

Percepção de adultos e idosos sobre os seus comportamentos e sua condição de saúde bucal segundo o seu nível de literacia em saúde

Perception of adults and elderly on your behaviors and your oral health condition according their level of health literacy

Manoelito Ferreira Silva-Junior¹ , Maria José Duarte Osis² , Maria da Luz Rosário de Sousa³ ,
Marília Jesus Batista² 

¹ Departamento de Saúde I, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) - Jequié (BA), Brasil.

² Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Jundiaí - Jundiaí (SP), Brasil.

³ Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - Piracicaba (SP), Brasil.

Como citar: Silva-Junior MF, Osis MJD, Sousa MLR, Batista MJ. Percepção de adultos e idosos sobre os seus comportamentos e sua condição de saúde bucal segundo o seu nível de literacia em saúde. Cad Saúde Colet, 2023; 31(2):e31020119. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020119>

Resumo

Introdução: O nível da literacia em saúde pode ser um fator que influencia os comportamentos e a saúde dos indivíduos. **Objetivo:** Analisar a percepção de adultos e idosos sobre os seus comportamentos e sua condição de saúde bucal segundo o seu nível de literacia em saúde (LS). **Método:** O presente estudo qualitativo foi realizado com adultos e idosos que participaram da 'Coorte de Saúde Bucal de Adultos de Piracicaba', sendo classificados conforme os três perfis de perda dentária seguintes: 1) nunca ter perdido dentes; 2) incidência de perda dentária ≥ 4 dentes; 3) edêntulo total e com nível de literacia em saúde alta e baixa de acordo com a variável LS dicotomizada a partir da mediana. Para a coleta dos dados, foi feita uma nova entrevista domiciliar gravada com uso de roteiro-guia e após a transcrição foi realizada a análise de conteúdo. **Resultados:** Independente do nível de LS, os indivíduos identificaram fatores de risco e proteção determinantes para o processo saúde-doença bucal. No entanto, os entrevistados com baixa LS apresentaram uma maior propensão aos comportamentos de risco. Os fatores individuais foram preponderantes para o entendimento de sua condição bucal, seja pelo sentimento de descuido ou de responsabilidade pela falta de acesso aos serviços odontológicos, seja pelo aspecto socioeconômico ou geográfico. **Conclusão:** Os indivíduos com alta LS apresentaram uma capacidade argumentativa e um entendimento maiores sobre os comportamentos saudáveis, como higiene bucal e uso regular do serviço odontológico, independente do tipo de serviço utilizado.

Palavras-chave: comportamento; letramento em saúde; saúde bucal.

Abstract

Background: The level of health literacy can be a factor that influences the behaviors and health of individuals. **Objective:** To analyze the perception of adults and the elderly on their behaviors and their oral health conditions according to their level of health literacy (HL). **Method:** The qualitative study was carried out with adults and the elderly who participated in the "Piracicaba Adult Oral Health Cohort" and had been classified into three tooth loss profiles: 1) never having lost teeth; 2) incidence of tooth loss ≥ 4 teeth; 3) total toothlessness and the level of health literacy dichotomized in the median at high and low HL. There was a new home interview recorded using a script, and after transcription, content analysis was performed. **Results:** The individuals, regardless of the HL level, identified risk and protective factors



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Correspondência: Marília Jesus Batista. E-mail: marilijbatista@yahoo.com.br

Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (2009/16560-0, 2011/00545-1, 2016/26171-4), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo/CAPES (2014/15184-2) e CNPq (141128/2017-8).

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Abr. 03, 2020. **Aprovado em:** Fev 24, 2021

that were decisive in the oral health-disease process. However, individuals with low HL were more adept at risky behavior. The individual factors were preponderant for the understanding of his oral condition, either by the feeling of carelessness or by the feeling of responsibility for the lack of access to dental services, either by the socioeconomic or geographical aspect. **Conclusion:** Individuals with high HL showed greater argumentative capacity and understanding of healthy behaviors, such as oral hygiene and regular use of dental services, regardless of the type of service used.

Keywords: behavior, health literacy, oral health.

INTRODUÇÃO

Apesar da cárie e da doença periodontal apresentarem uma alta prevalência na população mundial, sendo associadas à perda dentária¹ como o pior desfecho de saúde bucal, ambas são condições evitáveis e não limitadas aos aspectos biológicos e clínicos. A ocorrência dessas doenças sofre influência dos comportamentos de saúde, assim como de aspectos culturais e socioeconômicos, de questões relativas à utilização de serviços de saúde, dentre outras condições que são chamadas de determinantes sociais da saúde^{2,3}.

O nível de Literacia em Saúde (LS) é um novo aspecto estudado na saúde e tem demonstrado ser um importante determinante de saúde⁴. É definido como um conjunto de competência cognitiva, social e de capacidade individual de acesso, compreensão e utilização das informações que promovem e mantêm boas condições de saúde⁵.

A LS é reconhecida como um fator causal de disparidades de saúde⁴ e trata da capacidade dos indivíduos de conhecerem as suas necessidades de saúde e a sua autonomia no autocuidado em saúde⁶. Portanto, estudos que aprofundem a compreensão do papel da literacia na saúde e nos comportamentos em saúde ligados à percepção do indivíduo podem ser de extrema relevância.

Embora o número de estudos brasileiros com abordagem qualitativa sobre a percepção das pessoas em relação às suas condições bucais seja crescente, principalmente com pesquisas relacionadas às perdas dentárias, na maioria destes estudos a amostra é composta por usuários do serviço público^{4,7-10}.

O presente estudo realizou uma coleta domiciliar de dados com indivíduos provenientes de uma coorte de saúde bucal, incluindo indivíduos que utilizam outros tipos de serviços odontológicos além do serviço público e indivíduos que não utilizam nenhum serviço odontológico. A heterogeneidade na composição da amostra, levando em consideração a idade, a condição da saúde bucal, o tipo de serviço utilizado e o nível de literacia em saúde, traz uma perspectiva mais abrangente para o fenômeno analisado. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção de adultos e idosos sobre seus comportamentos e sua condição de saúde bucal segundo o seu nível de literacia em saúde (LS).

MÉTODO

Desenho do estudo e aspectos éticos

O presente estudo com abordagem qualitativa foi realizado através de uma entrevista semidirigida domiciliar com adultos e idosos acompanhados pela "Coorte de Saúde Bucal de Adultos de Piracicaba - SP"¹¹. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (CAAE: 55836116.1.0000.5418).

Identificação da fonte dos dados

Os participantes do presente estudo foram selecionados a partir de dados da primeira e segunda onda da "Coorte de Saúde Bucal de Adultos de Piracicaba - SP"¹¹, realizadas em 2011 e 2015, respectivamente¹¹. Na primeira onda, a amostra foi representativa para adultos de 20 a 64 anos residentes do município de Piracicaba, São Paulo, Brasil. Neste estudo, foram coletados dados de saúde bucal como o número de dentes perdidos, resultando em uma classificação

da perda dentária¹¹ que foi utilizada para o presente estudo para classificar os indivíduos em três perfis clínicos de perda dentária:

- Perfil 1: Nunca apresentou perda dentária (até 2015);
- Perfil 2: Apresentou uma maior incidência de dentes perdidos (P) no estudo de coorte (P \geq 4 dentes) (diferença entre o código 4 e 5 [P] do Índice de dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados [CPOD] entre 2011 e 2015);
- Perfil 3: Edêntulos totais em 2015 (CPOD = 32).

Em 2015, além do exame clínico, foi aplicado um questionário com dados socioeconômicos e demográficos com a versão validada em português do *14-item Health Literacy Scale*^{12,13}. Este questionário avalia três dimensões da literacia em saúde: literacia funcional, comunicativa e crítica, sendo composto por 14 perguntas em escala *likert* de 5 pontos¹². O nível de literacia em saúde foi mensurado pela soma dos 14 itens do questionário e avaliados conforme a escala de 14 a 70 pontos¹². A classificação de literacia em saúde para a presente população estudada foi dicotomizada pela mediana, sendo considerada alta literacia em saúde (maior ou igual a 46 pontos) ou baixa literacia em saúde (menos de 46 pontos)¹³.

Seleção dos participantes da pesquisa

A amostra foi composta por exaustão, ou seja, todos os casos que atendiam a um dos perfis supracitados foram incluídos e, dentre o total dos 143 participantes da coorte, 41 foram considerados como elegíveis (Figura 1).

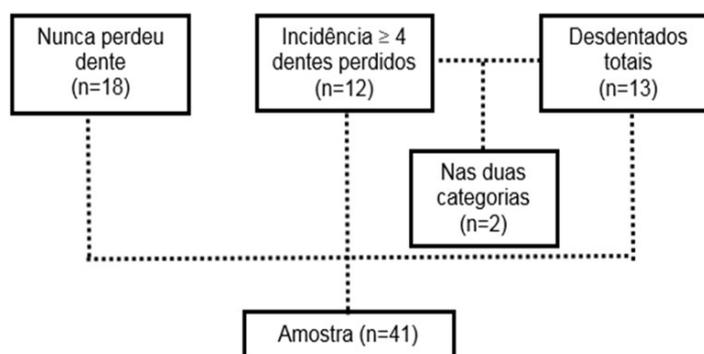


Figura 1. Fluxograma da seleção dos participantes do estudo

Coleta de dados

Para o presente estudo, a coleta dos dados foi realizada com o auxílio de um roteiro-guia nos domicílios dos entrevistados por um único entrevistador entre os meses de agosto e setembro de 2017, sendo registrada com um gravador de voz.

Foi feito um pré-teste do roteiro-guia com cinco adultos e idosos usuários de uma Unidade de Saúde da Família localizada no município e não pertencentes à amostra do estudo. Após o pré-teste foi identificada a necessidade de correção do questionário, no intuito de simplificar os termos utilizados, como a alteração de “bucal” para “boca, dente/dentadura”.

O roteiro-guia continha quatro questões norteadoras: 1) “Como foi que você perdeu/manteve os seus dentes na boca?”; 2) “Por quais motivos você acha que perdeu/manteve os dentes?”; 3) “O que você acredita que ajudou/prejudicou a condição atual da sua boca, dente/dentadura?”; e, 4) “O que você acha que facilita ou dificulta a sua procura ao dentista?”. Não foi estabelecido um tempo padrão para cada entrevista.

Análise dos dados

Após a coleta de dados e as transcrições das entrevistas na íntegra, as informações foram analisadas por dois pesquisadores, segundo os pressupostos da Análise de Conteúdo¹⁴. A análise foi realizada a partir da totalidade do material empírico e não pelas questões-chave isoladamente. Os pesquisadores identificaram o nível da literacia em saúde previamente definida¹³ em cada resposta apenas após a definição das categorias de análise e a seleção dos discursos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 41 indivíduos elegíveis, 37 (90,2%) participaram do estudo, não sendo possível localizaros demais devido à mudança de endereço. A maioria dos participantes eram mulheres (75,7%), nunca tinham perdido dentes (48,6%), e tinham baixa literacia em saúde (51,4%) (Tabela 1).

As entrevistas duraram de 4 a 55 minutos. A análise temática possibilitou a divisão em duas categorias e quatro subcategorias, sendo elas: fatores determinantes (risco/proteção) para o processo saúde-doença bucal e uso de serviços odontológicos (tipo/frequência e motivo da procura). Os discursos serão apresentados de acordo com os consensos e contradições encontradas, segundo os níveis de Alta (ALS) ou Baixa Literacia em Saúde (BLS).

Fatores de risco determinantes no processo saúde-doença bucal

Comer açúcar, mastigar chiclete, [...] uso de antibiótico prejudica. (ALS149).

Os remédios `dá` problema nos dentes [...]. Eu tomo muito remédio [...], eu tenho que tomar. (ALS138).

Uma má alimentação, muito estresse [...]. Às vezes, eu não tinha o que comer, eu tinha fome, depois começou a inflamar [a gengiva], aí que eu não comia mesmo. Então, é [...] um pouco de tudo, estresse, falta de alimentação, companhia, que eu ficava muito sozinha. (BLS238).

Independente do seu nível de literacia em saúde, os indivíduos identificaram fatores de risco no processo saúde-doença bucal para o desfecho da perda dentária. No entanto, verificou-se a persistência de mitos, como a relação entre o uso do antibiótico e a fragilidade dos dentes. Nesse contexto, é necessário considerar o efeito cariogênico do antibiótico associado à alta concentração de açúcares acompanhada de uma higienização inadequada após a administração do medicamento¹⁵.

Os indivíduos com BLS, apesar de identificarem os fatores de risco para as doenças bucais, parecem ser mais adeptos aos comportamentos de risco em relação àqueles com ALS, como citado abaixo:

Fumar e beber caga com tudo, [...] só que eu fumo e bebo. 40 anos [eu fumo]. Desde antes, desde os 8 anos de idade, 10 anos, que eu fumo, agora beber eu comecei depois dos 28 [anos]. (BLS129).

Álcool prejudica, cigarro prejudica, que são coisas que eu não tenho hábito. (ALS149).

Doce não era muito de comer, [...] acho que o açúcar, ele também ajuda [estragar os dentes]. (ALS246).

Outro aspecto encontrado, a despeito do nível de literacia em saúde, refere-se ao sentimento de culpa sobre a própria condição bucal, ou seja, a percepção dos problemas bucais como resultado dos próprios comportamentos, como explicitado abaixo:

Eu acho que a minha escovação [...] não era certa, [...] tem que ter a escovação certa. Então, eu não era instruída nessa parte [...]. Eu acho que [...] quando a gente quer, a gente faz, [...] eu acho que é um pouco de comodismo. (ALS246).

Tabela 1. Características da amostra. Piracicaba-SP, Brasil, 2011-2017

Participante (Código)	Literacia em Saúde*	Perfil de Saúde Bucal**	Sexo	Idade***
117	Alta	Desdentado total	M	63
246	Alta	Desdentado total	F	58
20	Alta	Incidência ≥ 4 dentes perdidos	F	45
79	Alta	Incidência ≥ 4 dentes perdidos	F	66
138	Alta	Incidência ≥ 4 dentes perdidos	M	55
180	Alta	Incidência ≥ 4 dentes perdidos	F	51
217	Alta	Incidência ≥ 4 dentes perdidos / Desdentado total	F	63
41	Alta	Nunca perdeu dentes	F	37
42	Alta	Nunca perdeu dentes	F	31
93	Alta	Nunca perdeu dentes	F	37
107	Alta	Nunca perdeu dentes	F	28
115	Alta	Nunca perdeu dentes	F	36
116	Alta	Nunca perdeu dentes	F	29
131	Alta	Nunca perdeu dentes	F	45
149	Alta	Nunca perdeu dentes	F	25
157	Alta	Nunca perdeu dentes	F	30
190	Alta	Nunca perdeu dentes	M	44
227	Alta	Nunca perdeu dentes	F	38
4	Baixa	Desdentado total	F	69
92	Baixa	Desdentado total	F	63
129	Baixa	Desdentado total	M	56
132	Baixa	Desdentado total	M	65
148	Baixa	Desdentado total	F	68
175	Baixa	Desdentado total	F	68
184	Baixa	Desdentado total	F	64
189	Baixa	Desdentado total	F	59
29	Baixa	Incidência ≥ 4 dentes perdidos	M	55
51	Baixa	Incidência ≥ 4 dentes perdidos	F	57
99	Baixa	Incidência ≥ 4 dentes perdidos	F	63
238	Baixa	Incidência ≥ 4 dentes perdidos	F	53
182	Baixa	Incidência ≥ 4 dentes perdidos / Desdentado total	M	54
104	Baixa	Nunca perdeu dentes	F	32
151	Baixa	Nunca perdeu dentes	F	48
195	Baixa	Nunca perdeu dentes	M	60
213	Baixa	Nunca perdeu dentes	M	64
233	Baixa	Nunca perdeu dentes	F	34
236	Baixa	Nunca perdeu dentes	F	33

*A Literacia em Saúde foi mensurada no ano de 2015; ** Incidência de perda dentária maior igual a 4 dentes perdidos relativo ao acompanhamento de 4 anos (entre 2011 e 2015); ***A idade corresponde a coleta de 2017

Eu acho que é falta de higiene, [...] que a gente morava no meio do mato, e não tinha ideia que tinha que cuidar dos dentes, da higiene da boca. Meus pais nunca [...] “falou” pra gente que era pra fazer. E a gente era em muitos na família [...] pra criar tudo junto, [...] nunca tivemos nada de higiene pra boca. Aí os dentes foram caindo sozinho. Quando eu tinha 14 anos que nós íamos pra Piracicaba que eu consegui ir ao dentista. (BLS92).

Os relatos apresentaram fatores de risco para doenças bucais em uma abordagem de nível individual, como condição financeira, número de filhos, baixa escolaridade e instrução familiar, residir na zona rural e dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, em consonância com os resultados de outros estudos nacionais e internacionais⁷⁻⁹. O sentimento de responsabilidade pela própria condição bucal deriva da falta de percepção de direito e cidadania, falhando em identificar como as condições de vida e de trabalho se relacionam com a saúde, que poderiam ser melhor abordadas com políticas públicas sociais mais abrangentes⁹. Sendo assim, o comportamento individual sofre influência do contexto social e, conseqüentemente, o processo saúde-doença bucal apresenta uma associação com os Determinantes Sociais da Saúde (DSS)³ e precisam ser considerados pelas estratégias de promoção de saúde para modificar a condição de saúde dos indivíduos¹⁶.

Fatores de proteção determinantes no processo saúde-doença bucal

Os indivíduos evidenciaram fatores de proteção para o processo saúde-doença bucal, como descrito abaixo:

Eu acredito que cuidando da saúde ajuda também a fortalecer os dentes [...]. Eu acho que é só escovação mesmo [...]. Eu preciso melhorar bastante a minha escovação. (ALS42).

Vamos dizer que eu sou até bem meio desleixada, só escovo [...], acho que o dente é bom mesmo [...]. Mas sempre foi meio tranquilo, eu escovo os dentes depois das refeições e [...] nunca fiz muita coisa a mais não. (ALS115).

Escovando, limpando, o que eu mais gosto de fazer [...]. O mais importante para mim ... sorrir, [...]. Que a gente olha para o espelho e sorri, e é melhor a gente ter próprios dentes da gente. Ter o cuidado. Muita gente não tem, não é? [...]. Então eu tenho orgulho de eu ter meus dentes para sorrir e é isso que eu me sinto bem. (BLS236).

Independente do nível de literacia em saúde, houve consenso sobre o uso de itens básicos (escova, creme dental e fio dental) para manutenção da saúde bucal. Não obstante, a higiene bucal foi um aspecto subvalorizado pelos indivíduos, inclusive aparecendo em um dos discursos a prerrogativa de que “o dente é bom mesmo”, sem levar em consideração decisões melhores de saúde ou presença de condições favoráveis de vida. Estudos demonstraram que indivíduos com ALS apresentam uma frequência maior de escovação dentária e, por isso, melhores condições clínicas, menores índices de cáries e mais presença de dentes naturais^{7,17,18}.

Um dos discursos demonstrou uma supervalorização da presença de dentes naturais, no entanto, apesar de parecer um aspecto positivo, é preciso discutir se o valor atribuído ao dente é funcional ou apenas estético. Outros discursos evidenciaram esse apelo estético, como ilustrado pelos seguintes discursos:

Está meio amarelo [os meus dentes], [...] eu não sei o que vou fazer com o amarelo, eu não sei o nome [...], é [...]. [Bicarbonato] [...] falam que é bom. (ALS131).

Então, eu acho que um pouco [...] de eu manter eles [os dentes], é um pouco da escovação. Posso escovar torto, mas eu escovo toda hora. Tanto é que eu vi essa pasta na televisão, como eu estou me sentindo o meu dente querer ficar preto, então já vem aquela imagem de podre, cair o dente [...]. Então, o primeiro dinheiro que eu peguei, já corri e comprei a pasta. Então, o meu pânico [...] eu acho que [...] fortaleceu um pouquinho mais. (BLS238).

Apesar do conceito de “bucalidade” ser multifacetado e amplo, com sentidos de manducação, linguagem e erotismo¹⁹, houve uma valorização estética nos discursos, aspecto

também verificado em outros estudos qualitativos^{7,20}, mesmo entre indivíduos com ALS. A estética bucal, do sorriso alinhado e branco como um objeto de perfeição faz parte da formação do imaginário social e continua sendo reforçado tanto pelos profissionais quanto pela mídia²¹. A mídia, que poderia ser um meio de educação, prevenção e promoção da saúde, ainda está restrita no Brasil a um conteúdo com apelo mercadológico e manipulatório das coletividades²². Fato demonstrado acima, quando um dos indivíduos com baixa literacia em saúde, demonstrou baixa criticidade e passividade ao comprar um dentífrico considerando apenas o *marketing* envolvido no produto. Apesar da eficácia dos dentífricos clareadores, deve estar claro que a ação dos mesmos é mecânica e não química. Sendo assim, a quantidade e o tamanho dos abrasivos na composição dos dentífricos clareadores quando associados à técnica de escovação incorreta apresentam risco à estrutura dental e aos tecidos moles²³.

Em contrapartida, um indivíduo com alta literacia em saúde, discursou de forma ordenada e consciente sobre as informações de saúde recebidas ao longo de sua vida:

Ah, o conhecimento foi conforme o tratamento, porque ninguém sabe a quantidade certa de pôr pasta. Passa pasta igual a comercial, [...] aquele monte de pasta, [...]. A gente conforme o tempo vai [aprendendo] [...]. Quanto mais gasta [a pasta], melhor [para o fabricante] [...]. Usava pasta sem flúor daquelas mais baratas que vendem no mercado. Que eu aprendi que é errado, hoje eu compro uma pasta de qualidade melhor e tudo. Enxaguante bucal, quando eu comprava, comprava com álcool, não via se tinha flúor [...]. Tudo isso a gente fazia errado. Ele [o dentista] foi me passando [informações]. [...]. Acho que a mídia induz muito a você comprar quantidade e você não sabe usar aquilo em qualidade. Quem sabe que a escovação é dois minutos? (ALS149).

Percebe-se nesse relato um aspecto próprio e intrínseco da literacia em saúde, principalmente no nível de literacia crítica. O indivíduo consegue descrever o conhecimento acumulado ao longo de sua vida e demonstra o impacto da atuação profissional do cirurgião-dentista como agente capaz de influenciar a sua literacia em saúde. Nesse aspecto, ao revisitar a pedagogia freiriana, é possível verificar uma fundamentação para a atuação do profissional de saúde na valorização da educação popular para a transformação das práticas nos serviços de saúde²⁴. Assim, atesta-se a importância de compreender a dimensão da educação libertadora como mediação para a autonomia, corresponsabilização e empoderamento do indivíduo, para que a literacia em saúde possa ser usada como um meio de promoção de saúde.

Tipo de serviço odontológico utilizado

No presente estudo participaram usuários de diferentes tipos de serviços odontológicos, porém, foram observados discursos de desqualificação do serviço odontológico público, como relatado abaixo:

Ah, só [vou] o particular, o público eu não confio. Não confio em dentista público não. Não vou, eu prefiro pagar por mês, fazer minha economia, mas ir no particular. (BLS51).

Eu nem vou no atendimento público. Ah, sei lá, eu tenho meio medo. Você não sabe o grau de higiene que tem [...]. Não pelo fato do dentista, mas pelo fato das pessoas que vão [...]. (BLS99).

O discurso de descrédito no sistema público parece ser resultado de uma construção de memória coletiva, englobando representações sociais, temporais e geográficas inespecíficas, ou seja, uma imagem e lembrança embasadas por experiências de terceiros²⁵. Essa visão unilateral focada nos problemas e mazelas remanescentes do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é evocada na mídia²⁵, sendo importante para a construção e disseminação de informações, principalmente no Brasil, devido às informações com baixa ou pouca reflexividade²⁶, condizente com a BLS. Essa forma de discurso tem influenciado a maneira como as pessoas significam e se posicionam diante dos fenômenos sociais, tornando-se inclusive uma barreira de acesso ao serviço, e assim, anulando a opção do serviço público de saúde, mesmo quando o mesmo se

faz necessário. Ao que parece, as constantes mudanças e evolução do SUS nas últimas décadas têm repercutido muito lentamente na compreensão e apropriação do sistema pela população²⁵.

Por outro lado, alguns participantes apresentaram argumentos mais abrangentes para as dificuldades no acesso aos serviços odontológicos públicos.

E daí tem o postinho [unidade de saúde], que também não fica tão longe daqui. Mas lá a gente tem que agendar, é um processo mais demorado e mais complicado, [...] pelo SUS [Sistema Único de Saúde] é mais difícil [...]. (BLS151).

Eu não vou [no serviço público] porque geralmente demora para chamar, Eu consegui o oftalmo [oftalmologista no serviço público], o dentista eu não consegui. E aí depois eu desisti, comecei a trabalhar e paguei o meu aparelho. Então isso eu acho que dificulta e que é uma coisa que só funciona no papel. [...] Dizem que oferecem para todos, todos têm o direito. Mas se todos deixarem de pagar o particular e for no público, vai ter para todos? Não vai. (ALS149).

Esses discursos, legitimados por experiências vivenciadas pelos próprios participantes, demonstram a dicotomia entre o “SUS formal” e o “SUS real”, ou seja, entre os ideais proclamados em sua concepção e a sua dificuldade de institucionalização²⁶. Não se pode negar que ainda existem barreiras ao acesso ao SUS, seja pela falta de recursos financeiro, material ou humano²⁵. No entanto, são inegáveis os avanços técnico-científicos do campo odontológico e a expansão assistencial em saúde bucal nos últimos anos²⁷.

Essa dificuldade de apropriação do SUS como um sistema universal feito para todos, ainda que em fase de expansão e desenvolvimento, pode justificar outro aspecto presente no discurso dos indivíduos: a supervalorização do plano de saúde.

Então, quando eu não tinha convênio a situação era mais complicada [...], deixava [de ir por dificuldade de acesso] [...]. Então, por ter o convênio [facilita ir no dentista], [...] os horários de trabalho [...] é o que mais complica. (BLS151).

Ah, fácil seria se tivesse um convênio bom, mas hoje em dia os convênios estão tudo [...] você vai para marcar tem que esperar do mesmo jeito. Então mais fácil para mim é pagando [...]. (BLS99).

Nessa perspectiva, o discurso de depreciação do serviço público parece ser proporcional à imagem positiva ou redentora dada ao plano de saúde, vendo-o como um projeto ideal de privilégio e desejo ainda não disponível para todos²⁵. Sendo assim, a adesão aos planos de saúde deriva de uma forma de segurança, e pode ser resultado da percepção da garantia de assistência no modelo médico-assistencial privatista, vivenciado no Brasil durante meados do século XX, pois, como evidenciado pela literatura, a sua busca não deriva da disponibilidade de recurso financeiro, e sim por uma busca por qualidade, ou ainda, devido a uma insatisfação com o serviço público²⁸. No presente estudo, na percepção de indivíduos com ALS, foram manifestadas diferentes opiniões sobre as fragilidades também dos serviços ofertados pelos convênios, minimizando a visão da garantia de um bom atendimento entre os usuários e começando a colocar em dúvida a capacidade de resolubilidade dos planos de saúde²⁵.

Apesar das situações supracitadas, verificou-se que os indivíduos utilizavam o serviço odontológico público, independente do nível de literacia em saúde.

Eu vou aqui no postinho [unidade de saúde] mesmo [...]. Eu acho que é mais perto e atende bem. (BLS236).

Ultimamente eu utilizo o serviço público, porque o pago está muito caro [...]. Se tiver dentista próximo é melhor, que dá para ir [...]. É, no meu caso atualmente, está próximo [o serviço odontológico]. (ALS190).

Eu acho que ajudou eu manter os dentes por mais tempo foi a ajuda da odontologia [faculdade] [...]. Que lá eles limpavam, eles davam toda a assistência dentária [...]. Então, eu acho que foi mais eles do que eu. (ALS246).

Entre os indivíduos que utilizam o serviço odontológico público, a despeito do nível de literacia em saúde, foi verificada uma satisfação com o atendimento prestado. No entanto,

foram feitas críticas em relação à dificuldade de acesso, mas não quanto à qualidade do serviço ofertado. Um estudo mostrou que, independente do tipo de serviço utilizado, a percepção da qualidade do atendimento está associada à agilidade na marcação de exames e consultas, resolutividade, acolhimento e respeito²⁵. Portanto, o SUS mostra que tem prezado pela qualidade do serviço prestado, para além da expansão da cobertura do nível primário, inclusive com a valorização da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do cuidado interprofissional dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e da efetivação das sedes atuais, bem como do estabelecimento de novas Redes de Atenção à Saúde (RAS) com articulação entre os serviços de atenção, ou seja, com uma ampla efetivação dos programas e políticas estratégicas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde²⁹.

Outro ponto a ser discutido e valorizado é o impacto social do serviço historicamente ofertado pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba à população. A faculdade foi referida pelos participantes como local de atendimento odontológico ao longo de suas vidas, principalmente quando não havia uma rede organizada de serviços odontológicos públicos no município e a odontologia apresentava um modelo assistencial excludente e mutilador²⁷.

Frequência e motivo da procura do serviço odontológico

Os maiores níveis de literacia em saúde têm sido associados a maiores cuidados odontológicos, como a realização do autoexame bucal e o uso regular de serviços odontológicos^{17,18}, demonstrado nos discursos abaixo:

Procuo ir pelo menos todo ano, agora que eu dei uma sumida, mas todo ano eu ia geralmente de 6 em 6 meses. Depois que eu perdi vários daí eu fiquei caprichosa. (ALS20).

Dentista mesmo eu vou quando necessário ou então uma vez por ano, para fazer a limpeza e tudo mais. Mas não preciso procurar dentista assim, fora de hora. (ALS115).

No presente estudo, a experiência da perda dentária mudou a forma de cuidado da saúde bucal de uma participante, aspecto também verificado em um outro estudo qualitativo realizado com mulheres, onde o valor atribuído aos dentes aumentou à medida que os dentes foram perdidos⁷. Ou seja, as experiências passadas marcaram as expectativas presentes e futuras quanto ao estado de seus dentes, e poderiam ser evitadas se houvesse um maior conhecimento sobre o processo saúde-doença bucal⁷.

Entre os indivíduos com BLS, como esperado, houve uma adesão menor aos serviços odontológicos, inclusive sendo justificado pela ausência de dentes naturais:

Não tenho dente, o que vou fazer no dentista? Quando eu tinha, eu já não ia, [...] agora menos ainda. (BLS129).

Acho que já uns 2 anos que eu não vou [...]. Faz um tratamento de uma coisa, faz de outra, a gente acaba deixando [a saúde bucal] às vezes. Só procura quando está com alguma dor, [...] é caro demais. (BLS99).

Se dói algum dente você tem que correr atrás de algum lugar, [...] nem que seja público se você não tem condições [...]. (BLS151).

A busca tardia do serviço pode aumentar a complexidade dos problemas bucais, reduzindo as alternativas para os procedimentos que deveriam ser realizados e, por vezes, a extração dentária acaba sendo a única forma de resolução³⁰. No presente estudo, todos os participantes que apresentavam necessidades odontológicas em 2011 e 2015 foram informados e orientados a procurar a unidade de saúde com oferta de serviço odontológico público mais próxima do seu domicílio. Apesar disso, a procura pelo serviço odontológico motivada por necessidade ou dor foi um fator de risco para incidência de perda dentária na presente amostra³⁰.

Nesse sentido, a perda dentária, apesar de ser um reflexo de doenças bucais, como a cárie e a doença periodontal, pode refletir também o modelo de atenção à saúde bucal adotado e a forma como os indivíduos compreendem o agravo³¹. A negligência da saúde bucal pode ocorrer

por diversos fatores, tais como: necessidade de procedimentos de alto custo, desgastantes e com prognóstico incerto, condição de vida e de trabalho que dificultam o acesso aos serviços, medo ou histórico prévio de experiências negativas, dentre outros motivos^{9,30,32}. O uso não regular de serviços odontológicos pode também derivar de um sistema público de saúde bucal historicamente excludente²⁷. Sendo assim, uma das limitações do presente estudo se refere à amostra com faixa etária ampliada, composta por adultos jovens a idosos, que vivenciaram diferentes cenários das práticas profissionais e políticas públicas.

A prática odontológica tem raízes históricas, culturais e sociais de interface mutiladora^{27,30,32}, ou seja, uma formação profissional pautada no modelo biomédico, com pouca ênfase nos programas e/ou ações de prevenção de doenças, educação e promoção à saúde⁸. Por isso, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Odontologia direcionam os estudantes para uma formação humanista, crítica, reflexiva e voltada para as necessidades da população através do modelo de saúde vigente no país.

Apesar de poder ser considerada uma limitação do estudo, o uso de um instrumento de literacia em saúde não específico para saúde bucal foi intencional, pois o HLS-14 é um instrumento que mensura os seus três níveis, encontra-se validado para o português brasileiro, e pode ser utilizado por toda a equipe de saúde para tomar decisões conjuntas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Independente do nível de literacia em saúde, os indivíduos identificaram fatores de risco e proteção determinantes para o processo saúde-doença bucal e os fatores individuais foram preponderantes para o entendimento da sua condição bucal atual, seja pelo sentimento de descuido ou de responsabilidade pela falta de acesso aos serviços odontológicos, seja pelo aspecto socioeconômico ou de acessibilidade por questões geográficas.

Os indivíduos com baixa literacia em saúde se mostraram mais propensos aos comportamentos de risco, como o uso de álcool e cigarro, ademais, os indivíduos com alta literacia em saúde apresentaram maior capacidade argumentativa e entendimento sobre os comportamentos saudáveis e, conseqüentemente, melhores decisões de saúde, como uma maior propensão à higiene bucal e ao uso regular do serviço odontológico, independente do tipo de serviço utilizado.

AGRADECIMENTOS

O presente estudo teve financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (2009/16560-0, 2011/00545-1, 2016/26171-4), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo/CAPES (2014/15184-2) e CNPq (141128/2017-8).

REFERÊNCIAS

1. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 Countries, 1990-2015: a Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, injuries, and risk factors. *J Dent Res*. 2017;96(4):380-7. <http://dx.doi.org/10.1177/0022034517693566>. PMID:28792274.
2. Petersen PE, Kwan S. The 7th WHO Global Conference on Health Promotion - towards integration of oral health. *Community Dent Health*. 2010;27(suppl 1):129-36.
3. Marmot M, Atkinson T, Bell J, Black C, Broadfoot P, Cumberlege J, et al. Fair society, healthy lives: the Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010 [Internet]. London: Institute of Health Equity; 2010 [citado em 2018 fev 7]. Disponível em: <http://www.marmotreview.org>
4. Horowitz AM, Kleinman DV. Oral health literacy: the new imperative to better oral health. *Dent Clin North Am*. 2008;52(2):333-44, vi. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2007.12.001>. PMID:18329447.
5. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva: WHO; 1998.
6. Macek MD, Atchison KA, Watson MR, Holtzman J, Wells W, Braun B, et al. Assessing health literacy and oral health: preliminary results of a multi-site investigation. *J Public Health Dent*. 2016;76(4):303-13. <http://dx.doi.org/10.1111/jphd.12156>. PMID:27126734.

7. Fonseca LLV, Nehmy RMQ, Mota JAC. O valor social dos dentes e o acesso aos serviços odontológicos. *Cien Saude Colet.* 2015;20(10):3129-38. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.00172015>. PMID:26465855.
8. Bortoli FR, Moreira MA, Moretti-Pires RO, Botazzo C, Kovaleski DF. Percepção da saúde bucal em mulheres com perdas dentárias extensas. *Saude Soc.* 2017;26(2):533-44. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017162160>.
9. Silva MES, Magalhães CS, Ferreira EF. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. *Cien Saude Colet.* 2010;15(3):813-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300024>. PMID:20464194.
10. Queiroz LR, Nascimento MAA. Sentidos e significados da perda dentária na Estratégia Saúde da Família: uma realidade entre o pensar e o fazer. *Rev Saúde Col UFEs.* 2017;7(3):52-9. <http://dx.doi.org/10.13102/rsdauefs.v0i0.2117>.
11. Silva-Junior MF, Sousa MLR, Batista MJ. Prospective cohort of adult oral health in Piracicaba, SP, Brazil. *BMC Res Notes.* 2019;12(1):221. <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-019-4243-y>. PMID:30971309.
12. Suka M, Odajima T, Kasai M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M, et al. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environ Health Prev Med.* 2013;18(5):407-15. <http://dx.doi.org/10.1007/s12199-013-0340-z>. PMID:23689952.
13. Batista MJ, Marques ACP, Silva-Junior MF, Alencar GP, Sousa MLR. Translation, cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of Brazilian Portuguese version of the 14-item Health Literacy Scale. *Cien Saude Colet.* 2020;25(7):2847-57. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020257.22282018>. PMID:32667566.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
15. Nadanovsky P. O declínio da cárie. In: Pinto VG, org. *Saúde bucal coletiva.* 6. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2013.
16. Sheiham A, Alexander D, Cohen L, Marinho V, Moysés S, Petersen PE, et al. Global Oral Health Inequalities: Task Group-Implementation and delivery of oral health strategies. *Adv Dent Res.* 2011;23(2):259-67. <http://dx.doi.org/10.1177/0022034511402084>. PMID:21490238.
17. Naghibi Sistani MM, Virtanen JI, Yazdani R, Murtomaa H. Association of oral health behavior and the use of dental services with oral health literacy among adults in Tehran, Iran. *Eur J Dent.* 2017;11(2):162-7. http://dx.doi.org/10.4103/ejd.ejd_332_16. PMID:28729786.
18. Batista MJ, Lawrence HP, Sousa MLR. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC Public Health.* 2017;18(1):60. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-017-4443-0>. PMID:28747157.
19. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Cien Saude Colet.* 2006;11(1):7-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100002>.
20. Bedos C, Levine A, Brodeur JM. How people on social assistance perceive, experience, and improve oral health. *J Dent Res.* 2009;88(7):653-7. <http://dx.doi.org/10.1177/0022034509339300>. PMID:19641153.
21. Cavaca AG, Gentili V, Zandonade E, Cortelleite-Júnior M, Oliveira AE. A saúde bucal na mídia impressa: análise das matérias jornalísticas nos anos de 2004-2009. *Cien Saude Colet.* 2012;17(5):1333-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500027>. PMID:22634826.
22. Reis DSM. Comunicação em saúde: variáveis que interferem na recepção da mensagem. *BIS Bol Inst Saúde.* 2010;12(1):16-21.
23. Silva-Junior MF, Cruz PSD, Bozzi AC, Daroz LGD, Santos-Daroz CBD. Effect of bleaching agents and toothpastes on the enamel: an in situ study. *Am J Dent.* 2019;32(6):288-92. PMID:31920054.
24. Oliveira AE, Fagundes DQ. Paulo Freire e saúde: revisitando “velhos” escritos para uma saúde do futuro. *Saúde Transform Soc.* 2016;6(2):1-8.
25. Silva NEK. Imaginário social sobre o SUS e vulnerabilidade de homens ao acesso a diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis. *RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.* 2016;10(1):1-12. <https://doi.org/10.29397/reciis.v10i1.1041>.
26. Oliveira VCA. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. *Interface – Comunic, Saúde Educ.* 2000;4(7):71-80.
27. Pucca GA Jr, Gabriel M, Araujo ME, Almeida FC. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res.* 2015;94(10):1333-7. <http://dx.doi.org/10.1177/0022034515599979>. PMID:26316461.
28. Farias LO. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. *Cien Saude Colet.* 2001;6(2):405-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200010>.

29. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Souza Noronha KVM, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019;394(10195):345-56. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7). PMID:31303318.
30. Silva-Junior MF, Batista MJ, Sousa MLR. Risk factors for tooth loss in adults: a population-based prospective cohort study. *PLoS One*. 2019;14(7):e0219240. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0219240>. PMID:31329623.
31. Silva-Junior MF, Sousa ACC, Batista MJ, Sousa MLR. Condição de saúde bucal e motivos para extração dentária entre uma população de adultos (20-64 anos). *Cien Saude Colet*. 2017;22(8):2693-702. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.22212015>. PMID:28793083.
32. Roncalli AG, Barbato PR, Resende CMBM. Perdas dentárias. In: Antunes JLF, Peres MA. *Epidemiologia da saúde bucal*. 2. ed. São Paulo: Editora Santos; 2013. p. 335-53.