

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

GUSTAVO BARBOSA PAROLA

**QUANDO A BOCA FALA MAIS QUE A BOCA: A
construção de uma ação educativa em saúde bucal
em um ambulatório de IST/Aids na Baixada Santista
– São Paulo**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Santos

2017

GUSTAVO BARBOSA PAROLA

**QUANDO A BOCA FALA MAIS QUE A BOCA: A
construção de uma ação educativa em saúde bucal
em um ambulatório de IST/Aids na Baixada Santista
– São Paulo**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann

Santos

2017

P257q

Parola, Gustavo Barbosa, 1975-

Quando a boca fala mais que a boca: a construção de uma ação educativa em saúde bucal em um ambulatório de IST/Aids na Baixada Santista – São Paulo. / Gustavo Barbosa Parola; Orientadora: Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann. – Santos, 2017.

165 f. ; 30 cm.

Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista, Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, 2017.

1. Saúde bucal. 2. HIV. 3. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 4. Educação em saúde bucal. 5. Educação permanente. I. Zihlmann, Karina Franco, Orientadora. II. Título.

CDD 610.7

Gustavo Barbosa Parola

QUANDO A BOCA FALA MAIS QUE A BOCA: A construção de uma ação educativa em saúde bucal em um ambulatório de IST/Aids na Baixada Santista – São Paulo.

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Santos, 03 de agosto de 2017.

Banca Examinadora

Prof Dr Caio Vinicius Gonçalves Roman Torres

Universidade Metropolitana de Santos

Prof Dr Luiz Henrique Passador

Universidade Federal de São Paulo

Profª Drª Nara Rejane Cruz de Oliveira

Universidade Federal de São Paulo

Profª Drª Karem Lopes Ortega (suplente)

Universidade de São Paulo

Profª Drª Karina Franco Zihlmann (orientadora)

Universidade Federal de São Paulo

Dedico este trabalho à minha família, em especial à minha mãe, Maria Alice, ao meu pai, Accácio, à minha irmã, Juliana, à minha esposa, Kátia, e ao meu filho, Bernardo.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Karina Franco Zihlmann, pela forma zelosa e intensa com que me orientou, por suas colocações de alto nível, pelos exemplos de vida, e por ter me permitido descobrir o encantamento da pesquisa qualitativa em sua essência.

Às pessoas que vivem com HIV/Aids da Seção da Atenção Especializada em IST/Aids/Hepatites e Tuberculose adulto de Santos, pela participação e convivência, sem as quais o presente trabalho não teria sido realizado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SMS – Santos), em especial à Drª Regina Maria Vasconcelos de Lacerda, Coordenadora do CCDI – Coordenadoria de Controle de Doenças Infectocontagiosas de Santos, por incentivar estudos que visam ao bem-estar das pessoas que vivem com HIV/Aids, se orgulhando muito deste trabalho.

Aos docentes do Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde da UNIFESP, campus Baixada Santista, pela simplicidade e maestria nas conduções de suas disciplinas e no relacionamento com a turma.

Aos membros da banca de qualificação, Prof Dr Caio Vinicius Gonçalves Roman Torres e Prof Dr Luiz Henrique Passador pelos apontamentos importantíssimos e indispensáveis na qualificação, que possibilitaram o enriquecimento deste trabalho. Agradeço também aos membros da banca de defesa, Profª Drª Nara Rejane Cruz de Oliveira, Profª Drª Karem Lopes Ortega, bem como Prof Dr Caio Vinicius Gonçalves Roman Torres e Prof Dr Luiz Henrique Passador que também compuseram a banca de qualificação.

Aos meus amigos que, em conversas divertidas e informais, possibilitaram o enriquecimento de ideias, conhecimentos, sentimentos, para a construção deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Introdução: Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) possuem uma saúde bucal vulnerável devido às características próprias da infecção. A maior parte dos pacientes convive com a saúde bucal precária, o que é particularmente prejudicial para PVHA. A formação do profissional de odontologia, que é tradicionalmente objetiva, tecnicista e procedimento-centrada – pode ter como consequência insensibilidade/indiferença às demandas subjetivas dos pacientes, especialmente aos que vivem com uma doença infectocontagiosa com complexas interfaces de ordem psicológica, social, emocional, econômica, jurídica, entre outras. Com isto, a proposta da Educação Permanente mostrou-se como um referencial coerente que pode trazer contribuições 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. **Objetivos:** Investigar a percepção de adultos vivendo com HIV/Aids, usuários de um serviço ambulatorial em IST/Aids da região da Baixada Santista, sobre a sua saúde bucal, bem como sua percepção quanto ao papel e expectativas estabelecidas com o profissional de odontologia e o tipo de relação de cuidado estabelecido com esse profissional de saúde. A partir da pesquisa realizada, propor uma ação educativa junto aos profissionais de odontologia em geral, especialmente dirigida aos profissionais que atendem pacientes vivendo com HIV/Aids, com o intuito de permitir uma reflexão sobre suas práticas cotidianas, dificuldades e limitações de seu trabalho e, além disso, permitir a construção de práticas assistenciais que contemplem as necessidades singulares desses sujeitos, para além da perspectiva tradicionalmente adotada nesse campo de saber. **Metodologia:** Utilizou-se do método qualitativo com o uso de várias estratégias de investigação, como a realização de pesquisa documental, grupos focais, entrevistas semiestruturadas e diários de campo. Foram selecionados, em uma amostra de conveniência, de 12 (doze) PVHA do serviço de odontologia de um ambulatório de IST/Aids da Baixada Santista, em dois grupos: PSBP (PVHA com saúde bucal precária) e PSBA (PVHA com saúde bucal adequada). Os dados da pesquisa foram categorizados a partir da análise de conteúdo temática de Bardin (1977). **Resultados e discussão:** As PSBA apresentaram maior reconhecimento da importância da saúde bucal com noções mais completas e complexas. Entretanto as PSBP, embora apresentem noções mais simples, relataram conhecimento básico e as consequências da falta de cuidado. Portanto as PSBP tinham acesso às informações, mas não necessariamente adotavam medidas práticas de cuidado bucal. Isso exige uma reflexão quanto aos efeitos efetivos da informação quando a mesma é oferecida de forma puramente técnica, objetiva ou descontextualizada. Além disso, tanto PSBP quanto PSBA relataram suas vivências com o HIV, sendo que as PSBP foram unânimes na percepção de que a saúde bucal piorou após o diagnóstico de HIV/Aids, enquanto PSBA ficaram divididos. Observou-se uma distinção sutil nos discursos quanto ao autocuidado, pois PSBP apresentam maior tendência a se desmarcarem da responsabilização pela própria saúde bucal, com maior expressão de passividade, medo e vergonha de serem julgados, enquanto as PSBA têm menor tendência à passividade e mais empenho no autocuidado, bem como uma concepção mais crítica sobre os direitos das PVHA. **Considerações Finais:** A proposta deste trabalho é um rompimento do processo de idealização técnica do cuidado e a possibilidade de olhar para além do órgão-boca, reconhecendo que é preciso permitir que a boca possa também “falar” e, assim, a partir do discurso do sujeito, assumir uma verdadeira posição de cuidado em saúde bucal. Trata-se de uma busca para atender esses sujeitos – alvos do cuidado – naquilo que eles, de fato, precisam e que faz sentido para eles, considerando suas vivências e pontos de vista singulares.

Palavras-chave: saúde bucal, HIV, síndrome de imunodeficiência adquirida, educação em saúde bucal, educação permanente.

ABSTRACT

Introduction: People living with HIV/Aids (PVHA) have an oral health vulnerable due to characteristics of the infection. Most patients live with poor oral health, which is particularly harmful to PVHA. The professional training of dentistry, which is traditionally objective, technical and procedure-centered – can result in numbness/indifference subjective demands of patients, especially those who live with a infectious and contagious disease with complex interfaces of psychological, social, emotional, economic, legal, among others. With this, the proposal of Permanent Education showed up as a coherent frame of reference that can bring contributions to positive changes in how those involved in the process of oral health care of PVHA understand the notion of care and health care. **Objectives:** To investigate the perception of adults living with HIV/Aids, users of an outpatient service in IST/Aids the Baixada Santista area, about your oral health, as well as your perception about the role and expectations established with the dental professional and the relationship of care established with this health care professional. From the survey, propose a educational action with the dental professionals in general, especially addressed to professionals who serve patients living with HIV/Aids, in order to allow for a reflection on their daily practices, difficulties and limitations of your work and, in addition, allow the construction of welfare practices that comprise the unique needs of these subject, beyond the perspective traditionally adopted in this field to know. **Methods:** We used the qualitative method with the use of various strategies, research and desk research, focus groups, semi-structured interviews and diaries of field. Were selected in a convenience sample of 12 (twelve) PVHA of a dentistry service IST/Aids clinic of the Baixada Santista, in two groups: PSBP (PVHA with poor oral health) and PSBA (PVHA with proper oral health). The research data were categorised from the thematic analysis of content of Bardin (1977). **Results and discussion:** The PSBA presented greater recognition of the importance of oral health with more complete and complex concepts. However the PSBP, although present simpler notions, reported basic knowledge and the consequences of carelessness. Therefore the PSBP had access to information, but not necessarily adopted practical measures of oral care. This requires a reflection about the actual effects of information when it is offered to purely technical, objective manner or context. In addition, both as reported their PSBA and PSBP experiences with HIV, being that the PSBP were unanimous in feeling that the oral health worsened after diagnosis of HIV/Aids, while PSBA were divided. There was a subtle distinction in speeches about self-care because PSBP have a higher tendency to clear accountability for own oral health, with highest expression of passivity, fear and shame of being judged, while the PSBA have less tendency toward passivity and more commitment to self-care, as well as a more critical about the rights of PVHA. **Final considerations:** The purpose of this work is a process of idealization technical disruption of the care and the ability to look beyond the mouth organ, recognising that it is necessary to allow the mouth can also "speak" and, thus, from the speech of the subject, take a real position of oral health care. It is a quest to meet those people – care targets – in what they actually need and it makes sense for them, considering their experiences and views.

Keywords: oral health, HIV, acquired immunodeficiency syndrome, oral health education, continuing education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Divisão da boca em sextantes.....	39
Figura 2 - Exemplo de odontograma.....	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos critérios odontológicos definidores para a participação na pesquisa. Santos, 2016.....	52
Quadro 2 - Quadro ilustrativo do número de participantes por data marcada nos grupos focais da pesquisa realizada no ambulatório de odontologia de um serviço de IST/Aids na região da Baixada Santista, 2016.....	55
Quadro 3 - Núcleos estruturadores e categorias de análise dos discursos dos sujeitos da pesquisa dos grupos focais, pessoas que vivem com HIV/Aids e com a saúde bucal precária (PSBP) e pessoas que vivem com HIV/Aids e com a saúde bucal adequada (PSBA). Santos, 2016.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP - Academia Americana de Periodontologia

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)

ARV – Antirretroviral

ADA - Associação Dental Americana

BS – Baixada Santista

CCDI – Coordenadoria de Controle de Doenças Infectocontagiosas

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFORM – Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

DEVIG - Departamento de Vigilância em Saúde

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)

IC – Informante-Chave

IPV - Índice de Placa Visível

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PMS – Prefeitura Municipal de Santos

PNH – Política Nacional de Humanização da Saúde

PSBA – pessoas que vivem com HIV/Aids e com a saúde bucal adequada

PSBP – pessoas que vivem com HIV/Aids e com a saúde bucal precária

PVHA – pessoas que vivem com HIV/Aids

RPS - Registro Periodontal Simplificado

SAE - Seção da Atenção Especializada em DST/Aids/Hepatites e Tuberculose

SECASA – Seção Casa de Apoio e Solidariedade ao Paciente de AIDS

SECRAIDS – Seção Centro de Referência em Aids

SENIC – Núcleo Integrado de Atendimento à Criança portadora do HIV

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPREDIN - Seção de Prevenção de Doenças Infectocontagiosas

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (United Nations Programme on HIV/Aids)

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

WHO – Organização Mundial de Saúde (World Health Organization)

SUMÁRIO

1-	APRESENTAÇÃO	16
2-	INTRODUÇÃO	19
3-	REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1	Políticas públicas para as pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) e a atenção à saúde bucal	23
3.2	A Política Nacional de Humanização da saúde (PNH) e os desafios da atenção em saúde bucal para PVHA	25
3.3	A noção de cuidado e a importância de outros saberes na construção das ações em saúde.....	28
3.4	A educação permanente e sua importância para o cuidado integral em saúde .	33
4-	OBJETIVOS	35
4.1	Objetivo geral.....	35
4.2	Objetivos específicos	35
5-	METODOLOGIA.....	36
5.1	Tipo de pesquisa.....	36
5.2	Local.....	36
5.3	Sujeitos.....	37
5.4	Coleta dos dados.....	47
5.5	Análise dos dados	49
5.6	Aspectos éticos.....	49
6-	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
6.1	Os grupos focais	52
6.1.1	Caracterização dos grupos focais.....	52
6.1.2	Análise de conteúdo do tipo temática dos grupos focais realizados com pessoas que vivem com HIV/Aids e a saúde bucal precária (PSBP) e com pessoas que vivem com HIV/Aids e a saúde bucal adequada (PSBA).....	55

6.2	Caracterização das entrevistas semiestruturadas.....	99
6.2.1	Relato e análise da entrevista número 1: PSBP6.....	99
6.2.2	Relato e análise da entrevista número 2: PSBA6	107
6.2.3	Comentários sobre as entrevistas.....	115
6.3	Caracterização e análise de alguns diários de campo.....	118
6.3.1	Comentários gerais sobre os diários de campo	121
7-	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
8-	REFERÊNCIAS	127
	APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	127
	APÊNDICE II – Tópicos norteadores de temáticas específicas para os grupos focais ..	136
	APÊNDICE III – Roteiro temático de perguntas para a Entrevista Semiestruturada .	138
	APÊNDICE IV – Produto Técnico	140
	ANEXO I – Parecer consubstanciado do CEP	157
	ANEXO II – Carta do CEP autorizando troca de pesquisador principal.....	162
	ANEXO III – Autorização da COFORM.....	163

1- APRESENTAÇÃO: SOBRE O PERCURSO DA CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

A partir da experiência clínica como cirurgião-dentista do ambulatório de IST/Aids da cidade de Santos - São Paulo, pude observar que, na prática, a maior parte dos usuários desse serviço apresentavam uma saúde bucal precária e que, apesar dos esforços do serviço de odontologia, essas questões da educação em saúde bucal permaneciam um problema a ser enfrentado. Comecei uma reflexão sobre os processos de trabalho empreendidos até aquele momento e percebi que havia uma questão quanto às concepções sobre saúde bucal dos usuários do serviço, ou seja, parecia haver certa desvalorização da problemática da saúde bucal, o que pode ser considerado um problema ainda mais significativo para as pessoas que vivem com HIV/Aids, devido às características próprias dessa infecção.

Sendo assim, surgiu a ideia inicial da presente pesquisa, que era a de investigar a percepção de saúde bucal das pessoas adultas que vivem com HIV/Aids, permitindo assim o aprofundamento e a compreensão das concepções dos participantes sobre a saúde bucal, investigando como isso interfere no cotidiano das pessoas e se isso teria relação com a condição de pessoa que vive com HIV/Aids (PVHA). Tal investigação poderia contribuir para um posterior planejamento de ações educativas mais efetivas para esta população. A educação em saúde é um forte instrumento para promover saúde bucal da população, repercutindo na melhoria de sua qualidade de vida. Nessa linha de pensamento, Moimaz et al. (1992) sustentam que a educação em saúde bucal tem papel relevante na prevenção dos problemas bucais, pois leva o indivíduo a ter consciência das doenças que podem acometer a boca e das suas medidas preventivas.

Porém, no decorrer da pesquisa, outro aspecto do problema foi surgindo: profissional cirurgião dentista, tradicionalmente conhecido como bastante objetivo, pragmático e tecnicista. Isso suscitou uma reflexão sobre minha própria formação como dentista e pude perceber que há, na prática, certo “reducionismo”, que coloca o profissional em uma ação procedimento-centrada e tende a lidar com o paciente apenas como portador de um órgão – foco de cuidado - no caso, a boca.

Diante desse cenário com diferentes perspectivas e desencontros por parte dos usuários, dos profissionais de odontologia e dos serviços, pude perceber que há uma tríade em questão e

que eu precisaria mudar meus paradigmas para poder compreender melhor o campo dessa pesquisa. Ou seja, pude constatar que eu também fazia parte deste problema e que, pelo excesso de uso de conhecimentos técnicos e, supostamente, “científicos” em minhas práticas, eu acabava por colocar a essência do cuidado em saúde aos sujeitos em segundo plano. Restava saber se isso também teria poder de interferir na forma como os pacientes se implicavam no próprio cuidado. Nesse momento optou-se por investigar também a percepção das pessoas que vivem com HIV/Aids quanto ao papel e a relação estabelecida com o profissional de odontologia que as acompanha.

Nessa trajetória, observou-se, portanto, que para compreender a questão proposta na pesquisa, era preciso que se investisse primeiramente um olhar para a díade profissional de saúde - usuário do serviço, considerando esse encontro a partir de um novo paradigma. Com a proposta de uma pesquisa na área de Educação em Saúde, passamos a refletir - durante nossa formação inicial nas Disciplinas e referenciais teóricos estudados do Mestrado Profissional - sobre os conceitos fundamentais e o sentido do encontro educativo, como forma de embasar teoricamente nossos questionamentos.

Pudemos aprofundar a concepção sobre o ato educativo, a partir das reflexões propostas por Freire (2005), nas quais se explicita que educar não pode ser o ato de depositar ou de narrar ou de transferir, ou ainda, de transmitir conhecimentos e valores aos educandos como no modelo tradicional de educação, mas um ato cognoscente, cedendo lugar para a educação problematizadora, que sugere a superação da contradição educador-educandos. Tal modelo de educação pode ser referido como modelo dialógico, por ser o diálogo seu instrumento essencial. Sendo assim, o modelo dialógico de educação em saúde visa a construção coletiva do conhecimento, proporcionando aos indivíduos uma visão crítica-reflexiva da sua realidade, corresponsabilizando-o e capacitando-o para a tomada de decisões relativas à sua saúde. Essa concepção dialógica deve ser utilizada para trabalhar com grupos com menor número de participantes, em que se faz necessária a mudança duradoura de comportamentos e atitudes de promoção de saúde e, além disso, se busca a autonomia do indivíduo (FIGUEIREDO et al., 2010).

Por sua vez, Alves (2005) relatou que o modelo dialógico de educação em saúde tem sido associado à mudança de hábitos e comportamentos para a saúde, já que é responsável pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado. Nessa forma de pensamento, educando e educador assumem papel ativo no processo de aprendizagem. Com isto, o papel de educar não deve ser de atribuição exclusiva do

educador, mas de qualquer cidadão, pois a todo o momento está se educando e sendo educado, através dos contatos com outros seres humanos e com o meio ambiente. Os educandos devem ser vistos como agentes/coprodutores de um processo educativo. Possuem uma dupla dimensão no processo: são ao mesmo tempo objeto de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação (TOLEDO, 2007).

Seguimos, portanto, concordando com Freire (2005), quando ressalta que o processo educativo leva o indivíduo a se descobrir como sujeito, deixando para trás a ignorância sobre a sua situação de oprimido, torna-se ator de práticas realmente libertadoras, comprometendo-se com sua transformação. Por sua vez, Morin (2002) conclui que “a educação deve contribuir para a auto formação do indivíduo, de modo a ensinar a assumir a condição humana, ensinar a viver e ensinar como se tornar cidadão” (p.65).

Gilbert (1991), afirma que para modificar comportamentos é necessário primeiro que se entenda o contexto no qual ocorrem os significados e a importância a ele atribuído pelos seus agentes.

Embora seja lógico compreender que essa reflexão, de antemão, indicou uma díade entre profissional e usuário, a trajetória desse trabalho nos mostrou que há um primeiro passo que pode ser dado em direção aos profissionais de saúde. Optou-se, então, por construir uma ação educativa dirigida nos cirurgiões-dentistas que trabalham na área de IST/Aids, como uma forma de promover uma experiência na qual os mesmos poderão empreender uma reformulação de seus paradigmas, ouvindo o que os usuários têm a dizer e, assim, possibilitando ações de educação que irão reverberar e afetar tanto os cirurgiões-dentistas quanto as pessoas que vivem com HIV/Aids.

O presente trabalho é, portanto, um relato de uma trajetória que teve repercussões pessoais transformadoras, na qual um profissional de uma área supostamente “técnica” ousou colocar-se diante dos pacientes de forma franca e, assim, teve que construir a capacidade de “ouvir o que a boca dos sujeitos realmente diz” sobre seu ponto de vista, para além do que um cirurgião-dentista está acostumado a “ver”, ou seja, a boca em si, como um órgão palpável. Assim, o relato desse trabalho pretende promover uma reflexão 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, temática central de nosso interesse.

2- INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) ou, do inglês, *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) é um lentivirus que está na origem da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). No Brasil adotou-se mais usualmente a sigla Aids, que em inglês é a *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, que é uma condição em seres humanos na qual há a deterioração progressiva do sistema imunológico. Foi identificado no Brasil pela primeira vez em 1980 e suas características configuravam-se em rápida letalidade, além da desfiguração corporal evidente e extrema (OLIVEIRA, 2013). Essa infecção tornou-se uma pandemia mundial e, por isso, foram empreendidas diversas formas de enfrentamento, especialmente focadas para prevenção da transmissão ou assistência aos infectados. Atualmente, apesar de estar em processo de estabilização, a epidemia encontra-se ainda em patamares elevados (BRASIL, 2015). Isso significa dizer que a Aids hoje é uma doença que está, cada vez mais, se constituindo em um sério problema no contexto da saúde pública. Desde seu início na década de 1980, nos Estados Unidos, adentrando ao século XXI, ainda desafia a comunidade científica (CECHIM & SELLI, 2007).

Cabe lembrar que o HIV é uma doença infectocontagiosa que acomete pessoas que entram em contato com material biológico com presença de vírus, tais como: em relações sexuais (oral, vaginal, anal) com parceiro (a) infectado (a), contato com sangue, em transfusões, objetos pontiagudos e cortantes, como agulhas, seringas e instrumentos com resíduo de sangue contaminado, seringas compartilhadas por usuários de drogas injetáveis, cortes, úlceras, feridas, sangramento, escoriações na pele. Outra forma de transmissão é a vertical, da mãe para o bebê e pode ocorrer durante a gravidez, parto e amamentação (perinatal). Embora ainda existam muitos mitos sobre as formas de transmissão dessa infecção, sabe-se seguramente que o HIV não é transmitido pela saliva, suor, espirro, tosse, toalhas, lençóis, piscinas, assentos sanitários, talheres, insetos e contato social (ADRIÃO et al., 2010).

A magnitude dessa infecção pelo vírus HIV é inquestionável, com impactos de naturezas diversas, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo. Em 2013, em todo o mundo, 33,5 milhões de pessoas viviam com o vírus HIV, sendo que destes, 2,3 milhões de novos casos surgiram em 2012. Nesse mesmo ano, 1,6 milhões de pessoas morreram por enfermidades relacionadas à Aids no planeta (UNAIDS, 2013).

No Brasil, segundo estimativas do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, aproximadamente 718 mil pessoas vivem com HIV/Aids. No ano de 2012, foram notificados 39.185 novos casos de Aids no país. Esse quantitativo manteve-se estável entre 2008 e 2012, sendo a taxa de incidência de 20,2 casos para cada 100 mil habitantes. A mortalidade média anual, desde 1998, é de 11 mil pessoas (BRASIL, 2013). Do primeiro diagnóstico de São Paulo e do Brasil em 1980, até junho de 2013, foram registrados no Estado de São Paulo 228.698 casos de Aids, o que representa cerca de 33% do número de casos acumulados do país (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2014). No mesmo período a região de Santos contabilizou 15.025 casos de Aids. As regiões de Barretos, Santos, São Paulo, Ribeirão Preto e Caraguatatuba, nessa ordem seguem sendo aquelas com maiores taxas de incidência, sendo a região de Santos de 22,5 casos para cada 100 mil habitantes no ano de 2012 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2014).

Também cabe lembrar que a região da Baixada Santista, especialmente a cidade de Santos, tem uma trajetória peculiar no que concerne as ações de enfrentamento em IST/Aids nas últimas décadas. No final da década de 80, a cidade de Santos ganhou destaque na imprensa nacional e internacional, recebendo o título de “Capital da AIDS”, por apresentar a maior incidência de casos de AIDS por 100 mil habitantes: 37,6 em 1989 e 68,4 em 1994, enquanto no Brasil era de 11 e 22, respectivamente (BRASIL, 1996).

Segundo Silva et.al (1997), Santos é uma cidade de veraneio, que recebe turistas do estado e da capital, chegando a triplicar sua população durante os feriados prolongados e temporada de verão, somado ao contingente de população jovem universitária. Outro aspecto importante é a proximidade do porto de Santos, que se encontra na rota internacional do tráfico de cocaína, o que facilita o acesso a drogas. Além disso, a literatura tem descrito que esse contexto portuário tem se mostrado um fator que aumenta o risco da infecção pelo HIV. O compromisso político da administração municipal de Santos no controle epidemiológico, municipalizando a vigilância, controlando os bancos de sangue, comunicantes e portadores assintomáticos de HIV, além do pioneirismo das ações de assistência e prevenção, também contribuíram para a situação de destaque das ações da cidade de Santos no enfrentamento da epidemia da Aids.

Atualmente a cidade de Santos ocupa a 77ª posição no ranking dos 100 municípios com mais de 100 mil habitantes quanto ao Índice Composto pelos indicadores de taxas de detecção

e mortalidade e primeira contagem de CD4. Observa-se que a cidade de Santos tem um índice de 5250 e média do primeiro CD4 em 416 (BRASIL, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), dois terços dos brasileiros que vivem com HIV/Aids não conhecem seu status sorológico. Dessa forma, embora atualmente existam ações governamentais que estimulem a população à testagem (que é gratuita e atinge amplamente o território nacional) estima-se que o número de infectados é potencialmente bem maior do que os divulgados (BRASIL, 2008). Uma das mais bem sucedidas estratégias do Ministério da Saúde no combate à epidemia é o Fique Sabendo, ação direcionada à ampliação do diagnóstico precoce da população. Lançados em 2005, os testes rápidos são oferecidos em Unidades Básicas de Saúde, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), ambulatórios ou em locais como praças, feiras e eventos específicos como festas e shows. O diagnóstico precoce é importante para quebrar a cadeia de transmissão do vírus e promover o acompanhamento do paciente, evitando o desenvolvimento de Aids, além de permitir que o paciente inicie o tratamento mais cedo (BRASIL, 2017).

Uma das interfaces evidenciadas por essa epidemia foi o fato de que, os pacientes vivendo com HIV/Aids apresentam uma demanda específica de cuidado em saúde bucal. Vários autores relatam que a experiência de cárie e gengivite em pessoas infectadas pelo HIV é alta, sendo causada tanto por problemas inerentes a doença, quanto por falta de informações em relação às práticas de atenção à saúde bucal, que levam a hábitos inadequados de higiene (MACHADO et al., 2008). É notório que 40 a 50% das pessoas portadoras de HIV sofrem com problemas orais. As lesões orais, geralmente são marcadores da doença pela disfunção do sistema imunológico (DAMLE et al., 2010). 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 (EC-Clearinghouse, 1993; Corrêa et al., 2005).

Com isso, a atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) vem sendo qualificada ao longo dos anos. A sobrevida dos pacientes com Aids aumentou muito, graças à adoção de medidas para diagnóstico precoce, profilaxias primária/secundária de doenças oportunistas (BRASIL, 2006) e, principalmente, introdução da terapia antirretroviral altamente ativa, com distribuição gratuita para toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1996 (BRASIL, 2007a) e à maior qualificação da atenção. No final da década de 1990, a Aids deixou de ser uma doença terminal, de progressão rápida e alta letalidade, diminuiu sua

mortalidade e, conseqüentemente, tornou-se uma doença de característica crônica, na qual o paciente tem não apenas sobrevida, mas busca também uma qualidade de vida e, assim, torna-se necessária a garantia de atenção integral a esses pacientes, cada vez mais presentes na rede de atenção à saúde bucal (BUCHALA e CAVALHEIRO, 2008). A sobrevida dos pacientes também trouxe novos desafios para os serviços, com novas demandas na qualidade da atenção às pessoas vivendo com HIV e Aids (PVHA), o que impõe a necessidade de ampliação da abordagem para aspectos que vão além dos fatores biológicos, como autocuidado, abordagem familiar, abordagem comunitária, educação em saúde (RANGEL et al, 2014).

3- REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas públicas para as pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) e a atenção à saúde bucal

A experiência de enfrentamento de mais de 30 anos dessa pandemia mostrou a importância da participação de diversos campos de conhecimento. O primeiro caso de AIDS no Brasil foi relatado em 1982. A resposta do Brasil a Aids foi criada em 1985, logo após o país ter retornado da ditadura militar à democracia, numa altura em que apenas quatro casos de Aids tinham sido registrados (TEIXEIRA et al., 2004). Com isto, o Ministério da Saúde lançou as bases para o Programa Nacional de Controle da AIDS, que foi criado em 1986 e colocado sob a égide da Comissão Nacional de Controle da Aids, um grupo composto por cientistas e membros de organizações da sociedade civil, em 1987. O programa foi reorganizado novamente em 1992 com mais ênfase na articulação entre governo e ONGs (LEVI et al., 2002).

Hoje, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde é referência mundial no tratamento e atenção a Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Em sua trajetória, esse Departamento trabalhou de diversas formas para buscar um enfrentamento de várias doenças infectocontagiosas, com foco especial no HIV/Aids, buscando reduzir a transmissão do HIV/Aids, das infecções sexualmente transmissíveis e das hepatites virais, bem como a busca pela qualidade de vida das pessoas atendidas (BRASIL, 2017).

O departamento tem a missão de formular e fomentar as políticas públicas de IST, HIV/Aids e hepatites virais, fundamentadas nos Direitos Humanos e nos princípios e diretrizes do SUS. Para atingir esses objetivos, são considerados os seguintes processos (BRASIL, 2017):

- Fortalecimento da rede de atenção e linhas de cuidado às IST, Aids e hepatites virais;
- Prevenção, diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, pelas hepatites virais e redução de risco e vulnerabilidade;
- Promoção de direitos humanos e articulação com redes e movimentos sociais;
- Aprimoramento e desenvolvimento da vigilância, informação e pesquisa;
- Aprimoramento da governança e da gestão;
- Acesso universal aos medicamentos, preservativos e outros insumos estratégicos.

Sendo assim, o departamento tem atuado na defesa das pessoas que vivem com HIV/Aids em diversas instâncias, não só na área da saúde, mas também no campo dos Direitos Humanos (repúdio à todas as formas de discriminação social), direitos trabalhistas, nas questões financeiras, no acesso aos serviços de saúde e transportes, entre outros (BRASIL, 2017).

Tomando-se em consideração o contexto da presente pesquisa, cabe ainda, uma breve explanação sobre o contexto local. No município de Santos, localizado na região da Baixada Santista, no Estado de São Paulo, as ações em saúde dessa área especializada são exercidas particularmente pela Coordenadoria de Controle de Doenças Infectocontagiosas (CCDI), em unidades que abrigam a Seção da Atenção Especializada em IST/Aids/Hepatites e Tuberculose adulto [SAE adulto, antiga Seção Centro de Referência em Aids (SECRAIDS)], a Seção de Prevenção de Doenças Infectocontagiosas (SPREDIN), a Seção Casa de Apoio e Solidariedade ao Paciente de Aids (SECASA), a Seção da Atenção Especializada em IST /Aids/Hepatites e Tuberculose infantil [SAE infantil, antigo Núcleo Integrado de Atendimento à Criança portadora do HIV (SENIC)], e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). A Coordenadoria de Controle de Doenças Infectocontagiosas (CCDI) referida é subordinada ao Departamento de Vigilância em Saúde (DEVIG), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Prefeitura Municipal de Santos (PMS).

O Serviço Odontológico onde foi realizada a pesquisa faz parte do SAE adulto, que existe desde março de 1990 e possui infraestrutura específica para atender as pessoas que vivem com HIV/Aids e hepatites virais. Particularmente, o Serviço Odontológico é composto por quatro cirurgiões-dentistas e três auxiliares de saúde bucal. Existem dois consultórios odontológicos com estrutura competente para o pleno exercício da odontologia. Além disso, o paciente vinculado ao serviço, portador de doença infectocontagiosa, possui acesso prioritário ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para a resolução dos casos complexos, mediante encaminhamento.

Senna et al. (2005) ressaltam que PVHA podem apresentar uma situação de saúde bucal bastante grave, onde coexistem, com grande prevalência, doenças bucais tais como: cárie e doença periodontal, e os problemas bucais associados à infecção pelo HIV que requerem pronto tratamento e contínuo monitoramento. Na mesma linha de argumentação, Madigan et al. (1996) afirmam que pessoas infectadas pelo vírus HIV possuem, caracteristicamente, um sistema imunológico deprimido e xerostomia (diminuição do fluxo salivar), fatores esses que aumentam consideravelmente o risco de cárie.

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 bucal (BRASIL, 2006). Ressalta-se assim a importância do papel do cirurgião-dentista dentro de uma equipe multidisciplinar de atendimento a pessoas que vivem com HIV/Aids e considerando esse contexto, torna-se imprescindível a construção de um trabalho de cuidado contínuo da saúde bucal da pessoa que vive com HIV/Aids.

3.2 A Política Nacional de Humanização da saúde (PNH) e os desafios da atenção em saúde bucal para PVHA

Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços de saúde é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Para enfrentar este problema, a Política Nacional de Humanização da Saúde (BRASIL, 2007b), através de seus princípios norteadores, propõe a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (como pessoas que vivem com HIV/Aids, por exemplo).

A Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH) criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, como política do SUS (também chamada de HumanizaSUS), tem como objetivo enfrentar os desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde, redesenhando e articulando iniciativas de humanização do SUS (PASCHÉ et al., 2011).

A modificação dos modos de cuidar consistiria, então, em experimentação, no espaço do trabalho, de dispositivos com potência para a promoção de reposicionamentos subjetivos e que possam ampliar a capacidade das pessoas de se compreenderem como fenômenos complexos e contraditórios. Seria a possibilidade de os sujeitos “experimentarem o que está para além e além de si, podendo, então, outrar-se, (re) inventar-se” (BARROS, 2007, p. 23). A possibilidade de mudanças nos modos de subjetivação e no constante exercício de estranhar o que é dado como natural e imutável. A ousadia dessa experimentação só é possível por meio de estratégias coletivas, uma vez que no caminho se constroem as possibilidades de resistir.

Dessa forma, a PNH busca um permanente processo de reinvenção dos sujeitos, das práticas em saúde e do mundo. Fomenta e alimenta-se de inventores que tomam como desafio superar os obstáculos enfrentados no processo de construção do SUS. Ao problematizar as práticas do trabalhador, a PNH visa contrapor o discurso hegemônico na saúde, potencializando e criando espaços de trocas onde pessoas com valores, saberes, hábitos, desejos, interesses e necessidades diferentes encontrem, conjuntamente, saídas para os problemas do cotidiano.

Já de algum tempo tem se apontado que o trabalho em saúde ocorre substantivamente por meio do encontro, portanto o "produto da saúde" emerge das relações que se estabelecem entre os sujeitos. Ou seja, a produção de saúde se dá mediante processos intercessores, derivando inexoravelmente do trabalho vivo em ato. Partindo deste pressuposto, é necessário que se restabeleçam linhas de conexão e de produção de desvio do instituído na relação usuário-trabalhador, que sejam potentes para a construção de contratos terapêuticos como recursos e qualificação da vida. Na mesma medida, este movimento deve fomentar a ampliação dos sentidos do trabalho qualificando-o como uma importante força de produção de sujeitos mais livres e autônomos (PASCHE et al., 2011, p.4545).

A Política Nacional de Humanização da Saúde (BRASIL, 2007b) tem como uma de suas diretrizes a construção de processos dialógicos que permitam dar passagem aos interesses, necessidades e desejos dos sujeitos que habitam esta relação, sem o que não é possível a construção de processos de corresponsabilização. Assim, a Política Nacional de Humanização da Saúde se apresenta como um importante marco de referência para a construção de práticas de saúde que efetivamente respeitem o cidadão em seus valores e necessidades, que visem à construção de alternativas de enfrentamento dos desafios que a saúde tem pela frente e que considerem as diferenças e singularidades. Trata-se de uma proposta quanto a um modo de fazer que coloca sujeitos em contato para se afetarem mutuamente, para produzirem acordos que nos transformem a cada dia em uma sociedade mais justa e fraterna, tendo um compromisso com a democratização das relações de trabalho e a valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente em saúde, por exemplo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1988, considera que os cirurgiões-dentistas têm obrigação humana e profissional de atender as pessoas que vivem com HIV/Aids, realizando um trabalho inserido em uma equipe multiprofissional, aceitando o desafio de combater e prevenir a doença, especialmente nos países onde a infecção por HIV representa um sério problema de saúde pública, como no Brasil (OMS, 1988). Isso demonstra a imensa importância da inclusão do cirurgião-dentista aos dispositivos da humanização do cuidado e da

sensibilização no atendimento às pessoas que vivem com HIV/Aids, que devem ser praticados cotidianamente.

Sendo assim, é importante que a equipe de saúde bucal esteja sensível para acolher as demandas dos sujeitos atendidos, levando em conta os aspectos relativos à humanização do cuidado. Para iniciar uma reflexão sobre essa questão, Hanan (1994) comentou, ainda na década de 1990, que as pessoas que vivem com HIV/Aids, semelhantemente aos leprosos e tuberculosos no passado, sofrem não só com a angústia de uma doença grave, mas também com o preconceito e a discriminação por parte de amigos, familiares e profissionais de saúde. Entretanto, Zucchi et al. (2013) afirmam que este continua um problema a ser enfrentado. Estes pesquisadores demonstraram, através de análises, que as intervenções de mitigação do estigma da Aids no Brasil ainda são escassas e estão localizadas em nível comunitário de projetos de prevenção ao HIV ou em contextos de pesquisas conduzidas nos serviços especializados em DST/Aids. Igualmente, os mesmos autores, em análise de experiências anti-estigma de serviços de saúde ou de ONGs, demonstraram que estes locais também recebem pouca reflexão acadêmica sobre o assunto. Médicos e psicólogos que trabalham sistematicamente com pacientes vivendo com HIV/Aids relatam que, quando tais pacientes são adequadamente acolhidos (familiar, profissional e socialmente), sem estigma ou preconceito, sua sobrevivência é maior em relação aos indivíduos marginalizados (RAMOS, 1998).

Para Hanan (1994), todas as questões éticas envolvidas no atendimento a pacientes que vivem com HIV/Aids estão, de alguma forma, relacionadas à discriminação sofrida pelos mesmos, seja pela dificuldade em conseguir atendimento odontológico quando revelam seu estado de soropositividade ao profissional, ou quando apresentam sinais clínicos da doença. Segundo Discacciati et al. (2001), por meio de relatos de indivíduos infectados, a recusa de atendimento por parte de cirurgiões-dentistas é mascarada por argumentos técnicos ou outro tipo de esquivas. Muitos profissionais criam situações que impedem o início ou a continuidade do tratamento ou encaminham o paciente a outro profissional sem motivo justificável.

Por outro lado, em uma recente pesquisa com cirurgiões-dentistas do município de Fortaleza (CE), realizada por Maia et al. (2015), que avaliou diversas variáveis que os participantes apontaram como relevantes no cuidado aos pacientes vivendo com HIV/Aids, destacou que a solidariedade ao paciente vivendo com HIV/Aids foi assinalada por dois terços dos profissionais como fator primordial a influenciar a qualidade da atenção em saúde bucal. Esse achado relevante 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.

3.3 A noção de cuidado e a importância de outros saberes na construção das ações em saúde

É importante salientar que a assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids deve considerar a singularidade desses sujeitos, sua complexidade, subjetividade, vulnerabilidade e sua inserção sociocultural no ambiente em que vivem, fatores sociodemográficos, bem como a adesão e satisfação relativas aos serviços de saúde (SOARES et al., 2014). A questão da saúde bucal dessas pessoas é um dos fatores que, tanto interferem em todos esses contextos, como também são influenciados pelos mesmos, o que indica a complexidade do fenômeno em questão.

Sendo assim, torna-se necessário buscar reflexões teóricas que sejam capazes de contribuir para a compreensão da complexidade do fenômeno estudado. Para tanto, podemos contar com as contribuições de Ayres (2001) que nos ajuda a abordar a questão do cuidado para além dos aspectos meramente técnicos ou biomédicos. Esse autor nos faz refletir que, a atenção dada no atendimento em saúde deve levar em conta a subjetividade dos envolvidos, para além de uma concepção positivista tradicional, visando, inclusive, um paradigma de felicidade. Cabe também, deixar claro que o intuito dessa reflexão não é ir contra a ciência tecnicista, mas sim a retomada e valorização de outros tipos de sabedoria na construção de uma saúde realmente profícua, como os conhecimentos acadêmicos da filosofia, do direito e das ciências humanas, às diversas sabedorias práticas transmitidas nas tradições culturais.

Uma noção central nesse campo de reflexão – e que contribui para compreender os fenômenos estudados na presente pesquisa - é a noção de sujeito. A partir das reflexões de Ayres (2001), em seu texto “Sujeito, intersubjetividades e práticas de saúde”, vemos que atualmente as concepções de sujeito estão sob forte influência hegel-marxista nos discursos de saúde. Esse autor destaca que o sujeito ainda é tomado como “o ser real, considerado como algo que tem qualidades ou exerce ações” (LALANDE, 1993 citado por Ayres, 2001, p.65). Além disso o sujeito é aquele que “... que existe não só em si, mas para si, e que, não se limitando a ser objeto, visível de fora ou delimitado por contornos lógicos, apenas tem a sua

verdadeira realidade ao contribuir para se fazer a si mesmo, a partir, sem dúvida, de uma natureza dada e segundo exigências intimamente sofridas, mas por meio de um devir voluntário e uma conquista pessoal” (RUNES, 1985; LALANDE, 1993 citado por Ayres, 2001, p. 65).

Ayres (2001) aponta que estas são concepções que escondem problemas. O primeiro questionamento que ele faz é relativo à identidade dos que recebem as nossas práticas, como sendo um ser com valores e necessidades próprios. Isso nos remete à ideia de permanência, de mesmidade, do sujeito que é igual a si mesmo através dos tempos, a partir de uma natureza dada. O segundo, relativo à ação transformadora, colocando o sujeito como sendo aquele que produz a própria história e o seu devir, ou seja, um sujeito-agente da história. Esse suposto sujeito como ser histórico deveria ser produtor de suas condições de vida e saúde, na busca de um progresso da vida humana. Em decorrência dessas ideias, uma corrente do pensamento sanitário brasileiro fez surgir jargões como o “conhecer as reais necessidades da população” ou o “tornar as pessoas sujeitos de sua própria saúde”.

Seguindo a reflexão de Ayres (2001) sobre o sujeito, entendemos que, para fins da presente pesquisa, poderemos nos valer da noção de subjetividade - uma conceituação mais rica - e que pode ser tomada simplesmente como o ato ou estado de ser sujeito. Ayres (2001) baseia-se na filosofia contemporânea, em autores como RICOEUR, HABERMAS, e GADAMER - para os quais a ideia de permanência associada à dimensão identitária seja substituída pela de dimensão transformadora e a ideia de produção, relacionada à dimensão transformadora, seja abarcada pela noção mais ampla de sucesso prático, que pode ou não passar pela produção de bens.

Ayres (2001) também aponta para uma questão importante: além de uma reflexão sobre subjetividade, cabe pensar sobre a intersubjetividade, ou seja, que consideremos, em outras palavras, o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos. Aquilo que aprendemos a tratar como indivíduo nada mais é que um “sonho” de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos. O significado típico de indivíduo refere-se ao que não pode ser dividido, que permanece unido. Entretanto, a experiência mostra que não existe o sujeito individual, porque somos na verdade sempre “o outro de cada um” (RICOEUR, 1991 citado por Ayres, 2001, p.66), o que nos faz pensar que é na alteridade vivida que nos leva a atribuir a nós mesmos o predicado de indivíduo, se é da resistência do outro fora de nós que nos identificamos, logo essa permanência não pode ser “mesmidade” (o mesmo), mas “ipseidade” (pelo mesmo).

Com isso, o que nos define como sujeitos não é sempre um mesmo predicado, e sim uma auto-diferenciação que se afirma a cada vez que reconheço um outro. Isso levou Heidegger (1995, citado por Ayres, 2001, p.66) a distinguir a individualidade/eu da individualidade/si, ou seja, o eu refere-se ao ôntico, ao ente, ao existenciário, e o si refere-se ao ontológico, ao ser, ao existencial. Portanto, estaremos falando verdadeiramente de sujeito quando nos referimos a essa identidade-si, de uma identidade construída a cada vez, a cada experiência de encontro com o outro.

Podemos tomar consequência dessas reflexões para o campo das práticas de saúde, no qual tendemos a tratar os sujeitos como núcleos individuais e permanentes de produção, ou seja, como mesmidade. Assim tornamo-nos menos capazes de chegar ao âmago dos processos mais vivos, escapam-nos as mais ricas possibilidades de participar da construção de identidades e de fortalecer o poder transformador de indivíduos e grupos no que se refere à saúde.

Segundo Ayres (2001), três aspectos podem ajudar a reconstruir nossa ideia de sujeito de modo mais rico para as práticas de saúde: o aspecto relacional, o aspecto existencial e o aspecto pragmático. O aspecto relacional parte da ideia de que a partir de uma vivência/experiência substantivamente relacional é que se criam identidades simultaneamente para o ser, e seu mundo de preenchimentos vividos e sonhados. Quanto ao aspecto existencial nos remete ao sentido heideggeriano, no qual o fato do sujeito ser um “ser” e não um “ente” é que surge um sujeito e seu mundo, ou seja, é porque sonha e deseja e, quando deseja, pode conceber e construir possibilidades. Para o aspecto pragmático é através do ato que se põe a sonhar/desejar. Somente quando o sujeito constrói uma ideia de sucesso, o qual se encontra mais além, na virtualidade, é que o sujeito faz-se sujeito, misturando-se o ato existenciário com o existencial. Contudo é necessário distinguir o termo “sucesso” da ideia de êxito técnico. O saber que se dirige ao êxito técnico constrói objetos, enquanto o saber na direção do sucesso existencial é o que constitui sujeitos (GADAMER, 1996, citado por Ayres, 2001, p.67).

Existem inúmeras experiências que podem levar ao contato de um sujeito com o outro, fazendo-o reconhecer a si mesmo a cada vez e sempre. Mas uma das formas mais poderosas desse mútuo engendramento de sujeitos e mundos é a linguagem. É através dela que vem a “resistência” fundamental que nos põe em presença do outro. Para Heidegger (1995) a linguagem é a morada do ser. O ser que pode ser compreendido é linguagem (GADAMER, 1996, citado por Ayres, 2001, p.68). Porém segundo Habermas (1988, citado por Ayres, 2001, p.68) a linguagem só existe como em ato que, através do diálogo, cria sujeitos e seus mundos, que nos faz experimentar o que somos no encontro com o que não somos.

Assim, conforme Ayres (2001), podemos entender que geralmente profissionais de saúde tomam as relações com os indivíduos de forma superficial, pois há uma dificuldade de perceber e estabelecer um diálogo com esses indivíduos, ainda que estejamos imersos nele. Isto se refere à desconsideração das resistências, que nos opõe e aproxima do outro. É como se existisse entre o profissional de saúde e a população um hiato, no qual o sujeito teria que sair da sua suposta mesmidade para procurar saúde. Com isso Ayres (2001) nos revela a limitada capacidade dos profissionais de saúde em alcançar o ideal de tornar as pessoas “sujeitos de sua própria saúde”, que sempre é entendida como um fracasso imobilizante do profissional em comunicar ou das pessoas em compreender e aderir às propostas. O que falta nesse encontro é justamente o oposto: encarar positivamente o desencontro e sua alteridade. É compreender como esse “pequeno diálogo” é tão ineficaz diante do “grande e imperceptível diálogo” no qual os profissionais de saúde já estão inseridos.

Para isso, que o encontro entre profissionais de saúde e usuários faça algum sentido, é preciso que os profissionais de saúde assumam a intersubjetividade nas suas relações práticas. De acordo com Habermas (1988, citado por Ayres, 2001, p.68), existem três planos fundamentais por meio dos quais se realizam e validam-se os processos dialógicos em geral: o da correção normativa, o da verdade proposicional e o da autenticidade expressiva. Visto isso, ainda segundo Habermas (1988, citado por Ayres, 2001, p.68), o “sucesso” de um discurso em realizar efetivo diálogo apoia-se em três níveis de validação intersubjetiva: na aceitação, por parte do interlocutor, de que o projeto de mundo e de vida que orienta esse discurso é correto desde um ponto de vista ético, moral, político; na proposição de enunciados que são tidos como verdadeiros por ambas as partes; e na sua capacidade de expressar autenticamente a perspectiva subjetiva daquele que profere o discurso.

Desse modo, em concordância com Ayres (2001), é possível percebemos a limitação dos discursos dos profissionais de saúde em suas práticas. Se atentarmos para o plano da validação normativa, veremos que o sentido de correção que norteia os discursos dos profissionais de saúde está relacionado à ilusão do conhecimento e controle das doenças. Trata-se de uma ideia de que existiria um horizonte normativo comum entre profissionais de saúde e sujeitos, ou seja, uma espécie de fantasia de que esse controle pode realmente mover os sujeitos. Dessa maneira, os profissionais de saúde deveriam rever suas práticas, deixando de ter como exclusividade única o controle das doenças, como critério normativo de sucesso, sem com isso diminuí-las.

Nas práticas de saúde, atuais, há forte influência de uma concepção de intersubjetividade do tipo pragmática, no qual o sucesso prático confunde-se com o êxito técnico. Ayres (2001) define o êxito técnico como sendo um triunfo do “como fazer”, já o sucesso prático seria uma conquista em definir o “quê fazer”. Nessa linha, o profissional, em seus diálogos sobre saúde, atualmente não está refletindo sobre o que ele e as pessoas sonham para a vida, ficando condenado à negatividade das doenças e suas regularidades de controle.

Os símbolos que constroem intersubjetivamente as identidades dos profissionais de saúde são baseados no cientificismo de validade proposicional, o que explica a supervalorização do tecnicismo normativo dos seus discursos (AYRES, 2001). Assim, é preciso refletir sobre nossa linguagem, superar as barreiras linguísticas que o jargão técnico interpõe a uma autêntica interação entre profissionais e população, fonte de desencontros e restrições ao diálogo. Boaventura Santos (1989, citado por Ayres, 2001, p.70) destaca a atenção para a necessidade desse movimento de reconstrução das pontes linguísticas entre o mundo da tecnociência e o senso comum.

Temos, como consequência disso, que o curar, o tratar e o controlar são atitudes limitadas no campo da saúde (Ayres, 2001), pois no atual paradigma, todas essas ações pressupõem uma relação individualizada, estática e objetificadora com os sujeitos. Por isso é preciso enriquecer a concepção de intervenção, na perspectiva da abertura linguística e da diversidade de saberes, para justificar os diálogos no âmbito da saúde. Não se trata apenas da busca por um êxito técnico, mas um sucesso prático mais abrangente que subjetiva o sujeito, observando-o como algo mais rico que o objeto de uma ação técnica. Um sucesso prático que seja ao mesmo tempo técnico e afetivo. Segundo Schraiber (1997, citado por Ayres, 2001, p.71), o encontro entre o profissional de saúde e o sujeito cobrará elementos que vão exigir deste encontro muito mais que a produção e a manipulação de objetos.

Com isso Ayres (2001) conclui que cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para isso, tem que se considerar e construir projetos, tem que se 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 ali em questão. O cuidado precisa se expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Portanto, o cuidado, em uma nova perspectiva da saúde, abrange ao mesmo tempo a epistemologia, a cientificidade, a filosofia e a ética. Assim, o profissional de saúde, que está diante das transformações do mundo moderno, 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, através do elo entre o cuidador e o ser cuidado, como uma atitude de humanidade.

O presente trabalho é, portanto, um relato de uma trajetória que teve repercussões pessoais transformadoras, na qual um profissional de uma área supostamente “técnica” ousou colocar-se diante dos pacientes de forma franca e, assim, teve que construir a capacidade de “ouvir o que a boca dos sujeitos realmente diz” sobre seu ponto de vista, para além do que um cirurgião-dentista está acostumado a “ver”, ou seja, a boca em si, como um órgão palpável. Assim, o relato desse trabalho pretende promover uma reflexão 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, temática central de nosso interesse.

Visto isso, a trajetória dessa pesquisa nos mostrou que existe um primeiro momento que deve ser dado em direção aos profissionais de saúde, em especial aos cirurgiões-dentistas que trabalham na área de IST /Aids. Optou-se, então, por construir uma ação educativa sob os preceitos da educação permanente em saúde, como uma forma de promover uma experiência na qual os mesmos poderão empreender uma reformulação de seus paradigmas, ouvindo o que os usuários têm a dizer e, assim, possibilitando ações de educação que irão reverberar e afetar tanto os cirurgiões-dentistas quanto as pessoas que vivem com HIV/Aids.

3.4 A educação permanente e sua importância para o cuidado integral em saúde

A proposta de Educação Permanente em Saúde surgiu na década de 1980, por iniciativa da Organização Panamericana 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 eficiente (MICCAS, 2014).

Segundo Lopes et al. (2007) a Educação Permanente em Saúde foi construída como instrumento para transformar o profissional de saúde em um profundo conhecedor da sua realidade local. Nessa linha de pensamento, Peduzzi et al. (2009) entendem que a Educação Permanente em Saúde pode ser estratégica para a recomposição das relações entre a população e os trabalhadores. A principal ideia da Educação Permanente em Saúde é a integração entre o

universo do trabalho e do ensino, onde as ações e decisões coletivas fundamentadas em práticas problematizadoras têm por base a aprendizagem deslocada para o ambiente de serviço.

Ceccim et al. (2008) propõem um novo domínio de conhecimento que seria caracterizado por uma implicação singular do ensino com cidadania, permitindo a travessia de fronteiras entre educação e saúde pela via da Educação Permanente em Saúde. Nesse sentido, o principal benefício da Educação Permanente em Saúde nos serviços está ligado à existência de diálogo em rodas de conversa, constituídas por grupos de discussão formados por profissionais de instituições de saúde, com afirmações positivas relacionadas ao comprometimento com o trabalho, fortalecimento da integração ensino-serviço, preparando o profissional por meio do desenvolvimento da capacidade crítica, criativa e postura pró-ativa (MICCAS, 2014).

Cabe ressaltar aqui que a proposta da educação continuada e a educação tradicional adquirida ao longo da vida são modalidades com finalidades específicas, que não estão necessariamente voltadas para os serviços de saúde. Por sua vez, a Educação Permanente, é fundamentada em práticas problematizadoras coletivas e tem por base a proposta a construção da aprendizagem no contexto do serviço de saúde (MICCAS, 2014).

Diante dos desafios de formação que foram sendo observados no decorrer da construção do presente trabalho, entende-se que a proposta da Educação Permanente se mostra como um referencial coerente que pode trazer contribuições significativas para mudanças positivas na forma como os envolvidos no processo de cuidado em saúde bucal de pessoas vivendo com HIV/Aids entendem a noção de cuidado e atenção em saúde.

4- OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Investigar a percepção de adultos vivendo com HIV/Aids, usuários de um serviço ambulatorial em IST /Aids da região da Baixada Santista, sobre a sua saúde bucal bem como sua percepção quanto ao papel e a relação estabelecida com o profissional de odontologia que os acompanha nesse serviço.

4.2 Objetivos específicos

- Investigar a percepção de adultos vivendo com HIV/Aids, usuários de um serviço ambulatorial em IST /Aids da região da Baixada Santista, sobre a sua saúde bucal.
- Compreender como adultos vivendo com HIV/Aids, usuários de um serviço ambulatorial em IST /Aids da região da Baixada Santista, percebem o papel do profissional de odontologia, expectativas quanto ao acompanhamento odontológico, bem como quanto ao tipo de relação de cuidado estabelecido com esse profissional de saúde.
- A partir dos dados da pesquisa realizada propor uma ação educativa junto aos profissionais de odontologia, não só aos profissionais que atendem pacientes vivendo com HIV/Aids, como também aos cirurgiões-dentistas em geral, com o intuito de permitir uma reflexão sobre suas práticas cotidianas, dificuldades e limitações de seu trabalho e, além disso, permitir a construção de práticas assistenciais que contemplem as necessidades singulares desses sujeitos, para além da perspectiva tradicionalmente adotada nesse campo de saber.

5- METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Para realizar esta pesquisa foram articuladas várias estratégias de investigação para obtenção e análise dos dados, como a realização de pesquisa documental, observação ampla, grupos focais, entrevistas semiestruturadas e diário de campo, em um trabalho com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa foi utilizada 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 Minayo (1996).

5.2 Local

A seguir faremos algumas colocações a respeito do contexto local de atendimento as PVHA atendidas pelo serviço onde foi realizada a pesquisa.

O Serviço de Assistência Especializada adulto [SAE adulto, antiga Seção Centro de Referência em Aids (SECRAIDS)], local onde a pesquisa ocorreu, existe desde março de 1990. Inicialmente concebido com infraestrutura para o acompanhamento e tratamento somente das pessoas que vivem com HIV/Aids, hoje o serviço engloba também o acompanhamento e tratamento das pessoas que vivem com hepatites virais. Atualmente são 5.026 pessoas que vivem com HIV/Aids atendidas pelo serviço (dado colhido no próprio serviço). A unidade dispõe, além do serviço de odontologia, os serviços de: infectologia, enfermagem, psicologia, assistência social, pediatria, nutrição, ginecologia, farmácia, além dos serviços de apoio de fisioterapia (estágio), educador físico (estágio) e hospital-dia.

Nesse contexto, a conjunção de diferentes profissionais que não só trabalham, mas *entendem e refletem* sobre a doença, confere ao serviço uma proposta de excelência no atendimento das pessoas que vivem com HIV/Aids. Devido a esta característica, o serviço possui o caráter multidisciplinar/multiprofissional para o atendimento à pessoa que vive com HIV/Aids, onde o trabalho de um permeia o do outro, a partir da construção de uma rede de

ações entre os cuidadores. Existem reuniões mensais, pautadas por temas envolvendo a problemática do cotidiano desses profissionais no manejo de ações voltadas para a pessoa que vive com HIV/Aids, visando a construção de soluções em conjunto. Além disso, discute-se também a evolução científica, técnica e burocrática do atendimento às pessoas que vivem com HIV/Aids e a interferência destas no cotidiano dos profissionais envolvidos. A troca de ideias entre os profissionais tem sido uma experiência proveitosa que exige abertura para as constantes demandas e mudanças típicas do serviço público de saúde contemporâneos (sucessivas restrições orçamentárias, diminuição do número de profissionais de saúde na equipe, aumento da demanda de atendimento a partir dos novos casos identificados, contexto de sobrecarga de demanda em saúde referente à região da Baixada Santista, etc). Possíveis diferenças de opinião ou pontos de vista são tratados de forma respeitosa na busca de ações racionais, éticas e responsáveis, promovendo ações que são, muitas vezes, soluções coletivas e democráticas.

Particularmente, o serviço odontológico é composto por quatro cirurgiões-dentistas e três auxiliares de saúde bucal. Existem dois consultórios odontológicos com estrutura competente para o pleno exercício da odontologia, com uma demanda mensal média de 500 atendimentos, onde são realizados procedimentos de clínica geral, de monitoramento contínuo de lesões e infecções oportunistas da cavidade bucal, além de monitoramento laboratorial (linfócitos T-CD4, carga viral, hemograma) em procedimentos cruentos. O tempo médio de atendimento é de cerca de 45 minutos, dependendo do grau de dificuldade do procedimento. Os pacientes novos, após o acolhimento inicial por parte da enfermagem e da infectologia, são encaminhados aos demais serviços do equipamento, inclusive à odontologia, onde não há fila de espera. Já os pacientes em tratamento odontológico, após o término deste, são orientados a retornar para as consultas de manutenção da saúde bucal a cada seis meses no mínimo, podendo ser adiantada no caso de alguma excepcionalidade. Além disso, o paciente vinculado ao serviço, portador de doença infectocontagiosa, possui acesso prioritário ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para a resolução dos casos complexos, mediante encaminhamento.

5.3 Sujeitos

A presente pesquisa teve uma amostra de conveniência de 12 adultos vivendo com HIV/Aids do serviço de odontologia do ambulatório de IST /Aids de Santos, que foram convidados a participar de forma voluntária, sem custos e não remunerada, nos dias em que

estiveram sendo consultados pelo serviço de odontologia (ou seja, todos têm vínculo com o serviço). Cabe lembrar que geralmente as pesquisas qualitativas têm um número de participantes que pode variar entre cinco e quinze entrevistados, podendo ser modificado para baixo ou para cima, de acordo com o campo e objetivos propostos pela investigação (TURATO, 2011).

Uma estratégia de investigação importante na seleção dos sujeitos foi a realização de uma pesquisa de documentos como, prontuários e fichas clínicas odontológicas dos pacientes, na busca de informações objetivas quanto aos aspectos odontológicos, que visou permitir a construção dos critérios de participação em cada tipo de grupo. Sendo assim, a escolha dos sujeitos que iriam compor o grupo focal e as entrevistas foi feita a partir de um critério no qual haveria um grupo formado por pessoas com a saúde bucal precária (PSBP) e outro formado por pessoas com a saúde bucal adequada (PSBA). Esta estratégia para a seleção de sujeitos foi necessária para uma análise individual e posterior análise comparativa dos grupos com diferentes estados de saúde bucal.

Com isto, para a formação desses dois grupos, pessoas com a saúde bucal precária e adequada, foram utilizados como referenciais as condições de higiene bucal dos sujeitos da pesquisa, suas condições periodontais, e a quantificação dos dentes atingidos por cárie, para registrar as condições de saúde bucal desses sujeitos.

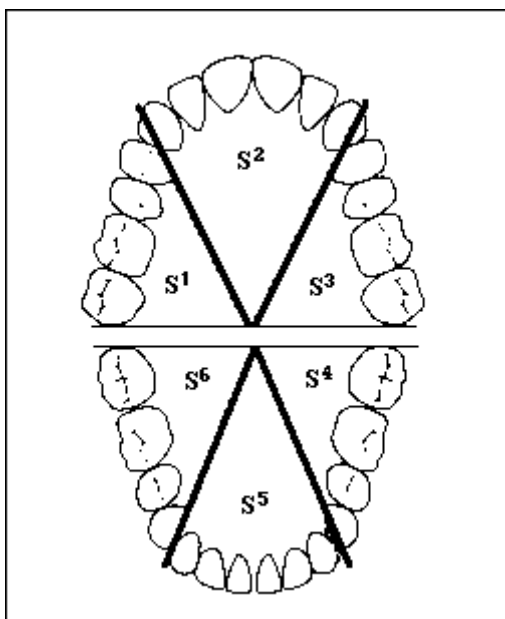
Para a aferição das condições de higiene bucal dos sujeitos da pesquisa foi utilizado o IPV (Índice de Placa Visível), proposto por Ainamo e Bay (1975), na forma descrita por Silveira et al. (2002), onde após a iluminação e secagem das superfícies dentárias (isolamento relativo e seringa tríplice), foram contabilizadas as superfícies (faces) suscetíveis ao acúmulo de placa presentes na cavidade bucal, excluindo-se as faces incisais. Logo após, foram contabilizadas as superfícies que apresentavam placa bacteriana visível ao exame clínico (com auxílio de um espelho odontológico), procedendo-se a uma operação matemática (regra de 3 simples) para determinar o valor relativo (porcentagem) de faces afetadas em relação ao total de faces.

O IPV médio no estudo de Silveira et al. (2002) em 11 % foi considerado satisfatório pois considerou-se que a desorganização da placa bacteriana, através da escovação pelo paciente, deve ser incentivada mas sem o intuito de atingir o índice de placa zero. Assim, os sujeitos com alta porcentagem do biofilme visível foram considerados como sujeitos com a higiene bucal insatisfatória, e alocados no grupo PSBP. Enquanto os sujeitos com baixa

porcentagem do biofilme visível foram avaliados como sujeitos com a higiene bucal satisfatória, e selecionados para o grupo PSBA.

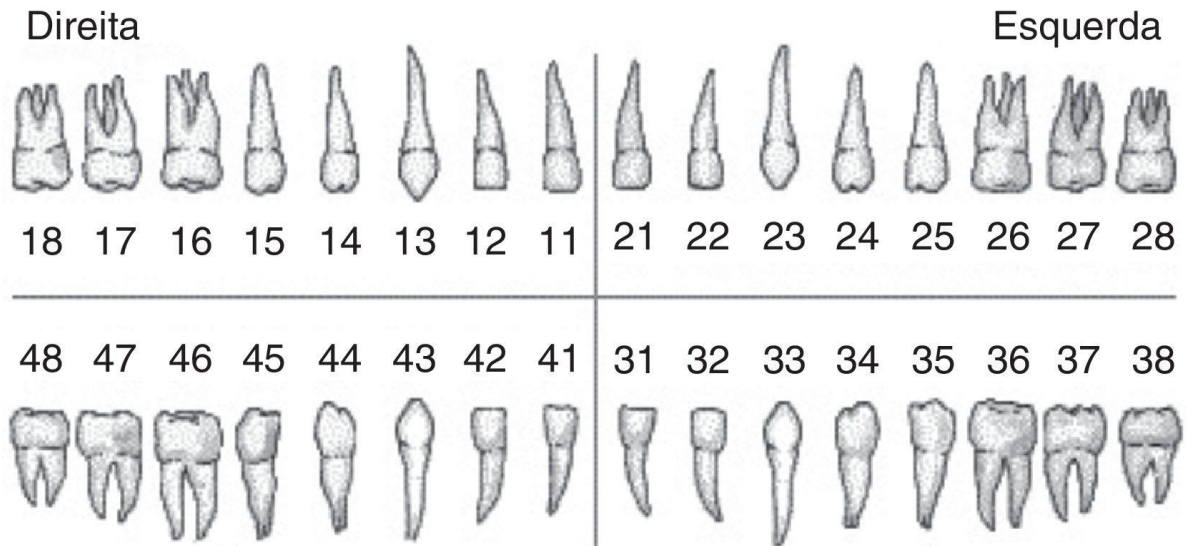
Posteriormente, para avaliar as condições periodontais dos sujeitos da pesquisa, foi utilizado um método simplificado desenvolvido em 1992 pela Associação Dental Americana (ADA) em associação com a Academia Americana de Periodontologia (AAP), sob o patrocínio da Procter & Gamble, o RPS (Registro Periodontal Simplificado), conforme descrito por Oliveira et al. (2015) em seu estudo de revisão de literatura sobre o referido índice. O referido método também é utilizado pela Prefeitura Municipal de Santos. Com isto, a boca dos sujeitos da pesquisa foi dividida em seis sextantes (Figura 1), ou seja, em regiões compreendendo os dentes 18 a 14, 13 a 23, 24 a 28, 38 a 34, 33 a 43 e 44 a 48, conforme o odontograma (Figura 2), que se ausente, foi registrado com um X.

Figura 1 - Divisão da boca em sextantes.



Fonte: Salud dental para todos (2017).

Figura 2 - Exemplo de odontograma.



Fonte: Sousa e Mourão (2015).

A sondagem foi realizada em 6 pontos para cada dente: méso-vestibular, médio-vestibular, disto-vestibular, méso-lingual/palatino, médio-lingual/palatino e disto-lingual/palatino, onde foi anotado o maior escore em um quadro com os seis sextantes, de acordo com os critérios clínicos de definição de escores. Foi utilizada uma sonda periodontal modelo 621 determinada pela OMS, a qual apresenta em sua extremidade uma esfera com 0,5mm (considerada atraumática e de maior confiabilidade na detecção de sangramento gengival) e, uma faixa colorida presente entre as mensurações de 3,5 a 5,5mm. A faixa colorida foi a base para determinação dos códigos, que variam de 0 a 4, podendo ou não, estarem associados a um asterisco (*), os quais o RPS estabelece como forma de avaliação da condição periodontal do paciente:

- CÓDIGO 0: Nenhum sinal de doença periodontal - Faixa colorida totalmente visível
- CÓDIGO 1: Sangramento gengival até 30s após a sondagem suave - faixa colorida totalmente visível
- CÓDIGO 2: Cálculo supra e/ou subgengival e/ou margens restauradoras mal adaptadas - faixa colorida totalmente visível

– CÓDIGO 3: Bolsa periodontal que permite a introdução da sonda no sulco (bolsa de 4 a 5 mm) - faixa colorida da sonda parcialmente visível

– CÓDIGO 4: Bolsa periodontal que permite maior introdução da sonda no sulco (bolsa profunda de 6 mm ou mais) - faixa colorida não visível

– CÓDIGO *: a inserção do código (*) no sextante significa a presença de problemas como, envolvimento de furca, mobilidade, problemas muco-gengivais (perda de gengiva inserida) e retração gengival acima de 3,5mm.

Os sujeitos com os escores acima de 0 foram selecionados para o grupo PSBP, enquanto os sujeitos com os escores em 0 foram selecionados para o grupo PSBA. Esses achados confirmam que os sujeitos selecionados para o grupo PSBA não possuem nenhum sinal de doença periodontal, diferente dos sujeitos selecionados para o grupo PSBP, que já possuem algum sinal de doença periodontal.

Com o auxílio também da sonda periodontal preconizada pela Organização Mundial da Saúde, cada elemento dentário foi examinado quanto à presença de cárie, segundo os critérios da OMS (Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal: Manual de Instruções. Genebra: OMS; 1997). As observações foram transcritas na ficha clínica odontológica de cada sujeito.

Assim, os sujeitos que não apresentaram qualquer lesão cariosa foram selecionados para compor o grupo PSBA, ao passo que os sujeitos que apresentaram cárie foram eleitos para o grupo PSBP.

Ao término deste processo, formamos uma lista com dois grupos de sujeitos selecionados, que serão apresentados a seguir com seus respectivos estados de saúde bucal, juntamente com alguns dados sociodemográficos, forma de transmissão e tempo de infecção do HIV.

Grupo 1 (Pessoas que vivem com HIV/Aids e com a saúde bucal precária – PSBP):

- PSBP1 – É uma pessoa de 38 anos, branca, do sexo feminino, natural e morador de Santos-SP, solteira, sem filhos, com o segundo grau completo e vendedora como atividade profissional. A forma de transmissão do vírus HIV foi através da relação heterossexual, com o diagnóstico realizado em julho de 2015.

RPS:

3	1	1
1	2	1

IPV: 69,4%

Cariado: 6 dentes

- PSBP2 – É uma pessoa de 48 anos, negro, do sexo masculino, natural e morador de Santos-SP, casado, sem filhos, com escolaridade até o primário incompleto e agente de apoio sócio educativo como atividade profissional. A forma de transmissão do vírus HIV foi através da relação heterossexual, com o diagnóstico realizado em setembro de 2015.

RPS:

1	1	3
0	2	1

IPV: 71,9%

Cariado: 3 dentes

- PSBP3 – É uma pessoa de 54 anos, parda, do sexo masculino, natural de São Vicente-SP, solteiro, sem filhos, morador de Santos-SP, com o primeiro grau completo e graniteiro autônomo como atividade profissional. A forma de transmissão do vírus HIV foi através da relação heterossexual, com o diagnóstico realizado em janeiro de 1996.

RPS:

2	1	2
1	2	3

IPV: 69,89%

Cariado: 5 dentes

- PSBP4 – É uma pessoa de 59 anos, parda, do sexo feminino, natural e moradora de Santos-SP, viúva, com quatro filhos, com escolaridade de nível fundamental, sem atividade profissional (do lar). A forma de transmissão do vírus HIV foi através da relação heterossexual, com o diagnóstico realizado em 2009.

RPS:

1	1	2
1	2	1

IPV: 53,93%

Cariado: 2 dentes

- PSBP5 – É uma pessoa de 42 anos, parda, do sexo feminino, natural do estado da Bahia, casada, com um filho, moradora de Santos-SP, com o primeiro grau completo e empregada doméstica como atividade profissional. A forma de transmissão do vírus HIV foi através da relação heterossexual, com o diagnóstico realizado em outubro de 2002.

RPS:

1	1	0
1	2	1

IPV: 55,75%

Cariado: 2 dentes

- PSBP6 – É uma pessoa de 66 anos, branca, do sexo feminino, natural e moradora de Santos-SP, viúva, com cinco filhos, com a quarta série do ensino fundamental, sem atividade profissional (do lar). A forma de transmissão do

vírus HIV foi através da relação heterossexual, com o diagnóstico realizado em março de 1993.

RPS:

X	1	X
X	X	X

IPV: 68,75%

Cariado: 2 dentes

Grupo 2 (Pessoas que vivem com HIV/Aids e com a saúde bucal adequada – PSBA):

- PSBA1 – É uma pessoa de 49 anos, branca, do sexo masculino, natural e moradora de Santos-SP, solteiro, com um filho, com o nível superior incompleto e administrador autônomo como atividade profissional. A forma de transmissão do vírus HIV foi através da relação heterossexual com o diagnóstico realizado em novembro de 2015.

RPS:

0	0	0
0	0	0

IPV: 6,01%

Cariado: 0

- PSBA2 – É uma pessoa de 42 anos, pardo, do sexo masculino, natural e morador de Santos-SP, viúvo, sem filhos, com o ensino fundamental incompleto e motoboy como atividade profissional. A forma de transmissão do vírus HIV foi através da relação heterossexual, com o diagnóstico realizado em novembro de 2011.

RPS:

0	0	0
0	0	0

IPV: 9,32%

Cariado: 0

- PSBA3 – É uma pessoa de 40 anos, branca, do sexo masculino, natural e morador de Santos-SP, solteiro, sem filhos, com o segundo grau completo, e operador de telemarketing como atividade profissional. A forma de transmissão do vírus HIV foi através da relação homossexual, com o diagnóstico realizado em dezembro de 2003.

RPS:

0	0	0
0	0	0

IPV: 6,29%

Cariado: 0

- PSBA4 – É uma pessoa de 44 anos, branca, do sexo feminino, natural de São Vicente-SP, casada, com um filho, moradora de Santos-SP, com o segundo grau completo, e executiva de vendas como atividade profissional. A forma de transmissão do vírus HIV foi através da relação heterossexual, com o diagnóstico realizado em agosto de 1997.

RPS:

0	0	0
0	0	0

IPV: 1,56%

Cariado: 0

- PSBA5 – É uma pessoa de 43 anos, parda, do sexo feminino, natural de Santa Luzia-PB, casada, sem filhos, moradora de Santos-SP, com o nível superior completo, e garçonete como atividade profissional. A forma de transmissão do vírus HIV foi através da relação heterossexual, com o diagnóstico realizado em março de 2003.

RPS:

0	0	0
0	0	0

IPV: 9,37%

Cariado: 0

- PSBA6 – É uma pessoa de 33 anos, branca, do sexo feminino, natural e moradora de Santos-SP, casada, sem filhos, com o segundo grau completo, estudante. A forma de transmissão do vírus HIV foi através da relação heterossexual, com o diagnóstico realizado em outubro de 2001.

RPS:

0	0	0
0	0	0

IPV: 4,89%

Cariado: 0

5.4 Coleta dos dados

Na pesquisa qualitativa se procura compreender o processo pelo qual as pessoas envolvidas na pesquisa constroem significados. Além disso, a abordagem qualitativa pode permitir a compreensão das angústias e ansiedades dos sujeitos envolvidos, no seu ambiente cotidiano, por meio de um enquadre face a face, cuja proposta permite entender, interpretar sentidos e significações que uma pessoa dá aos fenômenos, via observação ampla e entrevistas de profundidade (Turato, 2011). Sendo assim, adotou-se um processo de observação ampla que apresentou a potencialidade em facultar ao pesquisador a percepção de significados, representações, relações, normas, discursos, falas, sistemas de valores, símbolos, condições estruturais e dimensões esperadas e inesperadas do problema que motivou a pesquisa em condições do cotidiano do atendimento nesse ambulatório.

Para a obtenção dos dados desta pesquisa, além da observação, foram realizados encontros na forma de grupos focais (entrevista aberta grupal). Os grupos focais foram conduzidos a partir de um roteiro com tópicos norteadores de temáticas específicas (Apêndice II). A estratégia inicial era de convidar alguns participantes dos grupos focais para participar de entrevistas semiestruturadas, com um roteiro temático de perguntas (Apêndice III), mantendo o número de 10 participantes na pesquisa. Contudo, como não houve interesse, foi necessário fazer novos convites (pessoas que não participaram dos grupos focais), sendo um sujeito de cada condição de saúde bucal: precária e adequada, elevando o número de participantes para 12 sujeitos. Estes novos participantes foram considerados como informantes privilegiados ou informantes-chave, que teriam um relato relevante sobre sua experiência, contribuindo significativamente para a construção da pesquisa. O informante-chave (IC), na literatura antropológica e sociológica, é uma pessoa que pertence ao grupo a ser estudado e/ou que conhece bem o assunto pesquisado, representando assim uma preciosa fonte de informações (WHO, 1994). Embora não tenhamos adotado formalmente o referencial etnográfico, que concerne ao campo da antropologia, propriamente, optamos por trabalhar com elementos desse tipo de enfoque, os quais consideramos úteis para abordar nosso objeto de pesquisa, ou seja, trata-se de uma pesquisa que leva em consideração esse enfoque etnográfico sem, contudo, adotar todas suas premissas.

O critério para escolha da estratégia metodológica do grupo focal baseou-se, em concordância com Iervolino (2001), na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos como uma de suas maiores riquezas e, assim, tal estratégia

pôde propiciar acesso a informações relevantes a partir dos diálogos dos sujeitos, norteados por um roteiro temático de questões abertas. Por sua vez, o uso de entrevista semiestruturada constituiu-se, nos moldes do que propõe Nogueira-Martins (2004), como uma estratégia relevante na pesquisa. Nesse instrumento, parte-se de certos questionamentos básicos e apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, permite-se a construção de um amplo campo de reflexões, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida em que trabalhamos com as respostas dos entrevistados.

Os grupos focais foram formados, então, a partir de dados clínicos-odontológicos da análise de prontuários do serviço de odontologia, divididos em dois grupos: Grupo 1 foi composto por cinco PSBP, e o Grupo 2 composto por cinco PSBA, todos enumerados de um a cinco para facilitar a identificação. Cada grupo foi estruturado com três encontros, sendo que em cada encontro foram abordadas diferentes temáticas. A composição dos membros para cada grupo foi: um moderador (pesquisador responsável pela pesquisa); uma assistente observadora (cirurgiã-dentista), somados aos participantes da pesquisa. O local onde foram realizados os grupos focais foi o próprio ambulatório do serviço de IST/Aids de Santos, em sala reservada. A estrutura para a realização dos grupos focais foram de 3 (três) encontros com aproximadamente 40 (quarenta) minutos de duração cada.

No primeiro encontro com o grupo focal foi aplicado o TCLE e trabalhada a temática: “o HIV e a saúde bucal”. No segundo encontro trabalhamos com a temática: “a importância dos dentes e das gengivas”. E finalmente no terceiro e último encontro foi trabalhada a temática: “a higiene bucal no cotidiano”. Os instrumentos para a realização dos grupos focais foram: diário de campo para anotações das situações observadas; um roteiro com tópicos norteadores de temáticas específicas para os encontros dos grupos focais (Apêndice II); um gravador de voz digital para registro do encontro. A transcrição integral das falas foi realizada manualmente pelo pesquisador para possibilitar uma leitura longitudinal que permitiu analisá-las, sem alterá-las.

Ao término dos encontros dos grupos focais, foram selecionados dois sujeitos para uma entrevista semiestruturada individual, que não participaram dos grupos focais, sendo um de cada condição de saúde bucal: precária e adequada, mais precisamente PSBP6 e PSBA6 anteriormente referidas. O objetivo dessa entrevista foi a obtenção de novas informações e o aprofundamento dos dados colhidos durante os grupos focais e a observação ampla. O local onde foram realizadas as entrevistas foi o próprio ambulatório do serviço de IST /Aids de Santos, em sala reservada. A estrutura para sua realização foi de um encontro com cada sujeito

selecionado, de aproximadamente 40 (quarenta) minutos de duração. Para a realização da entrevista individual foi utilizado um roteiro temático de perguntas (Apêndice III) e um gravador de voz digital para registro do encontro. Assim como para os grupos focais, a transcrição integral das falas das entrevistas foi realizada manualmente pelo pesquisador para possibilitar uma leitura longitudinal que permitiu analisá-las, sem alterá-las.

Foram também criados registros de diários de campo compostos por anotações sobre informações colhidas a partir de observação ampla e que guardaram relação direta com a pesquisa. Houve complementação com informações e observações colhidas nas entrevistas pelo pesquisador, bem como pela assistente da pesquisa e pesquisador durante os encontros dos grupos focais.

5.5 Análise dos dados

Tanto os relatos dos grupos focais, o relato das entrevistas e os diários de campo foram analisados a partir da técnica da análise de conteúdo do tipo temática proposta por Bardin (1977), na qual observa-se que esse tipo de análise “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (p. 42).

5.6 Aspectos éticos

A presente pesquisa está em conformidade com a Resolução 466/12 do CNS e todos os voluntários assinaram o TCLE (Apêndice I). Ao final da pesquisa, todos os resultados serão apresentados à equipe da Coordenadoria de Controle de Doenças Infectocontagiosas da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Santos, preservando o sigilo da identidade dos sujeitos. O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo sob o número CAAE 49722115.4.0000.5505, sob o parecer número 1.290.553 (Anexo I), juntamente com a carta do Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo autorizando a troca de pesquisador principal (Anexo II), e também pela Coordenadoria de

Formação e Educação Continuada em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos (Anexo III).

6- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos dos sujeitos da pesquisa apontam para fatores que podem influenciar a saúde bucal, como, por exemplo, o nível de escolaridade. Diante disto, cabe considerar elementos do Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1986, que enfatiza a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando ela diretamente relacionada com as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso à terra e posse dela, acesso aos serviços de saúde e à informação (BRASIL, 1986). Buchwald et al. (2013) em estudo na Alemanha observaram que o nível de escolaridade estava relacionado com índice de perda dental, demonstrando que a baixa renda e baixa escolaridade aumentavam em duas vezes o risco de perda dental. Outro estudo europeu, realizado em 2009 e publicado em 2013 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 maior (GUARNIZO-HERREÑO et al., 2013). No Brasil, um estudo realizado em Minas Gerais, analisou a associação entre proporção de exodontias, indicadores socioeconômicos e oferta de serviços odontológicos. Os fatores socioeconômicos, como distribuição de renda, e de organização dos serviços de saúde bucal explicam grande parte da mutilação dentária nessa região (PALMIER et al., 2012).

Como podemos observar, a saúde bucal é dependente de diversos fatores, tais como as condições socioeconômicas e culturais da população, como o acesso à informação, bens e serviços essenciais à sobrevivência. Porém, para fins específicos desta pesquisa, consideramos apenas o estado de saúde bucal das pessoas vivendo com HIV/Aids adultas para a formação dos grupos, sem, contudo, desconsiderar outros fatores. Assim, para a formação dos grupos, como explicitado anteriormente, discorremos como uma saúde bucal precária a coexistência de múltiplos elementos, tais como: a higiene bucal insatisfatória, juntamente com a presença de algum sinal de doença periodontal e com a presença de lesão cáriosa. Já para a saúde bucal adequada consideramos como a conexão da higiene bucal satisfatória com a ausência de doença periodontal e a ausência de lesão cáriosa.

O Quadro 1, a seguir, descreve os critérios odontológicos que nortearam a definição de quais participantes iriam compor cada tipo de grupo.

Quadro 1 - Descrição dos critérios odontológicos definidores para a participação na pesquisa. Santos, 2016.

Grupos	Crítérios odontológicos
Grupo 1: Pessoas com a saúde bucal precária (PSBP)	O paciente deve ter obrigatoriamente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Higiene bucal insatisfatória 2. Doença periodontal/gengivite 3. Lesão cariosa
Grupo 2: Pessoas com a saúde bucal adequada (PSBA)	O paciente deve atender as situações abaixo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Higiene bucal satisfatória 2. Não existência de afecções odontológicas associadas à falta de cuidado com saúde bucal

6.1 Os grupos focais

A realização dos grupos focais mostrou-se um desafio, que exigiu grande persistência por parte dos pesquisadores, visto que, muitos participantes relutaram em aceitar em participar da pesquisa. Quando abordados e informados sobre as características da pesquisa, no geral, havia dificuldade em concordar com a participação na estrutura proposta de três encontros, ainda que os mesmos fossem marcados nos dias dos retornos para consulta odontológica. Na prática, observou-se que essa estratégia se mostrou pouco efetiva, pois ocorreram muitas faltas, o que gerou lacunas na construção das etapas propostas nos grupos focais. Verificamos também receio de algumas pessoas ao serem convidadas para participarem da pesquisa, principalmente no momento da assinatura do TCLE. Algumas preferiram levar o TCLE para casa, para “analisarem melhor” (SIC). Ainda assim, após essa análise, consentiram em participar, assinando o documento.

6.1.1 Caracterização dos grupos focais

Cada grupo focal, PSBP e PSBA, foi formado por cinco sujeitos, que foram enumerados de um a cinco para descrição de seus relatos. Assim sendo, os discursos dos participantes serão apresentados utilizando-se da sigla de pessoas que vivem com HIV/Aids e com a saúde bucal

precária (PSBP1, PSBP2, PSBP3, PSBP4 e PSBP5) para o grupo 1, e da sigla de pessoas que vivem com HIV/Aids e com a saúde bucal adequada (PSBA1, PSBA2, PSBA3, PSBA4 e PSBA5) para o grupo 2. Essa operacionalização, a partir de uma enumeração dos participantes, não pretendeu desmerecer o olhar para o sujeito e sua singularidade, mas sim, permitir com que os elementos do discurso de cada um possam ser analisados preservando o sigilo sobre sua identidade.

Grupo focal composto por pessoas que vivem com HIV/Aids e com a saúde bucal precária (PSBP) – Grupo 1

Na primeira data marcada do grupo composto por pessoas que vivem com HIV/Aids e com a saúde bucal precária (PSBP), dia 08/12/2015, o encontro não pode ser realizado devido à falta de pessoas suficientes para a realização da técnica do grupo focal (somente 1 pessoa compareceu). Na segunda data marcada (12/01/2016), foi realizado o primeiro encontro, no qual, apesar de 2 ausências (PSBP4 e PSBP5) e com o número mínimo de 3 pessoas (PSBP1, PSBP2 e PSBP3), o grupo focal foi realizado. Nessa data foi aplicado o TCLE e trabalhada a temática “o HIV e a saúde bucal”. Na terceira data marcada (03/02/2016), ocorreu o segundo encontro do Grupo focal, com a participação de 3 pessoas (PSBP1, PSBP2 e PSBP4) e 2 ausências (PSBP3 e PSBP5), e foi trabalhada a temática “a importância dos dentes e das gengivas”. Na quarta data marcada (22/02/2016), ocorreu o terceiro encontro do grupo, também com as mesmas 3 pessoas do terceiro encontro (PSBP1, PSBP2 e PSBP4) e 2 ausências (PSBP3 e PSBP5), onde finalmente foi trabalhada a temática “a higiene bucal no cotidiano”.

No decorrer dos encontros, surgiram outras temáticas importantes, a partir dos discursos dos sujeitos, tais como: a alimentação, a vivência com o HIV/Aids, a relação com os dentistas e a relação com outros profissionais de saúde, que também foram descritas, categorizadas e analisadas neste trabalho.

Grupo focal composto por pessoas que vivem com HIV/Aids e com a saúde bucal adequada (PSBA) – Grupo 2

Houve grande dificuldade na concretização dos encontros deste grupo, pois a sequência de três grupos focais só pode ser concluída após sete tentativas de datas marcadas. A primeira data marcada para o grupo focal composto por PSBA foi dia 09/12/2015 e teve de ser cancelado devido à falta de pessoas suficientes para a realização da técnica do grupo focal (2 pessoas compareceram – PSBA2 e PSBA4). Na segunda data marcada, em 13/01/2016, o primeiro encontro do grupo focal composto por PSBA ocorreu, mas com 4 pessoas (PSBA1, PSBA2,

PSBA3 e PSBA4) e 1 ausência somente (PSBA5). Nessa data foi feita a explicação geral da pesquisa, a aplicação do TCLE e trabalhada a temática: “o HIV e a saúde bucal”. Na terceira data marcada (04/02/2016) o grupo não ocorreu por falta de pessoas suficiente para a técnica do grupo focal (compareceram 2 pessoas somente – PSBA1 e PSBA2). Na quarta data marcada (23/02/2016), o grupo foi cancelado novamente, mas agora antecipadamente, a pedido dos membros do grupo, pois 3 participantes não poderiam comparecer nesse dia. Com isso, a data mais conveniente para 3 dos 5 participantes desse grupo era o dia 23/03/2016 (quinta data marcada), porém no dia marcado compareceu somente uma pessoa (PSBA3). O grupo foi então remarcado para o dia 06/04/2016 (sexta data marcada), sendo que nesse dia também foi cancelado, mais uma vez, devido a 3 ausências (compareceram 2 pessoas – PSBA1 e PSBA3). Em face desta dificuldade de comparecimento das pessoas aos encontros, acabamos por decidir que, na realização da sétima data marcada, seriam trabalhadas as duas temáticas restantes concomitantemente. Sendo assim, o último encontro do grupo focal composto por PSBA do dia 25/05/2016 foi realizado com três pessoas (PSBA2, PSBA3 e PSBA4), e duas ausências (PSBA1 e PSBA5), e foram trabalhadas as temáticas “a importância dos dentes e das gengivas” e “a higiene bucal no cotidiano” conjuntamente.

No decorrer dos dois encontros, assim como no Grupo 1, também surgiram outras temáticas importantes, a partir dos discursos dos sujeitos, tais como: a vivência com o HIV/Aids, a relação com os dentistas e a relação com outros profissionais de saúde, que da mesma forma descritas, categorizadas e analisadas neste trabalho.

Como o Quadro 2 ilustra a seguir, os encontros foram planejados para ter cinco sujeitos da pesquisa, mas, na prática, houve uma participação pouco regular dos sujeitos nas datas marcadas dos grupos focais, o que gerou lacunas na uniformidade na obtenção dos dados. No desenho original do projeto, prevíamos também a participação de membros de cada grupo em entrevistas individuais. Tanto o grupo formado de PSBP quanto o PSBA foram convidados a participar de uma entrevista individual, porém não houve interessados. Diante disso, optou-se por adotar outra estratégia, abordando novos participantes para participarem de entrevistas individuais, sendo realizada uma entrevista com PSBP e uma com PSBA, identificadas como PSBP6 e PSBA6. O conteúdo e análise dessas entrevistas serão abordados no item 6.2 do presente trabalho.

Quadro 2 - Quadro ilustrativo do número de participantes por data marcada nos grupos focais da pesquisa realizada no ambulatório de odontologia de um serviço de IST /Aids na região da Baixada Santista, 2016.

Grupo Focal	Grupo 1 PSBP*		Grupo 2 PSBA**	
Nº total de participantes	5		5	
1ª data marcada	Data	Nº de participantes	Data	Nº de participantes
	08/12/15	1 (cancelado)***	09/12/15	2 (cancelado)***
2ª data marcada	Data	Nº de participantes	Data	Nº de participantes
	12/01/16	3 (1º encontro)	13/01/16	4 (1º encontro)
3ª data marcada	Data	Nº de participantes	Data	Nº de participantes
	03/02/16	3 (2º encontro)	04/02/16	2 (cancelado)***
4ª data marcada	Data	Nº de participantes	Data	Nº de participantes
	22/02/16	3 (3º encontro)	23/02/16	2 (cancelado)***
5ª data marcada	Data	Nº de participantes	Data	Nº de participantes
	_____	_____	23/03/16	1 (cancelado)***
6ª data marcada	Data	Nº de participantes	Data	Nº de participantes
	_____	_____	06/04/16	2 (cancelado)***
7ª data marcada	Data	Nº de participantes	Data	Nº de participantes
	_____	_____	25/05/16	3 (2º encontro)

Legenda: * PSBP: Pessoas com Saúde Bucal Precária; ** PSBA: Pessoas com Saúde Bucal Adequada; ***Cancelado devido à falta de número de participantes suficientes para a realização da técnica de grupo focal.

6.1.2 Análise de conteúdo do tipo temática dos grupos focais realizados com pessoas que vivem com HIV/Aids e a saúde bucal precária (PSBP) e com pessoas que vivem com HIV/Aids e a saúde bucal adequada (PSBA)

Em relação aos grupos focais, foram construídos Núcleos estruturadores do discurso e Categorias Gerais de discurso dos sujeitos da pesquisa, no qual se buscou um processo de análise e comparação entre os diferentes grupos diante das temáticas trabalhadas. Nesse sentido, a análise dos dados também privilegiou uma comparação qualitativa entre os relatos dos grupos.

A seguir apresentamos o Quadro 3, que resume os Núcleos estruturadores do discurso e as Categorias Gerais de discurso dos sujeitos da pesquisa, pessoas que vivem com HIV/Aids e com a saúde bucal precária (PSBP) e pessoas que vivem com HIV/Aids e com a saúde bucal adequada (PSBA).

Quadro 3 - Núcleos estruturadores e categorias de análise dos discursos dos sujeitos da pesquisa dos grupos focais, pessoas que vivem com HIV/Aids e com a saúde bucal precária (PSBP) e pessoas que vivem com HIV/Aids e com a saúde bucal adequada (PSBA). Santos, 2016.

A - Núcleo estruturador do discurso - Concepção de saúde bucal	
Categorias gerais de discurso	A.1 - Relações estabelecidas quanto à saúde bucal
	A.2 - Relação entre saúde bucal e saúde geral
B - Núcleo estruturador do discurso - A saúde bucal e o HIV	
Categorias gerais de discurso	B.1 - Preocupações gerais/atuais quanto à saúde bucal
	B.2 – Preocupação subliminar constante com “infecções” e relação com o HIV
	B.3 - A vivência com o HIV/Aids
C - Núcleo estruturador do discurso - Relação com os profissionais de odontologia	
Categorias gerais de discurso	C.1 – O ponto de vista do participante da pesquisa
	C.2 – O ponto de vista do pesquisador

A - Núcleo estruturador do discurso - Concepção de saúde bucal

A.1 – Categoria Geral de discurso: Relações estabelecidas quanto à saúde bucal

Nas falas a seguir, são apresentadas concepções dos participantes sobre a importância e as ações adotadas quanto à higiene bucal e o autocuidado. Nessas falas os participantes do Grupo 1 (PSBP) expressam que a ideia de saúde bucal se relaciona com ações objetivas, como escovar os dentes, usar fio dental, usar antisséptico bucal, etc. Como comentam PSBP2 e PSBP1 a seguir:

“Saúde bucal para mim, eu vou falar o que eu faço, de me cuidar né? (...) Eu escovo os dentes... uso... fio dental. (...) E eu uso o antisséptico “bocal”. Escovação: escovo o céu da boca, escovo, né? Limpo a língua também, gengiva também, é o que eu faço.” (PSBP2)

“Uso o fio dental todos os dias né? Uso o “bocal” também né? Por causa da gengivite que estava muito séria, tava muito vermelha a gengivite. Aí comecei a usar o “bocal” que o doutor passou, a forma da escovação que ele ensinou também, girando “tal”, limpeza.” (PSBP1)

“(A escova de dente) Fundamental, essencial.” (PSBP1)

Também podemos observar que os participantes do Grupo 2 (PSBA) expressam a ideia de saúde bucal relacionando com ações objetivas.

“Tipo eu acordo, já escovo o dente. Eu escovo antes de tomar café. Que é um pouco ruim, porque daí eu não consigo comer. Porque às vezes eu até como uma fruta antes, porque se eu escovar o dente antes, parece que eu perco a fome. (...) Eu não sei... que nem hoje eu comi uma pera antes e depois que eu escovei o dente.(...)” (PSBA4)

“(...) Então de manhã, quando eu acordo, só escovo os dentes e costumo fazer bochecho com enxaguante bucal. É hábito né? Listerine. Ai uma hora eu tomo café, escovo os dentes novamente.” (PSBA2)

Miranda et al. (2000) assinalaram pontos importantes para a educação em saúde bucal, entre eles os programas preventivos, incluindo palestras, escovação dentária supervisionada, a adoção de hábitos alimentares adequados e a correta higiene bucal. São ações que, em nosso entendimento, são indispensáveis para a saúde bucal. Mas, para alcançarmos a sua integralidade, faltam-lhe considerar efetivamente os aspectos subjetivos das pessoas. Em decorrência disto, tanto o Grupo 1 quanto o Grupo 2 expressaram de imediato um entendimento

razoável de saúde bucal, porém sempre tecnicista, sem qualquer crítica ou reflexão, como podemos observar nas falas anteriores.

No entanto, no decorrer da pesquisa, aspectos subjetivos começaram a surgir, fruto da abertura ao diálogo que lhes foi dado. Existe uma demanda reprimida que, quando se dá a oportunidade, ela vem. Com isso, os participantes do grupo 1 (PSBP) não somente reconheceram a importância dos objetos usados para a limpeza, como escovas, pasta, antisséptico bucal, fio dental, mas foram além, dando significados e fazendo correlações, por exemplo.

“(A escova de dente) Ferramenta de trabalho. (...) É igual a uma vassoura numa casa.” (PSBP2)

“Ah o fio dental é uma ferramenta né! Porque tem lugar que a escova não alcança, e só o fio dental vai conseguir fazer o trabalho.” (PSBP2)

“Eu não acho tão fundamental (a pasta de dentes). Mas ela ajuda muito, ajuda bastante. Mas é, como eu falei, antigamente eu não tinha creme dental. Creme dental apareceu de uns, no máximo, de uns 100 anos pra cá.” (PSBP2)

“(...) (A pasta dental é) um hálito do dente”. (PSBP1)

“(O enxaguante bucal) Matar as bactérias né!”. (PSBP2)

“Muito flúor não faz mal? (...) ficar branquinho assim como faz o cloro? Pro dente? Pro estômago? Não faz? (...) Até pelo nome: flúor. Alguma importância ele tem. Tem que ter, porque tem na pasta (...). Então deve ser importante, importante mesmo né! (...)” (PSBP4)

Na mesma linha, os participantes do grupo 2 (PSBA) reconheceram a importância dos objetos usados para a limpeza, como escovas, pasta, antisséptico bucal, fio dental, entre outros, não só procurando usar esses insumos de forma adequada, como também dando significados a eles. Entretanto, diferentemente do grupo PSBP, cabe notar que os PSBA expressam de forma muito mais dramática uma preocupação com o processo de higienização, que em sua opinião deve ocorrer de forma intensa (às vezes excessivamente intensa) e contínua, como vemos a seguir:

“(A escova) limpar na frente, atrás e... na parte... É, na frente, atrás e em cima né? Porque no meio não vai entrar. No meio não tem jeito assim, só o fio né. É de tirar a parte mais grossa eu acho.” (PSBA4)

“Eu vejo como a escova de dente assim um instrumento, é com aquelas películas finas, que os dentistas falam que é adequado usar 30, porque você consegue dar um alcance mais no fundo, entrar mais naquela... entre o dente e a gengiva com alcance melhor ali. E ela mais pra limpeza superficial do dente assim né. Porque o que vai fazer uma limpeza mais minuciosa é o fio dental, que vai buscar lá dentro mesmo a sujeirinha. E ele tirando a sujeirinha lá entre os dentes, mesmo que é onde acredito, entre os dentes é onde cria-se mais a cárie, pode criar mais cárie, porque ali onde você não tem muito... não consegue chegar muito. Mas aí você passou o fio dental e limpou, sei lá, 70 – 80 %, a escova ela só vai complementar, tirar aquela sujeirinha que o fio não trouxe tudo pra fora. Você conseguir enxaguar, fazer um bochecho e jogar. Mas eu acho que ela é mais pra isso, tirar placa bacteriana, excesso de placa na língua, céu da boca, e puxar a sujeira mesmo, que você com o fio dental primeiramente fez, acho que é isso.” (PSBA3)

“Só que é assim, mesmo com o fio no meio, a parte de cima do dente, se não for escovada, bem escovada... é que o fio não passa. A gente geralmente nesses dentes de trás tem a cárie em cima né? Então eu acho que a escova ela tira a parte mais grossa, a sujeira que você vê, que você sente né? Porque passa a língua e você sente. Eu acho que é pra isso. Que a gente no bebezinho, a gente passa a fraldinha lá né.” (PSBA4)

“Eu sempre ouvi dizer que a pasta não é pra nada, que é só pra dar um cheirinho. Mas é impossível não usar, impossível. (...) Uh, nem pensar! Tem que espumar muito, se não nem parece que... mas tem que espumar, sentir aquela boca refrescante, não é? (...) Mas a espuma, acho se não tivesse... É que não aguento, mas se não tivesse... Se eu tiver falta da pasta, acho que passava sabonete líquido. Não o sabonete de barra, mas o sabonete líquido. Mas sem uma espuma (...)” (PSBA4)

“Existe uma falsa sensação que espumando muito a boca, a limpeza vai ser maior. Mas eu sempre achei que isso é um equívoco, que basta um pouco, porque é justamente assim, essa dança da escova que você faz na boca, essa limpeza que faz com a escova, que puxa a sujeira de cima pra baixo, é que vai limpar mais né. Mas também não precisa pegar uma escova “seca” e ficar passando.” (PSBA3)

“Sem falar que... Pode ser bem idiota, mas sem falar que de repente você passando a escova de dente a seco sem nada na boca, pode de repente agredir um pouco mais a gengiva. Se você passa a pasta de dente, ela desliza um pouquinho, fica mais macio. Então você dá aquela “ensaboada” nos dentes, e não agride acho que tanto a gengiva.” (PSBA3)

“(O enxaguante bucal) *Eu acho que é pra matar o resto das bactérias que ficaram... que a gente não escova a bochecha né. Não escova embaixo da língua. Então eu acho que seria mais por causa da gengiva. Mais por causa da mucosa, tudo. Além de que não é só aqui né? Porque na garganta eu tenho “cásio”. Eu acho que é “cásio” que fala né. Que tem na garganta aqueles “buraquinhos”, que fica “aborrecida”. Então tem que fazer gargarejo, tem que fazer com produto, porque se não fica aqueles resíduos na garganta. Se deixa lá dentro, não é aqui, não dá pra ir lá com a escova. E... eu acho que é pra isso.” (PSBA4)*

“(...) *quando você passa o fio dental, passa a escova que você tira uma grande porcentagem da sujeira mais grossa, aí com o enxaguante, assim com a água que se faz bochecho, mas ele tem... a química dele enfim, que é pra trabalhar um pouco. Não vai tirar todas as bactérias da boca, mas pelo menos uma grande quantidade, maior daquela que a escova e o fio dental não tirou. Porque ela só vai tirar a sujeira, acho que é pra matar um pouco mais as bactérias. E pra parte estética né? O pessoal usa pra deixar um gosto gostoso na boca, mas que é muito pouco, é passageiro. Mas acho que é pela questão de manter um pouco mais as bactérias que ficam. Porque bactéria, você acabou de escovar, já tem na boca, então você nunca vai tirar as bactérias da boca né? Mas acho que é pra isso, eu não tenho muito pra falar de enxaguante bucal.” (PSBA3)*

Diante das falas acima, cabe retomarmos os elementos do Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1986, que enfatiza a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando ela diretamente relacionada com as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso à terra e posse dela, acesso aos serviços de saúde e à informação (BRASIL, 1986). Com isto, podemos observar que a saúde bucal é dependente das condições socioeconômicas e culturais da população, como o acesso à informação, bens e serviços essenciais à sobrevivência.

Com isto, se tomarmos como base a caracterização dos sujeitos da pesquisa, podemos perceber que o nível de escolaridade dos pertencentes do Grupo 2 (PSBA) é superior ao do Grupo 1 (PSBP), sendo assim, podemos inferir maior probabilidade de preocupação e cuidado com a saúde bucal do Grupo 2 (PSBA). No entanto, essa maior preocupação nem sempre se traduz em maior saúde. Nota-se que, no grupo 2 (PSBA), essa maior preocupação com a saúde bucal culmina em um excesso de zelo, por vezes pernicioso, como podemos constatar nas seguintes falas:

“*Se eu deitar sem escovar, eu acordo no meio da noite para escovar.” (PSBA4)*

“(...) porque já começo a sentir que a boca tá grossa, começa a incomodar o gosto de comida na boca, aquele gosto já passado da comida, eu não gosto. (...) Nunca durmo sem escovar os dentes, porque na cama me sinto incomodado.” (PSBA3)

“(...) meus dentes são super fortes! Muito difícil eu ter cárie. Eu escovo do jeito bem errado, porque eu escovo muito forte e aí minha gengiva sobe. Tenho aquela mania de fazer do jeito errado né? Até agora eu tô pegando diferente na escova. Ao invés de pegar “assim” (mostrando o jeito que julga ser errado), eu tô pegando ao contrário, “assim”, pra ver se eu faço menos força. Mas não sei se mudou. Tô tentando mudar isso porque faço muita força e sobe. (...) porque a vontade é de limpar. Passar a língua e não ter sujeira né? Mas provavelmente deve estar errado, porque sobe tudo a minha gengiva e fica bem...né? Aparecendo às vezes até a raiz. Teve que colocar porcelana pra poder tampar.” (PSBA4)

“É a coisa mais difícil, é eu conseguir escovar o dente sem fazer força. Porque parece que só tá limpo depois que eu escovo muito, e eu demoro muito pra escovar. Isso é muito complicado pra mim.” (PSBA4)

“Eu escovo até... Sei lá, você passa e parece que está sujo, você quer passar mais a escova. Mania de escovar. Escovação que machuca.” (PSBA2)

Este excesso de preocupação com a saúde bucal do Grupo 2 (PSBA) pode ser traduzido como um efeito contrário da melhor condição socioeconômica, onde o melhor acesso à informação, por exemplo, gerou uma angústia adicional em relação às possíveis lesões e/ou infecções oportunistas que por ventura poderiam se desenvolver na cavidade bucal em função do HIV/Aids. O medo de ficar sabendo muito sobre o HIV/Aids pode ser observado na fala de PSBA4 a seguir:

“Porque como meu foi sempre é... A quantidade indetectável né? E eu não tive assim doenças por causa disso, então eu fiquei com medo de procurar muito e eu acabar ficando doente de tanto ficar pensando.” (PSBA4)

Ainda sobre os objetos utilizados para a saúde bucal, especificamente a respeito da importância do fio dental, os participantes do grupo 1 (PSBP), como PSBP2 e PSBP4, relataram que o utilizam apenas quando acham necessidade, como no caso de grandes porções de alimento preso entre os dentes, e não como rotina.

“(...) fio dental eu não uso direto, tipo assim, como eu tenho os dente muito separado, é mais quando eu como carne, alguma coisa assim, ou pipoca. Aquelas coisas que entram no vão. Aí tem que ser só dessa forma pra tá saindo” (PSBP2)

“(...) todo o dia fio dental. Todo o dia, todo o dia, todo o dia. Porque os meus dentes são muito juntinhos né? Então qualquer comida que eu como fica aquele acúmulo de carne, “comidas” aqui. Aí pode agravar numa grande inflamação que eu já tive uma grande inflamação nos dentes né?”(PSBP1)

“Bom, eu uso mais assim fio dental quando eu como carne. Quando eu como carne é difícil, porque os meus dentes já são um pouco separados, mas quando eu como carne é inevitável! Tem que usar “mermo”! não tem como, porque até incomoda!” (PSBP2)

“Então, Doutor, eu uso fio dental todo o dia né! Porque fica acúmulo de comida no dente. Os meus dentes são muito juntos, então eu uso o fio dental todo o dia, diariamente.”(PSBP1)

Ainda assim PSBP4 demonstra resistência ao uso do fio dental. Após relatar acima que somente usa o fio dental quando sente algo entre os dentes, em contrapartida, esclarece que, na verdade, não usa porque não sabe usar.

“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! (inaudível). 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 tenho meus “dentão” assim coisa né? Tenho um pouquinho só aqui na frente. Não é tão assim né? (...) Ficava assim machucado. Aí machucava aqui. Aí eu falava: Ah eu não vou usar mais isso não. Aí machucou, cortou né! Aí eu uso palito, ate sair, agora sai. Mas é assim mesmo, até sair o que está me machucando. Aí eu pego a escova, pura mesmo, pra ver se tira, passo assim, uma hora sai, uma hora sai. 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! Mas eu não... tá bom.” (PSBP4)

“Olha, eu não uso. Pra falar a verdade eu nem sei usar! Eu sou mesmo de falar. Eu tenho, não, eu tinha, nem tenho mais. (...) Mas não sei usar mesmo! Se eu falar que sei usar eu estou mentindo! Não sei usar! Não sei usar! Tenho 57 anos, vou fazer 58 anos. Vergonha, eu não sei usar! (risos).” (PSBP4)

Tal relato de PSBP4 pode nos indicar lapsos na transmissão da informação necessária, não apenas no sentido de que o paciente não recebeu informações (ou não conseguiu adotar o comportamento esperado) sobre como usar o fio dental, mas também na impossibilidade de que essa dificuldade tenha sido identificada pelo profissional e que o mesmo, sensibilizado para essa questão, pudesse investir em ações que promovessem o cuidado bucal. Nesses casos, a falta de informação traz consequências óbvias para a saúde bucal do paciente, mas há que se pensar que aquilo que chamamos de “informação/orientação” invoca uma ação mais complexa que envolve uma escuta singular do sujeito e suas demandas singulares, para além do que estamos acostumados a observar na prática.

Em contrapartida os participantes do Grupo 2 (PSBA), demonstraram um maior interesse, denotando-se uma maior importância do fio dental, apesar de não o usarem como rotina. Isto pode nos sugerir, diferentemente do Grupo 1, um maior acesso e uma maior assimilação das informações recebidas em relação à saúde bucal.

“Para tirar mesmo. Para fazer uma limpeza mais minuciosa. É o que tira onde a escova não vai.” (PSBA4)

“O fio dental tem que entrar meio que na gengiva né, pra limpar. Pra poder tirar toda a ‘sujeirinha’ (...).” (PSBA4)

“Parece que é automático, você se troca, você se arruma pra sair, você acaba escovando o dente e passando o fio. E como eu tô ficando muito em casa, eu escovo o dente e não passo o fio dental. E falta, porque eu sinto que falta, porque parece que não limpa direito. Eu acho que por isso eu fico mais na escova. Acho que se eu passasse o fio dental igual eu passava antes, eu não ficava tão escovando os dentes.” (PSBA4)

“Mas eu tenho esquecido, que é uma coisa que é ruim. Eu sinto que é ruim. Às vezes eu tenho colocado o fio dental em cima da... Perto da escova em cima da pia, pra eu lembrar, porque se não eu esqueço.” (PSBA4)

“Só que é interessante, eu acho que quem tem os dentes mais juntos, que é o seu caso, talvez não perceba tanto a importância do fio dental, mas pra quem tem os dentes mais abertos como eu...” (PSBA3)

Outro aspecto interessante foi o fato de que os sujeitos do Grupo 1 (PSBP) relataram que recorrem (ou já recorreram no passado) a outras estratégias como o uso de palito de dentes, esponjas naturais improvisadas, papel, linha, pasta com carvão ou bicarbonato, entre outros.

Isto denota que apesar de algumas privações, estes sujeitos reconhecem a importância da saúde bucal, mesmo que esta seja cuidada de uma forma alternativa.

“Ah sim, eu uso palito! Ao invés de usar fio dental eu uso palito. Ai eu uso palito depois ai todo mundo sabe, eu escovo pra ver se sai. (...) Eu uso palito. Palito eu uso muito. Depois eu vou lá e escovo. Se eu ver que não tirou ainda, eu vou lá e escovo” (PSBP4)

“Meu na Bahia, eu sou da Bahia né! A gente, se a comida não tem condições de uma escova, a gente escovava o dente com bucha, esponja, aquelas bucha que a gente tinha lá. Ah, qual é o nome mesmo... aquela... aquela... bucha, bucha. Pegava na árvore! Então escovava, a gente escovava. Se não tinha pasta, a gente colocava, escovava com carvão, nossa! Mas tinha que escovar o dente.” (PSBP4)

“Eu nem sabia que existia fio dental! Só depois dos “pita” que existia isso (risos). Fui saber “mermo”... A pessoa fala eu não sei usar esse negócio. Eu tento, eu tento (...) Ai eu comecei a fazer fio com aqueles papel (...) Eu tô falando a você até carvão, às vezes a gente não tinha pasta, a gente usava carvão, era bicarbonato, essas coisa assim. Até hoje eu uso, isso ai até hoje eu uso, o bicarbonato.” (PSBP4)

“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! Mas eu não... tá bom.” (PSBP4)

Da mesma forma, o Grupo 2 (PSBA), também relata sobre experiências não convencionais de higiene bucal mas, diferentemente do grupo 1 (PSBP), discorrem somente sobre experiências de terceiros, nunca pessoais. O Grupo acha interessante estas formas alternativas de cuidado com a saúde bucal, mas provavelmente por terem melhor acesso aos bens de consumo e às informações sobre saúde bucal, além de maior escolaridade, não precisaram recorrer a elas.

“Minha mãe já escovou o dente com carvão.” (PSBA4)

“(...) Parece que as primeiras escovas foi com pelo de porco, eu já ouvi falar isso. Deus me livre, já pensou?” (PSBA4)

“Tem gente que escova com o dedo! (risos)” (PSBA3)

“Sabe que uma vez eu vi uma entrevista na Discovery, uma matéria do pessoal do deserto, acho que era deserto, um lugar que não tinha acesso a nada. E eles, com uma escova de dente, acho

que é a pasta de dente não sei, eles pegavam areia. Mas é areia mais grossa, que nem areia da praia do Guarujá, que é mais grossa. Eles colocavam na escova e limpavam, faziam uma espécie de higiene porque... depois eles fazem um bochecho e acabou.” (PSBA3)

“A Bela, filha do Gilberto Gil, ela não escova o dente com pasta, ela escova com cúrcuma né? Que é um pozinho. Mas eu nem tentei. E tem gente que passa, passa bicarbonato. Acho que deve passar até açúcar, sei lá.” (PSBA4)

Algumas falas do Grupo 1 (PSBP) trazem o reconhecimento de que não há tanta preocupação com o cuidado com a saúde bucal, atualmente ou no passado.

“Eu sou mais preguiçoso, só usando a escova mesmo!” (PSBP3)

“(...) eu tinha os dentes, mal cuidado né! (...) eu tinha ‘praca’ que fala né! (...) Tártaro. Nossa! Era enorme, era horrível! Quando falava pertinho de mim, que era pra falar com alguém, eu sentia que saía. Muita gente falava que não. Mas vários eu sentia que... e aquilo me afetou muito.” (PSBP4)

“Eu fui muito injusto com meus dentes. Agora que eu tô correndo atrás.” (PSBP2)

Porém, esse mesmo Grupo 1 (PSBP) foi explícito em reconhecer a importância do cuidado e da saúde bucal, como vemos a seguir:

“(...) é você fazer uma escovação direitinho né! Tirar o... As bactérias que tem no dente, não fazer uma limpeza geral no dente, e ai aquilo vai criando bact... vai criando bactérias no seu dente né!” (PSBP1)

“Falta de higienização, falta de limpeza. Onde você não fazer uma boa limpeza nos seus dentes, ai aquilo vai acumulando, e vai criando placas, e vai virando cáries nos dentes né!” (PSBP1)

“É igual um quarto. Se você deixar um quarto sem assim, não fazer nada, vai criar mofo, vai ficar um monte de coisa...” (PSBP2)

Por outro lado, comparando as falas dos grupos, o Grupo 2 (PSBA) apresentou um maior reconhecimento da importância da saúde bucal. Em algumas situações, esse grupo (PSBA) traçou comparações metafóricas interessantes, revelando uma relação estabelecida entre o cuidado bucal e o cuidado com a aparência (como se apresentam ao outro). Vemos nas falas de PSBA4 uma comparação entre o cuidado com o cabelo e o cuidado com a saúde bucal de

mulheres que frequentavam o salão de beleza em que trabalhava. Nessa comparação PSBA4 nos revela uma valorização da saúde bucal, que os outros presentes no grupo concordaram.

“As pessoas vão ao salão, gastam 1000 reais e não vai no dentista. (...) Porque eu vejo isso. Eu vejo as mulheres grávidas deixarem... como eu trabalhei com cabelo, trabalhei na “unieleven”, a mulherada deixa de comer, deixa de comprar as coisas pro filho, pra fazer uma progressiva, pra gastar todo mês um monte de dinheiro no cabelereiro. (...) E às vezes você olha... Ai você olha os dentes... Porque a pessoa não arruma os dentes! (...)” (PSBA4)

Os participantes do Grupo 1 referiram que a preocupação com a saúde bucal não é algo recente, mas sempre houve na história da civilização, embora ocorresse de forma diferente do que se preconiza atualmente.

“É, você tinha uma manutenção! Tinha que... tem lugares ai que antigamente não tinha escova de dente. (...) assisti esse fim de semana que antigamente as pessoas tinham os dentes tão bons que os de agora. O pessoal da época dos romanos lá. Eles tinham, faziam uma manutenção legal, e tinham... a alimentação deles era melhor que a nossa. Era mais rica do que a nossa. Uma pesquisa fizeram... e não tinha escova de dente, mas tinha manutenção né! (PSBP2) (sobre a importância do autocuidado em saúde bucal).

“É, dava-se um jeito né! Mas dava-se um jeito mesmo não tendo. As pessoas davam um jeitinho de fazer a manutenção e isso tudo é importante.” (PSBP2)

Em algumas situações, os participantes do Grupo 1 relataram que deixam de adotar a ação conforme foi orientada em função da falta de produto, como relata PSBP2, a seguir:

“(...) escovação, eu escovo no mínimo 2 vezes ao dia, no mínimo 2 vezes. Passo a escova na língua, no céu da boca, gengiva, aqui dos lados, aqui... da parte também. E Listerine também né. Antisséptico “bocal”. Não tô usando agora, porque o meu acabou, mas sempre que tenho eu uso. É inevitável. É hábito.”(PSBP2)

PSBP4 e PSBA4 fazem uma interessante relação entre a necessidade de higiene bucal e a condição de “estar dormindo” ou estar com a “boca parada”. Nesse sentido, entendem que há maior necessidade de escovação antes de dormir, pois quando a boca “fica parada” há maior chance de problemas. A entrevistada PSBA4 ainda faz uma relação com o mau hálito, para indicar essa relação. Para esses entrevistados, as ações do dia, quando acordados, dão uma sensação de que a boca está mais limpa do que durante a noite.

“No dormir, a gente come, dai a gente vai dormir, a boca fica parada. Durante o dia pelo menos cê tá ali mastigando, ai cê pode ali escovar, fazer um bochecho. E dormir não consigo mais fazer nada disso. Acho que o dormir. De manhã é importante, mas dormir também é mais importante, acho que é mais importante. Eu acho que dormir, o dormir fica com a boca sem movimentar nada. Durante o dia você tá ali movimentando também, tá tomando água pra mim é antes de dormir. A escovação é de dormir. Porque você vai escovar, você vai dormir e fica ai parado. E você escovando de manhã cedo, quando você acorda, você faz bochecho. E dormindo você não faz nada disso! Você toma água! E aquilo sabe? Pra mim acho que é o dormir, antes de dormir.” (PSBP4)

“Fica parado a noite inteira! Só de ficar parado... mau hálito, normal. Às vezes não é mau hálito de cárie. É mau hálito de você não... Cheiro de boca mesmo, cheiro de dormido. Eu acho que é porque fica as bactérias todas lá. Porque se existe bactéria sempre, eu acho que elas proliferam quando está mais parado né, eu acho. Que não tem saliva, que a gente tá engolindo, dá uma impressão de que está saindo um pouco né. E a gente não engole, fica parado na boca né? Mas depois que a gente toma café, parece que já limpou um pouco assim, aquela sensação da manhã. É assim, aquela sensação de que você acordou e não escovou” (PSBA4)

PSBP4 faz duas interessantes referências sobre o cuidado com a saúde bucal. A primeira no que concerne a própria natureza do ser humano em fazer a higiene bucal pela manhã. Em contraponto, logo em seguida a própria PSBP4 faz menção de que este ato não passa de uma “obrigatoriedade”, uma “imposição”, o que talvez nos remeta a uma imposição social ou até mesmo dos profissionais de saúde.

“(...) Já não é do ser humano acordar já ir escová os dente?” (PSBP4)

“Mas eu acho que é obrigação de todos né! Só se não tiver escova nem pasta. Porque se a pessoa tiver condição, morar na rua, não tiver escova nem pasta.” (PSBP4)

Percebe-se nas falas de PSBP4 e PSBP2 o desconhecimento de que o hábito de ficar um longo período sem realizar a higiene bucal após as refeições, principalmente as refeições que contém açúcar, é pernicioso à saúde bucal.

“Muito tempo depois. Só (escovo) quando eu vou dormir mesmo.” (PSBP4)

“É normal chupar uma bala de banana que adoro, de hortelã (...) Criação né? Eu fui criada com doce então parece umas “formiguinha” né!(...)” (PSBP4)

“Eu espero um tempo depois. Porque eu não sei se é certo ou errado, porque eu tenho... Eu gosto de sentir o gosto da comida na boca, de sentir ela. Porque eu já... Não sei se outras pessoas são assim. Eu já sei mesmo de comer e logo em seguida já escovar os dentes. Então daqui a algum tempo eu já tava com fome de novo! Não sei se é coisa da minha cabeça. Então eu me alimento, deixo, fico lá sentindo o gosto da... da comida na minha boca. (...) mas a impressão que eu tenho é que me deixa um pouquinho mais tranquilo e aí paro e penso. E depois eu pego e escovo. (...) Com doce principalmente! (...)” (PSBP2)

Já no Grupo 2 aparece a ideia de realização da higiene bucal em um curto período após as refeições, mas o motivo para isso seria um incômodo pessoal e não pela necessidade de higienização em si, como relata PSBA3:

“Mas nunca fiquei mais que uma hora, porque já começo a sentir que a boca tá grossa, começa a incomodar o gosto de comida na boca, aquele gosto já passado da comida, eu não gosto. É, mas não mais que uma hora, geralmente uns 40 minutos.” (PSBA3)

Ainda em relação à saúde bucal, agora mais especificamente sobre os dentes, os participantes do Grupo 1 (PSBP) fizeram boas correlações. Mencionaram que o cuidado dos dentes leva desde a uma boa mastigação até a uma boa dicção e estética.

“(...) ah, a função (do dente) é mastigar melhor né!” (PSBP4)

“O dente tem algumas funções né! Os molares eu acho... Eu não sei o nome deles. Os de trás, eles são pra triturar os alimentos. Os caninos são para cortar o alimento.” (PSBP2)

“Uma boa dicção e estética.” (PSBP2)

“(...) sem os dentes você não pode comer nada né!” (PSBP4)

Estas correlações de saúde bucal com estética, alimentação e dicção também ocorreram no Grupo 2, porém reforçada com a ideia de autoimagem e autoestima da pessoa, preservação da identidade própria e social.

“(...) (Os dentes) Eu acho que é uma das coisas principais. Pode ser careca, mas não pode ser banguelo! (risos)” (PSBA4)

“Se você não enxerga você ainda sobrevive melhor do que sem dentes né? Porque eu acho você comer, porque a gente é o que a gente come né!” (PSBA4)

“O se comunicar também. Que nem você falou a estética, a autoestima. Porque uma pessoa também sem dentes ela vai passar a perder a identidade, ela não é ninguém. (...) Não namora, não casa, não trabalha, não tem vida social. Eu acho que tudo é muito importante, a saúde...” (PSBA3)

“Cartão de visita né? (...)” (PSBA2)

“É como eu falei, é uma das coisa mais importantes. Tanto pra estética né? Quando você olha pra uma pessoa com os dentes bons, não precisa ser lindo, mas já “tando” bem tratado, já dá uma outra visão pra pessoa né? Lado profissional, tudo. Porque o pessoal fala que o cabelo é a moldura do rosto né. Mas acho que o dente é muito, muito importante. E a parte emocional, porque se não a pessoa não consegue se alimentar... eu acho importantíssimo pra saúde, pra tudo.” (PSBA4)

Porém, no decorrer dos encontros surgiram algumas referências no Grupo 1 (PSBP) sobre uma falta anterior quanto ao cuidado em saúde bucal, na qual o sujeito parece lidar com a mesma de forma depreciativa ou pouco importante, como foi mencionado na introdução desta pesquisa. Nesse sentido, a fala de PSBP4, a seguir, ilustra, mais uma vez, uma condição bastante precária anterior ao tratamento odontológico.

“Quando eu comecei a fazer o tratamento nos dente... Eu mesmo arrancava, era horrível! Quase fiquei sem dente... Nossa era inchado... Inchado. (...) Ai eu mesmo tirava, pegava, e ai tirava. Ai eu não sabia e falei: Nossa! (...)” (PSBP4)

Interessante observar, logo a seguir, que PSBP4 aponta a importância da gengiva somente após a extração dentária – provavelmente sobre a qualidade do rebordo alveolar para colocação de próteses – indicando que a extração dentária e a depreciação do cuidado têm consequências importantes para a saúde bucal:

“Porque se eu arrancar um dente, e ele não nasce de novo ela murcha. Então ... ela murcha, e o dente vai embora, acabou, já era. A gengiva fica” (PSBP4)

Em contrapartida, no Grupo 2 (PSBA), aparece a característica da valorização da saúde bucal como algo cultural e que se constrói na forma de um ato educativo, como PSBA3 e PSBA4 nos revelam em suas falas:

“Mas acho que isso é novo que as pessoa pensam. Porque antigamente o pessoal arrancava tantos dentes né! Qualquer coisinha... arrancava dente. (...) Eu conheço uma pessoa, que era moda usar dentadura. E arrancou os dentes para colocar dentadura. Dente bom! Então a

... pessoa não tinha noção, acho que antigamente. (...) Eu sei, mas era moda. Hoje não, hoje a gente tem esses negócios de “faceta”, pra arrumar, pra ficar bonito. Eu acho que as pessoas dão mais valor. (...) É, de educação! Porque as pessoas não falavam sobre isso, não davam valor né?” (PSBA4)

“É porque nem se pensava muito nisso né? O tratamento não era tão eficaz quanto hoje. Pesquisas né? Muita coisa na saúde. (...) É, e medo de sentir dor né? Eu vou colocar tudo dentadura que ai não vai ter erro. (...) Eu acho que é cultura e acho que é educação mesmo. Acho que é questão de educação mesmo.” (PSBA3)

Os participantes do Grupo 1 (PSBP) apresentaram ainda em suas falas uma boa noção sobre os elementos objetivos, como partes da boca, e ações que compõem o cuidado em saúde bucal, suas respectivas importâncias e possíveis danos pela falta de cuidado.

“A gengiva, é a raiz, é o nervo. A gengiva é nervo, não é? Então sustenta os dente né? Ele vai ali e corta a raiz e segura né! Sem a gengiva o dente não firma né! É isso? Eu acho que não sei. (risos). Eu não sei (risos).” (PSBP4)

“Onde tá a sustentação do dente?” (PSBP1, falando sobre a gengiva).

“Eu acho que ela (a gengiva) é formada de... Eu não sei, eu acho né, de músculo e de nervo, alguma coisa assim, pra poder sustentar o dente. Porque se a gente né, se ela tiver algum problema de alguma coisa assim, ela fica mole. E ela ficando mole ela não vai sustentar o dente. Ela não vai conseguir segurar a raiz né. Então com isso o dente vai ficar mole, e ele vai cair. Não consegue comer, essas coisas todas né. Eu acho que é isso. Deve ser alguma forma de músculo, de nervo, alguma coisa assim. É maleável. Mas o certo não é ser maleável. Ela ser rígida, pra poder segurar nossa arcada dentária. Mas eu acho que é isso... eu acho.” (PSBP2)

“Eu acho que é o sustento dos dente! Se você tem a gengiva sadia, você tem o dente sadio. (...)” (PSBP4)

“Acho que é doce né! Comer muito doce. Então vai comer... é um tipo de ‘bacterinha’ que vai comendo o dente. (...) Mas eu acho que é evitando você de comer doce, é você não fazer... é você fazer uma escovação direitinho né! Tirar as bactérias que tem no dente, não fazer uma limpeza geral no dente, e ai aquilo vai criando bact... vai criando bactérias no seu dente né!” (PSBP1)

“Falta de higienização, falta de limpeza. Onde você não fazer uma boa limpeza nos seus dentes, ai aquilo vai acumulando, e vai criando placas, e vai virando cáries nos dentes né!” (PSBP1)

“(a boca) é igual um quarto. Se você deixar um quarto sem assim, não fazer nada, vai criar mofo, vai ficar um monte de coisa...” (PSBP2)

“(A gengivite) É uma doença da gengiva. Da própria gengiva né. Uma inflamação da gengiva. (...) Que sangra, é isso. E pode ocasionar de você perder seu dente, por causa da gengivite. Então você tem que fazer uma alimenta... Uma limpeza diária nela.” (PSBP1)

“Eu acho que (gengivite) é hereditária. Porque todo mundo na minha família todo mundo tem. Gengivite. Todo mundo tem. Minha tia, minha irmã, todo mundo. Então vem a fase hereditária e sem um cuidado, uma limpeza, sem uma higienização, sem você se preocupar com uma limpeza do dente, aquilo vai se multiplicando, vai virando cárie, vai virando... uma pura bactéria a tua boca. Então... o meu eu já sei que é genético já. Já vem de família já. O meu já vem de família.” (PSBP1)

Da mesma forma, os participantes do Grupo 2 (PSBA) apresentaram em suas falas uma noção relevante sobre esses elementos que compõem a saúde bucal, também com suas respectivas importâncias e possíveis danos pela falta de cuidado.

“Porque se a gengiva tá doente, tá suja, automaticamente o dente vai ficar sujo, o dente também vai ficar enfim... Então eu acho que é tudo um conjunto todo né? Estão muito juntos, os dentes. Enfim, a gengiva protege o dente ali, então se o dente tá ruim então certamente a gengiva também vai estar afetada também, e o resto também” (PSBA3)

“(...) (a cárie) na televisão a gente vê que é um bichinho né? Que come! Igual a acne, que também é uma bactéria, um bichinho que entra no “poro”. Eu acho que o dente deve ser poroso. Será que o dente é poroso? Porque tem o esmalte né. O esmalte fecha, não sei se o dente é poroso. Eu sei que quando resseca, ele fica de outra cor. É, cárie deve ser um bichinho que come a...como é que fala mesmo? O brilho do dente... o esmalte do dente! Ai comeu o esmalte ele consegue entrar mais fácil. Porque eu acho que o dente é meio mole né, não? (...) Porque acho que é duro por dentro, ou por fora, e por dentro eu acho que ele é um pouco mole. Porque eu lembro que quando minha filha era pequena, ela ficava com “carizinha”, parece que esfarelava. Eu acho, não tenho certeza.” (PSBA4)

“A gente tem bactérias nas nossas mucosas assim, acredito que quando a gente come algo que fica mesmo, acredito quando esteja comendo ainda, ou mesmo que você termine de comer, você para de fazer a mastigação, essas bactérias, que não são bactérias saudáveis acredito eu, elas começam a entrar em ação, e acho talvez esse resíduo de alimento que a gente tem na boca, não sei. E isso, como o dente tá impregnado, e acredito que ele seja uma fibra, elas vão infiltrando e se corroendo, e formando uma cratera, um buraco, “um buraquinho”, e vai infiltrando e indo até a raiz do dente assim. (...)” (PSBA3)

“Dizem que remédio enfraquece os dentes, que dá cárie né. Porque mulher grávida tem mais tendência de ter cárie, de ter dor de dente. E a pessoa quando tá doente né.” (PSBA4)

“(...) eu sei que a minha mãe ela teve uma doença na gengiva, que ela ficava inflamada, e ela perdeu os dentes por causa disso. Ficava mole, eu não sei o nome. E aí o dentista quando fez o tratamento, ele sempre falou que era pra sempre ver a placa, tártaro, essas coisa. Porque ele pode vir a ter se você tiver, não fizer uma higiene correta, é porque onde segura os dentes né! E aí ela perdeu não foi por causa do dente, foi por causa da gengiva né. Então eu sei que tem bastante doenças que... que dá na gengiva né, a afta...” (PSBA4)

“Gengivite acho que é isso mesmo, a gente pegar uma bactéria. Que já vi gente que tem a gengiva inchada por cima do dente né, bem vermelha. (...) deve ser horrível. A minha filha teve, o que sai umas “bolinhas”, até fica na língua, uma doença que pega assim na gengiva toda, todinha. Ela não conseguia nem falar. Ela era pequenininha, tinha uns seis aninhos.(...)” (PSBA4)

“Acho que gengivite é assim, pra quem não conhece, você pode ter um tártaro. Uma gengivite você causa sujidade que ajunta ali rente aos dentes, na região avermelhada. Acho que, pra quem não entende, pode se confundir uma cárie ou um tártaro, ou uma gengivite. Você não sabe até que ponto dá pra saber qual é uma das três? Você sente uma dorzinha bem na raiz, não na raiz não, próximo da gengiva, e você fala: será que é uma gengivite? Ou sai um pouco de sangue quando escova os dentes, e passa o fio dental sente aquela pequena ‘dorzinha’ na gengiva. Eu praticamente não sei se é uma gengivite, se é um tártaro, se é uma ‘carizinha’ que tá lá no comecinho do dente. Então, mas acredito que a gengivite seja isso, uma inflamação da gengiva causada... Porque uma doença bucal... Qual motivo aparece a gengivite? Porque a grosso modo, pra que não entende se é uma inflamação, a gente acha que é algo externo que se agrediu, uma escova de dente pode ter inflamado e machucou. Mas eu acredito que seja algo mais interno mesmo. Que venha da gengiva, do sistema imunológico, não sei. Que isso afete a

sensibilidade da gengiva, e ao escovar, e assim desse atrito da escova com o dente, pra gengiva ali também possa desencadear isso, a gengivite. Não sei...” (PSBA3)

Além disso, as falas de PSBA2 e PSBA4 ressaltam uma ideia de “hábito” como uma ação objetiva automática que se insere no seu cotidiano. Quanto a esse aspecto, muitos pesquisadores entendem que a constituição de um “hábito” torna-se um elemento favorável para a manutenção do comportamento desejado. Importante ressaltar que, para a construção de hábitos adequados, ou seja, a construção de ações de prevenção que, de fato, tem incidência na vida dos sujeitos, a ponto de se tornarem um “hábito”, a educação em saúde tem um papel fundamental.

A educação em saúde poderá possibilitar ao usuário a mudança de hábitos de saúde, apoiando-o na conquista de sua autonomia, constituindo-se de ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e proteção à saúde bucal (BRASIL, 2004). De acordo com Miranda et al. (2000), a educação em saúde é um processo que deve ser não somente individual, mas também coletivo, com vistas à promoção de informações e motivação de hábitos que mantenham a saúde e previnam as doenças. Assim sendo, Veras et al. (2003), explica que a educação em saúde, visando capacitar indivíduos e/ou grupos para assumir e melhorar suas condições de vida, deve ser exercitativa, condição para aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências. Com isto, a atuação da educação em saúde, no que concerne ao hábito, não será somente na sua mudança ou construção, mas também reforçando a manutenção de hábitos positivos de saúde, mantendo-se e/ou elevando-se o nível de saúde da população.

“(...) Então de manhã, quando eu acordo, só escovo os dentes e costumo fazer bochecho com enxaguante bucal. É hábito né? Listerine. Ai uma hora eu tomo café, escovo os dentes novamente.”(PSBA2)

“Eu usei mais fio dental do que agora já. Eu não tô usando todos os dias. Eu acho engraçado né, porque quando eu trabalhava, que a gente é... Parece que é automático, você se troca, você se arruma pra sair, você acaba escovando o dente e passando o fio. E como eu tô ficando muito em casa, eu escovo o dente e não passo o fio dental. E falta, porque eu sinto que falta, porque parece que não limpa direito. Eu acho que por isso eu fico mais na escova. Acho que se eu passasse o fio dental igual eu passava antes, eu não ficava tão escovando os dentes.” (PSBA4)

Comparando as falas dos dois grupos, vemos que o Grupo 2 apresenta noções mais completas sobre as questões que envolvem o processo de cuidado em saúde bucal. Entretanto é

importante ressaltar que o Grupo 1, embora traga noções um pouco mais simples ou primitivas, parece ter conhecimento básico sobre o que é saúde bucal e as consequências da falta de cuidado nessa área. Tal observação nos remete, novamente, a uma reflexão quanto aos efeitos efetivos do acesso à informação, quando a mesma 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. Esse aspecto relaciona-se diretamente à nossa questão de pesquisa, pois a proposta surgiu a partir de uma contradição, na qual o profissional de odontologia observa que ele, muitas vezes, oferece as informações necessárias (e às vezes oferece até os insumos necessários para o cuidado bucal), mas os pacientes nem sempre correspondem adotando o comportamento esperado. Diante disso, o presente trabalho, se propõe a investigar, não apenas o que o paciente sabe (ou foi informado) sobre a saúde e o cuidado bucal, mas também quais suas concepções, seus pontos de vista, diante dessa ação em saúde, descobrindo os elementos que interferem e que fazem com que haja uma lacuna entre o que o profissional de odontologia diz e o que o paciente faz efetivamente.

Por isso, em concordância com Ayres (2001), é preciso enriquecer a concepção de intervenção, na perspectiva da abertura linguística e da diversidade de saberes, para justificar os diálogos no âmbito da saúde. Não se trata apenas da busca por um êxito técnico, mas um sucesso prático mais abrangente que subjetiva o sujeito, observando-o como algo mais rico que o objeto de uma ação técnica. Um sucesso prático que seja ao mesmo tempo técnico e afetivo.

A.2 – Categoria Geral de discurso: Relação entre saúde bucal e saúde geral

Foi possível observar que, nas falas, os participantes do Grupo 1 (PSBP) foram unânimes em relacionar a saúde bucal com a saúde geral, apontando que a falta de saúde bucal prejudica a saúde geral (uma influencia a outra), principalmente no que se refere à alimentação. Os discursos dos participantes revelaram que, em seu ponto de vista, há uma conexão relevante entre boa saúde bucal que leva a uma boa alimentação que, por sua vez, leva a um corpo saudável. A preocupação com o “corpo saudável” se relaciona com a busca de evitar “infecções”, sendo que, indiretamente (em alguns casos) ou diretamente (em outros), há uma preocupação subjacente com a infecção pelo HIV. Foi possível também observar referências de

que manifestações bucais poderiam ter interferência no funcionamento corporal geral, bem como em doenças sistêmicas do corpo:

“Um ‘aspecto’ pela boca pode aparecer. Não é?” (PSBP3)

“O dente mexe com o corpo todo né? Mexe com o organismo todo, não é isso? Se tiver infeccionado afeta outras partes do corpo né? Não é isso?” (PSBP4)

“O dente bem cuidado é tudo na nossa harmonia. É tudo pra nós. Pra tudo. Pra tudo. É uma função que... Pra tudo. Afeta, já falei e torno a repetir, afeta o organismo todinho do ser humano. Os dentes, mal cuidado né! Eu sinto que passei por isso (...)” (PSBP4)

“Porque se tirar um ‘dentinho’ estragado, você passa a ter dor de cabeça, você vê a gengivite, aparece um monte de doenças né! Até o HIV pode também afetar né! Muito né! O cuidar assim com o HIV, não é isso? Afeta muito também, não é?” (PSBP4)

“Eu fiz um tratamento, puxei um tratamento muito, muito... Eu tinha aquelas ‘praca’. (...) eu acho que ali também onde afetou também o meu HIV.” (PSBP4)

PSBP4 faz uma interessante referência sobre a pouca compreensão das pessoas sobre seus próprios corpos, inclusive as bem informadas ou socioeconomicamente privilegiadas:

“O corpo da gente, muita gente metida a besta tudo aquilo, mas do nosso corpo compreende é pouco. Nós temos o pior...” (PSBP4)

O Grupo 2 (PSBA) também fez esta analogia entre a saúde bucal e a saúde geral, da influencia de uma sobre a outra, porém, observou-se um maior destaque e veemência dessa questão para este grupo.

“A gente ouve às vezes falar da mastigação, que ela... Da importância dos dentes. Ela influencia muitas coisas assim que às vezes a gente nunca imagina. Uma dor de cabeça que às vezes vem a sentir pode estar relacionado a uma doença bucal, dos dentes, do desalinhamento de repente. Ou uma falta de dente que de repente possa ser... Que isso venha a causar. Então possa ser que isso desencadeie uma... Outras doenças que você nem imagina que... Que possa dar um dente doente na boca.” (PSBA3)

“Ah, eu acredito assim, bem como leigo, além de uma boa higiene bucal do dia a dia, é a questão das doenças também. A boca é uma entrada de doenças né? Então podemos pegar tanto doenças na cavidade bucal quanto enfim nos órgãos que temos no corpo, porque a boca é uma entrada né? Então uma mucosa também onde pode acumular bactérias, enfim acredito que seja isso.” (PSBA3)

“É, eu aprendi sempre que cárie ela pode entrar e você engolir né? Porque é uma bactéria e pode dar problema no estômago, dar problemas em outras partes do corpo, não só na boca né? Porque às vezes a gente pensa que é uma cárie só, e só vai ficar ali. Mas na verdade mexe com o corpo todo né? Eu sempre ouvi dizer que a saúde começa pela boca. Se você tem uma boca saudável, você tem uma saúde mais saudável.” (PSBA4)

“Se tem cárie é bactéria, é bichinho que vai tudo pra dentro do organismo né?” (PSBA4)

“Que nem as crostas né gente? A sujeira do tártaro que fica acoplada devido o dente e a gengiva. Não sei até que ponto isso pode causar uma doença que possa subir de repente pra parte nasal ou cabeça, porque é tudo carne né, tecido!” (PSBA3)

“Porque além da cárie, que é um canal aberto onde entram bactérias, as doenças, a gengiva também acredito que é pele, carne, músculo, enfim sangue né, exposição de sangue. Então qualquer sangramento minúsculo que imagino que tenha dentro da gengiva ou no lado de fora, que você imagina que não tenha, mas pode ser uma fissura, um corte, imagino que isso seja um canal pra uma infecção, pra vírus, bactérias, enfim... fungos também, imagino eu.” (PSBA3)

“E daqui ela tem um canal aberto pra entrar em qualquer órgão. Essa bactéria, essa doença que ela venha já, dentro do sistema nervoso enfim, vai pra outras partes do corpo. Então acredito que cárie seja isso.” (PSBA3)

“É impossível não colocar a mão na boca. Por mais que a gente tenta agora, com essas doenças, a gente acaba botando a mão assim, encosta nas coisas. Eu acho que é uma porta de entrada. A boca e o olho. Mas acho que a boca é mais ainda. (...)” (PSBA4)

“Essa placa que fica na língua de manhã logo cedo, aquela coisa mais esbranquiçada que nós escovamos para tirar. Acredito que aquilo ali é formado porque exatamente? É alguma acidez estomacal, bactérias? Enfim, por isso que acredito que tem que ter uma boa higiene logo pela manhã quando acorda, porque você vai ingerir alimentos, e o alimento irá se juntar com aquela placa que você tá na boca. Imagine aquilo indo pro estômago, que vai pro estômago o alimento

com um pouco daquilo né? E aquilo pode agredir o estômago também e gerar uma doença estomacal. Então acredito que a importância seja por causa disso também.” (PSBA3)

Apesar de, inicialmente, não estar no roteiro de temáticas proposto para a realização dos grupos focais, surgiu a temática da alimentação e sua relação com a saúde bucal como um quesito bastante abordado pelo Grupo 1 (PSBP). Os participantes PSBP1 e PSBP2 se destacaram, pois se mostraram convictos da sua importância. Também foi frisado nos relatos sobre a importância da manutenção da saúde bucal para que se obtenha uma alimentação mais eficiente. Os participantes desse grupo referem ao cuidado com a saúde bucal como um fator primordial para uma boa alimentação, considerando isso imprescindível para a saúde geral.

“Porque o alimento a gente sabe que é igual o carro né! Carro sem gasolina não anda, não faz nada. E ele precisa de alimento. E ele precisa estar descendo em nosso organismo de forma assim... de forma boa né! Para poder ter uma boa digestão, aquela coisa toda né!” (PSBP2)

“Através da alimentação, né? Através dos seus dentes você evita infecções, né?” (PSBP1)

“Sem o dente a gente não consegue mastigar, não consegue se alimentar” (PSBP1)

“Porque uma pessoa, se ela não tem dente fica difícil né! Dependendo donde ela tiver ela morre! Dependendo donde ela tiver, pra comer ela... se tiver carne no lugar e ela não tiver dente, ela vai morrer né! Então é uma coisa assim bem importante né! As funções deles é...deles...de cada...cada né! Porque eles não são iguais. Eles são mais ou menos acho que pares né! Cada um tem a sua função para poder né, em grupo né, tudo deles dar um equilíbrio, para chegar a um resultado né, ótimo. Um resultado bom né, pro nosso organismo, pra chegar, pra descer na forma que você der e você quer, pra ele poder trabalhar também.” (PSBP2)

“Então eu não tô conseguindo mastigar nada. Tá tudo sabe... Se você não tá bem com os dentes... Se você não tá bem o seu corpo não está bem. Se você não está bem alimentado, você não consegue se sustentar!” (PSBP1)

“Sem os dentes você morre! Não vai ter os dentes pra mastigar! Vai ficar só líquido, só líquido, só líquido...” (PSBP4)

“Se eu arrancar seus dentes e largar você no meio do mato aí, pode estar com um grupo de pessoas, você vai morrer, porque não vai se alimentar!” (PSBP2)

Pertinente ressaltar a relação do presente e do passado referente à alimentação. Ambos reconhecem que existe uma diferença na forma de como as pessoas se alimentam hoje com a

forma de como se alimentavam antes. PSBP2 acena que “os jovens estão em desvantagem”, e que por ser de “uma outra época” se alimenta bem, o que expressa a ideia de que atualmente a forma de se alimentar é ruim comparado com o passado.

“Alimentação, né? Porque se a gente não tiver uma boca boa, como a gente vai poder se alimentar? E se a gente não se alimentar nosso corpo não vai ficar legal né? Então... é uma porta... Porta de entrada de tudo que é bom e é ruim pro corpo. Então tem que tá... tem que tá bem... bem limpo, bem né? Tudo no seu lugar né? Na medida do possível. E se saber bem o que “entre” né? Infelizmente não dá pra ficar entrando... Ainda mais nos dias de hoje, que o que mais tem é besteira, né?” (PSBP2)

“Nós não somos tão jovens. A gente vem duma época que você não tinha tanta besteira, tantas coisas inúteis como tem hoje” (PSBP2)

“Quem sofre mais são os jovens de hoje, eu acredito né? Eu sou da época que come arroz, feijão, ovo com carne, com verdura, com legumes, essas coisas. E doce era algum ou outro. Porque mesmo que chocolate e essas outras coisas era... Era coisa assim... Especiaria né? Eu sou um proletariado, de família pobre. Então não dá pra ficar comprando doces, essas coisas. Então uma das “forma” comida do dia a dia mesmo, pra você poder ficar forte pra poder aguentar as coisas. Mas a garotada, meu filho né? Pessoal de hoje já é uma outra realidade. Então eles estão em desvantagem, eu acho, em relação a isso” (PSBP2)

“É que tem muita besteira né? Hoje em dia né? Muita. (...) Hoje em dia a gente tem que pensar mil vezes antes de comer besteira né doutor? (...) Então a gente tem que comer coisas que acrescenta isso pra nós. Então vitaminas pra gente” (PSBP1)

Entretanto, curiosamente, apesar de ser também ser uma preocupação, o item alimentação foi pouco abordado pelo Grupo 2 (PSBA). Apesar disso, destacamos algumas falas a seguir:

“Porque eu fiquei doente esses dias e não conseguia comer, por causa de mal estar. Eu imagino quem não tem dente! Não come nunca direito. Porque não come, não fica bem de saúde. Porque eu não conseguia nem tirar sangue. Porque não comia, não bebia água, então acho que a pessoa não se alimenta direito.” (PSBA4)

“Se você não enxerga, você ainda sobrevive melhor do que sem dente né? Porque eu acho você comer, porque a gente é o que a gente come né? (...) Mas acho que o dente é muito, muito

importante. E a parte emocional, porque se não a pessoa não consegue se alimentar... Eu acho importantíssimo pra saúde, pra tudo.” (PSBA4)

“Peguei uma gripe muito forte. Foram um ano e quatro meses no SECASA sem sair, com aquela medicação foi muito forte. E começou a dar problema nos dentes. Não podia comer. Então às vezes eu vinha para cá porque não conseguia se alimentar. Eu acho que foi bem “forte”. (PSBA2)

B - Núcleo estruturador do discurso - A saúde bucal e o HIV

B.1 – Categoria Geral de discurso: Preocupações gerais/atuais quanto à saúde bucal

A percepção de piora da saúde bucal após o diagnóstico do vírus HIV foi constantemente relatada no Grupo 1, como podemos perceber nas falas a seguir. O participante PSBP1 destacou isso várias vezes, enquanto o PSBP3 trouxe essa questão apenas uma vez.

“As dores do ‘dente’ piorou depois doutor. Quando eu fiquei sabendo do vírus. Piorou muito! Principalmente a gengiva né? A inflamação parece que subiu mais né?” (PSBP1)

“Os dente fica mais sensível né doutor? Ainda eu tenho gengivite, a gente sente que a gente fica mais... Possibilidades de ter mais ‘infecções’ né?” (PSBP1)

“Depois da doença, aumentou o grau de infecções aqui no dente.” (PSBP1)

“Eu sinto meus dentes depois ‘dessa doença’ ter pegado uma inflamação com mais facilidade.” (PSBP1)

“Eu sinto também que depois ‘da doença’ também enfraqueceu muito meus dentes.” (PSBP1)

“Pra começar, o vírus ele ataca toda, toda a saúde da pessoa. A visão, os ‘dente’, tudo ele ataca” (PSBP3)

Por sua vez o Grupo 2 (PSBA) ficou dividido quando o assunto, discordando entre si se houve alteração na saúde bucal após o diagnóstico do vírus HIV. PSBA4 relata que não percebeu diferença relevante, mas ressalta que foi orientada por uma profissional de odontologia que ela conhecia. Apesar disso, ela suspeita que existe alguma relação entre saúde bucal e HIV, pois ela relata que outros profissionais de odontologia que a examinaram

anteriormente fizeram uma cuidadosa investigação em sua boca, mas ela não sabe ao certo qual é esta relação, como vemos a seguir:

“Eu não tive nenhuma diferença. Eu já tenho HIV há 25 anos né! Mas eu sinto que depende do creme dental que eu uso, ou não sei se é por causa de imunidade, ou de medicação, não sei porque, mas às vezes junta uma “pelinha branca”, ai eu faço “assim” e sai uma “pelinha branca”, às vezes. Mas foi a única coisa que percebi. Mas ai eu até me tratava com uma outra dentista, que era até da minha família, e ela falou que podia ser de qualquer pessoa, que não era exatamente por causa de minha doença. Mas eu não sei se tem relação também né? Parece que “descasca”, que sai uma “pelinha” da mucosa. Mas é a única coisa que eu reparei. Apesar de que tantos anos, que antes e depois não dá nem para lembrar.” (PSBA4)

“Eu já usei bastante, mas eu senti que me faz mal. A minha boca ela... quando eu uso enxaguante, mesmo sem álcool, e ela sai uma “pelinha”, parece que tá descascando. Então eu não sei se é por causa da doença, não sei se é porque é forte. Até às vezes eu diluía um pouquinho em água, mas ai de vez em quando eu passo. Eu não passo sempre por causa disso. Porque depois se eu faço assim, ai vem aqueles “negocinho branco” na minha mão. Por isso que eu diminui, mas eu gostaria de usar mais. Porque eu gosto de usar enxaguante bucal, mas eu acabei diminuindo por causa disso.” (PSBA4)

“Eu sei que sempre que quando eu ia no Dr. R. ele olhava minha língua, minha boca, para ver se tinha alguma lesão, alguma coisa, então provavelmente deve provocar alguma coisa, mas exatamente eu não sei, porque eu nunca tive nada assim. Mas ele sempre olhava.” (PSBA4)

Por sua vez, os participantes PSBA2 e PSBA3 relatam discreta mudança na saúde bucal após o diagnóstico do HIV, como sensação de dentes e gengivas mais fracos; “enfraquecimento da arcada”, aftas, etc, como vemos a seguir:

“(Após o diagnóstico de HIV) É justamente essa questão do enfraquecimento dos dentes. Porque eu sinto ele um pouco mais fraco, (inaudível). Pouca coisa, mas eu sinto. Na gengiva, parece que eu sinto alguma coisa diferente, algo assim “movendo” com mais rapidez, não sei, alguma coisa parece estar agindo assim. Nada que mudou o dia a dia, mas com o tempo você vai percebendo alguma coisa diferente. Não sei se é impressão minha.” (PSBA3)

“Eu achei os dentes mais fracos (depois do diagnóstico de HIV). Porque antigamente não. Mas o HIV para mim é novidade, depois começou a machucar, afta né?” (PSBA2)

O fato de perceberem essa piora da saúde bucal após o diagnóstico do vírus HIV, ou mesmo somente sua vivência com o HIV/Aids, fez com que grande parte do Grupo 1 (PSBP) mudasse de atitude em relação à saúde, especialmente à saúde bucal.

“Você cuida melhor né? Você tem um cuidado mais especial, né? Porque eu não ligava muito pros meus dentes né? Então, é por isso é que eu perdi vários dos meus ‘dente’, né? Porque eu comia muito doce! Também não fazia aquela limpeza necessária que eu precisava fazer né?”(PSBP1)

“Antigamente a gente comia de tudo, sem se preocupar com a nossa saúde. Hoje em dia não. Hoje em dia você tem que comer o que é necessário pra você. Pra sua saúde e pro seu bem-estar” (PSBP1)

“Eu tenho que colocar um implante aqui, né? E tem que me dar uma “pontinha” (prótese parcial removível) também. Mas isso já era coisa que eu já tinha deixado pra trás. Aí essa minha atual né? A consciência de meu estado clínico, foi o melhor argumento.... Me adiantar nessas coisas porque eu preciso tá 100%” (PSBP2)

“Coisas que você não valorizava antes, agora você dá um valor totalmente diferente. (...) Na época (antes do diagnóstico) a gente não dava valor pra isso!”(PSBP1)

“Não tinha nenhum conhecimento de fio dental (antes do diagnóstico). O fio dental passava longe de mim Doutor!” (PSBP1)

Nesse ponto o Grupo 2 (PSBA) também ficou dividido. Enquanto PSBA4 não fez nenhuma menção de alguma mudança de atitude em relação à saúde bucal devido ao diagnóstico do HIV, PSBA2 e PSBA3 relataram certa mudança, porém com menor ênfase em comparação com o relato do Grupo 1 (PSBP). Isto indica que o próprio diagnóstico do HIV ajudou de certa forma essas pessoas a procurarem uma saúde bucal melhor, independente do grupo.

“Eu continuei a mesma coisa.” (PSBA4)

“A gengiva parece que eu não consigo escovar às vezes, parece que passo a língua ali e está sujo. Então pego escovo lá em cima da afta e acabo machucando mais ainda.” (PSBA2)
(Demonstra maior preocupação com a limpeza).

“Antigamente, eu tenho um irmão meu que falava assim: escova bem as línguas, que evita aquelas placas de sujeira, aquela coisa na língua, bem lá no fundo e tal. E eu nunca me atentei

tanto a isso, a higiene de repente no céu da boca, na gengiva. Mas de um tempo pra cá, eu tenho me policiado um pouco em relação a essa saúde da gengiva, da boca no geral. Então ao escovar os dentes, eu olho pra ver se não tem alguma “pinta” na gengiva, se ela tá com a coloração diferenciada, amarelada, ou mais clara, ou mais escura. E a questão da higiene mesmo da gengiva.” (PSBA3)

“Antigamente, eu confesso, assim uns 10 anos atrás, que eu não usava fio dental. Escovava os dentes e não passava, mas de um bom tempo pra cá, pelo fato de eu ter os dentes um pouco mais aberto, eu sinto a necessidade de passar fio dental. (...) Eu passei a usar o fio dental de um tempo pra cá.” (PSBA3)

B.2 – Preocupação subliminar constante com “infecções” e relação com o HIV

Podemos observar em algumas falas que os participantes do Grupo 1 (PSBP) demonstraram uma preocupação constante com infecções de qualquer gênero, não apenas na boca. À primeira vista, essa preocupação nos parece perfeitamente normal, de pessoas que possuem uma doença que deprimem seus sistemas imunológicos e estão apreensivas em contrair todo e qualquer tipo de infecção por conta disto. Por outro lado, este fato nos levou a deduzir outra face dessa questão. Nos discursos podemos perceber uma preocupação de que, o aparecimento de infecções na boca (e mesmo em outras áreas), bem como estar sempre “forte”, possa ser um indicativo de que a infecção pelo HIV esteja avançando ou esteja mais grave. Ou seja, essa preocupação com infecções pode ser relacionada com uma angústia subliminar ou um medo com o qual esses sujeitos convivem de forma mais ou menos consciente ou explícita.

“Então uma das forma, comida do dia a dia mesmo, pra você poder ficar forte pra poder aguentar ‘as coisas’ “ (PSBP2)

“Os dente fica mais sensível né doutor? Ainda eu tenho gengivite, a gente sente que a gente fica mais possibilidades de ter mais ‘infecções’ né?” (PSBP1)

Observamos também essa preocupação quanto ao risco de infecções nos discursos dos participantes do Grupo 2 (PSBA), no qual observa-se que há uma preocupação voltada para a saúde como um todo, não apenas em função do HIV. Comparando os dois grupos, percebe-se a presença de angústias semelhantes, independente do estado de saúde bucal dessa população.

“Qual motivo aparece a gengivite? Porque a grosso modo, pra que não entende se é uma inflamação, a gente acha que é algo externo que se agrediu, uma escova de dente pode ter inflamado e machucou. Mas eu acredito que seja algo mais interno mesmo. Que venha da gengiva, ‘do sistema imunológico’, não sei.” (PSBA3)

“Dizem que remédio (antirretroviral) enfraquece os dentes, que dá cárie né? Porque mulher grávida tem mais tendência de ter cárie, de ter dor de dente. E a pessoa quando tá ‘doente’ né?” (PSBA4)

“Ah, eu acredito assim, bem como leigo, além de uma boa higiene bucal do dia a dia, é a questão das ‘doenças’ também. A boca é uma entrada de ‘doenças’ né? Então podemos pegar tanto ‘doenças’ na cavidade bucal quanto enfim nos órgãos que temos no corpo, porque a boca é uma entrada né? Então uma mucosa também onde pode acumular bactérias, enfim acredito que seja isso.” (PSBA3)

“Que nem as crostas né gente, a sujeira do tártaro que fica acoplada devido o dente e a gengiva. Não sei até que ponto isso pode causar uma ‘doença’ que possa subir de repente pra parte nasal ou cabeça, porque é tudo carne né, tecido!” (PSBA3)

“Porque além da cárie, que é um canal aberto onde entram bactérias, as ‘doenças’, a gengiva também acredito que é pele, carne, músculo, enfim sangue né, exposição de sangue. Então qualquer sangramento minúsculo que imagino que tenha dentro da gengiva ou no lado de fora, que você imagina que não tenha, mas pode ser uma fissura, um corte, imagino que isso seja um canal pra ‘uma infecção’, pra vírus, bactérias, enfim fungos também, imagino eu.” (PSBA3)

“E daqui ela tem um canal aberto pra entrar em qualquer órgão. Essa bactéria, essa ‘doença’ que ela venha já, dentro do sistema nervoso enfim, vai pra outras partes do corpo. Então acredito que cárie seja isso.” (PSBA3)

“Tô com 40 anos, aí é assim, eu cuido muito da minha saúde né? Como: esporte, a minha dieta ela é diária, assim... E aí a vida sexual melhorou muito, bastante, certeza. Eu nunca tive nenhuma ‘doença oportunista’ assim, nunca. Nunca manifestou nada graças a Deus e a ‘imunidade’ sempre alta.” (PSBA3)

B.3 - A vivência com o HIV/Aids

Um achado interessante desta pesquisa foi que, mesmo sem serem questionados diretamente, os participantes fizeram várias referências em relação às suas trajetórias de vida e a experiência de viver com o HIV/Aids. Diante da possibilidade de expressarem suas opiniões no encontro grupal, essas temáticas surgiram espontaneamente, indicando vários sentimentos de apreensão, a angústia e o medo. Tal situação nos levou a refletir sobre as reais necessidades desses sujeitos e o sofrimento emocional vivenciado por elas.

Nessa linha de reflexão, cabe um questionamento lógico: quanto um sujeito em sofrimento emocional tem de disponibilidade para se auto cuidar e, logicamente, cuidar de sua própria saúde bucal? Talvez para que o dentista possa zelar por uma condição tão específica, tão objetiva quanto à saúde bucal, ele tenha colaborar com um trabalho mais complexo, típico de uma equipe multiprofissional, para que esses sujeitos tenham um cuidado mais amplo, que tenham um espaço para falar de si. Diante dessa nova forma de abordar o paciente, o dentista “se desveste” de um papel tradicional e encara o desafio da mudança no cuidado do outro, transforma-se em um ser que olha o sujeito em sua complexidade, para além do que está “inscrito” no órgão boca, adotando uma nova postura de cuidado, como nos indica Ayres (2001). Nessa nova proposta de cuidado, o profissional de odontologia pode tentar se colocar no lugar do outro, tentar entender quem é esta pessoa para a qual ele tem que transmitir uma série de informações objetivas, mas que, em função de várias circunstâncias (emocionais, sociais, culturais, etc) a pessoa talvez não esteja em condições de adotar o comportamento desejado, ou mesmo sequer, escutar o que está sendo orientado.

Enfim, chegamos ao ponto chave da pesquisa: o profissional de saúde bucal precisa ter em mente que os “pacientes” tem uma forma de ser e se colocar no mundo, bem como um ponto de vista singular. Cabe ao profissional a capacidade de identificar que tipo de ponto de vista está em questão (quem são essas pessoas, como elas lidam com a doença, etc) para, então, poder indicar a melhor forma de cuidado com a saúde bucal. Isso significa que o profissional não será bem sucedido se tomar sua ação/intervenção a partir de um modelo padronizado e inflexível (e que visa apenas ações objetivas), pois a qualidade da relação se estrutura a partir de sua capacidade em reconhecer como cada paciente se relaciona com o cuidado com a saúde – e mais especificamente com a saúde bucal - e quais as suas necessidades singulares.

Embora não seja o escopo central dessa pesquisa, traremos, a seguir, alguns pontos importantes que foram destacados quanto à vivência com o HIV/Aids. Com isso, pretendemos indicar que há uma demanda latente de que essas questões sejam escutadas e tratadas de alguma forma e, quando tem “oportunidade”, as mesmas aparecem nas falas dos pacientes. Destacamos,

ainda, que foi bastante desafiador para o pesquisador, profissional “acostumado” a outro tipo de abordagem com os pacientes, ter que lidar com relatos tão intensos e dramáticos.

Um ponto destacado por vários participantes, foi a angústia da descoberta do vírus HIV, com relatos emocionados, especialmente no Grupo 1 (PSBP1), como vemos a seguir:

“É uma tacada quando descobre!” (PSBP3)

“Você quer se matar! Você quer se matar! Quando eu soube, eu queria me matar! Mas se não fosse o meu netinho de 8 meses que acordou na hora que eu ia pegar a gilete, eu tava ‘pah’. Meu netinho me acordou, aí ele alisou meu rosto, pôs a cabecinha aqui. Ele acordou na hora, tava feliz, sozinho. Ele alisou meu rosto, aí eu ajoelhei e pedi perdão pra Deus, que é a benção de Deus, entende? Então eu levo a minha vida assim.” (PSBP4)

“Uma doença que não é fácil! Mas nem por isso eu vou ficar testando não! Um dia vou morrer! Uma hora vou morrer! Pode ser hoje, pode ser amanhã! Pode ser daqui a 100 anos, eu vou morrer!” (PSBP4)

Da mesma forma, como não seria diferente, o Grupo 2 (PSBA) discorreu com enorme anseio sobre a descoberta do vírus HIV e a forma de transmissão, como podemos observar nas falas:

“Difícil você aceitar quando é jovem! Muito difícil aceitar! No meu caso então foi muito complicado, aceitar. Recusei bastante, bastante.” (PSBA2)

“Eu era muito jovem e tinha uma nenê pequenininha. (Há 25 anos). Eu demorei para começar a medicação. E aí fazia mal, aí eu parei. Na época era comprado, era uma fortuna até conseguir, porque sou da época de que não era distribuído. (...) Aí aqui eu consegui gratuito né? Mas demorei um pouco para...A sorte que a minha filha não teve. Eu não sei o motivo, mas eu tenho antes dela, porque foi por um estupro. Eu tinha 16 anos né? 17 anos, e foi antes... Foi por essa época. Então ganhei a minha bebê com 21. Então eu já tinha há bastante tempo, né? Mas ela não pegou, ela não tem. (...) Tenho 43 anos, e sempre trabalhei. Eu parei de trabalhar não por causa do HIV, por causa da espondilite anquilosante. Que daí não tem nada a ver com o HIV. Que até quando eu falava: “- Ai, eu vou morrer por causa do HIV!” Às vezes eu pensava. Agora eu sei que não. Agora eu vou morrer por causa da espondilite, mas por causa do HIV não vai ser (risos).” (PSBA4)

“Eu contrai faz 15 anos. Eu sei exatamente de quem eu contrai.” (PSBA3)

Houve também referências sobre medo e apreensão em relação ao tratamento medicamentoso com terapia antirretroviral (ARV). Surgiram falas no Grupo 1 (PSBP) que relacionam piora da saúde geral por não conseguir tomar a medicação ARV ou, ainda, relacionam uma piora da saúde geral por não conseguir se alimentar por conta da medicação ARV, como veremos nas falas de PSBP1 e PSBP3, a seguir:

“Ontem mesmo eu fui comer uma pele, né doutor? De frango, que meu pai me trouxe, e aquilo me causou um enjoo, um mal-estar tão grande. Eu tomei aquele anti-enjôo, mas mesmo assim não passou! Ai eu falei meu, como eu vou fazer pra tomar esse remédio (antirretroviral)! Eu não posso deixar de tomar. É uma obrigação da gente. A gente tem que tomar todo o dia. Ai falei: “Ai meu Deus”, tem que passar. Eu rezando pra passar aquele enjoo que eu tomei. Porque eu fui comer uma “pelinha”. A gente sente vontade de comer” (PSBP1)

“Abaixei o peso. Já perdi 5 Kg. Já tô com 76, então já tô pensando que tô um pouco mais magra. Com a medicação do vírus eu ando enjoando muito! (...) Então eu ando enjoando muito! Então não é toda a medicação que meu organismo tá aceitando agora, porque passo muito mal! Entendeu? Então eu tenho que cortar os comprimidos “pequeninho” pra passar na passagem do anel (a paciente tem um anel no estômago em função de uma cirurgia de redução de estômago anterior). Então o sofrimento pra mim ficou dobrado. Por que eu tenho gastrite crônica. Já tinha antes né? E depois com essa medicação (antirretroviral) ela agrediu bastante mais. (...) Então eu agora eu não como arroz, eu não como macarrão. Eu não comia nada como antigamente né? E agora também eu não consigo comer. Ainda mais com esse enjôo que tá vindo por causa da medicação, eu não consigo me alimentar”(PSBP1)

“Porque o remédio é muito forte. Ele mexe muito com seu estômago” (PSBP1)

“Com certeza! (a medicação ARV) Mexe com o organismo! Ela mexe com o organismo, vai atacar tudo!” (PSBP3)

Do mesmo modo, os participantes do Grupo 2 (PSBA) destacaram uma suposta “agressão” que a medicação ARV faria ao estômago, bem como a preocupação com este órgão no futuro, considerando que terão que tomar essa medicação para o resto da vida.

“Tô com medo do estômago mais do que da boca!” (PSBA4)

“Quer dizer que é que nem remédio, te prejudica em um lado e te ajuda em outro. Não sei o que vai ser daqui pra frente o estômago...” (PSBA2)

“O estômago é o pior!” (PSBA4)

Por outro lado, uma preocupação peculiar destacada pelos participantes do Grupo 2 (PSBA) foi em relação à “força” da medicação ARV, que poderia trazer danos aos seus organismos, mais especificamente à saúde bucal, como podemos perceber nas falas a seguir:

“Uma vez eu vi um dentista me falar, faz um bom tempo já, que devido aos medicamentos, não sei quanto cada paciente toma de medicamento, mas o próprio coquetel, acredito, que ele venha a enfraquecer a arcada dentária. Então enfim, ou talvez uma cárie provida disso, não sei. Mas acho alguma coisa relacionada a isso.” (PSBA3)

“Como eu tomo um só medicamento que é o Kaletra, o Dr. M. na época me disse que ele é bem forte em relação ao coquetel, então eu sempre tive os dentes bem fortes assim. Até que a um tempo atrás... E depois que eu comecei a tomar para cá eu percebo realmente um enfraquecimento, eu sinto mais uma sensibilidade mais nos dentes” (PSBA3)

“Peguei uma gripe muito forte. Foram um ano e quatro meses no SECASA sem sair, com aquela medicação foi muito forte. E começou a dar problema nos dentes. Não podia comer. Então às vezes eu vinha para cá porque não conseguia se alimentar. Eu acho que foi bem “forte”.” (PSBA2)

Outro receio que foi pontuado acentuadamente nos discursos do Grupo 1 (PSBP) foi o do medo da rejeição social devido ao HIV. Dificuldades em dialogar sobre o assunto com diversas pessoas apareceram, como parentes e profissionais de saúde.

“Fiquei mesmo assim, com medo de falar com meus filho. Minha filha chorou pra caramba quando soube, que ela falou: ‘mãe, a senhora me deu uma dor tão grande que eu sofri tanto sozinha, mesma dor que eu te chamei eu dou a injeção nos meus filho né?’” (PSBP4)

“Não é todo mundo que sabe né! Os médico, quando eu vou pro médico eu falo. Nunca escondo. Não escondo, porque praticamente dependo de vocês por causa, pra saber, pra ‘endireitar’ essa doença né!” (PSBP4)

“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! Sabe.... É conhecido do meu pai sabe!” (PSBP1)

PSBP1 demonstrou muito desconforto no término deste relato, o que nos levou a crer que existe uma dificuldade muito grande, uma tensão no relacionamento de PSBP1 com seu pai, quando o assunto é a vivência com HIV/Aids.

“(Suspiro) Sabe, então o meu pai falou ‘a V. pegou uma...’, eu peguei... (gaguejos). (Aqui houve uma repentina mudança de assunto). Doutor, é pavoroso a dor, porque os dentes eu sinto doer.(...)” (PSBP1)

PSBP1 também discorreu sobre sua cirurgia de redução de estômago que, apesar de não ter relação direta com a pesquisa, demonstra um sofrimento adicional na vida desse sujeito, que nos leva a compreender a importância de uma avaliação de sua saúde mental, com consequências que poderiam prejudicar ainda mais sua saúde bucal.

”Como eu fiz a redução do estômago né doutor? Então a minha alimentação é bem complicada. O doutor sabe disso! Passo mal com nutricionista. Abaixei o peso. Já perdi 5 Kg. Já tô com 76, então já tô pensando que tô um pouco mais magra. (...) Então eu tenho que cortar os comprimidos “pequeninho” pra passar na passagem do anel. Então o sofrimento pra mim ficou dobrado. Por que é...eu tenho gastrite crônica. Já tinha antes né? (...) Porque eu era uma gordinha saudável, eu pesava 130 Kg. Então fiz a redução tá fazendo 10 anos que eu fiz a cirurgia. Então eu nunca... Agora eu não como arroz, eu não como macarrão. Eu não comia nada como antigamente né? E agora também eu não consigo comer. (...) O anel ele não dá passagem entendeu? E já estufa meu estômago.” (PSBP1)

O medo da rejeição social foi marcante também para o Grupo 2 (PSBA). Medo de serem alvos de preconceito, medo de falar sobre o HIV, medo de comentários de desconhecidos sobre o HIV, foram algumas das angústias mais percebidas nas falas.

“Não foi difícil contar pra pessoa? Não é difícil?” (PSBA2)

“A gente começou a se conhecer, começou a se gostar, e eu falei:”-E agora?”. Aí na hora que começou a ficar um pouco sério, eu falei:”-e agora, o que é que eu faço? Eu não posso esconder!”. Aí ele começou a falar de querer ficar junto e tal. Aí eu falei: “- ai e agora, agora acabou né? Agora não vai, não vai continuar.” Aí eu contei. E ele falou que era o maior medo da vida dele. Ele sempre se cuidava por causa disso. Que era o maior medo pegar o HIV.” (PSBA4)

“Você contou a ele por causa do uso de medicamento, que ele ia ver você tomar os medicamentos, ou por causa de consciência mesmo?” (PSBA3, perguntando para outro participante)

“Eu escondi da minha filha até 18 anos. Ela só ficou sabendo quando fez 18. Ela tem 21 agora. Aí eu contei pra ela com 18. Que ela levou na maior boa. E eu com “mó” medo de ela achar um monte de coisa. Vai fazer 1 ano agora que ela se casou. Agora em ... Sábado. 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? Então aí eu não conto, mais por causa disso.” (PSBA4)

“Até não ter que falar, a não ser que você for num hospital. E na hora de consulta em hospital também é muito difícil. Porque às vezes você vai com dor de cabeça, né, uma cefaleia às vezes é normal, uma enxaqueca. Aí você vai no pronto-socorro e você vai falar da dor de cabeça, mas e aí, falo do HIV ou não falo? Aí é muito complicado, às vezes eu não falava. Aí depois, depois que eu me casei pela segunda vez, esse meu marido ele me tirou toda a vergonha de tudo. Porque ele me mostrou o outro lado da vida né? Como ele me aceitou eu falei assim: “- se ele me aceitou, acho que muitas pessoas vão me aceitar!”. Eu achava que não. E aí até aqui tratamento no CRAIDS eu comecei a fazer mais depois que eu fiquei com ele. Porque hoje eu não tenho mais vergonha de entrar, de sair, se me verem, se vizinho me ver, isso é problema dele, pensa o que pensar! Mas antes eu tinha medo das pessoas me verem, de associar. Hoje eu não tenho mais nenhum preconceito assim. Porque às vezes a gente tem preconceito com a gente mesmo né? O medo das pessoas saberem e depois falar uma coisa de você. Ainda mais agora nessa era de Facebook, todo mundo fala mal. Eu sei bem os direitos né? Se a pessoa falar...a gente pode até processar a pessoa, porque a pessoa não pode ficar divulgando. Mas eu tinha bastante medo de acontecer alguma coisa. Mas agora... Agora não! Depois que o L. me aceitou eu falei assim oh: “ se uma pessoa casou comigo, ele chegou a casar, não foi só “casinho” que depois a gente se separou né? A gente casou mesmo, e aí eu falei, ah, então qualquer pessoa vai me aceitar né?”(PSBA4)

Porém outros tipos de preocupações se sobressaíram no Grupo 2 (PSBA), tais como: o medo de ficar sabendo muito sobre a doença, a preocupação em infectar alguém, a preocupação com os parceiros sexuais e a apreensão sobre o futuro são alguns exemplos que podemos observar nos discursos.

“Porque como meu foi sempre é... A quantidade indetectável né? E eu não tive assim doenças por causa disso, então eu fiquei com medo de procurar muito e eu acabar ficando doente de tanto ficar pensando.” (PSBA4)

“Ah, eu fico um pouco mais amedrontado. Mas até que ponto vai esse medo, né? Uma diferença de contaminar alguém ou de ser mais contaminado com uma doença oportuna. Então fica sempre um pouco de alerta assim, mas a gente não sabe muito quais são esses dados que diferencia.” (PSBA3)

“Tanto é que eu tive um corte, aí meu Deus, e na hora? Eu falei assim: “- e agora?”. Aí queriam me ajudar e eu falei assim: “- Não, não, não, não, tá tudo bem, tá tudo bem!”. Porque foi até aqui no joelho, tá até machucado, e eu: “- não, tá tudo bem!”. Pra ninguém pôr a mão, pra eu, não, não, nem tá doendo, nem, nem foi nada, só cai, não aconteceu nada, tipo com medo né?” (PSBA4)

“Meu ex-marido eu fiquei 20 anos casada com ele e ele não pegou. E agora tô 3 anos casada novamente, né? E ele também não pegou. Meu primeiro marido, que eu fiquei 20 anos, ele sempre usou preservativo, e esse segundo marido não usa de jeito nenhum! Ele falou que se eu tiver, ele tem que ter se for pra ter. Olha a ideia boba, né? Até eu falo para o Dr. P.: ‘- Dr. fala com ele, conversa com ele’. Mas ele não quer usar. Mas ele sabe desde que a gente se conheceu, mas eu não sei é porque eu nunca tive nenhuma doença ele não vê o HIV como ele realmente é. Talvez se ele visse igual você que teve tuberculose (apontou para outro participante), no caso sua esposa, ele tivesse mais consciência. Acho que as pessoas não têm consciência do que pode causar. Porque ninguém imagina que eu tenho, se eu não falar ninguém fala né?” (PSBA4)

“Não tem como esconder uma coisa dessa do parceiro, né?” (PSBA4)

“Então é olhar daqui pra frente pra ver o que vai acontecer.” (PSBA2)

Além disso, foi possível perceber nas falas do Grupo 2 (PSBA) angústias adicionais, em virtude do reconhecimento das limitações causadas devido à infecção do vírus HIV. Limitações devido ao tratamento medicamentoso com ARV, de outras enfermidades (doenças oportunistas), de restrições alimentares foram algumas que foram discorridas.

“Eu sei que tem bastante relação com algumas coisas porque... Por causa do HIV eu não posso fazer alguns tipos de tratamento. Então na hora de passar o remédio, eles me dão algum...’-- Ah, esse bem que eu gostaria de fazer mas eu não posso’. Que nem eu fiquei internada porque tive (...) Meningite! Meningite asséptica! Aí deu 45 células. Aí eles colocaram referente ao HIV, mesmo estando com a quantidade indetectável. E até o Dr. Paulo achou que não deveria ser do HIV. Porém foi o que o médico da Beneficência de São Paulo falou que era. E aí pro meu tratamento da espondilite anquilosante eles queriam fazer uma imunossupressão. Mas não pode né? Porque daí seria tirar minha imunidade com quimioterapia para depois voltar a imunidade com as células. Eles explicaram mais ou menos lá o tratamento que podia ser feito, pra me ajudar nas dores, para me ajudar. Mas também eu não posso fazer esse tratamento. Então aí agora o orgânico, o orgânico não, o biológico, esse eu vou poder fazer mais para frente. Por enquanto eu tô tomando uma medicação para essas dores. Mas o biológico que acho que é “Humira” o nome, aí esse eu vou poder, porque esse não tem problema. Daí reparei que por causa do HIV a gente não pode tomar algumas coisas, né?” (PSBA4)

“Controle da alimentação. Não é tudo que você pode comer. Minha esposa morreu de toxoplasmose (a esposa também vivia com HIV), por causa de carne de porco. Então acho que muitas coisas vêm da alimentação. Eu não sei o que mais pode implicar daqui pra frente.” (PSBA2)

“Eu lavo as frutas com sabão e bucha. Mas eu acho que não é suficiente pra tirar. Que nem a minha mãe, é mais cuidadosa ainda. Ela lava, coloca na água de molho e tal, mas a gente não tem todo esse tempo. Eu não como verduras fora de casa, porque eu tenho medo de que não lavem. Porque imagina, acho que comer fora é a pior coisa que existe. De entrar sujeira, bactérias, eu acho que é disso também cara! E a imunidade também, não é?” (PSBA4)

Nota-se que, no discorrer de algumas falas, surgiram dificuldades por parte dos participantes do Grupo 1 (PSBP) de se expressarem sobre o HIV/Aids. Muitos se utilizam de artifícios para falar da doença, substituindo a palavra “HIV” ou “Aids” por “isso”, “coisa” ou “doença”.

“Eu acho quando aconteceu ‘isso’ comigo, minha boca tava horrorosa.” (PSBP4)

“Eu sinto meus dentes depois ‘dessa doença’ ter pegado uma inflamação com mais facilidade.” (PSBP1)

“Depois da ‘doença’, ela aumentou o grau de infecções aqui no dente.” (PSBP1)

“Eu sinto também que depois da ‘doença’ também enfraqueceu muito meus dentes.” (PSBP1)

“Então depois que eu descobri ‘isso aí’”(PSBP4)

“Tem vez que eu falo que não acredito que eu tenho essa ‘doença’!” (PSBP4)

“Ah! Eu vou fazer o que né? Se essa ‘coisa’ é um capricho” (PSBP4)

“Uma ‘doença’ que não é fácil!” (PSBP4)

Da mesma forma, apesar de menos frequente, essas dificuldades de expressar a palavra HIV ou Aids também surgiram nos participantes do grupo 2 (PSBA).

“Então eu não sei se é por causa da ‘doença’, não sei se é porque é forte.” (PSBA4)

“Não tem como esconder uma ‘coisa dessa’ do parceiro né?” (PSBA4)

Uma relato interessante ocorrido no Grupo 1 (PSBP), em relação à vivência com HIV/Aids, foi o de PSBP4, no qual essa participante, diante da ausência de sintomas da doença em um determinado período, a levou à descrença de que de fato ela viveria com o vírus HIV. Embora não seja tão frequente atualmente, esse tipo de percepção não é tão incomum, mesmo com todas as informações amplamente veiculadas nos serviços de saúde ou na sociedade em geral. Tal percepção pode indicar um mecanismo psicológico de negação da doença, que até certo ponto, é considerado normal (no período da compreensão e aceitação do diagnóstico, por exemplo), mas pode se tornar um problema quando o paciente desenvolve atitudes negativas quanto ao tratamento (não adesão ao tratamento), à preservação de sua saúde ou de terceiros (comportamentos de risco). Os profissionais de saúde precisam conhecer esse tipo de mecanismo e ter condições de identificar elementos que indiquem a necessidade de uma intervenção mais específica nesse âmbito, podendo, inclusive, solicitar a avaliação de outros membros da equipe de saúde (como psicólogos, por exemplo), ajudando a compreender melhor o que está em questão e, assim, propor ações adequadas à necessidade do paciente em questão. Mas para que tudo isso aconteça, o profissional (de odontologia) precisa estar atento, sensível em sua escuta, e ajudar na identificação de situações e casos em que há uma demanda de um cuidado específico nessa área.

Nesse sentido, a fala de PSBP4 mostra-se bastante interessante, pois a mesma foi convidada a falar de saúde bucal, e nessa “oportunidade” pôde falar de muito mais: pode falar de suas angustias, sentimentos de culpa, contradições e idiossincrasias, como vemos a seguir:

“Em toda parte, eu não sinto nada! Tem vez que eu falo que não acredito que eu tenho essa doença! Não sinto nada! Não sinto problema nenhum!” (PSBP4)

“Olha que eu provoquei... Provoquei muitas coisa viu? Nossa! Ficava na chuva, ficava na geladeira, eu ficava... Ave! Eu fazia tudo para ver se eu tinha algum sintoma. Nunca tive sintoma. Ao contrário, engordava, engordava, engordava...Sempre tive minha vida.” (PSBP4)

“Eu já cansei de pegar meus filho, a pessoa pegar minha mão com sangue, nunca ninguém teve nada! Que depois sim, eu comecei a cair na real porque eu tenho. Mas eu falei assim, eu não posso ninguém deixem entrar em contato com o meu sangue né? Mas em toda parte... Nada!” (PSBP4)

Assim como explicitado anteriormente no presente trabalho, o Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1986, enfatiza que a saúde geral e bucal do indivíduo está diretamente relacionada com as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso à terra e posse dela, acesso aos serviços de saúde e à informação (BRASIL, 1986). Desse modo, percebe-se de antemão, que as vivências das pessoas, como não deixariam de ser, são também fortemente influenciadas pelas condições socioeconômicas e culturais. Fazendo uma comparação geral da vivência entre os grupos, nota-se que o Grupo 1 (PSBP) tem uma vivência mais “crua”, mais voltada para aspectos concretos. Já as pessoas do Grupo 2 (PSBA) parecem ter preocupações mais abstratas, como o medo do preconceito, da rejeição e do estigma.

C - Núcleo estruturador do discurso - Relação com os profissionais de odontologia

C. 1 – O ponto de vista do participante da pesquisa

A participação dos sujeitos nos grupos focais tinha como proposta, uma abertura para discutir o seu ponto de vista sobre saúde bucal, relacionando com as suas vivências de soropositividade com o HIV e a relação estabelecida com os profissionais de odontologia. Entretanto, no geral, foi possível perceber nas falas dos participantes uma dificuldade em falar do assunto dessa forma. Essa dificuldade se manifestava, principalmente, em uma atitude de “desviar” da pergunta aberta dirigida ao grupo – que versava sobre o ponto de vista dos participantes - e iniciar uma demanda de “orientação” por parte do pesquisador. Mesmo diante da insistência do pesquisador em retornar o assunto para o ponto de vista dos participantes,

focando em suas posições, a visões e a opiniões, os participantes insistiam em pedir informações técnicas de odontologia, como se não pudessem fazer “outra coisa” ou não pudessem “esperar outra coisa” dessa relação com esse profissional.

Tal situação nos fez refletir que os participantes tiveram dificuldade de “reenquadrar” o pesquisador em um novo papel e tendiam a manter uma visão de que estavam diante de um profissional de odontologia. Interessante notar que, nessa perspectiva, os participantes passaram a fazer perguntas sobre “orientações de higiene bucal”, por exemplo, e, além disso, partiam do pressuposto de que caberia a ele (o pesquisador, ora tomado como dentista), assumir a função “de sempre”: aquele que “passa” as informações objetivas necessárias. Tais observações nos permitiram perceber que os papéis de cada um geram expectativas correspondentes e que, no geral, não se espera de um dentista o interesse na vivência dos pacientes. As falas de PSBP3, PSBP2 e PSBP4 ilustram esse aspecto:

“Da parte... Da parte da escova: Uns “falas” que normalmente a gente fala que não pode guardar em lugar fechado, ou aberto, o que é que o Sr. Acha?” (PSBP3)

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

“Mas você não vai matar a minha curiosidade?” (PSBP4)

Na mesma linha de raciocínio, essa situação também ilustrou que houve uma grande dificuldade de falar de si por parte dos participantes, de expressarem suas individualidades, de realmente se assumirem como sujeitos, adotando uma tentativa de “desviar do assunto” e colocar o “dentista na berlinda”. Nesse sentido, as falas de PSBP4 ilustram claramente que, diante de alguns questionamentos, houve uma tentativa de colocar o papel tradicional do dentista como foco:

“Termina, explique! O Sr. que tá aqui! Sr. não, ‘você’. Porque você é muito mais novo que eu, então é ‘você’” (PSBP4)

“Quando é que o senhor vai dar a resposta pra gente?” (PSBP4)

“Eu falo negócio dando risada (risos). Porque eu quero que ele responda também, menino malvado! (risos).” (PSBP4)

“E você amiga, não fala nada não?” (PSBP4) (Referindo-se à Dra. T., assistente da pesquisa).

Podemos, ainda, interpretar, que essa dificuldade de falar de si desses sujeitos diz respeito a uma tentativa de assumir uma posição passiva em relação ao profissional de saúde, fazendo com que obedecem “fielmente” às suas orientações, transpondo assim a responsabilidade de sua saúde para o profissional de saúde, aqui mais especificamente o dentista. Nesse sentido, podemos retomar as reflexões propostas por Ayres (2001), quando este 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.

As falas de PSBP4 e PSBP1 ilustram que a atitude geral em relação ao profissional de odontologia é bastante passiva e temerosa de que esse profissional venha a avaliar ou julgar seu comportamento.

“Nossa, eu não aguentava mais ficar, sangrava demais (as gengivas), dava dor de cabeça, eu tinha dor de estômago, tinha tudo! Ai foi que ‘o dentista’ falou pra mim né! Que a ‘preguiça’ tava muito, afeta muito... Ela... Mal escovada, ele afeta muito esta parte também.”(PSBP4).

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

“Ai eu fui num dentista desses e falei assim: Oh, eu tô com vergonha até de abrir a boca viu, tá horrível! Ai ele falou: Não, não fala assim, não é a primeira vez... Ai foi quando eu fiz o tratamento e tirou aqueles negócio que tem um mau cheiro horroroso né! Ai graças a Deus eu fiz, né? O médico falou, eles falou que eu tenho de 6 em 6 meses, eu tenho de fazer, que ele volta. Ele volta. Acho que é por isso né. Porque é tipo pra isso né. Se não tratar, volta. Dependente de um fazer limpeza, um monte de higiene na boca, mas ele volta não é isso? É ele falou isso pra mim.” (PSBP4)

Já os participantes do Grupo 2 (PSBA) demonstraram uma postura mais ativa e independente em relação à sua saúde bucal. PSBA3 mostrou-se surpreso em nunca ter discutido sua saúde bucal com alguém. PSBA2 discorre sobre a frustração em relação ao comportamento de alguns dentistas que se recusam a atender pacientes que declaram viver com o HIV/Aids, revelando que há preconceito (e falta de ética) profissional em alguns contextos.

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

“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! Eles não atendem. Pedem desculpa, mas não atendem.” (PSBA2)

Para finalizar, observa-se 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” em relação à saúde bucal, sem considerar outros elementos envolvidos na ação de cuidado em saúde. Houve também uma distinção sutil nos discursos quanto à postura adotada diante do autocuidado: em PSBP observou-se maior tendência a se desmarcarem da responsabilização pela saúde bucal, com maior expressão de passividade, medo e vergonha de serem julgados em suas decisões. Quanto aos PSBA, observou-se menor tendência à passividade e mais empenho no autocuidado e, além disso, uma concepção mais crítica sobre a questão da vivência com o HIV/Aids e os direitos dos pacientes.

C. 2 – O ponto de vista do pesquisador

Neste item em especial, o pesquisador fez uma auto análise através de suas falas advindas dos encontros com os grupos focais, aqui especificamente com o PSBP. Dada a característica eminentemente tecnicista da maioria dos profissionais de saúde (no modelo biomédico vigente no campo da saúde atual), devido particularmente à natureza técnica da própria odontologia, com seus materiais, procedimentos, normas, levaram o pesquisador a agir inicialmente, como não poderia ser diferente, de forma técnica, diante das demandas de orientação dos participantes dos grupos focais, como podemos observar nestas falas:

“Sim! Claro! Na realidade você tem que fazer a limpeza, a higiene oral, e depois guardá-la em um local que seja o mais ventilado o possível. Porque o abafamento pode causar proliferação de fungos (...) e outros microrganismos, entendeu? Mas tem que ter uma ventilação sim. Por isso se for abafar, fechar, tem que ter uns “furinhos”, entendeu? Não pode abafar totalmente” (pesquisador)

Entretanto, ao longo dos encontros e a partir das discussões com a orientadora, o pesquisador começou a reconsiderar a forma como estava encaminhando as discussões dos

grupos e como estava lidando com essa “demanda de orientação técnica”. Além disso, o pesquisador passou a se colocar mais explicitamente na função de “pesquisador”, empenhado em procurar entender o que estava em questão, quando os participantes não falavam das temáticas e lhes dirigiam questões diretas. Na verdade, foram vários momentos em que o pesquisador teve que se posicionar firmemente, explicitando o sentido e o motivo da discussão proposta no grupo focal, como vemos nas falas seguintes:

“É, eu vou tirar essa dúvida, mas aqui como pesquisador eu só estou conduzindo. Depois a gente tira a dúvida no consultório.” (pesquisador)

“Aqui na pesquisa eu quero saber de vocês!” (pesquisador)

“Porque acaba surgindo algumas coisas que vocês nunca pensaram em perguntar...” (pesquisador)

“Não quero uma resposta clara e objetiva, como se isso estivesse escrito em algum lugar. Não quero nada exato. Eu quero saber o que vocês sentem, o que vocês acham, a ideia que vocês têm sobre isso...” (pesquisador)

“É que agora no momento eu estou como pesquisador aqui. Então eu queria saber o que VOCÊS acham?” (pesquisador)

“Gostaria de saber de vocês, com suas palavras, é claro. Não precisa ser nada exato. O que é saúde bucal?” (pesquisador)

“Podem falar sem medo de errar. É justamente isso, eu quero saber o que vocês acham, não o que eu acho.” (pesquisador)

“Mas eu gostaria de saber é o que vocês pensam mesmo. Não o que eu sei.” (pesquisador)

“Essa parte de esclarecimentos eu faço para vocês depois, é que a parte da pesquisa é para saber se vocês sabem a relação da saúde bucal e o HIV? Se vocês têm alguma ideia, não precisam ser exatos. Não quero uma resposta científica ou específica.” (pesquisador)

Reconhecendo que é frequente que os profissionais de odontologia normalmente lidem com as demandas dos pacientes de forma bastante objetiva e procedimento-centrada, o pesquisador responsável por essa pesquisa viu-se diante do desafio de ter que, de fato, “ouvir” o que as pessoas demandavam, para além desse aparente “pedido de orientações”. O “espaço” que foi aberto com o advento da pesquisa fez com que o pesquisador tivesse a oportunidade de

perceber que as pessoas não são iguais, mas possuem pontos em comum. Além disso, caberia ao pesquisador entender o que havia de “comum” nessa demanda de orientações.

Ao longo do trabalho, foi ficando mais claro que havia uma dificuldade por parte dos participantes dos grupos focais 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. E os dentistas, que possuem uma ideia mais objetiva do que é cuidar, podem não perceber que isto tem uma influência na forma como o sujeito “escuta” suas orientações.

Outro aspecto que foi aparecendo, no decorrer da pesquisa, foi o reconhecimento de que os participantes se mostravam bastante angustiados em falar de sua vivência sobre o HIV, mas que, mesmo sem serem perguntados especificamente sobre isso, essa questão acabava “escapando” ou, ainda, aparecendo nas suas falas.

Com isto, nos encontros seguintes, o “desvestir-se” da armadura do dentista foi ocorrendo de uma forma mais natural, e o querer escutar “realmente” o paciente tornou-se a premissa principal, ao mesmo tempo em que se mostrou um desafio para um dentista que procura a subjetividade, como podemos perceber nessas falas:

“Aqui eu não vou dar resposta. (...) Aqui eu quero saber de vocês! (...) Porque aqui eu não sou dentista. Aqui eu sou pesquisador. Uma pessoa que quer saber mais de vocês, aprender com vocês...” (pesquisador)

O intuito demonstrado pelo pesquisador foi de resistir à resposta e, com elegância e sem ficar angustiado, retomar o andamento do encontro. Uma das formas para isto foi deixá-los mais a vontade, dizendo que quem está ali no momento não é o dentista e sim uma pessoa que quer conhecê-los mais, “para além da boca”, mas também o que eles sentem, o que gostam, o que pensam.

Em vista disso tudo, chegamos a conclusão de como é difícil para esses sujeitos, pessoas que vivem com HIV/Aids, se colocarem de seu próprio ponto de vista, de como é difícil para um dentista se colocar como pesquisador, e de como é difícil para um dentista sair da posição daquele que “dá informações objetivas”. Enfim, como é difícil a construção de um trabalho de pesquisa, pois envolve, entre inúmeras outras coisas, a construção de um novo sujeito: o pesquisador.

6.2 Caracterização das entrevistas semiestruturadas

Com o término dos encontros dos grupos focais e com a recusa dos participantes dos grupos em participarem de entrevistas individuais, decidiu-se pela adoção da estratégia de convidar outros pacientes para uma entrevista semiestruturadas. Foram feitos novos convites a pacientes vinculados ao serviço, considerando as informações de prontuário específico, sendo um sujeito de cada condição de saúde bucal: precária e adequada. Estes novos participantes foram considerados como informantes privilegiados ou informantes-chave, que teriam um relato relevante sobre sua experiência, contribuindo significativamente para a construção da pesquisa. O informante-chave (IC), na literatura antropológica e sociológica, é uma pessoa que pertence ao grupo a ser estudado e/ou que conhece bem o assunto pesquisado, representando assim uma preciosa fonte de informações (WHO, 1994).

Como já relatado na metodologia do presente trabalho, o objetivo dessa entrevista foi a obtenção de novas informações e o aprofundamento dos dados colhidos durante os grupos focais e a observação ampla. O local onde foram realizadas as entrevistas foi o próprio ambulatório do serviço de IST /Aids de Santos, em sala reservada. A estrutura para sua realização foi de um encontro com cada sujeito selecionado, de aproximadamente 40 (quarenta) minutos de duração. Foram realizadas uma entrevista no dia 03/10/2016 com uma pessoa que vive com HIV/Aids e com a saúde bucal precária (que passou a ser identificada como PSBP6), e outra entrevista no dia 30/08/2016 com uma pessoa que vive com HIV/Aids e com a saúde bucal adequada (que passou a ser identificada como PSBA6). Para a realização da entrevista individual foi utilizado um roteiro temático de perguntas (Apêndice III) e um gravador de voz digital para registro do encontro. Assim como para os grupos focais, a transcrição integral das falas das entrevistas foi realizada manualmente pelo pesquisador para possibilitar uma leitura longitudinal que permitiu analisá-las, sem alterá-las.

6.2.1 Relato e análise da entrevista número 1: PSBP6

Em prosseguimento, serão apresentadas concepções de PSBP6, participante da entrevista individual, sobre a importância e as ações adotadas quanto à saúde bucal e o autocuidado. Nessas falas ela expressa que a ideia de saúde bucal se relaciona com ações objetivas, como escovar os dentes e ir ao dentista. Ela relata que nem sempre se ocupou dessa

questão e que hoje tenta fazer algumas dessas atividades, acreditando que se não adotar certos comportamentos, sua situação seria pior, como vemos a seguir:

“A gente faz o que pode né. Porque... escova de manhã, escova a tarde, a noite, depois que come, pra dormir. A gente escova sempre né. Tem meus neto, aquela coisa... (...) desde quando a gente é pequena, foi toda a vida fazendo isso para... deixar os dentes bem. (...) É também eu escovo. Eu não tenho dente agora, mas eu escovo ela (a gengiva) sim. A língua também eu escovo.”

“Agora! Agora está ruim. Por causa que eu vim por causa disso. Porque eu achei que já tava ficando ruim. Só tinha ‘essa’ que eu via. Ontem ou antes de ontem já apareceu ‘essa’ aqui. Então estava precisando mesmo.(...) Isso acho porque ainda eu vim né? Se não, acho que ia tá pior eu acho.”

“Ah, hoje eu só tenho quatro! (dentes) Então é mesma coisa né. Preciso... eu vim por causa disto. Porque uma vez por ano eu gosto de... limpá ele né? Porque eu não fumo nem nada, então é só fazer limpeza mesmo bucal. (...) Ai... só ficou esses quatro (dentes) na minha boca. Ai tem que cuidar deles né?”

“Acho que de seis em seis meses, uma vez por ano. (...) Pra não deixar ficar ruim, pra depois ter que tirar (risos)... usar dentadura. É muito ruim dentadura. Quem puder ficar com os ‘dentinho’ que fique. Porque é horrível, muito horrível.” (Sobre a frequência de visitas ao dentista).

PSBP6 também fez um relato emocionado quanto a situação da saúde bucal de um de seus netos, que já apresenta graves problemas. Podemos perceber, no trecho abaixo, que ela se preocupa (e se expressa) com essa questão em relação a um outro, como uma forma de se lembrar de suas próprias dificuldades.

“Eu tenho um neto que tem sete meses, o outro tem quatro, o outro tem três. Tudo ‘pequeninhos’. E já vão no dentista. Um então vai ter que fazer... como que é... vai ter que operar. Três aninho, uma judiação. Mas já veio podre. Porque ele mamava no peito. E não faziam a higiene depois que ele mamasse né. Porque ele mamava a madrugada todinha. Não deixava a minha filha dormir quase nada. Ai já viu né. Os dois ‘dentinho’ da frente. Ele já fez até canal. Uma criança de três anos (se emocionou). Então tem que cuidar muito dos dente viu. Uma criança de três anos já tá com problema. É uma judiação. (...) Uma criança de três anos já tem problema! Ainda falam que mamar no peito é bom! Pra ele não foi tadinho. O pai

e a mãe acho que não tem não problema de dente assim sabe. Então não sei porque essa criança veio assim já.”

PSBP6 associa a importância da saúde bucal ao fato de uma pessoa não ter que usar prótese. Usar próteses somente traz prejuízos, segundo ela, e ela “aconselha” que as pessoas cuidem de seus dentes para não ter que viver com prótese dentária no futuro.

“É bem... quem tem, tem que cuidar muito mesmo (da saúde bucal). Porque olha... dentadura é triste. Muito, muito triste mesmo, porque oh ... não que... não dói mas... olha, até acertar com essas dentadura. Tu vai muitas vezes no dentista e não dá certo, e não dá certo. Foi triste pra mim viu! Jurava que eu nunca ia ter que usar dentadura. Mas foi quebrando os dente. E é desse tamanho a raiz do dente (mostra com os dedos o tamanho das raízes de seu dentes). Muito grande. É bem dolorido por causa disso.” (Sobre as consequências de extrair um dente).

“(...) Eu não durmo com ela (prótese dentária). Tenho ‘mó’ medo de dormir com ela. Por causa que dá medo de engolir. Às vezes eu durmo de tarde assim... e nossa! Parece que eu vou engolir. Porque tá folgada, memo que eu passe a pomada né. Ai memo assim de vez em quando ainda... porque a debaixo ela não cola. Ela não tem né... gengiva né que fala. Não tem, nenhuma. Ai fica difícil viu.”

“(...) Ai depois é que eu tive que apelar para a dentadura, por causa disso. E mais rápido, porque ficar sem dentadura também não dá. Essa já é a segunda né. Que eu já usei ponte. Primeiro eu usei ponte, ai não deu certo. Ai tive que tirar os dente memo.”

“Pra não deixar ficar ruim, pra depois ter que tirar (risos)... usar dentadura. É muito ruim dentadura. Quem puder ficar com os ‘dentinho’ que fique. Porque é horrível, muito horrível.”

Em uma determinada fala, PSBP6 expôs que deixou de adotar uma ação em sua saúde bucal devido ao preço do produto (no caso uma prótese parcial removível), como relata a seguir:

“(...) Depois é que eu falava: eu quero nunca usar dentadura. No fim tive que usar. Nunca gostei. Tá me... tá coisando. Agora então que perdeu esse dente (apontando para a prótese superior com um dente quebrado). Tá bem ‘carinho’ o preço de uma dentadura. Muito ‘carinho’.”

Em algumas situações, PSBP6 apresenta uma ideia distorcida sobre saúde bucal. Segundo ela, os dentes possuem uma “vida útil”, e que o correto é seguir pouco a pouco para as extrações dentárias e uso de próteses. Relata também que dor é uma condição que justifica

por si só a extração de um dente, trazendo o reconhecimento de que não há tanta preocupação com o cuidado com a saúde bucal, atualmente ou no passado.

“(...) Porque eu tirei faz o que... acho que não tem dez anos que eu tirei os dente. Até que durou bastante todos. Só quando bateram quatro.”

“(...) Então... eu ainda fiquei ‘coisa’ né, porque a minha mãe fala que eu tomei muito remédio. Até que demorou pra mim perder meus dente. Tô com 65 e ainda tenho esses quatro. Até que... pra quem tomou remédio bastante. De resto foi tudo bom. De resto assim né, mas essa meningite me pegou legal.”

“(...) Primeiro eu usei ponte, ai não deu certo. Ai tive que tirar os dente memo.”

“Ah, quando dói! Eu tive problema muito com esses negócio de dente. Tirava cada vez que me doia muito, muito, muito, ai eu tive que tirar mesmo.” (Sobre qual o momento de extrair um dente).

“Se a pessoa precisa tudo bem, mas se a pessoa não tem necessidade... porque o canal também... machuca... é muito dolorido também o canal né. Eu fiz mas... fiz e depois tive que tirar. Acho que... mais vale tirar do que... né.” (Sobre o que acha de uma pessoa ter que extrair o dente).

PSBP6 possui a noção do fato de estar sendo tratada em um ambiente especializado, com monitoramento clínico e laboratorial, devido às especificidades do HIV/Aids. Curiosamente atribuiu esse fato como uma “vantagem”, como podemos observar na fala a seguir:

“Não porque... por causa do ‘problema’ né? Porque eu só posso tirar (o dente) aqui mesmo. Ai... fica difícil por causa ‘disso’. Bem difícil. Porque eu tive que tirar todos eles (os dentes) aqui. Pra mim ficou mais fácil né?”

PSBP6 não percebeu nenhuma alteração da saúde bucal que conseguisse correlacionar com o diagnóstico do HIV. Seguindo a linha de raciocínio anterior, PSBP6 possui a convicção de que os dentes possuem “um prazo de validade”, que é um processo natural perder dentes, embora sinta a falta deles.

“Acho que não! Porque demorou bastante pra mim ter problema assim mesmo. Acho que não faz nem cinco anos que eu tô com dentadura. Porque acho que a última vez que eu vim aqui...

também foi só para limpar! Eu já tava com a dentadura. Faz um ano mais ou menos isso eu acho.” (Sobre se o HIV influenciou em sua saúde bucal).

“É, perder ele foi ruim, os dente, mas... eu acho que vai se levando né? Porque dente faz falta mas... eu acho que cuidar eu cuidei, mas a gente não tem né... a gente vai ficando também, começou a ficar murcho tudo agora, ficou muito esquisito! Os dente faz uma falta muito, muita falta. Então não sei te explicar se foi da ‘doença’.(...)”

PSBP6 também não notou nenhuma influência da medicação ARV sobre sua saúde bucal, como observamos nas falas a seguir:

“Não... graças a Deus eu nunca tive esse problema. Porque eu acho que não foi isso (a medicação ARV) que ‘coisou’ meus dente, eu acho.”

“(...) Tomar remédio a gente tem que tomar, então não sei. Como pode, eu não sei, eu não sei te explicar se foi isso ou não. Porque eu já tomo há bastante anos né então não sei...”

PSBP6 relatou alguns pontos importantes quanto à vivência com o HIV/Aids. São questões que, como discorremos anteriormente, tem que necessariamente serem escutadas e tratadas de alguma forma e, quando tem “oportunidade”, as mesmas aparecem nas falas dos pacientes. Também não tarda refletir novamente que foi bastante desafiador para o pesquisador, profissional “acostumado” a outro tipo de abordagem com os pacientes, ter que lidar com relatos tão intensos e dramáticos.

Sobre a descoberta do HIV, PSBP6 curiosamente não expressou tanto impacto, bem como relata que teve boa aceitação familiar e social. Isso se deve ao fato que, segundo ela, adquiriu o HIV em uma transfusão sanguínea. Por outro lado, subentende-se em suas falas que as pessoas a apoiaram, e ela mesmo aceitou, pelo fato da forma de contaminação não ter sido outra, como a sexual e a por meio de drogas injetáveis por exemplo.

“Ah, eu fui porque eu tive... eu tive transfusão de sangue. Então para mim... graças a Deus nunca fui viciada, nunca tive o que muita gente tem né? Mas eu só foi... eu tive mesmo por causa de transfusão de sangue. Eu tive uma nenê nas trompas e tive que tomar sangue. Ai peguei essa ‘doença’. E depois dessa tubária, ai eu tive duas gêmeas. E já tava com a ‘doença’. Foi quando eu descobri que tava com a ‘doença’. Durante três anos arrastei. ‘Essa’ que tem as três criança. As duas tem né. Uma tem uma e a outra tem duas.”

“(...) Graças a Deus nunca fui internada. Fui internada sim, operei. Fiz... faz um ano e pouco que eu operei a... vesícula. Mas não afetou nada, graças a Deus. Operei agora a catarata e pra mim não afetou em nada. Agora vou ter que operar a bexiga também e tenho certeza que não vou sentir nada. Pra mim... graças a Deus... é o que eu falo, já precisei, já fiquei tomando soro aqui, mas no resto... nunca fui internada assim pra ficar dias e dias por causa da ‘doença’, nunca. Vinte e poucos anos já. Porque eu fiquei ainda cinco anos sem vim aqui. Então tem 18, 19 anos né isso quase. Porque as menina tem 23. Quando tive ela que descobri que eu tava com HIV. Mas ai eu também já tinha tido ela um ano e pouco que eu tinha tido essa tubária. Então eu tive que tomar sangue. Foi na época do...que ninguém fazia ‘coisa’ do sangue né. Então pra mim foi... foi em 1988, uma coisa assim.”

“(...) todo mundo que tava em volta me deram apoio. Então pra mim não teve... graças a Deus. Os filhos souberam logo também. Porque tenho meus filhos maiores né, de idades já. Graças a Deus tudo me deram apoio então... elas duas que eram menores né, na época, que não souberam. Souberam ainda a pouco. Faz pouco tempo. Tem o que, faz uns... acho que perto de ser mãe que elas souberam. Mas de resto... graças a Deus bastante gente me apoiaram. Porque eu nunca fui mesmo drogada, nem nada, então a pessoa... apoiaram bem por causa disso.”

Para além da vivência com HIV/Aids, PSBP6 resolveu, através dessa abertura ao diálogo, falar sobre seus dramas de infância, de estudos, e até sobre uma experiência de meningite que, segundo ela, fazem com que atualmente não se expresse com frequência.

“Tá ótimo, porque eu não sou muito de falar. Porque eu estudei até o quarto ano então... não tenho muito... a gente tem experiência só de vida porque... assim de ... eu sai muito tarde da escola. Ainda só fiz o primário. Com 15 anos meu filho! E entrei com quatro. Mas é que tive problema. Tive meningite. Um ano e meio com isso. Então nisso eu perdi um pouco de... não sei é o que falam que a gente tem (aponta para a cabeça). Ai eu perdi o ... foi difícil eu sair do quarto ano. Foi muito difícil. Tive que ir para a escola especializada, para depois ir pra uma escola particular, pra eu conseguir. Ai eu fiz o terceiro e o quarto ano e não repeti. Mas o primeiro e o segundo, meu Deus! Quantos anos que eu repeti! Tudo por causa dessa doença. Minha mãe teve... na época da minha mãe só ia pra escola com nove ano. E eu não, já mandaram eu ir com quatro ano.(...)”

Observa-se que, no discorrer de algumas falas, surgiram dificuldades por parte de PSBP6 de se expressar sobre o HIV/Aids, utilizando-se de artifícios para falar da doença, substituindo a palavra “HIV” ou “Aids” por “problema”, “disso” ou “doença”.

“(...) por causa do ‘problema’ né? Porque eu só posso tirar aqui mesmo. Ai... fica difícil por causa ‘disso’. Bem difícil.”

“(...) Eu tive uma nenê nas trompas e tive que tomar sangue. Ai peguei essa ‘doença’. E depois dessa tubária, ai eu tive duas gêmeas. E já tava com a ‘doença’. Foi quando eu descobri que tava com a ‘doença’. Durante três anos arrastei. ‘Essa’ que tem as três criança.(...)”

“(...) nunca fui internada assim pra ficar dias e dias por causa da ‘doença’, nunca.(...)”

“(...) Então não sei te explicar se foi da ‘doença’”

“Sem a ‘doença’?”

Perguntada sobre quais sugestões daria aos profissionais de odontologia para a melhoria da sua saúde bucal e do serviço, PSBP6 aponta uma peça concreta, no caso próteses dentárias, que esses profissionais poderiam ofertar com maior frequência. Com esta avaliação percebe-se a visão concreta que PSBP6 tem desses profissionais, esperando-se deles ações técnicas e objetivas, nada mais. Além disso, espera uma dimensão assistencialista, na qual o profissional deve “dar” o insumo para ela.

“Ah, que eles poderiam dar dentadura pra gente, podia! (risos) Porque olha... eu soube que teve gente que ganhou. Mas só a fila que leva. Eu tive que ficar muitos anos sem dentadura, então eu tive que fazer mesmo. Mas que olha... eu tive que passar por uns três ou quatro dentistas aqui mesmo. O Dr. R., o Dr. P. e não sei mais outro também. Acho que uns três ou quatro eu passei. Porque o Dr. P. acho que se aposentou na época. O Dr. R. saiu. Agora o resto eu não sei. Eu vim várias vezes. Da última vez foi até uma mocinha que tava aqui.”

Ideia técnico-procedimental do cirurgião-dentista aparece também nesta fala proferida por PSBP6, quando ela o correlaciona como aquele que “tira” os dentes:

“(...) já imaginou, não ter dentista! Aonde a gente ia parar quando tivesse que tirar um dente? Não é! (risos) Porque, tão querendo tirar os dentista? (risos) Não pode! (...)”

PSBP6 também esboçou que houve uma grande dificuldade de falar de si, de expressar sua individualidade, de realmente se assumir como sujeito, adotando uma tentativa de “desviar do assunto” e colocar o “dentista na berlinda”, assim como houve também nos grupos focais. Nesse sentido, suas falas explanam claramente que, diante de alguns questionamentos, houve uma tentativa de colocar o papel tradicional do dentista como foco.

“(...) Acho que uma vez por ano eu vou pro dentista. Acho que... acho que dá, não dá, uma vez por ano?”

“(...) Tomar remédio a gente tem que tomar, então não sei. (...) também você não sabe me explicar se é ou não, né? Sabe me explicar? Sabe, não sabe?”

Em decorrência disto, como sobreveio no Grupo 1 (PSBP) dos grupos focais, percebemos também que PSBP6 possui uma atitude geral em relação ao profissional de odontologia bastante passiva. Perguntada sobre de quem é a responsabilidade de sua saúde bucal, PSBP6 não teve dúvida e respondeu: “o dentista”. Assim como em outras falas, PSBP6 demonstra a total transferência da responsabilidade de sua saúde bucal para o cirurgião-dentista, como podemos perceber a seguir:

“O dentista! (risos) É o dentista! (...) Ah, ele tem que fazer nossos dente ficar ‘bão’ né? Porque se não... o pessoal cai em cima deles (risos)” (Sobre quem é o responsável sobre sua saúde bucal).

“(...) já imaginou, não ter dentista! Aonde a gente ia parar quando tivesse que tirar um dente? Não é! (risos) Porque, tão querendo tirar os dentista? (risos) Não pode! (...)”

“Eu acho que tinha que ir mais vezes ao dentista para não ter problema mais tarde.”

E um momento, PSBP6 pareceu temerosa de que o profissional de saúde viesse a avaliar ou julgar seu comportamento.

“Oh, eu lá sei! (risos) Faz a pergunta pra tu então! (risos) Essa pergunta é pra tu, não pra mim. Acho que também vai fazer cinco... ou menos até.” (Sobre que nota seu dentista daria para sua saúde bucal).

Nesta altura da pesquisa, após seguidas reflexões com a orientadora e com a literatura, a distinção da função de pesquisador do cirurgião-dentista ficou mais evidente, onde o compromisso em procurar entender o que estava em questão tornou-se uma prioridade, mesmo quando PSBP6 tentava fugir da questão ou realizar uma questão objetiva, como vemos na fala seguinte:

“É que aqui agora sou um pesquisador que quer saber mais da senhora. Mas se a senhora tiver alguma dúvida pode anotar e estarei a disposição.”(pesquisador).

6.2.2 Relato e análise da entrevista número 2: PSBA6

Na entrevista individual de PSBA6, no que concerne à importância e as ações adotadas quanto à saúde bucal e o autocuidado, percebe-se o relacionamento destas com ações objetivas, como escovar os dentes, passar fio dental, não comer muito doce e visitas ao dentista, ao mesmo tempo em que supervaloriza sua importância.

“(...) Eu sempre fui muito neurótica com esse negócio de dente, com relação à escovação. (...) Mas os dentes pra mim são muito importantes. Sempre fui de escovar, escovar... sentir aquela sensação de que quanto mais escovasse melhor seria né?”

“Ao meu ver é a escovação três vezes ao dia, isso eu aprendi de pequena. Tem que escovar quando acorda, após a refeição, antes de dormir. O fio dental. Também me disseram que é bom o enxaguante bucal, pelo menos antes de dormir, pra fazer uma limpeza legal. Eu vejo assim. E ir ao dentista né? Pelo menos a cada seis meses. De três eu acho, de três em três meses.”

“E depois das refeições, no caso eu acho que as principais, seriam o almoço e a janta. Eu às vezes fazia até mais.”

“Que nem a minha mãe, eu brigo com ela. Ah, as minhas filhas eu falo: vai escovar direito essa língua. Tem que limpar bem a língua, que é o lugar onde fica as bactérias. As minhas filhas são muito chatas quando em relação à escovação. Até porque fico chateada às vezes da escola não cobra tanto isso entendeu? Ai eu pergunto: escovou o dentinho, ah hoje não, a professora falou que não. Mas você comeu, entendeu... doce eu evito, eu tenho uma “formiguinha” em casa, então eu tento evitar. É gostoso, é. Mas eu tento evitar, não dar tanto entendeu? Por causa disso mesmo. A escovação em casa, eu levo elas ao dentista com frequência, que nem elas foram agora. Vão sempre, de seis em seis meses. Eu levo pra ver, pra dar uma olhada. Eu sempre fui bem... eu acho que o dente é uma coisa bem legal. Eu acho que tem que ser bem cuidado.”

“(...) eu acho que eu cuido bem dos meus dentes. Eu faço na medida do possível que eu tendo condição eu cuido. Eu daria dez pra mim. Sou uma pessoa bem esforçada (risos).”

“(...) Pra mim os dentes sempre foram muito importantes. Desde pequenininha, sempre fui neurótica com esse negócio de dente.”

PSBA6 também se preocupa com o hálito e a estética, denotando-se a importância que esta pessoa confere ao relacionamento social quando o assunto é saúde bucal.

“Eu acho que quando acorda, por causa do mau hálito né?”

“(...) Tem que manter a saúde bucal. É ruim você chegar numa pessoa pra conversar e a pessoa com mau hálito. Vai conversar né... vê aqueles dentes tudo feio.”

“No momento acho que tá muito boa (sua situação de saúde bucal atual). No caso tá acontecendo esses “probleminhas”, mas acho que foi por um erro né? No passado, que o dente ficou fraco e acabou... Mas no geral acho que tá boa. Eu cuido, eu tento manter bem eu não gosto também... Eu tô sempre procurando tá limpando, não gosto de deixar alimento muito tempo. Logo que eu como eu já quero limpar pra não ter esse perigo né? Também acho desagradável você conversar com a pessoa cheirando a comida na boca. Eu acho uma coisa chata.”.

“(...) Vai conversar né... Vê aqueles dentes tudo feio. Acho que o sorriso também abre portas né. Acho que o sorriso é importante até pra gente procurar serviço, pra gente se relacionar com as pessoas. Eu, primeiramente que eu olho nas pessoas é os dentes. Às vezes você acostuma, quando a pessoa está falando, eu já olho o sorriso, eu olho os dentes, eu observo muito isso. Eu acho que é uma impressão que a gente causa né?”

“Eu que, quando o dente está legal, eu acho que a pessoa é mais “limpinha”. Sei lá, é uma impressão. Eu penso assim.”

Interessante notar que mesmo tendo certeza de seu pleno cuidado com a saúde bucal, PSBA6 tem consciência de que sempre pode melhorar, o que indica que o diagnóstico do HIV ajudou a levar a uma saúde bucal melhor, além de se consolidar a real importância sobre saúde bucal que PSBA6 possui.

“Não sei! (risos). Acho que daria o que... um oito eu ia falar (Sobre que nota seu dentista daria a sua saúde bucal). – Porque não escovou direito esse dente mocinha!”

Indagada sobre o que achava de uma extração dentária, PSBA6 reagiu com extremo descontentamento. PSBA6 frisou ainda que a dor dente por si só não justificaria a extração de um dente, contrariando a ideia de “vida útil” dos dentes de PSBP6, onde segundo esta a dor é uma condição que justifica por si só a extração de um dente, e que o correto é seguir pouco a pouco para as extrações dentárias e uso de próteses. Este fato ressalta o reconhecimento que

PSBA6 tem sobre o cuidado com a saúde bucal, em contraste com as falas de PSBP6, que não exibiu com tanta preocupação.

“(...) Eu não penso que quando sente dor tem que extrair um dente. Tem gente que sente dor no dente vai lá e ‘ranca’. A minha mãe aconteceu isso. A minha mãe usa dentadura porque o dente doía e ela não queria saber de tratar, ela arrancava tudo. Agora no meu caso, pra mim arrancar o dente é extremo. Eu só arranquei esse dente meu porque eu cheguei lá e ele já tava quebrado, já bem detonado. Por um erro de um procedimento que eu fiz há muitos anos, dai o dente acho que enfraqueceu, não sei. E acabou quebrando e ai tive que arrancar. Mas por mim eu não tinha arrancado ele.”

“Ter que extrair! Ah, acho uma judiação, arrancar um pedaço de você! “Rancar” um dente... acho que faz tanta falta. Você pensa que não, mas um dente só faz muita falta. Até o siso eu tinha medo de arrancar. Graças a Deus não precisei arrancar nenhum. Mas até o siso eu tinha medo de fazer falta. Eu acho ruim a pessoa ter que arrancar um dente.”

PSBA6 também possui a noção de que a extração dentária é um procedimento cirúrgico que, como qualquer outro, não é simples, traz riscos e precisa ser muito bem recomendado, diferentemente de PSBP6, como visto na entrevista anterior, que a vê como rotina.

“(...) No caso esse que eu precisei extrair foi bem dificultoso assim. Eu senti muita dor, que ele tava muito inflamado, e tinha a necessidade de arrancar ele logo. Então foi terrível, foi uma dor horrorosa. Não foi simples não. (...) Pro dentista também achei que foi bem complicado. Ela teve que arrancar, e o dente quebrou, que ela teve que “rancar” de novo. Não foi um procedimento nada simples. Não é simples a extração. Você chegar arrancando, não é assim não! Tem que ver a anestesia. Tem vez que a anestesia não pega na primeira, tem que reaplicar, tem que esperar. Não é simples, eu não acho que é simples.” (Sobre se extrair um dente é um procedimento simples).

“Na extração eu acho que não. Eu acho que é mais um cuidado, no caso de um sangramento, se a pessoa fica sangrando muito né? Não sei, se a pessoa tiver problema na questão de sangramento. Ou também da higiene. Se a pessoa não tem a higiene com aquele local que foi extraído o dente, também pode te dar uma infecção, alguma coisa. Não tomar o medicamento “direitinho” né? Acho que tem isso sim. Se não for bem feito no lugar ‘certinho’, se o dentista não tiver também uma qualidade boa, uma higiene né? Acho que tem risco sim.” (Sobre se existe algum risco após a extração dentária).

Além disso, PSBA6 possui consciência sobre as consequências da perda de um dente, como nos revela em sua experiência pessoal:

“(...) no caso eu tô sofrendo porque minha gengiva tá inflamada de um lado. Por eu não ter o dente do outro lado, machuca. Eu acho que é ruim nesse caso. De não ter um dente pra completar no outro lado né. Dá o suporte.”

Diversamente de PSBP6, PSBA6 fez boas correlações entre a saúde bucal e a saúde geral, e que uma afeta a outra, principalmente se for uma pessoa que convive com HIV/Aids.

“(...) eu acho se os dentes não tá legal, que você pode pegar alguma infecção, alguma coisa. No meu caso acho que seria ruim. Não sei, acho que no meu caso pode baixar a imunidade em relação a uma infecção bucal. Mas eu já ouvi falar de gente que fica doente né, por causa do dente.”

“Você não pega uma infecção no dente e não vai descer pro corpo e tudo? Então a mesma importância que tem todos os órgãos tem os dentes, tem tudo! O corpo é um todo né? Da boca até o pé né. (risos) Da cabeça até a ponta do dedão. Eu acho que é um todo.”

“(...) É saúde né! É porque é os dente! Não, se tiver ruim todo o resto vai tá ruim.”

“(...) eu já ouvi falar de gente que fica doente né, por causa do dente. Eu acho que é... no caso tem que ser bem cuidado né? Eu tenho medo. Sou meio neurótica (risos).”

Em relação à saúde bucal após o diagnóstico do HIV, PSBA6 revela uma certa mudança, principalmente em suas gengivas, mas não possui absoluta certeza de que esta foi causada pelo HIV.

“(...) Eu não tinha tanto problema com o dente antes. Não com o dente, com a gengiva. A minha gengiva não inflamava tanto assim. Não sei se agora ela tá um pouco “piorzinha” né? Por causa disso...”

“Nunca tinha pensado com relação à gengiva. Mas de um tempo pra cá ela tá me dando tanta dor de cabeça, que eu venho pensando bem que a gente não tem tanta noção que a gengiva tem tanta importância”

“Não sei... nunca pensei que pudesse. Eu já perguntei se no caso ele enfraquece os dentes, causa problema na gengiva.” (Sobre se o HIV influencia em sua saúde bucal).

Da mesma forma, PSBA6 mantém uma suspeita sobre se a medicação ARV influencia ou não a saúde bucal e geral.

“(...) não sei se depois que eu comecei a toma o medicamento, eu fiquei meia com isso na cabeça. Será que eu não tô ficando um pouco mais fraca, será que não tá enfraquecendo meus dentes? Eu penso que assim... eu perguntei né... não sei se ele mexe na minha saúde bucal, mas eu tenho... eu fiquei com um pouco de medo quando eu comecei a tomar medicamento, de ficar mais fraco entendeu? Eu sei que ele é pra ajudar na resistência, mas eu fiquei com um pouco de medo de ficar mais fraca. Porque eu era superativa, agora sinto um pouco cansada assim. Eu não sei se é a medicação ou se é a doença também.”

“Eu acho que sim. Não sei... não sei se ela enfraquece um pouco. Dizem que é um medicamento muito forte né. Por isso que até prejudica o estômago no caso. Não sei se também enfraquece um pouco (os dentes)”

PSBA6 nos revelou, em algumas situações, mudanças de atitudes em relação à saúde bucal após o diagnóstico do HIV, o que demonstra que sua relação com a saúde bucal, que já era muito boa, tende a melhorar mais ainda, e indica também que o diagnóstico do HIV ajudou a levar a uma saúde bucal melhor.

“O fio dental que eu não usava tanto, agora que eu passei a usar com mais frequência.”

“A gente pensa em tratar muito o dente, mas não pensa na saúde da gengiva. No caso eu, as minhas vivem inflamando minha gengiva. Eu nunca tinha pensado tanto nisso. Mas eu agora vi que é uma coisa que tem grande importância. Tem que ser tratado também, que nem os dentes né?”

Em relação à vivência com o HIV/Aids, PSBA6 apresenta aspectos positivos. Possui um razoável conhecimento das causas, das consequências e do tratamento da infecção pelo HIV, além de uma relação positiva na convivência com o HIV.

“É uma doença que a gente pega através do sangue, da secreção. É uma doença que é autoimune né? Até agora não se descobriu a cura né? Não... só leva à morte se você não se tratar, tomando a medicação. É muito difícil. Meu médico pelo menos me disse que morrer da ‘doença’ é muito difícil hoje em dia. A gente morre no caso com as doenças paralelas que a gente pode pegar, se a imunidade tiver baixa, se você não tiver se tratando direito.”

“De lá pra cá eu sempre tive relação com camisinha, porque foi aconselhado no começo. O meu marido, antes da gente casar, eu comuniquei a ele, porque a gente é evangélico tudo. E eu dei essa opção a ele né, porque ele ia saber... dos riscos que ele poderia correr também, com

relação a dificuldade que ia ter que fazer esse tratamento. Ia ter que tomar medicação tudo direitinho. Eu avisei a ele antes. Então quando a gente se casou ele já tava bem ciente. Até então a gente se preveniu e tudo. A gravidez foi... como que se diz... "pelas coxa" né? (risos). Eu nem sei como aconteceu, porque a gente se prevenia direitinho. Não sei, acho acho que foi algum descuido, demorou entendeu? No caso mais em relação a isso tá... tudo certo. Minhas filhas perfeitas e com saúde, graças à Deus. Tenho duas filhas, uma de cinco e uma de oito, nenhuma das duas tem, nem o meu esposo. Até então nunca né? Todos os exames que ele fez nunca apareceu nada, tudo certo. Minha família sabe e apoia. A dele não sabe porque ele não sentiu a necessidade de contar. Ele falou: isso diz respeito mais a gente né. Não teve necessidade. Mas eu nunca tive problema de... eu nunca cheguei na pessoa e contar. Mas se tivesse que contar, eu não teria problema em falar entendeu?"

"(...) tem doença bem pior né do que 'essa'. Acho o câncer uma doença mais devastadora né? Mas o meu conceito acho que é esse né? O HIV não é tão ruim assim, dá pra se viver bem."

De forma unânime, todas as pessoas que vivem com HIV/Aids na presente pesquisa, independente do estado de saúde bucal, fizeram comentários sobre dificuldades em relação a medicação ARV. Como não deixaria de ser, PSBA6 também faz relatos negativos em relação à medicação, principalmente em relação ao estômago. Ela também ressalta um aspecto interessante: durante a gestação tomou o remédio de forma adequada, embora tenha relatado dificuldades em outros momentos de sua vida.

"(...) só é chato no caso dos medicamentos (...) Porque eu não tomava. Eu fiquei durante muito tempo sem tomar. Agora de uns tempo pra cá, acho que por causa de tanto tempo né? Já tinha mais de 10 anos, eu não tive a necessidade, porque a carga viral era baixa. e agora tá tomando, tive problemas, tive hepatite medicamentosa por causa dos remédios. Fiquei até um tempo aqui em tratamento. Dai curei tudo. Na gestação eu precisei tomar... na gestação, no caso a gravidez para o feto não ter, eu não amamenteei, tudo direitinho."

"(...) Eu vejo... pra mim não tem dado nenhum problema, só é chato no caso dos medicamentos, que eu sinto muita dor de estômago, essas coisas."

PSBA6 não se sentiu muito confortável ao falar da descoberta do HIV, principalmente pelo fato de ter sido contraída de uma pessoa próxima, na qual possuía uma relação de confiança.

“Então eu ... Foi numa primeira vez. Foi com o meu primeiro namorado. Eu não me preveni no caso, tinha 17 anos. Foi inocência né? Porque eu nem imaginava. A gente pensa nunca que vai vim de uma pessoa que a gente confia né. E ele sabia, no caso ele se trata... ele começou a tratar tem pouco tempo que ele descobriu. Diz que descobriu depois de um acidente que teve, mas ele já sabia, a família dele já havia me dito já. Então, dai foi na minha primeira vez com ele, meus 17 anos entendeu?”

Apesar de possuir uma vivência positiva com o HIV/Aids, PSBA6 expressa em algumas falas algumas angústias, ainda que veladas, sobre estigmas e preconceitos.

“Minha família sabe e apoia. A dele (o marido) não sabe porque ele não sentiu a necessidade de contar. Ele falou: isso diz respeito mais a gente né? Não teve necessidade. Mas eu nunca tive problema de... eu nunca cheguei na pessoa e contar. Mas se tivesse que contar, eu não teria problema em falar entendeu?”

“O obstáculo é mais em relação à saúde né? No caso que tem muito preconceito eu acho. Nem todo mundo da minha... minha família toda sabe, mas a parte do meu marido ninguém sabe entendeu? Eu acho que é mais o preconceito que acaba atrapalhando tanto a ‘doença’. Não é tão a ‘doença’ assim.”

Em todo o percurso da pesquisa percebeu-se, tanto nos grupos focais como nas entrevistas semiestruturadas, independente da condição de saúde bucal, houve, em alguns momentos, dificuldade de expressar a palavra “HIV” ou “Aids”, como nos revela também PSBA6:

“Meu médico pelo menos me disse que morrer da ‘doença’ é muito difícil hoje em dia.”

“(...) E com relação a ‘ela’, não tem me dado nenhum problema.”

“Eu tinha vontade de seguir a área da saúde, mas dai vi que seria meio difícil por causa... em relação a ‘isso’.”

“Eu acho que é mais o preconceito que acaba atrapalhando tanto a ‘doença’. Não é tão a ‘doença’ assim. Porque tem doença bem pior né do que ‘essa’.”

Na relação com profissionais de odontologia, ao ser perguntada sobre quais sugestões daria a seu dentista, PSBA referiu-se à própria pesquisa, pontuando o diálogo como fundamental no cuidado com sua saúde bucal. Com isto, podemos afirmar que PSBA6, ao

apontar um componente abstrato, no caso o diálogo com seu dentista, desprende-se da ideia técnico-procedimental deste profissional de saúde, diferentemente o que apregoa PSBP6.

“Eu acho isso de perguntar também é legal! Ele saber um pouco mais do histórico da pessoa em si, como ela é em casa, como que é... entendeu? A higiene dela. Esses negócios eu acho legal. Porque não adianta ele fazer um trabalho bom aqui, chegar depois a pessoa não faz nada. Acho isso interessante, ele perguntar, saber ‘um pouquinho’. Não aprofundar assim, mas dar uma perguntada, pra pessoa saber como que é, o que ela usa em casa entendeu? Eu acho isso legal!”

“Acho que foi bem esclarecedor. Eu falei o que eu pensava e acho que foi muito bom!”

Assim como foi constatado no Grupo 2 (PSBA) dos grupos focais, PSBA6 também demonstrou uma postura mais ativa e independente em relação à sua saúde bucal, diversamente de PSBP6 e o Grupo 1 (PSBP), que foram mais passivos. Perguntada sobre de quem era a responsabilidade por sua saúde bucal, PSBA6, sem titubear, disse: “eu!”. Isto demonstra a total assunção de responsabilidade por sua saúde bucal. Além disso, reforçando esta questão, apontou o papel do cirurgião-dentista como secundário, como auxiliar em sua saúde bucal, e não primordial.

“Eu! Primeiramente eu! Se eu não tiver a escovação boa, não cuidar. Não vou querer que o dentista faça milagre né? Então primeiramente sou eu. Eu sou a responsável pela minha saúde, mais ninguém.” (Sobre de quem é a responsabilidade por sua saúde bucal).

“Acho que é auxiliar até onde eu não posso ir né? No caso, escovação, essas coisas, eu cuido em casa. No caso, tratar uma cárie, uma obturação, uma extração, acho que daí que entra o dentista né. Auxiliar numa segunda etapa, numa coisa que eu não posso fazer, entendeu?” (Sobre o papel do dentista em relação a sua saúde bucal).

Por fim, interessante observar nessa entrevista com PSBP6, que não surgiu a intenção desta de fugir das questões ou realizar questões objetivas. Entendo este comportamento de duas formas. A primeira pela própria postura de PSBA6, mais ativa, mais convicta e mais segura de si. A outra forma seria também a própria postura do pesquisador, na qual pode assumir outro papel, ficando mais disponível (e à vontade) para abordar aspectos subjetivos do ser humano, o que pode ter facilitado o contato com o entrevistado.

6.2.3 Comentários sobre as entrevistas

Nas entrevistas individuais, assim como os Grupos focais de PSBP e de PSBA, tanto PSBP6 quanto PSBA6 expressaram a ideia de saúde bucal como algo relacionado a ações objetivas, como escovar os dentes, usar fio dental, visitar o dentista, entre outros, bem como possuíram uma boa noção sobre os elementos objetivos, como partes da boca, e ações que compõem o cuidado em saúde bucal, suas respectivas importâncias e possíveis danos pela falta de cuidado. Porém, PSBA6 supervaloriza a importância e as ações adotadas quanto à saúde bucal e o autocuidado, diversamente de PSBP6, que as veem de uma maneira mais restrita e concreta. PSBA6 refere, como no Grupo 2 PSBA, de uma forma muito mais dramática a preocupação com o processo de higienização que, em sua opinião, deve ocorrer de forma intensa e contínua. Interessante notar que mesmo tendo certeza de seu pleno cuidado com a saúde bucal, PSBA6 possui consciência de que sempre pode melhorar, consolidando-se assim a real importância que PSBA6 conferiu à saúde bucal. Além disso, PSBA6 também se preocupa com o hálito e a estética, denotando-se a importância que esta pessoa confere ao relacionamento social quando o assunto é saúde bucal.

Já PSBP6 relata que nem sempre se ocupou da questão da saúde bucal, e que hoje tenta fazer algumas atividades de autocuidado, acreditando que se não adotar certos comportamentos, sua situação seria pior. PSBP6 também fez um relato emocionado quanto a situação da saúde bucal de um de seus netos, que já apresenta graves problemas. Podemos perceber com isto que ela se preocupa (e se expressa) com essa questão em relação a um outro, como uma forma de se lembrar de suas próprias dificuldades. PSBP6 também associa a importância da saúde bucal ao fato de uma pessoa não ter que usar prótese. Usar próteses somente traz prejuízos, segundo ela, e ela “aconselha” que as pessoas cuidem de seus dentes para não ter que viver com prótese dentária no futuro. Em contrapartida, em determinadas situações, PSBP6 apresentou uma ideia distorcida sobre saúde bucal. Segundo ela, os dentes possuem uma “vida útil”, e que o correto é seguir pouco a pouco para as extrações dentárias e uso de próteses. Relatou também que dor é uma condição que justifica por si só a extração de um dente, trazendo o reconhecimento de que não há tanta preocupação com o cuidado com a saúde bucal, atualmente ou no passado. Como ocorreu no Grupo PSBP, a questão socioeconômica também se apresentou como uma influência direta sobre a saúde bucal de PSBP6. Em determinado momento, PSBP6 expôs que deixou de adotar uma ação em sua saúde bucal devido ao preço do produto (no caso uma prótese parcial removível), fato que não surgiu com PSBA6.

Indagada sobre o que achava de uma extração dentária, PSBA6 reagiu com extremo descontentamento. PSBA6 frisou ainda que a dor dente por si só não justificaria a extração de um dente, contrariando a ideia de “vida útil” dos dentes de PSBP6. PSBA6 nos revelou ainda em suas falas que possui plena consciência sobre as consequências da perda de um dente. Este fato ressalta o reconhecimento que PSBA6 tem sobre o cuidado com a saúde bucal, em contraste com as falas de PSBP6, que não demonstrou tanta preocupação. PSBA6 também possui a noção de que a extração dentária é um procedimento cirúrgico que, como qualquer outro, não é simples, traz riscos e precisa ser muito bem recomendado, diferentemente de PSBP6, que a vê como rotina.

PSBP6 não percebeu nenhuma alteração da saúde bucal que conseguisse correlacionar com o diagnóstico do HIV. Seguindo a linha de raciocínio anterior, PSBP6 possui a convicção de que os dentes possuem uma “vida útil”, “um prazo de validade”, que é um processo natural perder dentes, embora sinta a falta deles. Em contrapartida, PSBA6 revela uma certa mudança na sua saúde bucal, principalmente em suas gengivas, mas não possui absoluta certeza de que esta foi causada pelo HIV. PSBA6 nos revelou ainda, em algumas situações, mudanças de atitudes em relação à saúde bucal após o diagnóstico do HIV, o que indica que o diagnóstico do HIV ajudou a levar a uma saúde bucal melhor, apesar de haver indícios de que já era boa, fato que não ocorreu com PSBP6. Além do mais, diversamente de PSBP6, PSBA6 fez boas correlações entre a saúde bucal e a saúde geral, e que uma afeta a outra, principalmente se for uma pessoa que convive com HIV/Aids.

PSBP6 também não notou nenhuma influência da medicação ARV sobre sua saúde bucal, diferente de PSBA6, que mantém uma suspeita sobre se a medicação ARV influencia ou não a saúde bucal e geral.

PSBP6 e PSBA6 relataram alguns pontos importantes quanto à vivência de serem soropositivos para o HIV. Apesar de possuírem vivências relativamente positivas com o HIV/Aids, PSBP6 e PSBA6 expressaram em alguns momentos determinadas angústias, ainda que veladas, sobre estigmas e preconceitos. Sobre a descoberta do HIV, PSBP6 curiosamente não expressou tanto impacto, relatando que teve boa aceitação familiar e social. Isso se deveu ao fato que, segundo ela, adquiriu o HIV em uma transfusão sanguínea. Por outro lado, subentende-se que as pessoas a apoiaram e, ela mesma aceitou, pelo fato da forma de contaminação não ter sido outra, como a sexual e a por meio de drogas injetáveis, por exemplo, que poderiam leva-la a sofrer preconceito. Por outro lado, PSBA6 não se sentiu muito

confortável ao falar da descoberta do HIV, principalmente pelo fato de ter sido contraída de uma pessoa próxima, na qual possuía uma relação de confiança.

Perguntada sobre quais sugestões daria aos profissionais de odontologia para a melhoria da sua saúde bucal e do serviço, PSBP6 aponta uma peça concreta, no caso próteses dentária, que esses profissionais poderiam ofertar com maior frequência. Com esta avaliação, percebe-se a visão concreta que PSBP6 tem desses profissionais, esperando-se deles ações técnicas e objetivas, nada mais. Além disso, espera-se uma dimensão assistencialista, na qual o profissional deve “dar” o insumo para ela. Ao contrário, PSBA6 referiu-se à própria pesquisa, pontuando o diálogo como fundamental no cuidado com sua saúde bucal. Com isto, podemos afirmar que PSBA6, ao apontar um componente abstrato, no caso o diálogo com seu dentista, desprende-se da ideia técnico-procedimental deste profissional de saúde, diferentemente o que apregoa PSBP6. A ideia técnico-procedimental aparece também quando PSBP6 correlaciona o cirurgião-dentista como aquele que “tira” os dentes.

PSBP6 esboçou uma grande dificuldade de falar de si, de expressar sua individualidade, de realmente se assumir como sujeito, adotando uma tentativa de “desviar do assunto” e colocar o “dentista na berlinda”, assim como houve também nos grupos focais. Nesse sentido, suas falas explanam claramente que, diante de alguns questionamentos, houve uma tentativa de colocar o papel tradicional do dentista como foco. Opostamente, assim como foi constatado no Grupo 2 (PSBA) dos grupos focais, PSBA6 também demonstrou uma postura mais ativa e independente em relação à sua saúde bucal, diversamente de PSBP6 e o Grupo 1 (PSBP), que foram mais passivos. Em decorrência disto, quando perguntada sobre de quem era a responsabilidade por sua saúde bucal, PSBA6, sem titubear, disse: “eu!”. Isto demonstra a total assunção de responsabilidade por sua saúde bucal. Além disso, reforçando esta questão, apontou o papel do cirurgião-dentista como secundário, como auxiliar em sua saúde bucal, e não primordial. Já PSBP6 respondeu: “o dentista”, apontando com isto a total transferência da responsabilidade de sua saúde bucal para o cirurgião-dentista, reforçando a atitude passiva de PSBP6 frente ao profissional de odontologia, como sobreveio também no Grupo 1 (PSBP). E um momento, PSBP6 pareceu temerosa de que o profissional de saúde viesse a avaliar ou julgar seu comportamento.

Com a pesquisa, a diferenciação do lugar de pesquisador do cirurgião-dentista ficou mais manifesta, onde o compromisso em procurar entender o que estava em questão tornou-se uma prioridade, mesmo quando PSBP6 tentava fugir da questão ou realizar uma questão objetiva devido ao seu comportamento mais passivo.

Por fim, interessante observar na entrevista com PSBP6, que não surgiu a intenção desta em fugir das questões ou realizar questões objetivas. Entendo este comportamento de duas formas. A primeira pela própria postura de PSBA6, mais ativa, mais convicta e mais segura de si. A outra forma seria também a própria postura do pesquisador, na qual pode assumir outro papel, ficando mais disponível (e à vontade) para abordar aspectos subjetivos do ser humano, o que pode ter facilitado o contato com o entrevistado.

6.3 Caracterização e análise de alguns diários de campo

Os diários de campo foram compostos por anotações sobre informações colhidas a partir de observação ampla que guardaram relação direta com a pesquisa no ambulatório do serviço de IST /Aids. No entanto três breves relatos, a seguir, foram escolhidos para serem analisados, devido à riqueza de informações contidas nestes para a presente pesquisa. Cada relato recebeu um título para melhor descrição do mesmo.

Diário de campo 1: “Pedaço de carne”

Hoje atendi um paciente que me fez refletir sobre um aspecto interessante para a pesquisa: a assunção da responsabilidade da própria saúde. O paciente apareceu em horário não marcado, desesperado, e relatando uma dor em “dentes superiores” do lado esquerdo. Como de praxe, pedi para que aguardasse um momento, pois estava terminando o atendimento do paciente agendado.

Chegando a sua vez, ele entrou e foi logo falando sobre seu problema. Ao examinar a região afetada, percebi que os referidos dentes estavam hígidos, sem quaisquer alterações. Porém, em uma análise mais minuciosa, observei um “pedaço de carne” entre os tais dentes. Com isso, peguei um pedaço de fio dental, passei e pronto! Problema resolvido! A dor cessou instantaneamente. Logo após indaguei-o sobre a utilização do fio dental. Para minha surpresa ele respondeu que sim, utilizava-o com frequência, porém na parte de trás sentia uma certa “preguiça”. Pois bem, terminei o atendimento receitando um analgésico e reforçando as orientações sobre higiene bucal.

Enfim, tudo isso me fez refletir sobre o porquê de uma pessoa, que tem posse do material e conhecimento suficiente para o cuidado de sua saúde, preferiu delegar esse cuidado à um profissional, sem ao menos tentar. Será que o profissional também não é em parte omissivo, por não induzir seus pacientes à reflexão sobre o autocuidado em saúde bucal, ao invés de somente ensinar as técnicas e orientações de higiene bucal?

Reconheço que a presente proposta dessa pesquisa nasce justamente a partir dessas vivências profissionais e que o processo de reflexão sobre as mesmas pode nos colocar diante de mais perguntas intrigantes e menos de respostas apaziguantes...

Diário de campo 2: “Piercing na língua”

Achei novamente um aspecto interessante para a pesquisa. Aproveito para frisar que o propósito deste diário é o registro dos aspectos que sejam relevantes para a pesquisa, na medida que estes surgem. Pois bem, ao chegar ao consultório hoje e observar a sala de espera, avistei um homem atlético, bem vestido, aparentado ter uns 30 e poucos anos, com tatuagens super bem-feitas nos braços e nas pernas. Como nunca o tinha visto, constatei de que se tratava de uma primeira consulta.

Na sua vez pedi que entrasse e ele, muito educado, pediu-me licença e, com todo o cuidado, dirigiu-se à cadeira odontológica. Pensei então de que se tratava de um paciente que apenas estava vindo para uma consulta de rotina, de acompanhamento, e que não teria nenhum problema de saúde bucal. Foi quando para minha surpresa, ao iniciar o exame clínico, deparei-me com uma boca extremamente precária do ponto de vista de saúde bucal, com problemas e alterações das mais diversas, desde gengivite aguda instalada até lesões cáries múltiplas, com raízes quebradas e uma péssima higiene bucal. Mas surpresa maior ainda estava por vir: um “piercing” na língua (no meio de tudo aquilo).

Dois aspectos interessantes ainda surgiram a partir do encontro com este mesmo paciente. O primeiro foi o relato referente aos dentistas que o trataram no passado. Segundo ele, os seus dentistas só fizeram “porcaria” em sua boca. Isto demonstra no meu entendimento não só a total delegação do cuidado da sua saúde bucal aos profissionais de saúde bucal, como também a não assunção da responsabilidade sobre sua saúde bucal. Interessante, também, foi o fato de que esse paciente trouxe demandas odontológicas mais complexas, referindo-se à

necessidade de implantes e de ortodontia, tratamentos superespecializados, mas que, em seu caso, considerando o atual estado precário de sua saúde bucal, tornam-se injustificáveis, pois a ele lhe falta o cuidado básico em odontologia.

Entrei naquele momento reflexivo, no qual me perguntei: porque uma pessoa que claramente cuida de seu corpo não leva esse cuidado para a boca? Esse atendimento me fez refletir sobre as incoerências que os sujeitos adotam em suas vidas, demandando cuidados complexos e deixando o que é “básico” ou fundamental, de lado. Além disso, fiquei intrigado com sua atitude, na qual há um investimento em alguns aspectos e total descaso em outros.

Diante disso, me percebo, como profissional de saúde, questionando nossa concepção de cuidado em saúde, diante do absoluto desconhecimento do universo perceptivo e valores de cada sujeito.

Diário de campo 3: “A morte dos amigos”

Era um dia “normal” de atendimento. Os pacientes sentados na sala de espera, o consultório limpo e sendo preparado para o acolhimento das pessoas.

Estava indo para o terceiro atendimento, já totalmente tomado pela rotina, quando surgiu uma pessoa sorridente, falante e radiosa. Era uma moça elegante, bem vestida e perfumada. Porém, apesar de muito agradáveis, não foram estes os fatores responsáveis pela quebra da “normalidade” daquele recinto.

Pois bem, durante o exame clínico, a moça disse que era paciente do Dr. R. e que há muito tempo não visitava o dentista. Apresentava uma saúde bucal adequada, com a queda de duas restaurações apenas, que a motivaram o retorno ao dentista, pois do contrário não retornaria. Foi justamente nesse ponto que pensei: “Ora, por quê não retornaria? Por quê uma pessoa, que aparentemente cuida bem de sua saúde bucal, não faria visitas regulares ao seu dentista?”. De pronto a questioneei sobre o assunto. Foi então que para minha surpresa ela respondeu que não retornaria mais por tristeza. Tristeza pela morte de seu namorado. Disse ainda que “este” ela realmente amava. Então ela continuou: “Porque este já é o terceiro! Sabe Dr., eu sou uma das pacientes mais antigas do posto, da década de 1990, e eu já vi muita gente morrer! É muito triste! Você faz amizades e quando você se apega... É muito triste! Mas bola pra frente, é a vida!”, e abriu aquele super sorriso novamente.

Isto me levou a refletir o quanto é difícil a vida dessas pessoas, para além das dificuldades já esperadas, como a própria doença, o tratamento, o preconceito, enfim... Essas pessoas experimentam sofrimentos das mais variadas formas, alguns inesperados como o do relato acima. O cirurgião-dentista precisa estar atento à essas minúcias, pois, uma pessoa que vive com HIV/Aids e que aparentemente cuida muito bem de sua saúde bucal pode, por alguma razão, passar a descuidá-la.

6.3.1 Comentários gerais sobre os diários de campo

Os diários de campo foram compostos por anotações sobre informações colhidas a partir de observação ampla que guardaram relação direta com a pesquisa no ambulatório do serviço de IST /Aids. Desses diários nasceram reflexões importantes que serviram de embasamento para muitas questões da pesquisa. Uma delas foi a reafirmação da atitude passiva frente ao profissional de saúde, mais especificamente o cirurgião-dentista. Foi o relato da história de um paciente que procurou o dentista para tirar “um pedaço de carne” entre os dentes. Deste fato surgiu a reflexão do porquê de uma pessoa, que tem posse do material (fio dental) e conhecimento suficiente para o cuidado de sua saúde bucal, preferiu delegar esse cuidado a um profissional, sem ao menos tentar. Será que o profissional também não é em parte omissivo, por não levar seus pacientes à reflexão sobre o autocuidado em saúde bucal, ao invés de somente ensinar as técnicas e orientações de higiene bucal? Reconheço que a presente proposta dessa pesquisa nasce justamente a partir dessas vivências profissionais e que o processo de reflexão sobre as mesmas pode nos colocar diante de mais perguntas intrigantes e menos de respostas apaziguantes...

Outra reflexão que surgiu durante os diários de campo foi o porquê uma pessoa que claramente cuida de seu corpo não leva esse cuidado para a boca? Esta pergunta nasceu da história de um paciente bem vestido, perfumado, tatuado, cabelo bem cortado, unhas e barba bem feitas, mas com a saúde bucal precária. Dois aspectos interessantes vieram deste encontro. O primeiro foi o relato referente aos dentistas que o trataram no passado. Segundo ele, os seus dentistas só fizeram “porcaria” em sua boca. Isto demonstrou no nosso entendimento não só a total delegação do cuidado da sua saúde bucal aos profissionais de saúde, como também a não assunção da responsabilidade sobre sua saúde bucal. Interessante, também, foi o fato de que esse paciente trouxe demandas odontológicas mais complexas, referindo-se à necessidade de

implantes e de ortodontia, tratamentos superespecializados, mas que, em seu caso, considerando o estado precário de sua saúde bucal, tornam-se injustificáveis, pois a ele lhe falta o cuidado básico em odontologia.

Todas essas observações me fizeram refletir sobre as incoerências que os sujeitos adotam em suas vidas, demandando cuidados complexos e deixando o que é “básico” ou fundamental, de lado. Além disso, fiquei intrigado com sua atitude, na qual há um investimento em alguns aspectos e total descaso em outros. Diante disso, me percebo, como profissional de saúde, questionando nossa concepção de cuidado em saúde, diante do absoluto desconhecimento do universo perceptivo e valores de cada sujeito.

Por fim, a última reflexão dos diários de campo foi sobre o quanto é difícil a vida das pessoas que vivem com HIV/Aids, para além das dificuldades já esperadas, como a própria doença, o tratamento, o preconceito, enfim... Essas pessoas experimentam sofrimentos das mais variadas formas, alguns inesperados como o da história de uma paciente que possuía a saúde bucal adequada, mas que, devido uma tristeza profunda, não queria mais voltar ao dentista. Tristeza esta peculiar e comum às pessoas que vivem com HIV/Aids: a morte de amigos, parentes, namorados, cônjuges, que também vivem com HIV/Aids, e que muitas vezes se conhecem no próprio SAE. Muitas pessoas se vão nesse caminho, e a pessoa que fica se sente cada vez mais só. O cirurgião-dentista precisa estar atento a essas vivências, pois uma pessoa que vive com HIV/Aids e que aparentemente cuida muito bem de sua saúde bucal pode, por alguma razão, passar à descuidá-la.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização dos grupos focais mostrou-se um desafio, visto que, muitos participantes relutaram em aceitar em participar da pesquisa e, além disso, observou-se que essa estratégia se mostrou pouco efetiva, pois ocorreram muitas faltas, o que gerou lacunas na construção das etapas propostas nos grupos focais. Entretanto os grupos focais ocorridos foram bastante ricos e permitiram abordar as concepções dos participantes sobre a importância e as ações adotadas quanto à higiene bucal e o autocuidado.

A realização das entrevistas individuais mostrou-se um instrumento mais eficiente em relação ao grupo focal, pois para que a técnica do grupo focal fosse realizada exigia-se a participação de no mínimo três pessoas e, como foi explicitado anteriormente, ocorreram muitas faltas que geraram lacunas na construção das etapas propostas, o que não prejudicou a riqueza da técnica em si, mas o cronograma. Já as entrevistas individuais, pelo fato de depender da presença de apenas uma pessoa, revelou-se uma técnica mais definida do ponto de vista presencial, além de também permitirem abordar com abundância e maior profundidade as concepções dos participantes sobre saúde bucal.

A partir dos diários de campo nasceram questionamentos importantes que serviram de embasamento para muitas reflexões, especialmente quanto à tendência a uma postura passiva no autocuidado em saúde bucal de algumas pessoas que vivem com HIV/Aids, algo que parece ser fomentado diante da impossibilidade de que o cirurgião dentista faça uma apreciação efetiva das realidades subjetivas dos pacientes, bem como seus pontos de vista singulares.

Com isto, 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 a mesma 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.

Um achado determinante desta pesquisa foi que os participantes, independente do estado de saúde bucal, fizeram várias referências em relação às suas trajetórias de vida e a experiência de viver com o HIV/Aids. Diante da possibilidade de expressarem suas opiniões, essas temáticas surgiram espontaneamente, indicando sentimentos de apreensão, angústia e medo. Um ponto destacado por vários participantes foi a angústia da descoberta do vírus HIV, com relatos emocionados, bem como o medo da rejeição social, através das dificuldades em dialogar sobre o assunto com parentes e até profissionais de saúde. Isto nos mostrou que as vivências emocionais dos participantes da pesquisa (como situações de perdas, estigma e preconceito) podem ter influência direta na sua disponibilidade em cuidar de si.

Quanto à atitude geral dos participantes em relação aos pesquisadores, vemos que os mesmos tendiam a manter o pressuposto de que caberia a ele (o pesquisador, ora tomado como 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 o profissional de saúde. Nesse sentido, podemos retomar as reflexões propostas por Ayres (2001), quando este 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. Visto isso, 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 em relação à sua saúde bucal.

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. Quanto aos participantes do Grupo 2 (PSBA), observou-se menor tendência à passividade e mais empenho no autocuidado e, além disso, uma concepção mais crítica sobre a questão de viver com HIV/Aids e os direitos dos pacientes.

Podemos constatar ainda 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” em relação 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 dos profissionais de saúde (no modelo biomédico vigente no campo da saúde atual), devido particularmente à natureza técnica da própria odontologia, com seus materiais, procedimentos, normas, levaram o pesquisador a agir inicialmente tentando responder às demandas de orientação dos participantes da pesquisa.

Com isto, ao longo do trabalho, 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. E os dentistas, que possuem uma ideia mais objetiva do que é cuidar, podem não perceber que isto tem uma influência na forma como o sujeito “escuta” suas orientações.

Finalmente, o produto desta pesquisa é o relato pessoal de minha “abertura” para a sensibilidade da experiência concreta dos sujeitos (nos moldes do que propõe Ayres, 2001), para além da simples orientação objetiva típica das ações procedimento-centradas, o que nos levou à construção de uma ação (um produto, nos moldes das propostas de um Mestrado Profissional – Apêndice IV) que contemplasse um olhar, tanto para os sujeitos (pacientes alvos do cuidado em saúde), quanto para os dentistas (profissionais que dirigem um cuidado específico ao outro).

Para além da construção do “produto” na forma de uma “capacitação” (Apêndice IV), cabe destacar que o presente trabalho é um relato sobre minha transformação profissional, na qual pude ampliar e complexificar a noção de cuidado, saindo da ideia simplória de uma suposta “objetividade do cuidado”, na busca de uma forma de ajudar dentistas a olharem para essa questão de maneira diferente. Sendo assim, surge uma proposta que vai além da técnica, pois, na prática, todos nós sabemos que existe a interferência das subjetividades do dentista e do paciente no processo do cuidado em saúde bucal. Entretanto, tendemos a adotar uma atitude ilusória de que profissionais de saúde e pacientes sejam “automatizados”, que obedecem a comandos, e de que não são pessoas que erram, que se frustram, que cansam. Enfim, que relutam e que são capazes de formular inúmeras dúvidas, apesar de tantos *guidelines* vigentes.

Portanto a ideia aqui é levar luz a esta trajetória profissional, fugindo da idealização técnica, sob o risco de perda de uma suposta “eficácia no cuidado”, mas que contempla uma

ação que tende a atender de fato o que esses sujeitos – alvos do cuidado – naquilo que eles, de fato, precisam e que faz sentido para eles, considerando suas vivências e pontos de vista singulares. Nesse sentido, a proposta subjacente a este trabalho é um rompimento do processo de idealização do cuidado e a abertura da possibilidade de se olhar para essas pessoas para além do órgão-boca, mas que tem uma boca para cuidar e, reconhecendo que, para isso 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.

8- REFERÊNCIAS

ADRIÃO, M.; LOPES, F.; BOTÃO, I., C.; FÉLIX, J.; & VIEIRA, N. (Orgs.). Prevenção das DST: HIV e AIDS. Adolescentes e Jovens para a educação entre pares, Saúde e prevenção nas escolas. **Series Manuais**, v.69, 2010.

AINAMO, J.; BAY, I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. **Int. Dent. J.**, v.25, p.229-35, 1975.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set./fev., 2005.

AYRES, J.R.de C.M. Sujeito, intersubjetividades e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.63-72, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, R.B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Iª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Bol. Epidemiol. Aids DST**. Ano IX, nº. 01 Semana Epidemiológicas 49 A -05 dezembro de 95 a fevereiro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de aids: manual de conduta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: OPAS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Bol. Epidemiol. Aids DST**. v.4, n.1, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Bol. Epidemiol. Aids DST**, v.4, n.1, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Resposta Brasileira 2005-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Bol. Epidemiol. Aids DST**. Versão preliminar. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Portal sobre aids, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>. Acesso em: 13 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Bol. Epidemiol. Aids DST**. v.4, n.1- da 27^a à 53^a semana epidemiológica - julho a dezembro de 2014. v.4, n.1- da 01^a à 26^a semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da saúde**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/9807-ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-prevencao-as-dsts-e-aids>. Acesso em: 25 fev. 2017.

BUCHALA, C. M.; CAVALHEIRO, T.R. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde e a Aids: uma proposta de core set. **Acta Fisiátr.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 42-48, 2008.

BUCHWALD, S. et al.. Tooth loss and periodontitis by socio-economic status and inflammation in a longitudinal population-based study. **Journal of clinical periodontology**, v. 40, n. 3, p. 203-211, 2013.

CECCIM, R.C.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v.6, n.3, p.443-456, 2008.

CECHIM, P. L.; SELLI, L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v:60, 145-149, 2007.

CORRÊA, E.M.C.; ANDRADE, E.D. de. Tratamento odontológico em pacientes HIV/Aids. **Rev. Odonto. Ciênc.**, v.20, n.49, p.281-289, jul./set., 2005.

DAMLE, S.G.; JETPURWALA, A.K.; SAINI, S.; GUPTA, P. Avaliação da condição de saúde bucal como um indicador de progressão da doença em crianças com HIV positivas. **Pesq. Bras. Odontopediatria Clínica Integrada**, v. 10, n. 2, p.151-156, 2010.

DISCACCIATI, J.A.C.; VILAÇA, Ê.L. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 9, n. 4, p. 234-239, 2001.

EC-Clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO collaborating center on oral manifestations of the immunodeficiency virus. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. **J. Oral Pathol. Med.**, v. 22, n.7, p. 289-291, 1993.

FIGUEIREDO, M.F.S.; RODRIGUES-NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.63, n.1, p.117-121, jan./fev., 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 46^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GILBERT, M.J. The anthropologist as alcoholologist: qualitative perspectives and methods in alcohol research. **Int. J. Addict.**, v.25, n.2A, p.127-148, 1991.

GUARNIZO-HERREÑO, C. C. et al.. Socioeconomic inequalities in oral health in different European welfare state regimes. **Journal of epidemiology and community health**, 2013.

HANAN, J. **A percepção social da AIDS: raízes do preconceito e da discriminação**. Rio de Janeiro: Revinter; 1994.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.35, n.2, p.115-121, jun., 2001.

LEVI, G. C.; VITÓRIA, M. A. A. Fighting against AIDS: the Brazilian experience. **Aids**, v. 16, n. 18, p. 2373-2383, 2002.

LOPES, S.R.S.; PIOVESAN, E.T.A.; MELO, L.O.; PEREIRA, M.F. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunic. Ciênc. Saúde**, v.18, n.2, p.147-155, 2007.

MACHADO, F.C.; SOUZA, I.P.R. de; TURA, L.F.R.; CASTRO, G.F. Adesão a um programa de atenção à saúde bucal para crianças e adolescentes infectados pelo HIV e atitude dos responsáveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.6, p.1851-1857, 2008.

MADIGAN, A.; MURRAY, P.A.; HOUP, M.; CATALONOTTO, F.; FEURMAN, M. Caries experience and cariogenic marker in HIV – positive and their siblings. **Pediatr. Dent.**, v.18, n.2, p.129-136, mar./apr., 1996.

MAIA, Lizaldo Andrade et al . Atenção à saúde bucal das Pessoas que Vivem com HIV/Aids na perspectiva dos cirurgiões-dentistas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 106, p. 730-747, Sept. 2015.

MICCAS, F.L; BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.1, p.170-185, 2014.

MINAYO, M.C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.621-626, 2012.

MINAYO, M.C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C. de S. (Org); DESLANDES, F.; NETO, O.C.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. (23^a ed.). Petrópolis: Vozes, 1996.

MIRANDA J.; LEMOS M.; TORRES M.; SOVIEIRO V.; CRUZ R. Promoção de saúde bucal em odontologia: uma questão de conhecimento e motivação. **Rev. do CROMG**, v.6, n.3, p.154-157, 2000.

MOIMAZ, S.A.S.;SALIBA, N.A.; SALIBA, O.; VIEIRA, S.M.M. Saúde bucal e a professora de 1º grau. **RGO**. v.40, n.4, p.295-297, jul./ago., 1992.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.44-57, set./dez., 2004.

OLIVEIRA, D.C. Construção e transformação das representações sociais da AIDS e implicações para os cuidados de saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.21, p. 276-286, 2013.

OLIVEIRA, M. R. G. de et al. RPS (Registro Periodontal Simplificado): Método rápido e simples na identificação precoce da doença periodontal. **Odontol. Clín.-Cient. (Online)**, Recife, v. 14, n. 1, mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Responsabilidades éticas e profissionais dos cirurgiões-dentistas com respeito aos pacientes com HIV positivo e aos pacientes com aids. **Actualidade Odontológica**. v. 30, n. 1, p. 37-39, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções**. 4ª ed. Genebra: ORH/EPID, 1997.

PALMIER, A. C. et al. Socioeconomic indicators and oral health services in an underprivileged area of Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 32, n. 1, p. 22- 29, 2012.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A.. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, p. 4541-4548, Nov. 2011 .

PEDUZZI, M.; DEL GUERRA, D.A.; BRAGA, C.P.; LUCENA, F.S.; SILVA, J.A.M. 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 – Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.30, p.121-134, 2009.

RAMOS, D.L.P. A odontologia e a AIDS: algumas questões éticas. **Jornal do Conselho Federal de Odontologia**, v.6, n.4, 1998.

RANGEL, J. F. et al. A assistência aos portadores de HIV/aids na atenção básica de serviços do sistema único. In: **11º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2014.

RANGEL, R.F., et al. Interação profissional-usuário: apreensão do ser humano como um ser singular e multidimensional. **R. Enferm. UFSM**, v.1,n.1, p.22-30, 2011.

SALUD DENTAL PARA TODOS. **Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad**. Disponível em: <http://www.sdpt.net/PER/cpitrn.htm>. Acesso em: 12 ago. 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Coordenadoria de Controle de Doenças , Centro de Vigilância Epidemiológica “Alexandre Vranjac”, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids – CRT-DST/AIDS-SP. **Boletim Epidemiológico**, ano XXX, n. 1, janeiro, 2014.

SENNA, M.I.B.; GUIMARÃES. M.D.C.; PORDEUS, I.A. Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p.217-225, jan./fev., 2005.

SILVA, N.G.; PERES C.A.; MORELL M.G.G.P.; ARECO K.N. Fatores associados à infecção pelo HIV em trabalhadoras do sexo (TS) em Santos - SP. **Saúde Coletiva**, v.4, p.168-172, 2007.

SILVEIRA, J. L. G. C. da; OLIVEIRA, V. de; PADILHA, W. W. N. 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.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 169-174, 2002.

SOARES, G. B. et al. Oral health status of people living with HIV/AIDS attending a specialized service in Brazil. **Spec. Care Dentist**, Chicago, v. 34, n. 4, p. 176-184, 2014.

SOUSA, J. M. B. R. de; MOURÃO, J. I. de B. Lesão dentária na anestesiologia. **Rev. Bras. Anesthesiol.** v. 65, n.6, p.511-518, 2015.

TEIXEIRA, P. R.; VITORIA, M. A.; BARCAROLO, J. Antiretroviral treatment in resource-poor settings: the Brazilian experience. **Aids**, v. 18, p. S5-S7, 2004.

TOLEDO, M.M.; RODRIGUES, S.C.; CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.2, p.233-238, abr./jun., 2007.

TURATO, E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2011.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic**. Geneva, Switzerland: UNAIDS, 2013.

VERAS, M.S.C.; SEKULIC E.; SABÓIA V.P.A.; ALMEIDA, M. I. Educação em saúde e a promoção de saúde bucal: marcos conceituais, teóricos e práticos na odontologia. **Rev. Odontol. Unicid**, v.15, n.1, p.55-61 2003.

WHO. World Health Association. **Qualitative Research for health programmes. Division of Mental Health**. Geneva: WHO, 1994.

ZUCCHI, E. M.; PAIVA, V. S. F.; FRANCA JUNIOR, I. Intervenções para reduzir o estigma da Aids no Brasil: uma revisão crítica. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 3, p. 1067-1087, dez. 2013 .

APÊNDICE I

Página 1 de 4

Rubrica

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE****I- Dados de Identificação dos Participantes da Pesquisa**

Nome: _____

Documento de Identidade: _____ Sexo: _____

Data de nascimento: _____

Endereço: _____

Nº _____ Complemento _____

Bairro: _____

Cidade: _____ Cep: _____

Telefone 1 () _____ Telefone 2 () _____

II- Dados sobre a Pesquisa

1. Título da Pesquisa: Percepção de saúde bucal de pessoas vivendo com HIV/Aids como parte do planejamento de ações educativas em saúde bucal de um ambulatório de DST/Aids na Baixada Santista – São Paulo.

2. Pesquisadores: Gustavo Barbosa Parola e Profa Dra Karina Franco Zihlmann.

3. Instituição onde se realiza a pesquisa: Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista – UNIFESP-BS e Coordenadoria de Controle de Doenças Infectocontagiosas.

Rubrica

4. Avaliação do Risco da Pesquisa: Risco mínimo, devido às perguntas, de maneira não intencional, poderem constranger o participante da pesquisa. Tal risco pode e deve ser manejado pelo pesquisador.

5. Duração da Pesquisa: Aproximadamente 1 ano

III- Registro das explicações do Pesquisador ao entrevistado sobre a pesquisa O senhor (a) está sendo convidado para participar da pesquisa denominada: Percepção de saúde bucal de pessoas vivendo com HIV/Aids como parte do planejamento de ações educativas em saúde bucal de um ambulatório de DST/Aids na Baixada Santista – São Paulo. O propósito desta pesquisa é entender como as pessoas que vivem com HIV/Aids percebem sua saúde bucal, visando um planejamento de ações educativas mais efetivas em saúde bucal. Para realização desta pesquisa queremos realizar encontros grupais e entrevistas. Durante os encontros do grupo e as entrevistas serão feitas perguntas e pedimos que o senhor (a) responda da forma mais sincera possível, sendo que seus dados permanecerão anônimos, garantindo o sigilo de sua participação e, além disso, caso queira desistir de participar, poderá fazer isso em qualquer momento, sem qualquer prejuízo do tratamento nessa instituição. Pedimos sua autorização para gravar em áudio os grupos e a entrevista, sendo que essas gravações serão usadas apenas para melhor registro dos dados da pesquisa e, da mesma forma, será preservada a identidade dos participantes e o material será de uso restrito e exclusivo à pesquisa, sendo destruídos após o término da mesma. Além disso, tal material ficará sob guarda dos pesquisadores e não será acessível a terceiros. Realizaremos encontros e entrevistas para discutirmos temas em relação à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids. Suas respostas, junto com as de outros pacientes poderão contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho da equipe de saúde, sendo divulgados em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Rubrica

IV- Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias dos participantes da pesquisa

1. Não há riscos para minha saúde resultantes da participação na pesquisa.
2. Liberdade para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos que eu possa receber.
3. Terá a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas a meu contento depois de encerrada a entrevista.
4. O tratamento, fornecido pela instituição, não será prejudicado em nenhum aspecto caso eu não deseje participar da pesquisa.
5. Salvaguarda de confidencialidade, sigilo e privacidade.
6. Não haverá remuneração, nem o paciente assumirá quaisquer custos para participação nesta pesquisa.

V- Informações de Nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa para contato em caso de quaisquer esclarecimentos:

Pesquisador Executante: Gustavo Barbosa Parola

Pesquisador Responsável: Gustavo Barbosa Parola

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – Campus São Paulo: Rua Botucatu, 740, 4º andar, Vila Clementino, São Paulo – SP. CEP: 04023-062. Fone: (11) 6676-4966.

Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP: Rua Botucatu, 572, 1º andar, conjunto 14.

CEP: 04023-061 São Paulo - tel: 55 (11) 5571-1062 / fax: 55 (11) 5539-7162.

Horário de atendimento: das 9:00 as 13:00hs: e-mail: cepunifesp@unifesp.br

VI- Consentimento Livre e Esclarecido:

Declaro que fui suficientemente informado sobre as informações a respeito da pesquisa, as quais descrevem o estudo. Eu conversei com _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram esclarecidos os objetivos, finalidades, riscos e garantias de sigilo e a possibilidade de esclarecer dúvidas antes, durante e depois do questionário desta pesquisa. Concordo em participar voluntariamente do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão

Rubrica

para ser entrevistado e para estas entrevistas serem gravadas em arquivos de áudio digitais. Os aspectos éticos desta pesquisa serão preservados de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Declaro que recebi uma via desse termo.

Santos, _____ de _____ de 20__.

Nome por extenso:

Assinatura do participante:

Declaro que obtive de forma adequada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome por extenso:

Assinatura do Pesquisador que obteve o TCLE

Nome por extenso:

Assinatura do Pesquisador responsável pela pesquisa

APÊNDICE II

Tópicos norteadores de temáticas específicas para os grupos focais

- **PRIMEIRO ENCONTRO**

- Explicação sobre o propósito e os procedimentos da pesquisa.
- Aplicação do TCLE.
- **Temática principal do encontro: “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; relação saúde bucal e medicação antirretroviral.**
- **Objetivo do encontro: Explorar, na forma de discussões, as percepções dos participantes, dando voz aos sujeitos, bem como observar a interação entre participantes.**
- **Foco do trabalho: permitir a explicitação das percepções e opiniões dos participantes quanto a questão da saúde bucal, especialmente considerando a vivência com o HIV/Aids.**

- **SEGUNDO ENCONTRO**

- **Temática principal do encontro: “a importância dos dentes e das gengivas”.**
- **Principais questões norteadoras: concepções sobre dentes (formação, funções, etc); concepções sobre gengivas (formação, funções, etc); importância dos dentes; importância das gengivas; comparações entre estruturas da cavidade bucal com o resto do organismo; comparações de materiais de uso pessoal com materiais de higiene bucal.**
- **Objetivo do encontro: Explorar, na forma de discussões, as percepções dos participantes, dando voz aos sujeitos, bem como observar a interação entre participantes.**
- **Foco do trabalho: permitir a explicitação das percepções e opiniões dos participantes quanto a questão da importância dos dentes e das gengivas.**

- **TERCEIRO ENCONTRO**

- **Temática principal do encontro: “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; concepções sobre gengivite; concepções sobre materiais de higiene bucal (escova de dente, pasta de dente, fio dental, enxaguante/antisséptico bucal); concepções sobre o flúor na água.
- Objetivo do encontro: Explorar, na forma de discussões, as percepções dos participantes, dando voz aos sujeitos, bem como observar a interação entre participantes.
- Foco do trabalho: permitir a explicitação das percepções e opiniões dos participantes quanto a questão da higiene bucal no cotidiano.

APÊNDICE III

Roteiro temático de perguntas para a Entrevista Semiestruturada

- Qual a importância dos dentes? Qual a importância da saúde bucal?
- Qual a importância das gengivas?
- Para que/como se faz a higiene bucal?
- Qual a hora de extrair um dente? O que você acha/pensa de uma pessoa ter que extrair um dente?
- Extrair um dente é um procedimento simples?
- Existe algum risco em extrair um dente?
- Quais as consequências de perder um dente na sua opinião?
- Quem é responsável pela saúde bucal? Qual o papel do dentista na saúde bucal?
- Quando/como se deve higienizar os dentes/boca?
- Como você classifica sua saúde bucal?
- Com que frequência devemos ir ao dentista? Por que?
- Uma suposição: se não existisse mais dentista no mundo, o que você faria?
- O que é o HIV?
- Fale um pouco sobre sua trajetória de vida, a partir do diagnóstico do HIV
- O HIV prejudica a saúde bucal?
- O medicamento para o HIV prejudica/interfere na saúde bucal?
- Comparando com outros órgãos do corpo, como você classificaria os dentes (saúde bucal)?
- Que sugestões você daria para o profissional dentista para que ele desenvolva um trabalho melhor/mais eficiente?

- **Que sugestões você daria para que a saúde bucal de uma pessoa pudesse ser melhorada?**
- **Em uma escala de 0 a 10, que nota você daria para sua saúde bucal? E que nota o seu dentista daria?**

APÊNDICE IV

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

GUSTAVO BARBOSA PAROLA

PRODUTO TÉCNICO:

QUANDO A BOCA FALA MAIS QUE A BOCA:

**Uma capacitação para cirurgiões-dentistas no cuidado das
pessoas que vivem com HIV/Aids**

Orientadora: Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann

Santos

2017

RESUMO

Introdução: Pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) possuem uma saúde bucal vulnerável devido às características próprias da doença. Acredita-se que a maior parte dos pacientes convive com a saúde bucal precária, o que é particularmente prejudicial para PVHA. Outro elemento que interfere nesse contexto é a formação do profissional de odontologia, que é tradicionalmente objetiva, tecnicista e procedimento-centrada – o que pode ter como consequência uma insensibilidade/indiferença às demandas subjetivas dos pacientes, especialmente aos que vivem com uma doença infectocontagiosa com complexas interfaces de ordem psicológica, social, emocional, econômica, jurídica, entre outras. Com isto, tendo como referencial a Educação Permanente em Saúde, a proposta desta ação educativa junto aos cirurgiões-dentistas elaborada a partir da pesquisa intitulada: “QUANDO A BOCA FALA MAIS QUE A BOCA: a construção de uma ação educativa em saúde bucal em um ambulatório de IST/Aids na Baixada Santista – São Paulo” é a de trazer contribuições significativas para mudanças positivas na forma como os envolvidos no processo de cuidado em saúde bucal de pessoas vivendo com HIV/Aids entendem a noção de cuidado e atenção em saúde. Com isto, este produto visará a um rompimento do processo de idealização técnica do cuidado e a abertura da possibilidade de se olhar para as pessoas que vivem com HIV/Aids para além do órgão-boca, mas que tem uma boca para cuidar e, reconhecendo que, para isso 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. Trata-se de uma abertura que tende a atender de fato o que esses sujeitos – alvos do cuidado – naquilo que eles, de fato, precisam e que faz sentido para eles, considerando suas vivências e pontos de vista singulares. **Objetivos:** Apresentar os resultados da pesquisa aos profissionais de odontologia em geral, especialmente dirigida aos profissionais que atendem pacientes vivendo com HIV/Aids, com o intuito de permitir uma reflexão sobre suas práticas cotidianas, dificuldades e limitações de seu trabalho. Além disso, permitir também a construção de práticas assistenciais/educativas que contemplem as necessidades singulares desses sujeitos, para além da perspectiva tradicionalmente adotada nesse campo de saber. **Metodologia:** Será realizada uma capacitação dividida em duas partes. Na primeira parte será realizada uma revisão de alguns aspectos importantes no cuidado em saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids. Na segunda parte será realizada uma oficina problematizadora temática sobre o cuidado em saúde bucal de pessoas que vivem com HIV/Aids. **Dados do produto:** Nome do Produto - “QUANDO A BOCA FALA MAIS QUE A BOCA: Uma capacitação para cirurgiões-dentistas no cuidado das pessoas que vivem com HIV/Aids”. Público-alvo - profissionais de odontologia em geral, especialmente dirigida aos profissionais que atendem pessoas vivendo com HIV/Aids. Número de participantes - 16 pessoas. Cronograma - será realizado um encontro com duração de 8 horas, em dia e horário a combinar com o equipamento de saúde.

1 – APRESENTAÇÃO: SOBRE O PERCURSO DA CONSTRUÇÃO DESTE PRODUTO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A presente ação educativa é um produto resultante da pesquisa intitulada: “QUANDO A BOCA FALA MAIS QUE A BOCA: a construção de uma ação educativa em saúde bucal em um ambulatório de IST/Aids na Baixada Santista – São Paulo”, realizado junto ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista. Tal pesquisa foi realizada devido à experiência de trabalho do autor principal, junto a um serviço de atendimento odontológico em IST/Aids situado na região da Baixada Santista. A partir de sua vivência profissional, o pesquisador principal pode evidenciar a necessidade de um diagnóstico sobre as concepções dos usuários, pessoas vivendo com HIV/Aids adultos, em relação à percepção de saúde bucal e a relação estabelecida com o profissional de odontologia que os acompanha nesse serviço. Com isto a pesquisa permitiu um aprofundamento e uma melhor compreensão das concepções dos participantes sobre a saúde bucal, sobre como isso interfere no cotidiano dessas pessoas e sua relação com a condição de pessoa que vive com HIV/Aids.

Dessa forma a pesquisa realizada propõe uma ação educativa junto aos profissionais de odontologia em geral, especialmente dirigida aos profissionais que atendem pessoas vivendo com HIV/Aids, com o objetivo de romper o processo de idealização técnica do cuidado e abrir a possibilidade de se olhar para essas pessoas para além do órgão-boca, mas que tem uma boca para cuidar e, reconhecendo que, para isso 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. Trata-se de uma abertura que tende a atender de fato o que esses sujeitos – alvos do cuidado – naquilo que eles, de fato, precisam e que faz sentido para eles, considerando suas vivências e pontos de vista singulares.

2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DESTE PRODUTO

Uma das interfaces evidenciadas pela epidemia do HIV/Aids foi o fato de que, os pacientes vivendo com HIV/Aids apresentam uma demanda específica de cuidado em saúde bucal. Vários autores relatam que a experiência de cárie e gengivite em pessoas infectadas pelo HIV é alta, sendo causada tanto por problemas inerentes a doença, quanto por falta de informações em relação às práticas de atenção à saúde bucal, que levam a hábitos inadequados de higiene (MACHADO et al., 2008). É notório que 40 a 50% das pessoas portadoras de HIV sofrem com problemas orais. As lesões orais, geralmente são marcadores da doença pela disfunção do sistema imunológico (DAMLE et al., 2010). 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 (EC-Clearinghouse, 1993; Corrêa et al., 2005).

Senna et al. (2005) também ressaltam que pessoas vivendo do HIV/Aids (PVHA) podem apresentar uma situação de saúde bucal bastante grave, onde coexistem, com grande prevalência, doenças bucais tais como: cárie e doença periodontal, e os problemas bucais associados à infecção pelo HIV que requerem pronto tratamento e contínuo monitoramento. Na mesma linha de argumentação, Madigan et al. (1996) afirmam que pessoas infectadas pelo vírus HIV possuem, caracteristicamente, um sistema imunológico deprimido e xerostomia (diminuição do fluxo salivar), fatores esses que aumentam consideravelmente o risco de cárie.

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 bucal (BRASIL, 2006). Ressalta-se assim a importância do papel do cirurgião-dentista dentro de uma equipe multidisciplinar de atendimento a pessoas que vivem com HIV/Aids e considerando esse contexto, torna-se imprescindível a construção de um trabalho de cuidado contínuo da saúde bucal da pessoa que vive com HIV/Aids.

Juntamente com isto, um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços de saúde é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Para enfrentar este problema, a Política Nacional de

Humanização da Saúde (BRASIL, 2007), através de seus princípios norteadores, propõe a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (como pessoas que vivem com HIV/Aids, por exemplo).

A modificação dos modos de cuidar consistiria, então, em experimentação, no espaço do trabalho, de dispositivos com potência para a promoção de reposicionamentos subjetivos e que possam ampliar a capacidade das pessoas de se compreenderem como fenômenos complexos e contraditórios. Seria a possibilidade de os sujeitos “experimentarem o que está para aquém e além de si, podendo, então, outrar-se, (re) inventar-se” (BARROS, 2007, p. 23). A possibilidade de mudanças nos modos de subjetivação e no constante exercício de estranhar o que é dado como natural e imutável. A ousadia dessa experimentação só é possível por meio de estratégias coletivas, uma vez que no caminho se constroem as possibilidades de resistir.

Dessa forma, a PNH busca um permanente processo de reinvenção dos sujeitos, das práticas em saúde e do mundo. Fomenta e alimenta-se de inventores que tomam como desafio superar os obstáculos enfrentados no processo de construção do SUS. Ao problematizar as práticas do trabalhador, a PNH visa contrapor o discurso hegemônico na saúde, potencializando e criando espaços de trocas onde pessoas com valores, saberes, hábitos, desejos, interesses e necessidades diferentes encontrem, conjuntamente, saídas para os problemas do cotidiano.

Com isto, é importante salientar que a assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids deve considerar a singularidade desses sujeitos, sua complexidade, subjetividade, vulnerabilidade e sua inserção sociocultural no ambiente em que vivem, fatores sociodemográficos, bem como a adesão e satisfação relativas aos serviços de saúde (SOARES et al., 2014). A questão da saúde bucal dessas pessoas é um dos fatores que, tanto interferem em todos esses contextos, como também são influenciados pelos mesmos, o que indica a complexidade do fenômeno em questão.

Sendo assim, tornou-se necessário buscar reflexões teóricas que fossem capazes de contribuir para a compreensão da complexidade do fenômeno estudado. Para tanto, pudemos contar com as contribuições de Ayres (2001) que nos ajudou a abordar a questão do cuidado para além dos aspectos meramente técnicos ou biomédicos. Esse autor nos fez refletir que, a atenção dada no atendimento em saúde deve levar em conta a subjetividade dos envolvidos, para além de uma concepção positivista tradicional, visando, inclusive, um paradigma de

felicidade. Cabe também, deixar claro que o intuito dessa reflexão não foi ir contra a ciência tecnicista, mas sim a retomada e valorização de outros tipos de sabedoria na construção de uma saúde realmente profícua, como os conhecimentos acadêmicos da filosofia, do direito e das ciências humanas, às diversas sabedorias práticas transmitidas nas tradições culturais.

Através dos subsídios teóricos propostos por Ayres (2001) foi possível observar que cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para se cuidar da saúde de alguém tem que se considerar e construir projetos, tem que se 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 ali em questão. O cuidado precisa se expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Portanto, o cuidado, em uma nova perspectiva da saúde, abrange ao mesmo tempo a epistemologia, a cientificidade, a filosofia e a ética. Assim, o profissional de saúde, que está diante das transformações do mundo moderno, 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, através do elo entre o cuidador e o ser cuidado, como uma atitude de humanidade.

O presente trabalho é, portanto, um relato de uma trajetória que teve repercussões pessoais transformadoras, na qual um profissional de uma área supostamente “técnica” ousou colocar-se diante dos pacientes de forma franca e, assim, teve que construir a capacidade de “ouvir o que a boca dos sujeitos realmente diz” sobre seu ponto de vista, para além do que um cirurgião-dentista está acostumado a “ver”, ou seja, a boca em si, como um órgão palpável. Assim, o relato desse trabalho pretende promover uma reflexão 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, temática central de nosso interesse.

Com isto, a Política Nacional de Humanização da Saúde (BRASIL, 2007) tem como uma de suas diretrizes a construção de processos dialógicos que permitem dar passagem aos interesses, necessidades e desejos dos sujeitos que habitam esta relação, sem o que não é possível a construção de processos de corresponsabilização. Assim, a Política Nacional de Humanização da Saúde se apresenta como um importante marco de referência para a construção de práticas de saúde que efetivamente respeitem o cidadão em seus valores e necessidades, que visem à construção de alternativas de enfrentamento dos desafios que a saúde tem pela frente e

que considerem as diferenças e singularidades. Trata-se de uma proposta quanto a um modo de fazer que coloca sujeitos em contato para se afetarem mutuamente, para produzirem acordos que nos transformem a cada dia em uma sociedade mais justa e fraterna, tendo um compromisso com a democratização das relações de trabalho e a valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de Educação Permanente em Saúde, por exemplo.

Pudemos assim nesta pesquisa aprofundar a concepção sobre o ato educativo, a partir das reflexões propostas por Freire (2005), nas quais se explicita que educar não pode ser o ato de depositar ou de narrar ou de transferir, ou ainda, de transmitir conhecimentos e valores aos educandos como no modelo tradicional de educação, mas um ato cognoscente, cedendo lugar para a educação problematizadora, que sugere a superação da contradição educador-educandos. Tal modelo de educação pode ser referido como modelo dialógico, por ser o diálogo seu instrumento essencial. Sendo assim, o modelo dialógico de educação em saúde visa a construção coletiva do conhecimento, proporcionando aos indivíduos uma visão crítica-reflexiva da sua realidade, corresponsabilizando-o e capacitando-o para a tomada de decisões.

Ceccim et al. (2008) propõem um novo domínio de conhecimento que seria caracterizado por uma implicação singular do ensino com cidadania, permitindo a travessia de fronteiras entre educação e saúde pela via da Educação Permanente em Saúde. Segundo Lopes et al. (2007) a Educação Permanente em Saúde foi construída como instrumento para transformar o profissional de saúde em um profundo conhecedor da sua realidade local. Nessa linha de pensamento, Peduzzi et al. (2009) entendem que a Educação Permanente em Saúde pode ser estratégica para a recomposição das relações entre a população e os trabalhadores. A principal ideia da Educação Permanente em Saúde é a integração entre o universo do trabalho e do ensino, onde as ações e decisões coletivas fundamentadas em práticas problematizadoras têm por base a aprendizagem deslocada para o ambiente de serviço. Nesse sentido, o principal benefício da Educação Permanente em Saúde nos serviços está ligado à existência de diálogo em rodas de conversa, constituídas por grupos de discussão formados por profissionais de instituições de saúde, com afirmações positivas relacionadas ao comprometimento com o trabalho, fortalecimento da integração ensino-serviço, preparando o profissional por meio do desenvolvimento da capacidade crítica, criativa e postura pró-ativa (MICCAS, 2014).

Visto isso, a trajetória dessa pesquisa nos mostrou que existe um primeiro movimento que deve ser dado em direção aos cirurgiões-dentistas, em especial aos cirurgiões-dentistas que trabalham na área de IST/Aids. Optou-se, então, por construir uma ação educativa sob os preceitos da Educação Permanente em Saúde, como uma forma de promover uma experiência

na qual os mesmos poderão empreender uma reformulação de seus paradigmas, ouvindo o que os usuários têm a dizer e, assim, possibilitando ações de educação que irão reverberar e afetar tanto os cirurgiões-dentistas quanto as pessoas que vivem com HIV/Aids.

3 - OBJETIVOS

- Apresentar uma revisão de aspectos importantes no cuidado em saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids.
- Apresentar os resultados da pesquisa aos profissionais de odontologia em geral, especialmente aos profissionais que atendem pacientes vivendo com HIV/Aids, com o intuito de permitir uma reflexão sobre suas práticas cotidianas, dificuldades e limitações de seu trabalho.
- Permitir a construção de práticas assistenciais/educativas que contemplem as necessidades singulares desses sujeitos, para além da perspectiva tradicionalmente adotada nesse campo de saber.

4 - METODOLOGIA

Será realizada uma capacitação dividida em duas partes. Na primeira parte será realizada uma revisão de alguns aspectos importantes no cuidado em saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids, conforme descrito a seguir:

Revisão de aspectos importantes no cuidado em saúde bucal de PVHA

- 1 – A epidemiologia do HIV/Aids
- 2 – A saúde geral das pessoas que vivem com HIV/Aids
- 3 - A saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids
- 4 – Acidentes perfuro-cortantes e a profilaxia pós-exposição ao vírus HIV

Material: Computador com Power Point, Laser Pointer

Tempo previsto: 4 horas (aproximadamente 1 hora para cada item)

Justificativa/objetivos: Introdução teórica aos participantes da capacitação.

Proposta: Apresentação de alguns aspectos importantes no cuidado em saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids em Power Point.

Na segunda parte da capacitação será realizada uma oficina problematizadora temática, conforme descrito a seguir:

Oficina problematizadora sobre o cuidado em saúde bucal de PVHA

Etapas propostas para a Oficina

- 1 – Apresentação da proposta da oficina. Apresentação dos integrantes da equipe e dinâmica de boas-vindas (apresentação dos participantes)

Material: Papel e caneta.

Tempo previsto: 30 minutos

Justificativa/objetivos: Apresentação dos participantes e uma primeira impressão sobre a dificuldade de se analisar a percepção e a subjetividade das pessoas.

Proposta: Será solicitado aos participantes que cada um faça um pequeno texto ou um desenho de si mesmo. Após isso, solicite que dobrem o papel e misturem. Isto feito, sorteie os papéis, fazendo com que cada um descubra quem é quem, se apresentando logo em seguida.

2 - Apresentação de situações do cotidiano do profissional em odontologia e IST/Aids para discussão.

Material: Partes dos diários de campo, das falas dos grupos focais e entrevistas da pesquisa “QUANDO A BOCA FALA MAIS QUE A BOCA: a construção de uma ação educativa em saúde bucal em um ambulatório de IST/Aids na Baixada Santista – São Paulo”, impressos em papel.

Tempo previsto: 30 minutos

Justificativa/objetivos: Introdução dos participantes ao tema principal da capacitação.

Proposta: Serão distribuídos aos participantes da capacitação textos impressos de algumas situações do cotidiano do profissional em odontologia resultantes da pesquisa e solicitados para que seja feita uma leitura em voz alta.

3 – Primeiras reflexões sobre o material apresentado: discussão relacionando-o com o processo de Educação Permanente em Saúde.

Material: Flip Chart, caneta piloto

Tempo previsto: 30 minutos

Justificativa/objetivos: Discussão e anotação das primeiras impressões dos participantes da capacitação sobre o tema.

Proposta: Após a apresentação de situações clínicas do cotidiano do profissional em odontologia e IST/Aids será aberto um espaço para que sejam discutidas as opiniões, reflexões, críticas, problemas de comunicação com os pacientes, enfim quaisquer pontos que tenham relação do profissional com o seu mundo de trabalho, em especial com as pessoas que estão sob os seus cuidados, considerando-se também as frustrações profissionais/pessoais dos próprios cirurgiões-dentistas participantes da capacitação.

4 - Apresentação dos resultados da pesquisa.

Material: Computador com Power Point, Laser Pointer

Tempo previsto: 1 hora

Justificativa/objetivos: Fazer uma comparação dos dados colhidos das primeiras impressões dos participantes da capacitação com os dados da pesquisa.

Proposta: Apresentação dos resultados da pesquisa em Power Point abordando como pessoas que vivem com HIV/Aids, usuários de um serviço ambulatorial em IST/Aids da região da Baixada Santista, percebem sua saúde bucal e sua relação com o profissional de odontologia que os acompanha nesse serviço. Além disso, serão pontuados os desafios do autor no percurso da pesquisa. Após isso, abrir outro canal para discussão, comparando as primeiras impressões dos participantes da capacitação com os dados da pesquisa.

5 – Realização de um trabalho em subgrupo para que todos os participantes possam propor alternativas de intervenção.

Material: Textos sobre métodos educativos alternativos ao tradicional, cartolina, cola, papéis, garrafas plásticas, tesoura, caneta, lápis, revistas e jornais antigos, computador com internet, latas, entre outros.

Tempo previsto: 1 hora

Justificativa/objetivos: Apresentação dos métodos educativos alternativos ao tradicional para que todos os participantes possam propor alternativas de intervenção.

Proposta: Serão apresentados textos sobre métodos educativos alternativos ao tradicional, como o modelo dialógico/problematizador proposto por Paulo Freire, a fim de permitir a composição de propostas e reflexões para o aperfeiçoamento das ações em saúde bucal já existentes em seus serviços. Para isto será proposta a realização de um trabalho em subgrupo para que todos os participantes possam propor alternativas de intervenção. Cada subgrupo apresentará suas considerações para serem debatidas amplamente com todos os subgrupos. Será aberta uma discussão, correlacionando esses resultados com o cotidiano do atendimento odontológico das pessoas que vivem com HIV/Aids. Para esta discussão serão elaboradas temáticas a partir de pontos importantes dos resultados da pesquisa. Cada grupo apresentará um “produto” como resultado de suas discussões e reflexões (um documento, um cartaz, uma atividade de roll-play, um vídeo, etc).

6 – Realização de uma avaliação da capacitação por meio de um instrumento de avaliação especialmente elaborado para tal (Anexo I), sendo solicitada a colaboração dos participantes para respondê-lo.

Material: Instrumento de avaliação e caneta.

Tempo previsto: 15 minutos

Justificativa/objetivos: Avaliação da capacitação pelos próprios participantes.

Proposta: Reservar um espaço de tempo antes do encerramento da capacitação para o preenchimento do instrumento avaliador.

7 - Encerramento do encontro e confraternização.

Material: alimentos variados

Tempo previsto: 15 minutos

Justificativa/objetivos: Intensificar o encontro através de conversas “informais” finais.

Proposta: Realização de um coffee break.

5 - DADOS DO PRODUTO EDUCACIONAL

Produto técnico da dissertação: Realização de uma capacitação para discutir a saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Nome do Produto: “QUANDO A BOCA FALA MAIS QUE A BOCA: Uma capacitação para cirurgiões-dentistas no cuidado das pessoas que vivem com HIV/Aids”.

Público-alvo: profissionais de odontologia em geral, especialmente aos profissionais que atendem pessoas vivendo com HIV/Aids.

Número de participantes: 16 pessoas

Cronograma: será realizado um encontro com duração de 8 horas, em dia e horário a combinar com o equipamento de saúde.

6 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO

Nome do participante:

Data:

Instituição:

Formação:

Os temas abordados na capacitação já eram de seu conhecimento? SIM NÃO

Os temas foram apresentados de forma clara e de fácil compreensão? SIM NÃO

Suas expectativas para a atividade como um todo foram satisfeitas? SIM NÃO

Você pretende fazer uso das informações/experiências aprendidas nessa capacitação?
SIM NÃO

De que forma?

Sendo 1 (muito ruim), 2 (ruim), 3 (regular), 4 (bom), 5 (muito bom), avalie com relação:

Aos membros da equipe de capacitação	1	2	3	4	5
Pontualidade	1	2	3	4	5
Quanto ao conteúdo	1	2	3	4	5
Qualidade dos materiais didáticos	1	2	3	4	5
Os recursos audiovisuais	1	2	3	4	5
Às dinâmicas grupais	1	2	3	4	5
Consideração sobre a carga horária	1	2	3	4	5
Compatibilidade entre objetivos e proposta de intervenção	1	2	3	4	5
Qualidade das instalações	1	2	3	4	5

Sugestões:

Observações/comentários:

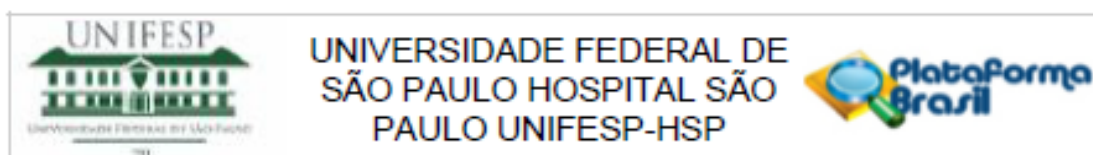
Atribuindo uma nota de zero a dez, sendo zero a pior nota e dez a melhor nota, como você avaliaria essa capacitação como um todo? Nota: _____

7 - REFERÊNCIAS

- AYRES, J.R.de C.M. Sujeito, intersubjetividades e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.63-72, 2001.
- BARROS, R.B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Bol. Epidemiol. Aids DST**. v.4, n.1, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. *Documento Base*. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- CECCIM, R.C.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v.6, n.3, p.443-456, 2008.
- DAMLE. S.G.; JETPURWALA, A.K.; SAINI, S.; GUPTA, P. Avaliação da condição de saúde bucal como um indicador de progressão da doença em crianças com HIV positivas. **Pesq. Bras. Odontopediatria Clínica Integrada**, v. 10, n. 2, p.151-156, 2010.
- EC-Clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO collaborating center on oral manifestations of the immunodeficiency virus. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. **J. Oral Pathol. Med.**, v. 22, n.7, p. 289-291, 1993.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 46ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- LOPES, S.R.S.; PIOVESAN, E.T.A.; MELO, L.O.; PEREIRA, M.F. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunic. Ciênc. Saúde**, v.18, n.2, p.147-155, 2007.
- MACHADO, F.C.; SOUZA, I.P.R. de; TURA, L.F.R.; CASTRO, G.F. Adesão a um programa de atenção à saúde bucal para crianças e adolescentes infectados pelo HIV e atitude dos responsáveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.6, p.1851-1857, 2008.
- MADIGAN, A.; MURRAY, P.A.; HOUP, M.; CATALONOTTO, F.; FEURMAN, M. Caries experience and cariogenic marker in HIV – positive and their siblings. **Pediatr. Dent.**, v.18, n.2, p.129-136, mar./apr., 1996.
- MICCAS, F.L; BATISTA, S.H.S.S. . Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.1, p.170-185, 2014.
- PEDUZZI, M.; DEL GUERRA, D.A.; BRAGA, C.P.; LUCENA, F.S.; SILVA, J.A.M. 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 – Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.30, p.121-134, 2009.
- SENNA, M.I.B.; GUIMARÃES. M.D.C.; PORDEUS, I.A. Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p.217-225, jan./fev., 2005.

SOARES, G. B. et al. Oral health status of people living with HIV/AIDS attending a specialized service in Brazil. **Spec. Care Dentist**, Chicago, v. 34, n. 4, p. 176-184, 2014.

ANEXO I



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS COMO PARTE DO PLANEJAMENTO DE AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL DE UM AMBULATÓRIO DE DST/AIDS NA BAIXADA SANTISTA, SÃO PAULO.

Pesquisador: Karina Franco Zihlmann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49722115.4.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.290.553

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 1134/2015 Pessoas vivendo com HIV/AIDS possuem uma saúde bucal bastante vulnerável, devido às características próprias da doença. No ambulatório de DST/AIDS de Santos, apesar dos esforços do serviço de odontologia, há uma depreciação vigente em relação à saúde bucal por parte de alguns pacientes, que convivem com a saúde bucal precária, o que é particularmente muito prejudicial para pessoas que vivem com

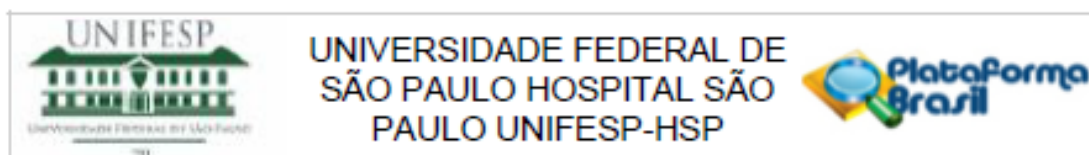
HIV/AIDS. Esta pesquisa tem como objetivo investigar a percepção de saúde bucal das pessoas vivendo com HIV/AIDS adultos deste serviço, visando um planejamento de ações educativas mais efetivas para elevar as condições de saúde bucal dessa população. Uma hipótese é de que as ações educativas em saúde bucal das pessoas vivendo com

HIV/AIDS adultos do ambulatório de DST/AIDS de Santos são pouco efetivas. Outra hipótese é de que há um baixo valor atribuído à saúde bucal por uma parte dos usuários. Espera-se que, com um diagnóstico mais profundo em relação à saúde bucal desses pacientes, através do método da observação participante de pesquisa qualitativa, se planeje ações educativas mais efetivas.

Objetivo da Pesquisa:

-Objetivo Primário: Investigar a percepção de saúde bucal de pessoas vivendo com HIV/AIDS adultos, usuários de um serviço ambulatorial em DST/Aids da região da Baixada Santista, visando

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.290.553

um planejamento de ações educativas efetivas. - Objetivo Secundário: Conhecer e analisar experiências/vivências de pessoas vivendo com HIV/AIDS adultos, usuários de um serviço ambulatorial de DST/Aids, em relação à sua saúde bucal. Construir, a partir dos discursos dos sujeitos usuários do serviço, possíveis ações para fomento de comportamentos de prevenção em saúde bucal, considerando os significados que pessoas vivendo com HIV/AIDS adultos atribuem à sua saúde bucal. Produzir conhecimento, material informativo e ações interventivas com intuito de oferecer suporte ao planejamento de ações educativas em saúde bucal de pessoas que vivem com HIV/AIDS adultos de um serviço ambulatorial em DST/AIDS da região da Baixada Santista.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-Riscos: Baixo risco, pois há a possibilidade de que os participantes se sintam constrangidos com alguma questão, entretanto, esse tipo de situação deve ser manejada pelo pesquisador. Não há nenhum procedimento invasivo.

-Benefícios: Produção de conhecimento e ações de intervenção para melhora da saúde bucal de pessoas vivendo com HIV/Aids

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

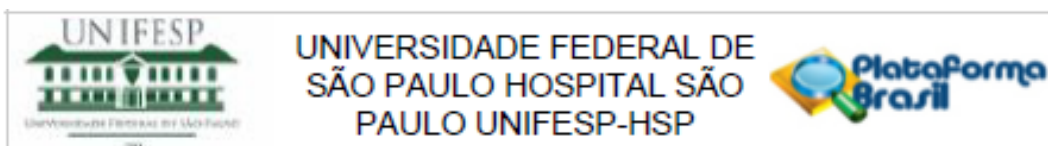
Trata-se de estudo com o objetivo acadêmico de Mestrado, vinculado ao Departamento de gestão e Cuidados em Saúde, Campus Baixada Santista, com orientação da profa. Karina Franco Zihlmann. Aluno: GUSTAVO BARBOSA

PAROLA

TIPO DE ESTUDO: Para investigar a percepção de saúde bucal de pessoas vivendo com HIV/AIDS adultos usuários de um serviço ambulatorial em DST/Aids da região da Baixada Santista optou-se por uma abordagem qualitativa de pesquisa, articulando-se várias estratégias para obtenção e análise dos dados.
LOCAL: O local onde se realizarão os grupos focais será no próprio ambulatório do serviço de DST/AIDS de Santos, em sala reservada.

PARTICIPANTES: Os participantes da pesquisa serão 10 (dez) usuários vivendo com HIV/AIDS adultos do ambulatório do serviço de DST/Aids de Santos, que serão convidados de forma voluntária e não remunerada a participarem da pesquisa nos dias em que estiverem sendo

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.290.553

consultados pelo serviço de odontologia.

-Critério de Inclusão: Pacientes soropositivos para HIV/Aids do ambulatório de DST/Aids, maiores de 18 anos, em acompanhamento odontológico especializado na unidade.

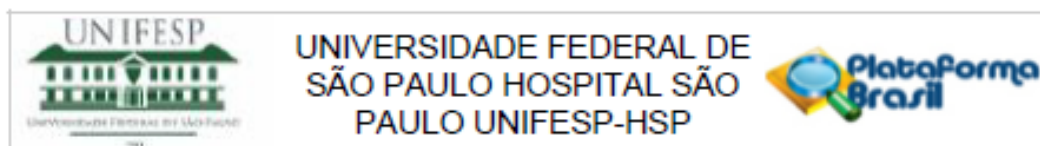
-Critério de Exclusão: Sujeitos que não forem usuários do serviço de odontologia

especializado e menores de 18 anos
PROCEDIMENTOS: Para a obtenção dos dados desta pesquisa, além da observação participante e da pesquisa documental (prontuário e fichas odontológicas), serão realizados encontros na forma de grupos focais (entrevista aberta grupal) e entrevistas semiestruturadas com um roteiro temático com cada participante dos grupos focais. -A pesquisa de documentos como, prontuário e fichas clínicas odontológicas dos pacientes, na busca de informações objetivas, visa permitir o acesso a elementos que sirvam de apoio às outras estratégias. Em relação ao tamanho da amostra, trata-se de uma amostra de conveniência, na qual não se observa um número definido, a priori. - Serão realizados dois grupos focais, sendo cada um destes compostos por sete sujeitos cada. A composição de membros proposta para cada grupo será: 1 (um) moderador (pesquisador responsável pela pesquisa; 1 (um) assistente (observador / cirurgião-dentista), 5 (cinco) participantes da pesquisa. A estrutura prevista para a realização dos grupos focais será: serão realizados no mínimo de 3 (três) e um máximo de 5 (cinco) encontros de cada um dos grupos com aproximadamente 1 (uma) hora de duração cada. No primeiro encontro será realizada

uma explicação geral da pesquisa, com a aplicação do TCLE e trabalhada a temática: ?o HIV e a saúde bucal?. No segundo encontro pretende-se trabalhar com a seguinte temática: ?a importância dos dentes e das gengivas?. E finalmente no terceiro e último encontro previsto será trabalhada a temática: ?a higiene bucal no cotidiano?. Se, no decorrer destes encontros, surgirem outras temáticas importantes, a partir dos discursos dos sujeitos, ou ainda, se, as presentes temáticas não forem totalmente exploradas/esgotadas, poderá haver a necessidade de existirem mais encontros, observando-se o limite máximo de 5 (cinco) encontros. Os instrumentos para a realização dos grupos focais serão: 1 (um) diário de campo para anotações de situações observadas; 1 (um) guia com tópicos norteadores de temáticas específicas para os encontros dos grupos focais (Anexo II); 1 (uma) câmera filmadora para registro do encontro (que será utilizado apenas para os propósitos dessa pesquisa). O grupo focal será norteado por um guia com temáticas específicas (Anexo II), entretanto essa técnica permite a inclusão de outras temáticas relevantes que poderão

surgir no decorrer do encontro. Os diários de campo serão compostos por anotações sobre

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.290.553

informações que guardem relação com a pesquisa. -Ao término dos encontros dos grupos focais, serão selecionados, a partir destes, 2 (dois) sujeitos para uma entrevista semiestruturada individual, que será realizada em um local privado. O objetivo dessa entrevista será a obtenção de novas informações ou o aprofundamento de dados colhidos na pesquisa. Essas entrevistas serão norteadas um roteiro temático.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; TCLE 2- outros documentos: -

carta de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (PASTA: Outros - Submissão 1 : Documento:

Autorizacao_Gustavo_Parola.pdf) - cadastro CEP/UNIFESP (PASTA: Outros - Submissão 1 : Documento: CEP_UNIFESP_assinado.pdf)

Recomendações:

Favor atentar ao fato de que, se o projeto tem objetivo acadêmico de mestrado, o pesquisador principal deve ser o aluno e não a orientadora. Assim, se o projeto tem realmente o objetivo acadêmico Mestrado, (do aluno GUSTAVO

BARBOSA PAROLA), após a aprovação do projeto, será necessário alterar o nome do pesquisador principal na Plataforma Brasil (para isso, acessar a Plataforma, perfil pesquisador, na aba superior a esquerda, clicar em "Cadastro" - "solicitação de alteração de pesquisador responsável").

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada Consta

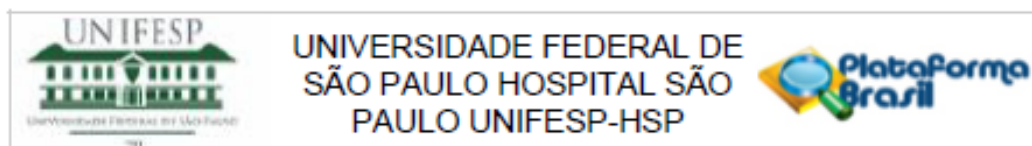
Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios semestrais (no caso de estudos pertencentes à área temática especial) e anuais (em todas as outras situações). É também obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_578238.pdf	30/09/2015 13:40:56		Aceito
Outros	Autorizacao_Gustavo_Parola.pdf	30/09/2015	Karina Franco	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.290.553

Outros	Autorizacao_Gustavo_Parola.pdf	13:16:48	Zihlmann	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	05/09/2015 15:41:44	Karina Franco Zihlmann	Aceito
Outros	CEP_UNIFESP_assinado.pdf	05/09/2015 15:40:19	Karina Franco Zihlmann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa_completo.pdf	26/08/2015 09:05:44	Karina Franco Zihlmann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anexo_1_TCLE.pdf	26/08/2015 09:05:23	Karina Franco Zihlmann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 21 de Outubro de 2015

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-051
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com

ANEXO II



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 28 de outubro de 2015.

Ilma. Sra.

Pesquisadora: Karina Franco Zihlmann
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Ref.: Projeto CAAE 49722115.4.0000.5505

Projeto de pesquisa "PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS COMO PARTE DO PLANEJAMENTO DE AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL DE UM AMBULATÓRIO DE DST/AIDS NA BAIXADA SANTISTA, SÃO PAULO."

Prezado(a) Pesquisador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU E APROVOU** a solicitação de troca de investigador principal.

NOVO PESQUISADOR : Gustavo Barbosa Parola – CPF: 246.007.668-14

Atenciosamente,

Prof. Dr. Miguel Roberto Jorge
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
UNIFESP/HSP

Prof. Dr. Miguel Roberto Jorge
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

ANEXO III

30/09/2015

Autorização Gustavo Parola.jpg (1653x2338)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
Estância Balneária
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Santos, 28 de setembro de 2015.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Coordenadoria de Formação e Educação Continuada, em Saúde, concorda que o pesquisador Gustavo Barbosa Parola realize a pesquisa "Percepção de saúde bucal de pessoas vivendo com HIV/AIDS como parte do planejamento de ações educativas em Saúde Bucal de um ambulatório de DST/AIDS na Baixada Santista - São Paulo", após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.


Everton Lopes Rodrigues
Coordenador de Formação e Educação Continuada
COORDM-SMS