

A saúde bucal na perspectiva das pessoas vivendo com HIV/Aids: subsídios para a educação permanente de cirurgiões-dentistas


Oral health from people's living with HIV/Aids perspective: contributions for dentists' continuing education (abstract: p. 14)

La salud bucal desde la perspectiva de las personas que viven con VIH/Sida: subsidios para la educación permanente de cirujanos-dentistas (resumen: p. 14)

Gustavo Barbosa Parola^(a)

<gustavobparola@hotmail.com> 

Karina Franco Zihlmann^(b)

<karina.zihlmann@unifesp.br> 

^(a) Serviço de Atenção Especializada Adulto, Secretaria Municipal de Saúde de Santos. Rua Silva Jardim, 94, Vila Mathias. São Paulo, SP, Brasil. 11015-020.

^(b) Departamento de Saúde, Educação e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo. Santos, SP, Brasil.

Pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) possuem saúde bucal vulnerável. A formação do dentista – tradicionalmente tecnicista e procedimento-centrada – não é sensível a demandas subjetivas dessa população. O objetivo foi compreender como PVHA lidam com a saúde bucal, identificando subsídios para cuidado humanizado e integral. Realizou-se uma pesquisa qualitativa com 12 PVHA adultos em um serviço de Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST/Aids sobre saúde bucal e expectativas quanto à assistência. Foram realizados grupos focais e entrevistas em profundidade. Os discursos foram categorizados pelo método de análise de conteúdo temática. Observou-se necessidade de formação dos dentistas para além das técnicas e *guidelines*, destacando importância da escuta e relações dialógicas para ampliar e complexificar a relação de cuidado. Espera-se que este trabalho com base na Educação Permanente (EP) em Saúde possa subsidiar ações educativas em saúde bucal que contemplem vivências e pontos de vista singulares de PVHA.

Palavras-chave: Saúde bucal. HIV. Síndrome de imunodeficiência adquirida. Educação em saúde bucal. Educação permanente.

O papel da saúde bucal em IST/Aids e a importância da Educação Permanente de profissionais

Uma das interfaces evidenciadas pela epidemia do HIV é o fato de que as pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) apresentam uma demanda específica de cuidado em saúde bucal. Segundo Damle et al.¹, é notório que 40% a 50% das PVHA sofrem com problemas orais que, geralmente, são marcadores da doença pela disfunção do sistema imunológico. Com isso, devido à imunossupressão profunda, principalmente dos linfócitos T-CD4, a infecção pelo HIV leva ao surgimento de diversas infecções oportunistas e manifestações bucais, em especial a candidíase, a leucoplasia pilosa, o sarcoma de Kaposi, as doenças periodontais associadas ao HIV e o linfoma não Hodgkin^{2,3}. Portanto, a atenção à saúde bucal é reconhecida como um dos pilares para a manutenção da saúde geral do indivíduo e, em especial, das pessoas com um sistema imunológico comprometido, sujeitas a várias doenças oportunistas na cavidade bucal⁴. Ressalta-se assim a importância do papel do cirurgião-dentista em uma equipe multidisciplinar de atendimento às PVHA e, considerando esse contexto, torna-se imprescindível a construção de um trabalho de cuidado da saúde bucal dessa população.

Considerando a sobrevida de PVHA, graças ao diagnóstico precoce, profilaxia primária/secundária de doenças oportunistas⁵ e, principalmente, introdução da terapia antirretroviral altamente ativa, com distribuição gratuita no Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se não apenas a sobrevida, mas também a qualidade de vida, o que trouxe novos desafios para os serviços de saúde, como atenção integral a novas demandas e ampliação para aspectos que vão além dos fatores biológicos⁶, como autocuidado, abordagem familiar, abordagem comunitária e educação em saúde⁷. Destaca-se também a necessidade de atenção à saúde bucal⁶.

Mesmo diante das propostas da Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH)⁸, evidencia-se o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Nesse contexto, propõe-se uma mudança nos modos de cuidar como dispositivos com potência para a promoção de reposicionamentos subjetivos que possam ampliar a capacidade das pessoas de se compreenderem como fenômenos complexos e contraditórios, ou seja, humanos. Seria a possibilidade de os sujeitos “experimentarem o que está para quem e além de si, podendo, então, outrar-se, (re)inventar-se”⁹ (p. 23). Dessa forma, a PNH busca um permanente processo de reinvenção dos sujeitos, das práticas em saúde e do mundo. Ao problematizar as práticas do trabalhador do SUS, a PNH visa contrapor o discurso hegemônico na saúde, potencializando e criando espaços de trocas nos quais pessoas com valores, saberes, hábitos, desejos, interesses e necessidades diferentes encontrem, conjuntamente, saídas para os problemas do cotidiano⁸.

Uma perspectiva de cuidado em saúde foi apresentada por Ayres¹⁰, que discorre que cuidar da saúde de alguém é mais do que construir um objeto e intervir sobre ele. Para isso, propõe que é preciso considerar construir projetos e que é necessário sustentar certa relação entre a matéria e o espírito – o corpo e a mente – a fim de se saber qual é o projeto de felicidade que está em questão, em uma perspectiva ético-política. Assim, o profissional de saúde deve pensar de forma crítica, possuir competências com compromissos éticos e de cidadania, autonomia, capacidade de resolver problemas, refletir e transformar a sua prática, porque apenas as habilidades técnicas não suprem

as atuais necessidades do ser humano. O ato de cuidar se consolida, antes de tudo, por meio do elo entre o cuidador e o ser cuidado, como uma atitude humanística.

Considerando que o presente trabalho foi construído no contexto da elaboração da dissertação de mestrado em Ensino em Ciências da Saúde, modalidade Profissional, na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), construiu-se uma pesquisa com uma proposta de intervenção no contexto do trabalho, visando a um trabalho de EP¹¹⁻¹³.

A EP foi tomada como referencial com intuito de trazer contribuições significativas para mudanças positivas na forma como os envolvidos no processo de cuidado em saúde bucal de PVHA entendem a noção de cuidado e atenção em saúde. Cabe lembrar que a proposta de EP em Saúde surgiu na década de 1980, por iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) para o desenvolvimento dos recursos humanos na saúde. No Brasil, foi lançada em 2003 como política nacional, sendo importante para implantação de um SUS democrático, equitativo e eficiente¹¹. A principal ideia da EP em Saúde é a integração entre o universo do trabalho e o do ensino com ações e decisões coletivas fundamentadas em práticas problematizadoras que têm por base a aprendizagem deslocada para o ambiente de serviço. Seu principal benefício é promover o diálogo em rodas de conversa, constituídas por grupos formados por profissionais de instituições de saúde, na busca de comprometimento com o trabalho e fortalecimento da integração ensino-serviço, preparando o profissional por meio do desenvolvimento da capacidade crítica, criativa e postura pró-ativa¹¹⁻¹³. Sendo assim, é possível considerar que as propostas de EP em Saúde podem contribuir de forma positiva na incorporação dos princípios do cuidado recomendados pela PNH às práticas de saúde bucal, especialmente no contexto dos cuidados às PVHA.

A partir da experiência clínica como cirurgião-dentista do ambulatório de IST/Aids da cidade de Santos, São Paulo, Brasil, realizou-se uma pesquisa problematizando as concepções sobre saúde bucal dos usuários do serviço, enquanto questão fundamental para PVHA devido às características dessa infecção. Outra questão observada foi a dificuldade do profissional cirurgião-dentista – tradicionalmente conhecido como bastante objetivo, pragmático e tecnicista – em considerar aspectos subjetivos do paciente. Isso suscitou uma reflexão sobre a própria formação do pesquisador, colocando-o diante da necessidade de questionar uma prática reducionista de cuidado, em uma ação procedimento-centrada e que tende a lidar com o paciente apenas como portador de um órgão foco de cuidado – no caso, a boca.

Nesse contexto, optou-se por investigar também o papel e a relação estabelecida com o profissional de odontologia, com um olhar para a díade profissional de saúde-usuário do serviço, considerando esse encontro como uma forma de promover uma experiência na qual estes poderão empreender uma reformulação de seus paradigmas, ouvindo o que os usuários têm a dizer e, assim, possibilitando ações de educação que irão reverberar nas concepções e práticas dos envolvidos.

Sendo assim, o objetivo da pesquisa realizada foi compreender como pessoas vivendo com HIV/Aids usuárias de um serviço especializado lidam com a saúde bucal no seu cotidiano, identificando possíveis subsídios para atividades de educação permanente de profissionais com vistas ao incremento de um cuidado efetivo, humanizado e integral.

Material e métodos

Realizou-se uma pesquisa qualitativa com o propósito de valorização do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos, o que correspondeu à abertura para o espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à simples operacionalização de variáveis, como define Minayo¹⁴. Foram articuladas várias estratégias de investigação, como pesquisa documental (prontuários odontológicos e multiprofissional), observação ampla, grupos focais, entrevistas semiestruturadas e diário de campo.

O local da pesquisa foi estabelecido a partir da exigência do Mestrado Profissional de que fosse desenvolvida onde o mestrando pesquisador exercesse atividades profissionais, na busca de um processo transformador de suas práticas. Sendo assim, a pesquisa foi realizada no Serviço de Atenção Especializada adulto (SAE adulto) da cidade de Santos, São Paulo. A região da Baixada Santista tem uma trajetória histórica no que concerne às ações de enfrentamento em IST/Aids. No fim da década de 1980, a cidade de Santos ganhou destaque na imprensa nacional e internacional com o título de “Capital da aids” por apresentar a maior incidência de casos de aids por cem mil habitantes. O SAE adulto existe desde a década de 1990 e atende atualmente em torno de cinco mil usuários, sendo PVHA e com outras infecções, como hepatites virais. A unidade dispõe, além do serviço de odontologia, dos serviços de infectologia, enfermagem, psicologia, assistência social, pediatria, nutrição, ginecologia e farmácia, além do serviço de apoio de hospital-dia. O serviço odontológico é composto por três cirurgiões-dentistas e três auxiliares de saúde bucal, com infraestrutura competente para o pleno exercício da odontologia. O serviço odontológico tem demanda mensal média de 500 atendimentos, nos quais se realizam procedimentos de clínica geral e de monitoramento contínuo de lesões e infecções oportunistas da cavidade bucal, além de monitoramento laboratorial (linfócitos T-CD4, carga viral e hemograma) em procedimentos cruentos.

A presente pesquisa teve uma amostra de conveniência de 12 adultos, PVHA que foram convidados a participar de forma voluntária nos dias da consulta agendada no serviço de odontologia, sendo que, destas, dez pessoas participaram da estratégia de grupos focais e duas pessoas participaram de entrevistas individuais semiestruturadas. Essa amostra foi constituída em função da necessidade de um número adequado de participantes em um grupo focal, que é em torno de cinco pessoas, considerando as condições da realização do grupo. Quanto aos critérios de seleção de participantes, tanto para os grupos focais quanto para as entrevistas individuais semiestruturadas, esclarecemos que foi adotado um critério objetivo odontológico que pudesse permitir um padrão de homogeneidade de experiências entre os participantes. Com isso, foram construídos dois grupos, compostos cada um por pessoas com a saúde bucal semelhante: o Grupo 1 foi formado por pessoas com a saúde bucal precária (PSBP); e o Grupo 2 foi formado por pessoas com a saúde bucal adequada (PSBA). Isso foi necessário também para que se pudesse, no momento da análise, fazer uma comparação entre os dois grupos de saúde bucal diferentes. O Quadro 1 apresenta uma síntese das informações quanto à idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, número de filhos, tempo de diagnóstico do HIV, critério raça/cor e tipo de participação na pesquisa.

Quadro 1. Principais dados sociodemográficos e clínicos dos participantes da pesquisa

Participante	Idade (anos)	Sexo	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Filhos	Tempo de diagnóstico HIV** (anos)	Raça/cor*	Tipo de participação na pesquisa
PSBP1	38	feminino	solteira	médio completo	vendedora	0	1	branca	grupo focal PSBP
PSBP2	48	masculino	casado	fundamental incompleto	agente de apoio socioeducativo	0	1	preta	grupo focal PSBP
PSBP3	54	masculino	solteiro	fundamental completo	graniteiro	0	20	parda	grupo focal PSBP
PSBP4	59	feminino	viúva	fundamental completo	do lar	4	7	parda	grupo focal PSBP
PSBP5	42	feminino	casada	fundamental completo	diarista	1	14	parda	grupo focal PSBP
PSBP6	66	feminino	solteira	fundamental incompleto	do lar	5	23	branca	entrevista individual
PSBA1	49	masculino	solteiro	superior incompleto	administrador	1	1	branca	grupo focal PSBA
PSBA2	42	masculino	viúvo	fundamental incompleto	motoboy	0	5	parda	grupo focal PSBA
PSBA3	40	masculino	solteiro	médio completo	operador de telemarketing	0	13	branca	grupo focal PSBA
PSBA4	44	feminino	casada	médio completo	executiva de vendas	1	19	branca	grupo focal PSBA
PSBA5	43	feminino	casada	superior completo	garçonete	0	13	parda	grupo focal PSBA
PSBA6	33	feminino	casada	médio completo	estudante	0	15	branca	entrevista individual

*Autorreferida pelo participante.

**Todos os participantes fazem uso atualmente de esquema antirretroviral.

A escolha dos participantes de cada grupo foi feita a partir da pesquisa documental (prontuários e fichas clínicas odontológicas), na qual buscaram-se informações objetivas quanto aos aspectos odontológicos. Os critérios para composição de cada grupo foram condições de higiene bucal, condições periodontais e a quantificação dos dentes com cárie dos sujeitos da pesquisa, registrados nos prontuários. Para a aferição das condições de higiene bucal, foi utilizado Índice de Placa Visível (IPV)^{15,16}. Para avaliar as condições periodontais, foi utilizado o método do Registro Periodontal Simplificado (RPS)¹⁷, sendo também o índice referencial técnico utilizado pelo serviço odontológico onde foi realizada a pesquisa. Por fim, para quantificar os dentes atingidos por cárie foram utilizados os critérios da OMS¹⁸. Sendo assim, para a formação dos grupos, avaliou-se a coexistência de múltiplos elementos, tais como: a higiene bucal (satisfatória ou não), sinal de doença periodontal (presença ou ausência) e lesões cariosas (presença ou ausência).

Foram realizados grupos focais (entrevista aberta grupal)¹⁹, permitindo o diálogo e interação entre os indivíduos. A composição dos membros para cada grupo foi: um moderador (pesquisador responsável); um assistente observador que dava suporte para à realização do grupo e que elaborou um diário de sua observação (cirurgião-dentista); e participantes da pesquisa com as características designadas pelo tipo de grupo. O Grupo 1 foi composto por cinco PSBP e o Grupo 2, por cinco PSBA, sendo que as falas dos participantes foram identificadas com um número de um a cinco junto com a sigla do tipo de grupo, para facilitar o relato. Por exemplo: PSBP1 é o participante número 1 do Grupo 1, composto por pessoas com saúde bucal precária.

Para cada tipo de grupo foram estruturados três encontros com diferentes temáticas, com aproximadamente quarenta minutos de duração cada, sendo gravados com autorização expressa dos participantes. Os grupos foram norteados por um roteiro temático de questões, sendo que no primeiro encontro foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O Quadro 2 apresenta as etapas e os tópicos norteadores de temáticas abordadas em cada um dos encontros dos grupos focais.

Quadro 2. Tópicos norteadores das etapas e temáticas abordadas nos grupos focais

Grupo focal	Objetivos do encontro/ focos de trabalho	Etapas e temáticas abordadas
Primeiro encontro	Objetivo: explorar, na forma de discussões, as percepções dos participantes, dando voz aos sujeitos, bem como observar a interação entre participantes. Foco: permitir a explicitação das percepções e opiniões dos participantes quanto à questão da saúde bucal, especialmente considerando a vivência da soropositividade para HIV/Aids.	- Explicação sobre o propósito e os procedimentos da pesquisa. - Aplicação do TCLE. - Temática principal: o HIV e a saúde bucal. - Principais questões norteadoras: concepções sobre o HIV; concepções de saúde bucal; influências da saúde bucal na saúde geral e vice-versa; relação saúde bucal e infecção pelo HIV; e relação saúde bucal e medicação antirretroviral.
Segundo encontro	Objetivo: explorar, na forma de discussões, as percepções dos participantes, dando voz aos sujeitos, bem como observar a interação entre eles. Foco: permitir a explicitação das percepções e opiniões dos participantes quanto à questão da importância dos dentes e das gengivas.	- Temática principal: a importância dos dentes e das gengivas. - Principais questões norteadoras: concepções sobre dentes e gengivas (formação, funções, etc); importância dos dentes e gengivas; comparações entre estruturas da cavidade bucal com o resto do organismo; e comparações de materiais de uso pessoal com materiais de higiene bucal.
Terceiro encontro	Objetivo: explorar, na forma de discussões, as percepções dos participantes, dando voz aos sujeitos, bem como observar a interação entre eles. Foco: permitir a explicitação das percepções e opiniões dos participantes quanto à questão da higiene bucal no cotidiano.	- Temática principal: a higiene bucal no cotidiano. - Principais questões norteadoras: higiene bucal do dia a dia (modo de fazer, frequência, mudanças quanto ao tipo de alimento); concepções sobre cárie dentária e gengivite; materiais de higiene bucal (escova de dente, pasta de dente, fio dental, enxaguante/antisséptico bucal); e concepções sobre o flúor na água.

Para análise dos dados, foi feita uma transcrição integral, pelo próprio pesquisador, das falas dos participantes. Os discursos dos participantes foram categorizados e analisados segundo a Análise de Conteúdo temática de Bardin²⁰.

Outra estratégia de pesquisa foi a entrevista individual semiestruturada²¹, como forma de aprofundamento de questões trabalhadas nos grupos focais. Foram selecionados dois participantes para uma entrevista semiestruturada individual – em uma amostra de conveniência, quando estes compareceram no serviço para consulta pré-agendada com o dentista –, havendo um participante de cada condição de saúde bucal (precária e adequada). Cada entrevista teve aproximadamente quarenta minutos de duração e foi usado um roteiro temático de questões. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas segundo a estratégia de Análise de conteúdo temática²⁰. Foram também criados diários de campo compostos por registros sobre informações colhidas a partir de observação ampla e que guardaram relação direta com a pesquisa.

Os grupos focais e as entrevistas individuais foram realizadas no próprio serviço especializado, em sala separada e adequada para os propósitos da pesquisa, no período de dezembro de 2015 a maio de 2016.

Todos os participantes assinaram um TCLE em conformidade com a Resolução 466/12 do CNS. O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética da Unifesp sob o CAAE nº 49722115.4.0000.5505, parecer nº 1.290.553. Foi também analisado e aprovado pela Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos.

Resultados e discussão

Os dados sociodemográficos dos sujeitos da pesquisa apontam para fatores que podem influenciar a saúde bucal, concordando com a noção que enfatiza a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando ela diretamente relacionada às condições de alimentação; moradia; trabalho; renda; meio ambiente; transporte; lazer; liberdade; acesso à terra e posse dela; e acesso aos serviços de saúde e à informação²².

No presente estudo, consideramos apenas o estado de saúde bucal das PVHA adultas para a formação dos grupos focais. Entretanto, cabe destacar que, em nossa pesquisa, observamos que a maior parte dos participantes com saúde bucal precária são os que têm menor escolaridade. Outros dados como idade, sexo, raça/cor e profissão não revelaram diferenças relevantes entre os grupos PSBP e PSBA.

Nesse sentido, nossos dados concordam com os de outros autores como Buchwald et al.²³ em estudo realizado na Alemanha no qual observaram que o nível de escolaridade estava relacionado ao índice de perda dental, demonstrando que a baixa renda e baixa escolaridade aumentavam em duas vezes o risco de perda dental. Outro estudo europeu analisou as diferenças socioeconômicas regionais e concluiu que em locais em que as desigualdades educacionais e sociais eram maiores, o índice de edentulismo também era maior²⁴. No Brasil, um estudo realizado em Minas Gerais analisou a associação entre proporção de exodontias, indicadores socioeconômicos e oferta de serviços odontológicos. Fatores socioeconômicos, como distribuição de renda e de organização dos serviços de saúde bucal, explicam grande parte da mutilação dentária nessa região²⁵.

Pesquisas com temática similar à tratada neste artigo são raras, mas destaca-se um recente trabalho²⁶ realizado no município de Fortaleza (CE) que avaliou variáveis que cirurgiões-dentistas estabeleceram como relevantes no cuidado aos PVHA. Observou-se que a solidariedade foi assinalada por dois terços dos profissionais como fator primordial que influencia a qualidade da atenção em saúde bucal. Esse achado pode ajudar no processo de enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, indicando uma certa superação de preconceitos e de estigmatização relacionados à doença, ainda hoje presentes entre os profissionais de saúde. Resta saber como ocorre efetivamente essa expressão de solidariedade e se esse aspecto teria o poder de interferir na atenção diretamente dirigida aos sujeitos-alvo da saúde bucal.

A realização dos grupos focais mostrou-se um desafio, pois ocorreram muitas faltas. Entretanto, os grupos focais realizados foram bastante ricos e permitiram abordar as concepções dos participantes sobre as ações adotadas quanto à higiene bucal e ao autocuidado. As entrevistas individuais também foram uma estratégia relevante para abordar com maior profundidade as concepções dos participantes sobre saúde bucal.

Um achado desta pesquisa foi que, independentemente do estado de saúde bucal, vários participantes fizeram referências em relação às suas trajetórias de vida e à experiência de viver com o HIV/Aids, de forma espontânea, indicando sentimentos de apreensão, angústia e medo. Destacaram a angústia da descoberta do vírus HIV com relatos emocionados, bem como o medo da rejeição social, vivenciados pela dificuldade em dialogar sobre o assunto com parentes e até profissionais de saúde. Tais elementos indicam que as vivências emocionais dos participantes da pesquisa (como situações de perdas, estigma e preconceito) podem ter influência na sua disponibilidade em cuidar de si. Além disso, os profissionais da odontologia precisam estar preparados para lidar com esse contexto emocional para, de fato, atuar em uma ação de cuidado. Apresentamos algumas falas dos participantes sobre isso a seguir:

Tive que correr pro médico de novo porque um coquetel tá atacando meu estômago, né? E meu pai não contou pro médico que eu tô com o vírus. Ele só contou que eu tô tomando pras articulações. Que eu tô com inflamação nas articulações também, né? Mas não contou que eu tô com o vírus. O médico não sabe! Porque se ele souber... vixi Maria! É conhecido do meu pai, sabe? (PSBP1)

Eu escondi da minha filha até 18 anos. Ela tem 21 agora. Que ela levou na maior boa. E eu com “mó” medo de ela achar um monte de coisa. Vai fazer um ano agora que ela se casou [...] Eu também contei pro esposo dela. Mas só quem sabe é ela, o esposo dela, meu ex-marido, meus médicos, meu marido atual e meus pais e meus irmãos, né? Agora eu não contei pra todo mundo. Porque eu tenho muito medo, porque meu lado emocional é muito fraco. Então eu tenho medo disso. Das pessoas me rejeitarem, entendeu? (PSBA4)

Comparando as falas dos dois grupos, o Grupo 2 (PSBA) apresentou um maior reconhecimento da importância da saúde bucal e apresentou noções mais completas e mais complexas sobre as questões que envolvem o processo de cuidado em saúde bucal. Entretanto, é importante ressaltar que o Grupo 1 (PSBP), embora tenha trazido noções um pouco mais simples ou primitivas, pareceu ter conhecimento básico sobre o que é saúde bucal e as consequências da falta de cuidado nessa área. Tal observação nos remeteu a uma reflexão quanto aos efeitos efetivos do acesso à informação quando esta é oferecida de forma puramente objetiva ou descontextualizada. Isso significa dizer que os pacientes com saúde bucal precária tinham acesso às informações, mas não necessariamente adotavam medidas práticas em direção a esse cuidado, indicando que há nesse ato de informar elementos mais complexos que merecem reflexão, como vemos na fala a seguir:

Não sei usar o fio dental! Não uso. Só escovo, tenho... tenho o bucal, aquele líquido. Só uso só. Não sei usar! Machuca! Não sei se é a linha. Eu não tenho paciência. Faz falta! Sem o fio dental. Honestamente não sei usar esse negócio. Posso aprender, tá, daqui pra frente, mas acho que não. Vou aprender, tá bom! [risos] [...] Eu não vou mentir que sei usar fio dental! De vez em quando sabe o que é que eu faço? Eu pego uma linha de costura, pra ver se eu consigo, pra ver se eu aprendo, né! (PSBP4)

Quanto à atitude geral dos participantes em relação ao pesquisador, vemos que estes tendiam a manter o pressuposto de que caberia ao dentista assumir a função “de sempre”: aquele que “passa” as informações objetivas necessárias. Podemos, ainda, interpretar essa dificuldade de falar de si como uma tentativa de assumir uma posição passiva em relação ao profissional de saúde, transpondo assim a responsabilidade de sua saúde para este, como vemos nas falas de PSBP2 e PSBP4:

Eu queria muito que o senhor me explicasse o que é cárie, né? (PSBP2)

Mas você não vai matar a minha curiosidade? [...] Termina, explique! O senhor que tá aqui! Senhor não, “você”. Porque você é muito mais novo que eu, então é “você” [...] Quando é que o senhor vai dar a resposta pra gente? (PSBP4)

Nesse sentido, podemos retomar as reflexões de Ayres¹⁰ quando propõe que o processo de cuidado deveria ser uma construção que envolve ambas as partes, de forma horizontal, responsável e respeitosa. Na atenção em saúde tradicional, há uma verticalização das relações de poder, que tem várias funções (entre elas, a tentativa de preservar o poder do profissional de saúde), mas que, afinal, retira do sujeito, que é alvo de cuidado, sua possibilidade de implicação. No Grupo 1 (PSBP), observou-se uma atitude geral dos participantes, em relação ao profissional de odontologia, bastante passiva e temerosa de que esse profissional venha a avaliar ou julgar seu comportamento. Já os participantes do Grupo 2 (PSBA) demonstraram uma postura mais ativa e independente, colocando-se na ação de cuidado em relação à sua saúde bucal. As falas a seguir ilustram essa questão:

Nossa, eu não aguentava mais ficar, sangrava demais [as gengivas], dava dor de cabeça, eu tinha dor de estômago, tinha tudo! Aí foi que o dentista falou pra mim, né? Que a preguiça tava muito, afeta muito... Mal-escovada. Ele afeta muito esta parte também. (PSBP4)

Faço aquela massagem na gengiva como o senhor falou. (PSBP1)

Aí eu fui num dentista e falei assim: “Oh, eu tô com vergonha até de abrir a boca viu, tá horrível!” Aí ele falou: “Não, não fala assim, não é a primeira vez...” Aí foi quando eu fiz o tratamento e tirou aqueles negócios que têm um mau cheiro horrível, né? Aí graças a Deus eu fiz, né? O médico falou, ele falou que eu tenho de seis em seis meses, eu tenho de fazer, que ele volta. [...] Se não tratar, volta. Independente de um fazer limpeza, um monte de higiene na boca, mas ele volta, não é isso? É ele falou isso pra mim. (PSBP4)

Mas é curioso isso, porque eu nunca sentei com ninguém pra falar sobre a importância da escovação dos dentes. (PSBA3)

Outro ponto a ser destacado neste trabalho foi a distinção nos discursos quanto à postura adotada diante do autocuidado: no Grupo 1 (PSBP), observou-se uma maior tendência dos participantes a se desmarcarem da responsabilização pela saúde bucal,

com maior expressão de passividade, medo e vergonha de serem julgados em suas decisões (como observado nas falas de PSBP4). Quanto aos participantes do Grupo 2 (PSBA), observou-se menor tendência à passividade, mais empenho no autocuidado e uma concepção mais crítica sobre a questão de viver com HIV/Aids e os direitos dos pacientes.

Outro dado da pesquisa que ilustra essa dificuldade que os usuários têm em relação a uma atitude mais implicada e responsável na atenção à saúde bucal foi observado nas entrevistas em profundidade, quando foi perguntado “quem é o responsável pela sua saúde bucal?”. Para a participante com saúde bucal adequada, a resposta foi “Eu, claro!” (PSBA6). Para a participante com saúde bucal precária, a resposta foi “o dentista!” (PSBP6)

A formação dos profissionais de odontologia é um ponto crítico nessa discussão. Destaca-se uma fala de uma participante (PSBA2), que aponta para uma questão grave, mas, infelizmente, ainda presente nos dias de hoje, sobre atitudes preconceituosas de um profissional dentista:

Quando você vai no pronto-socorro, quando você fala que tem HIV, o dentista não atende. Manda procurar o seu próprio dentista. Não é o caso, mas se você tá numa situação que você precisa, se você fala que tem HIV [...] Não, eles não atendem! Mandam procurar o seu dentista. Pedem pra procurar o seu próprio dentista! [...] Pedem desculpa, mas não atendem. (PSBA2)

Constatamos nesta pesquisa que há, na percepção dos pacientes, uma noção estereotipada do que se espera do comportamento de um profissional de saúde da área de odontologia, em uma expectativa de que este sempre focará em “orientar como proceder”, restrito à saúde bucal, sem considerar outros elementos envolvidos na ação de cuidado em saúde. Por outro lado, dada a característica eminentemente tecnicista da formação da maioria desses profissionais de saúde (fortemente embasada no modelo biomédico), devido, particularmente, à natureza técnica da própria odontologia – com seus materiais, procedimentos, normas e *guidelines* –, o profissional é levado a agir tentando responder às demandas de orientação, como se esta fosse a única forma de cuidado.

Diante desse cenário, foi ficando mais claro que havia uma dificuldade por parte dos participantes da pesquisa em tratar da questão da saúde bucal a partir de seu próprio ponto de vista, ou seja, parecia que os participantes queriam se afastar da possibilidade de assumir uma responsabilização sobre o que está em jogo nesse âmbito de cuidado. Os dentistas, por sua vez, que recebem em sua formação uma ideia menos complexa do que é cuidar, podem não perceber que isso tem uma influência na forma como o sujeito escuta e entende suas orientações, interferindo na forma como o procedimento técnico da saúde bucal se efetiva na prática.

Considerações finais

Constata-se que houve, a partir da experiência da pesquisa, uma “abertura” pessoal de um cirurgião-dentista para a sensibilidade da experiência concreta dos sujeitos (nos

moldes do que propõe Ayres¹⁰) para além da simples orientação objetiva típica das ações procedimento-centradas. Tal postura permite a construção de ações educativas que contemplem um olhar tanto para os sujeitos (pacientes-alvos do cuidado em saúde) quanto para os dentistas (profissionais que dirigem um cuidado específico ao outro).

Embora o presente estudo tenha limitações, especialmente no que concerne ao aspecto qualitativo e suas características amostrais tipicamente restritas, o presente trabalho tem o potencial de apontar para a necessidade de formação (e transformação) dos profissionais dentistas, ampliando e complexificando a noção de cuidado; e saindo da ideia de uma suposta “objetividade prática no cuidado em saúde bucal”. Com isso, surge uma proposta que vai além da técnica, pois, na prática, todos sabemos que existe a interferência das subjetividades do dentista e do paciente no processo do cuidado em saúde bucal para além dos *guidelines* vigentes.

Por fim, sobressaindo o que foi conhecido, nossos achados podem trazer subsídios à elaboração de práticas de educação permanente comprometidas com o tipo de cuidado aqui almejado, destacando a importância da escuta e das relações dialógicas no processo de cuidado, algo que vai muito além dos aspectos técnicos e objetivos. Nesse sentido, a proposta subjacente a este trabalho é um rompimento do processo de idealização do cuidado em saúde bucal e a abertura da possibilidade de se olhar para as PVHA para além do órgão boca. É reconhecido que os sujeitos tenham esse órgão e que este precisa de uma intervenção de ordem técnica, mas também é preciso permitir que a boca possa também falar e, assim, a partir do discurso do sujeito, possamos assumir uma verdadeira posição de cuidado em saúde bucal. Dessa forma, o relato deste trabalho pretende promover uma reflexão dos cirurgiões-dentistas sobre um “mais além da boca” – sobre o sujeito e seu discurso –, ação fundamental para que o profissional de saúde da odontologia possa empreender uma verdadeira relação de cuidado.

Espera-se que, com base na proposta de EP em Saúde, este trabalho possa subsidiar a construção de ações educativas em saúde bucal que realmente contemplem esses sujeitos – alvos do cuidado – naquilo que precisam e faz sentido para eles, considerando suas vivências e pontos de vista singulares. Por fim, espera-se que este trabalho também possa servir de incentivo para promover esse tipo de discussão na formação profissional de dentistas, diante da importância e complexidade do cuidado em saúde bucal.

Contribuições dos autores

Gustavo Barbosa Parola foi o responsável pela concepção e delineamento do trabalho; coleta de dados; análise e discussão dos resultados; redação do manuscrito; e aprovação de sua versão final. Karina Franco Zihlmann orientou o projeto de pesquisa; colaborou na concepção e no delineamento do trabalho e na análise e discussão de dados; e elaborou e aprovou a versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Aos participantes da pesquisa, que gentilmente colaboraram com suas vivências de forma generosa e sincera, e ao SAE de Santos, por permitir a realização deste trabalho.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Damle SG, Jetpurwala AK, Saini S, Gupta P. Avaliação da condição de saúde bucal como um indicador de progressão da doença em crianças com HIV positivas. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2010; 10(2):151-6.
2. Williams DM, Axéll T, Azuln AM, Challacombet SJ, Ficarra G, Flint S, et al. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. EC-Clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO collaborating center on oral manifestations of the immunodeficiency virus. *J Oral Pathol Med*. 1993; 22(7):289-91.
3. Corrêa EMC, Andrade ED. Tratamento odontológico em pacientes HIV/Aids. *Rev Odonto Cienc*. 2005; 20(49):281-9.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Bol Epidemiol DST/AIDS DF*. 2006; 4(1).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Bol epidemiol DST/AIDS DF*. 2007; 4(1).
6. Buchala CM, Cavalheiro TR. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde e a Aids: uma proposta de core set. *Acta Fisiatr*. 2008; 15(1):42-8.
7. Rangel JF, Lima LA, Calazans CCB, Monteiro PV, Pereira MLD, Moreira JR. A assistência aos portadores de HIV/Aids na atenção básica de serviços do sistema único. In: *Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida*; 2014; Fortaleza, CE. Fortaleza: Rede Unida; 2014.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde (Documento Base). 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
9. Barros RB. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina, UFRGS; 2007.
10. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividades e práticas de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2001; 6(1):63-72.
11. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(1):170-85.
12. Lopes SRS, Piovesan ETA, Melo LO, Pereira MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Comun Cienc Saude*. 2007; 18(2):147-55.



13. Peduzzi M, Del Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presente no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde de São Paulo. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(30):121-34.
14. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(3):621-6.
15. Alnamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J*. 1975; 25:229-35.
16. Silveira JLGC, Oliveira V, Padilha WWN. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. *Pesqui Odontol Bras*. 2002; 16(2):169-74.
17. Oliveira MRG, Oliveira MRF, Rodrigues JEG, Duarte Filho ESD. RPS (Registro Periodontal Simplificado): método rápido e simples na identificação precoce da doença periodontal. *Odontol Clin-Cient*. 2015; 14(1):555-8.
18. Organização Mundial da Saúde. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções. 4a ed. Genebra: OMS; 1997.
19. Iervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(2):115-21.
20. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
21. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saude Soc*. 2004; 13(3):44-57.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. 8a Conferência Nacional de Saúde. 1a Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
23. Buchwald S, Kocher T, Biffar R, Harb A, Holtfreter B, Meisel P. Tooth loss and periodontitis by socio-economic status and inflammation in a longitudinal population-based study. *J Clin Periodontol*. 2013; 40(3):203-11.
24. Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Pikhart H, Sheiham A, Tsakos G. Socioeconomic inequalities in oral health in different European welfare state regimes. *J Epidemiol Community Health*. 2013; 67(9):728-35. doi: 10.1136/jech-2013-202714.
25. Palmier AC, Andrade DA, Campos AC, Abreu MH, Ferreira EF. Socioeconomic indicators and oral health services in an underprivileged area of Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 32(1):22-9.
26. Maia LA, Vieira-Meyer APGF, Nuto SAS, Morais APP, Menezes EAV. Atenção à saúde bucal das Pessoas que Vivem com HIV/Aids na perspectiva dos cirurgiões-dentistas. *Saude Debate*. 2015; 39(106):730-47.



People living with HIV/Aids (PLWHA) are vulnerable regarding oral health. Dentists' education, traditionally technical and procedure-centered, may not be sensitive to subjective demands. The objective was to understand how PLWHA deal with their oral health, in order to promote humanized and integral care. A qualitative study was carried out with 12 PLWHA adults analyzing the perception of oral health and care expectations through thematic focus groups and in-depth interviews. The discourses were categorized by the thematic content analysis method. It was observed the need for dentists' training that goes beyond techniques and guidelines, highlighting the importance of listening and dialogic relations - a fundamental action to enhance and deepen care relationships. It is expected that this article based on the Continuing Education in Health, will provide contributions to the educational actions in oral health that may fully contemplate the unique point of view of PLWHA.

Keywords: Oral health. HIV. Acquired immunodeficiency syndrome. Oral health education. Continuing education.

Las personas que viven con VIH/Sida (PVHA) tienen una salud bucal vulnerable. La formación del dentista – tradicionalmente tecnicista y centrada en procedimiento – no es sensible a demandas subjetivas de esta población. El objetivo fue comprender cómo las PVHA enfrentan la salud bucal, identificando subsidios para el cuidado humanizado e integral. Se realizó una encuesta cualitativa con 12 PVHA adultos en un servicio de IST/Sida, sobre salud bucal y expectativas con relación a la asistencia. Se realizaron grupos focales y entrevistas en profundidad. Los discursos fueron categorizados por el método de análisis de contenido temático. Se observó la necesidad de formación de dentistas más allá de las técnicas y *guidelines*, destacando la importancia de saber escuchar y de las relaciones dialógicas para ampliar y complejificar la relación de cuidado. Se espera que este trabajo con base en la Educación Permanente en Salud pueda dar subsidio a acciones educativas en salud bucal que incluyan vivencias y puntos de vista singulares de PVHA.

Palabras clave: Salud bucal. VIH. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Educación en salud bucal. Educación permanente.

Submetido em 07/08/18.
Aprovado em 10/04/19.