Kátia Keico Chinen Oliveira

**Comunicação e educação em saúde: o desafio da
promoção da saúde bucal na atenção primária**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Medicina Preventiva

Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

São Paulo

2006

Para Cláudio e Maria Clara,
porque vocês fazem toda a diferença.

Agradecimentos

Primeiramente ao José Ricardo, orientador deste trabalho, mas que considero, sobretudo, como condutor, desde minha entrada no campo da Saúde Coletiva, na árdua, mas revigorante, tarefa de “mergulhar em outras fontes” de saber.

Ao pessoal do setor de saúde bucal do CSE Butantã, Cristina, Marlene, Lóide e Regina, pelo incentivo e auxílio. Espero, sinceramente, que este estudo venha a colaborar no trabalho delas, desenvolvido com tanto afinho.

Ao Rubens Kon, pela constante disponibilidade em me ajudar, e ao pessoal da saúde mental, que facilitou meu trabalho de coleta de dados.

Ao “pessoal da quinta-feira”, que por meio das discussões me ajudou a entender um pouquinho mais Habermas e Gadamer.

Aos membros da banca do exame de qualificação, Paulo Capel, Maria Dutilh Novaes e Maria Inês Baptistella, pelas valiosas sugestões.

À Fátima e Lílian, pelas soluções às questões burocráticas.

À Coordenadoria Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela concessão da bolsa de estudos.

À empresa Condor S.A., pela doação de material educativo e de higiene bucal.

À Sílvia, pelas transcrições das entrevistas, e ao Geraldo, pela revisão do texto.

Finalmente, ao Cláudio e à Maria Clara, por compreenderem a minha ausência nestes últimos meses.

Chega mais perto e contempla as palavras.

Cada uma
tem mil faces secretas sob a face neutra
e te pergunta, sem interesse pela resposta,
pobre ou terrível, que lhe deres:
Trouxeste a chave?

Carlos Drummond de Andrade

Não quero acreditar que vou gastar desse modo a vida

Olhar pro sol só ver janela e cortina

Nando Reis

Esta dissertação está de acordo com as normas constantes da seguinte publicação:

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2^a ed. São Paulo; Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

As referências estão de acordo com as requisições do denominado Grupo de Vancouver.

Sumário

1. Introdução – Por que revisitar a educação em saúde bucal?	1
1.1 Organização das práticas odontológicas no Brasil – da assistência odontológica à atenção à saúde bucal.....	1
1.2 Prevenção: pesquisa, ensino e prática na odontologia	5
1.3 A educação em saúde como instrumento de promoção e prevenção.....	9
1.4 Repensando concepções e revendo as práticas educativas.....	12
2. Objetivos	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3. Métodos.....	17
3.1 Quadro teórico de referência	17
3.1.1 Vulnerabilidade.....	17
3.1.2 A Teoria da Ação Comunicativa.....	20
3.1.3 A Hermenêutica Filosófica.....	23
3.1.4 Pressupostos para a produção e interpretação dos discursos dos investigados	25
3.2 Descrição da metodologia	27
3.2.1 Localização do trabalho de campo da pesquisa	27
3.2.2 Coleta de material empírico.....	29
3.2.3 Aspectos éticos.....	32
4. Resultados - A educação em saúde bucal na voz dos usuários	33
4.1 Caracterização dos participantes.....	33
4.2 Concepções sobre a boca.....	34
4.2.1 O recurso das cenas	41
4.3 Percepção da saúde bucal da criança e expectativa do tratamento	47
4.4 Saberes prévios, articulação de saberes e apropriação de orientações.....	51
4.5 Adesão e não-adesão.....	60
4.5.1 Contextos de adesão e não-adesão	65
4.6 Relação comunicacional entre cuidadores e profissionais da saúde.....	73
4.7 Questões programáticas.....	77
4.8 O cuidado em família e a influência das experiências dos cuidadores	83
4.9 Momentos de orientação	91
5. Discussão – Educação e comunicação: alcances e desafios.....	96
5.1 Horizonte normativo	98
5.1.1 Concepções sobre a boca.....	98
5.1.2 Percepção da saúde bucal da criança e expectativa do tratamento	101
5.1.3 Compartilhamento de horizontes	102
5.2 Verdades aceitas	105
5.2.1 Saberes prévios, articulação de saberes e apropriação das orientações	105
5.2.2 Adesão e não-adesão	107
5.2.3 Relação comunicacional entre cuidadores e profissionais da saúde	112
5.2.4 Verdades dos discursos e valorização das experiências.....	113
5.3 Expressão subjetiva.....	116
5.3.1 Questões programáticas.....	116

5.3.2 O cuidado em família e a influência das experiências dos cuidadores	118
5.3.3 Momentos de orientação.....	120
5.3.4 As possibilidades de interação	122
6. Considerações finais – Em busca da utopia	127
Anexo A – Quadro: roteiro de entrevistas, objetivos específicos do trabalho e questões baseadas na Teoria da Ação Comunicativa.....	134
Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido	138
Anexo C – Aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa....	141
Anexo D – Aprovação do Centro de Saúde – Escola Samuel Barnsley Pessoa	143
Referências.....	145

Resumo

OLIVEIRA KKC. *Comunicação e educação em saúde: o desafio da promoção da saúde bucal na atenção primária* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.

A educação em saúde é considerada importante instrumento para a promoção da saúde e prevenção de doenças de várias ordens, dentre elas as bucais. As intervenções educativas no campo da saúde bucal têm procurado fornecer conhecimentos que levem a práticas de controle dos fatores de risco para doenças bucais e que promovam o autocuidado. O objetivo deste estudo foi conhecer valores e significados atribuídos à saúde bucal por mães ou outros cuidadores de crianças em idade pré-escolar e a articulação deles com suas expectativas e interesses em relação às práticas de educação em saúde bucal. Este estudo é de natureza qualitativa, inscrito no quadro conceitual da vulnerabilidade, tal como utilizado no campo da prevenção em HIV/Aids, e instruído teórico-metodologicamente pela Teoria da Ação Comunicativa, de Jürgen Habermas (1929-), e pela Hermenêutica Filosófica, de Hans-Georg Gadamer (1900–2002). Utilizaram-se entrevistas semi-estruturadas, dentre elas o recurso metodológico de elaboração de cenas desenvolvidas em oficinas de educação sexual e de prevenção em HIV/Aids. Os resultados foram agrupados em oito temas: 1) concepções sobre a boca; 2) percepção da saúde bucal e a expectativa de tratamento; 3) saberes prévios e apropriação de orientações; 4) contextos de adesão e não adesão; 5) relação comunicacional entre profissionais e cuidadores; 6) questões programáticas; 7) o cuidado em família e a influência das experiências dos cuidadores; 8) momentos de orientação. A interpretação dos resultados leva às seguintes conclusões: as concepções dos cuidadores acerca da saúde bucal e de suas práticas nem sempre mantêm reciprocidade com o discurso odontológico; os cuidadores apropriam-se das orientações de saúde bucal articulando-as a conhecimentos prévios, concepções e aspirações de vida e de saúde, e possibilidades reais de mudar práticas; aspectos de vulnerabilidade presentes na vida desses cuidadores podem influenciar a adoção de medidas preventivas; seus interesses e expectativas em relação às práticas educativas correspondem, em certa medida, à oferta do serviço de

saúde. Foram sugeridas recomendações que busquem superar dificuldades encontradas nas práticas de educação em saúde.

Descritores: 1. Saúde Bucal 2. Educação em Saúde 3. Saúde Bucal/ prevenção & controle 4. Comunicação 5. Pesquisa Qualitativa

Summary

Oliveira, KKC. *Communication and health education: the challenge of oral health promotion in the primary care* [dissertation]. Faculty of Medicine, University of São Paulo, SP (Brazil); 2006.

The education is valued as the most important tool in order to the health's promotion and the prevention of several diseases including the oral ones. The educational interventions in the oral health area have supposed to create knowledge that promotes practices of risk control and leverages the self-care. The aim of this study was identify values and meanings related with oral health by mothers or other caregivers of pre-scholar children and the articulation of these values with the expectations and interests in the oral health educational practices. This study is based on qualitative research, inscribed in the vulnerability's conceptual framework, as used in the HIV/AIDS prevention area, and instructed theoretically and methodologically by the Communicative Action Theory developed by Jürgen Habermas (1929-), and by Philosophical Hermeneutics, developed by Hans-Georg Gadamer (1900-2002). Semi-structured interviews were used to give an empirical base, including the methodological resource of elaboration of scenes, developed in the workshops of sexual education and HIV/AIDS prevention. The results were grouped in eight themes: 1) Oral conceptions; 2) Oral health perception and the treatment expectation; 3) Previous knowledge and orientation's appropriation; 4) The contexts of adherence and no adherence; 5) Communicational relation between professionals and caregivers. 6) Programmatic questions; 7) Care in the familiar environment and the influence of the caregivers experiences; 8) Orientation moments. The results interpretation generated the following conclusions: the caregivers conceptions about oral health and their practices that are not perfectly aligned with the deontological discourse; the caregiver's appropriation of oral health orientations is articulated with: previous knowledge, aspirations of life and healthy, the real possibilities of change practices; vulnerability aspects present on the caregivers life can influence the prevention rules adoption; the educative practices provided by the health services partially attend the caregivers' interests and expectations. It was made suggestions that aim overcome difficulties founded in the health educational practices.

Descriptors: 1. Oral Health 2. Health Education 3. Health Education/ prevention & control 4. Communication 5. Qualitative Research

1. Introdução – Por que revisitar a educação em saúde bucal?

1.1 Organização das práticas odontológicas no Brasil – da assistência odontológica à atenção à saúde bucal

Assim como ocorreu no campo da assistência médica, a expansão da cobertura de serviços odontológicos no setor estatal foi impulsionada pela Previdência Social a partir do final da década de 1960, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, (INPS). Tal expansão privilegiou os credenciamentos e convênios para compra de serviços de terceiros em detrimento da produção própria pelo Estado. A produção de serviços seguia os moldes do setor privado cuja prática odontológica era fundamentada na assistência curativa individual, em ambiente clínico, operacionalizada somente pelo dentista (Narvai, 2002).

As ações programáticas no campo da saúde bucal no Brasil tiveram início na década de 1950 por intermédio do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) como resultado da introdução dos conhecimentos da *odontologia sanitária* no país. As concepções que norteavam essas ações, entretanto, não negavam seu caráter complementar, senão secundário, ao modelo de prática odontológica predominante determinado pelo setor privado (Narvai, 2002).

Esse modelo persiste até os dias atuais como a principal forma de atendimento no Brasil (Pinto, 2000) e tem influenciado o setor estatal na concepção e desenvolvimento de suas ações de saúde bucal (Narvai, 2002).

Os primeiros programas de saúde bucal, baseados em experiências norte-americanas, constituíram o denominado *sistema incremental*. Iniciado em 1952, em Aimorés, Minas Gerais, esse sistema, durante anos, foi tomado como sinônimo de

programa odontológico escolar. Apesar de prever uma etapa destinada à educação e prevenção, o programa acabou por se limitar às práticas restauradoras voltadas para crianças em idade escolar. Reformulando-se, na tentativa de contemplar a fase preventiva, ela se viu reduzida a um único método – bochechos fluoretados – em vez de constituir sistemas de prevenção, onde várias medidas são articuladas (Narvai, 2002).

Desde então e até fins dos anos 1980, a assistência odontológica pública no Brasil esteve voltada para crianças em idade escolar, da qual grande contingente da população ficou à margem da cobertura pelo sistema estatal. A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da progressiva descentralização das ações de saúde, os programas municipais passaram a ganhar destaque (Oliveira, 1999).

Se havia focalização assistencial e reprodução da prática odontológica privada pelo setor público, que instalava equipamentos odontológicos e designava cirurgiões-dentistas para cada escola, com a finalidade de prestar o denominado *serviço dentário escolar* (Araújo, 2000), essa situação começou a se alterar, quando, em alguns municípios brasileiros, esses consultórios foram transferidos para as unidades básicas de saúde e a cobertura passou a ser mais universal (Oliveira, 1999).

Outra mudança ocorrida no sistema de saúde deu-se a partir de 1992, quando o SUS passou a remunerar os chamados *procedimentos coletivos*, compostos por atividades que exigem equipamentos de baixa complexidade tecnológica, que vão do exame epidemiológico, passam por intervenções preventivas e chegam a ações terapêuticas mais simples (Araújo, 2000).

Esses procedimentos coletivos são resultado da transformação do enfoque das práticas de saúde bucal decorrentes de estudos sobre o desenvolvimento das cáries e do

seu padrão de distribuição. A abordagem sobre o indivíduo deu lugar às ações coletivas, e o enfoque assistencial se deslocou para o de atenção à saúde bucal (Araújo, 2000).

Vale, neste ponto, salientar que a *assistência odontológica* limita-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos voltados para os indivíduos doentes ou não. Por sua vez, *atenção à saúde bucal*, pressupõe a assistência bem como incorpora ações de alcance populacional visando à saúde bucal. Essas ações podem ser intersetoriais, relacionadas a trabalho, habitação, saneamento, lazer, ou mesmo internas à odontologia, tais como divulgação de informações e ações educativas (Narvai, 2002).

A despeito dos avanços técnico-científicos e da remodelação da organização de serviços no campo da saúde bucal, o SUS tem respondido com dificuldade às demandas populacionais por atenção odontológica (Barros e Bertoldi, 2002; Pauleto et al., 2004).

A necessidade de consolidar princípios e diretrizes do SUS no âmbito da saúde bucal tem sido tema relevante na agenda do Ministério da Saúde. Recentemente, propôs duas iniciativas importantes, que visam, sobretudo, ampliar o acesso às ações de saúde bucal.

A primeira delas teve início a partir do final do ano de 2000, na gestão do ministro José Serra, quando o Ministério da Saúde (Brasil, 2001) estabeleceu incentivos para o financiamento da atenção à saúde bucal e a inserção de profissionais de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) nos municípios que se qualificavam para a inclusão. As ações de saúde bucal – procedimentos coletivos, intervenções educativas, preventivas e curativas – foram incorporadas ao conjunto de procedimentos do PSF, com o objetivo de reorganizar essas ações na atenção básica e de ampliar a cobertura populacional.

A segunda iniciativa foi o lançamento, em 2004, do programa nacional de saúde bucal, o Programa Brasil Sorridente (Brasil, 2004a), na gestão do ministro Humberto Costa. O programa dispõe de grande investimento – construção de centros especializados de referência, aumento do número de equipes de saúde bucal no PSF e distribuição de água fluoretada nos domicílios brasileiros, entre outras ações. O objetivo é, além de reorganizar a atenção especializada, ampliar a atenção básica, por meio da oferta de mais serviços, e consolidar o atendimento a todas as faixas etárias.

Essa reorganização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS vem seguindo as diretrizes da política nacional de saúde bucal (Brasil, 2004b), resultado de discussões com coordenadores estaduais de saúde bucal e de proposições das conferências nacionais de saúde e de saúde bucal. Essas diretrizes apontam para a necessidade de ampliar a oferta de serviços e garantir a integralidade e a resolutividade do atendimento. Por isso, recomenda-se que as instâncias locais considerem a inclusão de procedimentos mais complexos e de reabilitação protética na atenção primária, bem como ações de promoção e prevenção.

Por ações de promoção entendem-se atividades intersetoriais que superem a dimensão técnica da odontologia, constituindo abordagens populacionais, portanto. São exemplos delas, a elaboração de políticas públicas saudáveis – incentivo à fluoretação das águas, ao acesso a dentifrício fluoretado, ao combate ao consumo de açúcares e tabaco, etc. – e o fortalecimento da autonomia dos indivíduos mediante estímulo ao autocuidado. As ações de prevenção, individuais ou coletivas, compreendem intervenções educativas, higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor (Brasil, 2004b).

1.2 Prevenção: pesquisa, ensino e prática na odontologia

Prevenção caracteriza-se pela ação orientada para evitar doenças específicas, impulsionando a redução dos riscos de contraí-las mediante recomendações de controle de transmissão e de mudanças de hábitos. As intervenções preventivas são baseadas no conhecimento epidemiológico moderno e seus estudos sobre riscos, que apontam os determinantes dos agravos e as formas de controlá-los (Czeresnia, 2003).

O exemplo mais bem sucedido de prevenção em odontologia é a utilização do flúor com vistas à redução de cáries, principalmente quando veiculado em dentifrícios (Nadanovsky, 2000b). Narvai et al. (2001) acrescentam, ainda, a fluoretação das águas de abastecimento público e a descentralização do sistema de saúde brasileiro como os possíveis responsáveis pelo declínio da cárie entre crianças em idade escolar, a partir do final do século passado. Esses exemplos refletem uma abordagem populacional, mas, há, porém, intervenções preventivas de caráter técnico bastante específico que se baseiam em ações sobre os indivíduos (Hawkins et al., 2000; Silveira et al., 2002; Toassi e Petry, 2002).

A prevenção exercida nas práticas de saúde bucal, amparada fortemente em medidas técnicas e normativas que visam à redução de riscos individuais, é uma realidade também encontrada na graduação e na pesquisa.

Na graduação, o ensino desenvolvido no interior do ambulatório-escola, “lugar onde certo tecnicismo é produzido e reproduzido” (Botazzo, 2003:17), tem perfil biologicista/mecanicista, voltado para responder à necessidade de reabilitação do aparelho mastigador (Araújo, 2000). O ensino sofre também a influência das demandas

do mercado de materiais, equipamentos e insumos odontológicos (Secco e Pereira, 2004).

A maioria dos cursos de graduação não prevê a capacitação dos alunos no sentido de compreender a variedade de aspectos do comportamento humano e social e a natureza dos fatores que influenciam o processo educativo e a mudança de comportamento (Frazão e Narvai, 2001).

A formação em odontologia no Brasil enfrenta crise no seu projeto político-pedagógico. Como apontam Secco e Pereira (2004), há exaustão do modelo de atendimento individual e tecnicamente sofisticado, predominante nos currículos das faculdades do país. A graduação ressen-te-se de uma formação mais politizada, mais comprometida com as demandas sociais. Há necessidade de discutir a especificidade do conhecimento técnico-científico da odontologia. Apresenta-se como desafio o ensino da prática voltada para o coletivo, na busca de mais impacto social no âmbito das políticas públicas de saúde.

As pesquisas odontológicas sobre prevenção, em sua maioria, derivam do Modelo da História Natural das Doenças. Assim, os estudos recaem sobre os fatores que interagem com os elementos da tríade ecológica – agente, hospedeiro e ambiente. Os debates mais freqüentes dão-se em torno das técnicas empregadas nas intervenções e dos resultados obtidos, dos fatores de risco e proteção para doenças bucais e da influência da família ou do ambiente sobre a condição bucal dos indivíduos (Kay e Locker, 1996, 1998; Ismail, 1998; Mattila et al., 1998; Reisine e Douglass, 1998; Hawkins et al., 2000).

Chama atenção a ênfase na dimensão medicamentosa do processo de controle de cárie nos estudos sobre prevenção. Revisão de pesquisas realizadas entre 1980 e 1998,

promovida por Chaves e Vieira-da-Silva (2002), aponta que as práticas mais avaliadas foram as que envolviam o uso de dentifrícios fluoretados, bochechos com flúor e selantes oclusais. As autoras consideram que o planejamento das ações sobre a cárie não deve se restringir às tecnologias investigadas nesse estudo, mas que deva observar também a apropriação desses métodos pelos sujeitos e as escolhas que fazem sobre seu uso em suas vidas.

O conceito de risco tem presença significativa nas ações individualizadas de prevenção em saúde bucal e operam mediante identificação dos fatores associados às doenças bucais e preconização de medidas de controle desses fatores (Assaf e Pereira, 2003). Com base na determinação de risco de cárie, por exemplo, o indivíduo pode ser classificado como de alto risco, o que justifica a instituição dos cuidados indicados para esse caso, estruturando-se, assim, uma estratégia de risco (Nadanovsky, 2000a).

Visando ampliar o espectro das ações baseadas em estratégia de risco, alguns autores (Sheiham e Watt, 2000; Nadanovsky, 2000a; Kallio, 2001) e documentos de agências oficiais (Petersen, 2003; Brasil, 2004b) apontam para a abordagem de fatores de risco comuns para doenças bucais e para doenças crônicas.

Há, porém, alertas para as limitações da abordagem baseada no risco, calcada significativamente nos comportamentos dos indivíduos, que minimizam a parcela de responsabilidade compartilhada com seus grupos sociais (Chor, 1999; Chor e Faerstein, 2000). A estratégia populacional tem o objetivo de reduzir o risco médio do grupo, agindo sobre os fatores determinantes da incidência, ao passo que o enfoque de risco procura identificar os indivíduos susceptíveis e oferecer-lhes certa proteção. A estratégia populacional oferece grande potencial de benefícios para toda a população, embora cada indivíduo ganhe pouco (Rose, 1985).

Estudo de Batchelor e Sheiham (2003) demonstra que pode ocorrer desenvolvimento de novas lesões de cárie na população em geral e não somente nos grupos de alto risco, sugerindo que a ênfase das ações deva ser sob o conceito da abordagem populacional. Um limitante para a estratégia de risco é a identificação dos indivíduos em risco, apontada como uma dificuldade (Rose, 1985; Hausen, 1997).

Outros autores defendem a utilização de ambas as abordagens – populacional e de risco – nas intervenções preventivas (Fejerskov, 1995; Burt, 1998), uma vez que cada uma traz benefícios (Rose, 1985). O enfoque populacional atua sobre normas e hábitos sociais e culturais adotados que facilitam a incorporação de mudanças. Na abordagem de risco, as medidas preconizadas tornam-se apropriadas aos indivíduos identificados, proporcionando sua motivação e a do profissional envolvido, além da vantagem de que os recursos são canalizados.

Há, atualmente, uma tendência encontrada em alguns sistemas municipais de saúde bucal (Oliveira, 1999; Borges e Toledo, 1999; Pinto, 2000; Flório e Pereira, 2003; Pereira e Freire, 2004), que faz da estratégia de risco seu respaldo para desenvolver suas ações. Trata-se da atenção precoce em saúde bucal, ou *odontologia para bebês*, como também é conhecida, que incorpora a atenção à população de zero a cinco anos, tradicionalmente à margem dos programas voltados para grupos escolares. Algumas universidades também formam grupos de trabalho voltados para essa população, focando na questão da atenção precoce, por meio de ações preventivas e educativas (Walter e Nakama, 1998; Moura et al., 2001; Flório e Pereira, 2003).

Os princípios que justificam essa atenção precoce residem na concepção de que a cárie é uma doença infecciosa transmissível, razão pela qual é fundamental seu controle tão cedo quanto possível, por meio de intervenções preventivas nos bebês e de

orientação aos pais – mães, especialmente –, ou antes, às gestantes (Kamp, 1991; Weinstein, 1998; Ismail, 1998; Gomez e Weber, 2001). As intervenções no bebê são em função da identificação do risco de cárie, levando em conta, principalmente, fatores relacionados à higiene e aos hábitos alimentares (Walter e Nakama, 1998; Borges e Toledo, 1999; Pinto, 2000; Flório e Pereira, 2003; Pereira e Freire, 2004).

A crítica a essa tendência apontada é que este modelo assistencial está sendo implantado em vários municípios brasileiros desvinculado de ações mais globais. Mesmo restrito a um grupo populacional e de cunho preventivo, sua implantação nos serviços não deve fugir à integralidade das ações, à universalização e à equidade do acesso (Oliveira, 1999), bem como deve ser incorporado às ações de atenção integral da criança e compartilhado por uma equipe multiprofissional (Brasil, 2004b).

1.3 A educação em saúde como instrumento de promoção e prevenção

A partir de 1952, no estado de São Paulo, após o arrefecimento do policiamento sanitário, a educação sanitária passou a ocupar lugar central na política de saúde. A educação era vista como uma outra forma de sanar os problemas sanitários oriundos do acelerado crescimento urbano, transferindo, dessa forma, a ação sobre a população em geral para o indivíduo (Rocha, 2003).

A reforma sanitária implementada por Paula Souza previa a formação de *educadoras sanitárias* e a instalação de *centros de saúde*, cuja vocação era eminentemente educativa – promover educação sanitária popular e orientação sobre puericultura, entre outras ações. As professoras primárias foram as primeiras educadoras sanitárias, uma vez consideradas importantes aliadas na formação da consciência

sanitária por meio da educação sanitária escolar. A educação das crianças seria um meio pelo qual se faria a higienização da população (Rocha, 2003).

A educação em saúde era, então, um instrumento que possibilitaria o surgimento de uma raça sadia. Valendo-se da observação, exame, controle e disciplinamento das crianças, visava prevenir ou corrigir desvios de comportamento e deficiências no desenvolvimento. Assim, até a década de 1950, houve predomínio de uma educação sanitária normativa e prescritiva, baseada na responsabilidade individual e voltada para a modelagem de comportamentos e costumes (Valadão, 2004). As concepções que orientavam a educação tratavam-na como a arte de formar hábitos (Rocha, 2003).

Segundo Vasconcelos (1999), até a década de 1970, a educação em saúde no Brasil foi marcada pela imposição de normas e comportamentos ditados pelos poderes políticos e econômicos dominantes, em acordo com seus interesses – principalmente ligados à manutenção da força de trabalho –, e assentada, sobretudo, no controle de doenças infecciosas e parasitárias.

À época do regime militar, surgiram formas de resistência à política imposta de expansão de serviços médicos privados, quando as ações educativas não tinham seu espaço. Profissionais da saúde, insatisfeitos, buscam iniciativas que rompam com a tradição autoritária e normativa, criando soluções técnicas construídas a partir do diálogo entre saber popular e saber técnico e incorporando o método da educação popular sistematizado por Paulo Freire (Vasconcelos, 1999).

Foi a partir dos conceitos desenvolvidos por Paulo Freire a respeito do *educando* que se tem buscado abandonar a idéia de que há um objeto da intervenção educativa em saúde, uma população-alvo, em troca de uma idéia de *sujeito*.

Considerar o indivíduo como *sujeito* significa valorizar sua história e sua “leitura do mundo”, ou ainda, “sua explicação do mundo de que faz parte a compreensão de sua própria presença no mundo” (Freire, 2003a: 81).

Assim, o planejamento de educação em saúde bucal deveria considerar crenças, interesses, valores, necessidades, expectativas, percepções, etc, que influenciam os comportamentos dos indivíduos bem como elementos externos que interagem com os primeiros, tais como, família, grupo social, acesso a serviços de saúde. As práticas educativas deveriam ser flexíveis, levando em conta que todos esses fatores estão em constante interação (Biazevic, 2001).

As questões de valorização dos sujeitos e de renovação dos processos de educação, entretanto, têm permanecido restritas ao ambiente acadêmico. Não raramente, as concepções das práticas educativas atuais de saúde bucal guardam ainda muitas semelhanças com as do início do século XX (Araújo, 2000), que objetivavam a aquisição de hábitos saudáveis.

A fim de compreender os processos de mudança de comportamento dos indivíduos, a odontologia tem recorrido a algumas teorias da psicologia para auxiliar as intervenções educativas. Assim, a literatura conta com diversas referências que mencionam a contribuição da psicologia na odontologia: modelo KAB (*knowledge, attitude, behavior*), *health belief model*, modelo transteórico, teoria da ação racional, teorias sobre motivação e reforço (Locker, 1989; Kent e Blinkhorn, 1991, Hawkins et al., 2000, Vasconcellos, 2001; Kallio, 2001; Toassi e Petry, 2002). Tais abordagens, contudo, trazem respostas limitadas para uma adequada compreensão da complexidade dos fenômenos envolvidos nos processos educativos e sua efetividade.

1.4 Repensando concepções e revendo as práticas educativas

Entre os pesquisadores, há consenso de que informação não implica adoção de comportamentos desejáveis. Algumas mudanças percebidas após as intervenções raramente são sustentadas a longo prazo, especialmente as relacionadas à higiene oral (Kay e Locker, 1996; 1998).

Alguns autores questionam recomendações tradicionalmente preconizadas, ou porque sugerem que as medidas não são de fácil aceitação e execução (Weinstein, 1998), ou porque acreditam que há possibilidade de inovação para além da proibição da “mamadeira noturna”, por exemplo (Reisine e Douglass, 1998). Abre-se, então, caminho para posições mais flexíveis e realistas, como instituir o “dia do doce”, ao invés de suprimir totalmente seu consumo (Mattila et al., 1998). Estudo de Petry et al. (2000) revelou resultados paradoxais ao encontrar adultos que, apesar de não seguirem cuidados de saúde bucal adequados, não desenvolvem cáries.

Estudo de Pauleto et al. (2004) investigou os principais programas educativos em saúde bucal no Brasil e identificou quatro tendências: programas voltados para o tratamento curativo, prevenção e educação; programas voltados para a prevenção com flúor e práticas educativas pontuais; programas voltados para práticas educativas com foco na informação e no uso de recursos mobilizadores; e programas voltados para prevenção e práticas educativas de conscientização.

Dentre esses programas revistos, poucos rompem com propostas mais tradicionais e comportamentalistas. Não se baseiam no diálogo, porque a participação do educando não é incentivada, e a construção de um conhecimento emancipatório, isto é, que leve à participação mais autônoma do indivíduo em relação aos seus cuidados em saúde bucal, torna-se bastante prejudicada. As práticas de educação em saúde bucal não

ganham sentido entre os grupos nas quais elas são desenvolvidas, uma vez que se apresentam, muitas vezes, sem conexões com suas realidades. Conclui-se pela necessidade de repensar as práticas educativas.

Alguma luz pode ser lançada pelo estudo das práticas educativas na prevenção de HIV/Aids. Ayres (2002a) discute as experiências aprendidas em cerca de vinte anos de epidemia. Dentre as várias lições que podem ser transpostas para o campo da saúde bucal está a necessidade de substituir, nas práticas educativas, a atitude normativa e modeladora por outra mais emancipadora, além da busca pela simetria, o quanto possível, de posições entre educador e educando, com o compartilhamento de problemáticas e projetos.

Por *atitude emancipadora* entende-se uma educação preventiva que busca recorrer a princípios construtivistas, que melhor forneçam os meios pelos quais os indivíduos possam se apropriar das informações recebidas, de uma maneira que ganhem sentido em suas vidas, contribuindo, assim, para que encontrem soluções adequadas e convenientes para as situações particulares que os tornam vulneráveis (Ayres et al., 2003).

Outra reflexão trazida por Ayres (2002a), que pode ter lugar nas práticas de saúde bucal, é a de que *prevenção não se ensina*. Não se ensina, porque a educação deve ser um processo conjunto, de compromisso entre educando e educador. O autor faz, aqui, uma clara provocação, recorrendo a Paulo Freire para justificá-la, para quem ensinar não existe sem aprender, e vice-versa (Freire, 2003a). É a crítica à *educação bancária*, concepção segundo a qual educar é depositar, transferir valores e conhecimentos aos educandos, que nada saberiam (Freire, 2003b).

Saúde e doença são experiências vividas individualmente, mas esses fenômenos ganham dimensões coletivas, mediante a expressão de seus mais diversos significados bem como a criação e reprodução de seus modos de enfrentamento. A determinação histórica e cultural desses processos é assim colocada, marcada por diferentes visões de mundo, de condições de vida e de subsistência.

Segundo Chor (1999: 424),

Embora hábitos e comportamentos relacionados à saúde sejam culturalmente mediados, tomam também formas bastante pessoais. É nesta dimensão que se encontram, provavelmente, as maiores lacunas do “fazer” da saúde pública, ao não levar em conta o caráter não racional das escolhas de comportamento, especialmente quando se trata do prazer ligado ao hábito de fumar, beber, comer ou à vida sexual. É preciso então tentar compreender os diversos determinantes do comportamento humano, entre os quais a epidemiologia acena com probabilidades de adoecimento (e que, portanto, pode ou não ocorrer).

Ao compreender que os processos de adoecimento são mais complexos do que qualquer modelo explicativo queira supor e que as influências e determinações são de várias ordens, podemos sugerir que, mais do que domínio técnico, a odontologia ressaente-se da ausência de reflexões marcadas por outros saberes, que despertem novas leituras acerca de seu papel nas relações sociais e do que constitui seu verdadeiro objeto de trabalho: não apenas a boca, mas homens e mulheres que demandam saúde bucal.

Não que a odontologia não tenha ensaiado aproximações com as humanidades; não que a odontologia tenha se fechado dentro de suas especificidades. O debate não é esse, mas sim que as práticas educativas estão por demais sedimentadas, seus conteúdos e abordagens cristalizados, ao passo que os grupos sociais estão em movimento, na

dinâmica da vida, alterando comportamentos, necessidades e desejos dos sujeitos. Cabe, então, a nós, técnicos da saúde, a seguinte questão, de Chor (1999: 425):

Como elaborar intervenções apropriadas, sem nos tornarmos reguladores do que deve ou não deve ser feito – verdadeiros vigilantes do prazer alheio – para que se leve uma “vida saudável” (com todos os seus diferentes significados para cada grupo ou cada indivíduo)?

Os indivíduos, verdadeiros protagonistas dessas práticas de educação em saúde bucal, vêm agindo, até então, como espectadores, por vezes desinteressados, desse modelo vigente de intervenção.

Como afirma Botazzo (2003:23), é certo que a “odontologia é o território do cirurgião-dentista”, mas que no trabalho em saúde bucal “teria que emergir (...) antes e radicalmente a figura do paciente (...) da pessoa ou do sujeito, esse que é o dono do próprio corpo ou que deveria ser”.

Em face do exposto, o nosso trabalho procurará articular diferentes saberes, oriundos tanto do senso comum dos discursos dos investigados como de outras disciplinas que tentem compreender dimensões, muitas vezes pouco familiares à odontologia, mas que fazem parte do processo saúde-doença.

Procuraremos os sentidos, as apropriações, as implicações, as dificuldades, relacionadas às concepções de saúde e às práticas de saúde adotadas, no intuito de compreender melhor os sujeitos que participam das atividades de educação em saúde bucal com a finalidade de trazê-los ao centro das discussões em torno da promoção da sua saúde.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Conhecer valores e significados atribuídos à saúde bucal por mães ou outros cuidadores de crianças em idade pré-escolar e a articulação deles com suas expectativas e interesses em relação às práticas de educação em saúde bucal.

2.2 Objetivos específicos

1. Identificar as concepções de saúde bucal que orientam as mães ou outros cuidadores;
2. Conhecer saberes prévios de cuidados de saúde bucal e entender como eles se articulam às orientações recebidas; e
3. Identificar experiências, relacionadas à saúde bucal e à educação preventiva vividas pelas mães ou outros cuidadores, e suas implicações práticas nos cuidados da criança.

3. Métodos

Uma vez que a preocupação central deste trabalho é a identificação e a compreensão dos *significados* da saúde bucal e de suas práticas entre determinados sujeitos sociais, e que a questão da *interação comunicativa* entre esses sujeitos e profissionais de saúde bucal é o norteador desse interesse, adotamos como estratégia de investigação uma pesquisa qualitativa instruída teórico-metodologicamente pela *Teoria da Ação Comunicativa*, de Jürgen Habermas, e pela *Hermenêutica Filosófica*, de Hans-Georg Gadamer.

Outra preocupação é tentar superar o conceito de risco como a única perspectiva para se pensarem as ações de prevenção em saúde bucal. Para tanto, nossa pesquisa pode ser considerada como inscrita no quadro conceitual compreensivo da *vulnerabilidade* (Ayres et al., 2003).

Tratemos, inicialmente, do quadro teórico de referência adotado.

3.1 Quadro teórico de referência

3.1.1 Vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade, originário da área dos direitos humanos, desenvolve-se no contexto da Aids, a partir da década de 1990, mais especificamente a partir da Escola e Saúde Pública de Harvard. Surge como resposta a uma percepção de que a epidemia era subordinada também a outros determinantes, além do

microbiológico. Buscando ser mais abrangente, esse conceito procura superar as estratégias de redução de riscos individuais e aponta para outras de caráter social ou estrutural (Ayres et al., 2003).

A vulnerabilidade (Ayres et al., 2003) é entendida como a chance de exposição ao adoecimento que resulta não somente de um conjunto de aspectos individuais, mas de fatores coletivos e contextuais, que acarretam aos indivíduos maior susceptibilidade e maior ou menor disponibilidade de recursos para se protegerem. A vulnerabilidade envolve a avaliação articulada de três eixos:

- Componente individual: relacionado ao grau e à qualidade da informação dos indivíduos sobre o problema; à capacidade de elaborar e incorporar tais informações em questões de preocupação; ao interesse e possibilidade de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras;
- Componente social: diz respeito aos meios relacionados à obtenção, incorporação das informações e transformações em atitudes, tais como, acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, de poder político, de enfrentamento de barreiras culturais, etc; e
- Componente programático: relativo a programas nacionais ou locais e a seu grau e qualidade de compromisso, recursos e gerência, no sentido de canalizar esforços e otimizar recursos sociais, fortalecendo as mudanças sociais necessárias e apoio aos indivíduos.

Em termos práticos, sob esta perspectiva da vulnerabilidade, não se deve julgar as práticas de exposição ao vírus como fruto da vontade e do grau de esclarecimento do indivíduo. É preciso atentar para as condições concretas – emocionais, morais, culturais, econômicas – com as quais se deparam os indivíduos, que os levam a adotar ou evitar

comportamentos que os expõem ao HIV (Ayres, 2002a). “Quando só se pode escolher entre ser feliz correndo risco ou não ser feliz, o que a maioria de nós escolheria?” (Ayres et al., 2003: 126).

Se as mudanças de práticas não dependem apenas da vontade dos indivíduos, o foco das ações deve se voltar também para os contextos em que ocorrem a construção e a manifestação das identidades desses indivíduos, que os tornam mais ou menos suscetíveis. Há segmentos populacionais mais expostos, porém, não em razão de uma marca identitária fixa – mulheres, negros, pobres, por exemplo –, mas porque sofrem os efeitos das relações sociais, que designam diferentes posições aos indivíduos no conjunto da sociedade (Ayres et al., 2003).

Com a emergência do conceito de vulnerabilidade, não se quer desprezar o conceito de risco da epidemiologia, mas atentar para os limites de seu uso nas ações de prevenção (Ayres, 2002a). As análises de risco, tanto para a Aids como para as doenças bucais, são instrumentos quase soberanos na determinação dos problemas e na busca de soluções. Mas os estudos de risco são construídos por sucessivos processos de abstração conceitual, terminando em reduções matemáticas que possibilitam associações probabilísticas entre variáveis (Ayres, 2002b). Essas reduções não correspondem à complexidade dos fenômenos, uma vez que apagam aspectos importantes constituídos de valores, necessidades e significados culturais (Czeresnia, 2003). O controle das doenças exige não somente tarefas técnicas apoiadas nas ciências empírico-analíticas, mas o encontro com aspectos de outras ordens: emocionais, éticos, morais e até estéticos (Ayres, 2001).

3.1.2 A Teoria da Ação Comunicativa

Jürgen Habermas (1929-), filósofo alemão, formulador da Teoria da Ação Comunicativa, destaca-se como um dos principais teóricos acerca dos modos de constituição da sociabilidade contemporânea e do lugar da linguagem nessa constituição – assim como em sua compreensão.

Com esse propósito, Habermas privilegia a dimensão pragmática da linguagem, o uso das sentenças com uma intenção comunicativa, não como uma representação da realidade, na nomeação de objetos e estado de coisas. O que ele pretende é evidenciar as relações comunicativas entre os sujeitos que usam a linguagem para se referirem ao mundo e tomar parte dele (Aragão, 2002).

Habermas (1996) considera que qualquer tipo de ação humana – lingüística ou não-lingüística – tem um objetivo e que um *ato de fala*, uma ação lingüística, será sempre um meio cujo fim é alcançar entendimento. Mas a finalidade principal de um ato de fala, apesar de envolver sempre comunicação, nem sempre está voltada para a comunicação. Há atos de fala que buscam descrever estados de coisas ou de experiências. Há outros ainda que simulam uma intenção comunicativa, mas buscam, estrategicamente, apenas conseguir que o outro aja segundo interesses que podem não ser autenticamente seus.

Na Teoria da Ação Comunicativa, Habermas, baseado na teoria dos atos de fala de John L. Austin, estabelece dois tipos de *ação social* – ambas lingüisticamente mediadas –, baseando-se na distinção entre o ato de fala *ilocucionário* – aquilo que se faz ao dizer – e *perlocucionário* – aquilo que se provoca ao dizer. A saber: a) ação social de tipo comunicativo (*ação comunicativa*) é aquela em que o falante busca realizar a

função da fala – alcançar entendimento e o que constitui o ato da fala é o *sentido do que é dito*; b) ação social de tipo teleológico (*ação estratégica*), mediante a qual o falante procura causar algum efeito ou reação no ouvinte; o que constitui o ato da fala é a *intenção do agente*.

Os dois tipos de ação social são distintos também quanto aos mecanismos de coordenação de ação – harmonização dos vários planos individuais de ação. O entendimento por meio da linguagem é o próprio coordenador das ações comunicativas, ao passo que, nas estratégicas, a coordenação depende de influências – ameaças, sugestões – sobre o comportamento do outro. Nas ações comunicativas, os agentes tentam adequar seus planos num horizonte de vida compartilhado, baseados em interpretações comuns da situação, e chegam a um acordo mútuo racionalmente motivado.

Nas ações estratégicas, a realização do plano de ação está vinculada à interpretação de um agente, orientada para seu próprio sucesso, sobre a situação. Usando fatores externos à interação – intervenção direta na situação ou influência –, o agente leva à indução do comportamento do outro agente.

No agir propriamente comunicativo, o ouvinte deve entender, sob livre cooperação e anuência, o significado daquilo que é dito e reconhecer a *validade* de tal proferimento. Os processos de comunicação e suas finalidades não podem ser expressões de um mundo interno daquele que produz a fala, mas de um mundo da vida *intersubjetivamente partilhado* entre falante e ouvinte. Ou seja, falante e ouvinte entendem-se entre si a respeito de algo que existe no mundo, intencionando algum objetivo compartilhado.

Na ação com finalidades comunicativas, a racionalidade de uma expressão é submetida a critérios que julgam as pretensões de validade erguidas – de correção normativa, de verdade e de sinceridade – e razões pelas quais tal expressão é deferida ou rejeitada – aquilo que a torna aceitável –, segundo as mesmas pretensões.

Pormenorizando mais, os discursos são submetidos a três graus de validação tanto pelo falante como pelo interlocutor. No plano da *correção normativa*, o conteúdo do discurso é aceito ou não como adequado às normas ou valores éticos, morais e políticos num dado contexto. No plano da *verdade proposicional*, as proposições acerca do mundo objetivo são tidas ou não como verdadeiras. No plano da *autenticidade expressiva*, os proferimentos são ou não expressões subjetivas autênticas.

Assim, na ação comunicativa, os agentes alteram sua perspectiva, saindo da posição de orientação para o sucesso – conseguir algo no mundo –, na tentativa de entender-se com alguém acerca de algo.

Assim, em termos bastante sintéticos, podemos assumir que a *racionalidade comunicativa*, do mesmo modo que permite a constituição e expressão de sujeitos na vida social, fornece critérios que permitem uma avaliação objetiva de normas sociais e experiências pessoais desses sujeitos, por intermédio da identificação e interpretação das pretensões/condições de validade dos discursos que permeiam suas concepções e práticas.

O caráter *interpretativo* a que nos obriga o recurso à Teoria da Ação Comunicativa, como acesso a concepções e práticas socialmente determinadas – no caso, os sujeitos de nosso estudo –, remete à relevância do próximo quadro de referência, que nos orientará quanto ao sentido, alcances e limites deste procedimento: a Hermenêutica Filosófica, ou Hermenêutica Dialética.

3.1.3 A Hermenêutica Filosófica

O termo hermenêutica remete, primariamente, à tradução e interpretação de textos. Modernamente, vários estudos qualitativos têm adotado a perspectiva hermenêutica para a compreensão de discursos e de ações (Ayres, 2002b; Caprara, 2003; Ayres, 2004; Caprara e Veras, 2005; Oliveira et al., 2005).

Para Hans-Georg Gadamer (1900–2002), a hermenêutica busca compreender os sentidos que se dão na comunicação entre os seres humanos. Tem como pressupostos que o homem é um ser finito que se completa na comunicação e, que a compreensão dessa comunicação é condicionada pelo tempo e espaço. Ou seja, a compreensão das situações tem limites dados pela historicidade humana e cada situação tem um horizonte próprio. Em princípio, os meios de uma linguagem são suficientes para compreender o contexto simbólico do qual emergem (Minayo, 2000).

A interpretação dos significados é dada pelo *círculo hermenêutico*, caracterizado por um processo em que o significado das partes é determinado pelo significado do todo, que, por seu turno, pode alterar o significado das partes (Kvale, 1996). Segundo McCarthy (1995), esse processo tem um caráter hipotético e circular. Baseado em suas perspectivas, o intérprete faz uma projeção preliminar do sentido de todo o texto. Ao detalhar o conhecimento dos dados de que dispõe, a projeção inicial é revista, comprovada ou dá lugar a outras alternativas, lançando luz ao entendimento do todo.

O interpretado suscita questões para o intérprete, mas esse processo só é possível pela ação do intérprete, que provê meios para o interpretado levantar essas questões,

constituindo uma *dialética de pergunta e resposta*, mediada e possibilitada pela linguagem (Ayres, 2002b).

Gadamer propõe a superação da dicotomia entre sujeito e objeto na compreensão dos fatos e obras humanas. Quem conhece se inclui no que quer conhecer (Ayres, 2002b). Na compreensão hermenêutica, isso se reflete na influência do contexto do intérprete, uma vez que ele se insere num grupo social, num ponto do tempo, trazendo uma certa formação (Minayo, 2000).

A compreensão hermenêutica implica uma *fusão de horizontes*, que não significa abrir mão de seu próprio horizonte em prol do alcance do horizonte do outro, mas colocar-se em contato com o outro. O intérprete não decodifica uma experiência externa a si, mas traduz sua própria existência à luz das questões trazidas pelo outro, e a experiência do outro, à luz de suas próprias questões (Ayres, 2002b). A fusão de horizontes implica que não há um critério *a priori* de interpretação.

A interpretação é uma mediação hermenêutica entre diferentes mundos da vida, atada aos movimentos da história, razão pela qual sua validade estará sempre sob crítica, reconstruída e reavaliável a cada momento, em cada contexto (McCarthy, 1995). Sua validação no contexto de uma pesquisa dependerá, portanto, da capacidade do intérprete em face do contexto em que se encontra, do sentido de aplicação prática de suas questões e da especificidade de seus interlocutores – atuais ou potenciais – de encontrar evidências empiricamente consistentes e argumentos lógicos e pragmaticamente coerentes, a fim de que elucide o significado dos discursos sobre os quais se debruça (Ayres, 2002b).

3.1.4 Pressupostos para a produção e interpretação dos discursos dos investigados

A Hermenêutica Filosófica forneceu os pressupostos que nos permitiram uma aproximação mais adequada da natureza interpretativa de produção da fundamentação empírica, ao passo que a Teoria da Ação Comunicativa nos orientou quanto às estratégias e critérios para produção de discursos que nos permitiram identificar as condições/exigências de validade dos discursos sobre saúde bucal no grupo – tanto os que circulam no seu cotidiano quanto os trazidos pelas atividades educativas do serviço de saúde.

A interpretação respeitou a regra hermenêutica, segundo a qual a compreensão do todo ocorre com base no singular, e o singular, com base no todo, operacionalizada por meio de leituras exaustivas e repetidas que visaram ampliar a unidade do sentido pela concordância de todas as partes singulares com a totalidade dos resultados (Gadamer, 2002).

De volta à conceituação teórico-metodológica em que se apoiou o tratamento do material empírico, é oportuno lembrar que uma condição indissociável da compreensão, segundo Gadamer, é a existência de preconceitos (Gadamer, 2003). O importante para o intérprete é apropriar-se seletivamente de suas opiniões e preconceitos bem como conscientizar-se de seus próprios pressupostos. Ou seja, para compreender, não é necessário descartar as opiniões próprias, apenas abrir-se à opinião do outro. Essa abertura implica colocar as opiniões do outro em alguma relação com as próprias opiniões. “Em princípio, quem quer compreender um texto deve estar disposto a deixar que este lhe diga alguma coisa” (Gadamer, 2003: 358).

Também foi importante atentar para o lugar da autoridade e da tradição nos discursos estudados. Gadamer sustenta que a autoridade é um atributo de pessoas e que ela não tem seu fundamento num ato de obediência cega e de abdicação à razão, mas num ato de reconhecimento: reconhece-se que o outro está acima de nós em juízo e perspectiva. Concede-se autoridade por reconhecer que o outro possui uma visão mais ampla, ou porque simplesmente sabe melhor. A tradição, por sua vez, determina as

instituições e comportamentos, e os costumes são válidos com base nela e na herança histórica (Gadamer, 2003).

Consideramos também as discussões de Habermas sobre o mundo da vida, como auxílio para olhar o contexto sociocultural dos pesquisados e entender como são construídas suas identidades.

Para Habermas (1996) as ações comunicativas estão imersas no mundo da vida. Partindo da definição de mundo da vida de Husserl – que explora as idéias de conhecimento não-tematizável, das coisas inquestionáveis –, Habermas acredita que, ao funcionar como um horizonte de certezas partilhadas e não problematizáveis entre os agentes, o mundo da vida é, ao mesmo tempo, uma capa protetora aos possíveis desacordos, uma vez que o homem se vale dessas certezas acordadas de antemão.

Aos diferentes componentes estruturais do mundo da vida – cultura, sociedade e personalidade –, correspondem processos de reprodução – transmissão cultural, integração social e socialização. Essas correspondências permitem que as ações comunicativas exerçam suas funções, porém, se houver obstáculos a elas, os processos de reprodução são abalados e surgem crises: perda de sentido, de legitimação, confusão de orientações, alienação, perda de motivação, etc. (McCarthy, 1995).

Os atos de fala transmitem e desenvolvem conhecimento cultural e permitem aos indivíduos formar e manter identidades pessoais. Ao se tornar meio, mediante o qual a cultura, a sociedade e a personalidade se desenvolvem e são mantidas, a ação comunicativa contribui para a reprodução do mundo da vida (Habermas, 1996).

Reportando aos planos de validação dos discursos na ação comunicativa, é possível agora formular as seguintes questões, que serão respondidas ao longo da discussão deste estudo:

- No plano da correção normativa, *os valores de saúde bucal e de práticas de saúde encontrados entre os cuidadores são compartilhados pelos técnicos?*
- No plano da verdade proposicional, *os saberes técnicos são tomados como expressões da realidade pelos cuidadores? As experiências e os saberes dos cuidadores são valorizados pelos técnicos?*

- No plano da autenticidade expressiva, *de que modo o cuidador se posiciona como sujeito da saúde bucal? De que modo o profissional da saúde aparece como sujeito para o cuidador?*

Para uma síntese da articulação dessas questões com os objetivos do estudo e com as perguntas do roteiro, ver anexo A.

3.2 Descrição da metodologia

3.2.1 Localização do trabalho de campo da pesquisa

O estudo foi desenvolvido junto à população usuária do programa de saúde bucal mantido pelo Centro de Saúde-Escola Samuel Barnsley Pessoa, CSE Butantã, situado na cidade de São Paulo.

O setor de saúde bucal da unidade possui um consultório odontológico básico, sem aparelho de raios X, e conta com aparelhos de fotopolimerização e de remoção de cálculos dentários. A equipe de profissionais é constituída por duas dentistas e duas auxiliares, uma das quais possui formação de atendente de consultório dentário. Cada dupla – dentista e auxiliar – trabalha em um período do dia.

O programa desenvolvido pelo setor atende crianças de zero a seis anos e onze meses de idade e gestantes, moradores da área de cobertura da unidade de saúde e devidamente matriculadas. Para as demais faixas etárias, a assistência clínica é destinada aos casos de emergência.

A criança chega ao setor de saúde bucal encaminhada pela pediatria da mesma unidade ou por procura espontânea. Havendo disponibilidade imediata de vaga, é marcada uma primeira consulta; caso contrário, o responsável é orientado a procurar o setor até que consiga o acesso.

Para as crianças, até o ano de 2004, desenvolviam-se regularmente atividades educativas em grupos, com o acompanhamento dos cuidadores. A idade é o principal critério de inclusão nessa atividade, que trabalha com *três grupos distintos*: crianças de até um ano de idade, de três anos e de seis anos. Essa diferenciação se dá por razões técnicas, fundamentada na situação de risco que se credita a vários contextos, tais como, época de adoção de comportamentos desejáveis, de erupção dentária e de alta do programa.

Nessas atividades, são abordados temas de natureza preventiva, de acordo com a pertinência da orientação à faixa etária da criança. No grupo de bebês, por exemplo, a ênfase das recomendações dirige-se especialmente à amamentação, natural ou artificial, ao desaconselhamento do uso de açúcar, de chupeta e de mamadeira e ao ensino da higienização antes mesmo da erupção dos dentes.

Com exceção do grupo voltado para menores de um ano, os demais grupos não estão, atualmente, sendo realizados, em razão de dificuldades internas do setor. Esse grupo, em sua maioria, é captado durante consultas da pediatria e constitui o primeiro contato do cuidador e seu bebê com o setor, não havendo, muitas vezes, necessidade de consulta clínica.

A educação em saúde bucal não se limita à atividade em grupo. Durante a assistência são fornecidas orientações individuais que visam prevenir doenças bucais.

Terminado o tratamento odontológico, a criança deve retornar após alguns meses. Esse período é determinado, predominantemente, em função de sua classificação de risco de doenças bucais – cárie, em sua maioria –, de acordo com critérios adotados pelo setor, tais como, padrão de higiene e de alimentação, experiência passada de cárie, utilização de hábitos considerados prejudiciais – chupeta, mamadeira, etc. A observação clínica de algum evento também é um fator considerado para se determinar o retorno.

Todas as crianças que completam sete anos saem do programa. Os responsáveis recebem um encaminhamento para outra unidade de saúde da região que funciona como referência.

As gestantes conseguem acesso por meio de encaminhamento do setor de saúde da mulher, que realiza o acompanhamento pré-natal; elas devem obedecer ao mesmo processo descrito no caso das crianças para conseguir atendimento.

Para as gestantes, o programa apenas oferece assistência odontológica e orientações individuais de saúde nas consultas, nas quais também são incentivadas a trazer suas crianças após o nascimento. Seu acesso ao atendimento programático é garantido somente no período de gestação, cabendo-lhes, depois, a assistência emergencial destinada aos maiores de sete anos de idade.

3.2.2 Coleta de material empírico

A coleta de dados deu-se na própria unidade de saúde, entre julho e agosto de 2005, tanto no período da manhã quanto da tarde. Utilizou-se essa estratégia basicamente para contemplar duas situações diversas: atuações dos profissionais de um

período e de outro e características dos usuários que freqüentam o serviço num período ou noutro.

Os indivíduos foram convidados a participar do estudo na sala de espera, enquanto aguardavam a consulta, ou à saída do consultório, após o atendimento. Foram abordadas 22 pessoas que acompanhavam as crianças, ou que esperavam atendimento – caso das gestantes. Além da necessidade da matrícula no programa de saúde bucal, foram considerados os seguintes fatores para inclusão dos sujeitos no estudo: ser cuidador da criança e, no caso das gestantes, já ter pelo menos outro filho que seja cuidado por ela. A amostra final foi constituída por nove cuidadores, dos quais oito são mães, e um, pai.

Chegamos a esse número por entender que ele permitia aprofundamento e abrangência de compreensão da situação (Minayo, 2000) bem como fornecia elementos suficientes para identificar resultados de interesse para este estudo.

A generalização a que aspiramos num estudo deste tipo diz respeito a possibilidades de compreensão do fenômeno estudado, que, neste caso, se estende a situações que envolvem cuidados de atenção primária à saúde bucal destinados a populações de baixa renda de regiões metropolitanas do Brasil.

Os usuários que se recusaram a participar do estudo alegaram principalmente o fato de não estarem organizados para permanecer no serviço mais tempo além do previsto, demonstrando pressa para chegar ao trabalho e preocupação com afazeres domésticos. Outros, embora também cuidassem da criança, acreditam não ser as melhores pessoas para responder à entrevista, função que atribuem à mãe da criança.

Após o aceite do cuidador, fomos para uma sala cedida pelo serviço, onde foram oferecidos os pormenores do estudo, esclarecidas as dúvidas e feita a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo B).

As entrevistas, por nós realizadas, obedeceram a um roteiro (anexo A). Foram gravadas e tiveram, em média, duração de uma hora. As transcrições das entrevistas ficaram a cargo de outra pessoa qualificada para essa tarefa.

A concepção do roteiro e a execução das entrevistas foram baseadas em Denzin e Lincoln (2000), Minayo (2000) e Kvale (1996). Porém, a referência mais significativa veio da narração de *cenar*, inspirada nos trabalhos de oficinas de educação sexual (Paiva, 2000), com o intuito de se obterem informações mais ricas em detalhes e emoções. Em oficinas propostas por esta autora, são realizadas dramatizações ou construções imaginárias de algumas situações. Elas funcionam como instrumentos de compreensão dos significados das práticas sexuais, que surgem concretizadas, com seus elementos e contextos.

No âmbito da nossa investigação, baseada também em trabalho de Mendonça (2005), a cena, na verdade é uma *descrição* detalhada de alguma situação – personagens, ambientes, trajes, sentimentos; um relato que leva a vivenciar novamente uma experiência ou a imaginar uma situação completamente nova. Esse exercício pôde fazer emergir resultados possivelmente melhores do os conseguidos por meio de questionamento direto, puramente racionalizado, e propiciou falas mais espontâneas e “livres” dos discursos esperados como certos.

3.2.3 Aspectos éticos

Salientamos que o presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMUSP, CAPPesq, (anexo C) assim como pela direção do Centro de Saúde-Escola do Butantã (anexo D).

Respeitamos os aspectos éticos envolvidos neste tipo de pesquisa, garantindo sigilo das informações e privacidade aos participantes, a fim de evitar-lhes qualquer tipo de prejuízo.

A participação voluntária do estudo ofereceu risco mínimo ao entrevistado. Ainda assim, procuramos sanar de imediato algum desconforto causado pelas perguntas, fato observado num caso específico, mas logo resolvido, graças à mudança de tema, que não prejudicou a condução da entrevista. Após o início da coleta de informações, não houve desistência de nenhum participante.

Como já mencionado, fornecemos o consentimento livre e esclarecido (anexo B) e tiramos dúvidas a respeito do estudo.

A fim de que não houvesse prejuízo financeiro ao participante, foi oferecida quantia exclusivamente destinada a transporte. Também como agradecimento pela participação e incentivo a práticas preventivas, foram cedidos materiais educativos e de higiene bucal para cada sujeito, doados por uma empresa do setor de higiene.

4. Resultados - A educação em saúde bucal na voz dos usuários

A apresentação dos resultados está organizada de acordo com o roteiro de perguntas apresentado no capítulo de métodos. Antes, porém, faremos a caracterização dos participantes da pesquisa.

Buscamos destacar os trechos das entrevistas que julgamos mais ilustrativos daquilo que discutiremos adiante, no próximo capítulo. Os comentários procuraram dar vida e inteligibilidade aos trechos selecionados.

Tentamos observar também as impressões não passíveis de transcrições, mas apontadas no caderno de campo – silêncios, olhares, suspiros, etc. –, uma vez que elas auxiliam a composição dos significados das respostas dos entrevistados.

4.1 Caracterização dos participantes

Os entrevistados não foram pormenorizadamente caracterizados, razão pela qual o roteiro não inquire sobre dados sociodemográficos. Oferecemos apenas alguns elementos de identificação que emergiram ao longo das entrevistas.

Priscila¹ tem 21 anos de idade, é mãe de Amanda, quatro anos. Engravidou na adolescência e, atualmente, cursa o primeiro ano de economia. Mora com a mãe e os irmãos.

Maria de Lourdes trouxe Tamires, sua filha de dois anos, à consulta. É mãe também de Wellington, sete anos, e Adriana, 11 anos, que já saíram do programa de saúde bucal. Tem 33 anos, é dona de casa, mora com os filhos e o marido e estudou só até a quarta série do ensino fundamental.

Eliane, com ensino fundamental completo, é dona de casa, casada, tem 33 anos, e chegou do Piauí há pouco tempo. Tem duas filhas, Bianca, cinco anos, que está fazendo tratamento odontológico, e outra, de nove anos.

¹ A fim de preservar a identidade das pessoas, os nomes foram trocados.

Patrícia é jovem, 24 anos, casada, dona de casa, com ensino médio completo, é mãe de Marcos, cinco anos, Nataly, dois anos, e Gabriel, um ano, todos inscritos no programa de saúde bucal.

Carmem é de Atibaia, onde trabalhou em plantação de flores. Com 26 anos, é casada, dona de casa, estudou até a terceira série do ensino fundamental e é mãe de Nicole, quatro anos, e Maitê, seis anos, ambas inscritas no programa. Pais e filhas moram juntos.

Edilene é auxiliar de limpeza, 24 anos, mora com o marido e o filho Gílson, cinco anos, abandonou o terceiro ano do ensino médio porque engravidou.

Aparecida 34 anos, divorciada, veio da Bahia com 15. Auxiliar de limpeza atualmente desempregada, já trabalhou como babá, é mãe de Luís, seis anos, e mais três filhas, de oito, 10 e 15 anos.

Francisco tem 41 anos e é pai de Gisele, sete anos, e de uma adolescente de 14. Veio de Pernambuco aos 17 anos, onde trabalhava no campo. Atuou como auxiliar de limpeza antes de ficar desempregado. Estudou até a terceira série do ensino fundamental. Mora com a esposa e as filhas.

Joana, 31 anos, ex-babá, hoje dona de casa, estudou só até a quinta série. Mãe de Guilherme, 10 anos, e Letícia, sete, que passaram pelo programa, está grávida de seu terceiro filho. Viveu em Pernambuco até os seis anos.

4.2 Concepções sobre a boca

O início das entrevistas tinha o objetivo de tomar conhecimento das concepções dos participantes sobre suas próprias bocas, identificar o que gostavam, o que não gostavam, se percebiam limitações e se desejavam mudanças. Enfim, uma tentativa de compreender de que modo a boca aparece na vida dessas pessoas, como elas se relacionam com essa parte do corpo e que representações a boca adquire.

Vários relatos revelam insatisfações com a boca. Encontramos percepções mais voltadas para a estrutura da boca e dizem respeito à conformação das arcadas dentárias, à posição dos dentes ou à ausência de algum elemento.

Nos trechos seguintes, os entrevistados acreditam que seu problema é percebido por outras pessoas, o que lhes traz certo desconforto; sentem-se inseguros e envergonhados, quando das relações sociais.

O que chama a atenção é que eu estou com dente torto... Eu acho [que as pessoas olham para meu dente]. Aí também... ah... para emprego é difícil... Quando é emprego... procura... que tem que estar bem “aparentemente”, aí exige bastante, dentes bonitos, certinhos... (...) Ah, eu não gosto do meu dente torto.
(Trecho de entrevista de **Priscila**)

Eles [dentes] saíram assim, ó, entendeu? [Aponta para boca, para os dentes para “fora da boca”.] (...) Ah, eu acho que sim [que as pessoas reparam no meu dente] (...) Até as crianças notam. (...) Quando trabalhava na escolinha, tomava conta de criança, eles falavam: “Ai, tia, por que seus dente é assim para fora, por que você não arruma?”
(Trecho de entrevista de **Maria de Lourdes**)

(...) Uma vez que eu fui extrair um dente que era obturado (...) Então eu fiquei com aquela “falhazona” na frente, porque o dente era na frente (...) Eu tinha vergonha de sair, de falar com as pessoas (...).
(Trecho de entrevista de **Eliane**)

Os termos “torto”, “para fora”, “falhazona”, “certinho” tanto parecem revelar certas noções de normalidade, de padrão, de perfeição, bem como uma situação desejável para as bocas. E se há, então, um desvio daquilo que é considerado normal, os próprios entrevistados apontam o caminho para a readequação, mediante tratamentos ou reabilitações.

É interessante notarmos nos próximos depoimentos uma natureza quase mecânica da saúde bucal. As falas aqui destacadas são também bastante comuns quando tratamos de coisas, de consertos de equipamentos ou de máquinas.

Que eu tô querendo arrumar, vê se consigo colocar uns aparelhos, que eu não gosto muito dos meus dentes.
(Trecho de entrevista de **Maria de Lourdes**)

(...) Eu mudaria esse dente aqui de cima...() Eu colocaria ele no lugar.
(Trecho de entrevista de **Patrícia**)

(...) Agora, no momento, ela [boca] não está cem por cento, porque eu já estou precisando (...) Porque quando eu fiz [a prótese], foi em 2001 e o aparelho é um ano de garantia; então acho que está na hora de trocar tudo... (...) Ah, está bem gasta... está frouxo...
(Trecho de entrevista de **Eliane**)

(...) Tenho coisas aqui que tenho que ir para o dentista. Tenho que arrumar eles, fazer limpeza... (...) Ah... Ishhhh!... Tem que fazer uma boa limpeza.
(Trecho de entrevista de **Edilene**)

No depoimento de uma participante aparece uma percepção mais positiva da própria boca. Ela revela que seu sorriso chama a atenção de outras pessoas; seus colegas de trabalho apelidaram-na de “Sorriso”.

(...) As pessoas com as quais convivo direto falam: “Ah, que sorriso bonito!” Ou, então, se eu saio para fazer compras, assim, sempre falam que meus dentes são muito bonitos, que são perfeitos, que eu tenho que cuidar. (...) Tem um homem mesmo no meu serviço, ele não me chama pelo nome, ele me chama de “Sorriso”, porque eu rio muito, eu brinco; então ele só me chama de “Sorriso”. Ele fala: “Vou pegar esses dentes, que dentes lindos!”, todo dia, todo dia...
(Trecho de entrevista de **Edilene**)

Nesse relato, fica evidente a natureza estética da percepção da boca. De fato, Edilene possui um sorriso largo e bonito, razão por que, talvez, ela sorria frequentemente, o que, associado à beleza da sua boca, virou um traço de identidade.

Se confrontadas com as necessidades mais funcionais da saúde bucal, as dimensões estéticas da boca ficam bastante evidentes. Ao serem questionados sobre limitações da atual situação bucal, alguns entrevistados referem que, para comer ou falar, a falta ou o mau posicionamento de algum elemento dentário não constitui um grave problema sentido.

As condições bucais de Joana não são das melhores. Há problemas periodontais sérios e perda de vários dentes. Além de prejudicada a função mastigatória, ela lembra a situação estética de sua boca.

P² – E você acha que esses dentes que você perdeu fazem muita falta, interferem no resto do seu corpo, na sua saúde?

Joana – Ah, faz um pouco, né?

P – No que faz mais falta?

J – Assim, para comer não tanto assim... Mas não dizem que o sorriso é o cartão de visita da pessoa? Aí eu penso nisso.

Edilene mesma, no entanto, explica por que a dificuldade mais sentida é a mastigação: talvez porque não haja comprometimento estético.

P – Esse espaço que você tem, essa falta do dente, já atrapalha em algum...

Edilene – Ah, atrapalha. Quando vou comer... (...) não consigo morder aqui nos fundos; aí joga para frente para mastigar. Joga para um lado... cai no meio, aperta na gengiva... (...) para comer coisas assim duras, carne, carne assada... coisa assim mais dura, eu até evito muito, né?, para não ficar mordendo, para não ficar machucando a gengiva.

P – [Interfere em] outras coisas, para falar, para sorrir?

E – Não... Não, não aparece... (...) Se aparecesse, eu teria vergonha. (...) Mas como é dos fundos... eu nem ligo... Tem gente que pensa que eu nem arranquei dente ainda...

Ela completa seu raciocínio argumentando que uma reabilitação melhoraria sua mastigação bem como deixaria sua boca mais bonita.

Ah, [colocaria o pivô] pela mastigação e para deixar os dentes todos... assim... bonitinhos... que faltando dente é feio, para deixar eles todos iguais.

(Trecho de entrevista de **Edilene**)

Alguns depoimentos revelam também que a dentição perfeita das pessoas é atributo importante da (boa) aparência. De modo geral, as pessoas reparam nesse aspecto, portanto, alguma falha compromete a beleza e supera outros atributos.

Que são duas coisas que a gente se preocupa (...): é o dente e cabelo.

(Trecho de entrevista de **Maria de Lourdes**)

Ah, você sem os dentes, é uma parte do corpo que... porque a aparência... Você sabe que sem dente... Você pode estar bonita ali, mas se estiver banguela, se tiver uma falhinha, um manchadinho nos seus dentes... Se alguém perceber, eu

² Legenda: utilizaremos P para designar a pesquisadora. As iniciais do nome do(a) entrevistado(a) serão utilizadas após a indicação por extenso do nome.

acho que já quebra tudo... Estraga seu visual.
(Trecho de entrevista de **Edilene**)

É, [onde as pessoas] mais reparam é a boca... Tanto é que quando você está conversando... você pode estar bem arrumado, mas a primeira coisa que eles olham é os dentes...
(Trecho de entrevista de **Joana**)

Justamente por ser julgada imprescindível à boa aparência, a boca pode ainda ser território de insatisfações, baixa auto-estima, vergonha, insegurança e constrangimento diante das pessoas, o que lhes traz sérias implicações.

Para alguns entrevistados, a presença do outro é fundamental para a percepção da própria boca e de si mesmos, seja por meio de vivências que comprometeram suas relações e seus comportamentos, seja por meio de experiências mais alentadoras.

Eliane precisou fazer a extração de um dente anterior, mas não pôde substituí-lo por uma prótese logo em seguida. Esta condição levou-a esconder sentimentos e expressões e a restringir sua vida social. Mas o pior seria imaginar uma amizade que não existiria caso ela não tivesse dentes...

P – Sete meses sem o dente. E como era essa época? Você tinha vergonha?

Eliane – Era horrível. Se tinha uma festinha que era para mim ir, se eu estava num aniversário, um batizado, eu já não ia. (...) Eu evitava ao máximo de sorrir, conversar, não abrir muito a boca tanto e evitar o máximo de sorrir. (...) Às vezes [o marido falava]: “Ah, nega, isso é besteira, todo mundo tem problema e ajeita; logo depois vai estar bem”. [Eu falava]: “Então eu vou passar a sair quando estiver bem, quando me sentir bem”. (...) Minha amiga fala assim: “Ainda bem que não conheci você com os dentes desse jeito [sem a prótese], porque acho que não seria tua amiga hoje”. Ela fala desse jeito: “Você andava desse jeito?” E não tinha como não andar desse jeito.

Ao reparar que as pessoas notavam sua boca, Aparecida passou a ficar constrangida, a se observar no espelho. O olhar do outro a levava à autopercepção.

P – Você percebe que as pessoas ficam reparando no [seu] dente [sem restauração]?

Aparecida – Percebe.

P – E quando você repara que a pessoa está olhando, como você se sente?

A – Ah, a gente se sente assim... Ah... a gente muda, fica quieta... e às vezes chega em casa, vai se olhar... para ver se realmente foi aquilo... assim... Coisa desagradável...

Uma boca bonita, por sua vez, com dentes perfeitos, pode ficar à margem das observações alheias. Os elogios que a Edilene recebe ajudaram-na a conceber sua boca e, provavelmente, contribuem para que ela valorize sua condição bucal.

P – E você mesma, você gosta da sua boca? Do jeito que ela é?

Edilene – Sabe que antigamente eu nem dava atenção para isso. Eu mesma não tinha dente estragado, nem reparava em dente nem nada. De uns tempos para cá, que o pessoal começou a falar dos meus dentes, que eram bonitos... que eu nem reparava... Eles são todos direitinhos, mas eu nem ligava. Aí o pessoal começou a elogiar e eu comecei a reparar. Mas eu gosto, [é que] eu não fico olhando muito, não.

No caso de Joana, olhar para os filhos com os dentes perfeitos levou-a a desejar para si aquela condição e a pensar em si própria.

Depois que você tem filho, mesmo você sendo adulta, você vai aprendendo com as crianças. Eu vejo eles sorrindo assim, os dentes bonitos, bem tratados, aí eu pensei: se eu pudesse botar o tempo atrás... Só que agora não posso mais. Alguns dentes meus dá para fazer tratamento, outros não dá. (...) Aaí eu fico pensando no meu, porque eu também tinha dentes muito bonitos. Tinha muito bonito mesmo. (...) Eu relaxei...

(Trecho de entrevista de **Joana**)

A boca, entretanto, nem sempre é alvo de atenção. Sabe-se somente que ela está em seu lugar e, embora seja foco de alguma doença, teima em se esconder.

P – Sua boca... Você nem lembra que ela existe?

Carmem – É ... (ri) Ninguém lembra que existe. Só eu.

P – Mas você olha no espelho a sua boca?

C – Olho (...) Quando tem que escovar os dentes, tomar banho, pentear o cabelo... (...) Só [reparo] quando escovo os dentes, sai sangue...

P – Sangra... e dói?

C – Não. (...) Sempre foi assim, foi...

Curiosamente, Carmem é a única participante que se diz satisfeita com a condição atual de sua boca, revelando que a acha bonita, mesmo se pudesse fazer uma mudança nela.

Perguntada por que se preocupa com os dentes, ela aponta demandas mais funcionais da boca.

[Acho que é importante cuidar dos dentes] porque quando “caria” uma vez... de novo não vai nascer. (...) Eu acho [ruim ficar sem o dente] (...) para mastigar a carne, essas coisas... comer carne, salada... Acho que sem dente nem nada (...) atrapalha.

(Trecho de entrevista de **Carmem**)

Apesar de apresentar um problema de má oclusão bastante pronunciado, enquadrado clinicamente em uma necessidade de tratamento ortodôntico, Francisco, inicialmente, se diz satisfeito com a boca, que lhe permite comer e falar normalmente.

P – E hoje em dia como está sua boca? Está tudo bem?

Francisco – Está bem... (...) Como normalmente (...) Não tenho [nenhuma dificuldade].

A má oclusão, portanto, não se traduz em nenhum incômodo. Francisco sente necessidade de uma prótese parcial, que recolocaria o dente ausente e traria, não conforto ao mastigar, porque isso ele já possui, mas beleza.

P – (...) Vamos imaginar o seguinte: que o senhor já terminou, tem dinheiro, conseguiu fazer a ponte e tal. Como ia ser assim? Você ia estar melhor? Ia estar mais feliz com o dente?

Francisco – Mudaria.

P – Mudaria para melhor?

F – Para melhor, né? Porque está faltando um [dente], né?

P – Sim. Mas o que ia melhorar? Para comer ou ia ficar mais bonito?

F – Ah... mais bonito, né?

O desejo de mudança, então, se justifica tão-somente por razão estética? A necessidade da beleza é o motor da demanda de saúde bucal? O que levaria à busca de tratamentos odontológicos? A busca pela saúde bucal? E saúde bucal também quer dizer estética dental? Ou saúde e estética não se complementam? A boca é lugar da saúde?

(...) A saúde não está na boca. Agora, todo mundo gosta de ficar mais bonita, com os dentes perfeitos, mas em primeiro lugar vem a saúde da gente. Quem não tem sua boca perfeita, seu dente perfeito, se você não pode arrumar, se você não tem condições, vai se conformar, logicamente. Mas em primeiro lugar a sua saúde...

(Trecho de entrevista de **Maria de Lourdes**)

Ligadas ou não a questões estéticas, para serem satisfeitas as necessidades de saúde bucal, os entrevistados encontram barreiras na própria vida. Conformar-se com a

situação da boca encontra mais força quando circunstâncias da vida deixam praticamente tudo em segundo plano.

(...) Tem momentos na vida que você passa por certos obstáculos, igual assim, tipo, quando eu perdi minha mãe com 19 anos, nós ficamos sozinhos. Porque meu pai, ele, como te falei, ele largou minha mãe... Era 10 irmãos e minha mãe cuidava de nós sozinha. (...) Só que eu fiquei de um jeito assim, eu tive depressão, eu fiquei num estado tão... tanto é que nem estava trabalhando, não estava estudando, nada. Então, foi quando eu percebi meus dentes, começaram a ficar... uns ficaram com cáries... aí eu falava: “não vou me preocupar com isso, porque eu perdi coisas tão mais importantes na minha vida, o que vai ser um dente?”

(Trecho de entrevista de **Joana**)

(...) A gente tem mais coisa para se preocupar. Tem os filhos, tem um [incompreensível], tem a família... Então, eu falo: não, quando der, eu arrumo., Não relaxo, eu escovo (...) Então tem muitas coisas que eu falo: não, eu vou cuidar de outras partes mais necessárias. (...) Tento levar a vida normal. Porque ninguém é perfeito.

(Trecho de entrevista de **Aparecida**)

4.2.1 O recurso das cenas

Na questão 4 do nosso roteiro de entrevistas, utilizamos o recurso das cenas para que nossos participantes pudessem sentir-se numa situação cuja boca fosse diferente da atual.

Os depoimentos à luz dessa simulação foram muito ricos; revelaram, sobretudo, desejos e aspirações que ultrapassam suas bocas e chegam às suas vidas.

Solicitados a imaginar uma cena em que estariam com a “boca idealizada”, perfeita mesmo, segundo suas concepções, os entrevistados passaram a preocupar-se com a aparência.

Houve casos em que esse exercício remeteu a ideais de imagem de sucesso da qual a boca aparece como elemento importante, símbolo de vida bem sucedida.

Como estudante universitária de economia, Priscila deseja um emprego em banco. Imagina a conquista do emprego e o processo de seleção que pode levá-la a ele, que pressupõem, obrigatoriamente, atitudes que demonstrem segurança, como um sorriso.

P – Como seria essa cena? Eu queria que você contasse para mim onde você está, quem são as pessoas, a roupa que você está, se você está indo para uma festa, assim... o sentimento que você tem. Queria que você descrevesse assim... como se fosse uma cena mesmo.

Priscila – Ah, deixa ver... Ah ... é difícil... Não, acho que seria como se fosse arranjar emprego. Estaria vestida...

P – Como você está vestida? O que você imagina?

P³ – Ah, de preto, social... sorrindo, chegando sorrindo para as pessoas. Ou num emprego, sorrindo, falando bem, com um sorriso ideal.

P – E qual o teu sentimento? Imagina que você está...

P' – Segura, você está sorrindo e as pessoas vendo que você tem um sorriso bonito.

P – Então, quem está nessa cena? Você e a pessoa que está te entrevistando?

P' – Isso.

P – O entrevistador te chama: “Priscila”. Aí você vem. Você está vestida de preto, social.

P' – Ahã.

P – Tem alguma pasta na mão? Uma bolsa?

P' – Uma bolsa.

P – E o currículo você já deu para...

P' – Já, entreguei antes; por isso que eles me chamaram.

P – Eles te chamaram. Aí como é? Te dá a mão para cumprimentar?

P' – Cumprimenta, ele abre um sorriso e eu abro um sorriso bonito. Que quando você não tem um sorriso bonito, a pessoa sorri para você e você não sorri para as pessoas... tem vergonha... Aí, eu ia sorrir “seguramente”, um sorriso bonito.

P – Um sorriso bonito. E quando ele começasse a perguntar: “Priscila, por que você quer trabalhar aqui?” Você imagina que tipo de emprego é, que vaga é essa?

P' – Deixa ver... é... para trabalhar num banco.

P – Para trabalhar num banco.

P' – É o que eu quero, trabalhar num banco.

No imaginário de Patrícia, está presente a ambientação comum no meio publicitário, onde pessoas são retratadas rindo, fazendo compras, bem-sucedidas. O cenário seria um *shopping*, onde ela própria seria alvo de admiração.

Ah!... Deixa eu pensar... Acho que estou no *shopping* passeando, dando risada. Ainda pode passar uma pessoa e comentar com outra: “Olha os dentes dela.” Porque a gente comenta: “olha que dentes bonitos, que boca bonita”.

(Trecho de entrevista de **Patrícia**)

Ao imaginarem uma situação bucal ideal, outros participantes ligam a cena a contextos familiares, reuniões ou comemorações com amigos e parentes próximos, ou

³ Legenda: utilizaremos P' para Priscila, a fim de diferenciar de P (pesquisadora).

seja, pessoas que tenham um significado especial em suas vidas. São desejos simples, são vontades de fazer com naturalidade coisas corriqueiras, como rir e comer.

Ah!... Sei lá. Podia sair para uma festa, podia ser com meu marido... de fazer uma festa de família... Sei lá. Senta todo mundo na mesa, aí com certeza eu ia abrir minha boca à vontade, né? Ria...

(Trecho de entrevista de **Edilene**)

Eu queria estar com meus filhos e meu esposo; mas eu queria estar assim num restaurante, chegar e poder comer o que você pode, rir para as pessoas, ou então numa festa (...) [com] minhas colegas, que tem umas que têm bastante tempo que eu não vejo, minha família... Ah!... e todas as pessoas que eu gosto.

(Trecho de entrevista de **Joana**)

A cena idealizada por Edilene se estende até que ela receba um elogio do marido, uma aprovação da sua boca recuperada.

(...) Ele ia elogiar. Quando eu chegasse, eu ia abrir a boca assim e ele: “Puxa, você está com dente diferente na boca?” Ele ia olhar e ia gostar mesmo, porque ele não gostou que eu arranquei [o dente].

(Trecho de entrevista de **Edilene**)

Associados os depoimentos a alguns sinais não-verbais, como um olhar distante, um sorriso, pausas e silêncios, notamos a mobilização de sentimentos mais escondidos.

Durante alguns depoimentos percebemos uma atmosfera de saudade e de desejo de rever lugares e pessoas, talvez porque estas entrevistadas sejam migrantes nordestinas.

Nas cenas imaginadas e com as bocas que idealizaram, elas retornam à cidade natal e reencontram lugares, amigos e familiares importantes da suas próprias histórias, com quem compartilham a alegria de terem conseguido um sorriso perfeito.

Ah, com certeza [estaria] com a minha família, meus amigos, todo mundo junto na casa dos meus parentes, porque lá [no Piauí] sempre a gente reúne os amigos; a gente faz um churrasco junto, passa um dia em família, todo mundo junto. Eu estou chegando de São Paulo só para passar uns dias.

(Trecho de entrevista de **Eliane**)

Aparecida – Na verdade, se eu pudesse, eu estaria no Norte.

P – No Norte?

A – Na Bahia, com a família toda.

P – Sua família é de lá?

A – É. Somos baianos. (...)

P – E aí, quando você chega lá, o que tem? Tem um almoço?

A – Tem. Nossa! É uma festa. Se eles têm alguma ovelha, algum porco, faz aquele churrasco. Nossa! É muito emocionante.

P – E aí você está chegando lá, você acha que vão falar o que para você?

A – “Quanto tempo!” (...) – essas coisas assim de família.

P – Difícil para você falar disso? Você fica emocionada?

A – É, fico emocionada. Eu não gosto muito de tocar...

Faz sete anos que Aparecida não volta à cidade onde vive sua família. A última vez foi quando faleceu sua mãe. Imaginar a chegada, a festa, o reencontro, seu retorno, de certa forma, vitorioso, mostrando uma melhor condição bucal, foi um exercício doloroso para ela. Visivelmente incomodada, sugerimos mudar de assunto, ao que ela aceitou de pronto.

Entretanto, a cena que Eliane descreveu, na realidade, foi relato de um acontecimento verdadeiro. Após a extração de um elemento dentário, ficou com um espaço edêntulo na região anterior da boca, situação que a afligia extremamente e limitava sua vida, quando ainda morava no Piauí. Ela conta como foi sua chegada e a repercussão dela.

Ah, nossa! Todo mundo se admirou quando eu voltei para lá [Piauí]. (...) [Porque] todo mundo sabia que me faltava o dente e o que eu tinha sofrido também lá... Eu vim para cá [São Paulo] com o dente... com o sorriso feio, e quando voltei, já estava tudo ajeitado. “Nossa! Você ficou diferente, você ajeitou o dente.” (...) Ah, [eu me sentia] super bem, que todo mundo disse que minha aparência mudou, que ficou legal. Aí a gente se sente super feliz, né?

(Trecho de entrevista de **Eliane**)

Notemos ainda, que Eliane acredita ter influenciado alguns parentes, encorajando-os a procurar tratamento, assim como ela o fez.

(Continuação)

Aí meu irmão logo deu fé: “Você arrumou os dentes?” (...) [Ele foi a primeira pessoa que reparou] porque ele também faltava um dente assim, do lado: “Nossa, você arrumou os dentes, ficou legal, ninguém acha que foi... que é botado, parece normal.” (...) Aí ele colocou o [dente] dele em seguida. (...) Uma comadre minha que já morava no interior [também comentou]. (...) Aí fui também na casa dela. Aí ela me viu assim: “Nossa! Como está bonito! Vou

ajeitar os meus também.” Todo mundo conversando. E você vê, todos querem seguir o mesmo que mim.

Nesse trecho – “todos querem seguir o mesmo que mim” (sic) –, de certa forma, Eliane retoma um lugar de destaque na família, de acordo com seu próprio relato: “Todos os problemas da família quem resolvia era eu. (...) Cuida de um, de outro, o tempo todo era eu”.

Ao imaginar a cena em que ela se viu muito bonita numa viagem com amigos, o olhar de Maria de Lourdes fugia, suas respostas eram pausadas, enquanto ela ficava absorvida pela situação que se formava na imaginação.

Maria de Lourdes – Ah, eu tava numa praia, numa casa enorme, era muito bonita. Eu tava vestida com um vestido vermelho [pausa] longo, [pausa] era muito bonito o vestido...

P – E você tá sozinha? É uma festa? O que é?

ML – Não era uma festa, é tipo assim uma excursão que nós fomos lá e encontramos um monte de gente.

P – Tinha amigos seus?

ML – Tinha amigos, tinha amigas, tava muito gostoso.

P – E como você está se sentindo? A sua boca tá... Lembra da boca? Do sorriso? Do rosto?

ML – Então tinha essa festa, mas eu tinha colocado o aparelho, tinha arrumado os dentes, tava bonito...

P – Tava bonito, como? Descreve para mim. Como que tá?

ML – Tudo tava reto, tudo tava bonito, batom vermelho...

P – E a cor do dente?

ML – Ah, ele tava branco [pausa], sapato preto, bolsa preta...

Maria de Lourdes também parece mostrar que sua concepção de dentição ideal é elemento importante de sua felicidade. E arrumar os dentes faria parte de suas conquistas.

P – E você, como está? Tá com vergonha, tá feliz?

ML – Não. Aí tava feliz.

P – Tava feliz por quê?

ML – Tava feliz assim, porque tinha arrumado meus dentes, tava mais bonito, tava tudo retinho, tava bonito... E meu sorriso, as pessoas brincavam: “Nossa! Como você mudou. O que você fez nos dentes? Que bonito!” As pessoas que olhavam pra minha cara, sorria e falava isso. (...) Assim... eu consegui ficar do jeito que eu queria...

Imaginar a boca ideal pode significar o desejo de recuperar o que se perdeu. Joana conta que sofrera muito com o falecimento da mãe, quando ainda era jovem, e vincula seus problemas bucais a esse fato. Parece não ser somente a boca ideal, mas a vida ideal que está em pauta.

Embora ela já tenha imaginado uma outra cena, descrita anteriormente, aqui ela fala de outros desejos e lembra de fatos passados.

P – (...) Agora eu queria que você imaginasse, então, que você está com essa boca que você está falando; você já fez implante, você já fez o canal... já fez tudo que queria. Como você acha que ia estar essa boca?

Joana – Ah, igual era antes...

P – Igual era antes? Como era antes?

J – Ah, eu tinha meus dentes completos, né? Tudo bonito, bem tratado... Ah, bem tratado assim... porque... nós não tínhamos uma situação financeira boa, mas assim... meus dentes eram muito bonitos. Era bem tratado.

Segue um resumo dos principais achados relativos às concepções sobre a boca.

Insatisfação com a boca	<ul style="list-style-type: none"> • Vergonha, insegurança • Apresentam noção de normalidade, de padrão ideal • Objetificação da boca – boca como coisa
Estética	<ul style="list-style-type: none"> • Importância da boca na aparência • Mais importante que função mastigatória
Construção de identidades	<ul style="list-style-type: none"> • Auto percepção • Auto-estima
Cenas	<ul style="list-style-type: none"> • Aspiração profissional • Imagem de sucesso • Contextos familiares: compartilhar situação com pessoas significativas; retorno à terra natal

Quadro-síntese 1 – Concepções sobre a boca

4.3 Percepção da saúde bucal da criança e expectativa do tratamento

Os itens 4, 5 e 6 do roteiro de entrevistas centralizavam as conversas nas questões das crianças e pretendiam investigar as razões da procura pelo setor de saúde bucal e o que os cuidadores esperavam do programa, os caminhos de acesso ao setor, se a demanda foi espontânea ou encaminhada pelo setor da saúde da criança ou da saúde do adulto, e conhecer as relações entre esses setores do CSE Butantã.

Maria de Lourdes fez seu pré-natal no CSE Butantã e passou pelo atendimento na saúde bucal. Refere ter trazido sua filha ainda bebê ao setor, obedecendo à orientação recebida durante tratamento odontológico que recebeu na gestação.

Ah, porque desde quando ela [era bebê]; porque ela [dentista] falou assim: “Você passa no dentista porque você tá grávida, pros seus dentes, e depois, quando seu neném nascer, os primeiros dentes quando sair, você traz ela também.” Mesmo assim eu trouxe, mas eu achei esquisito. (...) [Mas trouxe porque] Ah, sei lá... Uma mãe, quando é primeira vez, fica curiosa com tudo, né? Eu pensei: mas como vai passar no dentista se ainda não tem nada? E aí ela [dentista] começou a explicar: “Não, mesmo que não tenha o primeiro dente, mas conforme chupa chupeta, deforma a boca, põe mamadeira, deforma.”
(Trecho de entrevista de **Maria de Lourdes**)

Atualmente Joana está em gestação, por isso recebe tratamento odontológico. Ela espera trazer seu filho antes que seja necessária alguma intervenção.

P – E esse nenê que está vindo? Como você acha que vai ser? Você vai trazer ele aqui também?

Joana – É, vou vim, para tomar a primeira vacina... e para passar com a dentista; não que seja para obturar, mas só para ver os dentinhos dele e falar que está tudo bem.

Alguns cuidadores têm o hábito de observar a boca dos filhos. Nesses exames, notam a presença do que consideram estranho e, temendo que seja cárie, procuram o setor.

Eu sempre olhava a boca dela [filha]. Eu acho que apareceu esse ano a cárie. Então tentei marcar o mais depressa possível.
(Trecho de entrevista de **Priscila**)

[Trouxe ela aqui ao dentista] porque a mãe dela achou... Eu e a mãe dela percebeu que o dente dela... o dente dela estava pequeno... para o tamanho dela... bem miúdo... [e também porque] ela gosta de doce, come doce...
(Trecho de entrevista de **Francisco**)

Outros também, percebendo cáries, levam a queixa ao pediatra e pedem encaminhamento por intermédio do setor de saúde da criança.

Meu filho estava começando com os dentes a ficar... a ficar com os dentes cariados. Que assim que os dentinhos deles começou a nascer, os dentes dele começou a estragar. Aí eu via que as mulheres passavam aqui; eu queria saber como passava. Aí, quando passou no pediatra, falei: “Quero passar ele no dentista também, que está com dente assim e assim.” Que estava examinando ele, aí mostrei os dentes para ele e ele falou que tinha que marcar aqui em cima.
(Trecho de entrevista de **Edilene**)

(...) A pediatria que já começou a encaixar ele para a dentista. (...) [Em casa já tinha reparado] algumas “cariezinhas”. (...) Já tinha olhado que eles comem muita bala, adoram essas coisas. (...)
(Trecho de entrevista de **Aparecida**)

Em outras situações, o alarme das cáries, que os cuidadores não haviam notado, é dado nas consultas pediátricas.

Voltei para Piauí, a Bianca estava com dois dentinhos começando a cariar, precisando de obturar. Aí, quando eu fui embora, a médica falou: “Olha, chegando lá, já leva a menina para o dentista.” (...) É, peguei e já levei. Só que ela não aceitou. Inclusive estragou mesmo. (...) Aí, quando cheguei aqui [em São Paulo], cheguei na São Remo; aí eu procurei se tinha agente de saúde na área; aí eu fui, procurei, estava precisando por causa do dente dela.
(Trecho de entrevista de **Eliane**)

Sempre escovo os dentinhos, mas não tinha reparado que tinha buraquinho. (...) Foi a médica mesmo. (...) A médica também pediu [para trazer a irmã dela].
(Trecho de entrevista de **Carmem**)

É interessante perceber as conexões entre os valores prezados pelos cuidadores quando se trata de si próprios e os valores creditados aos filhos. Isso se fez notar ao longo das conversas com os entrevistados, quando se falou sobre as expectativas do atendimento pelo programa, sobre os comportamentos que observam nos filhos e como os imaginam no momento da alta do programa, aos sete anos.

As preocupações estéticas dos cuidadores, já apontadas quando mencionamos os achados relativos às concepções sobre a boca, reaparecem agora em relação a seus filhos.

Além de referir ter observado cárie em seu filho, Patrícia relata que sua expectativa era de um tratamento ortodôntico, uma vez que sua maior preocupação era um dente mal posicionado.

Patrícia – Eu achava que ia ter alguma coisa para arrumar esses dentes da frente. (...) Porque o dente dele é muito grande para o espacinho que tem.

P – Então você veio mais preocupada com esses dentes que estavam empurrando...

P”⁴ : Foi. E esse [dente] daqui... do que com os outros [dentes] da cárie pequenininha.

Continuamos a perguntar sobre suas expectativas de tratamento, Patrícia fala dos ganhos que percebeu em seu filho, mencionando explicitamente aspectos estéticos da boca.

(Continuação)

P – E você esperava mais alguma coisa? Você esperava aprender alguma coisa?

P” – Ah, ele [filho] já aprendeu, já. (...) Ele já começou a colocar... ter consciência que tem que escovar os dentes... porque ela [dentista] já explicou: “Esse dente que está nascendo, se você não cuidar dele, ele vai cair e não vai vir outro”.

P – Você acha que ele está com medo disso [de perder os dentes]?

P” – Ah, tá. Ele pergunta: “Mãe, está limpo esse dente?”. Ele sabe que se esse cair não vai vir outro. (...) Tem [medo de ficar] ... banguela e careca ... (risadas).

A angústia de Eliane por ter perdido um dente anterior, manifesta-se quando fala de sua filha, temendo que ela seja alvo de comentários ou ridicularizada por causa de sua condição bucal.

(...) Ela [filha] vai cuidar mais. (...) Até por causa do colégio, as amiguinhas... Esse dentinho, ah, a Bianca tem um dentinho preto. “Mãe, minha amiga falou que eu tenho um dentinho preto.” Acho que foi isso o que deu mais coragem nela para aceitar legal a médica [dentista], fazer o tratamento dela. (...) Ela concorda em voltar de novo para ficar com os dentes bonitos, todos branquinhos.

⁴ Legenda: utilizaremos P” para Patrícia, a fim diferenciar de P (pesquisadora) e de P’ (Priscila).

Ela diz que a amiguinha dela não vai mamar mais dela... Aí ela [aceita].
(Trecho de entrevista de **Eliane**)

Em seu depoimento, Carmem citou preocupações com a boca essencialmente centradas nas funções mastigatórias. O tratamento odontológico da filha significa a manutenção ou a restauração da saúde bucal em seus termos mais estritos.

Ah, achava que ia ser bom [o tratamento]... para conservar os dentes... [Acho que vai estar melhor quando terminar o tratamento] porque aí vão estar obturados os dentes, sem buracinhos, né? Acho que ela vai estar bem melhor, né? (...) Porque aí não vai ter nenhum furinho nos dentes, né?
(Trecho de entrevista de **Carmem**)

De fato, quando os cuidadores procuram o setor, a maior expectativa deles é pelo tratamento odontológico, ou seja, pela intervenção clínica.

Achava que ia tratar o dente dele... Tentar segurar os dentes dele, para ele não perder os dentes dele, que do jeito que os dentes dele estavam... todos serradinhos os dentes dele... Aí eu falei: “ah, vai melhorar, eu acho, que ele passou no dentista.” Que ia perder os dentes dele, ia ficar só na gengiva...
(Trecho de entrevista de **Edilene**)

Outros procedimentos realizados, menos invasivos, preventivos e educativos, foram considerados surpreendentes.

Eu achava que... eles não iam explicar, de escova, de creme dental. (...) Achava que já era arrancar. E assim... imaginava que não tinha anestesia... Era tudo assim... à força de puxar...
(Trecho de entrevista de **Aparecida**)

Pensei que ia ser só o tratamento. Aí já teve o negócio do flúor... Assim... E também elas são muito legais para conversar.
(Trecho de entrevista de **Joana**)

A seguir, apresentamos um resumo dos principais resultados sobre a percepção da saúde bucal das crianças e sobre a expectativa do tratamento.

Busca pelo setor de saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Por intermédio do pré-natal • Por intermédio da pediatria • Demanda espontânea
Percepção da boca da criança	<ul style="list-style-type: none"> • Exames da dentição • Cuidadores procuram/notam cáries • Pediatria percebe cáries
Valores e concepções dos cuidadores sobre a saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Filtro para relatar motivações creditadas à criança • Norte para a expectativa do tratamento
Expectativa do tratamento no setor	<ul style="list-style-type: none"> • Busca por restauração/reabilitação • Prevenção e orientação não esperadas

Quadro-síntese 2 – Percepção da saúde bucal da criança e expectativa do tratamento

4.4 Saberes prévios, articulação de saberes e apropriação de orientações

Antes de compreendermos como os cuidadores se apropriam das orientações de saúde bucal que recebem, achamos necessário identificar seus conhecimentos aprendidos, formais ou leigos, a respeito da saúde bucal, antes das passagens pelo setor.

As respostas à questão 7 dão conta de que o interesse não ocorreu tão-somente graças à identificação dos conhecimentos – o que sabem –, mas ocorreu, sobretudo, graças às suas próprias experiências – como e onde aprenderam e quem ensinou.

Os cuidadores detêm um bom repertório de informações sobre prevenção em saúde bucal. As medidas básicas sobre higiene e alimentação foram bastante citadas, ao passo que outras orientações a respeito de mamadeiras e chupetas apareceram menos freqüentemente.

Desde a infância, na escola, em casa, no dentista e no trabalho, eles aprendem noções e recebem orientações sobre cuidados em saúde bucal, quase exclusivamente ligados à higiene e à alimentação.

Os próximos relatos são fragmentos de suas experiências como “objetos de cuidados”, especialmente como filhos ou como alunos.

Os esclarecimentos obtidos na escola a respeito da higiene bucal, mediante atividades em grupo, possivelmente palestras, escovação supervisionada e bochechos com flúor, por vezes supriam a falta de orientação adequada em casa.

Priscila – Ela [mãe] falava para não comer doce, mas explicar como escovava os dentes não. (...)

P – Então, a lembrança mais forte que você tem de alguém te ensinando a cuidar da boca é da escola, com os dentistas?

P' – Isso.

P – Muito mais forte do que sua mãe?

P' – Do que em casa.

P – E em casa, você lembra de alguém te ensinando a escovar o dente? Sua mãe...

Edilene – Minha mãe... Nem minha mãe nem meu pai. Não, só: “Escova os dentes aí.” Só falam assim.

Falar dessa experiência – “o dia dos dentistas na escola” – leva as entrevistadas à sua vida escolar, o que pontua os depoimentos com lembranças bastante afetivas.

Era [um dia] legal, também recebia a malinha [com escova e creme dental]. Era legal. (...) Todo mundo ficava comparando, se [a malinha] era rosa, se era branca.. Acho que isso era legal também. Todo mundo ficava animado também para cuidar dos dentes.

(Trecho de entrevista de **Priscila**)

P – E você gostava quando os dentistas iam lá [à escola]?

Patrícia – Eu gostava sim.

P – Por que você gostava?

P'' – Uma, que a gente não tinha aula, porque eles estavam lá. E outra, porque era legal; se tivesse algum problema com dente, eles falavam, ensinavam a escovar direitinho. Eles davam pasta de dente, escova de dente.

É importante notar o papel de multiplicador de informações que aquelas crianças – atuais cuidadores – adquiriam na escola bem como atentar para o envolvimento da família nas práticas de saúde.

Explicava [para minha mãe]. Você ficava animada, queria escovar os dentes a toda hora, né? (...) Aí depois vai esquecendo um pouco; aí pára, quando criança não dá muita atenção para os dentes.

(Trecho de entrevista de **Priscila**)

Patrícia – [Os dentistas] faziam [palestra]. Eles mostravam uma dentadura, como escovar. Mostravam os dentes cariados. Eles levavam fitas para a gente ver no telão. (...) Mostravam uma boca, o que era uma cárie, o que era o tártaro, tudo isso eles mostravam.

P – E assim, você lembra se você comentava com suas amigas?

P” – Eu chegava em casa comentando com a minha mãe (...) que o dentista tinha ido na escola, que tinha mostrado uma fita para a gente, que tinha dado a pastinha para escovar. Se tivesse algum problema com dente, eles falavam, ensinavam a escovar direitinho os dentes e que ficaram sujos... Isso eu comentava com ela. A língua ficava... porque na época eu não sabia que tinha que escovar a língua também...

A família também aparece como importante orientadora dos cuidados em saúde bucal. Rememorar os momentos de algum membro cuidando, ainda na infância, traz boas lembranças.

P – Quando sua mãe ia lá e escovava com você, como que era? Você gostava?

Carmem – Eu gostava, que ela estava sempre no meu pé: “Você escova aqui, você faz ali...”

P – Mas era ela carinhosa ou era assim brava?

C – Não, não, nunca foi brava.

P – Você gostava dessa hora?

C – Eu gostava.

P – Estava cuidando de você, né?

C – É.

P – Você tem boa lembrança disso?

C – Tenho.

Joana – Assim, de três em três meses, quando vencia a nossa escova, ela [irmã] vinha do serviço dela, com a sacolinha do mercado e trocava as nossas escovas. Ela chegava em casa, olhava a escova que estava velha, ela trocava. Creme de dente ela sempre comprava dos bons para nós. Creme dental, xampu... Ela cuidava era do cabelo da gente e do nosso dente. Pena que durou pouco... porque tudo que é bom... dura pouco...

(...)

P – E como era? As suas irmãs estavam juntas? Ela explicava para uma de cada vez?

J – Não, era sempre todas nós juntas. Tanto é que, quando nós ia tomar banho, quando nós saíamos do banho, ela revistava... unha... cabeça... tudo era ela... (...) tudo junto; ela olhava, ela era uma irmã muito carinhosa com nós.

Os relatos também revelam as origens dos entrevistados e as dinâmicas familiares que compuseram suas infâncias: excesso de trabalho e falta de tempo dos pais, trabalho precoce, ainda na infância.

P – O senhor lembra, em casa, em Pernambuco, na escola, alguém explicou já para o senhor [sobre cuidados de saúde bucal]? Quando o senhor era pequeno?

Francisco – Não, acho que não.

P – Nunca?

F – Não, porque – sabe? – não é igual aqui em São Paulo, né? Um lugar mais... (...) Porque no Nordeste é mais diferente, mais vai na roça do que na escola, entendeu?

P – Em casa também seus pais não...

Francisco – Em casa o pessoal vive mais na roça do que em casa, porque em casa também, você já viu... (...) Ninguém tinha tempo [de ficar explicando].

P – Lá na Bahia não tinha dentista na escola?

Aparecida – Não, lá na Bahia, na verdade, os dentistas eram mais pagos... Assim... a gente sabia pegar na escova, a gente sabia escovar os dentes... Nossos pais falavam para não estar comendo muito doce...

P – Ah, como era em casa? Os pais orientavam, então?

A – Orientavam. Meus pais sempre foram daqueles de orientar... (...) Apesar que a gente não tinha tempo. Eu fui criada vendendo as coisinhas para ajudar meus pais, na escola, assim, voltando para casa, para trabalhar na roça. (...)

Há também a crença de que “hoje fazemos melhor do que nossos pais”, uma vez que, atualmente, os pais estão mais próximos dos filhos e mais atentos às suas necessidades.

P – Em casa, sua mãe e seu pai te ensinavam?

Eliane – Ah, no tempo da minha mãe, meu pai, não é do jeito que é hoje. É aquela coisa de interior, bem antiga mesma; não tinha os cuidados de hoje. Se a mãe diz: “Vai escovar os dentes”, só que o menino escova se ele quiser, porque ela não vai estar ali como nós estamos ao pé dos nossos como é hoje.

P – (...) Você trabalhava desde criança?

Aparecida – Desde criança. Com sete anos que ele [filho] vai fazer, eu já fazia a comida, eu já lutava para ajudar meus pais. (...) [Meus pais não tinham tempo de ensinar porque] a gente era em 18, era difícil. Aí todos tinham que trabalhar um pouquinho mesmo para ajudar. (...) A gente não tinha a amizade que a gente vê hoje.

Como necessidade sentida pelas mães dos cuidadores à época de suas infâncias, o acompanhamento mais presente à escovação varia de mãe para mãe.

Ah, eu gostava [quando a mãe ajudava a escovar os dentes]. Às vezes, eu achava chato, que estava: “Deixa ver seus dentes, se escovou direito.” Quando mandava escovar os dentinhos e voltava: “Já escovou os dentes?” Isso já com sete anos. “Deixa eu ver”, aí ela olhava e tinha que escovar de novo: “Vai escovar de novo.”

(Trecho de entrevista de **Patrícia**)

Carmem – Todo dia [ela explicava como escovar os dentes]. Aí, depois, quando eu aprendi, ela não precisou mais falar, explicar para voltar a escovar os dentes. Aí eu aprendi sozinha.

P – Então ela fazia com você até você aprender.

C – Isso! (...) Aí, depois... acho que com sete anos eu já... já escovava sozinha.

P – E aí você escovava sozinha e ela conferia ou ficava pela sua conta?

C – Não, não, só pela minha conta mesmo.

Na atual vida adulta dos cuidadores, notamos que eles também recebem informações por intermédio da escola dos filhos.

Embora não tenha tido essa experiência durante sua própria infância, atualmente, Eliane vive o outro lado como mãe. Sua filha leva para casa as informações recebidas e ambas compartilham dum momento para falar de saúde.

Nos colégios também, quando eles vão também dar explicação para os alunos, a minha menina já leva para mim ler também: “Olha, mãezinha, foi gente no colégio, está aqui a cartilha.” Então a gente já lê junto.

(Trecho de entrevista de **Eliane**)

Também para Edilene, a escola de seu filho é aliada na orientação de cuidados.

Edilene – Na escolinha dele, elas mandam uns folhetos para cuidar dos dentes das crianças. Na creche também, sempre mandavam na mochila (...) folhetinho... para cuidar dos dentinhos.

P – Sim, você achava bom esse folheto? Você lia?

E – Gostava. Ensinava quando era nenê... para passar um pano úmido...

Outros espaços também podem se revelar educativos na vida adulta, como o trabalho e a televisão.

Aparecida revela que aprendeu muito sobre saúde bucal ao trabalhar como babá, porque acompanhava a criança às consultas odontológicas.

P – A mãe ou o pai da criança te ensinavam, para você fazer na criança?

Aparecida – Isso. Muitas das vezes eu ia no dentista junto.

(...)

P – Então o dentista explicava para você também?

A – Explicava, porque eu que cuidava, né?

A despeito de suas limitações, os veículos de comunicação de massa, principalmente a televisão, levam informações e despertam interesses nada desprezíveis.

Quando passei no dentista [aprendi várias coisas] e outra vez que eu fui no posto e eu recebi a cartilha, que ela dá várias dicas para a gente, e assistindo mesmo a TV também. (...) [Aprendi] muito, porque eles passam esse negócio de câncer, coisas que a gente já dá medo ter um dente estragado, ter que arrancar, a pessoa já fica com medo: “vai que o meu não vai dar essa doença?”. A gente já fica com esse negócio.

(Trecho de entrevista de **Eliane**)

Priscila também acredita que a televisão pode ser veículo de acesso a conhecimentos, principalmente para as pessoas que não dispõem de outros meios de obter informações sobre saúde.

Quando você vê na televisão alguma divulgação... tratamento... prevenção do câncer de boca..., então acho que as pessoas que não têm tanto acesso, como vêm mais televisão... ia ser por informação de televisão...

(Trecho de entrevista de **Priscila**)

Os entrevistados também recorriam aos conhecimentos de seus familiares, provavelmente mais experientes e que apoiavam os cuidadores.

Carmem – Quando [minha filha] era pequenininha usava fralda...

P – Na gengiva? Alguém te ensinou isso?

C – Não. Foi a minha sogra que falou. (...) É, para tirar a sujeirinha que ficava... (...) E a língua também, passava fraldinha para tirar os negócios branquinhos.

Além de recorrer à prima, Maria de Lourdes valeu-se da sabedoria popular para ajudá-la na tarefa de desmamar a filha.

Maria de Lourdes – (...) Foi até uma prima minha que falou: “Você está querendo tirar ela do peito? Compra esse remédio e passa no bico, toda vez que ela pedir.”

P – Que remédio era? Você lembra?

ML – Diz que era barbatimão, era um pozinho, amargo para caramba... (...) “Toda vez que ela pedir, você passa um pouquinho no bico e dá para ela.” (...) Aí eu fiz isso, comprei. Era um saquinho. Aí eu comprei, e toda vez que ela pedia eu passava. Mas ela era esperta, falava: “Mamãe, vai lavar, está azedo, está amargo.” “Está não, Tamires, não está não.” Fingia que lavava e ela tentava pegar de novo, e ela: “Mamãe, vai lavar de novo.” Ela ficava insistindo, aí eu lavava e dava para ela. Eu lavava e dava para ela um pouco.

Até aqui, nosso trabalho refletiu sobre os saberes dos entrevistados e suas histórias relacionadas ao aprendizado das medidas de cuidado com a saúde bucal.

Podemos agora, através das questões 8 e 9 do roteiro, explorar as articulações entre o que os cuidadores já sabem e o que aprendem no setor e como de fato se apropriam das recomendações, como as praticam e como as adaptam às suas vidas.

Patrícia traz uma curiosa construção de conhecimento em que articula suas experiências com o que ouviu nas orientações do CSE a respeito do conteúdo das mamadeiras e ultrapassa o conceito para os doces, levando-a a estipular um maior controle no horário noturno. Suas razões são as seguintes.

Patrícia – Eu evito de dar [doce] à noite para eles.

P – Mas alguém te falou isso? De dar à noite, ou você que acha que...

P'' – Eu já imaginei por causa da mamadeira, que a mamadeira faz mal, então, imagina os doces.

P – Ah, tá. Então à noite é quando você controla mais?

P'' – Por mais que você escove, por exemplo, deu uma bala... já dez horas da noite, oito horas ... por mais que escove, acho que sempre fica um pouco da bala. Então, não dou bala à noite, não. Nem bolacha. (...) Pensei na mamadeira, não pode com Nescau, com Mucilon... Imagina o doce então? Porque a mamadeira está engolindo, o doce está mastigando e se entra num lugar que a gente não vê?

P – E por que você acha que de noite é pior do que de manhã?

P'' – Porque de manhã, vamos supor, comeu uma bala, aí vai comer uma maçã, depois vai almoçar. (...) Vai ajudando a tirar [o resto de bala]. (...) Ajuda a dar uma aliviada no açúcar da boca. (...) Agora, à noite, não. À noite vai grudar aí e não vai sair. (...) [Não vai dar tempo] da bala se dissolver e limpar toda a boca.

P – E você acha que só escovando não sai?

P'' – Não. Porque em mim não sai só escovando. Imagino neles.

P – Por que não sai o quê? Gruda?

P'' – Não, se você chupar uma bala e logo em seguida escovar os dentes, depois eu sinto ainda o gosto da bala. (...) Eu acho que fica açúcar na boca ainda.

O controle sobre as guloseimas perde terreno para as concepções dos cuidadores. Ao final, o cuidador cede à crença de que a criança ficaria doente ao ser privada de um salgadinho.

P – (...) E essa coisa de comer bolachas e salgadinhos, como é? Só no domingo que ela come?

Carmem – É, só domingo, assim, ou quando ela vê alguma criança, aí pede; aí tem que comprar. (...) Ou senão ela fica chorando porque não compra. Aí tem que comprar.

P – Mas ela chora bastante pedindo isso?

Carmem – Chora... Isssh!... Teve uma vez que chorou que chegou até a soluçar por causa do salgadinho. Aí já vai no supermercado...

(...)

P – Você fica com pena?

C – É, porque eu tenho medo dela ficar doente, se vê alguma coisa; porque teve uma vez que ela viu uma coisa e ficou doente. Eu não sabia o que era...

P – Ah, ela sentiu muita falta daquilo [salgadinho]?

C – É, sentiu falta daquilo e aí...

Algumas vezes, a recomendação dada se choca frontalmente com valores prezados pela mãe, e a conveniência de uma prática acaba por ajudar a não-adesão.

Patrícia – (...) Mas a mamadeira eu acho que ainda é muito cedo para tirar.

P – Mas já pediram para você tirar?

P'' – Já.

P – Ele está com quanto tempo?

P'' – Um ano.

P – Por que você acha que ainda é cedo?

P'' – Porque ele chupa, como é que vai pegar aqueles copinhos de furinho? Eu acho que é cedo [para tirar] a mamadeira.

P – Você já chegou a tentar o copinho, ou não?

P'' – Nem tentei. (...) Vou continuar até o próximo ano ele ir para o minigrupo e começar a segurar na mão. Porque daí, na creche, como ele fica mais tempo, é mais fácil do que em casa. (...) Porque tem outras pessoas, ele está vendo outras crianças junto, todo mundo aprendendo junto.

A apropriação da orientação é observada quando algumas entrevistadas contam os recursos que utilizaram para aderir a alguma recomendação.

Aparecida – Olha, eu estava tentando fazer assim: quando ele chorava muito, eu colocava a chupeta, depois eu tirava.

P – Depois que acalmava?

Aparecida – Isso. Aí, eu, quando eles acordavam pedindo a chupeta, eu falava que passou um cachorrinho e pegou a chupeta. Eu contava essas coisas para eles, né? Que a chupeta sumiu.

P – Mas era você que escondia?

A – Eu escondia. Aí, às vezes, eu tinha raiva, jogava no lixo. (...) Era difícil, mas a gente que é mãe já controla bem mais. (...) É, sempre com meu jeitinho. Às vezes choravam, largava o serviço tudo e balançava de um lado e do outro, fazia dormir com a fraldinha cheirando. (...) Ou então, ele tem um travesseirinho... Cada um tem a sua mania; ele só dorme com esse travesseirinho.

P – Mas antes você colocava açúcar. Aí, no outro dia, você não colocava mais. Aí reclamaram?

Joana – Não, porque eu fui tirando aos poucos. (...) Tanto assim que hoje se dá um chazinho para eles com pouco açúcar, eles não percebem. (...) E bolo

também. Fazia aquele bolo com aquela cobertura de chocolate, uma lata de leite condensado e mais açúcar...

P – Aí tirou o açúcar?

Joana– Já diminuí. Faço o bolo de cenoura, mas já tem uns meses que eu não faço cobertura; diminuí tudo.

A impossibilidade de comprar todos os itens para a higiene bucal pode fazer valer a substituição por medidas caseiras.

Eliane – Às vezes eu mesma uso uma linha neles ou ponho para escovar logo, e ela: “Mãe, está enganchada.” Aí eu tento ajudar com um palito, a gente sempre tem palito direto. Eu ajudo. E escova direto, que ajuda também escovar.

P – (...) Linha normal de costura?

E – É, linha normal de costura, que às vezes prende alguma coisa assim, aí ajuda. Porque fica incomodada mesmo.

Ou então optar pela combinação mais simples e mais realista para muitas famílias.

Edilene – Eu tento escovar, passar os fio dental, aqui no fundo, que fica mais escondido, né? Escovar mais eles, passar o fio dental... é... tem aquele negócio de fazer bochecho...

P – Com anti-séptico?

E – É, isso. Mas quando tem, quando tem dinheiro para comprar e faz, né? Se não dá para comprar, passa escova e pronto.

Apresentamos a seguir o resumo das principais idéias relacionadas aos conhecimentos prévios dos cuidadores, à articulação de saberes e à apropriação das orientações.

Informações sobre saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidadores com bom nível de conhecimentos, principalmente sobre higiene e alimentação
Escola	<ul style="list-style-type: none"> • Fonte de informações • Atividades com profissionais de saúde bucal • Multiplicação de informações: criança transmite conhecimentos para a família
Casa	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidador, quando criança: para alguns, aprendizado com mãe/irmã mais velha; para outros, ambiente/circunstâncias não eram propícios ao aprendizado • Cuidador hoje: acredita cuidar melhor que seus pais

Dentistas	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizado na vida adulta
Televisão	<ul style="list-style-type: none"> • Difusão de conhecimentos de saúde bucal
Famíliares	<ul style="list-style-type: none"> • Valorização da experiência e saber popular
Apropriação das orientações	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação entre saberes prévios e orientações do setor • Elaboração de estratégias para seguir recomendações • Justificativas para não-adesão

Quadro-síntese 3 – Saberes prévios, articulação de saberes e apropriação das orientações

4.5 Adesão e não-adesão

Nesta seção pretendemos relatar os processos de adesão dos cuidadores às orientações recebidas no programa de saúde bucal.

Para isso, queríamos conhecer as concepções que os cuidadores tinham das medidas preconizadas pelo setor, bem como o que pensavam sobre os processos de adesão e como conseguiam a colaboração de suas crianças.

Questionados sobre qual recomendação foi avaliada como a mais fácil e a mais difícil de seguir – questão 10 do roteiro –, pudemos ter acesso aos contextos de adesão e não-adesão: quais motivações os encorajaram a permanecer ou a mudar, quais as situações e quais as personagens envolvidas, uma vez que, mais do que descobrir se tinham aderido ou não, tínhamos interesse em compreender estes processos.

Alguns cuidadores relacionam a adesão à higiene como um costume, um hábito, uma mania. Em razão da importância, é como uma obrigação que os indivíduos têm para consigo mesmos.

P – (...) Você acha que dá para fazer [seguir recomendações em casa]?

Eliane – Eu acho que dá. Vai depender de você pegar aquele... eh... tem muitas que não dão importância, mas é obrigação nossa. É tipo... comparo tipo como banho. (...) É aquela coisa, se você botar em prática, você tem que banhar aquele tanto de vezes por dia. Se você costuma tomar banho à noite, antes de dormir, o dia que não toma banho você fica incomodada. (...) E eu acredito que do mesmo jeito seja com os dentes. (...) Vira costume... Agora, se você não está nem aí, fica aquela coisa; então você não vai acostumar mesmo. Se você fizer certinho, daí para frente vira mania, você não larga mais.

Acreditam que, para aderir às orientações, é necessário pensar nos resultados benéficos para a saúde.

(Continuação)

(...) Aí, se você não pensar no que traz de bom estar com a boca limpa, saudável, tudo, se você não botar aquilo em mente, você acha que é pura besteira: ah, vou escovar os dentes para quê, se eu vou comer já, já de novo? Então você acha que é pura besteira, quando na verdade não é.

(Trecho de entrevista de **Eliane**)

Os benefícios dos cuidados com a boca são bastante claros para alguns cuidadores. Eles acreditam que as medidas preconizadas são importantes.

Não, eu concordo [com as orientações], porque precisa, né? Que ela [dentista] tá vendo aquilo na boca da criança, a situação que tá, né? Então ela explica pra gente, pro bem, né? Se fosse por mal, ela não explicava.

(Trecho de entrevista de **Maria de Lourdes**)

Porque, se não ligar agora, depois, mais tarde, você vai... lembrar daquele conselho que te deram e você não deu atenção. Mas... ah... eu acho que ajuda, né? Bastante. O pessoal... se a gente ouvisse bastante os conselhos de cuidar bem dos dentes..., hoje em dia, igual eu, não estava assim, que tive que arrancar os dentes.

(Trecho de entrevista de **Joana**)

Seguir as recomendações pode ser sinônimo de conseguir entendê-las e memorizá-las, tornando mais rápida a evolução do conhecimento para a prática.

P – Agora, todas as recomendações, orientações, você consegue colocar em prática?

Joana – Ah, eu consigo. Oh... agora, ultimamente, estou conseguindo porque assim (...) Acho que a cabeça da gente dá para guardar sim, viu?. A gente memoriza uma coisa. Igual eu. Lembro coisas de vinte e poucos anos atrás. Como a gente não vai lembrar de uma coisa que é para o nosso bem?

A adesão seria produto de esforço individual, determinação e percepção de uma necessidade imposta – recuperar os dentes.

Ah, eu acho que é [questão de se esforçar]. Porque, nossa!... enquanto você tem as coisas... você não dá valor, sabe? Mas depois que você começa a perder, você

fala: eu vou me esforçar e eu vou conseguir. E consegue mesmo [seguir as orientações], entendeu?

(Trecho de entrevista de **Joana**)

Essa percepção é de um evento já em desenvolvimento. Joana mesma já percebeu que perdeu alguns dentes e que necessita cuidar de outros.

Também para Edilene, somente depois de imposta a necessidade de tratamento, ela passou a fazer restrição aos doces, orientação dada pelo setor de saúde bucal.

Edilene – Mas quando o dente dele começou a ficar assim [cariado], eu comecei a cortar bastante [controlar doces]. Eu tinha medo de começar a alastrar tudo.

P – Sim, mas quando era bebê, você não tinha essa preocupação.

E – Ah, nem ligava, não tinha nenhum dente estragado.

Essa mesma determinação em seguir orientações nem sempre é manifestada pelos indivíduos, quando se aponta o risco de desenvolver problemas bucais. Essa idéia de risco, uma probabilidade, não implica, necessariamente, uma percepção de gravidade e não leva, definitivamente, à adesão de cuidados ideais.

P – E você acha que, se não passar [o fio dental], vai prejudicar alguma coisa?

Eliane – (...) Eu acho que prejudica, sim, um pouco, não que seja tão grave, mas prejudica um pouco, porque já faz parte da limpeza também, porque tira os resíduos onde a escova não ajuda muito.

Mesmo se percebendo em risco, as condições de vida podem condicionar a adesão às medidas preventivas.

P – Mas quando fazia mais ou menos [a higiene bucal], você ficava com medo que podia dar cárie (...)?

Francisco – Sim, lógico... Mas tinha a pressa de não chegar atrasado no serviço, tomar condução; então você acabava não fazendo certo todos os dias. Isso tem que falar a verdade.

De modo geral, os cuidadores consideram fundamental a participação da criança nesse processo de mudança de comportamentos. Participação no sentido de entenderem a importância do que está sendo pedido e de aceitarem essa recomendação, permitindo que seus cuidadores possam efetivar as mudanças.

Interessante perceber que os cuidadores procuram conversar com as crianças – quando a idade permite –, para conseguir apoio, e acreditam que elas tendem a assentir mediante explicações convincentes.

Acho que não [é difícil convencer a filha]. Eu converso com ela e ela aceita tudo; ela sabe que é para o bem dela, então explico tudo certinho. (...) Ela fala assim... quando ela vê as pessoas sem dente: “Vou ficar com bichinho no dente e vai cair. Eu tenho que escovar os dentes.” (...) Então como ela já veio no dentista, e falaram que tinha bichinho, ela vai se conscientizar. Ela aprende fácil. Vou explicar isso para ela, para não tomar guaraná, para tomar suco.
(Trecho de entrevista de **Priscila**)

Foi fácil. (...) Explicando assim ela [filha] entende ... ela é esperta.
(Trecho de entrevista de **Maria de Lourdes**)

P – E ela [filha] não reclama?

Francisco – Ela precisa entender. Tem que conversar direitinho.
(...)

P – Agora, se ela pede doce e você não dá, ela fica triste?

F – Não fica, não fica, não. Conversa direitinho: olha, a dentista falou que não pode comer doce, que estraga. Ela vai entendendo.
(Trecho de entrevista de E8)

As explicações dos profissionais da saúde podem ser mais valorizadas, em contraste com os argumentos do cuidador, o que facilitaria a adesão das crianças.

Patrícia – [A recomendação mais fácil de seguir foi] a escovação. Ele [o filho] foi muito fácil ajeitar, falou e foi muito fácil.

P – E por que você acha que foi fácil?

P” – Porque ele estava presente, ele escutou ela falando e viu que era uma recomendação, não minha, que eu inventei... Foi a dentista que falou. (...) Depois que ela falou, ficou mais na cabeça dele. “Ah, você fica falando um monte de vez para escovar o dente,” Ele achava que eu inventava isso. (...) “Tá bom, quando a gente for no dentista, vamos ver o que a dentista fala para você.”
(...)

P – Por que foi mais fácil com ela? Por que ela explicou mais?

P” – É uma profissional também. Ela é uma dentista.

Eu falei: “Doutora, Letícia está comendo muito doce.” Ela falou: “Letícia, não pode, porque doce não faz bem para a saúde.” E ela parou.
(Trecho de entrevista de **Joana**)

Esperando a colaboração dos filhos para seguir as orientações, os pais recorrem às promessas de brinquedos.

[Eu falo para ela]: “Não é mais para mamar no peito da mamãe, aí, se você ficar sem mamar ganha presente no final do ano. A mamãe vai te dar um presentinho.”

(Trecho de entrevista de **Priscila**)

P – O que você fala para ela?

Francisco – Ah... você chega em casa e você almoça, come outra coisa... larga o doce de lado... deixa para lá...

P – Você promete algum brinquedinho, alguma coisa?

F – Sim... alguma coisa para a boneca dela; ela esquece... Ela já fez sete anos. Vai entendendo.

É, aí eu falo: “Estou prometendo [brinquedo], mas estou passando raiva, não vai ter brinquedo, não vai ter nada; quer dormir de dente sujo, dorme.” Aí começam a vir.

(Trecho de entrevista de **Aparecida**)

Apelam ainda para o medo do tratamento odontológico em si ou do resultado da falta de cuidados.

Aí eu falo para eles: “Ah, então tudo bem, então não vão escovar os dentes...” Aí eu faço alguma chantagem: “Depois, se vocês tiverem que ir no dentista, passar por aquele motorzinho, tomar alguma injeção, vocês vão ver o que é bom.” Aí eles vão.

(Trecho de entrevista de **Joana**)

Patrícia – [Filho comenta]: “Por que o dente daquela pessoa está tudo daquele jeito?” [Respondo:] “Porque não escovou os dentes, porque está estragado, comeu muito doce.”

P – Você já aproveita e...

P” – Já... já aterroriza um pouco...

P – E você acha que ele fica pensando naquilo?

P” – Fica, fica. Porque o outro dia estava passando na televisão, foi sábado... o dente da mulher estava todo preto; e aí ele perguntou se o dente que não escova ficava daquele jeito. Falei: “Fica pior que esse aí, bem pior.”

4.5.1 Contextos de adesão e não-adesão

Alguns relatos sobre os processos de adesão e/ou não-adesão foram selecionados porque nos pareceram bastante esclarecedores no sentido de fornecer elementos cruciais envolvidos nesses processos, que não raramente passam despercebidos nas consultas e nos grupos educativos.

Após as devidas recomendações e explicações, o que se espera é que os cuidadores cumpram sua parte e passem a adotar comportamentos saudáveis, uma vez que os benefícios são evidentes e as necessidades, claras. Isso da perspectiva da Saúde.

Mas, de fato, isso não ocorre. Talvez seja mais produtivo, em vez de continuar responsabilizando e culpando esses cuidadores pelo fracasso da educação em saúde, tentarmos compreender as motivações, os impedimentos, os sentimentos e os desejos indissociáveis de qualquer processo de tomada de decisão.

Repetimos que não era objetivo deste estudo avaliar a adesão, mas entrar em contato com as histórias dessas pessoas e, de uma ótica mais humanizada, conhecer os processos de adesão e/ou não-adesão delas.

O depoimento de Maria de Lourdes revela as dificuldades em deixar de amamentar a filha Tamires. Além de dar suporte à filha durante a mudança, teve que lidar com seus sentimentos contraditórios.

Maria de Lourdes – Ela [dentista] falou assim: “Você tem que tirar ela do peito, aos poucos; tenta, vai tirando; está usando o peito de chupeta; ela não está mamando.”

P – E aí, como você foi fazendo?

ML – É, não foi, né? Não foi fácil. (...) Para tirar assim, de uma vez...

P – Quantos anos ela tinha?

ML – Nessa época ela tinha... estava com nove para dez meses... (...) Aí eu senti dó... (...) Porque, quando ela pedia..., elas falavam que quando ela pedia: “Mãe, quero mamar”, para não dar o peito, dar outra coisa, para fazer esquecer do peito. Mas mesmo comendo aquela coisa, depois de comer, ela sentia falta, ela vinha e queria o peito de novo. Aí eu tinha dó e dava um pouquinho para ela de novo.

Não houve acordo entre ela e seu marido quanto à necessidade de aderir à orientação, e a tomada de decisão para mudar foi um processo solitário, em casa. Ela precisou suportar sua decisão impondo-se contra ele. Sua fala parece se resignar diante da pouca participação dos homens como cuidadores dos filhos.

(Continuação)

P – Teve alguma vez que você ficou firme e não deu?

Maria de Lourdes – Teve vez que eu fiquei firme. Não dei, não. O pai dela até ficou até bravo comigo. (...) Ele falava assim que tudo tinha sua hora. E aí achava que não estava na hora de sair ainda. Que por ele mesmo [estava mamando até hoje].

(...)

P – Mas aí você não tentava explicar para ele o porquê de você estar fazendo isso?

ML – Ah, você sabe como é homem, né? Homem quanto mais você explica mais burro fica (...).

Maria de Lourdes, então, conta a verdadeira motivação para a mudança de fato. Não foi o risco de cáries ou de má oclusão apontados tradicionalmente pelo saber técnico. A necessidade de trabalhar foi o motor para que Maria de Lourdes deixasse de amamentar a filha.

(Continuação)

P – (...) E alguém mais conversava com você? Falava... assim... sua família?... Seu marido?... Alguém incentivava você, alguém te ajudou nessa época, além da sua prima?

Maria de Lourdes – Não, nessa época quem mais me ajudou foi quando fui... que queria colocá-la na creche. Aí fui colocá-la na creche... Fui de manhã, para fazer tipo a inscrição dela, né? Para entrar na creche. Aí a moça lá, ela viu que ela estava mamando. Ela falou assim: “‘Maria de Lourdes, para a Tamires entrar na creche tem que tirá-la do peito, ela não pode estar mamando.”

P – Agora, o que te forçou mais... você viu que tinha que fazer mesmo foi a creche então?

ML – Foi, e eu precisava trabalhar...

O risco de cárie ou de má oclusão alegado como justificativa para a orientação das dentistas soou como uma possibilidade, mas não uma certeza. Somente com sua própria constatação, que a condição bucal da sua filha não melhorava, apesar do tratamento, é que Maria de Lourdes se convenceu e aderiu à orientação. Notemos que mais uma vez ela menciona o papel decisivo que a matrícula de sua filha na creche teve na decisão.

(Continuação)

P – Mesmo sabendo... [que a filha não sugava a mama, você ainda amamentava?]

Maria de Lourdes – É, mesmo sabendo.(...) Aí depois que eu fui ver os dentes dela... Aí foi... e aí também quando entrou na creche, aí tirou de uma vez...

(...)

P – (...) Você viu?... Você mesma chegou?... Viu que o peito estava prejudicando?

Maria de Lourdes – Não, eu mesma vi que estava.

P – Você mesma viu que se você...

ML – Não parava, é...

P – Ia piorar o dente dela.

ML – Ahã...

A percepção de risco pode ser diferente entre os técnicos e os cuidadores. Baseados em suas experiências, os cuidadores podem construir suas próprias concepções acerca dos riscos que correm.

P – E você acha que isso [mamadeira] pode prejudicar ele [filho] de algum jeito?

(...)

Patrícia – Eu acho que não, porque ele [outro filho] tomou mamadeira até dois anos.

P – E não aconteceu nada de...

P'' – Não.

P – Com dois anos só que você trocou o copinho dele?

P'' – Isso.

Patrícia é sincera quando justifica sua decisão de continuar a dar mamadeira a seu filho, contrariando as orientações. A conveniência de um hábito – a mamadeira ou a chupeta –, uma vez que a criança dorme, justificaria, do ponto de vista da mãe, sua permanência?

(Continuação)

Patrícia – (...) Agora, do Gabriel está sendo difícil. (...) Está com chupeta, está com mamadeira. (...) [Acho difícil tirar] porque às vezes ele está querendo dormir. Eu dou a mamadeira para ele e ele dorme. Então... seria difícil, né?

P – Você acha que no copinho não vai conseguir dormir.

P'' – Não. E é mais fácil para limpar o dente dele dormindo do que acordado.

Citar só a conveniência do hábito pareceria descaracterizar a relação entre mãe e filho, na qual o afeto comumente está tão presente. Assim como no caso de Maria de Lourdes, para Patrícia também há o sentimento de pena pelo filho: “Tenho dó também, eu acho muito novinho, com um aninho tirar a mamadeira e usar o copinho”.

O momento da orientação é propício às negociações entre técnicos e cuidadores? À solicitação de um novo comportamento, há possibilidade de escolha: qual o momento certo e por que se faz ou não a adesão? As alegações dos cuidadores são razoáveis?

(...) Eu vou explicar para ela que ainda não tirei a mamadeira, porque ele está no berçário também... (...) Lá em casa eu tiro, e na creche é mamadeira. (...) Na creche é com um ano e meio que começa o copo, quando as crianças já têm bem

noção de segurar tudo. Eu perguntei. Berçário é mamadeira.
(Trecho de entrevista de **Patrícia**)

O trecho anterior nos faz pensar nas redes de apoio dos cuidadores para conseguirem levar adiante os processos de adesão. Destacamos a importância de se considerar o contexto do cuidador, que mantém relação de dependência com outros elementos – família, emprego, bem como outros cuidadores de seus filhos.

Maria de Lourdes trouxe a questão familiar – falta de apoio dos parentes. Como Patrícia, cita também a creche como auxiliar, embora com pequenas diferenças, uma vez que deixar de mamar era o passaporte para a filha de Maria de Lourdes entrar na creche, ao passo que, para Patrícia, o berçário seria parceiro no processo de transição entre mamadeira e copo.

No relato de Edilene, também é evidente a influência das dificuldades encontradas em casa para adotar as medidas preventivas e a conveniência do hábito, que superam, na tomada de decisão, o risco à saúde bucal anunciado pelas dentistas.

Edilene – (...) E ele [filho] fazia um escândalo e não tinha chupeta; ele só dormia com o peito na boca. (...) Mas de vez em quando... [eu dava o peito], porque às vezes também o pai dele não queria ouvir choro.

P – O pai mandava dar?

E – [O pai falava]: “Ah, dá o peito para esse menino, mesmo que estrague os dentes.”

(...)

P – (...) Não tinha mais leite. (...) Já doía, dava aflição em você... Por que você continuava dando?

E – (Ri)

P – Você já parou para pensar nisso?

E – Acho que era para ele não ficar enchendo o saco, chorando, fazendo manha lá... escandaloso...

Mais uma vez, a creche aparece como figura de transformação.

(Continuação)

Aí depois, quando ele estava na creche, também ajudou um pouco, porque ficava o dia inteiro na creche. Aí, quando ele chegava, ia jantar e dormir (...) porque ele já chegava cansado e não via nem peito... (...) A creche ajudou, bastante.

(Trecho de entrevista de **Edilene**)

A impossibilidade de acompanhar os filhos de perto é apontada como um obstáculo para seguir todas as orientações. Delegar o cuidado dos filhos a outras pessoas não-qualificadas para essa função, quando não há outras possibilidades, pode implicar a tolerância a pequenas faltas.

Quando eu estava trabalhando, já era difícil de seguir do jeito que eles ensinam a gente. Não vou dizer que seguia tudo. (...) Então, assim, era chupeta em casa mesmo. Por eu botar eles nas casas dos outros [para cuidarem deles], por ter horário de entrar no serviço... (...) eu tirava [a chupeta], mas como não estava lá para olhar eles, ficava complicado. A gente que é mãe escuta choro e agüenta tudo, mas os outros, mesmo ganhando dinheiro, é complicado.

(Trecho de entrevista de **Aparecida**)

A creche é vista, de fato, como elemento fundamental nos processos de adesão. É lá que as crianças passam grande parte do dia, tomam as refeições e são iniciadas em processos de aprendizado. Contando com pessoal capacitado para o cuidado das crianças, das creches se espera que ajudem as mães nas delicadas transformações pelas quais passarão seus filhos: a restrição do aleitamento natural, da chupeta, da fralda, a transição para a colher e para o copo.

(Continuação)

Aparecida – Aí, graças a Deus, depois achei creche; foram para a creche.

P – E como era na creche?

A – A creche eles tentam tirar.. Na creche eles tentam tirar a fralda, chupeta, mamadeira. É bem melhor.

P – Você acha que eles estão mais preparados para...

A – É, a creche é bem melhor.

P – E foi na creche então que eles pararam de... usar chupeta?

A – Foi, na verdade foi a creche.

P – Então, a creche te ajudou bastante.

A – Me ajudou bastante.

A representação da creche é como lugar de cuidado. O pai da criança, por sua vez, não aparece como cuidador. Os depoimentos de Maria de Lourdes e Edilene explicitam que os pais não só não contribuem para a adesão como chegam a representar

uma dificuldade a mais, que põe em cheque a validade da decisão. O relato de Aparecida é semelhante.

(Continuação)

Aparecida - Muitas vezes brigava com o pai. Hoje sou separada, né? Por causa da chupeta, porque ele ia e colocava... (...) Ah... é difícil, é difícil. (...) Ele ia lá, dava a chupeta, porque não agüentava. (...) Queria dormir.

P – Queria parar logo. Então o trabalho era muito sozinho o seu. Era você sozinha?

A – Eu sozinha.

O cansaço da mãe também não favorecia o desempenho da tarefa de negar a chupeta, razão pela qual a adesão ficava comprometida.

P – Você dava [chupeta] porque chorava demais?

Aparecida – Ah, muitas das vezes. (...) Colocava chupeta... era tudo, já dormia. (...) [Já] ajudava, também, pelo horário que eu pegava [no serviço].

Vários elementos desfavoráveis ao longo do processo: cansaço, falta de tempo, conflitos. E o sentimento de solidão também diante dos profissionais da saúde. A tentativa do cuidador de se justificar encontra apoio nos profissionais?

Muitas das vezes eu também ficava nervosa, pela minha vida agitada, por não ter tempo... [Ficava nervosa] porque ela [dentista] falava: “Ah, mãe, eu mandei... já te orientei para tirar a chupeta, para tirar a mamadeira.” Aí eu explicava: “Preciso trabalhar, está acontecendo assim, assim e assado.”

(Trecho de entrevista de **Aparecida**)

É inegável a dimensão do prazer contida nos hábitos descritos – quase vilões para a odontologia –, ou, ao menos deveria ser para os que fazem a educação em saúde bucal.

O bebê e a criança encontram satisfação ao sugar a mama e a chupeta e se confortam com o contato corporal da mãe. A mãe, por sua vez, sente segurança quando observa seu filho dormindo bem, refeito, após uma boa mamada. Diante disso, apelar para a razão, lembrando dos riscos à saúde bucal, alcançaria sucesso? Traria adesão às orientações?

E o que dizer dos doces? Difícil é proibi-los às crianças. E o que fazer quando a mãe da criança também não resiste aos doces e se confessa apaixonada por eles? Há ou não há afetos envolvidos?

E eu sou uma pessoa que... eu sou apaixonada por doce. Já me chamam até de “formiguinha” na minha família, porque, se deixar, é doce de manhã, à tarde, à noite; só vivo de doce. É pão doce, é bolacha recheada, tudo que vem com açúcar eu estou comendo.

(Trecho de entrevista de **Edilene**)

Durante a entrevista de Edilene, seu filho, Gílson, estava presente. Foi interessante perceber um ar de cumplicidade entre os dois ao falarem de doces, enquanto davam risos de “traquinagem”.

(Continuação)

Ah, comia [doces] direto, não foi? E chiclete, antes dos meus dentes extrair... nós comíamos um chiclete, né, Gílson?

(...) E os dentes dele [irmão da entrevistada] estão todos bonzinhos ainda. (...) Ele não gosta de doce. Agora, ao contrário, nós, né, Gílson?... (risos) Nós gosta, né?

(Trecho de entrevista de **Edilene**)

O conflito de Edilene é evidente. Evitar cáries requer trocar o prazer por sacrifício?

(Continuação)

Eu acho que sim [deveria controlar mais os doces]. Evitar mais, menos besteira, que já ajuda, né?, a cuidar mais dos dentes, que não dá muita mais cárie.

(Trecho de entrevista de **Edilene**)

Outros familiares, muitas vezes, são os primeiros a burlar as orientações. E não é difícil agradar a uma criança, oferecendo-lhe doces.

Eu já falei que é bom evitar dar besteira para ele, doce... Ele tem uma tia mesmo que, olha, ali... ele come um doce... ela compra de “potão”... doce de leite, pote de doce com nozes, com ameixa... E ela gosta mesmo de comer, enche a colher assim e dá para ele comer. (...) [Por mim daria] por semana uma vez ou duas vezes..., mas tem tios, tem primos, tem a família inteira do lado... Tem vez que eu acho que esse menino fica a semana inteira comendo doce...

(Trecho de entrevista de **Edilene**)

Aparecida – Eu evito. Mas quando o pai dá dinheiro... (...) Olha, ele [filho] gosta de um doce, bastante. Só que assim, muitas das vezes eu falo: “Filho, não é assim.” Porque assim, eu moro só e Deus e eu com eles, e o pai já mora com a

minha sogra na mesma rua; então vira e mexe ele vem com um real... com cinquenta centavos que o pai deu. Eu falo: “Ah, filho, guarda para o pão amanhã.” Aí, quando eu vejo, que estou mexendo nas coisas, ele chega com um monte de bala.

P – Mas você chega a conversar com o pai, para evitar, ou...

A – Ah, eu converso, converso sim, muitas das vezes a gente briga. E assim, muitas das vezes eu até tiro ele, falo que ele não vai no pai...

Abaixo, segue um resumo dos principais achados relativos à adesão e não-adesão dos cuidadores às orientações recebidas.

Orientações recebidas	<ul style="list-style-type: none"> Cuidadores percebem importância e os benefícios resultantes
Percepção do risco de doenças bucais	<ul style="list-style-type: none"> A percepção de risco dos cuidadores é menos rígida, se comparada com a dos profissionais. A percepção não implica, necessariamente, adesão.
Adesão às orientações	<ul style="list-style-type: none"> Somente após constatação de necessidade Comparada a um hábito, a uma obrigação É resultado de esforço e determinação do indivíduo
Participação das crianças	<ul style="list-style-type: none"> Cuidadores tentam colaboração mediante conversas e explicações; promessas de brinquedos; imposição do medo do dentista e de perder os dentes. Fala do profissional ajuda a adesão das crianças.
Contextos de adesão e não-adesão	<ul style="list-style-type: none"> Sentimentos contraditórios das mães: necessidade <i>versus</i> dó pela criança; prazer <i>versus</i> sacrifício Processo solitário: pai não concorda e não ajuda; brigas Mãe cede: evita aborrecimentos; cansaço; trabalho no dia seguinte Outros cuidadores – babá, parentes, escola: colaboração para que adotem medidas de prevenção Creche, escola: motivação para aderir; parceria para ajudar a mudança de hábitos

Quadro-síntese 4 – Adesão e não-adesão

4.6 Relação comunicacional entre cuidadores e profissionais da saúde

A questão 11 foi elaborada pensando em verificar como os cuidadores vêem sua relação com os profissionais da saúde. Nesse sentido, quais seriam suas percepções sobre o interesse dos profissionais em conhecer seus saberes e suas experiências? E os cuidadores dispõem-se a contar aos profissionais o que pensam e fazem no campo da saúde bucal? Reforçando que o nosso acesso às informações é mediado pelas narrativas dos cuidadores, também queríamos identificar as reações dos profissionais frente às revelações dos cuidadores.

A pergunta também foi dirigida às experiências dos entrevistados como pacientes, portanto, os relatos podem se referir tanto a essas experiências como às situações em que os entrevistados se posicionam como os cuidadores das crianças. Exploramos situações no setor de pediatria, uma vez que o que nos interessava eram os contornos tomados nas relações entre profissionais e pacientes/cuidadores no momento da orientação em saúde.

A orientação nem sempre é precedida pela oportunidade de conversar e perguntar aos pacientes a respeito de seus conhecimentos e saberes sobre medidas de cuidados.

Há uma percepção, por parte da entrevistada, de que há uma maneira mais adequada de fazer a higiene, e a possibilidade de discutir a orientação fica limitada porque o saber proferido pelo técnico é apresentado como o correto.

[Os dentistas] não perguntam, o que eles dizem mesmo é que tem que fazer a higiene tudo direitinho, que tem que usar fio dental, essas coisas, mas perguntar, até alimentação, como você fala, o que cria cárie, o que não cria... (...) Ele nunca me recriminou nada, mas ele dizia que o certo era assim, do jeito dele. Que tinha que escovar três vezes... que tem que ser três vezes ou mais.

(Trecho de entrevista de **Eliane**)

A reação mais amigável, mais compreensiva e livre de condenações do profissional, em face das falas dos pacientes, surge como uma questão de sorte.

(Continuação)

(...) Comigo nunca aconteceu [do dentista recriminar]. Muito pelo contrário, sempre tive sorte: bem educados, pacientes, ensinam o certo, dão coragem para a gente. (Trecho de entrevista de **Eliane**)

Quando ocorre repreensão do dentista, ela não é vista negativamente; pelo contrário, é percebida como preocupação pela entrevistada.

Aí [o dentista] fazia perguntas, perguntava... como [eu] usava o fio dental; (...) porque, mesmo usando fio dental, tem uma maneira certa de usar nos dentes. Aí eu usava errado. (...) Ele falava: “Assim não pode, tem que fazer desse jeito.” Se preocupava. (...) [Ele] era bem legal, bem simpático assim... não arrogante, era bem simpático.

(Trecho de entrevista de **Priscila**)

No depoimento acima, notamos que o profissional da saúde é visto como fonte segura de orientações corretas e de ensinamentos das técnicas de higiene. Por ser um técnico graduado, o dentista tem legitimidade para orientar os cuidadores.

Eu não pergunto, porque ela está falando, e ela entende mais do que eu, entendeu? (...) Tem que confiar.

(Trecho de entrevista de **Francisco**)

(...) Quando você vai para um hospital, abaixo de Deus é os médicos. A mesma coisa os dentistas. Eu acho que tudo que eles falam é pelo nosso bem, sim, porque eles estudaram para aquilo. (...)

(Trecho de entrevista de **Joana**)

Para algumas participantes da pesquisa, as orientações são inquestionáveis, uma vez voltadas para o benefício das crianças.

Aí ela [dentista] falou: “Mãe, não é bom [dar muitos doces], uma pelos dentes dela e outra pela saúde dela.” E realmente isso é mesmo. (...) Não, [a dentista] brigava não, só falava que não podia. Porque é certo mesmo. É ruim.

(Trecho de entrevista de **Joana**)

Para Eliane, paciente e dentista têm papéis bem definidos; cabe a cada um as respectivas funções de escutar e falar.

(...) Não ia perguntar nada para ela [dentista]. Ficar só com os ensinamentos, que eu já tenho mesmo comigo, só comigo mesma, não ia perguntar nada para ela, não. (...) [É melhor o dentista perguntar] do que eu chegar assim e ir falando assim... Acho que cabe a ele.

(Trecho de entrevista de **Eliane**)

As relações entre profissionais e pacientes nem sempre são francas. Por vezes, os cuidadores preferem evitar confrontos senão mentir mesmo sobre as atitudes que tomam em casa.

Carmem – Ela [pediatra] falou que todo dia tinha que limpar os ouvidos das crianças. Acho que todo dia não precisa limpar. (...)

P – E você não falou isso para a médica?

C – Não.(...) Acho que aí ela vai dar uma bronca. (...) Não vou gostar. (...) Para evitar isso... deixa quieto.

Ela [dentista] falou: “Tem alguma coisa errada, Maria de Lourdes. Não pode estar desse jeito, estar consertando, arrumando, e estar desse jeito. Tem alguma coisa errada.” Aí eu falei: “Vou contar a verdade.” Aí eu contei que tinha falado que tinha tirado ela do peito, mas que não tinha tirado. Aí ela falou: “Mas por que você [não me falou?]”. “Ah, eu fiquei com vergonha.”

(Trecho de entrevista de **Maria de Lourdes**)

Notemos que a partir desse momento, a dentista procurou firmar com Maria de Lourdes uma relação mais sincera, confiando que ela seguiria suas recomendações.

(Continuação)

Aí ela falou: “Então, a partir de agora, vamos falar a verdade; você vai parar, dar um jeito de tirar e não dar mais para ela.” (...) Aí fiquei firme, tirei ela do peito mesmo, comprei esse negocinho, esse pozinho [pó da casca da árvore barbatimão], fiquei passando [no peito].

(Trecho de entrevista de **Maria de Lourdes**)

Mas não houve parceria. Maria de Lourdes não contou para a dentista de sua filha o recurso que utilizava para deixá-la de amamentar, conforme exposto *no item saberes prévios, articulação de saberes e apropriação de orientações*. Vale lembrar que uma sua prima sugeriu-lhe o uso do barbatimão nos mamilos.

(Continuação)

P – (...) Você contou para ela [dentista] que você estava... que você usou (...) barbatimão, você contou o que você estava fazendo para [deixar de amamentar]?

Maria de Lourdes – Não, desse remédio não falei, não.

(...)

P – Por que você não falou para ela?

ML – Sei lá... porque esse negócio no peito, depois vai na boca... pode entrar em algum dente, se tiver uma cárie, pode entrar também, né? (...) [Fiquei com medo

que] podia prejudicar também... (...) Achei que não precisava. (...) [Ela também] não perguntou como eu consegui, como eu fiz...

Para Maria de Lourdes, ficou configurado que a responsabilidade pelo sucesso da empreitada seria somente dela. A propósito da recomendação da dentista – “Você vai parar, dar um jeito de tirar” – ela tenta dar “seu jeito”, mas sem contar com o apoio da profissional, uma vez que, segundo ela, não houve questionamento por parte do setor de saúde bucal a respeito do processo de adesão.

De certa forma, ao perguntar sobre as medidas de prevenção que tomam, os profissionais buscam uma parceria com os cuidadores, mas não mediante uma relação continuada e imbricada. Na fala de Edilene, cada parte tem sua área de ação demarcada para desempenhar os cuidados: os dentistas nos consultórios e os cuidadores em casa.

P – Quando você contava que não estava seguindo o que ela [dentista] tinha falado, como era a reação delas?

Edilene – Ah... falava: “Ah, mãe, você tem que tentar tirar ele do peito, porque não dá, ele fica mamando, vai ficar estragando os dentinhos dele, e a gente fica cuidando dos dentes dele.”

A reação do profissional durante a conversa pode aborrecer o cuidador, como revela Aparecida. Mas, ao mesmo tempo que ela deseja apoio e compreensão para levar adiante as medidas mais adequadas, consegue relevar seu desconforto porque, afinal, a dentista também cuidava de seu filho.

P – Essa coisa da mamadeira, da chupeta [que o filho ainda estava usando], tudo você contava?

Aparecida – Contava, contava. Não, não preciso mentir, como eu já falei, que eles [filhos] ficam com uma pessoa. (...) Explicava, explicava que quando eu chego [do trabalho], eu largo o serviço todo e dou mais atenção para eles na parte da chupeta, na parte da mamadeira, dou comidinha de colher. (...) Nossa! Ficava muito brava... Achava que ela não entendia.

P – (...) Você acha que ela poderia ter te “entendido” mais?

A – Olha, a reação da dentista... eu não acho que ela deveria ter me entendido mais porque assim... ela também estava fazendo coisas para o bem dos meus filhos, entendeu?

Segue um resumo dos resultados sobre a relação comunicacional entre cuidadores e profissionais.

Percepção dos cuidadores a respeito dos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Pouco interesse pelas experiências e conhecimentos adquiridos pelos cuidadores • Pouco interesse em saber dos processos de adesão que os cuidadores enfrentam • Orientações dadas: inegociáveis; responsabilização do cuidador pela adesão
Cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> • Evitam questionar ou contrariar profissionais: medo; vergonha; risco de confrontos • Processos de adesão: por medo, não compartilham com profissionais; quando contam, se sentem incompreendidos. • Orientações recebidas: não questionam porque acreditam serem benéficas; reconhecimento da “autoridade” do profissional.
Relação profissional–usuário	<ul style="list-style-type: none"> • Falar–escutar, respectivamente • Cuidar no consultório–cuidar em casa, respectivamente • Para profissionais, os desencontros são configurados como “ruídos”, obstáculos à orientação.

Quadro – síntese 5 – Relação comunicacional entre cuidadores e profissionais

4.7 Questões programáticas

O objetivo da questão 12 era propiciar o surgimento de algum aspecto de vulnerabilidade – individual ou social – que ainda não houvesse sido relatado ao longo das entrevistas, espontaneamente ou suscitado por outras questões, além de investigar situações relacionadas ao serviço, que poderiam determinar vulnerabilidade programática dos indivíduos participantes do estudo.

Buscamos, então, entender, por exemplo, o grau de dificuldade, em casa e no trabalho, para os cuidadores conseguirem trazer suas crianças ao CSE Butantã. Como organizavam seu dia? Recorriam às redes de apoio – avós, tias, irmãos mais velhos das

crianças? A escola das crianças e o trabalho ficavam comprometidos nos dias de consulta?

Sob o aspecto programático, buscamos entender como se desenvolviam questões como o acolhimento dos cuidadores e das crianças, o vínculo, a responsabilização, etc. Embora não compreendido pela questão, o acesso ao programa do CSE foi citado por algumas entrevistadas, razão pela qual será comentado aqui, para que tenhamos uma idéia da trajetória desses cuidadores, desde o agendamento no setor de saúde bucal, passando pela organização do seu cotidiano nos dias de consulta e até o momento clínico propriamente dito.

Em algumas situações, entende-se o acesso ao programa como questão de sorte, notadamente para as gestantes, cujo tratamento é limitado ao período de gestação e para as quais a disponibilidade de vagas é menor.

Por isso, Joana, que está grávida, relata que seus afazeres domésticos não podem impedi-la nos dias em que ela vai ao CSE.

Hoje [dia de consulta] é meu dia, sagrado; se eu tiver que deixar a minha casa bagunçada. eu deixo... Mas o dentista para mim está sendo preferencial agora. (...) Hoje, se eu tivesse que vir para cá sem almoço, teria vindo... Quero poder aproveitar, porque eu não vou ter mais o dentista quando acabar. (...) E eu tive sorte de conseguir esse dentista aqui.

(Trecho de entrevista de **Joana**)

Ainda que nos dias de consulta sua filha não possa ir à escola, Joana prefere assegurar a vaga no setor a tentar agendar um horário mais conveniente.

(Continuação)

(...) Hoje a Letícia não foi para a escola. E terça-feira que vem, ela não vai de novo. (...) Porque é a uma e meia o dentista, e a uma e quarenta, ela entra na escola, e eu não tenho ninguém para levar ela para mim. (...) Então, se fosse para mim levar ela na escola, não ia ter como vir no dentista...

(Trecho de entrevista de **Joana**)

Atualmente, o atendimento para agendar as consultas no setor só ocorre no período do final da manhã. Quando não há disponibilidade imediata de vaga, o usuário é instruído a ligar posteriormente, até que seja possível marcar sua primeira consulta, fato decorrente de alta ou abandono de outro usuário.

Instada pela determinação de conseguir o acesso de sua filha ao programa, Eliane ficou a postos até que desse o horário determinado e não levou suas filhas à escola.

Aí a moça falou: “Vai ser a partir do dia 15, do dia 15 de junho, para você estar ligando, mas ligue cedo porque as vagas são pouquíssimas.” Eu fiquei assim... Nesse dia 15, eu nem levei minhas filhas para o colégio. Meu marido foi que [perguntou.] Falei: “Ah, hoje eu não posso ir”. “Por quê?”. “Porque eu tenho que conseguir uma vaga no dentista para Bianca, e a mulher disse que as vagas são poucas. Eu tenho que estar ligando cedo.” Eu fiquei olhando [no relógio]: dez e vinte e cinco... dez e meia...

(Trecho de entrevista de **Eliane**)

Uma vez assegurada a vaga da criança, nos dias de consulta, os cuidadores que trabalham fora encontram mais dificuldades para vir ao CSE. Quando não podem se ausentar do serviço, recorrem à ajuda de parentes ou saem mais cedo, o que nem sempre é visto com bons olhos pela chefia.

Só no começo [quando eu ainda trabalhava], quando ela tinha consulta, que eu pedia para minha mãe trazer, porque eu não podia ficar faltando, levando atestado... Quando estava no começo [período de experiência], era meio exigente, então evitava.

(Trecho de entrevista de **Priscila**)

É, era um pouco difícil [trazer o filho às consultas]. Não gostavam [que eu saísse do trabalho]. Muitas das vezes... tinha discussão com a encarregada, mas eu saía, né?

(Trecho de entrevista de **Aparecida**)

Como conta Aparecida, a organização para não perder as consultas pode se tornar uma rede de implicações.

[No dia da consulta, o filho] não ia para a creche. (...) Aí ela [filha mais velha] perdia aula para ficar com eles. (...) Sempre assim... Como eu sempre marquei dentista de uma e meia em diante, sempre à tarde, eu trabalhava até às doze horas. Aí assim... Muitas das vezes eu pedia para ela escovar os dentes dele, para pôr a escova... que eu já trazia tudo para o serviço, deixava a escova em casa para ela não esquecer. E muitas das vezes eu já descia aqui (...) e esperava ela [me encontrar aqui].

(Trecho de entrevista de **Aparecida**)

Como já mencionamos, a ida à escola fica muito prejudicada porque o horário das consultas, em alguns casos, é coincidente.

Não [o filho não vai à escola]. Eu já deixo recado para a minha irmã não levá-lo para a escola, que ele vai para o dentista. Que a tal horas estou chegando para pegar ele para levar para o dentista. (...) Eu acho que não [reclamam na escola]. Às vezes escreve no caderninho dele. Já falei com ele para falar para a professora que ia faltar porque ia no dentista. E eu mando o recado no caderninho, na mochila, e ela lê, ela dá o visto.
(Trecho de entrevista de **Edilene**)

É fácil, porque, por enquanto, não estou trabalhando, então é normal. (...) Só a escola [que ela perde]. (...) [Mas] não tem problema, não.
(Trecho de entrevista de **Francisco**)

A recepção das crianças e dos cuidadores no dia da consulta foi considerada, por unanimidade, agradável e calorosa, e apontando para o setor de saúde bucal, a formação de um vínculo com os usuários, enquanto promove a confiança bem como facilita a intervenção clínica na criança.

Ah, na hora que ela [dentista] abre a porta já é sorrindo. Eu olho muito esse lado, eu adorei ela... ela: “Bom dia. Bianca, você está bonita, sua roupa está linda.” A menina fica toda cheia de vida com ela... Aí põe ela para sentar... Cada aparelho, ela mostra: “Esse aqui é o chuveirinho.” Tudo, ela tem a idéia dela lá. Deixa ela pegar, com ela... Ela fica bem à vontade. (...) Ajeita tudo para ela, que ela aceita normalmente. Manda ela abrir a boquinha...
(Trecho de entrevista de **Eliane**)

Ah, eu gosto das médicas [dentistas]. Que ele passa agora à tarde, tanto de manhã como à tarde, que ele passava de manhã... Tratam bem, brincam, né, Gílson? (...) Ah, eu gosto delas aí, tratam super bem; eu gosto de passar aqui. (...) Elas sempre olham, brincam com ele, vê os dentes, falam: “Ô, Gílson, tem que cuidar dos seus dentinhos.” Sempre vai brincando, mas ensinando.
(Trecho de entrevista de **Edilene**)

Durante a consulta, o relacionamento com os cuidadores é pautado pela informação e explicação sobre as intervenções que serão realizadas naquela consulta. Além de garantir-lhes direito à informação, essa atitude diante dos cuidadores tende a contribuir para que eles fiquem menos ansiosos com o tratamento da criança.

Elas [dentistas] chamam. (...) Ela mostra com o espelhinho (...) que está com cárie, que tem que arrumar, que tem que obter ele direitinho. (...)
(Trecho de entrevista de **Maria de Lourdes**)

(...) Ela vai explicando que tem que obturar uns dois dentes... dois dentes do outro lado, né?

(Trecho de entrevista de **Carmem**)

No tratamento odontopediátrico é comum que a criança apresente ansiedade e medo, por isso, certas iniciativas são bem recebidas e percebidas pelos cuidadores como favoráveis à aceitação das crianças, que se sentem acolhidas.

(...) Eu digo: “Não vai aceitar, ela [filha] vai ficar nervosa.” (...) Então, eu tinha medo, mas chegando aqui foi tudo diferente. Tanto que no primeiro dia foi só conversa. (...) [Na consulta] ela [dentista] me fala para pegar na mãozinha dela, para ficar junto com ela. (...) É, eu pego... pego na mãozinha dela, para deixar ela mais à vontade. “Mãe, você pode estar aqui olhando, pega na mãozinha dela.” A gente conversa junto, tem que ver as coisas que ela [dentista]... Às vezes até ri... Ela é maravilhosa... Ela é simpática.

(Trecho de entrevista de **Eliane**)

Essa situação revela uma demanda genuína da criança e da mãe: medos aplacados e maior conforto emocional. Mas são os cuidadores, sobretudo, que querem contar com a disponibilidade do setor para responder às demandas de saúde propriamente ditas.

(...) Eu falei: “Doutora, eu estou com meu dente muito ruim, tem uns que estão moles, vai ter que ser extraído?” Ela falou: “Não, o que eu puder fazer para te ajudar, vou fazer.”

(Trecho de entrevista de **Joana**)

(...) Como eu andei perdendo consulta por estar trabalhando e não ter ninguém para vir trazer... andei perdendo a vaga. Foi difícil essa outra vaga que eu consegui hoje. Aí, quando eu liguei aqui, falei: “Eu posso ir aí?” Ela falou: “Não, fica ligando; se tiver vaga, a gente já marca.”

(Trecho de entrevista de **Aparecida**)

Foi percorrido até aqui o início do caminho que o usuário faz pelo programa – acesso, recepção, estabelecimento de vínculos – cujos relatos são bastante positivos. Quando se trata, porém, de firmar os “contratos”, ou seja, quando o setor orienta e prescreve os cuidados e espera dos cuidadores os cumprimentos deles, as impressões mudam de figura.

Essa parte aí elas são educadas [recebem bem]. Elas só são grossas na hora de... né?... tipo assim... Eles pedem para tirar a chupeta, pedem para a criança chupar menos doce, né? Comer menos doce... No caso do Luís, a mamadeira... Então assim... às vezes a gente sente que elas ficam bravas [porque a gente não consegue fazer tudo], mas assim, é para o bem...

(Trecho de entrevista de **Aparecida**)

Ahã! [eu consigo entender o que elas explicam.] É... entender é fácil. Quero saber você manter, estar fazendo em casa, né? Aí que está o difícil. (...) Ela sempre pegava no meu pé, do jeito que os dentes estavam estragados... E ele mamava no peito: “Não, mãe, você tem que tirar ele do peito. Se você não tirar ele do peito, não vai adiantar nada cuidar dos dentes dele.” (...)

(Trecho de entrevista de **Edilene**)

Essas questões relativas à adesão já foram bastante comentadas em itens anteriores, assim como outros aspectos que dizem respeito mais propriamente às impressões das relações comunicacionais construídas entre cuidadores e técnicos. Oportunamente será comentado o próprio momento de orientação.

Assim, só destacamos as falas para ilustrar um importante momento de inflexão, dentro de uma relação percebida até então como diferenciada, quando comparada a outras vivenciadas em outros serviços. Notamos que a partir desse momento, a resposta do programa quanto ao acolhimento, ao vínculo e à responsabilização pode ficar prejudicada.

Vejamos abaixo um resumo das principais idéias acerca dos aspectos de vulnerabilidade e questões programáticas.

Acesso ao programa	<ul style="list-style-type: none"> • Percebido como difícil • Questão de sorte, segundo uma gestante
Rotina dos cuidadores e das crianças nos dias de consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho: saem mais cedo; desgastes com a chefia • Casa: adiantam o serviço doméstico • Parentes: são acionados quando cuidador não pode ir ao CSE • Escola: frequência prejudicada quando consulta é no mesmo período
Recepção dos usuários	<ul style="list-style-type: none"> • Percebida como agradável e calorosa • Criação de laços de confiança, principalmente com a criança

Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidadores esperam ter suas necessidades atendidas • Criação de ambiente acolhedor: profissionais tentam acalmar a criança e ao cuidador durante consulta.
“Contratos” de adesão	<ul style="list-style-type: none"> • Inflexão da boa relação: cuidadores sentem-se cobrados quanto à adesão às orientações

Quadro-síntese 6 – Questões programáticas

4.8 O cuidado em família e a influência das experiências dos cuidadores

Considerando a relação percebida entre as experiências dos entrevistados e o cuidado que desenvolvem em suas rotinas, esse presente tema foi gerado à luz das respostas às questões 13 e 15 do roteiro.

Nas entrevistas, alguns participantes relatam de pronto suas experiências relacionadas à saúde bucal: dores de dente, ida a dentistas ou participação em atividades educativas.

A questão 13 procurou recuperar essas histórias e verificar se os entrevistados viam influência dessas experiências nos cuidados das crianças. Caso percebessem influência, achamos conveniente saber como e por que elas se dariam.

De modo geral, os cuidadores utilizam suas próprias vivências para sensibilizar as crianças. Acreditam que, contando-lhes, vão ajudar a concretizar a orientação dada aos filhos e torná-las mais palpáveis. Outros relatos revelam a influência de seus próprios hábitos nos cuidados das crianças.

Uma primeira dificuldade dos cuidadores é explicar para os filhos o que é cárie. O entendimento pode vir por meio de uma história real, vivida pelo próprio cuidador, que relata o sintoma percebido, a consequência da cárie, a dor.

Recordando a experiência da infância, Carmem, conta à filha o que passou.

(...) É, eu falo para ela [filha], né? Que quando faz cárie, começa a doer o dentinho. (...) Porque dor de dente, eu já tive e... é... eu já tive uma vez isso. (...) Doía muito. (...) Chorava, botava até uma toalhinha no rosto... Eu passava ela a ferro e colocava quente. (...) para ver se parava de doer.
(Trecho de entrevista de **Carmem**)

Tentar explicar o sofrimento causado por problemas bucais pode ser um recurso utilizado para conseguir a conscientização das crianças para o cuidado.

Eu já falei para ela [filha]: “Eu tive que arrancar um dente que doía... Toma cuidado, escova o dente.” (...) Eu conto para ela, para a outra [filha]... que dor de dente é horrível, né? (...) [Tento fazê-la entender] para cuidar.
(Trecho de entrevista de **Francisco**)

Não, [os filhos] não reclamam [de não comerem tantos doces], não, porque eu já falei para eles: “Vocês têm que comer o que faz bem para vocês, porque vocês veja hoje eu aqui... ó... estou com quase... já perdi acho que dez dentes na minha boca.” E hoje, se eu for chupar um sorvete, eu não posso comer desse lado... porque, nossa!... Pão?... Eu não posso comer pão francês; se for comer, eu tenho que mastigar desse lado. Porque, dependendo, as casquinhas, quando batem no dente... misericórdia! É uma dor muito ruim.
(Trecho de entrevista de **Joana**)

A retirada da prótese para higiene torna-se uma oportunidade para concretizar o que os cuidadores dizem aos filhos. A boca desdentada dá visibilidade às razões para as orientações tão aclamadas em casa: é o resultado da falta de cuidados.

(...) Às vezes, quando eu vou escovar, eu tiro [a prótese] e ela: “Ah, mãe, você está feia, está horrível”. “Está vendo, isso aqui [está assim] porque não foi escovado direito, o dente estragou, e não quero que aconteça o mesmo com você.” (...) E hoje eu incentivo, inclusive a [filha] mais velha. Ela não tem nenhum dente estragado e eu fico brigando para escovar direitinho, para não passar pelo que eu passei.
(Trecho de entrevista de **Eliane**)

A preocupação de que “não quero que aconteça o mesmo com você” é bastante frequente nas narrativas colhidas. A experiência vivida gera um conhecimento que motiva os cuidados a evitar o mesmo para os filhos.

Ah, a gente pensa bem. Quando a gente já passou por uma situação... (...) parecida... que a gente vê, tipo, num filho... né?... E aí a gente tenta dar mais os cuidados, a gente tenta fazer melhor.
(Trecho de entrevista de **Aparecida**)

Patrícia sabe o que é dor de dente e imagina o mesmo nos filhos. Não quer ver sua experiência repetida na vida de seus filhos, por isso imagina que o caminho é ser responsável pelos cuidados dos dentes deles.

(...) Se eu não cuidar dos dentes deles, podem sentir a dor que eu senti, ainda mais criança. (...) Tenho [medo que eles sintam aquela dor]. Você já pensou uma cárie começar a corroer por dentro, mexer na raiz do dente dele? (...) Lembrei de mim. (...) [Falo para meu filho]: “Uma vez eu senti uma dor de dente que eu não quero que você nunca sinta.”

(Trecho de entrevista de **Patrícia**)

Os cuidados proporcionados aos filhos atualmente são vistos como uma rara oportunidade, diferentemente do que ocorreu com os próprios entrevistados.

(...) O que eu deixei de fazer por mim não quero que meus filhos sejam assim... (...) [Ajudo a] ensinar eles como escova... e vir no dentista, para eles poder ter a oportunidade que eu não tive. Para saber cuidar do dente, dar valor, porque depois que perde eles, não podem ter de volta.

(Trecho de entrevista de **Joana**)

(...) Uns quatro anos atrás... em todo lugar que eu corria, como eu falei, tipo HU, pronto-socorro e tudo, eles põem uma massinha. A massinha caiu... Se você não tiver o dinheiro para obturar, você vai ficar sofrendo dor de dente... Não é igual aqui [CSE Butantã], que tem até os sete anos gratuito.

(Trecho de entrevista de **Aparecida**)

As situações vividas na cadeira odontológica também surgem como motivo para orientar e mobilizar as crianças para o cuidado. Em geral, as narrativas para os filhos são entremeadas de sensações de dor, desconforto, medo, e as consultas contadas num tom de terror.

Edilene – [Era] emergência... E ela [dentista]: “Ah, você tem que agüentar um pouco de dor, é emergência, você tem que agüentar, porque se você não tiver paciência de agüentar essa dor...” E ela mexendo; estava doendo, a anestesia não pegava também. Mas eu sentia muita dor...

P – (...) Você pensa nisso quando você cuida do dente dele [filho]? (...) Você acha que isso influenciou?

E – Ah... influenciou, porque eu converso com ele, que é uma criança, né? Não conhece o que é dor. Vai ao dentista, elas passam pomada, alguma coisa assim... (...) Com criança os dentistas são mais... assim... (...) sensíveis, delicados, né?... (...) Agora, quando é mais adulta, a gente agüenta um pouco de dor... agüenta levar as agulhadas... Para eles, já passam pomadas, né?... (...) Mas chegando numa certa idade, ele não vai ter mais aquela comodidade. (...) Eu falo [para

cuidar dos dentes], mas também para ele escovar os dentes, tem que ficar no pé também, porque ele não está nem ligando. Eu falo: “É, aproveita que você é criança, quando crescer, você vai ver.”

O outro dia mesmo, (...) o Guilherme [filho] falou: “Letícia [filha], vamos escovar os dentes.” Ela falou: “Ah não, não vamos agora.” Ele falou assim: “Hoje a mãe foi no dentista, ela reclamou do motorzinho.” Que teve uma hora assim que conforme a água foi batendo no meu dente, igual falei para você... ele dói... Aí, ela falou: “Então vamos.” Então eu falo para eles, eu falo: “Escova porque não é fácil.”

(Trecho de entrevista de **Joana**)

Nem só de experiências ruins tratam os entrevistados. A preocupação com a saúde bucal e a possibilidade de cuidado são percebidas como influências positivas sobre as crianças.

Priscila acredita que seu comportamento serve de exemplo para a filha e tenta tirar proveito disso para educá-la e orientá-la.

(...) Eu tinha [dentista]. (...) [Ia] sempre ver se tinha cárie, fazer limpeza... (...) Só uma vez que eu fui com dor, com dor de dente. (...) Dor forte nunca tive. (...) Difícil [ficar com a boca inchada], porque eu sempre procuro tratar de uma maneira certa. (...) [Minha preocupação com minha saúde bucal] vai [influenciar o cuidado da minha filha], porque tudo que eu passar, ela faz também. Então tudo que eu mostrar para ela, ela vai seguir do mesmo jeito. Eu procuro fazer sempre da maneira certa, para educar ela bem. (...) É, [acho que os filhos tendem a] imitar, seguir o exemplo... (...) Eu queria usar aparelho, e ela queria usar aparelho também. (...) Eu estou no banheiro passando o fio dental e ela fala que ela quer passar também.

(Trecho de entrevista de **Priscila**)

O hábito de olhar a própria boca, reconhecendo-a e examinando-a, é um exercício que pode ajudar a prevenir doenças ou a tratá-las precocemente. Para Patrícia a curiosidade de olhar a própria boca foi despertada no período pré-natal e levada adiante depois do nascimento dos filhos.

Patrícia – (...) A médica [no pré-natal] daqui perguntou se eu queria passar na ‘odonto’. (...) E então, escovando os dentes, comecei a olhar para ver se tinha algum dente para falar alguma coisa para ela. (...) Ah, [achei] interessante [fazer auto-exame], que a gente não olha para os dentes, uma coisa diferente.

(...)

P – Você também olha os dentes dele [filho]?

P – O dele eu olhava mais do que o meu, sempre olho. (...) [Vi] que tinham começado a ficar com umas plaquinhas os dentes dele... meia amarelinha...

As experiências negativas não são vistas como a única forma de sensibilizar as crianças. Joana reconhece que é possível promover cuidados não se baseando somente na dor e no sofrimento.

P – E pensando o contrário, se você não tivesse passado por isso, se seus dentes estivessem bons, né? Você acha que ia cuidar... ia ter o mesmo cuidado com os dentes?

Joana – Eu acho que sim, sabe por quê? Igual falei dessa minha irmã, ela tem os dentes dela super bons... Os dentes dos filhos dela também.

Com as respostas à questão 15 do roteiro, intencionávamos tomar conhecimento dos momentos de cuidado na família dos entrevistados.

Na entrevista, recorremos a perguntas, como: “em relação aos cuidados, como é à noite na sua casa?” Primeiro, para facilitar o entendimento da questão, e segundo, por termos percebido no desenrolar da conversa que, durante o dia, em razão dos muitos afazeres domésticos e da ida das crianças à escola, esses momentos são mais corridos e a narrativa poderia ficar prejudicada.

Isso posto, é possível reconhecermos que cuidado foi traduzido aqui por escovação de dentes, sem prejuízo, no entanto, uma vez que pretendíamos captar mais os sentimentos e os significados envolvidos e as implicações efetivas sobre as práticas de saúde.

Há histórias permeadas de afetos entre mãe e filho, e a noite, parece, revela-se como o período em que essa relação de cuidado pode se desenvolver em sua plenitude.

Priscila engravidou e foi mãe bem jovem, na adolescência ainda. Apesar da pouca idade, vê-se como responsável e sente-se satisfeita de cuidar da filha. Vão aqui pormenores de sua rotina.

[Estou curtindo bastante] ser mãe dela... cuidar dela... em todos os momentos. (...) Ah, eu gosto... Sou bastante responsável assim. (...) Eu vi que amadureci bastante tendo uma filha, apesar de ser bastante nova, a responsabilidade. Mas é normal para mim, uma rotina normal [de cuidados]. (...) Eu sempre cuidei dela... trazia ela da creche, a gente chegava, tomava lanche, um Danone, uma fruta, ela gosta de banana amassada com leite em pó, eu sempre fazia isso para ela. Faço, né?, até hoje. Aí, depois eu dava o banho, fazia janta. (...) Às vezes eu dou comida na boca dela, que ela pede para eu dar. (...) Acaba de jantar, escova os

dentes e depois vai assistir televisão e dorme já. (...) [Quando ela era menor, para distraí-la] eu falava: “Deixa mamãe escovar os dentes que a mamãe vai tirar o bichinho dos seus dentes. Eu tenho que escovar bem para o bichinho sair.” Então eu falava que tinha bichinho no dente dela, que tinha que escovar para tirar a sujeirinha.

(Trecho de entrevista de **Priscila**)

Embora as tarefas de cuidar e ensinar estejam mais atreladas à figura materna, atualmente, o pai também sente que deve participar desses cuidados.

Desde pequenas [ajudava]... no cuidado, né? (...) É importante [o pai participar também]. (...) [É obrigação] do pai também. Do pai também, com certeza. Dos dois, né? Tem que participar...

(Trecho de entrevista de **Francisco**)

E, efetivamente, colaborar em casa.

(Continuação)

Primeiro ela [filha] escova, porque é para escovar, mas criança já viu, né? Depois eu ou a mãe dela vai e escova outra vez. (...) Quando não é a mãe dela, sou eu.

(Trecho de entrevista de **Francisco**)

A hora da escovação pode também ser motivo de brincadeiras entre mãe e filha. Ao final, a mãe se diverte com a “traquinagem” da filha.

(...) Eu ponho ela no banheiro e de vez em quando dou uma olhada na porta, se está escovando... Eu fico falando: “Está no banheiro?” “Estou.” “Escovou a língua, está escovando direitinho?” Que [as filhas] ficam conversando, e eu acompanho direto. (...) [Eu fico] na cozinha. (...) [Quando eu desconfio que ela não está escovando] eu sinto a água da torneira assim [escorrendo]... Aí, quando eu vou, puxo a cortina, ela se assusta. (...) Boto de novo, duas vezes... Tem que voltar. (...) Porque, quando eu fico gritando lá [na cozinha], eu digo: “Ó, estou chegando aí... estou ouvindo.” Digo que estou ouvindo como se fosse estou vendo. (...) Eu acho meio engraçado, sabe? (...) Ela fala que está escovando, e eu chego lá e na verdade ela não está... É uma brincadeira entre nós.

(Trecho de entrevista de **Eliane**)

Conferir se as crianças estão fazendo seus deveres são atividades diárias dos cuidadores e, algumas vezes, o humor prevalece, como no caso de Eliane.

No caso de Joana, o relato ficaria mais sério se não fosse a interrupção da filha, que participa da conversa e provoca risadas, o que denota que escovação nem sempre combina com aborrecimento.

Joana – Já sabem sozinhos [escovar os dentes]... porque eles já estão numa idade que... já estão grandes. Mas eu falo: “Vai escovar os dentes, está na hora.” Quando eles vão comer uma fruta, tomar um copo de suco eu falo: “Não esquece de escovar os dentes.” (...) Eu [não confiro se estão escovando]. Sabe por que eu percebo quando eles mentem? Eu vou na escova. Na escova de dentes...

[Filha interrompe e diz]: Para ver se está molhada...

J –E mesmo se não estiver molhada, eu percebo; eu percebo quando eles estão mentindo para mim.

P – Você vai lá olhar...

(Risadas)

Mas a hora da escovação nem sempre remete a momentos alegres, de brincadeiras na família, uma vez que a colaboração das crianças é difícil e a tarefa exige persistência. Aparecida reconhece a sua impotência em algumas situações.

(...) Muitas das vezes [os filhos] ficam vendo TV, brincando. Aí pega um leite, eu dou... Aí, depois do leite, que eu vejo que eles estão quase dormindo, eu mando escovar os dentes, senão acompanho, quando sempre dá, eu estou acompanhando. (...) Chamo: “Quem não escovar os dentes vai ter bichinho na boca.” (...) Tem que chamar... É um pouco difícil... tem que ficar chamando. (...) [É uma hora] mais chatinha.(...) [Porque eles] não fazem.

(Trecho de entrevista de **Aparecida**)

Aparecida também reconsidera seu julgamento a respeito da babá que contratava para cuidar de seus filhos enquanto trabalhava. Sua história, já mencionada, dá conta da convicção de que a babá não a ajudava na adesão às orientações sobre saúde bucal, uma vez que não lhe era conveniente tirar a chupeta e mamadeira das crianças.

(Continuação)

Então, até também agora eu entendo quando pagava para olhar [os filhos], porque... a gente mãe, pai... e nem a toda hora consegue [fazer os filhos escovarem os dentes].

(Trecho de entrevista de **Aparecida**)

A mãe assume-se cuidadora também, quando ensina outros a cuidadores de seu próprio filho as práticas de saúde aprendidas.

Como eu trabalhava – trabalho ainda à noite, Pinheiros – eu pedia para a minha irmã e para a minha mãe [escovarem o dente dele]. (...) Aí, todo dia chegava na minha irmã, na minha mãe: “Vocês escovaram os dentes dele?” “Esquecemos.” Aí, ia lá, escovava. Aí, elas começaram a escovar, minha irmã, minha mãe. Eu sempre nervosa porque: “Ah, vou chegar lá, a dentista ela vai falar comigo um monte, que não estou cuidando do dente do menino.” Eu ficava no pé delas... para escovar. (...) Porque eu chegava tarde e já estava dormindo. Como acordar o menino para escovar esses dentes? Aí, deu trabalho para acostumar à noite, viu?

(Trecho de entrevista de **Edilene**)

É ainda Edilene quem conta com detalhes a escovação, demonstrando bastante apuro na execução. Mas, ao final, revela uma certa ressalva: isso não é para todo dia.

[Quando ele acorda] já pego a escovinha dele; ele toma banho sozinho, o sabonete, eu deixo. Aí, quando é a parte de escovar os dentes, eu mesma vou lá, mando abrir a boca, escovo dentinho por dentinho, assim... na frente, por dentro, virando ele... Escovo os dentes por dentro... escovo outro... escovo a língua... (...) E também à tarde escovo, e de noite também, antes de dormir. Isso é quando ‘cata’ ele, né, Gilson?

(Trecho de entrevista de **Edilene**)

Segue abaixo quadro que resume os achados sobre o cuidado em família e a influência das experiências dos cuidadores.

Relatar vivências	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar crianças para o cuidado • Concretizar as orientações
Experiências	<ul style="list-style-type: none"> • Em geral, negativas: dor, sofrimento, limitações • Servem de base para que cuidadores queiram evitar o mesmo para suas crianças; por isso se sentem responsáveis pelos cuidados.
Hábitos e comportamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidadores acreditam influenciar suas crianças.
Cuidados em casa	<ul style="list-style-type: none"> • Em geral, a cargo das mães
Momentos de cuidado e o cuidador	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de responsabilidade pelo cuidado • Relação de afeto com a criança • Motivos para brincadeiras com a criança • Ensinam outros cuidadores – parentes, babá • Dificuldades em cuidar: sentimentos de impotência

Quadro-síntese 7 – O cuidado em família e a influência das experiências dos cuidadores

4.9 Momentos de orientação

Tínhamos interesse em saber como eram, para os entrevistados, os momentos de orientação com profissionais da saúde. Como sentiam esse momento, como se percebiam e como percebiam o profissional. Que tipo de relação era mantida? Havia diálogo, negociação, confluência de valores?

O recurso pensado para a obtenção de resposta foi novamente o das cenas, considerado o mais adequado para acessar histórias mais ricas, sem constrangimentos ou depoimentos “politicamente corretos”, uma vez que estávamos dentro da unidade de saúde, falando, entre outras coisas, sobre o atendimento por ela prestado.

Notamos que aqui nosso esforço não resultou semelhante à situação proposta na questão 4, com cujas respostas coletamos rico material sobre concepções de saúde bucal, o que se deseja e se aspira nesse sentido e quais são os significados que a boca pode tomar em contextos mais amplos da vida.

Por ora, creditamos esse resultado a alguns fatores. Em primeiro lugar, à dificuldade nossa de explorar mais as cenas e de tentar, junto com o entrevistado, construí-las e/ou modificá-las. Como? Trocando personagens, comportamentos, ambientes, com o intuito de levá-lo a experimentar diferentes situações e conhecer suas reações. Em segundo lugar, à duração das entrevistas, que a essa altura, explicitamente incomodava os entrevistados, causava-lhes certa “indisposição” para imaginarem cenas tão detalhadas quanto as primeiras. Essa situação, de fato, algumas vezes, nos intimidou, limitando nossa capacidade de extrapolar falas mais comedidas.

Feitas essas ressalvas, destacamos alguns depoimentos que oferecem aspectos merecedores de reflexão.

Durante a orientação, alguns cuidadores mostram-se interessados nas informações somente quando não as conhecem.

Eu prestava atenção, sempre fui bastante curiosa. Prestava atenção. Quando eu não sei a coisa, eu presto atenção. Quando eu sei, aí eu acho chato, falo: “Já sei.”

Mas ele [dentista] estava explicando porque eu não sabia.
(Trecho de entrevista de **Priscila**)

(...) Fiquei prestando atenção. Quando foi a primeira vez, prestei bastante atenção, (...) [porque] não conhecia, não sabia.
(Trecho de entrevista de **Maria de Lourdes**)

Essas falas sugerem que esse momento de orientação é percebido como um espaço de sala de aulas, com o professor, que ensina, e os alunos, que prestam atenção, se houver interesse. De fato, alguns cuidadores revelam concepções que lembram bastante uma sala de aula.

Ele está explicando. A gente entende... então... o que ele está falando, passando para a gente... A gente acaba pondo aqui na cabeça e... dá para entender. (...) Concordava [com as orientações], lógico! (...) [Achava] certo... Ele entende mais do que nós.
(Trecho de entrevista de **Francisco**)

Receber orientações é sentido como um privilégio, mesmo se o momento é confinado ao repasse de informações, ao ensinamento.

[Me senti] valorizada... valorizada... (...) [Porque o dentista] estava ouvindo, estava informando, estava se preocupando em te ensinar. Acho que é valorizada. (...) [Achava ele legal], porque ele sempre dava orientação, se preocupava... Tem dentista que não está nem aí, só quer o trabalho dele e não se preocupa, não orienta.
(Trecho de entrevista de **Priscila**)

Mesmo em face da possibilidade de mudança nesta cena, a justificativa para sua permanência tal como se desenrolou foi de que não havia mais nada a explicar.

P – (...) Que você sentiu naquela hora? Qual era o teu pensamento ali na hora?
Maria de Lourdes – Ah... sei lá... Achei uma coisa: que a gente não estava ali à toa, né? Que estava ali para aprender.
(...)
P – Se você achasse que tem que mudar alguma coisa, que tipo de coisa você mudaria?
(...)
ML – Não, acho que está bom... Não dava para explicar mais, não.

Para Patrícia, não houve oportunidade de concordar, compartilhar, negociar. A ela só coube ouvir, uma vez que, durante a orientação, ela estava impossibilitada de falar, com a boca mantida aberta por um artefato de borracha!

(...) Depois eu pensei: “Esse dentista é doido, não vou ficar discutindo.” Não [me deu chance de falar], porque ainda eu estava fazendo canal... Estava com esse negócio que usam na boca... E ele conversando: “Eu recomendo a meus pacientes a escovação de três a cinco vezes ao dia, o anti-séptico bucal...”. E foi conversando comigo. (...) Eu ia falar para ele, quando terminasse, mas também estava toda dolorida minha boca... Está doido, o dentista... Por que tudo isso [de escovação]? Não tem [que fazer assim]. Eu até lembrei, mas não queria ficar falando muito por causa da anestesia, minha boca está torta...
(Trecho de entrevista de **Patrícia**)

Nesse caso, a orientação se deu na cadeira odontológica, fato bastante corriqueiro nos consultórios privados ou públicos. Ainda, segundo Patrícia, caberia ao profissional avaliar o melhor momento de fazer recomendações.

(Continuação)

Patrícia– Eu acho que [ele] deveria ter voltado no assunto de novo, porque daí foi passando, passando, não voltei mais, terminei o dente e não voltei.

(...)

P – É melhor partir do profissional. Você acha que ele que tem que saber o melhor momento?

P” – Isso. Lembrar a pessoa.

P – Naquela hora não era mais adequado?

P” – Não.

Mesmo sem relatar uma ação específica de educação em saúde, o depoimento seguinte revela que os dentistas, enquanto atendem ao paciente, fazem prescrições terapêuticas de pós-operatório, explicam procedimentos, etc. Com isso, ilustramos o tipo de comunicação possível entre profissionais e pacientes, prejudicada pela circunstância que afligia Eliane.

Eliane – A [dentista] que arrancou [o meu dente], que doeu... Ela não me explicou nada. (...) Ela só manda você sentar, dá anestesia lá e faz o trabalho dela...

(...)

P – (...) Você acha que se ela tivesse te explicado melhor assim, não teria...

E – Eu não teria sentido a dor que tinha sentido. (...) Não passou pela minha cabeça [pedir explicações], até porque a pessoa que está sofrendo uma dor dessas, quer se ver livre dela. (...)

É razoável que pensemos que em casos de emergência, na maioria dos casos, não queiramos discutir a validade desta ou daquela medida. Queremos, como bem disse

Eliane, nos ver livre da dor. Mas ela mesma avalia que se, naquela ocasião, tivesse sido mais orientada, teria sofrido menos.

É ainda Eliane que desejaria mudar a cena da orientação. Ela reconhece que lhe falta coragem para interpelar a dentista, mas, à medida que comparecer às consultas da filha, acredita que ficará mais fácil falar.

Eliane – (...) Logo que ela [dentista] falou [para a filha usar fio dental], eu já pensei logo: “Ela [filha] vai ter dificuldade, ela não vai saber usar esse troço.”
(...)

P – E você comentou isso com a dentista? (...) Você acha que do jeito que aconteceu foi bom, não precisava você ter falado que você ... seu sentimento?

E – Não, se eu tivesse falado, com certeza teria sido ótimo, porque ela ia dar explicações de como usar, e ia ser mais diferente... Mas eu fiquei comigo mesmo, não falei nada.

P – Mas você gostaria de conseguir falar?

E – Ah, quem sabe, quando eu vou ter mais consultas com ela, talvez eu vou perguntar mais dela... Vou ter mais orientações melhores ainda.

A mudança na cena de orientação pode ser entendida como uma mudança na orientação em si, na medida técnica proposta. E uma solução mágica pode ser desejada para facilitar os cuidados em casa.

Edilene – Ah... ah... eu acho que sei lá... acho que sim... (...) podia mudar... podia explicar coisas mais fáceis para o dente da criança...

P – O que você acha difícil?

E – Sei lá... não sei, viu, sei lá... a escovação dele... limpar os dentes...

P – Mas como assim, uma coisa mais fácil?

P – Ah, o jeito de cuidar dos dentes; se passasse alguma coisa na boca... em vez de passar o fio dental...

A proposta mais radical de mudança na cena de orientação é a sua supressão. Aqui neste trecho a orientação é considerada desnecessária e causa desagrado.

P – E quando ela [dentista] te orienta, você gosta quando ela te ensina?

Carmem – Não, acho que ela não precisa ensinar, que eu já sei...

P – Você acha que você mesma já consegue fazer tudo sozinha?

C – Eu acho que eu consigo.

Apresentamos a seguir as principais idéias sobre os momentos de orientação de saúde.

Atividade de orientação	<ul style="list-style-type: none"> • Percebida como aula • Equivalente à explicação • Pouco espaço para compartilhar, construir, negociar
Cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> • Interesse pela orientação em geral • Sentem a orientação como privilégio • Demonstram pouca capacidade de transformar a atividade: não interpelam profissional; comportam-se mais como aluno; responsabilizam o profissional pela condução da atividade de orientação

Quadro – síntese 8 – Momentos de orientação

5. Discussão – Educação e comunicação: alcances e desafios

Neste capítulo, pretendemos discutir os achados do nosso trabalho e relacioná-los às questões instruídas pela Teoria da Ação Comunicativa de Habermas (1996), descritas no capítulo de Método, com o objetivo de observar as interações entre as pretensões dos discursos dos técnicos e dos cuidadores. Interações que se dão nos encontros nos serviços de saúde, oportunidade em que as pretensões de cada discurso estão sempre em regime de validação, submetidas, portanto, à aceitação ou não do interlocutor.

A discussão sobre essas questões separa os resultados de acordo com o plano de validação intersubjetiva – de correção normativa, de verdade proposicional e de autenticidade expressiva – que está centralmente em questão. Para favorecer a clareza das idéias, a seqüência da discussão respeitará a ordem estabelecida no roteiro de entrevistas.

Antes de passar à discussão dos resultados, é oportuno lembrar as restrições que este estudo apresenta.

A primeira delas concerne à coleta de dados. As entrevistas foram realizadas por uma dentista, no interior de um serviço de saúde, com pais entrando ou saindo de uma consulta odontológica. Esses fatores produzem um certo olhar, uma certa ênfase, um determinado jeito de perguntar ou responder que, se não chegam a constituir um viés, ao menos geram influências no material empírico colhido.

Sendo uma dentista que conduzia as entrevistas, houve momentos em que prevaleceu uma certa “postura” da técnica de saúde bucal, mais disposta a investigar questões mais pertinentes à esfera da profissão. Da parte do entrevistado, poderia haver uma tendência em fornecer respostas “esperadas”, uma vez que ele, de certa forma, integra um público privilegiado, que tem acesso a tratamento e orientações de saúde, razão pela qual já “deveria saber” como cuidar de seu filho. Além disso, não está descartada uma atitude de reverência ao serviço, o que dificulta uma visão mais crítica acerca de questões que passam pelo programa de saúde bucal.

Nossa pesquisa desenvolveu-se com um grupo reduzido e específico de pessoas que integram a população usuária de uma unidade de saúde-escola. Por isso, os conteúdos específicos levantados não são passíveis de generalização. Porém, os resultados visam apontar aspectos e dimensões dos temas tratados que merecem ser

considerados, seja no âmbito da academia ou dos serviços, quando se examina criticamente a educação em saúde bucal que estamos fazendo e a que pretendemos fazer.

Antes de considerar os aspectos efetivamente presentes no encontro entre usuários-cuidadores e técnicos de saúde bucal, tanto os que já são trazidos como pressupostos quanto os que vão resultar da interação, iniciamos a discussão com questões vinculadas às possibilidades desse encontro.

A primeira barreira a ser vencida é o acesso ao programa de saúde bucal. De modo geral, observamos que conseguir uma vaga no setor não é considerado uma tarefa fácil pelos cuidadores, pelas razões que seguem. As novas inscrições são feitas tão-somente depois da saída de outras crianças. Não há precisão da data de abertura de agendamento, uma vez que o término do tratamento nem sempre obedece à quantidade de sessões imaginadas. Cabe ao usuário insistir na marcação da primeira consulta. Entretanto, se houver vaga disponível, a ordem de procura não é obedecida e o próximo que procurar pelo serviço será atendido. Desse ponto de vista, o acesso à primeira consulta pode mesmo ser uma questão de “sorte”, como disse uma entrevistada.

Apesar dessas dificuldades e considerando o quadro atual do acesso das crianças em idade pré-escolar aos serviços odontológicos, podemos pensar que estas crianças são privilegiadas.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, de 1998 (Barros e Bertoldi, 2002), revelam que cerca de 77% das crianças de até seis anos nunca haviam ido ao dentista. Considerando a população mais pobre, essa proporção sobe para quase 89%.

Observando o último levantamento epidemiológico realizado no Brasil, entre 2002 e 2003, o componente “dente cariado”, para a idade de cinco anos, é o que tem maior peso na composição do índice CEO-d, que mede a experiência de cárie em dentes decíduos (Brasil, 2004c), fato que revela que essas crianças ainda não tiveram acesso ao tratamento odontológico.

Dados de 2002 da Secretaria de estado da Saúde de São Paulo (São Paulo, 2002) apontaram que cerca de 90% das necessidades de intervenção em crianças de cinco anos eram de natureza curativa.

No caso da população adulta, faixa em que se encontram as gestantes, o que chama a atenção é o número de dentes extraídos (Brasil, 2004c), o que aponta para uma

prática odontológica mutiladora, própria de atendimentos emergenciais, com poucas perspectivas de atenção continuada à saúde.

No programa do CSE Butantã, embora a assistência esteja prevista somente para o período de gestação e se as condições bucais da paciente permitirem, existe a possibilidade de tratamento mais conservador.

Os relatos dos entrevistados revelam que alguns cuidadores necessitam organizar sua rotina para que a criança venha ao CSE. Ou saem do trabalho mais cedo, o que causa certo desgaste na relação com superiores, ou recorrem aos familiares, a quem encarregam de trazer a criança. Não raramente, no entanto, as crianças faltam à escola para vir às consultas bem como para acompanhar a mãe gestante atendida pelo setor.

Por que os horários são coincidentes é difícil saber, uma vez que há consultas no período da manhã e da tarde. Talvez a escolha do período esteja vinculada à proximidade da data da primeira consulta na época do agendamento, ou a razões de conveniência ligadas ao trabalho ou aos familiares que acompanharam as crianças. Essa situação precisaria ser revista, principalmente nos casos de tratamento que se estende por meses, com consultas semanais, o que compromete a ida à escola da criança no dia da consulta.

5.1 Horizonte normativo

Nesse plano analítico, o que está sob crítica é o compartilhamento de valores entre os técnicos da saúde bucal e os cuidadores. Discutiremos, inicialmente, os horizontes normativos dos cuidadores, ou seja, que valores compartilham, que aspirações perseguem e o que desejam da saúde bucal e das práticas de atenção à saúde. Em seguida, passaremos para aspectos que levam a tensões e convergências entre um lado e outro.

5.1.1 Concepções sobre a boca

Uma constatação inicial dá conta de que recorrer à construção de cenas no bloco de questões acerca da boca trouxe imensa contribuição à coleta de concepções mais ricas

e mais surpreendentes, justamente porque elas contêm elementos que fogem aos limites da boca em si e do próprio corpo.

Ao descreverem uma boca idealizada, as pessoas podem trazer também uma vida idealizada, sonhos e desejos que têm em mente. Nas cenas imaginadas, manifestaram-se aspirações a um emprego, desejo de ficarem mais bonitas e mais ricas, voltarem à terra natal, reencontrarem familiares e amigos, promoverem comemorações...

Nos pareceu extremamente interessante verificar, entre os resultados, o valor atribuído à dimensão estética da boca em detrimento de suas dimensões mais funcionais, de falar e mastigar.

A beleza e a perfeição são desejadas pelas pessoas. É fato que há em nossa cultura um certo senso comum de que devemos buscar um padrão estético consolidado como ideal do qual a boca é um dos alvos dessa idealização de beleza.

Em nosso estudo, a boca perfeita aparece como um elemento intrínseco à boa aparência, que, transformada em exigência social, facilita e abre caminhos na vida. A boca também pode estar intimamente relacionada à auto-estima e ao modo como as pessoas se percebem no mundo bem como propicia a criação de identidades nas interações com o outro. Uma boca bonita, que faz parte de uma imagem desejada pelas pessoas, pode facilitar a sociabilização e a aceitação entre elas. Wolf (1998), que interpretou os significados da perda dos dentes em adultos, discute muito bem essas questões.

Também Bernd et al. (1992), em estudo feito com gestantes, constataram que, entre elas, o valor atribuído à saúde bucal passa por questões de ordem estética e que a ausência de dentes ou a presença de dentes cariados interfere negativamente nas relações sociais.

Nossos achados aproximam-se também dos resultados encontrados por Elias et al. (2001). Ao estudar adolescentes, eles encontraram representações semelhantes às da boca, relacionando-a à aparência pessoal e à importância dela para a auto-estima, para o desenvolvimento da sexualidade e para a conquista do emprego.

Pelos relatos, notamos que as auto-imagens presentes e passadas dos participantes soam negativas. As experiências com a própria boca foram infelizes, traziam-lhes sofrimento. Há apenas uma exceção, que desvincula a boca de sua experiência mais conhecida e menos favorável, a cárie e suas dores.

Pensamos que esta insatisfação com a boca poderia ser resultado de certa comparação entre a situação atual e aquela desejada. Ou ainda, percebemos que há entre os entrevistados, certa noção de normalidade a ser alcançada. Canguilhem (2002) observa que, se essas pessoas sofrem impedimento ou limitação de qualquer natureza porque apresentam uma tal condição bucal desfavorável, elas passam a se sentir anormais. Afinal de contas, uma boca em perfeitas condições não se tornou um ideal ou uma necessidade? Se há dentes “para fora”, “tortos”, é lícito que queiram “colocá-los no lugar” e “deixá-los retos”, sugerem as entrevistas. Por isso, a procura por tratamento visa lutar contra obstáculos à vida que se quer ter.

Tal como para Wolf (1998), que percebeu entre seus pesquisados menos preocupação com as funções dos dentes, nossos achados apontam a mastigação como questão menor. Em face disso, podemos supor que as pessoas não esperam da odontologia a promessa de saúde bucal estrita em cumprimento às funções do aparelho mastigador. Considerando a fisiologia do organismo, obviamente, as funções da boca têm suas razões de ser. No entanto, esse aspecto tão-somente pode não ser suficiente para que as pessoas o avaliem como uma preocupação.

A mastigação satisfatória pode ter um significado que supera a idéia do corpo que se alimenta corretamente. Essas dimensões, porque não são óbvias, permanecem escondidas para técnicos e pessoas em geral.

Encontramos certa aproximação com as conclusões de Wolf (1998), que, a ausência de dentes aponta uma condição limitadora da mastigação, geradora de sentimentos de impotência, de incapacidade produtiva e de desamparo. Mesmo timidamente mencionadas nas entrevistas, essas questões não são discutidas neste estudo, uma vez que não nos ocorreu explorá-las desse ponto de vista. No entanto, parece haver, por parte dos entrevistados, alguma inclinação à preocupação com a aparência, o que, no entanto, não nos permite afirmar que a real motivação para manter a saúde bucal seja somente de natureza estética. O que nos parece claro é que há significados pouco explorados de saúde bucal, relacionados tanto às implicações da estética quanto à mastigação, e que deveriam ser considerados nos planejamentos das intervenções de saúde.

Considerando o conceito de saúde que tenha compromisso com a vida como um todo e as representações mais ampliadas da boca, podemos entender que saúde bucal

quer dizer muito mais que manutenção do bom funcionamento de suas estruturas. Segundo os depoimentos, saúde bucal pode ser um passaporte para uma vida feliz e que ter a boca em boas condições pode fazer parte de um projeto maior, o projeto de vida das pessoas.

5.1.2 Percepção da saúde bucal da criança e expectativa do tratamento

Se as imagens de suas próprias bocas – reais ou imaginárias – têm por referência a beleza e a aceitação social, quando se trata da boca de seus filhos, a maior preocupação dos cuidadores é mesmo com as cáries e seus resultados.

A saúde bucal das crianças, pela perspectiva de nossos entrevistados, é entendida como manutenção dos dentes, que se consegue mediante tratamentos odontológicos e cuidados preventivos.

Vimos que o reconhecimento da cárie pode ser detectado tanto pelos cuidadores quanto pelo médico pediatra do setor de saúde da criança do CSE. Certamente esse profissional desempenha importante papel no desenvolvimento saudável da criança, uma vez que a acompanha constantemente nas consultas rotineiras.

Mesmo sem registrar a frequência com que ocorre esse exame da boca e seu posterior encaminhamento para o setor de saúde bucal, avaliamos que a busca da integralidade das ações de saúde e do trabalho multiprofissional é um fator bastante promissor. Mesmo que não saibamos a qualidade do conhecimento de saúde bucal desses profissionais, no que diz respeito à etiologia da cárie e às medidas para sua prevenção, o simples exame dos dentes da criança já colabora para que haja um diagnóstico precoce. Moura et al. (2001), Freire et al. (2000) e Vaz (2005) destacam a importância da integração entre pediatras e dentistas na prevenção de doenças bucais.

Embora a preocupação com a cárie tenha se sobressaído, o aspecto estético também foi relatado como importante para a saúde bucal dos filhos, seja por razões propriamente de aparência física, seja por razões ligadas ao convívio social. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Abreu et al. (2005) e De Santi (2003). Neles, as mães pesquisadas referiram a dor de dentes como principal motivo de busca

por atendimento odontológico, embora tenham demonstrado também preocupação com a estética bucal.

Interessou-nos identificar as influências das concepções dos cuidadores sobre o que eles acreditam ser as motivações de seus filhos para os cuidados. Eles transmitem aos filhos suas próprias experiências, conhecimentos, medos e desejos.

Uma entrevistada, particularmente, atribuiu bastante valor à estética da boca, ao exaltar a importância que ela desempenha na aparência pessoal. Ao falar do filho, deixa claro que essa também é uma preocupação dele, razão pela qual teme, por razões estéticas, perder os dentes. Outra entrevistada vivencia sentimentos de inferioridade e vergonha em razão da perda de um dente e acredita que sua filha colabora com o tratamento odontológico para não ser alvo de preconceitos na escola por ter dentes cavitados pela cárie.

5.1.3 Compartilhamento de horizontes

Cabe agora responder à pergunta baseada na interpretação dos discursos cuja referência é o plano analítico de horizonte normativo proposto por Habermas (1996): *os valores de saúde bucal e de práticas de saúde encontrados entre os cuidadores são compartilhados com os técnicos?*

Acreditamos que esses valores são compartilháveis parcialmente, cujas razões delinearemos a seguir.

Quando se trata de manutenção da saúde bucal, o discurso técnico predominante da clínica odontológica é o da preservação das estruturas bucais, que busca prevenir, sobretudo, cáries e doenças periodontais (Araújo, 2000). Os benefícios da prevenção são mensurados em termos de desempenho das funções físico-mecânicas do aparelho bucal, relativas à oclusão, mastigação e fonação. E o tratamento curativo é dirigido à recuperação dessas funções.

A importância da beleza dos dentes vem sendo bastante discutida atualmente, graças à valorização da estética, mas ainda restrita à cavidade bucal, aprisionada nos conhecimentos tradicionais da odontologia, que, nesse sentido, visam à harmonia dental pela adequação da cor, formato e posicionamento dos dentes. Pouco se aprofunda essa

questão, pouco se discutem as relações que a dimensão estética da saúde bucal mantém com a construção da identidade do sujeito, uma vez que a boa aparência da boca passou a ser uma exigência social.

Mesmo quando se trata de assumir a manutenção ou recuperação da mastigação, a odontologia pouco considera essa função de modo abrangente, ou seja, não tenta compreender o que pode significar psíquica e socialmente a capacidade de mastigar bem. Uma vez tratar-se de uma população cujas perdas parciais consideráveis ou totais de dentes são comuns, os idosos poderiam ser submetidos a alguns estudos que avaliassem a perda da capacidade mastigatória do ponto de vista das significações. Porém, o que mais encontramos foram estudos epidemiológicos, que buscam levantar suas necessidades de saúde, dentre elas as próteses (Colussi et al., 2004; Silva et al., 2005; Reis et al., 2005).

Em face desses valores, acreditamos que, ao menos no nosso estudo, não pode haver confluência radical de valores entre cuidadores e técnicos da saúde bucal. Se os técnicos, com seu trabalho, pretendem promover essa saúde limitada à preservação e à recuperação do aparelho bucal, é certo também que poderão encontrar desinteresse dos pacientes de aderirem às medidas de cuidado preconizadas. Há certas malformações ou inaptações compatíveis com a vida, por isso mesmo, normais, já concluiu Canguilhem (2002).

Os relatos colhidos revelam uma convivência pacífica com algum problema bucal. Um entrevistado mostrou satisfação com sua boca, apesar de uma visível e bastante prejudicada situação oclusal, segundo critérios normativos de diagnóstico. Peres (2002) discute essa discordância entre a percepção do indivíduo e as normas clínicas, considerando que, embora tecnicamente condenáveis, há certos problemas bastante aceitáveis pelas pessoas.

Embora não desejável, a mutilação dentária é socialmente aceitável. Se a vida pode continuar pior ou não depois da perda dos dentes, cremos que é nessa questão que pode residir a força do discurso de promoção e prevenção em saúde bucal. Reside no pensar em que medida a boca faz parte da vida das pessoas e em que medida ela contribui para as existências delas e de seus projetos de vida.

Mas acreditamos encontrar concordância entre técnicos e cuidadores, quando o assunto são as crianças. A pretensão da denominada odontologia para bebês é prover

cuidados precoces nessa faixa etária, tanto preventivos quanto impeditivos da progressão das doenças. Ela busca também incutir hábitos saudáveis, visando a uma incorporação tal que permaneça por toda a vida (Walter e Nakama, 1998; Borges e Toledo, 1999; Moura et al., 2001; Gomez e Weber, 2001; Flório e Pereira, 2003; Pereira e Freire, 2004).

Os cuidadores correspondem a essas expectativas, uma vez que querem os dentes dos filhos tratados bem como que eles adquiram a motivação e a habilidade para que cuidem preventivamente da saúde bucal.

Ainda considerando o compartilhamento dos valores entre técnicos e cuidadores, as relações entre boca e saúde, apontadas por uma entrevistada, merecem alguns comentários. Nesse depoimento, as idéias de que dentes em perfeitas condições não significam saúde, mas apenas uma boca bonita, e de que a saúde do corpo é a mais importante demonstram clara dissociação entre corpo e boca.

Acreditamos que este depoimento é resultado ainda de uma reprodução do discurso técnico tradicional, como já destacamos antes, de que saúde bucal guarda mais relação com o bom funcionamento das estruturas bucais e de que a estética agradável ficaria como ganho secundário. Quanto à idéia de separação entre corpo e boca, apenas recentemente ganha mais vigor o esforço de reverter essa suposta autonomia da boca, segundo a qual considerações sistêmicas ganham força na explicação de agravos (Novaes, 1998) e na recomendação para que se adotem medidas preventivas que ataquem fatores de risco comuns para doenças crônicas e bucais (Sheiham e Watt, 2000; Kallio, 2001; Nadanovsky, 2000a; Petersen, 2003; Brasil, 2004b).

Outro ponto que consideramos de convergência refere-se a certos sentidos atribuídos à boca ou ao tratamento odontológico, sentidos que remetem a objetos, coisas e funcionamento mecânico de suas estruturas. É comum ouvirmos algo como “arrumar os dentes”, mas bem mais raro alguém dizer “arrumar o coração”. Define-se a higiene impecável da boca como uma “faxina” e podemos questionar se há relação com a faxina da casa, a limpeza minuciosa, que não é cotidiana, mas em dias específicos.

Pensamos que esses significados podem vir ao encontro de uma preferência pelo “dispositivo artificial” (Botazzo, 2003), crença tão comum da odontologia, ou seja, preferência pelas próteses e implantes, expressão máxima da técnica odontológica. Dela decorre o conhecimento dos mecanismos oclusais e dentais e da natureza dos materiais,

dos preparos dentários e das relações com as estruturas remanescentes. Há tempos já está dada a ligação da boca com o “artificial mecânico”, verdadeiro estatuto de “mecanização” e “artificialidade” que, parece, a própria odontologia incorporou e fez repercutir nos discursos das pessoas a que assiste.

5.2 Verdades aceitas

Nesse plano analítico, serão discutidos os conhecimentos e as experiências dos cuidadores, que serão considerados como suas verdades conceituais a respeito da saúde bucal e das práticas de saúde. Abordaremos também as bases proposicionais da prevenção em odontologia e apresentaremos como uma “verdade” se comporta frente à outra.

5.2.1 Saberes prévios, articulação de saberes e apropriação das orientações

Constatamos que nossos entrevistados possuem bom nível de informações sobre saúde bucal, uma vez que conhecem os elementos que facilitam o desenvolvimento de problemas bucais assim como as medidas de cuidados que possam preveni-los.

Acreditamos que essa situação foi favorecida pelo fato de eles terem acesso privilegiado a essas informações, vez que freqüentam as atividades educativas e de consultas do setor de saúde bucal do CSE.

Afora essa fonte, os cuidadores relataram ter aprendido noções de saúde bucal também em casa e na escola, quando ainda eram crianças. De fato, para as crianças, a família, em especial a mãe, representa importante apoio quando se trata de ensinar a escovação dos dentes (Silva et al., 1997; Flores e Drehmer, 2003), mas isto pode depender do grupo social considerado. A participação nos cuidados e a transmissão de conhecimento pela família podem ser dificultadas pelas necessidades impostas pelo tipo de trabalho e de vida, como é o caso das populações rurais (Abreu et al., 2005), manifestaram-se alguns entrevistados.

Quanto à escola, historicamente, é considerada ambiente propício ao desenvolvimento de programas de saúde bucal (Narvai, 2002; Rocha, 2003). Alguns

cuidadores, em idade escolar, foram assistidos por esse tipo de programa e passaram por atividades que incluíam palestras e bochechos com flúor. De modo geral, essas experiências foram relatadas positivamente, pontuadas por algumas manifestações de saudade e afeto. Do mesmo modo, os adolescentes estudados por Flores e Drehmer (2003) também expressaram sentimentos semelhantes de satisfação, gratidão e reconhecimento aos acadêmicos de odontologia que dirigiam as atividades freqüentadas por eles, na escola.

Esse mesmo estudo conclui que os adolescentes, ao levarem informações às crianças menores da mesma escola, tornam-se multiplicadores de saúde. Em nosso estudo também verificamos multiplicação de conhecimento. Alguns cuidadores relataram ter tido o hábito de repassar as orientações em casa após as atividades nas escolas.

Outro recurso apontado por alguns cuidadores foi recorrer aos conhecimentos de familiares mais experientes para respaldar alguma prática de saúde bucal. O saber popular, sob a forma de práticas alternativas aos cuidados reconhecidos na odontologia, também aparece num depoimento. Estes achados mantêm semelhança com o estudo de Abreu et al. (2005), que relatam o uso de soluções caseiras para problemas bucais, após recomendação feita pelas mães das mulheres pesquisadas.

Os cuidadores metabolizam as orientações que recebem no setor articulando seus conhecimentos, suas concepções e suas possibilidades reais de efetuar alguma mudança, transformando o processo de adesão em movimentos particularizados por esses fatores. Assim, percebemos que adotar ou não uma recomendação obedece não somente à lógica da prevenção das doenças mas também às crenças e às conveniências dos cuidadores, constituindo singularidades da experiência de adoecer (Oliveira et al., 2005).

Para o sucesso da educação em saúde, parece-nos essencial que se discutam os conhecimentos e experiências dos cuidadores e as concepções que norteiam suas práticas de saúde bucal (Unfer & Saliba, 2000). Tomar conhecimento dos contextos dos cuidadores e das condições que interferem na adesão deles pode levar a processos mais negociados e a parcerias mais solidárias entre técnicos e cuidadores. Muitas vezes, não é permitido ao indivíduo – ou ele mesmo não deseja – reinventar sua vida e rearranjar seu entorno em prol de uma orientação de saúde. Acreditamos que ao se criar espaço para essas discussões, ambas as partes sairiam do isolamento em que hoje se encontram e

efetivar-se-iam as intervenções educativas justamente porque essas questões também seriam consideradas.

5.2.2 Adesão e não-adesão

Nossos entrevistados confirmam a relevância das orientações de saúde bucal que recebem, dando legitimidade ao saber técnico dos profissionais. Reconhecem que os cuidados preconizados são necessários, principalmente caso haja cáries já instaladas. Acreditamos que esse fato guarda relação com uma percepção menos rígida dos cuidadores acerca dos riscos proclamados pela odontologia, o que acarreta atitudes mais complacentes deles e sinaliza certa convivência com o risco.

Grande parte dos programas de atenção precoce em saúde bucal, voltados para crianças em idade pré-escolar, considera que os principais fatores de risco das cáries precoces estão relacionados à higiene e aos hábitos alimentares. Portanto, a situação de risco das crianças está em função desses fatores (Walter e Nakama, 1998; Borges e Toledo, 1999; Pinto, 2000b; Flório e Pereira, 2003; Pereira e Freire, 2004).

Essas definições de risco são ratificadas pela literatura, que acrescenta as condições socioeconômicas e culturais dessas crianças (Oliveira, 2003).

O discurso do setor de saúde bucal do CSE segue essa mesma linha, orientando, basicamente, os cuidadores a respeito desses fatores mencionados bem como incluindo discussões sobre os efeitos da sucção de mamadeira, chupeta e dedo sobre a oclusão dental.

Embora admitam que a higiene e o padrão alimentar interferem na saúde bucal, os cuidadores passam a aderir às recomendações somente depois que constatarem o problema, ou seja, quando a cárie, por exemplo, se torna um fato. Dessa forma, a probabilidade de uma cárie se desenvolver, apontada no discurso de risco, parece muito distante, para que se torne um elemento de decisão e acarrete mudança de hábitos.

Contrariando o discurso odontológico, uma cuidadora relata que não percebe sua criança em risco. Baseia-se em sua experiência de mãe, que optou por manter a mamadeira na rotina de seu primeiro filho até os dois anos de idade, sem observar a ocorrência de nenhum problema bucal decorrente dessa prática, razão pela qual pretende

fazer o mesmo com o segundo. Mais uma vez, o risco de adoecer não é nada tangível e, mais ainda, é “desmentido” pela experiência concreta dessa mãe.

Em estudo com diabéticos, Cyrino (2005) aponta que, para eles, a glicemia elevada como risco de sofrimentos futuros é um argumento muito abstrato diante das dificuldades concretas que as medidas de controle impõem à vida deles. Pois as soluções de controle propostas pelos médicos constituem problemas para quem vive a doença.

Essa experiência real da doença os faz desenvolver “competências efetivas”, que driblam a rigidez das prescrições médicas que são percebidas como obstáculos ao modo de viver e ao cotidiano deles. Assim, os diabéticos procuram desenvolver cuidados que respondam à necessidade de controle glicêmico que a doença exige, mas adequando-os às suas necessidades pessoais.

Vimos nos resultados apresentados que o padrão de higiene de um entrevistado está condicionado à sua condição de vida, à pressa de chegar ao trabalho. Outra confessa que a restrição ao doce – sinônimo de prazer para ela e para o filho – só começou depois de constatar que os dentes do menino estavam com cáries.

Queremos com essas duas situações ilustrar nossa convicção de que o discurso de risco não leva, necessariamente, a práticas ideais de saúde, principalmente porque surge desconectado de reflexões sobre condições humanas – emoções, vontades, interesses – e condições sociais – vida, trabalho, dinheiro, e que também têm seu peso (quando não todo o peso) diante das alternativas dos modos de viver. Quando se avalia a não-adesão dos indivíduos tão-somente pela perspectiva que os considera subestimando os riscos conhecidos e optando por algum comportamento de risco, essa avaliação compreende parcial e reduzidamente o fenômeno (Ayres et al., 2003).

A propósito ainda dos programas de saúde bucal para pré-escolares, em geral, e do CSE, em particular, suas propostas de intervenção restringem-se à redução de riscos individuais. Consultando a literatura sobre a prevenção de cáries precoces, observa-se que se dá ênfase ao controle individual dos fatores de risco (Lima, 2001; Oliveira, 2003).

Em nossos achados, alguns cuidadores aludem à idéia de responsabilidade individual pela saúde bucal, de modo semelhante ao encontrado por Unfer e Saliba (2000), Flores e Drehmer (2003), De Santi (2003) e Abreu et al.(2005), demonstrando influência do discurso apontado acima.

Cabe ao cuidador da criança, portanto, o esforço e a vontade de seguir as orientações que recebeu. Essa mesma perspectiva individualizante permeia outras atividades voltadas para a promoção da saúde. É o que demonstra Mendonça (2005), ao relatar o processo de reeducação alimentar de um grupo, para quem as idéias que sugerem força de vontade e determinação são tomadas como caminho para o sucesso dos participantes.

Outra questão que nos interessou foi a incorporação da higiene bucal como uma prática costumeira, como um hábito. É o que sugere uma entrevistada: depois de incorporada, a higiene bucal se transforma em hábito numa analogia com o banho. Não é de se estranhar esta relação de aproximação, já que ao apresentar um programa de saúde bucal para gestantes e bebês, Moura et al. (2001) revelam que a introdução de higiene bucal em bebês pode se beneficiar se incorporada ao mesmo horário do banho. Assim, por intermédio de um hábito já consolidado – o banho –, a limpeza bucal também se tornaria uma rotina.

Aliás, a idéia de propagar a higiene bucal e uma dieta alimentar adequada como “hábitos a serem adquiridos” é um dos pilares do conceito de atenção precoce em saúde bucal. Esse conceito preconiza que a instalação desses hábitos deva ocorrer o mais precocemente possível, ainda durante a gestação ou nos primeiros meses de vida da criança, período considerado mais adequado para essa incorporação (Borges e Toledo, 1999; Flório e Pereira, 2003).

Segundo Buischi e Axelsson (2000), as práticas de autocuidado, dentre elas a limpeza dos dentes, devem ser promovidas para que se estabeleçam hábitos de prevenção de doenças.

Em relação à posição das crianças nesses processos de adesão às orientações recebidas, os cuidadores, de modo geral, acreditam que uma boa conversa pode levar a que elas cooperem com os cuidados, embora isso nem sempre ocorra. Há relatos dando conta de outras estratégias, como recompensas ou ameaças, apelo à “autoridade” do profissional, que fala diretamente à criança, o que leva a convencê-la mais facilmente.

De Santi (2003) comenta essa interação como uma relação de poder e troca de interesses entre mãe e filho e salienta, ainda, as implicações da associação entre bonificação material e bom comportamento, que, no fim das contas, pode mascarar o verdadeiro benefício da cooperação com os cuidados, a manutenção da saúde bucal. Para

a autora, a figura do profissional se reveste de poder, percebido positivamente pela mãe, que se vale disso junto à criança no intuito de conseguir a participação dela.

A discussão feita até aqui versa sobre os fatores implicados na aderência dos cuidadores às medidas preconizadas pelo programa do CSE. Observamos, porém, que seria importante tentar compreender de forma mais totalizante esses processos de adesão ou de não-adesão, para cujo fim introduzimos no capítulo de resultados, elementos dos contextos dos entrevistados. Assim, a concretização das situações vividas por eles foi facilitada pelas narrativas a respeito das recomendações que conseguiram seguir e das que, senão impossíveis, foram mais difíceis.

Tomamos contato, então, com as histórias dessas pessoas, permeadas de conflitos consigo mesmas, com familiares e com suas condições concretas de vida, gerados, seja pela necessidade deflagrada pelo setor de saúde bucal, seja pelo custo de sustentar mudanças de comportamento.

Quando se trata de coibir hábitos e elementos relacionados ao universo materno-infantil, que remetem ao afeto, à tranquilidade e à satisfação – o peito, a mamadeira, a chupeta –, um primeiro sentimento que emerge é a compaixão pela criança.

Abreu et al. (2005) também tratam da comoção que aflige a mãe quando seu filho apresenta dor de dente. No nosso caso, embora não haja dor, a criança sofre privação de algo que lhe é muito caro, o que lhe ocasiona sofrimento que repercute na mãe, talvez até com mais intensidade.

A restrição ao açúcar também é razão de aflições para a mãe. Ela interfere nos sentimentos e na representação que ela faz de maternidade. Segundo Moraes e Ongaro (1998), é o açúcar que concretiza o amor da mãe na mamadeira preparada. E a criança percebe que o açúcar é gostoso, e o doce, portanto, se transforma em moeda de trocas afetivas entre mãe e filho.

Convém lembrarmos também da boca, que, comendo ou sugando, é território do prazer (Botazzo, 2000). Nesse sentido, argumentar racionalmente para orientar mudanças de práticas pode levar a uma associação com sacrifício, se não houver oportunidade de técnicos e cuidadores discutirem meios de amenizar a transição de comportamentos e de falarem dos obstáculos que são encontrados (Mendonça, 2005).

Nas situações concretas dos cuidadores também estão dispostos elementos que podem determinar vulnerabilidade (Ayres et al., 2003), pois atuam contra a possibilidade

de alterar práticas já consolidadas e convenientes, como a retirada da chupeta, da mamadeira e do peito. Juntamos condições materiais insuficientes, a longa jornada de trabalho, a relação conjugal desgastada, o cuidado dos filhos por pessoas não-qualificadas, e estão conformadas realidades em que o papel transformador da intervenção educativa mais normativa é refreado. Para De Santi (2003), mais do que a informação, a mãe precisa dispor de condições favoráveis para torná-la uma prática efetiva de cuidado.

Mas se as realidades concretas podem tornar os cuidadores vulneráveis, também podem, por outro lado, facilitar sua proteção, demonstrando o caráter multidimensional da vulnerabilidade (Gorovitz, 1995). A necessidade de voltar a trabalhar obrigou uma cuidadora a matricular a filha numa creche, que, por sua vez, obrigou a criança a deixar de mamar no peito materno. Segundo a mãe, essa foi a principal motivação que a levou a atender ao que o setor tanto lhe recomendava.

Percebemos, aliás, que a creche foi determinante para fazer pender a balança a favor da adesão. Os cuidadores vêem nela um apoio para a mudança de hábitos. E não é à toa, uma vez que lá as crianças passam a maior parte do dia, obedecem a rotinas e são cuidadas por pessoal especializado.

Os cuidadores procuram compartilhar esforços que ajudem no processo de adesão. Recorrem a outros membros da família – pai, avós, tias, principalmente – ou a outro cuidador – babá, por exemplo.

Acreditamos que esta iniciativa seja de grande valia. Com ela quem acompanha a criança, em princípio, estaria envolvido no processo de prevenção e tratamento da saúde dela, e a mãe, principal agente desse cuidado, deixaria de se sobrecarregar e contaria com um recurso de natureza afetiva para ultrapassar esse período de mudanças. De Santi (2003), da mesma forma, aponta para a necessidade de a mãe distribuir a responsabilidade pelo cuidado da criança aos outros membros da família. Também Mendonça (2005) discute a influência da família no processo de mudança de hábitos, seja contribuindo para a adesão, seja dificultando-a.

5.2.3 Relação comunicacional entre cuidadores e profissionais da saúde

Primeiramente cabe lembrar que nossas considerações refletem a percepção dos nossos entrevistados acerca das relações entre eles e os técnicos. Por isso, as observações sobre essa ou aquela atitude dos técnicos são resultado da mediação apresentada pelos entrevistados.

Os cuidadores percebem pouco interesse dos técnicos em discutir os conhecimentos e as experiências que trazem consigo, bem como referem que eles pouco questionam acerca de suas realidades enfrentadas quando da adoção de novas práticas, e que apenas determinam o cumprimento estrito do solicitado.

Os cuidadores, por sua vez, não compartilham com o técnico o que pensam e sentem e evitam confrontar ou negociar alguma orientação.

Assim posto, parece, para nós, que os moldes dessa relação estão compactuados entre as duas partes. Cada uma assume sua atribuição: os técnicos ensinam, os cuidadores ouvem; os técnicos se responsabilizam pelo cuidado no consultório, os cuidadores, no cotidiano de casa.

De Santi (2003), que também constata essa autoridade para ensinar atribuída aos técnicos pelas mães, aponta, ainda, que esse poder profissional é percebido também pela forma imperativa com que eles se expressam ao recomendar uma prática ideal. A mãe, por sua vez, submete-se à dependência do técnico, pois o considera como dono do saber.

Acreditamos que esses comportamentos têm por referência um modelo de educação segundo o qual o técnico representa a detenção do saber e cujas ações se limitam à transmissão de conhecimentos aos indivíduos. Para Pauleto et al. (2004), esse tipo de abordagem é uma tendência encontrada em vários programas de saúde bucal brasileiros.

Trata-se de um modelo que obedece à concepção bancária da educação (Freire, 2003b), que retira do educando – o cuidador – sua condição de sujeito da educação, uma vez percebido como objeto, como alvo de intervenção, o que compromete a busca compartilhada de soluções; o que ocorre é uma hierarquização da relação, em consequência da forte assimetria de posições assumidas pelo técnico e pelo cuidador (Ayres, 2002).

Nos resultados de nosso estudo, uma cuidadora “confessa” à dentista que não estava seguindo a orientação de interromper o aleitamento. Talvez fosse esse o momento oportuno de explorar a questão, quando a discussão das razões da não-adesão levasse à construção conjunta da melhor solução e transformasse esse momento num encontro. Encontro aqui entendido como diálogo, constituído por um real interesse de ouvir o outro, provido de uma escuta diferenciada. Escuta atenta das condições concretas vividas pela cuidadora, que dê sentido às concepções que ela tem e deseja de saúde e de atenção à saúde e que faça emergir uma outra dimensão voltada para a existência dessa cuidadora (Ayres, 2004a).

O desfecho dado pela dentista –“a partir de agora, vamos falar a verdade, você vai parar” –, no entanto, nos leva a crer que a “falha” da cuidadora foi entendida como um obstáculo ao trabalho, bem intencionado, da profissional, reforçamos, que, amparada por sua posição “técnica”, contornou a situação e buscou cumprir sua função, já velha conhecida, de reforçar a orientação.

Se o encontro caracterizado como diálogo (Ayres, 2004a), tivesse ocorrido, talvez pudesse ser superada a prescrição de uma tecnologia concebida como universal para uma situação que depende do contexto em que é vivida (Paiva, 2002). A decisão de adotar uma nova medida passa pelo interesse e pela possibilidade de efetivar essa mudança, particularizando, desse modo, esse processo.

5.2.4 Verdades dos discursos e valorização das experiências

Gostaríamos, agora, de responder à seguinte questão: *os saberes técnicos são tomados como expressões da realidade pelos cuidadores?*

Graças aos elementos encontrados, acreditamos que o saber técnico, de modo geral, é reconhecido como legítimo pelos cuidadores e, a propósito das normas de saúde, torna-se consenso entre as partes. A grande questão, no entanto, não gira em torno da legitimidade da norma técnica, mas do que e como fazer com ela.

Tomemos como exemplo a percepção de risco. Discutimos que a maioria dos cuidadores conhece os fatores de risco de cáries - a sua grande preocupação. A despeito disso, suas condutas refletem uma certa complacência frente ao risco, porque não há uma ligação imediata e necessária entre esse risco e a adoção de práticas seguras.

Dessa perspectiva, as proposições do discurso técnico são tomadas pelos cuidadores como verdades parciais. Eles concordam com os fatores de risco, mas não se submetem a todas as orientações preconizadas para controlá-los. Ao aventar a probabilidade da doença e não sua inexorabilidade, os cuidadores podem não considerar o discurso de risco expressão da realidade. Que realidade é essa, se ainda é probabilidade? E se a realidade dos cuidadores, sua experiência concreta disserem o contrário: por mais que se adotem comportamentos de risco, não há desenvolvimento de doenças?

Outro aspecto pertinente diz respeito ao conflito de interesses entre técnicos e indivíduos. E se as prescrições se chocarem com os projetos de vida dos indivíduos, com seus modos de viver? E se elas contrariarem valores, saberes acumulados por experiências anteriores?

Desse modo, o controle das doenças está baseado no êxito técnico, cujo alcance de determinados fins se realiza por intermédio de medidas previamente estabelecidas, que pregam “como fazer”, mas pouco se questionam sobre “o que fazer”. Afinal de contas, além do êxito técnico, o ideal de sucesso das práticas de saúde deve contemplar também a idéia de sucesso prático (Ayres, 2001), ou seja, deve procurar integrar as finalidades do trabalho com as aspirações dos indivíduos, relacionadas tanto à saúde como à vida, de modo mais amplo, que constituem seus “projetos de felicidade” (Ayres, 2004a).

Em razão da mencionada legitimidade dos discursos técnicos, cabe relembrar um dos pressupostos do nosso trabalho: a noção de “autoridade” desenvolvida por Gadamer (2003). Para esse autor, o especialista reclama uma autoridade que se vale do conhecimento, razão por que ela pode ser considerada fonte de verdade e do reconhecimento de outras pessoas de que seu saber é superior. Essa autoridade, no entanto, não pode ser baseada na obediência cega dos “comandados”. A autoridade não se impõe, alcança-se, graças à liberdade daquele que a atribui, ao querer submeter-se ao seu domínio de conhecimento. A verdadeira autoridade não precisa comportar-se arbitrariamente, uma vez vulnerável às críticas que venha a sofrer.

Consideremos a outra questão inspirada por Habermas (1996): *as experiências e saberes dos cuidadores são valorizados pelos técnicos?* A resposta a essa pergunta

deriva das discussões anteriores, ou seja, pensamos que não ocorre aos cuidadores essa consideração acerca do que trazem consigo.

Há na odontologia um amplo movimento que aponta a necessidade de tomar conhecimento da realidade do paciente, ou do usuário, e de suas concepções e crenças, com o objetivo de ultrapassar a limitação imposta pela investigação de sinais e sintomas bucais tão-somente, a fim de que as intervenções de saúde sejam mais efetivas (Bernd et al., 1992; Araújo, 2000; Unfer e Saliba, 2000; Biazevic, 2001, Pauleto et al., 2004; Aerts et al., 2004, Brasil, 2004b).

Entretanto, ao tentar transpor esse discurso para a prática, parece que as dificuldades se multiplicam. Afinal, como “considerar (...) as peculiaridades culturais, ao discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo (...)” (Brasil, 2004b: 9), se as prescrições são universais: evitar açúcar, escovar os dentes, etc? Ou, quais os significados práticos de considerar que “(...) há uma história, peculiar, envolvendo cada situação” (Brasil, 2004b: 16)? Como procederia o técnico para capturar essa realidade? Há uma tecnologia não-material descrita para dar conta dessa empreitada? Aliás, é possível nesse caso, pensar uma tecnologia que possa ser reproduzida, se o que está em curso é pertinente a uma dimensão tão pouco palpável? Há alguma especificidade da odontologia que impede que experiências de outros campos sejam aproveitadas?

Não é de estranhar que, ao menos em nosso estudo, no cotidiano do serviço, esta aproximação com a experiência concreta dos indivíduos tenha poucas possibilidades de vir à tona, porque há uma dificuldade quase inerente à profissão odontológica de superar os limites rigorosos da aplicação de sua técnica circunscrita à boca.

Atualmente observamos uma tecnologia altamente desenvolvida, em termos de instrumentais materiais, de técnicas cada vez mais precisas para a realização do trabalho odontológico de restauração e reabilitação. Paralelamente, no entanto, notamos falta de “permeabilidade do técnico ao não técnico” (Ayres, 2004a), falta de integração de saberes de outras ordens, emocionais, morais, bem como da sabedoria prática de várias tradições culturais (Ayres, 2001) no controle das doenças bucais.

Por isso, buscar conhecer e resgatar o sentido dessas experiências e saberes dos cuidadores implica romper com o forte positivismo que domina as práticas

odontológicas e alargar as bases proposicionais – as verdades – de controle da doença e de preservação das estruturas bucais.

5.3 Expressão subjetiva

Desse plano analítico, o que está em foco é a possibilidade de manifestação autêntica e sincera dos indivíduos como sujeito.

Quando, orientados pela compreensão dos sujeitos como expressão de construções intersubjetivas (Ayres, 2001), procuramos identificar em que medida e de que modo os entrevistados se colocavam como sujeitos em diferentes contextos relacionados às ações de cuidado com a saúde bucal, percebemos padrões e possibilidades diversas, conforme tratávamos da sua relação com os filhos e com os profissionais.

Passemos, então, à abordagem em separado dessas diferentes perspectivas dos cuidadores como sujeitos, para depois chegar à interação entre sujeito-cuidador e sujeito-profissional. Antes, porém, trataremos de aspectos mais relacionados à chegada dos cuidadores e da criança ao encontro com o profissional, aspectos esses que acreditamos também influenciar a expressão dos sujeitos.

A propósito desse plano de validação intersubjetiva, procuraremos responder a duas questões: *de que modo o cuidador se coloca como sujeito da saúde bucal? De que modo o profissional de saúde bucal aparece como sujeito para o cuidador?*

5.3.1 Questões programáticas

Aspectos do programa ou do serviço de saúde, como acolhimento e vínculo, podem favorecer ou dificultar a expressão dos sujeitos sem constrangimentos internos – autocensura – e externos – advindos da interação com os profissionais –, razão pela qual foram considerados neste item.

Segundo alguns cuidadores, os profissionais são bem receptivos quando da chegada para a consulta e procuram formar um ambiente acolhedor, criando vínculos de

confiança, em especial com as crianças, fatores bastante favoráveis para que a criança aceite o tratamento clínico (De Santi, 2003).

Percebemos também que os profissionais estão atentos aos medos e ansiedades presentes no tratamento odontopediátrico – seja da criança, seja do cuidador –, os profissionais lançam mão de estratégias simples, com o intuito de aplacá-los, como, permitir a entrada do acompanhante para conforto da criança bem como informar o cuidador sobre a saúde bucal da criança e a natureza das intervenções (Moraes e Ongaro, 1998). Tal resposta do setor está dentro de um conceito de acolhimento (Merhy, 1997) que procura considerar as necessidades dos usuários, não somente de saúde, mas também de ordem emocional.

As idéias de acolhimento e vínculo sugerem imediatamente uma outra: confiança entre profissionais e cuidadores. Confiança que, como ideal, pretende contribuir para a duração das relações, convenientes e benéficas para ambas as partes.

Fazendo dessa relação uma analogia com o namoro, Teixeira (2005) argumenta que é quando a relação transborda confiança, que se pensa na necessidade de um contrato – um casamento. Nesse grau, a confiança já não basta para sustentar a relação; só o contrato garante a honra dos compromissos e a aceitação das diferenças mútuas por muito tempo.

A propósito ainda das relações entre profissionais da saúde e cuidadores, nos parece que as prescrições de orientações são como contratos, tão-somente porque os técnicos querem se assegurar de que os cuidadores farão a parte que lhes cabe no compromisso de cuidar da saúde bucal de seus filhos. O respeito pela diversidade do outro é um campo enevado, mais ainda quando se trata da adesão às práticas recomendadas.

A partir do momento em que o “contrato” é estabelecido, percebemos que alguns cuidadores passam a ver sua relação com o setor já sem sinais de acolhimento às suas demandas. Como os processos de adesão não são problematizados, os cuidadores se vêem desamparados.

É ainda sob o acolhimento que pode ocorrer a aceitação do outro como um verdadeiro interlocutor e não como um objeto de intervenções (Teixeira, 2005), uma vez que se cria uma tal interação – ou vínculo –, que permite aos usuários manifestarem suas

singularidades sem medo de serem “rotulados como loucos, fracos ou perdedores” (Teixeira, 2005: 596).

Com base no que discutimos, ficam evidentes algumas dificuldades de os serviços de saúde caminharem na direção dos discursos atuais, que apontam para a reconstrução das práticas de saúde bucal cuja diretriz é a humanização da atenção (Brasil, 2004b). Deixam clara a premente necessidade de pensar sobre essas tensões, capazes de determinar uma condição de vulnerabilidade programática, uma vez que não favorecem o enfrentamento dos problemas de saúde bucal.

5.3.2 O cuidado em família e a influência das experiências dos cuidadores

Admitindo, então, de acordo com a introdução deste item que trata da expressão subjetiva dos entrevistados, que a relação com o mundo e com o outro permite ao indivíduo identificar-se em razão dos diferentes contextos em que se situa, neste ponto abordaremos o cuidador como sujeito diante da criança e será captado como ele se expressa no exercício da educação para o cuidado e o cuidado efetivo da criança.

Como era esperado, no nosso estudo observamos que o cuidado da criança é uma atribuição essencialmente feminina (Dias, 1999), mais imediatamente centrado na figura da mãe, mas que passa também por avós, tias e irmãs mais velhas. A mãe se sente responsável pelos cuidados, seja para realizá-los, seja para ensiná-los a outros cuidadores da criança – familiares, babá.

Ao se responsabilizar pelos cuidados – fato também apontado pelos estudos de De Santi (2003) e de Abreu et al. (2005) –, a mãe representa um papel social de liderança na saúde da família. Do mesmo modo, no processo educativo-preventivo, o envolvimento e a responsabilização da mãe pela saúde bucal da criança são iniciativas recomendadas pelos programas de atenção precoce em odontologia (Flório e Pereira, 2003).

A escovação noturna acabou sendo tomada como uma prática referencial para observarmos como se davam os momentos de cuidado na família.

Alguns relatos sobre essa tarefa permitem relacioná-la com aspectos para nós surpreendentes. Imaginamos ser possível desmistificar a imagem tão negativa da escovação como uma obrigação enfadonha, tomando como base as narrativas pontuadas

de brincadeiras e travessuras das crianças e dos “flagrantes” das mães, que confessam certa cumplicidade com essa tarefa.

A propósito das concepções de saúde bucal, podemos pensar que a motivação para a escovação possa sair dos limites do discurso da prevenção de doenças, que a enquadra como hábito, e passar a relacioná-la a situações de cumplicidade, de alegria de estar junto e de interação; considerar, ainda, que, além das razões que visam mais diretamente à saúde – como evitar doenças bucais –, haja outras implicadas na motivação para a higiene bucal.

Alguns achados apontam para essa direção. Flores e Drehmer (2003) concluem que, entre os adolescentes pesquisados, a principal motivação para escovar os dentes diz respeito à imagem de uma boa aparência e à manutenção da socialização.

Silva et al. (1997) também apontam que, entre as razões, haveria preocupações estéticas e de relacionamento com outros.

Elias et al. (2001) sugerem que as principais motivações para que os adolescentes pesquisados cuidem da saúde bucal estão ligadas à aparência, à sexualidade e ao trabalho.

O estudo de Macgregor et. al. (1997), por sua vez, embora tenha chegado à mesma razão ligada à aparência, aponta outras diferentes razões. Para um grupo, as razões estéticas seriam as principais motivadoras; para outro, as mais ligadas à saúde – evitar dor de dente – seriam as responsáveis. Acreditamos que conviria, por isso, que as motivações manifestadas pelos indivíduos fossem consideradas no planejamento das intervenções de saúde.

Neste estudo, observamos que os cuidadores reiteram o relato aos filhos de suas próprias vivências relacionadas à saúde bucal, quase sempre marcadas negativamente pela dor, sofrimento, privação.

Esse comportamento dos cuidadores tem dupla função: sensibilizar as crianças para que colaborem com os cuidados e efetivar o aprendizado em situações que orientem o melhor cuidado dos dentes.

Paralelamente, na tentativa de conscientizarem as crianças da necessidade dos cuidados preventivos, os cuidadores não se furtam a enveredar o relato dessas experiências para um caminho de medo e de terror, construindo – ou reproduzindo –

uma representação negativa da odontologia, envolta de dor – do dente, da anestesia, do “motorzinho” (Moraes e Ongaro, 1998).

Não é incomum que eles ilustrem com situações de fato, como, por exemplo, a falta de dentes, a prótese dentária, na tentativa de persuadirem os filhos do que pode acontecer se não tomarem os cuidados recomendados.

Baseados no que viveram, os cuidadores sentem-se responsáveis pela saúde bucal dos filhos. A más experiências servem de exemplo do que não deve ocorrer, do que o cuidador quer evitar para o filho. Em contrapartida, apresentam-se como modelos para os filhos, quando acreditam poderem influenciá-los positivamente inculcando-lhes hábitos de escovação, de exames rotineiros. Estas questões foram atestadas também por Abreu et al. (2005).

5.3.3 Momentos de orientação

O nosso foco neste ponto é perceber a outra possibilidade de construção de sujeito, considerando como o cuidador se coloca como sujeito diante do profissional.

Os cuidadores valorizam o momento de orientação como uma atitude de demonstração de atenção por parte do profissional; nessa condição, os técnicos estão “se dispondo” a explicar, a repassar informações, e isto se refere tanto às atividades de grupo, quanto as individuais, no consultório.

De acordo com esta percepção, o momento de orientação lembra a dinâmica de uma sala de aula tradicional, em que estão dispostos o aluno – o cuidador –, que escuta, e o professor – profissional do setor –, que desenvolve um conteúdo – cuidados preventivos de saúde bucal. Estão presentes também outros elementos intrínsecos à dinâmica: interesse do aluno, quando conveniente, autoridade do profissional, saber técnico, apatia do aluno.

A situação relatada confere também com a dinâmica das palestras de saúde bucal, recurso ainda bastante utilizado, na qual dentistas, com ou sem o auxílio de imagens, transmitem oralmente informações de interesse preventivo para um grupo de pessoas (Araújo, 2000).

Alguns programas preventivos dirigidos a escolares também estão baseados nessa estratégia, incorporando algumas inovações e mesclando-a com outras atividades

(Pauleto et al., 2004). Os programas de odontologia para bebês também prevêem palestras dirigidas às gestantes e aos pais (Borges e Toledo, 1999; Moura et al., 2001; Flório e Pereira, 2003).

Dentre outros, há dois aspectos que merecem atenção. O primeiro diz respeito ao tipo de interação francamente limitado, baseado em transmissão de informações. Afinal de contas, ganho de informações, por si só, não sustenta uma mudança de atitude (Locker, 1989; Kay e Locker, 1996, 1998). O segundo, diz respeito à extremamente limitada participação dos cuidadores. De modo geral, durante as atividades de orientação, os cuidadores não se sentem incentivados a interagir, seja para dirimir dúvidas, seja para discutir uma orientação, ou trocar experiências. Nesse contexto, os obstáculos aos processos de adesão não são problematizados e as soluções para contornar dificuldades não são co-construídas (Mendonça, 2005).

A restrita participação dos cuidadores subtrai a essência do processo educativo, o diálogo, tornando-o um processo “bancário”, de depósito de conhecimento. Na educação dialógica, o conteúdo das atividades não é imposto, mas condicionado à situação existencial, à realidade concreta dos educandos. O diálogo começa com a tentativa de organizar um conteúdo programático que atenda aos anseios e interesses dos educandos, que vivem num dado contexto (Freire, 2003b).

Neste estudo, não pretendemos propor radicalmente que os cuidadores escolham o que pretendem discutir, mas que os conteúdos já consagrados pela ciência sejam considerados à luz de suas aspirações, concepções e experiências, de tal modo que eles ganhem sentido e sejam incorporados à sua prática.

Durante as entrevistas, não extraímos indícios fortes de que os cuidadores desejam mudanças nas atividades de orientação, embora isto possa ser decorrente de limitações do estudo, como já ressaltado no capítulo de resultados.

Apesar da ressalva, não é impossível pensar que os cuidadores demonstram pouco poder de transformação dessas atividades. Eles parecem não conseguir se libertar da posição de assistidos, uma vez que pouco se percebem como protagonistas, razão pela qual reivindicam muito pouco, condição reforçada pelo fato de responsabilizar a equipe de profissionais pela condução das atividades.

5.3.4 As possibilidades de interação

Consideramos que o cuidador se sente responsável por sua saúde bucal e a de seu filho, uma vez que chama para si a incumbência de sua manutenção, assumindo uma das premissas do discurso reinante na odontologia. Essa responsabilidade se traduz na busca por tratamento odontológico, na tentativa de seguir as prescrições e na liderança do cuidado fora do consultório, percebida quando ele realiza as práticas de saúde e propaga as orientações para outros cuidadores, tais como familiares, babás e pessoal da creche.

Segundo Ayres (2001), a concepção de sujeito mais propalada nos discursos de saúde, principalmente na saúde coletiva, é a de um indivíduo capaz de coordenar suas própria vida e de transformar suas histórias. Por isso, para o cuidador, ser responsável pela saúde bucal é sentir-se sujeito da saúde bucal, uma vez que ele se vê com esse poder transformador. É possível, no entanto, alargar um pouco a visão e observar que essa dimensão transformadora está relacionada muito mais ao controle da doença do que às relações desse controle com sua vida.

Dessa forma, se pressupusermos que a idéia de sujeito passa pela capacidade de transformação mais totalizante e pelo reconhecimento de seus valores e necessidades, acreditamos que esse cuidador porta-se, de fato, muito mais como um objeto da intervenção, porque compactua com ela e com seus objetivos fundamentados no êxito técnico. Compactua, no sentido de que acata, graças à atribuição de autoridade concedida aos profissionais (Gadamer, 2003).

Em face do exposto, acreditamos que o cuidador coloca-se como um sujeito executor de tarefas, que guardam uma expectativa social, ou do técnico, de que elas sejam realizadas. É, portanto, um sujeito incompleto, porque cumpridor tão-somente de prescrições talvez desprovidas de sentido para ele, embora, talvez, ele não tenha percebido isso, tamanha a concessão de autoridade ao discurso odontológico que o cerca.

Paralelamente, podemos pensar que o cuidador se coloca como sujeito quando não adere a alguma norma técnica que fira seus valores e interesses, colocando assim mais uma vez à prova a determinação dos profissionais pelo êxito técnico a qualquer preço.

Em linhas gerais, é possível admitir que, diante do profissional, o cuidador não se percebe como sujeito (Ayres, 2001), uma vez que não se inclui – ou não é incluído – na conversa mantida durante a interação. Mas diante da criança que cuida, é ele quem determina os caminhos que deseja seguir, ainda que eventualmente regulados pelas prescrições que recebe, o que o torna dono de sua história.

Do outro lado da interação e de acordo com a percepção dos entrevistados e do alcance metodológico do nosso trabalho, podemos pensar que para o cuidador, o profissional da saúde bucal é o responsável pelo cuidado técnico da saúde, graças ao tratamento, que restabelecerá a saúde bucal, e às prescrições, que prevenirão futuros agravos.

Não há dúvida que a assistência clínica é da alçada do profissional. Diante do especialista há invariavelmente uma postura de certa dependência cuja técnica justifica a procura que se faz dele. Nessa perspectiva, o tratamento odontológico em si, o ato clínico, dispensa a presença de um outro sujeito, adotando rigorosamente o sentido de sujeito defendido por Ayres (2001), permanecendo o profissional da saúde bucal como “o sujeito” naquele território, que é a boca.

No entanto, como o paciente é muito mais que uma boca, não é estranho que ele possa “levantar-se contra” as orientações que recebe. Por essa razão, as intervenções de cunho educativo-preventivo, principalmente, deveriam exigir desse profissional uma atitude bastante diferente daquela orientada tão-somente para o ato clínico.

Mesmo durante a orientação, oportunidade em que o diálogo deveria chegar à sua expressão máxima, o profissional termina por tratar o paciente mais como objeto de seu trabalho: prezar pela saúde bucal dele. O cuidador, por seu turno, acaba comportando-se com submissão às ações educativas, em razão da concepção de que apenas o profissional da saúde é responsável pela condução da atividade; a ele, paciente, cabe apenas escutar e decidir aderir ou não à orientação.

Se o cuidador reconhece a legitimidade do saber técnico do profissional e submete-se às suas intervenções, no âmbito da clínica, o profissional transforma-se no sujeito da saúde bucal, se bem um sujeito incompleto, porque soberano apenas e tão-somente no domínio técnico da intervenção curativa ou educativo-preventiva.

Fica a impressão de que ambas as partes se estabelecem como sujeitos da saúde, ainda que cada uma se atenha ao seu território. Podemos, então, concluir que são ambos

sinceros nas suas intenções de cuidar, se bem a serviço de uma fragmentação dessa prática.

Nesse mesmo raciocínio, para fins de efetividade do cuidado, dever-se-ia formar uma aliança entre cuidadores e profissionais, de modo que perseguissem objetivos de um projeto comum. E para tanto, admitindo que cuidar é considerar e construir projetos (Ayres, 2001), os técnicos da saúde necessitariam refletir, sobre os projetos de felicidade dos cuidadores, que, em contrapartida, deveriam problematizar os pressupostos das ações de saúde bucal, ou, em outras palavras, pensar qual é o “projeto da odontologia”. Tanto um projeto quanto o outro se alimentam dos dois lados. A felicidade, em termos de saúde, é também construída pelo trabalho dos técnicos, assim como o projeto odontológico de manter a saúde bucal conta com a participação dos indivíduos.

Se os pressupostos trazidos pelos cuidadores e pelos profissionais forem problematizados, certamente as interações educativas possam começar a ganhar novas feições, e buscaremos fundamentar a partir daqui este raciocínio.

A interação entre cuidador e profissional da saúde não começa do zero, está imersa no mundo da vida (Habermas, 1996), pano de fundo de consensos partilhados e não-tematizáveis. É o caso das identidades do paciente e da autoridade técnica, respectivamente, que não são questionadas na consulta, uma vez que se trata de condições já dadas. No entanto, cada identidade traz seus pressupostos: suas concepções de vida e de saúde, seus saberes, suas proposições, que, por sua vez, também não são tematizados.

Por que não são objetos de questionamentos, os pressupostos permanecem imperceptíveis, à margem de críticas e, não postos em validação, escapando-se a oportunidade do surpreendente – o resultado do desacordo - surgir e determinar uma mudança na interação.

Imaginamos aqui uma mudança que se refere à possibilidade de perceber a falta de sentido dos papéis de paciente e de profissional de saúde bucal, à luz da lógica de controle de riscos e de normalidade morfofuncional, quando desempenhados mecanicamente, de modo acrítico (Ayres, 2004a). Limitar-se apenas aos atos mais circunscritos à interação – tornar disponíveis meios de prevenção e tratamento e de ter acesso a estes, para profissionais e cuidadores, respectivamente – pode ser insuficiente para que se criem vínculos efetivos. Dar a conhecer os projetos de vida dos cuidadores

pode propiciar sentidos às medidas preconizadas, uma vez que o projeto de cuidar de si próprios e da criança pode ser re-significado e resgatado como aspiração não em prol somente de uma boa saúde, nem no sentido abstrato de controle de riscos, mas de construção efetiva de projetos concretos de uma vida feliz.

A ação instrumental, orientada pela lógica de identificação e manejo de relações meios-fins, opera necessariamente, nas intervenções de saúde. O que pretendemos é estabelecer o debate não sobre sua validade, mas sobre o uso ilimitado e acrítico que se faz dele.

Acreditamos que a saúde e suas práticas vivem crises de legitimação em diferentes áreas. Embora em foro íntimo, o paciente-usuário questiona a autoridade do técnico, talvez, porque não encontre significados para uma conduta muitas vezes tão deslocada de seus interesses. Se quisermos pensar numa interação baseada em diálogo, podemos refletir sobre o limite da aplicação do saber instrumental pelo técnico: qual é a melhor oportunidade de convidar o cuidador para participar efetivamente da conversa estabelecida nos encontros assistenciais?

Os elementos da interação que analiticamente, para fins de desenvolvimento de raciocínio, tomamos em separado, na verdade estão em cena o tempo todo, variando, apenas, o momento em que um ou outro se põem à frente. As pretensões de validade de correção normativa, de verdade proposicional e de autenticidade expressiva dos discursos e das ações do cuidador e do técnico, bem como as condições para o acordo mútuo acerca dessas pretensões conformam o tipo de interação construído.

Mas é o entendimento sobre a correção normativa que está mais fortemente vinculado à idéia de interação como encontro orientado para um mesmo objetivo. Nesse caso, ambas as partes superam suas perspectivas e vinculam seus interesses, uma vez que são guiados por valores comuns e reconhecem obrigações recíprocas. Caso o entendimento ainda não se refira a esse aspecto, então há uma concordância parcial, uma vez que o interlocutor apenas compreende o enunciado e acredita na seriedade da proposição (Habermas, 1996).

Trazendo a questão para as intervenções educativas em saúde bucal, é porque ainda não se chegou a este compartilhamento de um horizonte ético e moral comum, que a aderência ao discurso odontológico é limitada: o cuidador acredita no saber técnico, mas não o incorpora de todo à sua vida.

Devemos, portanto, não perder de vista a utopia de compartilhar os valores que sejam considerados inerentes à felicidade humana, pois a doença não é só um obstáculo à saúde, mas é principalmente, um obstáculo à vida.

|

6. Considerações finais – Em busca da utopia

Ao adotar o conceito de vulnerabilidade e as perspectivas da Teoria da Ação Comunicativa e da Hermenêutica Filosófica, a conclusão deste trabalho aponta para algumas reflexões. A primeira relaciona-se à conformação atual do projeto odontológico, no campo da prevenção, de se voltar para a prescrição de normas que visem controlar ou reduzir os riscos de desenvolvimento de doenças bucais. A segunda, relativa às possibilidades deste projeto odontológico nas intervenções educativas, ao nível das relações com pacientes-usuários, no sentido do compartilhamento de horizontes e de interesses. Por fim, uma terceira reflexão diz respeito à capacidade de dialogar com outras fontes de saberes além da odontologia e de reconstruir suas práticas. Examinemos cada uma delas.

Do ponto de vista da estratégia de redução de riscos, a prevenção apresenta, sem dúvida alguma, vantagens, já mencionadas neste estudo, como a identificação, segundo critérios estabelecidos, de grupos de indivíduos prioritários para a ação, a canalização de recursos, a prescrição de medidas pensadas para esses indivíduos, etc. Ou seja, estes indivíduos identificados “ganham visibilidade” e o foco se volta para eles, o que garante operacionalidade técnica às ações, a qual, por sua vez, conduz à universalização das medidas, coerente com o princípio da causalidade – todo indivíduo que apresentar fator de risco X, que o classifica em risco Y, deve tomar medidas preventivas Z.

Dado o caráter inespecífico das intervenções preventivas, a probabilidade de resistência do público-alvo não merece ser desconsiderada. cremos que, como técnicos da saúde não cabe esperar respostas iguais dos indivíduos, em termos de adoção das medidas preconizadas, quando as suas singularidades são tão presentes e tão determinantes das escolhas que fazem. Por ter isto em vista, é que procuramos chamar atenção para as particularidades contextuais dos entrevistados, que interferem na capacidade deles de responder às doenças bucais e seus riscos.

Estas considerações são fortalecidas por alguns achados do nosso trabalho, relacionados às influências dos contextos sociais e das experiências relativas à saúde bucal dos cuidadores que atuam sobre as práticas preventivas adotadas, seja da perspectiva da apropriação das orientações recebidas, seja da decorrente incorporação delas ao cotidiano, que resultam na mudança de práticas. Essas apropriação e incorporação se dão mediante uma intrincada articulação entre conhecimentos,

concepções e possibilidades reais – situação concreta dos indivíduos – de mudar atitudes.

Particularmente nos interessou, neste trabalho, os contextos de interação entre profissionais e cuidadores. Neste sentido, a Teoria da Ação Comunicativa nos socorreu ao dar melhor inteligibilidade à tarefa da linguagem nesses contextos, a de reguladora das ações humanas e das relações sociais. A título de recordação, os três planos de validação dos discursos considerados nesta teoria procuram dar conta de três aspectos inscritos naqueles que falam: os seus valores e concepções, na esfera normativa, as suas verdades acerca da realidade e a sua subjetividade, expressando como eles se colocam no mundo e diante das outras pessoas.

Assumindo que estes aspectos, presentes tanto do lado dos profissionais, quanto dos cuidadores, se encontram em cena durante a interação, procuramos apontar as divergências e congruências entre um lado e outro, tal como apreendido nos relatos dos usuários, para olhar o modo como se desenvolvem as intervenções educativas.

Vinculadas aos processos de adesão às prescrições educativas, estão as concepções de saúde bucal dos cuidadores, pois estas carregam também em si expectativas e interesses em relação às práticas de saúde. Acreditamos que tanto maior é adesão quanto maior é o diálogo entre estas expectativas e o que efetivamente é oferecido pelos serviços.

As concepções e interesses – horizonte normativo – nem sempre são compartilhados entre cuidadores e técnicos. Para estes, as concepções de saúde bucal são mais relacionadas às estruturas e funções da boca, ao passo que, para aqueles, predomina a perspectiva de construção de identidades pessoais e sociais, aspecto regularmente pouco considerado pelos profissionais. Decorrentes disso são as finalidades esperadas das práticas de saúde bucal: enquanto os técnicos preocupam-se com dimensões morfofuncionais, os cuidadores querem alcançar um padrão estético ideal de saúde bucal.

No plano da pretensão de verdade dos discursos – aceitação ou não das proposições de cada lado –, observamos que cuidadores reconhecem a autoridade técnica até um certo limite; basta que os saberes técnicos se choquem com seus interesses, crenças e valores, para que não sejam legitimados.

Os técnicos, por sua vez, não conseguem romper os horizontes de sua profissão, quais sejam, controlar doenças e preservar estruturas e funções bucais, o que lhes acarreta dificuldades de apreender outras dimensões dos cuidadores, ligadas à vida, às experiências e aos seus saberes.

Do ponto de vista da prevenção, acreditamos que as chances de sucesso do projeto odontológico encontram sérias barreiras nas intervenções educativo-preventivas, que vão de encontro ao que pensam, fazem e desejam os cuidadores. Ou seja, este projeto, enquanto proposição do saber técnico-científico - plano da verdade -, no modo como é desenvolvido junto aos usuários, encontra dificuldades para a construção de acordos quanto ao que é bom para a vida cotidiana em termos existenciais e de saúde para os cuidadores - plano da correção normativa -, assim como limitam a possibilidade de eles se fazerem sujeitos ativos nos processos educativos – plano da autenticidade expressiva.

Em relação a este último plano, a interpretação dos resultados nos leva a crer que a partir da interação do cuidador com os diferentes contextos em que ele se situa, há duas perspectivas possíveis para compreendê-lo como sujeito: sujeito diante da criança de quem cuida e diante do profissional de saúde bucal que o orienta. No primeiro caso, o sujeito se revela em virtude da responsabilização que toma para si pelo cuidado da criança, em casa. Mas na interação, seja em consulta, seja no momento de orientação, a percepção do cuidador é de que o sujeito privilegiado da ação é o profissional de saúde bucal.

Para os técnicos, do ponto de vista das intervenções educativas, as tensões que perpassam os três planos mencionados, assemelham-se mais a “ruídos” no processo de orientação do que a indicadores das necessidades trazidas para a relação com os cuidadores. Assim, o “ruído” é posto de lado, não sendo percebido como um sinal de desacordo ou desencontro; a prescrição, por sua vez, é reforçada, o que faz com que o técnico retome, mais uma vez, a intenção de validar intersubjetivamente valores e verdades que podem não fazer sentido para o usuário ou obter dele concordância.

A propósito das contribuições que este estudo pode trazer, da perspectiva da interação entre técnicos e cuidadores, é oportuno apontar de imediato o mapeamento das limitações das intervenções educativas e a reflexão sobre elas. Este trabalho procurou responder às seguintes questões: o que está em jogo quando técnicos e cuidadores se

encontram nos serviços? Que valores, verdades e subjetividades partilham esses sujeitos? Por que as divergências entre esses valores, verdades e subjetividades levam ao insucesso das atividades educativas?

Apresentando a questão de outra forma, a metodologia que adotamos permite identificar aspectos só encontrados na interação. Não nos interessou observar somente o que cada lado da interação traz como pressuposto. Nos concentramos na problematização desses pressupostos, justamente para que não se os abandone como elementos do “mundo da vida” (Habermas, 1996), destituindo-os do caráter de certezas acordadas em algum momento.

A nossa intenção de jogar luz sobre esses pressupostos significa buscar contribuir para as reconstruções deles, pois a experiência já produz insatisfações naqueles que se encontram nos serviços, já que se questionam as bases que asseguram a atenção à saúde que se quer dar e a que se quer receber.

A reconstrução de pressupostos passa pela necessidade primeira de repensar saberes e práticas de saúde bucal que originaram a situação atual: por que fazemos o que fazemos? Por isso, ao recorrer aos discursos operantes no cotidiano das pessoas e nos serviços, nosso trabalho também procurou compreender essa dimensão. Admitindo que eles sejam heranças das construções humanas, constituem, nos termos de Gadamer (2003), uma tradição. E porque mergulhados nessa tradição da odontologia, podemos e devemos, de dentro dela, “estranhá-la”, criticá-la, refletir sobre ela, para criar novas condições de sua reconstrução. Nos interessou ter acesso às tradições porque procurar compreendê-las imediatamente as transforma. Problematizados, os elementos que a constituem ganham a possibilidade de serem re-significados e atualizados, o que leva a rompimentos que transformam uma situação em outra.

Assim, julgamos que a pretensão de romper discursos e práticas que já não fazem mais sentido é um dos caminhos para a reconstrução das ações de saúde, tarefa que exige, entre os aspectos que nosso trabalho conseguiu enxergar, a criação de diálogo entre profissionais e usuários, que, juntos, consigam chegar a objetivos comuns. A propósito, acreditamos que a hermenêutica acena com meios bastante ricos para o desempenho dessa difícil empreitada.

Primeiro, porque a hermenêutica tem compromisso com o outro, uma vez que chama a atenção para a interdependência que há entre todos nós. Foi partindo desta

perspectiva que apontamos, em nosso estudo, para a abertura ao conhecimento e às experiências dos cuidadores, defendendo a fusão de horizontes (Gadamer, 2002), não porque o técnico deva adotar a posição do cuidador, mas porque acreditamos que todos ganham se os horizontes de um e de outro forem ampliados, ao se fundirem.

Outra discussão levantada por este estudo é a necessidade de incorporação de outros saberes aos quadros conceituais da odontologia. A propósito, mais uma vez, a hermenêutica pode prestar valioso auxílio: ela permite a integração não somente dos conhecimentos que os cuidadores trazem consigo, mas também dos saberes de outras ordens – outras ciências, outras práticas –, cuja aproximação hermenêutica pode gerar uma reinterpretação e uma aplicação própria ao contexto da saúde bucal.

No entanto, objetivamente, em face das restrições sentidas nos encontros educativos em saúde bucal, precisamos pensar em respostas tecnológicas que busquem trazer à participação o usuário como sujeito, em suas diferentes construções de identidades, com vistas à elaboração conjunta de saberes numa perspectiva que considere os sentidos que as práticas de saúde ganham nos seus projetos de vida, ou falando de outro modo, que tentem conciliar projetos de felicidade dos cuidadores com as finalidades do trabalho técnico.

Acreditamos que estas soluções tecnológicas não estão prontas, como protocolos que devemos seguir. Entretanto, antes de pensarmos nessas soluções, convém reforçar a possibilidade de outros trabalhos se debruçarem, ainda que no plano reflexivo, sobre questões que este estudo não alcança.

É o caso, por exemplo, das visões do profissional da saúde. O que comentamos aqui foi filtrado pela pesquisadora, pelos cuidadores e pela literatura, o que leva a crer que aquele lado da questão não tenha sido exaustivamente explorado bem como o lado dos cuidadores, possivelmente. Considerando que a nossa amostra foi composta majoritariamente por mulheres, teria este fato alguma relevância para as considerações que fizemos sobre as concepções de saúde bucal e de práticas de saúde dos cuidadores, portanto, sobre os horizontes normativos que adotam?

Nosso material empírico, outro exemplo, não contém, como já mencionamos, a riqueza narrativa que uma cena bem explorada sobre o momento da orientação poderia fornecer. Se houvesse uma percepção mais espontânea desse momento – fato facilitado

pela elaboração da cena –, que depoimentos emergiriam? Que alternativas seriam propostas – se é que seriam propostas – para o tipo de interação que ocorre de fato?

Considerável desafio imposto diz respeito ao desenvolvimento de expressões tecnológicas cujo norte é o efetivo encontro em forma de diálogo entre usuários e profissionais e cujo suporte são perspectivas interdisciplinares e intersetoriais que compreendem conversas entre serviços de saúde e comunidades.

Mas sem nos deixar paralisar, ousamos pensar em alguns caminhos que tentem superar os obstáculos, já aqui apontados, em prol do sucesso das atividades educativas. Caminhos que levem à reflexão sobre possibilidades, mas não prescrevam condutas fechadas.

Começemos a pensar sobre o principal referencial adotado nas intervenções educativo-preventivas de saúde bucal, o conceito de risco. Em razão da ênfase dada ao controle individual do risco, as ações que visam mobilizar e capacitar, para transformar contextos, não são devidamente priorizadas nos programas de saúde bucal, que muitas vezes se restringem a prescrições individuais. Ações de enfoque estrutural e cultural devem receber maior ênfase (lembremo-nos do impacto da fluoretação da água). Trata-se, evidentemente, de medidas que vão enfrentar novos desafios, uma vez que não se esgotam nos limites internos à odontologia, mas exigem discussões de ordem política, social e econômica bem como requerem ações intersetoriais.

Nesse quesito, conceitos de promoção da saúde e de vulnerabilidade podem ser chamados a contribuir, justamente porque as ações compreendidas nesses referenciais tentam produzir respostas mais alinhadas com as necessidades consideradas acima. Embora o conceito de promoção da saúde já tenha sido incorporado ao discurso odontológico, cremos que ainda há potencial para seu uso mais consistente nas intervenções educativas.

Especificamente sobre a atividade educativa e suas estratégias de abordagem, conviria que fossem ensaiadas e tomadas por objeto de estudo alternativas às palestras informativas e à prioridade da orientação individual na cadeira odontológica, de modo que se investigasse seu potencial de aplicação e de resultados.

As oficinas de sexo seguro (Paiva, 2000) recorrem à elaboração de cenas que auxiliam o indivíduo a ampliar seu repertório de conhecimentos e atitudes acerca do comportamento sexual. De modo semelhante, esse recurso poderia ser adaptado ao

campo da saúde bucal. Essas experiências em grupo são interessantes, porque as vivências se materializam e se tornam públicas diante do grupo. São soluções diferentes para dificuldades comuns, que podem enriquecer a experiência de cada um, graças ao contato com a diversidade de problemas, respostas e emoções em “cena”, literalmente.

Também para os profissionais da saúde, o recurso a esses meios enriquece seus horizontes normativos, uma vez que as cenas permitem acessar uma ampla gama de experiências humanas, o que traz a compreensão de que uma mesma prática, agora alimentada e ampliada, pode ganhar diferentes significados na vida de cada indivíduo. Co-construído nos encontros com os usuários, o trabalho deles só pode mesmo ser fortalecido.

A construção compartilhada de saber é também objeto da pedagogia proposta por Paulo Freire. Por não admitir o educador como detentor do saber, por entender que o ensinar e aprender é uma via de mão dupla e por radicalizar a experiência da educação como um diálogo (Freire, 2003a, 2003b), é que trouxemos este autor ao debate, por acreditar que também possa nos ajudar a estruturar alguns caminhos para as atuais práticas educativas.

Para finalizar, mais do que renovar saberes e técnicas de educação em saúde bucal, podemos pensar em mudanças na compreensão mesma do que seja a atenção à saúde. Neste sentido, o Cuidado como atitude que instrui o modo como os profissionais e serviços entendem e organizam suas ações, com a valorização de aspectos como acolhimento, diálogo, vínculo, etc, (Ayres, 2001; 2004a; 2004b), pode auxiliar na condução da proposta que fizemos de buscar soluções que dêem conta de conciliar os projetos de vida dos usuários com os objetivos do trabalho em saúde. Nesta questão, acreditamos que trabalhos futuros possam avaliar o deslocamento do conceito de Cuidado da área médica para a atenção odontológica, no sentido de investigar suas possibilidades de aplicação e especificidades.

Como última consideração, é de esperança e de utopia que estamos falando. Utopia de construir consensos que integrem saúde e vida, porque é esta que devemos ter como principal meta de nossas ações, tomando a saúde como parte dela. Esperança porque perseguindo esta utopia, nos movemos para cada vez mais perto dela, e embora sem nunca alcançá-la, o percorrer o caminho da busca já nos transforma.

Anexo A – Quadro: roteiro de entrevistas, objetivos específicos do trabalho e questões baseadas na Teoria da Ação Comunicativa

Planos da Teoria da Ação Comunicativa	Objetivos específicos	Questões do roteiro
<p>HORIZONTE NORMATIVO</p> <p>Os valores de saúde bucal e de práticas de saúde encontrados entre os cuidadores são compartilhados pelos técnicos?</p>	<p>1. Identificar as concepções de saúde bucal que orientam as mães, ou outros cuidadores.</p>	<p>1. Você lembra de alguma situação em que a sua boca tenha chamado a sua atenção ou de outros (elogios, comer, emprego, dores, gravidez, relação com outras doenças)? Como foi?</p> <p>2a. Descreva a situação da sua boca hoje. O que você gosta, o que não gosta? Por quê?</p> <p>2b. Você acha que esta situação interfere no restante do seu corpo, na sua vida?</p> <p>3. Se você pudesse, mudaria alguma coisa na sua boca? O quê? Por quê?</p> <p>4. Imagine agora uma cena em que você está com esta “nova boca”. Como seria?</p> <p>5a. Por que você veio procurar o Setor de Saúde Bucal?</p> <p>5b. O que você esperava encontrar?</p> <p>6. Imagine o seu filho (a) após o término do tratamento dele (a). Como ele(a) estaria ?</p>

<p>VERDADES ACEITAS</p> <p>Os saberes técnicos são tomados como expressões da realidade pelos cuidadores? As experiências e os saberes dos cuidadores são valorizados pelos técnicos?</p>	<p>2. Conhecer saberes prévios de cuidados em saúde bucal e entender como eles se articulam às orientações recebidas.</p>	<p>7a. O que você sabe das medidas que mantêm a sua saúde bucal e a do seu filho (a)?</p> <p>7b. Tente lembrar do momento em que alguém estava te ensinando algo sobre saúde bucal. Quem era, onde era, como foi?</p> <p>8. Acha difícil pôr em prática as recomendações do dentista? Por quê?</p> <p>9. Você tenta adaptar/conciliar a orientação dada com o que você já pratica em casa? Conte uma situação.</p> <p>10a. Tente lembrar da recomendação mais fácil de seguir. Como foi?</p> <p>10b. E a recomendação mais difícil, como foi?</p> <p>11a. O dentista costuma lhe perguntar sobre as coisas que você faz ou sabe sobre como cuidar da saúde da boca de seu filho?</p> <p>11b. Você costuma falar com o dentista sobre as coisas que sabe ou faz para cuidar da saúde da boca de seu filho?</p> <p>11c. Quando você fala do que sabe e faz para cuidar da saúde da boca de seu filho, como o dentista reage?</p>
---	---	--

<p>EXPRESSÃO SUBJETIVA</p> <p>De que modo o cuidador se posiciona como sujeito da saúde bucal? De que modo o profissional da saúde aparece como sujeito para o cuidador?</p>	<p>3. Identificar experiências, relacionadas à saúde bucal e à educação preventiva vividas pelos cuidadores, e suas implicações práticas nos cuidados da criança</p>	<p>12. Gostaria que você lembrasse de um dia de consulta aqui no Setor: desde a hora que você acorda, como você organiza sua casa, seu serviço, a escola do seu filho (a), quando você põe o cartão do seu filho (a) na porta do Setor, o jeito que recebem vocês, como são as consultas ou os grupos educativos, como explicam as orientações, etc. Você poderia me contar como é este dia?</p> <p>13a. Conte alguma experiência com dente/dentista/palestras.</p> <p>13b. Acha que essa experiência tem alguma influência no cuidado de seu filho (a)? Por quê?</p> <p>14a. Lembre dos momentos de orientação com o dentista, como se fosse uma cena. Como você se sente nesta hora?</p> <p>14b. Você mudaria alguma coisa nesta cena?</p> <p>15. Lembre de algum momento em que você está cuidando do seu filho (a) ou da sua família. Como é este momento ?</p>
---	--	---

Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME :
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M ? F ?
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE
 CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: "COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O DESAFIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA"

2. PESQUISADORA: KÁTIA KEICO CHINEN OLIVEIRA

CARGO/FUNÇÃO: MESTRANDA DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
 INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA - SP Nº 62.763

UNIDADE DO HCFMUSP: FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO ?	RISCO MÍNIMO X	RISCO MÉDIO ?
RISCO BAIXO ?	RISCO MAIOR ?	

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES SOBRE A PESQUISA

ESTE ESTUDO CIENTÍFICO TEM COMO OBJETIVO CONHECER SUAS OPINIÕES A RESPEITO DA SAÚDE BUCAL, NO SENTIDO DE TENTAR MELHORAR O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DESTA UNIDADE DE SAÚDE E DE OUTRAS EM GERAL.

SE VOCÊ CONCORDAR EM COLABORAR NESTE ESTUDO, VOCÊ PARTICIPARÁ DE UMA ENTREVISTA. ESTA ENTREVISTA SERÁ FEITA SOMENTE COMIGO, EM UMA SALA RESERVADA NO CENTRO DE SAÚDE E, EVENTUALMENTE, PRECISARÁ DE DOIS ENCONTROS DIFERENTES, COM DURAÇÃO DE APROXIMADAMENTE 40 MINUTOS CADA UM. A CONVERSA SERÁ GRAVADA. PARA SUA TRANQUILIDADE, VOCÊ RECEBERÁ VALES-TRANSPORTE DE IDA E VOLTA.

SUA PARTICIPAÇÃO ENVOLVE RISCO MÍNIMO PARA VOCÊ, SOMENTE A POSSIBILIDADE DE ALGUM ASSUNTO TRATADO NA ENTREVISTA DESPERTAR ALGUMA EMOÇÃO OU SENTIMENTO MAIS FORTE. NESTE CASO, ME COLOCO À DISPOSIÇÃO PARA, A SEU CRITÉRIO, OUVI-LO (A) A RESPEITO E AJUDAR NO QUE FOR POSSÍVEL.

NÃO HÁ BENEFÍCIO DIRETO PARA VOCÊ EM FUNÇÃO DE SUA PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA. ESPERO, PORÉM, QUE OS RESULTADOS DO ESTUDO POSSAM AJUDAR A MELHORAR A QUALIDADE DO SERVIÇO ODONTOLÓGICO OFERECIDO NESTE CENTRO DE SAÚDE.

EM CASO DE DÚVIDA OU QUALQUER PROBLEMA, VOCÊ PODERÁ ENTRAR EM CONTATO COMIGO, PELO TELEFONE 5575-2518 OU COM O RESPONSÁVEL POR ESTA PESQUISA:

PROFº DR. JOSE RICARDO DE CARVALHO MESQUITA AYRES

AV. DR. ARNALDO, 455 SALA 2222, CERQUEIRA CÉSAR, SÃO PAULO/SP

TELEFONE : 3066- 7077

VOCÊ PODE AINDA DESISTIR DE PARTICIPAR DESTA PESQUISA A QUALQUER MOMENTO, SEM QUALQUER PREJUÍZO PARA O SEU ATENDIMENTO NESTA UNIDADE.

ESCLAREÇO QUE ESTE ESTUDO NÃO TEM NENHUMA RELAÇÃO COM SEU ATENDIMENTO NESTE CENTRO DE SAÚDE E QUE A SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA. SE VOCÊ ACEITAR PARTICIPAR, O SEU NOME NÃO SERÁ REVELADO.

CASO OCORRA ALGUM TIPO DE MAL-ESTAR, O CSE - BUTANTÃ OFERECERÁ A RETAGUARDA PARA QUALQUER ESCLARECIMENTO OU SUPORTE PSICOLÓGICO QUE SE FIZER NECESSÁRIO, ATRAVÉS DO SETOR DE SAÚDE MENTAL.

DECLARO QUE, APÓS CONVENIENTEMENTE ESCLARECIDO PELO PESQUISADOR E TER ENTENDIDO O QUE ME FOI EXPLICADO, CONSINTO EM PARTICIPAR DO PRESENTE PROTOCOLO DE PESQUISA.

SÃO PAULO, DE DE 2005.

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

Anexo C – Aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

Observação: este anexo encontra-se disponível na versão impressa.

Anexo D – Aprovação do Centro de Saúde – Escola Samuel Barnsley Pessoa

Observação: este anexo encontra-se disponível na versão impressa.

Referências

- Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 245-259.
- Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004; 9(1): 131-38.
- Aragão L. *Habermas: filósofo e sociólogo do nosso tempo*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro; 2002.
- Araújo ME. Saúde bucal: entendendo de forma total. In: Feller C, Gorab R, organizadores. *Atualização na clínica odontológica: módulos de atualização*. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 491-508.
- Assaf AV e Pereira CP. Avaliação de risco em odontologia. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em saúde coletiva – Planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 310-25.
- Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001; 6 (1), 63-72.
- _____. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface – Comunic, Saúde e Educ*. 2002a; 6 (11): 11-24.
- _____. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. 2ª ed.. São Paulo, Hucitec; 2002b.
- _____, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O Conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D e Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde – conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-137.
- _____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004a; 13(3): 16-29.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2004b; 8(14): 73-92.

Barros AJD e Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 7 (4): 709-17.

Batchelor P e Sheiham A. The limitations of a 'high risk' approach for the prevention of dental caries. *Community Dent Oral Epidemio*. 2002; 30 (4): 302-12.

Bernd B, Souza CB, Lopes CB, Pires Filho FM, Lisbôa IC, Curra LCD, Souza LNS, Pignone AO. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. *Saúde em Debate*. 1992; 34: 33-39.

Biazevic MGH. Educação em saúde bucal. In: Araújo ME, organizadora. *Apostila da disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva – Manual do aluno*. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2001.

Borges ES e Toledo O. A. Prevalência de cárie em crianças de 0-5 anos - avaliação após 5 anos de um programa preventivo. *Rev ABO Nacional*. 1999; (7) 5: 298-303.

Botazzo C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec, Fapesp; 2000.

_____. Saúde e Cidadania: transitando entre a teoria e prática. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em saúde coletiva – Planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 17-27.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de atenção básica. Área técnica de saúde bucal. *A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. *Brasil Sorridente*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. Disponível em < <http://dtr2001.saude.gov.br/bucal> > Acesso em 31/10/2005.

_____. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil- Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003*. Brasília:Ministério da Saúde; 2004c.

Buischi YP e Axelsson P. Controle mecânico do biofilme dental e a prática da promoção de saúde bucal. In: Buischi YP, organizadora. *Promoção da saúde bucal na clínica*. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 169-214.

Burt BA. Prevention policies in the light of the changed distribution of dental caries. *Acta Odontol Scandinavica*. 1998; 56 (3): 179-86.

Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 5ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.

Caprara A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 (4): 923-31.

_____ e Veras MSC. Hermenêutica e narrativa : a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*. 2005; 9 (16): 131-46.

Chaves SCL e Vieira-da-Silva LM. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18 (1): 129-39.

Chor D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15 (2): 423-25.

_____e Faerstein E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. *Cad. Saúde Pública*. 2000;16(1): 241-244.

Colussi FC. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2004; 7 (1): 88-97.

Cyrino APP. As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à educação e comunicação em saúde. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina; 2005.

Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D e Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde – conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39 -53.

Denzin NK e Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. 2ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.

De Santi LN. *Cuidando da saúde bucal: o significado para um grupo de mães* [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2003.

Dias NMO. *Mulheres “sanitaristas de pés descalços”*. São Paulo: Hucitec; 1991.

Elias MS, Cano MAT, Mestriner Junior W, Ferrini MGC. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2001; 9(1): 88-95.

Fejerskov O. Strategies in the design of preventive programs. *Advances Dent Researc*. 1995; 9(2): 82-8.

Flório FM e Pereira AC. Alicerce para a promoção de saúde bucal: o início precoce. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em saúde coletiva – Planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 413-25.

Frazão P e Narvai PC. Promoção da saúde bucal em escolas. In: Araújo ME, organizadora. *Apostila da disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva – Manual do aluno*. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2001.

Freire MCM, Macedo RA, Silva WH. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. *Pesq Odont Bras*. 2000; 14(1): 39-45.

Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 27ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003a.

_____. *Pedagogia do oprimido*. 37ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003b.

Gadamer HG. *Verdade e método*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.

_____. Sobre o círculo da compreensão. In: *Verdade e método II*. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p. 72-81.

Gomez SS e Weber AA. Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring. *Int J Paediatric Dent*. 2001; (11) 2: 117-22.

Gorovitz S. Reflections on the vulnerabable. In: Bankowski Z, Bryant JH. *Poverty, vulnerability and value of human rights – a global agenda for bioethics*. Genebra, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS); 1995.

Habermas J. *Racionalidade e comunicação*. Lisboa: Edições 70; 1996.

Hausen H. Caries prediction – state of the art. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25 (1): 87-96.

Hawkins RJ, Zanetti DL, Main PA, Jokovic A, Dwyer JJM, Otchere DF; Locker D. Oral hygiene knowledge of high-risk grade one children: an evaluation of two methods of dental health education. *Community Dentistry Oral Epidemiology*. 2000; 28 (5): 336-43.

Ismail AI. Prevention of early childhood caries. *Community Dentistry Oral Epidemiology*. 1998; 26 (supl 1): 49-61.

Kallio PJ. Health promotion and behavioral approaches in the prevention of periodontal disease in children and adolescents. *Periodontology*. 2001; 26: 135-45.

Kamp AA. Well-baby dental examinations: a survey of preschool children's oral health. *Pediatr Dent*. 1991; 13 (2): 86-90.

Kay EJ e Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996; 24 (4): 231-35.

_____. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dental Health*. 1998; 15 (3): 132-44.

Kent GG e Blinkhorn AS. *The psychology of dental care*. 2 ed. Boston: Wright; 1991.

Kvale S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1996.

Lima, CMG. *Prevenção da cárie precoce na infância: uma visão através da vulnerabilidade e da promoção da saúde* [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2001.

Locker D. *An introduction to behavioral science and dentistry*. New York: Tavistock, Routledge; 1989.

Macgregor IDM, Balding JW, Regis D. Motivation for dental hygiene in adolescents. *Int J Paediatric Dent*. 1997; 7: 235-41.

Mattila M-L; Paunio P; Rautava P; Ojanlatva A; Sillanpää M. Changes in dental health and dental health habits from 3 to 5 years of age. *J Public Health Dentistry*. 1998; 58 (4): 270-74.

Mccarthy T. *La teoría crítica de Jürgen Habermas*. Madrid: Tecnos; 1995.

Mendonça LGT. *Promoção da saúde: análise do processo de um grupo de reeducação alimentar em um hospital universitário* [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2005.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2000.

Moraes ABA e Ongaro S. Contribuição da psicologia da saúde à odontologia. In: Botazzo C e Freitas STF, organizadores. *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo: Ed. Unesp; Bauru: Edusc; 1998.

Moura LFAD, Lira DMMP, Moura MS; Barros SSLV, Lopes TSP; Leopoldino VD; Moura MD. Apresentação do programa preventivo para gestantes e bebês. *J Bras Odontopediatria Odontologia Bebê*. 2001; 4 (17):10-14.

Nadanovsky P. Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In: PINTO, V. G. *Saúde bucal coletiva*. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000a. p. 293-310.

Nadanovsky P. O declínio da cárie. In: PINTO, V. G. *Saúde bucal coletiva*. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000b. p. 341-51.

Narvai PC. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2002.

_____, Frazão P, Castellanos RA. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. In: Araújo ME, organizadora. *Apostila da disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva – Manual do aluno*. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2001.

Novaes HMD. Tecnologia e saúde: a construção social da prática odontológica. In: Botazzo C e Freitas SFT, organizadores. *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo: Ed. Unesp; Bauru: Edusc; 1998. p. 141-158.

Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*. 1999; 2 (1): 9-14.

Oliveira, KKC. *Análise crítica das proposições do programa de saúde bucal do Centro de Saúde Samuel Barnsley Pessoa –CSE-Butantã*. [Monografia de conclusão de curso de aprimoramento]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.

Oliveira, LA, Landroni MAS, Silva, NEK, Ayres, JRCM. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 689-698.

Paiva V. *Fazendo arte com a camisinha*. São Paulo: Summus; 2000.

_____. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado e HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2002; 6(11): 25-38.

Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004; 9 (1): 121-30.

Pereira MBB e Freire MCM. An infant oral health programme in Goiânia-GO, Brazil: results after 3 years of establishment. *Pesquisa Odontológica Brasileira*. 2004; 18(1): 12-7.

Peres KG, Traebert ESA, Marcenes W. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(2): 230-6.

Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31 (supl 1): 3-24.

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(1):145-153.

Pinto VG. Financiamento e organização. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 4^a ed. São Paulo: Santos; 2000a.

Pinto VG. Programação em saúde bucal. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 4^a ed. São Paulo: Santos; 2000b.

Reis SCGB, Higino MAS, Melo HMD e Freire MCM. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(1): 67-73

Reisine S e Douglass JM. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998; 26 (supl 1): 32-44.

Rose G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. In: Buck C. e cols (org.). *El desafío de la epidemiología : problemas y lecturas seleccionadas*. OPS, Publicación Científica 505; 1988. p. 900- 9.

Rocha HHP. *A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925)*. Campinas: Mercado das Letras; São Paulo: Fapesp; 2003.

São Paulo [Estado]. Secretaria de Saúde. Centro Técnico de Saúde Bucal. *Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002 - Relatório Final*. São Paulo: Secretaria da Saúde; 2002.

Secco LG e Pereira MLT. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004; 9 (1): 113-20.

Sheiham A e Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000; 28: 399-406.

Silva DD, Souza MLR e Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(4):1251-1259.

Silva TA, Paixão HH, Pordeus IA. Fatores do comportamento relacionado à saúde bucal em adolescentes. *Arquivos em Odontologia*. 1997; 33(1): 5-14.

Silveira JLGC, Oliveira V, Padilha WWN. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. *Pesq Odontol Bras*. 2002; 16(2): 169-74.

Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 585-97.

Toassi RFC e Petry PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(5):634-7.

Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2): 190-5.

Valadão MM. *Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial*. [Tese de doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2004.

Vasconcellos IC, Silva AMM, João M, Vasconcelos MF. Programas de saúde bucal: eficácia e perspectivas. *Rev Bras Odontol*. 2001; 58 (2): 130-4.

Vasconcelos EM. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec; 1999.

Vaz MA. Educar para Prevenir - O Trunfo da Odontopediatria. *Rev Assoc Paulista de Cirurgiões Dentistas – on line*. 2005 [citado ago 2005]. Disponível em www.apcd.org.br

Walter LRF e Nakama R. Prevenção da cárie dentária através da identificação, determinação e controle dos fatores de risco em bebês – parte I. *J Bras Odontopediatria Odontologia Bebê*. 1999; 1 (3): 91-100.

Weinstein P. Public health issues in early childhood caries. *Community Dentistry Oral Epidemiology*. 1998; 26 (supl 1): 84-90.

Wolf SMR. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev Assoc Paulista de Cirurgiões Dentistas*. 1998; 52(4): 307-316.