que está colocada nas situações de atendimento odontológico.

Este tipo de postura poderia ser interpretado como uma manifestação – ao nível da relação instituição-sociedade – do papel que esta desempenha na estratégia de hegemonia; através dos "discursos institucionais", deve ser assegurada a reprodução das relações sociais de dominação e subordinação. Esta postura autoritária poderia, assim, não ser consciente ou proposital – pelo contrário, seria também uma manifestação da ideologia dominante. Os "detentores do saber científico", justamente por possuírem esse saber hegemônico, seriam considerados indivíduos diferenciados socialmente. o tipo de postura e a relação que se estabelece entre profissionais e pacientes poderia ser conseqüência disso.

A ambigüidade da cultura popular fica retratada quando se confronta esta análise com depoimentos que demonstram capacidade de, até mesmo, avaliar a atitude ou a competência dos profissionais.

"Doutor maravilhoso é aquele que a gente se dá bem. Tem vezes que arrancam e deixam pedaço dentro da gengiva, ou então faz bituração e cai em seguida. Esses não prestam. Doutor bom é quando conserta e não estraga."

As gestantes parecem valorizar mais a extração do que os aspectos restauradores. A relação que se estabelece é entre a prática odontológica e a solução de seus problemas imediatos e práticos, que possibilite o retorno a suas atividades cotidianas.

"A primeira vez mesmo que precisei do dentista fui lá no Conceição, porque eu tava com dor e tinha que tirar, pois o dente doía e tava frouxo. Eles disseram que não iam arrancar e que eu tinha que tratar canal. Eu queria arrancar, mas eles me deram um comprimido que eu não sei o que era e aí eles não fizeram é nada."

Essa percepção de que os procedimentos preventivos e restauradores não são importantes poderia estar ligado à realidade da prática odontológica dominante. Exercendo o papel de contribuir para manter a força de trabalho em condições de produzir e de diminuir as tensões sociais, esta prática é extremamente iatrogênica e mutiladora.

As entrevistadas referem dois níveis de dificuldades que devem ser superadas para chegar ao dentista. O primeiro deles é interno, subjetivo e diz respeito a seus medos, traumas e fantasias. O segundo é externo e objetivo e se relaciona com dificuldades de marcação de consultas, esperas prolongadas, interferência no cotidiano. Com isso, o motivo para a procura de atendimento deve ser bastante forte e também inadiável: a dor de dentes que impede os indivíduos de desempenharem suas funções normais.

"Tinha três dentes perdidos. Dentes com dor e disseram para tratar canal, mas era caro e pedi para arrancar, já que o dente era meu."

"No postinho tenho que ir ao meio-dia e, se tiver mais de quatro na minha frente, já não tenho mais ficha. Essa entrevista vai ajudar os pobres a ter dentista?"

Novamente nos reportamos ao efeito ideológico das instituições de saúde, veiculado, muitas vezes, pelos profissionais (médicos, dentistas) ao criarem todo um sistema de estruturação simbólica que preconiza que a doença deve ser diferente entre as diferentes classes sociais e os hábitos de higiene devem ser iguais para todos. Assim, o limiar entre saúde e doença bucal, para um membro das classes populares, deve ser, precisamente, aquele problema que o impede de produzir ou de desenvolver suas atividades normais. Muitas vezes isso ocorre às custas de perdas dentárias, "... mas se for dente de trás, não tem problema..."

CULTURA POPULAR EM SAÚDE BUCAL E GESTAÇÃO

No que se refere à relação entre cultura popular e gestação, apareceu nas entrevistas, fundamentalmente, duas percepções. Uma delas, talvez menos freqüente, é a de que o tratamento odontológico possa causar dano à criança.

"No dentista eu não vou na gravidez. Nem pré-natal eu fiz, porque eu tinha medo, era primeiro filho. Medo de prejudicar o nenê com hemorragia no dente. É, perdê sangue no dente que precisa para o nenê."

A outra idéia que aparece – e de modo mais marcante – são relatos de dentistas, familiares e amigos sobre a impossibilidade de tratamento na gestação, mesmo quando as mulheres procuram esse atendimento.

"Eles (os dentistas) disseram que prejudicava na gravidez. O dentista disse: tu vem, mas depois da gravidez, para tratar."

"Dizem que quando a gente tá grávida não se deve arrancar o dente por causa da anestesia. Só depois de parar de amamentar é que dá para ir. Todo mundo me diz."

Esses depoimentos remetem a uma reflexão. Parece ser a partir desse discurso "científico" dos dentistas que se conforma a percepção de que o tratamento odontológico na gravidez não é recomendável. Explicar, entretanto, a origem desse discurso, parece tarefa bastante complexa. Poderia envolver, talvez, a função ideológica da instituição, na medida em que determina o comportamento dessa parcela da população em relação à utilização dos serviços; talvez um mecanismo de defesa dos profissionais em seu conflito com a instituição e com o caráter de dominação da relação hierárquica institucional. Provavelmente, aí, também, estaria envolvida a forma como se produz o discurso popular em saúde. E, ainda mais, um mecanismo de defesa que trabalha com os medos e traumas relacionados ao tratamento odontológico que poderia ser utilizado pelo menos em algumas fases da vida, no caso, durante a gestação.

Em função de todas essas reflexões, a hipótese inicial foi revista e, deste modo, a explicação para a não procura de tratamento odontológico durante a gravidez coloca-se num contexto bem mais complexo. Este fato estaria assim, vinculado com aspectos da cultura popular e sua ambigüidade; da cultura científica e seus discursos; da prática odontológica hegemônica e do papel que desempenha numa sociedade como a brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente estudo conduziu a um nível de reflexão que buscou confrontar os aspectos mais importantes das entrevistas com os objetivos propostos de início, tentanto, através da identificação das percepções e dos problemas, repensar o programa odontológico de gestantes e propor medidas que contemplassem a superação desses problemas, tais como:

a) Trabalhar a questão odontológica a partir do desenvolvimento de grupos de gestantes que abordem todas as demais questões relativas à saúde nessa fase da vida, envolvendo no processo toda a equipe de saúde.

b) Adotar uma metodologia educativa que leve em conta os saberes, os valores e as crenças das gestantes, mas busque, através de um esforço conjunto, entre técnicos e clientela, a sistematização, a elaboração e o aprofundamento do saber em saúde. Utilizar recursos atrativos e que venham ao encontro das expectativas e da compreensão das pessoas.

c) Investir na relação profissional-clientela para, através desta aproximação, torná-la capaz de desmistificar medos e fantasias e de construir um conhecimento que fundamente o autocuidado relativo à saúde bucal.

d) Desencadear um processo de reflexão entre a equipe da Unidade Valão acerca dos pressupostos educativos da prática de saúde, no sentido de capacitar os profissionais do serviço a tratarem a questão educativa dentro de um enfoque transformador.

e) Manter o atendimento de urgências, encarando-o, também, como um nível de triagem e de encaminhamento ao programa de atendimento integral e aos grupos de gestantes.

f) Reforçar a valorização dos dentes anteriores, contemplando as expectativas relacionadas a estética, mas trabalhando no sentido da sensibilização para a importância da saúde integral.

Uma constatação advinda deste trabalho, diz respeito às diferenças de percepções em saúde bucal entre os profissionais e a população. Nesse sentido, é reforçada a necessidade de enfatizar a prática educativa em saúde e, principalmente, de construir um novo modelo de prática – a Odontologia Integral – que, ao mesmo tempo em que venha ao encontro das expectativas da população, seja capaz de impacto nos níveis de saúde bucal e também de juntar-se à Medicina Comunitária em sua perspectiva de prática social.

Outra constatação que se fez foi a de que a tentativa de explicar o processo de percepção é tarefa extremamente complexa, não se prestando a análises simplistas ou acabadas e exige, por isto, envolvimento profundo e compromisso com a realidade onde esse processo ocorre.

A concepção de que a população age e se expressa apenas como resultado da ideologia dominante e do processo de hegemonia é também uma forma de considerar que os membros das classes dominadas sejam vazios e objetos de manipulação do poder dominante. Se as percepções, por vezes, parecem difíceis de serem mudadas, é justamente a sua ambigüidade que pode sugerir a possibilidade de um processo de conscientização.

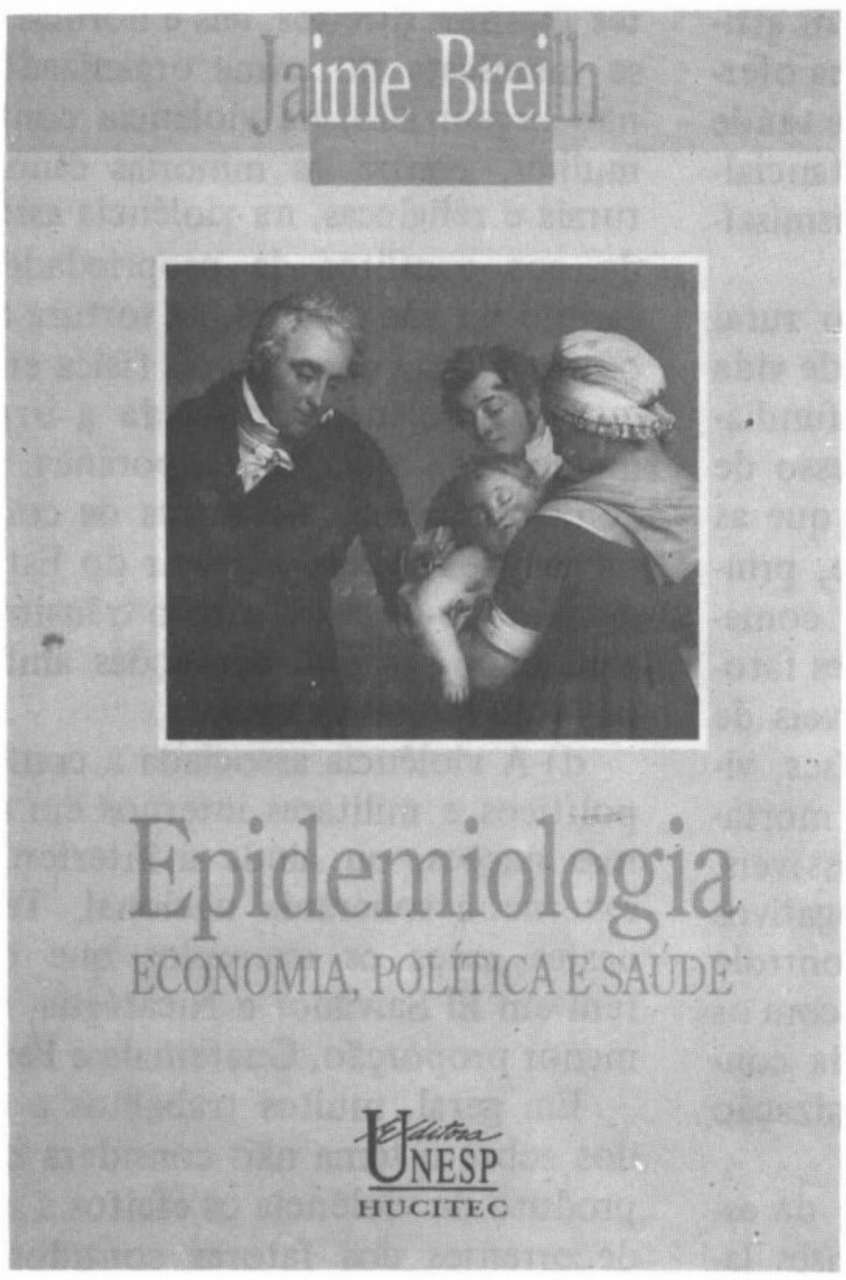
O distanciamento entre os discursos científico e popular, constatado quando se tem, pretensamente, uma postura pessoal e profissional mais democrática e a ambiqüidade que aflora do discurso popular remete a uma reflexão.

Pretende trabalhar na construção de uma prática odontológica que incorpora seu próprio questionamento exige, antes de tudo, o reconhecimento do saber científico como instrumento nesse processo. Exige, da mesma forma, o abandono de posturas profissionais e pessoais autoritárias. A construção deste saber e desta prática requer, sobretudo, o colocar-se numa atitude de abertura permanente a novos saberes, a questionamentos, a um constante repensar e refazer.

A aproximação às classes dominadas não deveria se dar no intuito único de conhecer a sua visão do mundo, e sim, com a intenção de se buscar formas de incorporar esse conhecimento às necessidades coletivas mais gerais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *Pesquisa participante*, 2ª ed., São Paulo, Ed. Brasiliense, 1982.
2. BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*, 2ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1979.
3. CARDOSO, Ruth. *Aventura antropológica – teoria e pesquisa*, 2ª ed., São Paulo, Ed. Paz e Terra, 1988.
4. CHAUI, Marilena. *Conformismo e resistência, aspectos da cultura popular no Brasil*, São Paulo, Ed. Brasiliense, 1986.
5. Id. *Cultura e democracia*, 4ª ed., revista e ampliada, São Paulo, Ed. Cortez, 1989.
6. DONNANGELO, Maria Cecília F. *Medicina e sociedade (o médico e seu mercado de trabalho)*, São Paulo, Pioneira Editora, 1973.
7. ESQUIVEL, José Renán. "Salud Integral. Trabajo y la lucha en la existência humana", Revista Medicina y Sociedad, nº 6, volume 6, Novembro-Dezembro, 1983. p.270-278.
8. FREIRE, Paulo. *Educação e mudança*, 10ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1985.
9. Id. "O papel do trabalhador social no processo de mudança", Santiago, 1963, Mimeo.
10. GARCIA, Juan César. *Pensamento social em saúde na América Latina*. Org. Everardo Duarte Nunes, São Paulo, Ed. Cortez. 1989.
11. GRAMSCI, Antônio. *Concepção dialética e histórica*, 8ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Civilização Brasileira, 1989.
12. HABIB, Pablo Hesek. "Evolucion histórica de la interpretación causal de las enfermidades", Revista Cubana de Administracion de salud, volume 12, nº 1, Enero Marzo, 1986. p.50-66.
13. JUNIOR, Luiz Cordoni. "Medicina Comunitária, Emergência e Desenvolvimento na Sociedade Brasileira", Dissertação de Mestrado, Área de Medicina Preventiva do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, 1979.
14. KONDER, Leandro. *O que é dialética*. 20ª ed., São Paulo, Ed. Brasiliense, 1981.
15. LUZ, Madel T. *As instituições Médicas no Brasil*, Rio de Janeiro, Ed. Graal Ltda., 1979.
16. MENDES, Eugênio Vilaça. "A produção de conhecimentos para a prática odontológica na América Latina", Trabalho apresentado na I Conferência de Faculdades e Escolas do Odontologia na América Latina, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Autônoma de Santo Domingo – 12-16 de outubro de 1980. Mimeo.
17. Id. "Paradigma da Medicina Comunitária". Mimeo.
18. MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Saúde em estado de choque*, Rio de Janeiro, Ed. Espaço e Tempo Ltda., 1986.
19. MOREIRA, Suzana. "A evolução do conceito de prática odontológica alternativa – de Odontologia Simplificada à Integral", Departamento de Odontologia Preventiva e Social da UFRGS. Mimeo.
20. MOYSÉS, Simone Tetu. "Percepção popular sobre o processo saúde/doença e prática odontológica, o caso do Bairro Sítio-Cercado, Curitiba". Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Odontologia Social do Departamento de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1987.
21. PEREZ, Reinaldo & IBARRA, Ana Maria. "La evolucion de la satisfacion de poblacion con los servicios de salud", Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Serviço de Intercâmbio Científico. Mimeo.
22. SANTOS, Luciano Elói, "et alli". "O Discurso Popular em Odontologia", Universidade Católica de MG, Belo Horizonte, Março, 1981. Mimeo.
23. TEIXEIRA, Sônia Fleury. *Reforma Sanitária, em busca de uma teoria*, Ed. Cortez, ABRASCO, Brasil, 1989.
24. TRIVINOS, Augusto N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais – pesquisa qualitativa em educação – o positivismo – a fenomenologia – o marxismo*, São Paulo, Atlas S.A., 1987.
25. VIEIRA, R. S. Amaral. "Participação Comunitária e Democracia", Revista Ciência e Cultura, volume 36, nº 5, Maio 1984, p.796-800.
26. WAITZKIN, H. B. & WATERMAN, B. *La exploración de la enfermidad en la sociedad capitalista*, 1ª ed. em espanhol, México, Ed. Nueva Imagem, Tradução: Marcos Arana, 1981.



EPIDEMIOLOGIA

Economia, Política e Saúde
AUTOR: JAIME BREILH

A obra traz uma reflexão crítica sobre as enfermidades. Através de análise histórica de modelos epidemiológicos, o autor demonstra a estreita relação existente entre o poder econômico-político e a prática epidemiológica instrumentalizada pelos grupos sociais dominantes.

Aponta uma revisão sistemática do método convencional da investigação em saúde e apresenta uma proposta de reformulação das bases teóricas e metodológicas para o estudo das causas e da distribuição das enfermidades na sociedade.

JAIME BREILH especialista equatoriano, mestre em Ciencia da Saúde pela UNAM (México). Diplomado em Epidemiologia pela Universidade de Londres e professor do Curso de Pós-Graduação em Investigação e Administração em Saúde, da Faculdade de Ciências Médicas de Quito.

Co-edição: EDITORA HUCITEC
R. Georgia, 51 - Cep: 04559 – São Paulo-SP.

EDITORA UNESP
Av. Rio Branco, 1210 – Cep: 01205 – São Paulo-SP.