

SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA

Magda S. Reis¹

Resumo

Este artigo procura analisar a interrelação entre saúde bucal e qualidade de vida, apontando a necessidade dos Cursos de Odontologia assumirem cada vez mais uma perspectiva humanística e integral.

Palavras-chave: Saúde bucal, Qualidade de vida.

Abstract

This article attempts to analyse the interrelation between oral health and quality of life, pointing to the need of Odontology Courses to take on more and more a humanitarian and integral perspective.

Keywords: Oral health, Quality of life.

INTRODUÇÃO

Uma das carências da Odontologia e das demais ciências do campo bio-médico é o seu tecnicismo, de onde deriva a fragmentação do conhecimento em áreas super-especializadas, mas que carecem de uma reflexão sobre o seu significado social e humanístico. O desafio de superar o tecnicismo está sendo encarado por diversos autores, e é minha intenção contribuir nesse intento.

¹ Graduada em Odontologia pela Universidade de Uberaba (UNIUBE); Especialista em Endodontia pela Universidade Federal de Santa Catarina / Florianópolis (UFSC); Mestranda em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Este artigo trata da interrelação entre saúde bucal e qualidade de vida. Pretendo mostrar que a qualidade de vida supõe a saúde bucal, e que esta não remete necessariamente a uma perspectiva holística, preenchida pela qualidade de vida.

A hipótese que norteia este trabalho é que a carência de uma perspectiva humanística e integral está na raiz do tecnicismo tradicionalmente subjacente aos Cursos de Odontologia, e que a qualidade de vida se constitui num prisma teórico adequado para responder aos desafios colocados pela reflexão científica atual.

A metodologia aqui empregada restringe-se à revisão da literatura pertinente, tanto na área das Ciências Sociais quanto da Odontologia. É um passo preliminar e necessário para a pesquisa empírica que desenvolverei posteriormente.

O artigo se desenvolverá em três momentos, procurando responder a três problemas principais. O primeiro é: o que se entende por qualidade de vida, qual a sua importância e seu significado concreto dentro do atual contexto? O segundo pode ser assim formulado: o quadro atual da saúde bucal no Brasil aponta para a qualidade de vida? O terceiro é: que implicações traz a interrelação entre saúde bucal e qualidade de vida para o ensino da Odontologia?

1 O QUE É QUALIDADE DE VIDA

1.1 O conceito de qualidade de vida

A discussão sobre a qualidade de vida proporciona um excelente modo de articular as conquistas técnicas da Odontologia neste final de século com os desafios sociais hoje colocados.

A qualidade de vida diz respeito ao modo de vida dos seres humanos. No seu aspecto econômico, se relaciona estreitamente com a concepção de desenvolvimento. É a constatação fundamental é que as crises econômicas deste final de século não são derivadas da carência e sim da abundância, da superprodução econômica (Mazzucchelli, 1985, p. 15-35).

Contrariando as expectativas das teorias da modernização – que previam um maior bem-estar como decorrência da expansão da modernização – os problemas das sociedades ditas modernas referem-se não à necessidade de produzir mais e sim aos custos e benefícios do desenvolvimento econômico. Constata-se que produzir mais muitas vezes significa a criação de problemas e não a solução de carências.

Por isso, impõe-se uma reflexão ética, que procure apontar o sentido humano do desenvolvimento econômico, e ecológica, que mostre a articulação entre o desenvolvimento e o ambiente natural.

No campo ético, é possível apoiar esta busca na doutrina do “eudaimonismo” ou

“eudemonismo”², que propõe ser a felicidade individual e coletiva o fundamento da conduta moral. Esta reflexão clássica foi desenvolvida inicialmente por Aristóteles, e retomada pelo empirismo inglês e pelo iluminismo, e continua presente nas reflexões filosóficas. David Crocker (1993, p. 105) deriva desta doutrina alguns questionamentos importantes: Como os seres humanos devem viver suas vidas? Que coisas são boas em si e não apenas pelos seus resultados? A felicidade é um valor em si ou subproduto de algum valor?

A concepção ética clássica – incluindo o eudaimonismo – está sendo considerada como limitada em função de sua perspectiva antropocêntrica: ao colocar o homem como fim último da conduta moral, ela avaliza a depredação do meio ambiente na busca da satisfação das necessidades humanas.

Assim, diante do problema ambiental, a reflexão filosófica está reformulando a perspectiva ética tradicional no sentido de uma ética ecológica, com uma perspectiva cosmocêntrica. É o que propõe Leonardo Boff, em seu livro *Ecologia: Grito da Terra, Grito dos Pobres*, para quem a ética ecológica deve embasar o novo paradigma social, econômico e ambiental deste final de século. Na visão de Boff, a ecologia não é um saber especializado acerca de uma determinada área da realidade, e sim um “saber das relações, interdependências e intercâmbios de tudo com tudo em todos os pontos e em todos os momentos”. (Boff, 1995, p. 18) A ética ecológica é resumida pelo autor na seguinte formulação:

a ética ecológica apresenta dois princípios básicos: i)-age de tal maneira a preservar a natureza; ii)- age de tal maneira a que todas as pessoas vivam dignamente. Assim, a ecologia deixou de ser seu primeiro estágio na forma de movimento verde e transformou-se numa crítica radical do tipo de civilização que construímos. (...) É nesse sentido que o argumento ecológico é sempre evocado em todas as questões que concernem à qualidade de vida, à vida humana no mundo (...) (Boff, 1995, p. 19-20)

² Eudaimonismo compreende toda doutrina que assume a felicidade como princípio e fundamento da vida moral. Entre outros, são eudemonistas nesse sentido, a ética de Aristóteles, do empirismo inglês e do Iluminismo. Kant julga que o eudemonismo seja o ponto de vista do egoísmo moral, isto é, da doutrina “de quem restringe todos os fins a si mesmo e não vê nada de útil fora do que lhe interessa.” (Antr., I § 2) Mas esse conceito de eudemonismo é demasiado restrito pois no mundo moderno, a partir de Hume, a noção de felicidade tem um significado social, não coincidindo portanto com egoísmo ou egocentrismo. (ABBAGNANO, N. Dicionário de Filosofia. 1982)

Este novo enfoque filosófico questiona radicalmente o enfoque tradicional do desenvolvimento econômico - o aumento da produção como fim em si mesmo e a qualquer custo -, apontando para teorias que pregam o "desenvolvimento integral" da pessoa, em harmonia com a natureza.

Um dos temas mais trabalhados nestes últimos anos é o do desenvolvimento sustentável, termo que abriga diferentes concepções de mundo, as quais se caracterizam pela busca da compatibilização entre o crescimento econômico, a defesa do meio ambiente, a justiça social e a cultura. (Almeida, 1996, p. 13)

Há sinais de que esta linha de pensamento não é apenas um belo discurso de filósofos bem intencionados. Parece que há uma sensibilidade social para essa proposta. Um autor chamado Ronald Inglehart elaborou uma teoria dos valores pós-materialistas, que foi testada com êxito através de pesquisas de opinião na Europa e países desenvolvidos. Segundo esta teoria, em sociedades desenvolvidas, as novas gerações estão menos apegadas a valores materialistas (crescimento econômico, maior renda individual, pleno emprego...) e mais sensibilizadas por valores pós-materialistas (livre expressão, qualidade de vida, ecologia...). (Outhwaite, 1996, p. 792)

A partir destas considerações, apresento uma concepção de qualidade de vida que procura levar em conta a reflexão filosófica e sócio-econômica recente. Qualidade de vida é um conjunto de condições sociais, econômicas, culturais e ambientais que medem o nível de desenvolvimento integral do ser humano, a partir das possibilidades concretas proporcionadas pelo contexto sócio-histórico. Isto significa que um nível elevado de qualidade de vida implica em ter atendidas as necessidades materiais básicas, possibilidades amplas de integração sócio-cultural e de desenvolvimento das capacidades individuais.

1.2 Como medir a qualidade de vida

Por um certo tempo, a qualidade de vida foi medida com base no Produto Nacional Bruto - PNB, ou PNB per capita³, indicadores de produção econômica. Um alto PNB era interpretado como sinônimo de níveis maiores de desempenho e progresso comparativamente a outros países.

³ Dados de 1996 indicam que os dez maiores PNBs per capita (dólares per capita/ano) são: Luxemburgo (37.320); Suíça (35.760); Japão (31.490); Dinamarca (26.730); Noruega (25.970); Islândia (24.950); Suécia (24.740); EUA (24.740); Alemanha (23.560); Áustria (23.510). Os dez menores PNBs per capita são: Tanzânia (90); Moçambique (90); Etiópia (100); Serra Leoa (150); Somália (150); Vietnã (170); Burundi (180); Butão (180); Nepal (190). (Pinto, 1996, p. 8-12)

A percepção de que a produção econômica não implicava automaticamente em bem-estar social levou à busca de outras medidas. Surgiram então as Estatísticas Sociais, através de pesquisas e censos, que mensuram questões como renda familiar, condições de moradia, acesso a serviços, posses materiais e práticas de consumo. (Miles, 1996, p. 635-6)

Há muitas controvérsias sobre os indicadores usados para medir a qualidade de vida. Um dos índices mais aceitos é o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH -, utilizado pela ONU. É uma medida composta de três dimensões indicadores: expectativa de vida, grau de educação e renda per capita. Essa metodologia, no entender dos técnicos da ONU, possibilita avaliar o nível de satisfação humana em cada país, considerando a qualidade dos instrumentos que são oferecidos para o desenvolvimento humano. A ONU edita periodicamente um relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, com o ranking dos países em relação ao IDH, com índices que variam de 0 a 1⁴.

Algumas novidades são apontadas no relatório de 1998. O Brasil aparece pela primeira vez entre os países com elevado nível de desenvolvimento humano, com o índice de 0,809, na 62^a posição entre os 174 países do ranking⁵. Bem atrás dos primeiros dez colocados (Canadá à frente), que oscilam entre 0,960 e 0,936, mas muito à frente dos últimos 20 colocados (Serra Leoa é a última entre todos), que têm de 0,347 a 0,185. Entre os países do Cone Sul, todavia, o Brasil ocupa uma posição ainda modesta: o Chile aparece em 31^o lugar (índice de 0,983), a Argentina em 36^o lugar (índice de 0,888) e o Uruguai em 38^o lugar (índice de 0,885). Suplantamos apenas o Paraguai, que está no 91^o lugar (índice de 0,707).

O relatório confirma o extremo grau de concentração de renda no mundo: do total de 24 trilhões de dólares de bens e serviços consumidos anualmente, 80% estão disponíveis para apenas 1/5 da população. Demonstra igualmente que as desigualdades marcam o Brasil, cuja região melhor colocada (o Sul) ficaria em 46^o lugar no ranking mundial e a pior colocada (o Nordeste) ficaria em 113^o lugar. Dos estados brasileiros, o Rio Grande do Sul aparece com o IDH mais elevado (índice de 0,869). A expectativa de vida dos gaúchos em 1996 (os dados, na verdade, são de 1991) estava em 70,84 anos, a

⁴ A edição de 1995 do IDH apontou que 36% dos países (cerca de 30% da população mundial) estão em áreas de elevado desenvolvimento humano; 37% dos países (cerca de 39% da população) estão em áreas de médio desenvolvimento humano; e 27% dos países (cerca de 31% da população) em áreas de baixo desenvolvimento humano (Pinto, 1996, p. 8-9)

⁵ Os 10 países com mais alto padrão de IDH: Canadá, França, Noruega, EUA, Islândia, Finlândia, Holanda, Japão, Nova Zelândia e Suécia. Os 10 países com piores padrões de IDH: Serra Leoa, Níger, Burkina Fasso, Mali, Burundi, Etiópia, Eritreia, Guiné, Moçambique e Gâmbia. (JORNAL ZERO HORA de 10/09/1998, reportagem especial, p. 4-8)

alfabetização atingiu 92,81% e o PIB por pessoa estava em 7.395 dólares. (Zero Hora, 10.09.98, p. 4-8)

Há ainda outras metodologias para medir qualidade de vida. Um deles é o Índice de Desenvolvimento Social – IDS, com índices entre 0 e 1, que considera a taxa de alfabetização, a taxa de escolarização, a taxa de mortalidade infantil, o PIB per capita e o grau de indigência. Conforme trabalho realizado pela Fundação de Economia e Estatística (FEE), a região do Vale do Rio Pardo é uma das com menor IDS no Rio Grande do Sul. (COREDE, 1998, p. 105)

É claro que o IDH é um índice de mensuração sujeito a dúvidas e críticas. Uma das grandes dificuldades é conseguir dados fidedignos sobre todos os países e aplicáveis a realidades tão diferentes como os países africanos e os países europeus. Porém, ao menos há uma clara decisão nestas medidas em distinguir produção econômica e nível de desenvolvimento humano. O Brasil já foi a oitava economia do mundo, mas nunca chegou sequer perto deste posto no ranking de IDH.

2 SAÚDE BUCAL COMO REQUISITO PARA A QUALIDADE DE VIDA

2.1 Uma concepção de saúde adequada ao enfoque da qualidade de vida

Se concebemos a qualidade de vida como um conjunto de condições sociais, econômicas, culturais e ambientais que medem o nível de desenvolvimento integral do ser humano, a partir das possibilidades concretas proporcionadas pelo contexto sócio-histórico, por certo temos que incluir a saúde nessas condições.

Mas, a própria concepção de saúde há que ser discutida, pois a visão tradicional não se adequa ao enfoque da qualidade de vida. A concepção tradicional de saúde é marcada pelo aspecto negativo: saúde como ausência de enfermidade, de dor ou mal-estar. A saúde se define pela doença. Por esse ângulo, os interesses econômicos transformam a saúde num produto a ser vendido.

Cria-se, assim, a necessidade de comprar saúde. E para vender saúde, usa-se a doença, aquela condição na qual se tem um sinal empírico, como dor, febre ou mal-estar. Esta construção da saúde e da doença é artificial e ideológica, pois é criada por força de pressões econômicas e no interesse político das classes dominantes. (Marcos Badeia, 1991, p. 2)



Outra distorção é que a saúde e a doença são transformadas em uma questão subjetiva, encobrendo a dimensão sócio-política. A falta de saúde é colocada como desconhecimento das normas para não ficar doente, encobrendo que ela decorre de condições de classe social, relações de trabalho, alimentação, moradia, etc.

A concepção de saúde compatível com a noção de qualidade de vida é uma concepção positiva: saúde como um momento da ecologia humana, como um estado de equilíbrio entre os seres humanos e seu ambiente, multidimensional e interligando as dimensões física e intelectual-espiritual.

Esta concepção positiva está se impondo na reflexão dos especialistas nas últimas décadas, a partir da conhecida definição promulgada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade”.

Além de uma ênfase na necessidade de promoção da saúde com hábitos saudáveis, associou-se também ao tema uma conotação moral – saúde como responsabilidade pessoal. Ultimamente, em oposição a um enfoque individualista, a ênfase recai sobre as limitações sociais e ambientais que condicionam o comportamento saudável. (Blaxter, 1996, p. 677-8)

2.2 A saúde bucal

A saúde bucal vem sendo abordada na reflexão recente dos odontólogos dentro da concepção positiva da saúde, ou seja, como um valor do ponto de vista biológico mas também estético e social. Os indicadores evidenciam que nos países desenvolvidos está-se avançando na preservação da dentição.

Vítor Gomes Pinto (1996, p. 8-12) registra que nos países desenvolvidos houve uma redução generalizada no nível de cárie aos 12 anos. O uso intenso de métodos preventivos pela população desses países é, ao que tudo indica, a causa mais direta das mudanças positivas verificadas nos últimos anos. A diminuição do CPO-D⁶ aos 12 anos na média de 6,67 para 4,84 (-27,4%) constatada no Brasil por um abrangente estudo⁷ de 1993 é a razão predominante para que o índice tenha sofrido uma queda geral de 14% na América Latina.

⁶ A sigla CPO-D designa um índice utilizado para identificar o ataque de cárie, onde C = cariado, P = perdido, O = restaurado ou obturado e D = dente.

⁷ Conforme estudos apontados no congresso Internacional de saúde Bucal por Pinto, V.G & Lima, MP em Brasília/julho 1995 e também pelo Estudo Epidemiológico sobre a prevalência da cárie dental em crianças de 3 a 14 anos, realizado pelo serviço social da Indústria (Sesi) em 1995.

O autor destaca que é interessante observar que os dez países com mais alto padrão de desenvolvimento humano possuem um CPO-D médio aos 12 anos de 2,54, ao passo que os dez piores situam-se no patamar melhor de 1,76. Na mesma ordem de raciocínio, os dez maiores PNBs per capita têm um índice médio de 2,85 contra somente 1,32 dos dez menores. Na verdade essa aparente contradição reforça o conceito segundo o qual a cárie é uma típica doença do desenvolvimento, assim como o consumo exagerado de açúcar⁸.

O Brasil, num ranking internacional de 165 países estudados, pelo critério do CPO-D, ocuparia a 140ª posição ao lado da Colômbia, deixando atrás de si 24 países e sendo superado em termos de cárie por 139 outros. A conclusão de Pinto neste seu artigo, é de que comparados aos números de 6 anos antes, todos os dados a nível mundial são melhores agora.

Segundo os dados do Ministério da Saúde, em 1996, o índice CPO-D de crianças de até 12 anos foi de 3,06%, ou seja, 53,98% menor que no último dado de 1986. Investindo na prevenção, a Odontologia em algumas regiões do Brasil já começa a contabilizar uma legião de crianças e adolescentes com os dentes preservados e, muitas vezes, sem nenhum sinal de cárie. (Ferreira, 1997, p. 515)

Os indicadores disponíveis mostram que estamos longe de um quadro favorável no que toca à saúde bucal. Somos ainda em boa parte um país de desdentados, em que largos setores da população ainda aceitam, ou se vêem forçados, a “arrancar o dente para que não incomode mais”. Todavia, os avanços também são notórios, e os índices decrescentes de CPO-D apontam para uma melhora no referente à saúde bucal e, portanto, da qualidade de vida.

Avançar nesse processo significa ir em busca da universalidade da atenção à saúde e a sistemática integralidade da prestação de serviço, sem distinção de classe social. Este deve ser o marco da nova prática odontológica, consubstanciada em ações programáticas do Serviço Unificado de Saúde (SUS). A saúde bucal não é resultado apenas da ação da prática odontológica. A saúde bucal é produto da qualidade de vida, da resposta do cidadão e da oferta de serviços.

⁸ Pinto (1996, p.11) faz uma análise da divisão do mundo em três blocos, comparando-os com a questão econômica, consumo de açúcar e ataque de cárie. Segundo ele existem: (i) áreas de forte depressão econômica, baixo consumo de açúcar e nível muito baixo de ataque de cárie; (ii) áreas de alto desenvolvimento e concentração de riqueza, com consumo de açúcar alto, mas decrescente e queda ativa do nível de cárie que no momento é baixo ou moderado; (iii) áreas economicamente intermediárias - Europa Ocidental e América Latina - em crise, com alto consumo de açúcar e nível de ataque de cárie moderado ou alto. (Pinto, 1996, p. 11)

3 A QUALIDADE DE VIDA, A ODONTOLOGIA E SEU ENSINO

3.1 O debate sobre a qualidade de vida pelos odontólogos

O debate sobre a qualidade de vida vem ganhando terreno na Odontologia. O 18º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo (CIOSP), realizado em janeiro de 1998, em São Paulo, teve como tema “Odontologia: essencial para a qualidade de vida.”

Segundo Christa Feller, presidente desse Congresso, não se pode dizer que exista qualidade de vida quando a saúde está comprometida, principalmente a saúde bucal do brasileiro. “Mais do que um modismo de final de século, qualidade parece ser a chave mestra para abrir inúmeras portas, em que há uma preocupação coletiva com um tipo de qualidade em especial, a qualidade de vida do ser humano”, afirma. (Ferreira, 1997, p. 515)

Para muitos cirurgiões dentistas, a odontologia do séc. XXI vai ultrapassar a simples necessidade de prevenção. Para o endodontista João Humberto Antoniazzi, a Odontologia deve ser vista em sua totalidade, de maneira sistêmica, entendendo a saúde bucal num conjunto harmônico de boca, face e articulação. “É necessário deixar de associar a odontologia com doença para ligá-la à idéia de qualidade de vida.” (idem, 1997, p. 515/16)

No processo de qualidade de vida, uma especialidade que começa a ganhar visibilidade no Brasil e será marcante no séc. XXI é a odontogeriatria. Isso é o que prevê o professor do curso de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UNESP, Ruy Fonseca Brunetti. Segundo ele, a qualidade de vida proporcionará uma maior longevidade às pessoas e, por conseguinte, a manutenção de maior número de dentes na boca. “Se no passado era comum o idoso morrer sem os dentes naturais, hoje essa realidade já começa a se modificar”, afirma⁹.

Assim, com base em estatísticas, é que a odontogeriatria promete ser a especialidade do futuro. Faz-se necessário portanto que as faculdades e os profissionais passem a se preocupar com essa nova realidade.

A Odontologia enquanto qualidade de vida tem sido antevista pelo trabalho em conjunto, em equipe. Nesse século XXI, será impossível visualizar apenas o cirurgião-

⁹ Brunetti tem razão. No Brasil de hoje já figuram nas estatísticas do IBGE 9.355 brasileiros com mais de cem anos. Para 2.010, a expectativa de vida no Brasil deverá pular dos atuais 67,7 anos para 71,8. Tudo isso indica que o Brasil de fato está envelhecendo. Conforme os dados, o contingente de idosos, que hoje é de 7,8 milhões, será, dentro de 13 anos, de 12 milhões. Em contrapartida, a taxa de fecundidade vem caindo. Em 1970, o número de filhos por mulher era de 5,7. Hoje são 2,3 filhos por mulher. (Ferreira, 1997, p. 518)

dentista isolado, como ainda é comum acontecer hoje. O trabalho em Odontologia, cada vez envolverá uma equipe odontológica, em que desde as secretárias, até os próprios cirurgiões-dentistas participam de um mesmo processo, a promoção da saúde bucal.

Porém, para garantir a saúde bucal da população em larga escala, será preciso investir em educação. A prevenção deverá fazer parte da educação, onde o professor necessitará também ser agente de saúde. No entanto, esse tipo de realidade ainda não faz parte da preocupação das editoras de livros didáticos e tampouco dos programas curriculares do ensino básico.

3.2 Qualidade de vida: nova concepção do ensino da Odontologia

Nos cursos de Odontologia, a qualidade de vida ainda é pouco valorizada nos currículos. Algumas disciplinas como Psicologia Aplicada à Odontologia são relegadas a um plano secundário, quando na verdade só se pode pensar num indivíduo saudável quando a sua saúde psíquica¹⁰ está equilibrada. Até mesmo as disciplinas da área de Odontologia Social são colocadas em outro nível de importância quando confrontadas com as disciplinas técnicas. Essas disciplinas implicam o processo de inter-relação entre paciente e profissional, além de fazer que o próprio cirurgião-dentista veja a saúde bucal no sentido amplo, em que o paciente será interpretado física e mentalmente. No entanto, no dia-a-dia das universidades, percebe-se que muitos alunos vêm este tipo de disciplina como "perda de tempo" e perdem a oportunidade de entender que qualidade de vida é um somatório de vários elementos. (Ferreira, 1997, p. 520)

Há sinais muito interessantes da posição aqui defendida. Na Universidade de Uberaba, em Minas Gerais, os alunos de Odontologia são a maioria dos frequentadores do curso de Mestrado da área de Ciências e Valores Humanos. Segundo, Edvaldo Pereira Lima, um dos co-coordenadores desse curso, esse fluxo de cirurgiões-dentistas procurando por esse tipo de curso se deve à deficiência dos currículos de Odontologia na abordagem das disciplinas de Ciências Humanas, o que leva os alunos a verem o mundo de maneira cartesiana, em que a técnica é colocada como a única alternativa no trato dos problemas e das situações novas. Para ele, "é um erro o curso de Odontologia ter um enfoque tecnicista, pois a superespecialização atrofia a visão de mundo e acaba dificultando o diálogo entre as áreas", afirma. (idem)

¹⁰ A própria OMS, na sua constituição de 1946, enuncia a saúde como completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença relacionando-a com felicidade, harmonia e segurança dos povos.

Também nas escolas de saúde pública de todo o país, um razoável número de alunos são cirurgiões-dentistas, que vêm nesse campo, uma forma de expandir seus conhecimentos sobre saúde, ultrapassando os limites da técnica.

Atualmente, sabe-se que para o profissional entender a dinâmica de sua área de atuação, precisa também entender como os fatores psicológicos, sociológicos, antropológicos e outros podem intervir na saúde bucal. Assim, essa busca da interdisciplinaridade por parte dos cirurgiões-dentistas, poderá possibilitar o avanço da Odontologia de sair de uma postura intervencionista para uma postura mais preventiva e sobretudo com uma visão mais integral.

A qualidade de vida implica a postura do profissional de saber lidar com as dificuldades do paciente. Muitas vezes um tratamento pode não surtir resultados simplesmente pelo fato de o profissional ver aquele paciente como um único órgão e não na totalidade. E sabendo que o ser humano deve ser entendido enquanto corpo, mente e espírito, será possível levá-lo a garantir a sua própria saúde bucal e do seu organismo na totalidade. Com um desses elementos não satisfeitos, o indivíduo até poderá ter dentição perfeita, mas não terá uma qualidade de vida total.

Dessa forma, a qualidade de vida envolve uma série de fatores que vai desde a inserção da pessoa na sociedade, até as condições oferecidas pelo próprio indivíduo e o meio para viver melhor.

A partir dessa compreensão de qualidade de vida, é que se traça críticas ao modelo tradicional de ensino da graduação em Odontologia, traduzido pelos aspectos de uma prática individual e desprovida de sua função social. A definição de conteúdos para a formação de recursos humanos em Odontologia deve partir de elementos norteadores, como o contexto e as questões de ordem processual e metodológica. Isto significa que o ensino da Odontologia não pode estar isolado da realidade social.

Entendo que os quatro elementos norteadores para uma proposta de formação de pessoal para a área de saúde, apresentados por Badeia no I Seminário sobre Ensino e Saúde, na PUC, em 1989, expressam bem o ponto de vista que compartilho: (i) o profissional que se pretende formar deve ter como meta final as necessidades da população; (ii) o conteúdo programático para formação do profissional deve basear-se na concepção de saúde-doença de orientação sócio-biológica, histórica e integral; (iii) os cursos devem privilegiar uma prática educativa inserida nos sistemas locais de saúde, em função de uma proposta qualificada às necessidades de toda população; (iv) a escola deve ter a investigação científica e o desenvolvimento tecnológico em função dos problemas prioritários de saúde/educação da maioria da população.

CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos traçados, tentei no presente texto delinear os principais elementos da articulação entre qualidade de vida e saúde bucal. Inicialmente procurei delinear alguns aspectos do debate filosófico e sócio-econômico do conceito de qualidade de vida, principalmente através dos conceitos de “ética ecológica” e “desenvolvimento sustentável”. A partir daí busquei delinear uma concepção positiva de saúde e saúde bucal, adequada ao enfoque da qualidade de vida. Num terceiro momento apresentei a necessidade da Odontologia aprofundar o debate sobre a qualidade de vida como diretriz para o ensino e a prática dos odontólogos.

Subjacente a toda exposição está a idéia de que a Odontologia não pode se guiar mais por parâmetros tecnicistas. A Odontologia não é apenas um conjunto de técnicas aplicáveis a aspectos particulares de uma parte específica do organismo humano – a dentição -, pois isso a transforma num saber fragmentado e sem uma orientação humanística. O saber odontológico deve estar articulado ao conjunto das demais ciências, e a serviço da felicidade do ser humano, que é um ser multidimensional e sempre situado num tempo e espaço social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Jalcione. A problemática do desenvolvimento regional. *Redes*, Santa Cruz do Sul, v.1, n. 2, p. 9-16, dez. 1996.
- BADEIA, Marcos. Sistemas de atenção em odontologia. Vias de acesso. *Revista Paulista de Odontologia*, São Paulo, ano XIII, n. 5, p. 2-14, set./out. 1991.
- BELLINI, Hamilton T. Ensaio sobre programas de saúde bucal. *Biblioteca Científica – ABOPREV.*, n. 3, p. 2-7, maio, 1991.
- BLAXTER, Mildred. “Saúde” (verbete). In: OUTHWAITE, W. et al. (Ed.) *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996. p.677-678.
- COREDE-VRP. *Plano estratégico de desenvolvimento do Vale do Rio Pardo (1ª parte)*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 1998. p.105.
- CROCKER, David. Qualidade de vida e desenvolvimento: o enfoque normativo de Sen e Nussbaum. *Revista Lua Nova*, São Paulo, n. 31, p. 99-133, 1993.
- FERREIRA, Ricardo Alexino. Odontologia: essencial para a qualidade de vida. *Revista da APCD*, São Paulo, v. 51, n. 6, p.514-21, nov./dez. 1997.
- JORNAL ZERO HORA. Qualidade de vida tem sotaque gaúcho. Porto Alegre: RBS Jornal, 11/09/1198. p. 42-43.

- _____. A qualidade de vida no Rio Grande. Porto Alegre: RBS Jornal, 15/12/1997. p.03-63.
- _____. Gaúchos vivem mais e melhor (reportagem especial). Porto Alegre: RBS Jornal, 10/09/1198. p. 4-8.
- MAAS, Angela Maria Nunes. Atenção à saúde bucal: uma prioridade. In: BUSATO, A. L. S. *Dentística: restaurações em dentes anteriores*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 3-6.
- MAZZUCHELLI, Frederico. *A contradição em processo: o capitalismo e suas crises*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.15-35.
- MILES, Ian D. “Qualidade de vida” (verbete). In: OUTHWAITE, W. et al. (Ed.) *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996. p.635-36.
- MORAES, José Luis Bolzan de. O direito da saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 51, p. 22-29, jun. 1996.
- OUTHWAITE, William. “Valores” (verbete). In: OUTHWAITE, W. et al. (Ed.) *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996. p. 791-793.
- PENTEDO, R. Z. P., BICUDO, M. T. *Integridade e educação em saúde: novas possibilidades para o modelo de saúde bucal do escolar*. São Paulo, 1996 (mimeo).
- PINTO, Vitor Gomes. Índice de cárie no Brasil e no mundo. *Revista RGO*, Porto Alegre, v. 44, n. 1, p. 8-12, jan./fev., 1996.
- SEN, Amartya. O desenvolvimento como expansão de capacidades. *Revista Lua Nova*, São Paulo, n. 28-29, p. 313-33, 1993.