

## Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil

Inequality and damaged teeth: oral sequelae from living in poverty in the Dendê community, Fortaleza, Ceará, Brazil

Thiago Pelúcio Moreira <sup>1,2</sup>

Marilyn Kay Nations <sup>1,3</sup>

Maria do Socorro Costa Feitosa Alves <sup>2</sup>

### Abstract

*This anthropological study focuses on the experience of dental disease in the context of poverty in Northeast Brazil. For six months in 2004, ethnographic interviews, narratives, and participatory observation were conducted with 31 residents of the low-income Dendê neighborhood in Fortaleza, Ceará, and the results were analyzed using a hermeneutic-dialectic method. Precarious living conditions make healthcare a difficult priority. Even when individuals experience acute toothache, seeking dental care is perceived as a "luxury" rather than a citizen's right. Difficult access to services and poor-quality restorations favor tooth extraction as the most effective intervention. Local residents complain about their deteriorating oral health and seek help from substandard clinics, patronizing politicians, and traditional healers. In this context, dental disease differs according to social class, leaves the sequelae of inequality, jeopardizes self-esteem, and hinders social inclusion. Dealing with such inequality requires a deeper understanding of the social determinants of health, reducing injustices in access to quality care, eliminating stigma, and empowering community members to confront the structural forces affecting their lives.*

*Oral Health; Social Conditions; Cultural Anthropology; Health Services Accessibility*

### Introdução

A apropriação desigual das riquezas tem reflexos importantes no setor saúde. A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) <sup>1</sup> recentemente declarou que as iniquidades em saúde são a doença mais grave no Brasil, pois a má distribuição de renda desgasta o capital social, ou seja, as relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos.

Modificações de indicadores da população brasileira nas últimas décadas expressam, por exemplo, aumento na expectativa de vida e redução acentuada nas taxas de mortalidade infantil e mortalidade por doenças infecciosas. Tal transição sugere melhoria eqüitativa, porém deu-se de forma desigual na população <sup>2</sup>. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) <sup>3</sup>, o decil das famílias de maior renda *per capita* chega a 43 vezes mais que o decil daquelas de mais baixa renda. Ou seja, de acordo com Greco <sup>4</sup> apenas o 1% mais rico detém riqueza superior a 50% da população brasileira.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) <sup>5</sup> mapeou focos de desigualdades nas regiões brasileiras e alguns dados impressionam: as crianças do Norte e Nordeste têm quatro vezes mais risco de morrer antes do primeiro ano; jovens entre 12 e 17 anos têm 16 vezes mais chances de não se alfabetizarem. Apesar de pouco estudada nos países em desenvolvimento, a influência da desigualdade sócio-econômica na

<sup>1</sup> Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil.

<sup>2</sup> Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

<sup>3</sup> Harvard Medical School, Boston, U.S.A.

#### Correspondência

T. P. Moreira  
Universidade de Fortaleza.  
Rua Tomaz Acioli 320,  
apto. 202, Fortaleza,  
CE 60135-180, Brasil.  
tpelucio@unifor.br

saúde bucal é semelhante à dos países desenvolvidos. Comunidades com grande desigualdade apresentam mais problemas de saúde bucal, independentemente da sua riqueza como um todo. Ou seja, a desigualdade não afeta somente o indivíduo ou família que está em privação e não é superada pela simples melhoria do nível de pobreza<sup>6</sup>. Como agravante, a falta da viva voz da comunidade frente às instituições do Estado gera grande vulnerabilidade, uma “pobreza” além da ausência de bens materiais<sup>1</sup>.

A condição bucal não permite apenas um registro quantitativo, mas possui também uma história vivida. Pessoas pobres, com baixa escolaridade e menor inserção no mercado de trabalho carregam marcas dentárias que exprimem uma realidade objetiva, e outra subjetiva, velada, pouco estudada nos aspectos fundantes. Essa condição bucal desfavorável reforça o estigma do portador e amplifica sua exclusão<sup>7</sup>. Ao olhar para alguém e perceber dentes cariados, prótese desgastada ou fístula externa de abscesso pode-se já identificar concepções que norteiam a forma pejorativa de se relacionar com este indivíduo<sup>8</sup>.

Este artigo objetiva estudar a relação entre condição de vida e saúde bucal a partir das narrativas dos moradores de uma comunidade pobre no Nordeste brasileiro. Procura-se identificar interfaces entre as desigualdades e a experiência vivida pela população na sua história do processo saúde-doença bucal e acesso aos serviços.

A dimensão da experiência empregada foi baseada em Kleinman<sup>9</sup> e Alves & Rabelo<sup>10</sup>, que enfatizam uma interpretação fenomenológica. Busca-se, ao privilegiar o estudo da experiência, superar dicotomias de compreensão da realidade social e de saúde da população, recuperando a dimensão vivida da cultura.

### Desigualdades sociais e saúde bucal

O Projeto SB Brasil analisou as condições de saúde bucal da população brasileira: o CPO-D (índice de dentes cariados, perdidos ou obturados) médio nas idades de 12 e 15 a 19 anos foram, respectivamente, 2,8 e 6,2. Os valores foram menores para o Sudeste e Sul e maiores para o Nordeste e Centro-Oeste; estas regiões mais carentes apresentam uma maior taxa de dentes cariados e perdidos. O Norte e Nordeste possuem maior necessidade de prótese dentária<sup>11</sup>. Moysés<sup>12</sup> comparou o CPO-D aos 12 anos com o índice de desenvolvimento humano (IDH) entre Estados brasileiros em 1996, estabelecendo uma correlação entre a prevalência de cárie e a qualidade de vida.

Pesquisas demonstram que a condição de saúde-doença bucal é reflexo da renda fami-

liar<sup>13,14</sup>, renda individual<sup>15</sup>, acesso aos serviços de saúde e redes de comunicação social<sup>16</sup>. Também é observada relação da cárie com fatores como a origem étnica<sup>17</sup>, ocupação da mãe<sup>18</sup>, local de moradia<sup>19</sup>, presença de água encanada<sup>20,21</sup>, inclusão no sistema educacional<sup>22</sup> e grau instrucional dos pais<sup>23,24</sup>.

Essa desigualdade gera uma demanda no acesso aos serviços de saúde bucal além do tratamento clínico, pois, segundo Mandú<sup>25</sup>, enunciam processos mais abrangentes, como condições sociais vividas e aspectos da intersubjetividade (conflitos, sofrimentos, questões psicoafetivas etc.) não traduzidos primariamente para cuidados específicos.

Com relação ao acesso aos serviços, Gilbert et al.<sup>17</sup> relatam que crianças de famílias com baixa renda sofrem mais cáries, têm doenças mais extensas e utilizam mais os serviços para alívio da dor. Contraditoriamente, visitam o dentista menos vezes<sup>14</sup> que as crianças cujas famílias têm maior renda. Essas vão regularmente à procura do atendimento para prevenção<sup>26</sup>. É somente nos grupos de alta renda que aqueles com história de cárie visitam o dentista 67% mais que os livres de cárie<sup>27</sup>.

### **Percurso metodológico**

#### **Contexto: a vida “dura” na comunidade do Dendê**

A comunidade do Dendê, Ceará, Brasil, é um contexto “privilegiado” para investigar a desigualdade. Mais de 9.503 moradores<sup>28</sup> são compactados numa área de quatro quilômetros quadrados, invadida há 35 anos por migrantes fugindo da miséria do interior do Ceará, buscando uma vida melhor. Com muita luta, confronto com polícias e expulsões, conseguiram eletricidade finalmente em 1986. As ruas principais são bastante movimentadas com lojinhas, bares, creches, farmácias, rádio comunitária, igrejas e delegacia, mas camuflam um labirinto de becos sem saída, onde sobrevive a maioria dos moradores em pequenos casebres. Mais afastada, em área de manguezal, situa-se a “baixada”, onde moram famílias na absoluta miséria em casas de taipa na margem do poluído rio Cocó, que inunda a região na época das chuvas.

A falta de oportunidades é palpável: 27% das mães são analfabetas, em apenas 32% das famílias algum membro possuía carteira assinada, e em 10,3% nenhuma pessoa trabalhava<sup>28</sup>. De acordo com Pordeus et al.<sup>28</sup> os problemas que mais preocupam os moradores são a falta de saneamento básico, violência e o uso de dro-

gas entre os jovens. As guerras entre gangues e o apenamento dos moradores vítimas da intensa violência são divulgados com frequência nos jornais <sup>29</sup>. O acesso ao único Posto de Saúde da Prefeitura de Fortaleza é bombardeado com a demanda; a espera para atendimento faz muitos desistirem.

A miséria na *vida dura* do Dendê amplifica-se com o contraste desigual da opulência de um dos mais ricos bairros de Fortaleza, capital do Ceará, de 2.332.657 habitantes <sup>30</sup>. Aqui o lixo e o luxo se misturam. A poucos quarteirões do manguezal da “baixada” se encontra uma das principais avenidas com grandes *shoppings*, revendedoras de carros importados, apartamentos de luxo, lojas de *design*, restaurantes chiques e uma universidade privada, onde moradores do Dendê cadastrados são atendidos por universitários gratuitamente no curso de Odontologia.

### **Coleta, análise e interpretação de dados**

Dentre os métodos qualitativos <sup>31</sup>, os dados foram coletados por meio de entrevistas etnográficas abertas com informantes-chave, narrativas de experiências vividas com problemas dentários e observação participante <sup>32</sup>. No período de março a agosto de 2004, 31 informantes-chave foram identificados e visitados em múltiplas ocasiões nas suas residências. A visita inicial objetivou estabelecer elos de confiança e explicar o motivo da investigação. É comum o medo de receber “estranhos” para dar depoimentos e gravar entrevistas, pois pode gerar alguma retaliação violenta das gangues locais. Dos 31 informantes que concordaram em participar, vinte permitiram a gravação completa da entrevista; os demais consentiram que os dois pesquisadores realizassem anotação detalhada da conversa no diário de campo. O número de entrevistas foi definido através da saturação teórica das categorias, ao estudar diferentes grupos sociais que compõem o Dendê, como trabalhadores, donas-de-casa, estudantes, idosos etc., abrangendo entrevistados dos 27 aos 61 anos <sup>31,33</sup>.

A entrevista etnográfica aberta não requer <sup>31,34</sup> a elaboração de um roteiro, pois a investigação narrativa partiu de uma pergunta geradora do tópico central da pesquisa, que conforme outros autores, pode ser: *Como começou este problema?* <sup>35</sup> ou *O que aconteceu?* <sup>32</sup>. Neste estudo, foi utilizada a pergunta: *Como você cuida dos seus dentes?*, para aprofundar o objetivo proposto. Em momento oportuno, os informantes foram incentivados a narrar sua experiência vivida. A narrativa é uma técnica utilizada na antropologia médica como meio de acesso à reconstrução da experiência da doença. Segundo Lira et al. <sup>34</sup>

(p. 62): “Quando as pessoas narram suas experiências, podem não só relatar e recontar essas experiências e os eventos, sob um olhar do presente. Elas podem também projetar atividades e experiências para o futuro (...). Através da narrativa as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma seqüência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social”.

Constata-se que a investigação narrativa permite um entendimento maior da realidade estudada, resultando na avaliação completa dos problemas como vivenciados no real <sup>36</sup>. Jovchevitch & Bauer <sup>37</sup> estabelecem critérios metodológicos para obter narrativas a partir da explicitação do tópico central da pesquisa, que deve fazer parte da experiência do informante, com significância pessoal e comunitária; enfatizam que o tópico central deve ser amplo, permitindo ao informante desenvolver uma história longa, que seja objetiva mas com liberdade para mencionar detalhes de acordo com sua experiência pessoal <sup>35</sup>.

A observação participante foi do tipo livre e registrada em diário de campo. Com abordagem antropológica, permitiu acumular informação para contextualizar o comportamento da população estudada <sup>38</sup>, captando da realidade as áreas da ação só conhecidas ao serem observadas no decorrer de uma atividade.

As entrevistas etnográficas e narrativas foram transcritas, categorizadas, codificadas e juntamente ao conteúdo das observações participantes, analisadas pelo método hermenêutico-dialético <sup>31</sup>. Emergiram da análise 108 categorias empíricas, que foram agrupadas em quatro categorias analíticas estruturantes dos resultados (condições de vida, saúde bucal e saber popular, acesso aos serviços de saúde bucal e marcas bucais das desigualdades sociais). Para construir a Tabela 1, um resumo dos achados foi comparado em quatro aspectos – problemas comuns sofridos, estratégias para aliviar a dor de dente, tratamento utilizado e métodos de prevenção de cáries dentárias – com o padrão de tratamento odontológico descrito na literatura biomédica <sup>39</sup>.

Aos participantes foi garantido anonimato, utilizando-se nomes fictícios e propondo-se termo de consentimento, conforme o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, aprovado em 9 de julho de 2002.

Tabela 1

Problemas dentários e ações terapêuticas relatadas por moradores da comunidade do Dendê (“dente de pobre”), comparados ao padrão de cuidado odontológico oferecido aos pacientes de elevado padrão sócio-econômico (“dente de rico”). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2006.

	“Dente de pobre”	“Dente de rico”
Problemas comuns	Dente fraco de nascença; dente estragado/dente “pôdi”; queixo estourado; estrelinha caída; piorréia/dente mole; banguela/boca véia murcha; perereca solta/ maltrata a gengiva; ferida na boca	Sensibilidade dentinária; manchas e descolorações; apinhamento dentário; dente incluso
Aliviar a dor de dente	Rezar no dente para Santa Apolônia; remédios caseiros (óleo da quenga do coco, chá da casca do cajueiro azedo etc.); corrosivos (solução de bateria, cachaça, perfume etc.); medicamentos populares (“um minuto”, “passa já”, pedra-umes)	Anestesia tópica; prescrição de medicamento alopático; tratamento de canal
Tratamento	Arrancar o dente estragado; amarrar o dente mole com fio de aço; tampar buraco com a massinha; colocar chapa	Extração de dentes inclusos; aparelho ortodôntico; clareamento dental; prótese e implantes dentários
Prevenção	Limpeza com raspa de juá; escovar com carvão e sal	Limpeza com ultra-som; aplicação de flúor; aplicação de selante

## Resultados e discussão

### Condição de vida precária e saúde bucal

A população do Dendê enfrenta dificuldades no árduo cotidiano, as quais influenciam seus cuidados dentários: longa jornada de trabalho em subempregos, falta de dinheiro, violência etc. A líder comunitária Fátima, 45 anos, explica que muitas mulheres sustentam suas famílias como diaristas para ir “*batalhar na rua o pão de cada dia*”. Fátima simpatiza com essas *guerreiras*: “*Tem várias mães-de-família aqui que sai, vai trabalhar e as crianças ficam em casa sozinhas. A diarista não tem como pagar uma pessoa para ficar com os filhos*”. Mais difícil é ter energia depois dessa *luta diária* para supervisionar a escovação do filho ou perder o dia de trabalho para ir ao dentista. Sem dinheiro, o cuidado dentário complica. De acordo como o Projeto SB Brasil<sup>11</sup>, 40% dos brasileiros não possuem uma escova ou creme dental. Uma senhora idosa, com um doloroso abscesso, chora na fila do posto de saúde: “*Só tem amparo pra quem tem dinheiro na hora (...) o pior é que não tenho. Ah! Meu Deus, coisa para sofrer é pobre!*”.

A violência nesse bairro urbano – ameaça de gangues, medo de bala perdida e estupro – inibe o movimento livre na comunidade, principalmente daqueles percebidos como mais vulneráveis: criança, moça, mulher e idoso. Para alguns serviços de saúde, tem de sair cedo, ainda escuro, passando por *pontos perigosos* para conseguir a consulta. Faz tempo que Graça, 12 anos, não vai

ao dentista, apesar da forte dor de dente. Seu pai está doente e não pode acompanhá-la até o posto de saúde. Ele tem medo que “*um vagabundo mexa*” com sua filha, se for sozinha. Melhor, pensa ele, que a filha fique *guardada* em casa com um *dente estragado* do que ficar *desonerada* sem dor.

Convivendo nesse entorno, a maioria dos informantes concebe a doença não pela consequência física, mas pelos determinantes sociais. Francisco, 76 anos, rezador, aponta a precária condição de moradia como fonte do problema de saúde da vizinha idosa: “*A doença dela é nervo, tá com medo que a casa caia por cima dela. Chamei o presidente da comunidade e disse: olhe vamos ajudar essa pobre que ela tá morrendo não é de gastrite, mas do nervoso*”. A vivência do adoecimento<sup>40</sup> nessa condição é experienciada como *sickness*<sup>41</sup>, reflexo da desigualdade social e privação econômica que formam a *dureza da vida*, uma violência ao seu modo de (sobre)viver<sup>42</sup>.

Para os moradores do Dendê, o termo adoecer envereda para a subjetividade do sujeito, entendimento do saber popular mais amplo que uma mera patologia (*disease*), como percebe o profissional de saúde<sup>9,40</sup>. O rezador Francisco fala acima da inata vivência do sofrimento, ou enfermidade (*illness*), que conjuga valores e expectativas individuais e coletivas de pensar e agir<sup>9,43</sup>. Nas falas, a dor é vista como uma interrupção do decurso natural da vida<sup>44</sup>, e não somente no aspecto fisiológico: “*A pessoa que cuida dos dentes desde criança é difícil adoecer de dor de dente, quando tá sentindo faz o tratamento*” (grifo nosso).

Dessa forma, a autoproclamação de saúde pode existir junto da doença (*disease*) diagnosticada pelo dentista, a depender das formas particulares de percepção da realidade<sup>45</sup>. Era comum encontrar entrevistados com vários dentes cariados, mas diziam *estar satisfeitos* com a saúde bucal, só atentando para o corpo quando suas atividades essenciais, como o trabalho para se sustentar, não podem ser continuadas<sup>46</sup>. Ao contrário, segundo Gadamer<sup>47</sup>, quando não há ruptura no fluxo da vida, o corpo fica silencioso mesmo na doença. É o caso de Lucilene, 28 anos, que lamenta: “*Só deixo de trabalhar para levar no médico em caso de doença grave. Dor de dente não mata!*”. Devido às múltiplas demandas da vida, só é possível lembrar do corpo junto de sintomas aflitivos. Francisca, 57 anos, vendedora de verduras, explica: “*Na luta, eu nem vi o dente estragando, só quando tava doendo (...) aí, fui logo cuidando!*”.

Por conta desse “silêncio” dos sintomas, dados da *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios* (PNAD) de 1998<sup>30</sup> alegam que os pobres tendem a adoecer menos que os ricos, um resultado difícil de acreditar no Nordeste. Entretanto, esse levantamento utilizou indicador de saúde auto-relatada, e não uma avaliação clínica, o que levou à subestimação de doenças entre a população mais pobre e vulnerável. Além disso, a falta de fácil acesso a serviços aprofunda o desconhecimento do seu verdadeiro estado de saúde<sup>48</sup>. O reconhecimento da cárie nos casos de intensa dor encontra acesso precarizado e de baixa resolutividade. Assim, não é surpreendente que a população extraia o dente doloroso, em vez de acatar procedimentos mais conservadores, como ressalta essa dona-de-casa, 33 anos: “*Eu tava sentindo dor nos meus dentes tudinho, não tava agüentando mais não (...) queria arrancar logo meu dente, queria ver logo livre (...) até mesmo você se obriga a tirar um dente que pode ser tratado!*”.

#### **Acesso desigual: o itinerário da cura na pobreza**

Os moradores encontram enormes barreiras, desde a privação sócio-econômica e corrupção política até a falta de humanização dos serviços. O prático José, 32 anos, aponta a injustiça que o pobre sofre para ser atendido: “*Pra visitar o dentista precisa uma ficha (...) se for de graça a gente vai, mas tem que esperar. Acha que o rico fica na fila? Só se for fila de banco (...) e se o funcionário do banco conhece, pronto, passa logo na frente!*”.

Ir ao dentista tratar o dente – em vez de arrancá-lo – é percebido como *um luxo*, uma ação supérflua, não um direito do cidadão. Diante

de problemas graves como fome, alcoolismo, “nervos”, diabetes etc., *o dente estragado*, neste momento, é relegado para segundo plano. Talvez não seja que *o dente não é importante* como Ronaldo, professor, inicia falando, mas extrair se torna a maneira de fácil acesso para aliviar a dor, como sugere na sua última frase: “*Eu vejo que o dentista ainda é um luxo, que o dente não é importante. É uma coisa que eu vou sentir uma dor (...) aí, vou perder o meu dente. Pobre não pode ir ao dentista para tratar, mas pra arrancar!*”.

Para Flores & Drehmer<sup>49</sup>, a sensação de dor e a decisão de tratar ou não, estão condicionadas pela experiência de vida, fatores culturais e expectativas de resolutividade dos serviços. Para aqueles que bravamente conseguem acesso ao sistema público, encontram um modelo de atenção com pouca ênfase em práticas preventivas<sup>50,51</sup>, no qual as restaurações dentárias são realizadas com precariedade técnica, ocasionando menor durabilidade. Logo, o resultado para a população é que os dentes restaurados voltam a desenvolver cárie, ratificando na extirpação do *dente furado* a melhor solução, como enfatizam dois informantes: “*Muitas vezes a pessoa obtura ou faz o tratamento e depois volta a adoecer, e tirando (...) pronto, fica logo livre!*”. “*O dente tava bonzinho (...) aí, foi se furando. Eu não tinha ido cuidar pra obturar, aí, foi ficando com a dor. Quando fui não tinha mais jeito (...) tinha que arrancar mesmo!*”.

Contraditoriamente à experiência popular, o modelo atual de tratamento odontológico prioriza evitar ao máximo a extração, e a população que *arranca* o dente é inculpada por desleixo com sua saúde bucal, eximindo a responsabilidade dos determinantes sociais e dificuldade de acesso. Apesar da extração dentária ser considerada perigosa e evitada nas sociedades da Antigüidade Clássica, na Idade Média tornou-se o principal procedimento viável para aplacar a dor definitivamente<sup>7</sup>. Não é por acaso que a extração, em vez da *bituração*, continua tão presente na voz da Rita, 67 anos, aposentada:

“ – *É melhor tirar o dente!*”

“ – *E obturar?*”.

“ – *Mas, depois que a bituração cai (...) a dor ainda é maior!*”.

“ – *E por que cai?*”.

“ – *Às vezes é coisa mal-feita!*”.

Com a dificuldade de acesso até mesmo para esses procedimentos mutiladores, alguns moradores optam por clínicas de preços populares, em locais e horários mais convenientes: “*Por causa de tanta burocracia preferi procurar na Paróquia da Paz. Tem um dentista que atende e você paga uma taxa de cinco, dez reais, dependendo do que vai fazer!*”. Alguns esperam a época da eleição,



quando candidatos oferecem extração em troca de votos: “Quando tinha 15 anos arranquei meu primeiro dente. Tava bom, mas como era tempo da política, eles arrancam de graça na hora”.

Outros cuidam do problema com uma variedade de curandeiros populares: rezadeira, raizeiro, prático, umbandista, espírita e pastor evangélico. Na zona rural<sup>8</sup> ou na urbana<sup>7</sup>, a rezadeira é procurada, pois sua oração poderosa para Santa Apolônia “acalma a largatinha comendo o dente” e pára a dor latejante. Essa busca em diversos recursos sociais demonstra que a resposta aos problemas bucais depende da capacidade de enfrentamento e do apoio na sua rede de confiança<sup>45</sup>.

Travassos & Martins<sup>52</sup> confirmam que, numa população carente, ter mais escolaridade ou carteira assinada aumenta a probabilidade de procurar serviços de saúde e obter o sucesso no tratamento<sup>48</sup>. Entretanto, observou-se no Dendê que a parcela da população com a melhor inserção sócio-econômica – comerciante, professor e empregado de empresa –, que poderia aumentar a vocalização pela qualidade nos serviços públicos, não tem paciência para enfrentar a burocracia, preferindo pagar para atendimento de melhor acesso e resolutividade, um “atendimento de gente”!

O acesso já seria importante fator de redução das desigualdades sociais na condição bucal, independente das condições de vida<sup>53</sup>. A comunidade do Dendê deseja e luta por ele, mesmo à frente da intensa violência estrutural<sup>54</sup> que *frustra* o desejo dos moradores de se tratar, *restringe* sua busca por prevenção e *oprime* suas oportunidades sociais. Ao contrário do que os profissionais de saúde possam acreditar, essa procura não pode ser reduzida à vontade individual, mas, de acordo com Farmer<sup>42</sup>, só seria espontaneamente motivada com a eliminação da discriminação a *peças sofridas* e distribuição equitativa das oportunidades de acesso e das riquezas na sociedade<sup>51</sup>.

#### **Dente “de pobre”: marcas bucais da exclusão social**

A condição de vida precária e o difícil acesso ao atendimento de qualidade são vivências que deixam sua marca, sua *tatuagem da pobreza*<sup>8</sup> impressa na dentição da população, já estigmatizada por sua condição social e desmoralizada no seu mundo local<sup>9</sup>. Pobreza e riqueza, fracasso e sucesso, desesperança e perspectivas são fatos na vida que marcam, acontecimentos que o organismo responde de forma física e psicológica, em que a dentição reflete a capacidade/opportunidade que a pessoa tem ou não em su-

perar suas dificuldades sociais. A relação entre desigualdades sociais e saúde bucal fica evidente na fala do prático, José: “Pobre nasceu pra levar fumo. A ruma de pobre com dente inchado e inflamado é inacreditável. Você não vê isso na alta sociedade (...) os dentes estragam porque não tem dinheiro para comer (...) uma coisa ruim atrai outra (...) nutrição ruim junto com higiene ruim (...) e, pronto!”.

Embora sem formação em odontologia, esse prático sabe que a experiência de adoecer e o agir terapêutico mudam de acordo com a inserção social. A Tabela 1 compara o discurso dos moradores do Dendê sobre o *dente de pobre* e seu tratamento, com o padrão de cuidado odontológico do *dente de rico*, descrito na literatura<sup>39</sup>. Os moradores queixam-se do *dente estragado* ou *pôdi* originado da cárie ou da *estrelinha que caiu*. Falam da idosa com *piorréia* que *amolece os dentes* que, apesar de tudo tentar, acabam caindo, deixando-a *banguela* e envergonhada com sua *boca véia murcha*. Reclamam da *perereca solta* (prótese de baixa qualidade em dentes anteriores) que *maltrata* a gengiva e o estigmatizante *queixo estourado* (cicatriz de fístula extra-oral). Enquanto o *dente de rico* apresenta problemas menos intensos e mais relacionados ao desejo de estética que privação. Alivia a dor do *dente de pobre* com reza para Santa Apolônia e pinga substâncias corrosivas – solução de bateria, cachaça etc. Utiliza ainda remédios caseiros e medicamentos populares. O *dente de rico*, quando precisa, é anestesiado com pomada antes da injeção e o dinheiro pode comprar os medicamentos mais modernos. Na população pobre o dente é *tampado com massinha* (restauração provisória), *arranca* ou substitui com uma *chapa de dentes* “tão branquinha e perfeita que parece coisa de rico!”, e até *amarra os dentes frouxos com fio de aço*. O *dente de rico* é alinhado com aparelho ortodôntico transparente, substituído por implantes ou próteses fixas. Para evitar a cárie, moradores falam da raspa de juá e escovação com carvão e sal, enquanto a placa dentária do rico é removida com ultra-som e tratada com aplicação de flúor e selante.

Esses dentes da desigualdade são uma marca da injustiça impressa na dentição. Ser pobre e ter aparência bucal precária amplifica as desigualdades existentes, pois contribui para a continuação do vicioso e subliminar ciclo do estigma, discriminação e exclusão social. A perda dentária promove profundo desgaste na auto-estima e insegurança nas relações pessoais e de trabalho<sup>55</sup>, resultando em isolamento, rejeição e na perda de oportunidades. A filha de dona Ismar relata: “Minha filha ficava muito triste com aquela boca faltando o dente. Ela não queria nem ir pra aula

*porque tem vergonha de rir, até prende o sorriso para não mostrar”.*

Foi constatado, como em Abreu et al.<sup>51</sup>, que a perda dentária é uma mutilação que causa profundo arrependimento nas vítimas que sofrem as conseqüências no seu dia-a-dia, como lamenta Carmem, 42 anos: *“Hoje eu tô arrependida, né? (...) porque eu não tenho mais meus dente (...). Eu sei que usar prótese não é que nem o dente da gente, né?”.* Uma jovem vaidosa de 22 anos ficou triste com o final do namoro com um rapaz rico: a coloração da sua prótese não combinou com a cor da gengiva, chamando atenção ao seu perfil de “menina pobre” que *“só serve para brincar (...) não para casar!”.* Com ou sem arrependimento, os moradores apresentam os reflexos dentários da experiência vivida na pobreza. Com a intensa valorização da aparência na sociedade atual, aqueles que não se adequam aos padrões físicos ideais são julgados e estigmatizados, com suas chances de inclusão social duramente suprimidas<sup>55,56,57</sup>. A partir dessa realidade, a dentição pode ser uma expressão de caminhos de vida desiguais.

### Considerações finais

As desigualdades sociais manifestam-se diretamente na percepção dos problemas odontológicos e nos tratamentos solicitados aos serviços, levando ao incremento das doenças bucais nos grupos de baixa renda. Tal concentração é inversamente proporcional ao acesso aos serviços de saúde bucal e nas oportunidades de superação das iniquidades sociais, necessitando desenvol-

ver políticas que reorganizem a assistência e as ações preventivas do setor. As políticas setoriais de saúde bucal não precisam esperar por melhorias macroeconômicas para diminuição indireta dos problemas odontológicos.

A experiência da população reforça o desafio do acesso adequado e humanizado aos serviços de saúde bucal, o que envolve a dimensão elitista do tratamento odontológico. A associação entre pobreza, má condição bucal e dificuldade de acesso ao serviço leva a população a uma condição penalizante que potencializa as desigualdades sociais a partir da redução das oportunidades de ascensão na vida, pelo desgaste do capital social da comunidade.

Nesse sentido, a atenção à saúde deve estimular a geração de ações que valorizem a intersubjetividade, aproximando as pessoas das suas reais necessidades, como caminho para redução das drásticas iniquidades sociais. Os serviços de saúde podem refinar sua equidade por meio do aumento da qualidade dos tratamentos conservadores e da redução das barreiras de acesso aos setores, como acolhimento e ouvidoria. Para reduzir a discriminação, deve ser estimulada a atualização dos profissionais em habilidades de comunicação clínica, permitindo negociação efetiva entre os modelos explicativos conflitantes. Por fim, fortalecer a viva voz das lideranças populares, como os Conselhos de Saúde, favorecendo a construção de redes de apoio para reconhecimento de problemas locais e globais, criando atores sociais ativos nas decisões da vida coletiva. Somente assim será possível “tratar” com dignidade humana os “dentes da desigualdade” no Brasil.

## Resumo

*Este estudo antropológico investiga a experiência vivida das doenças bucais no contexto da pobreza no Nordeste brasileiro. Durante seis meses em 2004, foram conduzidas entrevistas etnográficas, narrativas e observação participante com 31 moradores do Dendê, comunidade de baixa renda em Fortaleza, Ceará, analisadas pelo método hermenêutico-dialético. Revelou-se que as precárias condições de vida dificultam priorizar o cuidado em saúde. Embora sofram da dor dentária, ir ao dentista é percebido com um luxo, não um direito do cidadão. O difícil acesso ao serviço e restauração de má qualidade, favorecem a extração dentária como mais resolutive. A deterioração da saúde bucal é lamentada pelos moradores que buscam ajuda de clínicas populares, políticos e curandeiros. A experiência da doença dentária diferencia de acordo com a classe, deixa marcas bucais da iniquidade e prejudica a auto-estima e inclusão social. "Tratar" os dentes da desigualdade nesse contexto exige aprofundar a compreensão dos determinantes sociais da saúde, reduzir injustiças no acesso aos serviços de qualidade, remover estigmas que desmoralizam e fortalecer a viva voz da comunidade frente às forças estruturais que afetam sua vida.*

*Saúde Bucal; Condições Sociais; Antropologia Cultural; Acesso aos Serviços de Saúde*

## Colaboradores

T. P. Moreira e M. K. Nations participaram da elaboração do projeto, coleta de dados, análise dos resultados e redação do artigo. M. S. C. F. Alves participou de todas as fases acima, à exceção da coleta de dados.

## Referências

1. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Iniquidades em saúde no Brasil: nossa mais grave doença. Rio de Janeiro: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde; 2006.
2. Barreto ML, Carmo EH. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: Monteiro CA, organizador. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Editora Hucitec/Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo; 1995. p. 56-68.
3. Neri MC, Considera C. Crescimento, desigualdade e pobreza: o impacto da estabilização. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, organizador. Economia brasileira em perspectiva. v. 1. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. p. 49-82.
4. Greco DB. Ética, saúde e pobreza: as doenças emergentes no século XXI. *Bioética* 1999; 7:78-95.
5. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação da infância e adolescência brasileiras. <http://www.unicef.org.br> (acessado em 04/Out/2005).
6. Patussi MP, Marcenes W, Croucher R, Sheiham A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. *Soc Sci Med* 2001; 53:915-25.
7. Moreira TP, Nuto SAS, Nations MK. Confrontação cultural entre cirurgiões-dentistas e a experiência de usuários de baixa renda em Fortaleza-CE. *Saúde Debate* 2004; 66:58-67.
8. Nations MK, Nuto, SAS. "Tooth worms", poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. *Soc Sci Med* 2002; 54:229-44.
9. Kleinman A. *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press; 1995.
10. Alves PCB, Rabelo MCM. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 22-33.
11. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.



12. Moysés SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva* 2003; 1:7-17.
13. Salako NO. Infant feeding profile and dental caries status of urban Nigerian children. *Acta Odontol Pediatr* 1985; 6:13-7.
14. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:237-43.
15. Thompson WM, Poulton R, Milne BJ, Caspi A, Broughton JR, Ayers KM. Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32:345-53.
16. Silva LC, Duran M. Mortalidad infantil y condiciones higienico-sociales em las Américas: un estudio de correlación. *Rev Saúde Pública* 1990; 24:473-80.
17. Gilbert GH, Duncan RP, Shelton BJ. Social determinants of tooth loss. *Health Serv Res* 2003; 38:1843-62.
18. Vasconcellos MCC, Lui Filho O, Jesus BJ, Nogueira JRB. Experiência de cárie dentária em escolares: o papel da ocupação da mãe. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1993; 7:237-43.
19. Nörmark S. Social indicators of dental caries among Sierra Leonean schoolchildren. *Scand J Dent Res* 1993; 101:121-9.
20. Khan MN, Cleaton-Jones PE. Dental caries in African preschool children: social factors as disease markers. *J Public Health Dent* 1998; 58:7-11.
21. Luz AS, Campos AA. Epidemiologia: saúde bucal e condições de vida. Fortaleza: Editora Expressão; 2003.
22. Tomita NE, Torres FC. Saúde bucal de pré-escolares: as iniquidades sociais e a subjetividade da dor. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva* 2000; 1:25-33.
23. Al-Hosani E, Rugg-Gunn A. Combination of low parental educational attainment and high parental income related to high caries experience in preschool children in Abu Dhabi. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26:31-6.
24. Patussi MP. Privação e saúde bucal: medidas ao nível do indivíduo e da área geográfica na qual ele reside. *Revista Ação Coletiva* 1999; 2:3-8.
25. Mandú ENT. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Rev Latinoam Enfermagem* 2004; 12:665-75.
26. Edelstein BL. Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. *Ambul Pediatr* 2002; 2(2 Suppl):141-7.
27. Petry PC, Victora CG, Santos IS. Adultos livres de cárie: estudo de casos e controles sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:145-53.
28. Pordeus AMJ, Farias FSAB, Oliveira ER, Moreira TP. Comunidade do Dendê: um diagnóstico de suas famílias. *Revista do Centro de Ciências da Saúde* 1999; 1:9-17.
29. Demitri T. Territórios proibidos: cotidiano interdito. <http://www.noolhar.com> (acessado em 09/Mai/2005).
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Plano Nacional de Amostra Domiciliar. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 05/Out/2005).
31. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1992.
32. Silva DVG, Trentini M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. *Rev Latinoam Enfermagem* 2002; 10:423-32.
33. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 6ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1996.
34. Lira GV, Catrib AMF, Nations MK. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. *Rev Bras Promoção Saúde* 2003; 16:59-66.
35. Gomes R, Mendonça EA. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 109-32.
36. Lieblich A, Tuval-Maschiach R, Zilber T. Narrative research: reading, analysis, and interpretation. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998.
37. Jovchelovitch S, Bauer MW. Entrevista narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p. 90-113.
38. Iturra R. Trabalho de campo e observação participante em antropologia. In: Silva AS, Pinto JM, organizadores. Metodologia das ciências sociais. 10ª Ed. Porto: Edições Afrontamento; 1999. p. 32-43.
39. Simas LJP. Dicionário de termos odontológicos. São Paulo: Pancast Editora; 1999.
40. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of borderland between anthropology and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.
41. Young A. Suffering and the origins of traumatic memory. In: Kleinman A, Das V, Lock M, editors. Social suffering. Berkeley: University of California Press; 1997.
42. Farmer P. Infections and inequalities: the modern plagues. Berkeley: University of California Press; 1999.
43. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde Pública* 1994; 10:497-504.
44. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária; 1990.
45. Jacques MGC. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. *Psicol Soc* 2003; 15:97-116.
46. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cad Saúde Pública* 1998; 14:355-65.
47. Gadamer HG. Verdade e método. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.
48. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl:77-87.
49. Flores EMTL, Drehmer TM. Conhecimento, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:743-52.

50. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
  51. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:245-9.
  52. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:S190-8.
  53. Thompson WM, Poulton R, Kruger E, Boyd D. Socioeconomic and behavioural risk factors for tooth loss from age 18 a 26 among participants in the Dunedin multidisciplinary health and development study. *Caries Res* 2000; 34:361-6.
  54. Escorel S. *Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
  55. Wolf SMR. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1998; 52:307-15.
  56. Rodrigues JC. *O tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Editora Achiamé; 1979.
  57. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1988.
- 
- Recebido em 05/Abr/2006  
Versão final reapresentada em 17/Out/2006  
Aprovado em 27/Dez/2006