



ORIGINAL

Histórias patográficas de mutilados dentais de um serviço de prótese do Sistema Único de Saúde

Patographics histories of dental maimed of a Unified Health System prosthesis service

Ana Claudia Moutella PIMENTA¹

ORCID iD 0000-0002-9627-6743

Solange L'ABBATE²

ORCID iD 0000-0003-2163-0901

Luciane Maria PEZZATO³

ORCID iD 0000-0002-3591-1491

RESUMO

Objetivo

Analisar as dimensões objetivas e subjetivas de pacientes mutilados dentais que utilizaram, estão utilizando ou ainda aguardam um Serviço de Prótese Dental do Sistema Único de Saúde, Campinas, São Paulo.

Métodos

Foram consideradas a Política Municipal de Saúde, a estruturação do serviço, as práticas e a assistência em face das necessidades de saúde bucal do sujeito-paciente. O percurso teórico-metodológico fundamenta-se na Análise Institucional. Os instrumentos de investigação foram entrevistas com 18 mutilados dentais do referido serviço, a fim de

¹ Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Faculdade de Odontologia. Av. John Boyd Dunlop, s/n., Jd. Ipaussurama, 13060-904, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: ACM PIMENTA. E-mail: <anacmpg1@gmail.com>.

² Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva. Campinas, SP, Brasil.

³ Universidade Federal de São Paulo, Instituto de Saúde e Sociedade, Departamento de Saúde, Clínica e Instituições. Santos, SP, Brasil.

Artigo elaborado a partir da pesquisa da tese de doutorado de ACM PIMENTA, intitulada "A institucionalização de um serviço de prótese de Campinas/SP e as patografias dos mutilados dentais", a ser defendida em fevereiro de 2018. Universidade Estadual de Campinas.

elaborar suas histórias patográficas, e um diário de pesquisa realizado ao longo do trabalho.

Resultados

Os resultados encontrados apontam para a insuficiência e inadequação do Serviço existente, embora seja solução para aqueles usuários que conseguem a finalização de suas próteses.

Conclusão

Espera-se apontar possibilidades de reestruturação do Serviço mencionado, a fim de contribuir para qualificação da Política Nacional de Saúde Bucal em seus micro espaços de trabalho, levando em conta a percepção dos pacientes edêntulos. Isso porque estes possuem sentimentos de inferioridade, insegurança, vergonha, entre outros, o que os leva à sensação de exclusão perante a sociedade.

Palavras-chave: Patografias. Saúde Bucal. Serviços de Saúde.

A B S T R A C T

Objective

To analyze the objective and subjective dimensions of dental maimed patients who have used, are still using or are waiting to use the Unified Health System in Campinas, São Paulo, Brazil.

Methods

Were considered the Municipal Health Politics, structuring of the service, assistance, and practice in the point of view of the patients. The theoretical-methodological course is based on the Institutional Analysis. The research instruments were interviews with 18 dental maimed of the service in order to elaborate their Patographic Histories, and a research diary carried out during the work.

Results

The results found show the insufficiency and inadequacy of the existing Service, although it is still a solution for those users who achieve the finalization of their prostheses.

Conclusion

We hope to point out possibilities of restructuring the aforementioned Office in order to contribute to the qualification of the National Oral Health Policy in its micro spaces, taking the perception of edentulous patients into account, since these have feelings of inferiority, insecurity, shame among others leading them to feel excluded from society.

Keywords: Patography. Oral Health. Dental health services.

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, a saúde bucal esteve à margem das políticas públicas de saúde e, por isso, o acesso dos brasileiros a esse tipo de atenção era, e ainda é, extremamente difícil e limitado. A demora na procura ao atendimento, aliada aos poucos serviços odontológicos ofertados, principalmente à população adulta, fazia com que o principal tratamento do serviço público fosse a extração dentária, criando a

visão da odontologia mutiladora e aumentando a dívida social do tratamento bucal com a população brasileira [1].

Em 1991, o Ministério da Saúde deu início à proposição de políticas para a Atenção Primária em Saúde e, em 1994, formulou o Programa de Saúde da Família (PSF) com o intuito de reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Atenção Básica [2]. A saúde bucal foi inserida nesse modelo após a divulgação da

Portaria nº 1.444, em 2000 [3], ou seja, seis anos depois, o que reforçou o descompasso já existente em relação à inserção da equipe de saúde bucal no PSF, definido recentemente como Estratégia Saúde da Família [4].

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), instituída em 2004, teve o objetivo fundamental de induzir a reorganização da Atenção Básica em relação às ações de saúde bucal. Para tanto, incluiu em sua estratégia a indução de políticas ancoradas em repasses de verbas para custeio e implantação dessa Política nos municípios brasileiros [5]. Além disso, apontou diretrizes para a reorganização de suas ações e reorientação no modelo de atenção, tendo como eixo central o conceito de cuidado e propondo a ampliação e a qualificação da saúde bucal na perspectiva da integralidade nas ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da população adscrita [6].

A Política Nacional de Saúde Bucal também prevê a criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), introdução dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, além de orientar a instalação de Serviços de Prótese nas Unidades Básicas de Saúde [7]. Tudo isso já deveria ser realidade para toda população, no entanto, apesar da política preconizada, um estudo conduzido no país por Andrade & Ferreira [8] aponta que as principais queixas relatadas por usuários do SUS são a necessidade de mais vagas para o atendimento e a falta do tratamento reabilitador (próteses) no serviço odontológico.

O Projeto Saúde Bucal Brasil 2010 [9], mais conhecido como Brasil Sorridente, confirma que o edentulismo é uma marca da desigualdade social e continua sendo um grave problema no país, especialmente entre idosos. Mas, a necessidade de algum tipo de prótese já começa a surgir muito cedo, a partir da faixa etária de 15 a 19 anos [9].

Até recentemente não existiam muitos trabalhos que associassem perda dental ao impacto na vida das pessoas. Porém, nesta última década, houve um aumento significativo do interesse por essas questões, além do desejo de quantificar os

problemas gerados nos indivíduos edentados parciais ou totais.

Silva *et al.* [10] concluíram que “a perda dentária total tem forte impacto na vida das pessoas e implica consequências negativas como vergonha, dificuldade em se alimentar, prejuízo ao relacionamento pessoal e sentimento de incompletude”. Os autores assinalam que aspectos funcionais e psicológicos, traumas e rejeições nos relacionamentos interpessoais em decorrência da falta de dentes são elementos apontados e enfrentados no dia a dia pelas pessoas desdentadas. A pesquisa também mostrou que as causas da perda dentária estavam associadas à falta de conhecimento, dificuldade de acesso aos serviços e solução para a questão da dor.

A partir das narrativas de moradores de uma comunidade pobre do Nordeste brasileiro, Moreira *et al.* [11] apontaram que “a associação entre pobreza, má condição bucal e dificuldade de acesso ao serviço leva a população a uma condição penalizante que potencializa as desigualdades sociais a partir da redução de oportunidades de ascensão na vida...”. E concluíram que a condição de saúde/doença bucal é reflexo da renda familiar, renda individual, acesso aos serviços e redes de comunicação social. Além disso, reforçaram que o desafio do acesso adequado e humanizado ao serviço de saúde bucal envolve a dimensão elitista do tratamento odontológico.

Souza [12] considerou que, para a população de desdentados, a “perda dentária reflete apenas parte das oportunidades perdidas ou completamente negadas de abocanhar o mundo e a vida”. Afirmou ainda que a naturalização da perda dentária produz a estética do “banguela”, visualizada nas camadas populares que estão fora do sistema produtivo e, portanto, excluídas da possibilidade de consumo, incluindo-se aí os bens de saúde.

O estudo dos dentes e da boca como órgãos funcionais esconde uma complexa trama de desejos, prazeres e sentimentos que a ciência cartesiana não é capaz de compreender. Botazzo [13] afirma que, para tanto, é necessário ver a boca em movimento com o

mundo e, assim, construiu o conceito de bucalidade, o qual amplia a compreensão da complexidade existente nesse território: a boca humana.

Há uma dimensão civilizatória daquilo que é bucal: a manducação, o erotismo e a linguagem (*manducação*, do latim, *manducare*, que significa comer, mastigar; erotismo, do grego, *eroticos*, referindo-se ao amor; e, linguagem, entre tantas definições, relacionada à capacidade dos seres humanos de exprimir e comunicar seus pensamentos). Assim, é possível encontrar outros sentidos e significados que extrapolam aquelas funções privilegiadas nos manuais de anatomia e fisiologia, utilizados tradicionalmente nos cursos de odontologia.

Do ponto de vista fisiológico, seriam funções bucais inequívocas, mas a dificuldade em compreender essa fisiologia particular resulta de uma insuficiência anatômica que, segundo Barros & Botazzo [14], explica que a boca não é um órgão em sentido estrito. Este mesmo autor ainda afirma que “pensar na formação social da boca humana é exercício necessário para a reforma do pensamento social em odontologia”. Essa formação é a bucalidade e remete à conclusão de que a boca humana participa da reprodução social. Isto é, a boca humana é corpo humano e produz e reproduz eventos que se realizam no corpo do homem. São fenômenos da saúde e da doença que se dão como expressão da cultura, incluindo o psiquismo, e se fundem nos nexos poderosos dos modos de produzir a existência [15].

No relatório final da pesquisa “Inovação na produção do cuidado em saúde bucal: Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o SUS” [16], foi encontrada a afirmação de que não há lugar para uma fisiologia bucal no discurso odontológico. “De não haver fisiologia são ressaltados os elementos mecânicos da função dentária que não dá conta sequer de recuperar o aparelho estomatognático e menos ainda o homem por inteiro, que é o homem em sociedade, seus modos de ser, seus conflitos, sua relação com o próprio corpo e sua própria boca”.

Os governos mais recentes têm reconhecido e priorizado a saúde bucal, entendendo a necessidade do resgate da dignidade da população, da bucalidade, devolvendo-lhe o direito sorrir e ter de volta suas funções mastigatórias através das próteses dentárias. Assim, por meio do Programa Brasil Sorridente, foram destinados R\$6,3 milhões em recursos para implantação de 908 equipes de saúde bucal; R\$16,2 milhões para abertura de novos laboratórios Regionais de Prótese Dentária; e R\$132 milhões ao ano em reajuste dos valores de incentivos financeiros para implantação e custeio dos CEO. Essa medida, prevista na Portaria nº 1.341 de 2012 [17], teve o intuito de beneficiar o Distrito Federal e 249 municípios de 21 estados, dentre eles, o município deste estudo. Espera-se, então, analisar as dimensões objetivas e subjetivas de pacientes mutilados dentais que utilizaram, estão utilizando ou ainda aguardam o Serviço de Prótese Dental do SUS Campinas (SP).

A investigação foi realizada junto a um dos serviços de prótese dental de um município de grande porte, no interior do estado de São Paulo. Atualmente com cerca de 1 100 000 habitantes, entre eles parcelas minoritárias da população que concentram renda e riqueza, com padrão de consumo similar ao dos Estados Unidos e países ricos da Europa. Conforme o jornal Folha de São Paulo [18], essa região metropolitana é a segunda colocada no *ranking* do Índice de Desenvolvimento Humano do país, mas, apesar disso, grande parte de seus habitantes vive em ambientes de intensa pobreza e violência.

Estima-se que cerca de 70% da população de Campinas seja SUS dependente, não possuindo recursos financeiros e nem planos de saúde para acessar o cuidado/tratamento para as doenças e agravos que os atingem [19], incluindo os problemas de saúde bucal.

Em 2004 foi criado o projeto de Prótese Dental no município, em resposta às reivindicações do Conselho de Idosos e atendendo à proposta do Programa Brasil Sorridente. Foram deslocados cinco profissionais que atuavam na atenção básica para exercer 20 horas das suas cargas horárias semanais,

em cada uma de suas respectivas regiões/distritos (Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste), com o objetivo de confeccionar próteses totais e sociais (próteses parciais confeccionadas provisoriamente para indivíduos que perderam os dentes anteriores).

Embora “a fase clínica da instalação das próteses dentárias elementares pertença à Atenção Primária” [7], os serviços funcionam como referências (Atenção Secundária) para as unidades de suas respectivas regiões. Especificamente no Distrito Leste, local desta pesquisa, são 10 as unidades que referenciam os usuários para uma única profissional e, portanto, as “listas de espera” são enormes, podendo levar cinco anos para um usuário ser convocado para confecção de uma prótese dentária.

MÉTODOS

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Parecer nº 1.668.950), foram selecionados 18 pacientes aleatoriamente, sendo que seis constavam na lista de espera, possuindo próteses inadequadas que necessitavam substituição, ou não possuindo nenhuma prótese; seis usuários que já haviam concluído suas próteses no mencionado serviço; e outros seis em processo de atendimento/consultas para confecção de próteses.

Todos os 18 entrevistados que concordaram em colaborar/participar da pesquisa, foram orientados e esclarecidos sobre os objetivos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ficaram com uma cópia do mesmo. Além disso, puderam fazer a opção pela data, horário e local para realização das entrevistas (suas casas ou no Centro de Saúde). Para a seleção, foi respeitada a proporcionalidade de sexo e idade do total de pacientes conhecidos. As entrevistas foram gravadas e fielmente transcritas. A partir de então, foram analisadas paralelamente com os registros dos diários, com datas próximas, a fim de se observar distanciamentos, conjugações e aproximações, conforme ensaio de Pezzato & Prado [20].

As entrevistas semiestruturadas e abertas possuíam perguntas que tinham por objetivo resgatar a trajetória de vida do entrevistado antes da perda dentária. Para tanto, foram buscadas as vivências com o cuidado em saúde bucal durante três fases de suas vidas: infância, adolescência e vida adulta.

Cada fase foi delimitada cronologicamente pelo(a) próprio(a) entrevistado(a). Buscou-se a narração relacionada aos cuidados com a saúde bucal. Como cuidava, quem cuidava, se havia alguma lembrança marcante. Em cada momento, indagou-se sobre o contato com Serviço(s) de Saúde e a percepção do(s) mesmo(s). As pessoas foram deixadas o mais à vontade possível para que pudessem narrar livremente suas vivências. Só houve interrupção quando necessária alguma explicitação em relação a algum gesto ou expressão.

Nesta investigação, optou-se pela pesquisa qualitativa que, segundo Minayo [21], refere-se ao estudo das histórias, das relações, representações, crenças, percepções e opiniões dos sujeitos. Ainda segundo a autora, “as abordagens qualitativas são adequadas a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análise de discursos e documentos” [21].

Barros *et al.* [22] acreditam que a multiplicidade de olhares, técnicas, métodos, conhecimentos e enfoques da pesquisa qualitativa são benéficos para entender os fenômenos ligados aos indivíduos no processo saúde-doença. Além disso, permite melhor contextualização para poder pensar, propor, testar e recomendar alternativas para a saúde. De fato, trazer o discurso sobre o outro, e não apenas dados numéricos, reafirma a alteridade que permanece atenta às diferenças e singularidades, contribuindo para colocar entre parênteses o modelo biomédico e suas intervenções.

A base teórico-metodológica para esta investigação foram alguns conceitos da Análise Institucional, um referencial que busca relacionar teoria e prática. A Análise Institucional, segundo L'Abbate [23], “tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a

partir dos discursos e práticas dos sujeitos” e foi exatamente isso que se realizou: foi dada voz aos sujeitos da pesquisa.

Dois conceitos da Análise Institucional foram utilizados para compreender o contexto institucional do qual se trata este estudo: instituição e implicação [24]. O conceito de instituição é o que permite considerar a Política de Saúde Bucal da Secretaria Municipal (PNSB) como uma instituição, sendo o serviço de prótese uma das formas de materialização da mesma. É nele que se concretizam seus três momentos, relacionados dialeticamente: o instituído ou o estabelecido, o instituinte ou o que está em movimento, renovando o primeiro momento, e a institucionalização, resultado da relação entre os momentos anteriores.

A implicação diz respeito ao fato de o ser humano se relacionar o tempo todo, dos pontos de vista afetivo, ideológico e profissional com o objeto de estudo e com as instituições nas quais se está inserido. No caso desta pesquisa, a implicação da pesquisadora, primeira autora deste artigo, foi de grande relevância para a escolha do Serviço de Prótese como local da investigação.

Para a análise dessa implicação, foi fundamental a elaboração de um diário de pesquisa, o qual, segundo Lourau [24] é a narrativa do pesquisador em seu contexto histórico, pois permite ao mesmo refletir sobre suas vivências/experiências cotidianas. Mais até do que descrever as vivências, o diário serviu como uma ferramenta de intervenção. Pois, segundo Pezzato & L'Abbate [25] (p.1303):

... o diário, na perspectiva da A.I. é uma ferramenta de intervenção que tem o potencial de produzir um movimento de reflexão da própria prática, na medida em que o ato da escrita do vivido, no âmbito individual ou do coletivo, é o momento da reflexão, revelando o não dito e pressupondo a não neutralidade do pesquisador no processo de pesquisar.

A narrativa produzida pelo diário foi articulada às entrevistas com os mutilados dentais que utilizaram, estavam utilizando ou aguardavam suas

próteses dentais no referido Serviço de Prótese. Essas entrevistas tiveram por objetivo construir as Histórias Patográficas dos usuários.

História Patográfica, segundo Kovalski & Freitas [26], “é a fusão dos conceitos de história clínica de Castiel com as dimensões factuais e ficcionais da história clínica – e de Lain Entralgo – de patografia, que propõe a descrição do doente e sua vida para além dos aspectos clínicos” (p.60). Constitui-se ferramenta aplicável e adequada, sugerindo um aprofundamento da compreensão da experiência vivida na pesquisa de campo das pesquisas qualitativas em saúde, como é o caso.

Castiel [27] funde os relatos ficcionais (estórias e relatos de eventos) com histórias e propõe a formulação teórica de “histórias” clínicas, que são narrativas produzidas pelos pacientes, buscando coerência entre as ideias de si e de seu entorno, bem como compatibilidade com as histórias médicas colhidas. Enfim, trata-se de interpretar conteúdos e construir significados.

Finalmente, Entralgo [28] traz significativa contribuição da psicanálise para a clínica. Situa a preocupação em ordenar a doença na biografia do doente e, assim, o relato patográfico vai ganhando nuances que incluem as diferentes formas de o doente conceber a doença. O autor contrapõe a história clínica que se pretende enquanto relato neutro. Dessa forma, possui uma perspectiva diferenciada da clínica e, assim, o relato clínico frio de uma condição de saúde cede espaço para a doença percebida de forma subjetiva e singular.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É nítido, em trechos das patografias dos seis pacientes que já tinham recebido suas próteses, a alegria e satisfação por não estarem mais edêntulos, como nas citações a seguir:

Depois que coloquei os dentes meu marido voltou até a me beijar... (J.M.B., 28 anos).

Quando não tinha a prótese era ruim até pra falar... As pessoas ficavam olhando pra

gente com uma cara estranha. Parecia até que a gente era um bicho... então a gente falava assim, né, com a mão na frente... (M.A.R.O., 55 anos). (Figuras 1 A e B).

A melhor coisa de ter conseguido fazer a ponte foi porque o serviço me contratou. Hoje eu tou empregada. O gerente do [cita o nome de um grande/conhecido Hipermercado] tinha mesmo me dito que só ia me arrumar emprego se eu arrumasse os dentes. (R.H.P., 22 anos). (Figuras 2 A e B).

Agora dá até pra comer uma costela, uns torresminho... Bom demais, né? Eu sei que

precisa ter cuidado, a doutora me explicou certinho, mas eu como com cuidado, sim. Antes era mais comida bem mole porque tinha que morder na gengibra (J.R., 52 anos). (Figuras 3 A e B).

Os fragmentos patográficos revelam que os sujeitos recuperaram a autoestima, a bucalidade, ao deixar de sentir vergonha e constrangimento ao resolverem problemas de relacionamento e de trabalho, além de conseguirem se alimentar adequadamente. Há uma mudança efetiva na qualidade de vida desses pacientes depois de todo sofrimento enfrentado pela prática mutiladora imposta ao longo de suas vidas e pela dificuldade de acesso ao serviço.

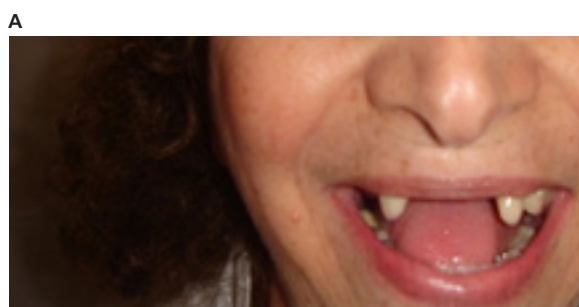


Figura 1. A e B – Antes e depois da confecção da prótese parcial removível, resgatando sua bucalidade e retomando sua autoestima (M.A.R.O., 55 anos).



Figura 2. A e B – Antes e após confecção de prótese social imediata, confeccionada para dar possibilidade de empregabilidade em um grande/conhecido hipermercado (R.H.P., 22 anos).

Concorda-se com Ferreira *et al.* [29] ao afirmarem que as dificuldades e limitações impostas às pessoas edêntulas podem ser superadas com a colocação de próteses dentárias. Estas têm a finalidade de “substituir parte do corpo que outrora fora perdido”. Além do mais, instaurada a anormalidade (não ter dentes), é possível reconduzir à normalidade mastigatória por meio de prótese dentária. Acredita-se que a bucalidade também é recuperada.

A ansiedade e a expectativa, nos seis relatos dos pacientes que estavam no percurso de confecção de próteses, foram demonstradas claramente, como nas falas que seguem:

Minha filha, eu tenho 82 anos de idade. Fui perdendo meus dentes ao longo da vida e tive que ir me acostumando como tudo que a gente vai perdendo... porque nunca tive dinheiro pra ir no dentista particular e no postinho só arrancava. Nunca que eles

A



B



Figura 3. A e B – Antes e após confecção de prótese total superior e inferior, recuperando a função mastigatória e a dimensão vertical, além da estética (J.R., 52 anos).

A



B



Figura 4. A e B – Antes, com apenas três elementos dentários (dentes da desigualdade e das marcas da experiência da pobreza vivida) e após a confecção de prótese total superior e prótese parcial removível inferior (G.S.A., 82 anos).

davam jeito de arrumar... fui perdendo até ficar assim... Agora, esperar mais um pouco até a dentadura chegar, eu vou esperar porque não tem jeito, né? Tem que fazer os moldes, tem que mandar lá pra Curitiba [cidade que possuía o convênio com o laboratório de prótese credenciado pela prefeitura do município de Campinas, local da pesquisa]. Eu entendo, você já me explicou tudo isso... já esperei muito nesta vida. Fazer o quê, né???? (G.S.A., 82 anos) (Figuras 4 A e B).

Hoje eu vou com os dentes? [perguntou logo que ouviu seu nome ser chamado na sala de espera e mudou completamente a fisionomia ao ouvir a explicação de que ainda necessitava de outra etapa até a conclusão da prótese]. Eu sei que a dotora tá fazendo o que é certo, mas eu preferia vim aqui só mais uma vez e pegar a ponte... Igual lá na cidade [referindo-se ao centro da cidade de Campinas que possui diversas clínicas populares]. É porque fica muito caro pra eu pegar três ônibus pra vim aqui esse tanto de vez... [A região a qual pertencia era bem distante do local onde são realizados os serviços de prótese, visto que esse serviço atende a 10 UBS/regiões diferentes]. (C.P.N., 58 anos) (Figuras 5 A e B).

Já nas patologias dos seis usuários que ainda aguardavam nas listas de espera, o quadro era bem diferente. As falas repercutem dor, tristeza e, muitas vezes, revolta. Parte do conteúdo dos depoimentos que formaram as histórias patográficas demonstra o forte impacto e as consequências negativas na vida das pessoas mutiladas dentais, como pode ser visto abaixo:

Tava demorando muito pra me chamarem pra colocar a ponte, pensei que nem iam mais ligar lá em casa. Aí eu fiz uma perereca mesmo na cidade e paguei baratinho... [Paciente respira bem fundo e continua] só que solta ... não dá nem prá comer direito. A gente vai mastigar e ela fica solta na boca. Graças a Deus que você me ligou. (A.M.S., 43 anos).

Esta paciente foi contatada pelo telefone deixado na lista de espera para responder à entrevista e, em contrapartida, foi-lhe dada uma vaga para iniciar a reabilitação.

Acho que vou morrer e ainda não vão me chamar. Minha filha vai sempre no postinho pra medir a pressão e sempre pergunta lá na odonto se chegou minha vez, mas eles sempre falam que vai demorar por causa de só ter uma dentista pra fazer as dentaduras de um monte de gente (C.P.S., 58 anos).

Nesta fala, a paciente também se referiu ao fato de o município possuir apenas um cirurgião

A



B



Figura 5. A e B – Antes, a mutilação dentária ao longo da vida e após a confecção de próteses parciais superior e inferior, a recuperação do encorajamento para enfrentar os problemas sociais (C.P.N., 58 anos).

dentista para confecção de próteses para cada uma das cinco regiões da cidade, sendo que há cerca de 10 UBSs em cada uma das regiões.

Não ter os dentes é ruim, mas pior é a gente saber que não tem por causa da roubalheira... Dinheiro tem, né? Só que eles roubam tudo e aí não sobra pra saúde. Eles preferem roubar os impostos que a gente paga do que contratar mais gente pra fazer as dentaduras pra nós... (J.S., 72 anos).

Novamente cita-se Ferreira et al. [29]:

Se por um lado a Experiência de Dor indica o acesso restrito aos serviços odontológicos, por outro a Perda Dentária denuncia a existência de uma prática mutiladora imposta pelos serviços de saúde pública para solucionar a dor. Nesta categoria está presente ainda a prótese dentária, cujo desejo tem a sua possibilidade limitada pelas condições econômicas.

Concorda-se com Santos & Assis [30] quando dizem que a prática da saúde bucal é plena de conflitos e contradições, além de ser um processo inacabado e em construção. Entretanto, há de se levar em conta aspectos singulares dos indivíduos diante dos desafios do processo saúde-doença para que os limites destas práticas de saúde bucal sejam superados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dimensões objetivas e subjetivas dos mutilados dentais entrevistados foram retratadas em suas Histórias Patográficas, similares às estórias de pobreza, dificuldades, sensações de exclusão, dor e perda. No entanto, percebe-se nitidamente a diferença nas patografias dos usuários que tiveram a possibilidade de realizar suas próteses ou que estão em processo de realização e daqueles que ainda aguardam uma vaga. Estes últimos mostram-se desanimados, desacreditados com a política/políticos vigente(s) e, muitas vezes, revoltados.

Ao considerar como instituição a PSB, atualmente em vigor no município em questão, identificou-se a necessidade de ir muito além para que seja possível aos profissionais de odontologia interferirem positivamente e com responsabilidade no sofrimento dos sujeitos que dependem do serviço de prótese. Passariam, dessa maneira, a atuar como profissionais da Saúde Coletiva, solucionando suas queixas e necessidades e inserindo, dessa forma, dimensões instituintes. Assim, é imperativo uma reorganização da Política Municipal de Saúde Bucal de Campinas, no sentido de colocar o usuário no centro da produção do cuidado a fim de suprir suas necessidades, visto que os resultados apontam para insuficiência e inadequação do serviço existente.

COLABORADORES

ACM PIMENTA concebeu o artigo, analisou e interpretou os dados, fez a revisão e aprovação da versão final do artigo. S L'ABBATE e LM PEZZATO analisaram, interpretaram os dados, fizeram a revisão e a aprovação da versão final do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Araújo ME, Zilbovicius C. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. *Trab Educ Saúde*. 2004;2(2):388-91.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Câmara dos Deputados (Brasil). Coordenação de Estudos Legislativos. Portaria nº 1444/GM de 28 de dezembro de 2000. Brasília: Câmara dos Deputados; 2000.
4. Ferraz GA, Leite ICG. Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da odontologia na Estratégia Saúde da Família. *Rev APS*. 2016;19(2):302-14.
5. Martino LVS. A política nacional de saúde bucal em municípios da região metropolitana de São Paulo, na primeira década do século XXI [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde bucal. Cadernos de Atenção Básica, nº 17. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

8. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da Inserção da Odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;1(11):123-30.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
10. Silva MES, Magalhães CS, Ferreira EF. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):813-20.
11. Moreira TP, Nations MK, Alves MSC. Dentes da Desigualdade: marcas da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(6):1383-92.
12. Souza ECF. Doença, narrativa, subjetividades: patografias como ferramenta para a clínica. Natal: Editora da UFRN; 2011.
13. Botazzo C. Da arte dentária. São Paulo: Hucitec; 2000.
14. Barros RS, Botazzo C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4337-48
15. Botazzo C. Pro-odonto prevenção. *Bucalidade*. 2013;6(4):9-55.
16. Botazzo C. Inovação na produção do cuidado em saúde bucal: possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde. Relatório técnico. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012. Relatório nº: MCTI/CNPq/MS-SCTIE-DECITn.10/2012.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria nº 1341 de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. São Paulo. Campinas entra em 2º e Maceió em último no IDH das metrópoles. *Jornal Folha de São Paulo*. 2017 out 4 (Seção Cotidiano) [acesso 2016 jun 26]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/07/1650027-campinas-entra-em-2-e-maceio-em-ultimo-no-idh-das-metropoles.shtml>
19. Prefeitura de Campinas. Indicadores Econômicos de Campinas: censo 2010 (Gestão do Prefeito Hélio de Oliveira Santos). Campinas: Prefeitura de Campinas; 2010 [acesso 2017 out 5]. Disponível em: www.campinas.sp.gov.br
20. Pezzato LM, Prado GVT. Pesquisa-ação e pesquisa-intervenção: aproximações, distanciamentos e conjugações. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. *Análise institucional e saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2013.
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
22. Barros NF, Cecatti JG, Turato ER. Apresentação. In: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER, organizadores. *Pesquisa qualitativa em saúde múltiplos olhares*. Campinas: Unicamp; 2005.
23. L'Abbate S. Análise Institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. *Mnemosine*. 2012;1(8):194-219.
24. Lourau R. A análise institucional. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
25. Pezzato LM, L'Abbate S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da saúde bucal coletiva. *Physis*. 2011;21(4):1297-314.
26. Kovalski DF, Freitas SFT. As hestórias patográficas como forma de relato de pesquisa de campo. *Saúde Transf Soc*. 2010;1(1):61-9.
27. Castiel LD. O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano. Campinas: Papirus; 1994
28. Entralgo PL. La história clínica: história y teoría del relato patográfico. Madrid: Triacastela; 1998.
29. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações do cuidado à saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):97-103.
30. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinha, BA. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):53-61.

Recebido: abril 4, 2017

Versão final: agosto 7, 2017

Aprovado: agosto 9, 2017

