

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

SIDNEY MARCEL DOMINGUES

**Saúde bucal e tratamento odontológico: representações
sociais de mães usuárias de um serviço de saúde.**

Ribeirão Preto

2006

SIDNEY MARCEL DOMINGUES

Saúde bucal e tratamento odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço de saúde.

Dissertação apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho.

Ribeirão Preto

2006

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

DOMINGUES, S. M.

Saúde bucal e tratamento odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço de saúde.

124 p. : il. ; 30cm

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: CARVALHO, A. C. D.

1. Representações. 2. Mães. 3. Saúde bucal. 4. Tratamento odontológico.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SIDNEY MARCEL DOMINGUES

Saúde bucal e tratamento odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço de saúde.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Saúde da Comunidade.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

PARÁBOLA DA ÁGUIA

James Aggrey

Era uma vez um homem que, enquanto caminhava pela floresta, encontrou pequena águia. Levou-a para casa, colocou-a no seu galinheiro, onde ela aprendeu a se alimentar como as galinhas e a se comportar como galinha.

Um dia, um naturalista que ia passando por ali lhe perguntou porque uma águia, a rainha de todos os pássaros, deveria ser condenada a viver no galinheiro com as galinhas.

“Depois que lhe dei comida de galinha, ela nunca aprendeu a voar”, replicou o dono. “Se comporta como uma galinha, não é mais uma águia”.

“Mas”, insistia o naturalista, “ela tem coração de águia e certamente poderá aprender a voar”.

Depois de falar muito sobre o assunto, os dois homens concordaram em descobrir se isso seria possível. Cuidadosamente, o cientista pegou a águia nos braços e disse: “Você pertence aos céus e não a terra. Bata bem as asas e voe”.

A águia, entretanto, estava confusa; não sabia quem era, e vendo as galinhas comendo pulou para ir juntar-se a elas.

Inconformado, o naturalista levou a águia no dia seguinte para o alto do telhado da casa, e insistiu novamente, dizendo: “Você é uma águia. Bata bem as asas e voe”. Mas a águia tinha medo do seu eu desconhecido e do mundo que ignorava e voltou novamente para a comida das galinhas.

No terceiro dia o naturalista levantou-se bem cedo, tirou a águia do galinheiro e levou-a para uma alta montanha. Lá, segurou a rainha dos pássaros, bem alto, e encorajou-a de novo, dizendo: “Você é uma águia. Você pertence ao céu e a terra. Bata bem as asas agora e voe”. A águia olhou em torno, olhou para o galinheiro e para o céu. Ainda não voou. Então o cientista levantou-a na direção do sol e a águia começou a tremer. Lentamente abriu as asas. Finalmente, com um grito de triunfo, levantou vôo para o céu.

Pode ser que a águia se lembre das galinhas com saudades; pode ser que ainda ocasionalmente torne a visitar um galinheiro. Mas até onde foi possível saber, nunca mais voltou a viver como galinha. Ela era uma águia, embora tivesse sido mantida e domesticada como galinha.

Assim como a águia, alguém que aprendeu a pensar de si mesmo alguma coisa não verdadeira, pode reformular o que pensava em favor do seu real potencial. Pode ser o que realmente é. Pode acrescentar-se. Pode ser um vencedor.

Na vida passamos por vários obstáculos que nos fazem parar e pensar sobre “quem somos nós?”, “o que viemos fazer?”, “será que temos potencial para realizar?”. Às vezes, não sabemos as respostas para essas perguntas, sendo necessário passar por esses obstáculos para, assim, tentar respondê-las. Nesse momento de minha vida, essa dissertação colaborou para que eu encontrasse todas elas. Posso dizer que me sinto um vencedor.

Sidney Marcel Domingues

DEDICATÓRIA

*“Ninguém é tão forte que nunca tenha chorado
Ninguém é tão fraco que nunca tenha vencido
Ninguém é tão auto-suficiente que nunca tenha sido ajudado
Ninguém é tão inútil que nunca tenha retribuído
Ninguém é tão sábio que nunca tenha errado.
Ninguém é tão medroso que nunca tenha tido coragem.
Ninguém é tão alguém que nunca tenha precisado de alguém” (autor desconhecido)*

Vocês participaram das minhas vitórias, derrotas, acertos, erros, dos meus momentos de fraqueza e força e contribuíram, em todos os sentidos, para o meu crescimento não só pessoal, mas, também, profissional. É por isso que dedico esse trabalho:

*Ao meu pai, **Sidnei Marmo Baptista Domingues** (in memoriam), pelo amor, confiança, apoio, incentivo e por ter contribuído, significativamente, para a base da minha formação e por todos os ensinamentos passados.*

*À minha querida mãe, **Vera Lúcia dos Santos Domingues**, por sua força, coragem, determinação, apoio, incentivo, carinho, amor, confiança. Você não só contribuiu para a minha formação enquanto profissional, mas também como ser humano. Tenho a senhora como um exemplo a ser seguido por toda a minha vida. Muito obrigado por tudo!!!*

*Às minhas irmãs **Andreza Paula Domingues** e **Andréia Cristina das Neves** pelo amor, carinho, apoio, incentivo, confiança. Muito obrigado!!!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar força e determinação para superar todos os obstáculos encontrados para a realização desse trabalho.

A toda minha família, Santos e Domingues, pelo apoio e confiança.

À Profª Drª Amábilé Rodrigues Xavier Manco que, desde o primeiro momento, conquistou-me com seu carinho de mãe, atenção, apoio e, principalmente, confiança. Muito obrigado por me auxiliar nos momentos mais difíceis, durante esses dois anos de minha vida, e pela oportunidade fornecida para a realização desse estudo..

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Duarte de Carvalho, por se interessar pelo meu projeto de pesquisa e por aceitar a orientação dessa pesquisa. Tenho consciência de que não foram momentos fáceis, mas estou certo de que todos esses obstáculos serviram para o meu crescimento enquanto pesquisador. Muito obrigado pelas dicas e por todos os ensinamentos passados.

À minha grande amiga Daniela Cristina Seabra, pelo carinho de suas palavras, pela imensurável troca de experiências, por me ouvir e me ajudar nos momentos mais difíceis da minha vida, por confiar no meu trabalho e por ser essa pessoa maravilhosa que encanta a todos. Tenho muito orgulho em ser seu amigo. Muito obrigado por tudo!!!

Ao Prof. Dr. Paulo Capel Narvai e à Profª Drª Marlúvia Gonçalves de Carvalho Watanabe por aceitarem e se disponibilizarem a participar da avaliação dessa dissertação.

Às Profªs. Drªs. Elizabeth Meloni Vieira, Amábilé Rodrigues Xavier Manco e Maria da Conceição Pereira Saraiva pelas contribuições geradas no exame de Qualificação.

À Profa Dra. Maria da Conceição Pereira Saraiva pela amizade, pelos ensinamentos e por me proporcionar grandes oportunidades para o meu crescimento profissional.

Ao Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), em especial à Profª Drª. Maria José Duarte Osís, pela ajuda na confecção do roteiro de entrevistas e por todos os ensinamentos na área de metodologia qualitativa.

Ao Prof. Dr. Edson Martinez por me auxiliar na escolha do melhor método para a seleção das mães para a entrevista.

Às Profªs. Drªs. Elaine Aparecida Del Bel B. Guimaraens e Alma Blásida C. E. B. Catirse por tudo o que aprendi na Iniciação Científica e que contribuiu, significativamente, para mais essa conquista.

Aos professores da Odontologia Preventiva e Social por me despertarem o interesse por essa área.

Aos professores da Medicina Social por todo o conhecimento transmitido durante o período das disciplinas, fornecendo-nos ferramentas não só para a confecção dessa dissertação, mas, também, para nossa vida profissional.

Ao Núcleo de Saúde da Família IV (NSF-IV), por autorizar a realização da pesquisa e disponibilizar o espaço do núcleo, contribuindo, dessa forma, para a viabilização desse estudo.

Ao grupo de 10 mães que entrevistei, por aceitarem participar dessa pesquisa, sendo importantíssimas para a confecção desse trabalho.

*Ao Grupo de Estudo de Pesquisa Qualitativa da Casa da Ciência, em especial à **Flávia Fulukava**, por contribuir para a melhoria do meu conhecimento sobre estudos qualitativos.*

*Aos meus primos **Marco Aurélio dos Santos, Luciana dos Santos e Adilson**. Meus grandes irmãos!! Muito obrigado por vocês sempre acreditarem no meu trabalho e por participarem de todos os momentos importantes da minha vida.*

*Aos meus grandes e inesquecíveis amigos: **Adriano Costa de Camargo, Igor Pereira dos Santos, Leandro Ribeiro Molina, Eduardo Ricci Junior, Fabio Roque Ieri, Edson Roberto Severini, Carlos Pereira dos Santos, Cassius Lampa, Deiner Segatto, Wagner Camargo, Nide Zahr, Diego, Elen Perez, Edson**, pela amizade e confiança.*

*Aos meus amigos **Evandro Batista Augusto e Quintino Moura Dias Junior**, pela ótima convivência, durante esses dois anos, e pela grande amizade conquistada.*

Aos amigos do vôlei pela amizade e pelos ótimos momentos de descontração que me ajudaram a esquecer os problemas e me deram força para a superação de vários obstáculos.

*Aos meus novos amigos **Murilo Deza Santos e Davi Malvar** pela amizade e confiança.*

Aos colegas de pós-graduação, pelos momentos de troca de experiências e conhecimento.

*Aos funcionários do Depto de Medicina Social, em especial para **Solange Pedersoli, Carolina Cecília B. Batista, Mônica Elisabeth Knaak, Regina Helena G. Alcântara, Rosane Aparecida Monteiro, Gilmar Mazzer**, pelo carinho, atenção, apoio e confiança. Muito obrigado por tudo. Vocês foram muito importantes para a realização desse trabalho.*

À Capes, pelo auxílio financeiro.

MUITO OBRIGADO!!!!

“Tudo dá certo quando a gente se entrega à vida de cada momento como se ela fosse a única, a última e ao mesmo tempo semente de tudo que ainda vai se viver.”(Comissão de Formatura FORP-USP, 2003)

RESUMO

DOMINGUES, S.M. Saúde bucal e tratamento odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço de saúde. 2006. 124p. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. 2006.

A figura da mãe no interior do ambiente familiar é de extrema importância, devido ao fato de que ela é a personagem principal da família, com voz decisória, no trato de questões de saúde e doença, sendo, também, responsável pelo equilíbrio no binômio saúde-doença, podendo, portanto, estar sendo a porta de entrada para uma boa ou má educação em saúde bucal para seu filho. O presente estudo teve por objetivo investigar quais as representações sociais de mães de crianças da faixa etária de 0 a 5 anos de idade do Núcleo de Saúde da Família IV, em Ribeirão Preto – SP, procurando saber qual o pensamento das mesmas em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico. Com a análise das entrevistas, constatamos uma grande dificuldade, por parte das mães, em se expressar a respeito do que seria saúde. Para elas a saúde bucal está relacionada com normas de higiene, dietéticas e a ida ao dentista, restringindo-se na preocupação com a estética e pouco com a função. Já em relação ao tratamento odontológico, verificou-se que a grande maioria das mães entrevistadas demonstrou apresentar medo, causado pela sua experiência anterior com o tratamento. Para essas mães o tratamento odontológico particular está associado à pontualidade e ao atendimento da maneira desejada e o tratamento oferecido pelo setor público à demora e à falta de equipamentos/materiais. Pode-se perceber que duas questões são importantes para elas e podem estar determinando a decisão de ir ou não ao dentista: humanização e competência. Esta pesquisa contribui para o diagnóstico em saúde bucal e para o desenvolvimento de ações públicas voltadas à melhoria das condições de saúde da população e busca subsidiar possíveis mudanças nas ações dos cirurgiões-

dentistas, seja na promoção de saúde ou mesmo na ação curativa e na superação das desigualdades que, ainda hoje, estão presentes na área.

Palavras-chave: 1. Representações 2. Mães 3. Saúde bucal 4. Tratamento odontológico

ABSTRACT

DOMINGUES, S.M. Oral health and dental treatment: the social representations of mothers users of a health service. 2006. 124p. Dissertation (Máster of Public Health) School of Medicine. University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2006

The mother's figure inside the family environment is extremely important, because she is the main family's character with voice to take decisions in the treatment of health and illness questions, being, also, responsible for the balance in health-illness and, therefore, able to be the entrance door for a good or bad education in oral health for its son. The present study investigated the social representations of mothers with children aged 0 to 5 years old from the Nucleus of Family Health IV, at Ribeirão Preto – SP, trying to know what they think about oral health and dental treatment. The analysis of the interviews evidenced an enormous difficulty, by the interviewed ones, to talk about health. For them the oral health is related with norms of hygiene, dietary and go to the dentist, restricting itself in the concern with the aesthetic one and a little with the function. Already in the dental treatment, it was verified that the great majority of them demonstrated to present fear, caused for the previous experience with the treatment. For these mothers the private dental treatment is associated with accuracy and the attendance in the desired way and the treatment offered by the public sector to the delay and the lack of equipment/materials. It can be perceived that two questions are important for them and they can be determining the decision to go or not to the dentist: humanization and ability. This research contributes for the diagnosis in oral health and the development of public actions directed to the improvement of the health conditions of the population and promote possible changes in the dentists actions, either in health promotion or in the curative action and the overcoming of the inequalities that, still today, are inside the area.

Key-words: 1. Representations 2. Mothers 3. Oral health 4. Dental treatment

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------|---|
| CSE | Centro de Saúde Escola |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| NSF-IV | Núcleo de Saúde da Família IV |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1- Apresentação do Problema | 16 |
| 1.2- Tema de Pesquisa | 17 |
| 1.3- Objeto de Investigação | 19 |
| 1.4- Justificativa | 23 |
| 2 OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO | 35 |
| 2.1- Objetivo Geral | 36 |
| 2.2- Objetivos Específicos | 36 |
| 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 37 |
| 3.1- As representações sociais | 38 |
| 3.2- O desenvolvimento emocional | 42 |
| 3.3- A origem do medo..... | 45 |
| 4 METODOLOGIA | 48 |
| 4.1- Abordagem qualitativa | 49 |
| 4.2- Local da pesquisa | 51 |
| 4.3- População de estudo | 52 |
| 4.4- Coleta de dados | 54 |
| 4.5- Análise de dados | 56 |
| 4.6- Aspectos éticos | 57 |
| 5 RESULTADOS e DISCUSSÃO | 59 |
| 5.1- O trabalho de campo | 60 |
| 5.2- Caracterização das mães | 61 |

| | |
|---|------------|
| 5.3- A prática do cuidado | 64 |
| 5.4- Saúde bucal na visão das mães | 70 |
| 5.5- O significado do tratamento odontológico | 80 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 95 |
| REFERÊNCIAS | 103 |
| ANEXOS | 118 |

1.1 Apresentação do Problema

Como graduando do último semestre da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP-USP), cursando a Disciplina de Odontopediatria, aprendi a observar melhor meus pacientes, percebendo algumas mudanças de comportamento das crianças na presença e na ausência de seus pais, principalmente das mães.

Aquelas crianças que entravam no ambiente da clínica, na companhia da mãe, geralmente, apresentavam resistência no momento do atendimento. Já com as que entravam sozinhas, conseguia-se conversar e tentar convencê-las da necessidade e da importância do tratamento. Essa constatação me chamou a atenção e causou interesse.

Certo dia, conversando com uma criança que resistia ao tratamento, perguntei-lhe o que a afligia. A criança respondeu que sua mãe sempre lhe falara que o tratamento odontológico era doloroso e a mãe (quando criança) sempre tivera medo de ir ao dentista.

Ao realizar uma pesquisa no prontuário da criança e, posteriormente, questionando a mãe sobre os tratamentos anteriores realizados em sua filha, verifiquei que a criança nunca havia sido submetida a um tratamento invasivo¹. Somente após uma longa conversa, consegui convencer a criança a aceitar o tratamento.

Esse relato e as observações feitas com as crianças e mães no ambiente da clínica, despertaram-me a curiosidade de conhecer com mais profundidade essas mães, tentando desvendar o que pensam em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico. Dessa forma, produzindo

¹ Entenda como tratamento invasivo todo o tratamento que promove alguma alteração na mucosa oral, tecidos periodontal, ósseo, dentes, utilizando instrumentos perfuro-cortantes.

conhecimento e subsidiando futuras e possíveis mudanças nas ações dos cirurgiões-dentistas, na promoção da saúde ou mesmo na ação curativa, acredito poder contribuir para a melhoria da minha profissão.

1.2 Tema da pesquisa

A odontologia é uma ciência que estuda todas as partes constituintes do sistema estomatognático, ou seja, os dentes, os ossos, mucosas, tecidos periodontais etc. Devido ao grande universo, a mesma se ramifica em várias áreas, como por exemplo: a estética, a reabilitação oral, a ortodontia, a endodontia, entre outras.

Certamente, a parte clínica da odontologia é extremamente necessária e importante para a população em geral. No entanto, nessa especialidade, na grande maioria das vezes, resume-se o paciente à cavidade bucal, esquecendo-se do restante do corpo físico e de tudo que está no seu entorno. Um exemplo, é o fato de quase não se levar em consideração os aspectos culturais, sociais e econômicos que envolvem e fazem parte da vida dos pacientes e que são de igual importância como as outras ramificações da odontologia.

Assim, deixa-se de conhecer o paciente como um todo, podendo dificultar o trabalho do dentista na obtenção ou na manutenção da saúde bucal de seus pacientes, ou seja, o exercício de sua função.

O papel dos dentistas, no contexto de saúde bucal da população, é de grande importância, uma vez que esses profissionais apresentam amplo conhecimento a respeito dos fatores etiológicos, meios de prevenção e controle das doenças bucais.

A disseminação desses conhecimentos, objetivando a promoção de saúde da população, portanto, representa a principal meta educacional a ser alcançada, fato que deve ser iniciado o mais precocemente possível, através da orientação às gestantes e às mães de recém-nascidos, já que estas passam a ser o principal agente para o desenvolvimento de hábitos em seus filhos. (RAMOS; MAIA, 1999, p. 2)

O desenvolvimento desses hábitos seria, provavelmente, influenciado pelos hábitos da mãe, pois é ela quem, geralmente, fica responsável pelos cuidados com a saúde de seus filhos e, especificamente, pelos cuidados em saúde bucal.

Autores como Verrips, Kalsbeek e Eijkman (1993), Guedes Pinto (1995), Peres, Bastos e Latorre (2000) e Skaret et al. (2001) fazem referência à saúde bucal infantil na dependência dos cuidados maternos. Apontam, também, os aspectos educacionais, econômicos, étnicos e culturais das mães como importantes indicadores de influência na saúde bucal. “No primeiro ano de vida do bebê a mãe é reconhecida por ter papel fundamental na saúde bucal futura da criança.”(SANTI, 2003, p. 6). “O papel materno estende-se para outras fases do crescimento e desenvolvimento infantil.”(SANTI, 2003, p. 7)

Wel (1988) relata em seu estudo que as atitudes da criança em relação aos conhecimentos e cuidados dentais são ensinados pelos pais.

Assim, deve-se ter em mente que a conduta das pessoas frente à manutenção da saúde bucal pode ser influenciada pelos conhecimentos que elas possuem, ou pela própria cultura do grupo a que elas pertencem.

Foram essas leituras e indagações que nos levaram a investigar qual o pensamento, em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico, de um

determinado grupo de mães de crianças de zero a cinco anos de idade, pois as mesmas podem, supostamente, estar sendo a porta de entrada para uma boa ou má educação em saúde bucal para seus filhos.

1.3 Objeto de investigação

Sabe-se que a profissão odontológica apresenta como principal objetivo promover saúde bucal para a população em geral. No entanto, sabemos que promover a saúde bucal é algo bastante desafiador num país em que uma grande porcentagem da população apresenta dentes cariados, problemas periodontais, ortodônticos, estéticos, além dos problemas de caráter médico.

Na definição explicitada na Carta de Ottawa (OMS, 1986)

[...] promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para que ela própria possa participar e controlar ações para a melhoria da sua qualidade de vida e saúde.

Para que ocorra essa capacitação, que enfatiza a autonomia dos sujeitos e grupos sociais na gestão da saúde e na luta coletiva por direitos sociais, faz-se necessário conhecer o pensamento dessa comunidade sobre o que seria saúde e o conhecimento científico dos riscos à saúde.

Assim, o que seria saúde? E saúde bucal? E para as mães, o que significa saúde bucal? Qual a importância que estas mães atribuem ao tratamento odontológico de uma forma geral?

Do ponto de vista epistemológico, a dificuldade de conceituar saúde é reconhecida desde a Grécia antiga (CANGUILHEM, 1990). Há uma carência de estudos sobre esse conceito propriamente definido, parecendo indicar uma dificuldade do paradigma científico dominante nos mais diversos campos

científicos de abordar a saúde positivamente. Por outro lado, tal pobreza conceitual pode ter sido resultado da influência da indústria farmacêutica e de uma certa cultura da doença, que têm restringido o interesse e os investimentos em pesquisas a um tratamento teórico e empírico sobre a questão da saúde como mera ausência de doença (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

No capítulo intitulado “Processo saúde-doença e níveis de prevenção”, do livro “Fundamentos de Epidemiologia”, Laprega (2004, p. 2) afirma:

A saúde já foi considerada como uma espécie de ‘silêncio orgânico’, ou seja, do ponto de vista fisiológico existiria um estado de harmonia e equilíbrio funcional em que os diversos sistemas e aparelhos não dariam nenhum sinal de irregularidade.

Rojas (1974) ressalta que pensar sobre a saúde, dessa maneira, leva-nos a percebê-la individualmente e do ponto de vista clínico, deixando de lado outros aspectos do ser humano, como a vida social, mental e emocional.

Além disso, poderíamos considerar como em estado de saúde uma pessoa que estivesse com uma infecção ou qualquer outra doença em estágio subclínico? Esses questionamentos geram polêmica entre os profissionais, tanto que, segundo Rose (1985), a lógica dicotômica (doentes X não doentes) que se aplica muito bem no processo decisório da clínica (onde se necessita saber sinais, sintomas específicos para determinar se o indivíduo está doente ou não), não pode usar-se com âmbito populacional, pois pode gerar conclusões confusas e, algumas vezes, incorretas. Isto porque o indivíduo pode não apresentar aquelas características decisórias da clínica para se

definir se está doente ou não (estágio sub-clínico), podendo estar numa fase de evolução para a doença.

Dessa forma, seria incorreto, segundo Rose (1985), em âmbito populacional, dizer que esse indivíduo está normal ou mesmo saudável.

A questão da normalidade tem ocupado uma posição de flagrante centralidade na sociologia, desde a sua constituição como disciplina científica. Um de seus fundadores, Émile Durkheim (1968), afirmou que o objetivo principal de qualquer ciência da vida, seja ela individual ou social, é a definição e a explicação do estado normal, bem como a diferenciação do seu estado patológico. Posteriormente, as teorias sociológicas sobre o papel de doente e o rótulo, dominante no campo das ciências sociais, aplicadas à saúde nos anos 1950 e 1960, de certa forma, buscaram realizar tal intento, ao explorar os fatores envolvidos na definição dos fenômenos normais e patológicos e suas implicações. Entretanto, normalidade não é sinônimo de saúde, bem como o par conceitual normal-patológico não sustenta uma correspondência de oposição entre saúde e doença (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

Opondo-se à perspectiva da diferença quantitativa entre o normal e o patológico difundida por Comte (1854), no século XIX, Canguilhem (1963, 1943), afirmou uma diferença de natureza qualitativa entre esses fenômenos. Segundo este autor, a saúde é uma norma de vida superior, sendo a doença uma norma de vida inferior. Enquanto a saúde caracteriza-se pela abertura às modificações e pela instituição de novas normas de saúde, o patológico corresponde à impossibilidade de mudança e à obediência irrestrita às normas. Sendo a normatividade uma dimensão da saúde, cada indivíduo tem, para si mesmo, sua própria concepção de saúde.

Se a fronteira entre saúde e doença é imprecisa para indivíduos diferentes e considerados simultaneamente, ela tampouco é precisa para um único indivíduo considerado sucessivamente, pois a fronteira pode variar ao longo do tempo, e o que é normal, em uma situação, pode se tornar patológico em outra. Além disso, a saúde implica o adoecimento e a saída do estado patológico. Canguilhem (1963, 1943) argumenta que se a possibilidade de testar a saúde pela doença fosse eliminada, o ser humano não teria mais a segurança de ser saudável. Ainda que os conceitos de saúde e doença difiram, o estado temporário de doença integra a saúde (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um indivíduo é considerado saudável quando apresentar o completo bem estar físico, psicológico, mental e social, sendo considerado doente quando houver alguma alteração em qualquer um desses fatores.

Segre e Ferraz (1997) questionaram essa definição da OMS, considerando-a ultrapassada, por visar a uma perfeição inatingível, atentando-se as próprias características da personalidade.

Já, especificamente, em relação à saúde bucal, há um autor que a define como sendo

[...] um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas) que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição, fonação e também, tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento. (NARVAI, 2001)

Dessa forma, saúde bucal é o resultado da boa harmonia entre essas condições objetivas e subjetivas, sendo necessário, para a conquista e manutenção da mesma o acompanhamento realizado pelo dentista.

No entanto, para a realização desse acompanhamento, mostra-se necessário conhecer o cliente a ser atendido, procurando identificar o pensamento em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico para, assim, atingir o objetivo proposto: a saúde bucal.

Foi a partir dos questionamentos mencionados que se resolveu investigar as representações sociais dessas mães em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico, que podem estar sendo transmitidas de uma geração para outra, e estar influenciando positiva ou negativamente a saúde bucal das mesmas e de seus filhos.

1.4 Justificativa

A odontologia vem se aperfeiçoando cada vez mais, criando equipamentos novos, melhorando a qualidade de seus materiais, e se esforçando por formar profissionais capacitados para atender ao público em geral.

No entanto, mesmo com esse enorme avanço, na área da saúde, algumas pessoas ainda apresentam um certo receio em relação ao tratamento odontológico, o que nos deixa extremamente preocupados enquanto cirurgiões-dentistas, surgindo uma grande dúvida sobre o que estaria influenciando ou mesmo atrapalhando o principal objetivo da odontologia: promover saúde para o cliente, devolvendo estética e função, buscando a grande satisfação do mesmo.

Segundo Boltanski (1989) as mães de classes populares ou a faixa inferior das classes médias, frente às doenças que atingem seus filhos, tentam reconhecer como certos sintomas se a criança está doente ou não (prática médica familiar), chamando, em último caso, o médico. Ainda, segundo o mesmo autor, as doenças que atingem seus filhos são divididas em aquelas que são passíveis de serem tratadas pela mãe através de seu pequeno conhecimento (prática médica familiar) e aquelas doenças mais graves que são tratadas pelo médico (prática médica oficial), sendo que ambas as práticas médicas não se excluem mutuamente, ao contrário, parecem ser essencialmente complementares. O autor ainda ressalta o fato de que se criou, ao longo do tempo, um certo distanciamento entre o paciente e o profissional, a população se sentindo ignorante em relação ao mesmo, devido ao seu vocabulário rebuscado e técnico do dia-a-dia da profissão.

Como não possuem mais aquele conjunto de esquemas explicativos e de receitas que constituía a medicina popular, e que nada veio preencher o vazio assim criado senão a consciência infeliz e angustiada de sua ignorância e falhas frente aos detentores do conhecimento legítimo, os membros das classes populares estão hoje diante da doença, da medicina e dos médicos como diante de um universo estranho [...] (BOLTANSKI, 1989, p. 34)

Ocorre que o simples ato de pronunciar a palavra “dentista” ou de ouvir o barulho do “motorzinho” (alta/baixa rotação) causam um “frio na barriga” de muitas pessoas. São os medos apreendidos ao longo da vida que nem mesmo a alta tecnologia empregada atualmente consegue fazer desaparecer. Certamente, seria necessário questionar se há uma ligação automática entre desenvolvimento tecnológico e a diminuição dos “medos”, procurando verificar

quais as mudanças culturais que já estariam em curso, pois quando pensamos em “medos” estamos pensando em cultura.

Kanegane et al. (2003) avaliaram a frequência de pacientes com ansiedade ou medo do tratamento odontológico em um serviço de urgência. Participaram do estudo 252 pacientes, com 18 anos ou mais, que compareceram ao serviço de urgência de uma faculdade de odontologia de São Paulo – SP, entre agosto e novembro de 2001. Para avaliar a ansiedade, foram utilizadas a *Modified Dental Anxiety Scale (MDAS)* e a escala de medo, de Gatchel. O grupo estudado respondeu às questões sobre: tempo decorrido desde a última visita ao dentista e desde o início dos sintomas, escolaridade, renda familiar e história prévia de trauma. Concluiu-se que pacientes ansiosos, com ênfase para as mulheres, são frequentes no atendimento odontológico de urgência e que uma experiência prévia traumática mostrou-se importante para o desenvolvimento da ansiedade em relação ao atendimento odontológico.

Em outro estudo, Schüller, Willumsen e Holst (2003) procuraram descrever a prevalência do medo em relação ao tratamento odontológico na população adulta norueguesa de acordo com a idade e explorar diferenças na saúde bucal, higiene bucal e hábitos entre indivíduos com medo e sem medo. Verificaram que aquelas pessoas com medo tiveram um número estatisticamente significativo de superfície dental destruída, dentes destruídos e perdidos em relação àqueles que não apresentavam medo. Dessa forma, concluem que o cirurgião-dentista deveria tentar entender quais são os medos dos seus pacientes e porque ocorrem, para que se consiga evitar ou diminuir as situações que porventura possam acionar o mecanismo de defesa (medo), garantindo, assim, um tratamento mais efetivo.

Além disso, durante anos e anos a odontologia se apresentou como algo para poucos, devido ao alto custo de seus materiais e conseqüentemente do tratamento odontológico. Dessa forma, somente uma minoria podia freqüentar o consultório do cirurgião-dentista e, assim, receber o tratamento necessário para obter uma melhor saúde bucal. A conseqüência disso é que 50% dos brasileiros na faixa etária dos 40 anos de idade são desdentados (NARVAI, 1994).

Segundo dados do Projeto SB Brasil (2003), à faixa de etária dos 40 anos de idade, 35,83% da população necessita de prótese superior e 70,99% de prótese inferior, mostrando-nos o grande número de desdentados que o país ainda apresenta.

Sabe-se que o alto custo do tratamento odontológico permanece até hoje, o que é explicado pelo grande avanço obtido por parte dos materiais restauradores, das próteses etc., ou seja, do tratamento curativo ou restaurador/reabilitador. Assim, o tratamento odontológico permanece restrito àqueles que apresentam condições de pagar pelo tratamento.

Segundo Pinto (1992), apesar das dificuldades que a escassa disponibilidade de dados causa, é possível afirmar que os gastos com odontologia – e principalmente os desembolsos pessoais – aumentaram de maneira significativa na década: estima-se que no ano de 1989 em torno de dois bilhões e quatrocentos milhões de dólares foram gastos com saúde bucal no país, cabendo às instituições do setor público junto com as entidades para-oficiais apenas 30% desse total (os gastos pessoais foram de US\$ 1.700.000.000) (...). Calcula-se que no ano de 1989, a partir de todas as fontes, públicas e privadas, o Brasil despendeu cerca de vinte e dois bilhões e

novecentos milhões de dólares com saúde, dos quais dois bilhões e quatrocentos milhões em cuidados odontológicos, o que corresponde a uma despesa *per capita* de 158,80 e de 16,60 dólares respectivamente (...). [Quanto aos gastos pessoais com saúde], em torno de 53% dos gastos ocorrem nas regiões Metropolitanas, 37% nas demais cidades e 10% na zona rural (..). O gasto *per capita* é semelhante nas regiões sudeste, sul e centro-oeste, onde varia de 93 a 99 dólares, mas cai significativamente no nordeste, onde é apenas 33 dólares em média e no norte onde não chega a 49 dólares. Relativamente, as cifras mais elevadas encontram-se nas capitais da região centro-oeste e as mais ínfimas na zona rural nordestina, onde cada habitante despende ao ano somente 17 dólares com saúde. A média nacional para a zona rural não chega a 29 dólares por pessoa.

Mesmo com os dados mencionados, sabe-se que ainda não foi suficiente para que tivéssemos uma melhora significativa da condição de saúde bucal da população. Segundo o Ministério da Saúde, 1988, os gastos do setor público, além de serem insuficientes, apresentam importantes problemas de distribuição por grupos populacionais. Dados de 1986 indicam que aproximadamente 52% dos recursos são destinados à atenção terciária da população adulta urbana e 6% à rural, apoiando uma linha de atendimento por livre demanda, portanto sem programação. Só 35% estão alocados a programas de cuidados básicos ao grupo prioritário formado por escolares primários de 6 a 14 anos. São gastos em administração 5% e não mais que 2% em ações coletivas de prevenção. Os dispêndios em odontologia representam algo perto de 0,16% do PIB nacional e 3,5% de todos os gastos em saúde (5% na área privada e 2,6% na área pública). Dessa forma, deveria se pensar em algo que melhorasse a

condição de saúde bucal da população e ao mesmo tempo fosse de baixo custo, eficiente, atingindo o maior número possível de pessoas, principalmente nas áreas mais pobres, onde o acesso ao tratamento odontológico era menor. Aproximadamente 2/3 dos trabalhadores não têm, no Brasil, condições reais de serem atendidos em clínicas privadas, nas quais concentra-se quase $\frac{3}{4}$ do tempo de trabalho ofertado pelos cirurgiões-dentistas brasileiros, conseqüências da “odontologia de mercado”, sendo essa última caracterizada pela produção-consumo privada de bens e serviços sob regulação do mercado. (NARVAI, 1994).

Segundo Narvai (1994) há pouca participação do Estado no financiamento dos serviços odontológicos, diferentemente da assistência médica e hospitalar. O valor gira em torno de 18,2% de financiamento dos serviços odontológicos. Isso se daria, também, devido a não ocorrência de formação de um público consumidor de bens e serviços públicos sanitário-bucal que reivindicassem e realizassem propostas específicas de medidas de saúde bucal. Essas decisões, geralmente, são tomadas por pessoas que estão inseridas dentro da burocracia governamental. Dessa forma, a saúde bucal para o cidadão comum nunca é estabelecida como direito assegurado pelo Estado, seja por iniciativa própria, seja pela compra de serviços no mercado. (NARVAI, 1994).

Percebeu-se que o tratamento curativo e restaurador/reabilitador apresentava um alto custo, culminando com a eleição do tratamento preventivo como a chave para uma melhoria da condição de saúde bucal, devido ao seu baixo custo e eficiência em atingir uma maior parcela da população que, até então, não tinha acesso ao tratamento. Segundo Narvai (1994) deve-se ter em

mente que apenas com ações preventivas se conseguirá reverter o quadro calamitoso em que se encontra a saúde bucal do brasileiro. E ainda, segundo Rose (1985), ações generalizadas de promoção de saúde são cruciais para alterar substancialmente a ocorrência do grande universo de enfermidades e agravos. No segundo seminário sobre ensino odontológico, promovido pela Organização Pan-Americana da Saúde, com apoio da Associação Latino-Americana de Odontologia e da *W.K. Kellog Foundation*, de 18 a 24 de outubro de 1964, na cidade do México, defendeu-se que:

‘ Dado el crecimiento vertiginoso de la población de América Latina, se considera imposible que el problema de salud oral pueda resolverse por medio del tratamiento curativo. Es por ello imperativo recurrir a las técnicas preventivas y de salud pública y también que el odontólogo, además de su función asistencial y preventiva, asuma responsabilidades como miembro de la comunidad ‘. (NARVAI, 1994, p. 41)

Durante as gerações passadas e até hoje, os cirurgiões-dentistas acreditavam ou acreditam que alguns pacientes estiveram acostumados a procurá-los somente em caso de dor ou quando havia ou há comprometimento da estética. Em função disso, há uma grande tentativa em mudar esse conceito da população, conscientizando as pessoas sobre o grande poder da “prevenção”. Mostrar que a saúde bucal começa em casa, realizando uma boa higienização bucal, acostumando as crianças, principalmente as de 0 a 5 anos de idade, com a manipulação da boca, promovendo a sensação de “boca limpa”, ou seja, ensinando a elas a importância da manutenção da saúde bucal assim como da saúde geral. A faixa etária de 0 a 5 anos mostra-se importante, devido ao fato de ser uma fase na qual se inicia o irrompimento dos dentes

decíduos ou “dentes de leite”, sendo que qualquer problema nessa primeira dentição poderia estar gerando problemas para a dentição permanente (ARAUJO, 1988). E, também, devido à idade-índice de 5 anos ser de grande interesse em relação aos níveis de doenças bucais na dentição decídua, uma vez que podem exibir mudanças em um período de tempo menor do que a dentição permanente em outras idades – índice (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Oliveira Júnior (1997) estudando o grau de conhecimento sobre saúde bucal de gestantes das classes média e alta de Araraquara, a fim de apontar diretrizes para a implantação do programa preventivo (que considera a desinfecção das mãos, ou seja, a quebra da corrente de infecção e, conseqüentemente, a determinação de indivíduos de baixo risco de cárie, sendo um dos programas mais promissores), concluiu que as informações referentes à infecção cariogênica entre mãe e filho devem ser amplamente divulgadas, a fim de garantir a participação e o interesse dessas mulheres.

Gunay et al. (1998) determinaram os efeitos do programa de prevenção em saúde oral realizado antes e após o nascimento de algumas crianças, verificando que todas as mães mostraram uma melhora significativa na saúde oral e uma redução na colonização por *streptococcus mutans*, concluindo, dessa forma, que o programa de prevenção pré e pós-natal pode melhorar, significativamente, a saúde oral da mãe e da criança.

Köhler e Andréen (1994) investigando se medidas de prevenção à cárie em mães portando bactérias cariogênicas e experiência de cárie poderiam influenciar na experiência de cárie em seus filhos, concluíram que a redução dos *streptococcus mutans*, em mães cujos dentes foram altamente colonizados

durante o nascimento da dentição primária ou decídua em seu filho, podem prevenir ou mesmo atrasar a colonização dessa bactéria na criança por um período prolongado de tempo, sendo que esse atraso na colonização também poderia estar influenciando no desenvolvimento de cáries.

Kowash et al. (2000) determinaram o efeito da educação em saúde bucal na diminuição da incidência de cárie em crianças, sócio-economicamente pobres com alto índice de cárie, através de visitas regulares nas casas por pessoas treinadas, sendo as visitas realizadas por um período de três anos, concluindo que as visitas regulares nas casas dessas mães, após a erupção do primeiro dente decíduo de seus filhos, mostraram serem efetivas na prevenção da ocorrência da doença cárie.

Tollara (1999) investigou as atitudes e comportamentos maternos relacionados aos cuidados dentais de suas crianças, que foram pacientes tanto na clínica odontológica pública (Clínica Odontológica da Universidade de São Paulo) quanto na privada. Questionários foram aplicados em 30 mães de crianças com idade variando de 1-3 anos, na clínica pública, que oferece tratamento dentário gratuito para residentes locais e 30 mães de crianças, da mesma faixa etária, em uma clínica privada levadas pelos pais com nível sócio-econômico geralmente alto. Concluiu que as diferenças nos comportamentos e atitudes maternas com relação aos cuidados dentários das crianças podem, algumas vezes, estar relacionados às classes sociais.

Okada, Kawamura e Miura (2001) investigaram a influência da atitude em relação à saúde oral de mães nos níveis de saúde gengival de suas crianças (filhos), concluindo que a saúde gengival das crianças pode ser,

significativamente, influenciada pela atitude em relação à saúde oral de suas mães até, aproximadamente, dez anos de idade.

Seow, Cheng e Wan (2003) examinaram os efeitos da educação em saúde bucal de mães de crianças na fase pré-escolar e da instituição da escovação para promover a diminuição do número de *streptococcus mutans*, concluindo que a sessão de educação em saúde bucal e a instituição da escovação, para as mães, resultaram em aproximadamente 25% de redução na infecção com mutans nessas crianças de relativo alto estatus sócio-econômico.

Santi (2003), em um estudo com mães apresentando filhos, da faixa etária de 0 a 6 anos, em atendimento odontológico pelo Curso de Graduação em Odontologia, de Especialização em Odontopediatria e da Clínica de bebês da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, buscou compreender os significados atribuídos por essas mães em relação ao seu papel como cuidadora da saúde bucal do seu filho. Realizou-se entrevistas semi-estruturadas e observação durante o atendimento odontológico, concluindo-se que a mãe pode ser considerada como um agente multiplicador de ações educativas relacionadas à saúde bucal, uma vez que a atuação materna não fica circunscrita a ajudas momentâneas durante o atendimento clínico, perpassando as barreiras físicas, chegando aos cuidados diários na manutenção da saúde bucal do filho. Dentro dessa lógica, segundo a autora, há que se investir na capacitação dos profissionais que lidam diariamente com tais mães e todos os indivíduos da família, para que estes se sintam responsáveis pela saúde das crianças menores.

No entanto, para que se consiga realizar o que Santi (2003) sugere em seu trabalho, é necessário que ocorram mudanças significativas no sistema de saúde brasileiro. Mudanças essas que o governo vem tentando implantar, sendo o Programa de Saúde da Família (PSF) uma delas, com o intuito de melhorar o acesso da população a um atendimento completo, digno e mais humano. O PSF vem como uma estratégia de reorganização do modelo assistencial a partir da Atenção Básica de Saúde (Atenção Primária de Saúde) em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Dessa forma, o PSF não é um programa. Seus objetivos específicos são: atenção à saúde focada na família e na comunidade como núcleo básico de abordagem à saúde; práticas e relações distintas às tradicionais entre os profissionais de saúde, os indivíduos, suas famílias e as comunidades com assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade para a população adscrita; intervir sobre fatores de risco, situações de risco; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida. Conclui-se que o PSF tem função bem definida na prestação da Atenção Primária, devendo proporcionar aos serviços os conhecimentos, habilidades e atitudes para identificar os problemas de saúde de atenção primária, assistindo adequadamente os pacientes, as famílias e a comunidade, além de proporcionar práticas mais humanísticas na atenção primária. Neste sentido, o PSF apresenta-se como uma iniciativa importante no sentido de buscar reduzir a falta de igualdade existente no âmbito da saúde bucal.

É necessária uma forte ação de promoção de saúde perante toda a população e principalmente em famílias com crianças da faixa etária de zero a

cinco anos, pois é nessa fase da vida que a criança começa a criar seus hábitos, sejam eles bons ou ruins, podendo ou não ser a mãe a porta de entrada para a boa educação em saúde bucal dessas crianças.

No próximo capítulo desta dissertação, apresentamos os objetivos geral e específicos dessa investigação. Em seguida, no capítulo três, realizamos uma revisão de literatura com o intuito de fundamentar nossa pesquisa. No capítulo quatro, descrevemos a metodologia utilizada para conseguirmos contemplar os objetivos propostos, mencionando-se: a abordagem realizada; o local onde foi feita a pesquisa; a população utilizada para o estudo ou população alvo; a coleta de dados; a análise dos dados e, por fim, os aspectos éticos. No capítulo cinco, realizamos a apresentação dos resultados obtidos com a pesquisa e a discussão dos mesmos e, finalmente, no capítulo seis as considerações finais.

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo é investigar quais as representações sociais das mães de crianças de 0 a 5 anos de idade do Núcleo de Saúde da Família IV a respeito da saúde bucal e do tratamento odontológico.

2.2 Objetivos específicos

- ❖ Identificar e analisar o pensamento destas mães em relação à saúde bucal geral e de seus filhos;

- ❖ Identificar e analisar o pensamento das mesmas em relação ao tratamento odontológico.

3.1 As representações sociais

O conceito de representações sociais tem origem a partir de um trabalho intitulado *“La psychanalyse, son image et son public”*, de Serge Moscovici (MOSCOVICI, 1976), um psicólogo francês que “[...] ‘queria redefinir os problemas e os conceitos da psicologia social...,’ [...]”. (MOSCOVICI apud SPINK, 1993, p. 19).

Segundo Spink (1993), a vertente psicossociológica renovadora da qual Moscovici participava, de origem europeia, condenava a tradição norte-americana, por essa última não ser capaz “[...] de dar conta das relações informais, cotidianas, da vida humana, em um nível mais propriamente social ou coletivo.[...]”. (SPINK, 1993, p. 20)

Moscovici (1976) foi buscar uma primeira contrapartida conceitual em uma tradição sociológica extremamente oposta quanto a de Durkheim (1978). Esse último dizia que: “[...] ‘qualquer tentativa de explicação psicológica dos fatos sociais constituiria um erro grosseiro.’” (DURKHEIM apud SPINK, 1993, p. 21)

Durkheim (1978) formulou o conceito de “representações coletivas”, pelo qual procurava dar conta de fenômenos como a religião, os mitos, a ciência, as categorias de espaço e tempo etc. em termos de conhecimentos inerentes à sociedade. No entanto, verificou-se que havia diferença entre os fenômenos com os quais Moscovici (1976) e Durkheim (1978) se ocuparam. Assim, foi a partir do reconhecimento da existência de uma outra ordem de fenômenos, por parte de Moscovici (1976), que se exigiu um outro tipo de conceito para englobá-los. Daí o surgimento do termo “Representações Sociais”, afastando a

perspectiva “sociologista” extrema da noção original e a construção teórico-conceitual de um espaço psicossociológico próprio.

O termo representações sociais designa um conjunto de fenômenos apresentando um conceito que os engloba e uma teoria construída para explicá-los. As representações são:

[...] essencialmente dinâmicas; são produtos de determinações tanto históricas como do aqui-e-agora e construções que têm uma função de orientação: conhecimentos sociais que situam o indivíduo no mundo e, situando-o, definem sua identidade social – o seu modo de ser particular, produto de seu ser social. (SPINK, 1993, p. 8);

[...] campos estruturados pelo habitus e pelos conteúdos históricos que impregnam o imaginário social, seja porque são estruturas estruturantes desse contexto e, como tal, motores da mudança social. (SPINK, 1993, p. 9);

[...] valorativas antes de serem conceituais e respondem a ordens morais locais, ficando, como tal, prenhes de afeto; sendo conhecimentos práticos, estão orientadas para o mundo social, fazendo e dando sentido às práticas sociais. (SPINK, 1993, p.9)

“...noções e modos de pensamento construídos ao lado das trajetórias de vida dos sujeitos, influenciados, por conseguinte, pela experiência coletiva, pelos fragmentos das teorias científicas e dos saberes escolares, expressos, em parte, nas práticas sociais e modificados para servir à vida cotidiana.” (MOSCOVICI apud GAZZINELLI et al. 2005, p.4)

[...] um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social/ (...)conhecimentos culturalmente carregados, que adquirem sentido e significado pleno apenas se forem levados em consideração a situação e o estágio evolutivo em que se manifestam. (QUEIROZ, 2003, p.25)

Destacam-se dois processos sociocognitivos que atuam, dialeticamente, na formação das representações sociais: a objetivação e a ancoragem, e seus desdobramentos como o núcleo central e o sistema periférico. A objetivação é a transformação de uma idéia, conceito ou de uma opinião em algo concreto. Cristaliza-se a partir de um processo figurativo e social e passa a constituir o núcleo central de uma determinada representação, seguidamente evocada, concretizada e disseminada como se fosse o real daqueles que a expressam. É importante salientar que o núcleo central é o elemento que determina o significado de uma representação e, ao mesmo tempo, contribui para sua organização interna. Já a ancoragem apresenta um papel fundamental no estudo das representações sociais e do desenvolvimento da consciência, uma vez que se constitui na parte operacional do núcleo central e em sua concretização, mediante apropriação individual e personalizada por parte de diferentes pessoas constituintes de grupos sociais diferenciados. A ancoragem consiste no processo de integração cognitiva do objeto representado para um sistema de pensamento social preexistente e para as transformações, histórica e culturalmente situadas, implícitas em tal processo. (FRANCO, 2004)

Segundo Paixão (1986); Minayo (1993); Andrade (1996); Perini (1998) e Mallison (2002) existem vários estudos que utilizam o conceito de representações sociais dos processos de saúde e doença no Brasil, sendo, cada vez mais, utilizados na área da saúde pública e da epidemiologia. Especificamente, em relação à representação social de saúde bucal, alguns estudos também foram desenvolvidos no Brasil por Bernd (1992); Wolf (1998); Carneiro (2001); Mendonça (2001); Nations e Nuto (2002); Fernandes (2002) e Vargas (2002). Esses estudos, segundo Alves e Rabelo (1998) se intensificam

nas duas últimas décadas, contribuindo, de forma expressiva, para o entendimento das matrizes culturais das quais emergem os conjuntos de significados e ações relativos à saúde e doença e favorecendo a criação de:

[...] um contraponto aos estudos epidemiológicos que tendem a tratar o tema doença e cultura em termos de uma relação externa, passível de formulação na linguagem de fatores condicionantes. (ALVES; RABELO, 1998, p.107)

A abordagem utilizada nesses estudos é fortemente influenciada pela idéia de que as representações são concebidas como estruturantes das práticas, e essas, por sua vez, determinadas pelo sistema de representações. As representações sociais são assumidas, portanto, como um guia para as práticas, definindo o que é aceitável ou inaceitável em determinado contexto social.

Quando pensamos, por exemplo, no processo saúde-doença, o estudo das representações se mostra necessário e importante para que haja a possibilidade de se conhecer o pensamento dos indivíduos, os quais apresentam particularidades que precisam ser conhecidas e respeitadas para, assim, conseguir uma maior eficácia na disseminação dos conhecimentos.

No entanto, geralmente, imputa-se às pessoas informadas sobre os riscos de adoecimento, a responsabilidade de adotar um novo estilo de vida mais saudável. Desconsidera que no processo educativo lida-se com histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do sujeito que requer soluções sustentadas sócio-culturalmente (SMEKE; OLIVEIRA, 2001)

Verifica-se, dessa forma, que ainda prevalece o modelo hegemônico na prática profissional que, verticalmente, preconiza a adoção de novos

comportamentos, como o parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene, entre outros, e de estratégias geralmente ditas coletivas, como a comunicação em massa (SMEKE; OLIVEIRA, 2001). Tratam o público alvo como o objeto de transformação. Não são as situações de desigualdade que têm de mudar, mas, os sujeitos. (SMEKE; OLIVEIRA, 2001; GIORDAN, 2000; FREIRE, 1979; FREIRE, 1996)

Trabalhar com o conceito de representações sociais não é tarefa fácil, principalmente num país heterogêneo como o nosso, com diversas classes sociais, crenças, culturas, diversos costumes e valores. Mesmo assim, procuramos identificar quais seriam as representações sociais dessas mães do Núcleo de Saúde da Família IV em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico.

Fez-se necessário uma breve reflexão sobre o desenvolvimento emocional, desde a infância até a idade adulta, devido ao fato do surgimento de alguns sentimentos que poderiam gerar certos traumas que não seriam facilmente superados, significando, muitas vezes, obstáculos em suas vidas.

3.2 O desenvolvimento emocional

As emoções e sentimentos estão e sempre estarão ligados às necessidades humanas.

As emoções são reações mais simples, relacionadas com a satisfação ou insatisfação das necessidades orgânicas. Estão ligadas, por exemplo, à necessidade de alimento, água, ar, repouso, defesa do organismo etc. É evidente que também cores, sons, odores, enfim, sensações agradáveis e desagradáveis causem reações emocionais. Já os sentimentos estão mais

relacionados com as necessidades que surgiram no curso do desenvolvimento humano, ou seja, das relações sociais e das necessidades culturais e espirituais, necessidades que foram designadas como psicogênicas por Murray¹ (apud DORIN (sd²)). Necessidades de posse, ordem, reconhecimento, obediência, exibição, liderança, por exemplo, são responsáveis pelos sentimentos. Os sentimentos são, desse modo, específicos do homem e os estados sentimentais revelam o grau de maturidade e desenvolvimento social de um indivíduo. Recebem, os sentimentos, denominações semelhantes as das emoções: medo, tristeza, cólera, alegria, prazer, afeição etc (DORIN, sd).

As emoções básicas se modificam em virtude da maturação e da aprendizagem. O amadurecimento dos centros nervosos permite a existência de condicionamentos cada vez mais complexos, como provou Watson (GARRET apud DORIN, sd), com o estudo sistemático da conduta do menino Albert.

Dorin (sd, p.91) citando Watson (GARRET³ apud DORIN, sd) afirma:

[...] que o menino, ficando condicionado perante um determinado animal (um rato), passava a dar a mesma resposta perante animais semelhantes (princípio da generalização dos reflexos condicionados).

Assim, a aprendizagem exerce um importante papel no desenvolvimento emocional da criança. Conseqüentemente, pais e educadores podem guiar seus filhos e discípulos de modo a terem reações mais controladas, porque a raiva, o medo, o ciúme, o desprazer, por exemplo, não são congênitos, pelo

¹ Para um maior aprofundamento consultar MURRAY. Psicologia Geral

² Ausência de data no livro consultado

³ Para um maior aprofundamento consultar: GARRETT, H.E. Grandes experimentos da Psicologia. Companhia Editora Nacional, São Paulo, 1959.

menos do modo como se manifestam nas crianças (medo de escuro, raiva de outra pessoa, ciúme do irmão etc) (DORIN, sd).

Segundo Dorin (sd) para Watson (idem, op. cit), as primeiras emoções surgem depois do nascimento. O medo é uma delas, apresentando as seguintes características:

É provocado em crianças de alguns meses por ruídos fortes, estímulos dolorosos e súbita falta de apoio; a criança prende a respiração, procura agarrar-se a qualquer objeto. São observadas reações fisiológicas como a constrição vascular periférica, queda do ritmo dos batimentos cardíacos, aumento do peristaltismo intestinal. (DORIN, sd)

As emoções e sentimentos se tornam complexos à medida que a criança amadurece e passa a viver em diferentes grupos sociais. O que é característico até por volta de 6 anos, entretanto, é o estado de inconstância emocional. A criança passa de um estado emocional a outro com relativa rapidez e com certa freqüência.

Na escola, os professores provocam o surgimento de sentimentos morais, sociais e estéticos. A família, a escola e demais instituições sociais que exercem têm influência direta sobre as crianças, levando-as a admitir certos sentimentos e a reprimir outros.

Essa influência da família, especificamente a da mãe, por exemplo, poderia estar promovendo, nas crianças, o sentimento de medo e dificultando, dessa forma, o tratamento odontológico?

3.3 A origem do medo

Desde os primeiros anos de vida, todos nós somos ou fomos, de alguma forma, perturbados pelo medo. Algumas vezes, esses medos chegam a afetar a liberdade de ação do indivíduo. Em adultos também, muitas vezes, o medo aparece e a maioria luta com apreensões que têm raízes nos seus temores de infância. Embora algumas pessoas não reconheçam os seus temores, os adultos realistas admitem o fato de que o medo teve e tem, ainda, um lugar importante em suas vidas.

A palavra “medo” é empregada na linguagem cotidiana para denotar:

[...] uma variedade de apreensões que vão desde o temor extremo a perigos evidentes (como um cão ameaçador, por exemplo), até uma espécie mais complicada de inquietação (como, por exemplo, a preocupação por ter de dar lição em classe ou o medo de ser apanhado por um temporal, muito embora, no momento, faça tempo bom). (JERSILD, 1977, p. 276)

Durante a infância, os temores de uma criança aparecem em resposta a acontecimentos do seu ambiente imediato. Com o crescimento, a ordem dos seus temores torna-se maior. Ao adquirir a capacidade de rememorar seu passado e antecipar seu futuro, grande número dos seus temores liga-se a perigos distantes, antevisões do que pode o futuro trazer e apreensões relativas aos seus próprios impulsos e ao que fez ou ao que poderia fazer.

Jersild (1977), citando Watson (1924a, 1924b), aponta que, antigamente, acreditava-se que muitos dos nossos temores eram instintivos, como o medo de animais, do desconhecido, de grandes massas de água. Mais tarde, propôs-se uma teoria segundo a qual só existem dois estímulos “naturais” na origem do medo, a saber, os ruídos fortes e o repentino deslocamento ou perda de

apoio. Essa explicação era bastante simples e bastante imprópria. As circunstâncias que dão origem aos temores, ditos “não apreendidos”, da criança compreendem, não apenas, os ruídos e a perda de apoio, mas qualquer estímulo intenso, inesperado, repentino ou desconhecido, ou qualquer situação que exija dado tipo de adaptação para a qual o organismo não está preparado. Ademais, se dado estímulo pode ou não provocar o medo depende não apenas da natureza do estímulo, mas da situação do indivíduo que está reagindo e do cenário total em que ocorre o estímulo. Um susto ou um ruído intenso pode provocar o medo, quando uma criança se acha em companhia de uma pessoa desconhecida, e não provocá-lo quando está perto de uma pessoa conhecida (JERSILD, 1977).

O mesmo autor, citando Holmes (1935), aponta que o medo das crianças passa por um importante processo de maturação, podendo-se verificar uma criança precoce ou de desenvolvimento adiantado apresentando medo de coisas que não perturbam outras crianças, até que se tornem mais velhas.

Os temores são influenciados também pela aprendizagem. Em virtude de uma penosa experiência, ou de ter sido assustada ou dominada, pode a criança “aprender” a temer algo que antes não a incomodava.

Os adultos podem ter uma influência diferente sobre os temores das crianças, por intermédio do exemplo dado pelos seus próprios temores.

Por meio de manifestações evidentes ou sutis dos seus temores, podem os adultos não apenas sugerir à criança a presença do perigo, mas também enfraquecer a convicção da segurança que ela tem, sob a sua proteção. (JERSILD, 1977, p. 290)

Enquanto predominar o medo, na sociedade em que vivem, não há, provavelmente, meios de poupar a criança do exemplo de medo dado pelos

outros (JERSILD, 1977). No entanto, poderia-se tentar aprender a lidar com esse tipo de sentimento para que o mesmo não cause problemas futuros.

Os pais, mais especificamente a mãe, poderia ser o elo para essa tentativa. Esta, pelo fato de ser, geralmente, responsável pela prática do cuidado da criança. Assim, deveria-se conhecer melhor a mesma para a orientação de futuras ações que possibilitem um aprendizado para enfrentar e aprender a conviver com o medo.

4.1 Abordagem qualitativa

Sabe-se que, tradicionalmente, o diagnóstico das condições sanitárias de grupos populacionais foi realizado através de indicadores numéricos, utilizando-se o referencial teórico da epidemiologia clássica. Essa abordagem tem grande importância para o planejamento das ações de saúde coletiva. Porém, nas últimas décadas, diversos autores constataram a necessidade da utilização de outros métodos para se avaliar o processo saúde-doença em grupos populacionais, uma vez que não se identifica, por exemplo, uma coincidência entre as necessidades de saúde bucal nos estudos de prevalência e incidência e aquelas necessidades percebidas pelas pessoas. Além disso, os conceitos sobre saúde e doença são fortemente influenciados por valores culturais. Assim, quando se necessita avaliar um universo de significados, desejos, aspirações, motivos, valores, o método estatístico não consegue abarcar tais dimensões com a profundidade pretendida, sendo necessária uma abordagem da qualidade do fenômeno, através do método qualitativo. Dessa forma, consolidou-se a convicção, a qual moveu, também, a presente dissertação, de que o planejamento e as pesquisas não deveriam se reduzir à produção de dados e indicadores externos aos sujeitos que conferem significados às ações de saúde. Não há, entretanto, uma negação da relevância das avaliações quantitativas, mas, sim, a evidência da complementaridade dessas metodologias (MARSIGLIA; BARATA; SPINELLI, 1990; MINAYO b, 1994; PERINI, 1998; ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 1999; SHEIHAM, 2000; VARGAS, 2002).

Com o intuito de tentar responder aos objetivos geral e específicos deste estudo optou-se pelo método qualitativo de análise, porque temos o propósito

de observar vários elementos simultaneamente no grupo estudado, propiciando um conhecimento aprofundado do mesmo e a explicação de seus comportamentos e visões em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico.

Só o método qualitativo permite uma visão de dentro do grupo pesquisado, trabalhando-se com um elevado número de questões, no estudo de grupos pequenos de pessoas. Utilizam-se, na maior parte das vezes, observações (direta e/ou participante), entrevistas em profundidade (formais, informais, com ou sem roteiro), entrevistas em grupo e construção de redes de relações.

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. (CHIZZOTTI, 1995, p. 79)

Na pesquisa qualitativa, é o conjunto de situações que dá sentido, e não uma situação isolada; pode-se, entretanto, buscar o importante na novidade dos temas mesmo se a frequência é pequena (MINAYO, 1993).

Possibilita-se abordar pontos mais explicativos de uma situação e, com seus achados, em um segundo momento, realizar uma pesquisa extensiva que permita validar seus dados e apreciar sua variação segundo critérios pertinentes (TRIVIÑOS, 1987).

Permite o estudo de valores, crenças, sentimentos e emoções, possibilitando o pesquisador ir ao encontro dos participantes da pesquisa, colocando-o na perspectiva do participante. Permite a quem vai pesquisar entrar em contato com a realidade do participante, possibilitando o

aprofundamento do conhecimento sobre questões subjetivas, coletivas e sociais (JUNQUEIRA; MELO; RAMOS, 2002).

Enfim, a metodologia qualitativa, pelo fato de trabalhar em profundidade, oferece à compreensão da forma de vida das pessoas, não sendo apenas um inventário sobre a vida de um grupo. As técnicas utilizadas permitem, entre outras situações, o registro do comportamento não verbal e o recebimento de informações não esperadas porque não seguem necessariamente um roteiro fechado, percebendo como bem-vindos os dados novos, não previstos anteriormente.

É importante salientar que a própria problemática de pesquisa é que define a metodologia, sendo que nesse caso a mesma apresentou-se baseada em um pressuposto teórico enraizado nas Ciências Sociais, optando-se, dessa forma, pela metodologia qualitativa¹.

4.2 Local da pesquisa

O Núcleo de Saúde da Família IV (NSF-IV) foi o local escolhido para a realização da coleta de dados. O NSF-IV é uma unidade do Programa de Saúde da Família (PSF), vinculado ao Centro de Saúde Escola “Dr. Joel D. Machado”- CSE, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

O PSF é uma estratégia do Ministério da Saúde para reorganizar o modelo de atenção básica. Tem como objetivo melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e

¹ Para um maior aprofundamento sobre “Metodologia Qualitativa” buscar: VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, páginas 33-44.

recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, sendo dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade (SANTANA, 2000).

Em Ribeirão Preto, o PSF foi implantado em 1999, com a criação do Núcleo de Saúde da Família I, vinculado ao Centro de Saúde Escola (CSE), mas não dispo de equipe nos moldes padronizados pelo Ministério da Saúde. Em 2000, foi instituído o Núcleo de Saúde da Família II, fora da área básica de abrangência do CSE. Em 2001, foram implantados os Núcleos III, IV e V, contando com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e agora, com equipe composta conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. (CACCIA-BAVA, 2004)

Atualmente, o Núcleo IV possui em sua área de abrangência 807 famílias cadastradas, que em sua maioria, residem em área de periferia, formando favelas.

4.3 População de estudo

Na realização deste estudo foi considerada como população de referência as mães de crianças da faixa etária de zero a cinco anos adscritas ao NSF-IV, apresentando um total de 252 mães.

Foram consideradas participantes da população de estudo as mães (de qualquer idade, classe social, condição física, etnia, profissão, condição marital) que, necessariamente, apresentassem um filho na faixa etária de zero a cinco anos. Só não participaram da pesquisa aquelas mães que não

apresentaram condições de responder à entrevista² e aquelas que se recusaram.

O número de mães que foram contempladas na investigação não foi determinado por um cálculo amostral, tampouco rígido, como é realizado na pesquisa quantitativa. O *n* que representaria a população de estudo foi indicado pela própria saturação ou recorrência dos dados, isto é, aquele momento no qual a busca de novos sujeitos não acrescentaria mais nenhum dado novo à investigação. Segundo Minayo (1993) é o momento no qual as categorias do discurso se repetem, chegando-se ao esgotamento. Ainda segundo a autora, o número de pessoas é menos importante do que a teimosia de enxergar a questão sob várias perspectivas, pontos de vista e de observação.

Em nossa pesquisa, o número de entrevistadas foi dez. Tomou-se o cuidado de buscar, dentro do universo da pesquisa, a maior diversidade possível, de forma a contemplar as diferentes perspectivas do problema e obter uma saturação dos dados adequada.

Deve-se ter em mente que, apesar de não se saber o número de mães que iam ser entrevistadas, foi necessário estabelecer como essas mães seriam selecionadas para a entrevista. Após uma análise das possibilidades, optou-se pela amostragem sistemática para selecionar essas mães.

A amostragem sistemática é uma variação da amostragem aleatória simples. Sua explicação requer que a população seja ordenada de modo tal que cada um de seus elementos possa ser unicamente identificado pela posição. Apresentam condições para satisfação desse requisito uma população identificada a partir de uma lista que englobe todos os seus elementos, uma fila de pessoas ou o conjunto

² Consideramos como ausência de condição para responder à entrevista, quando a mãe apresentou qualquer impedimento para falar, devido ao fato de que as entrevistas seriam gravadas.

de candidatos a um concurso, identificados pela ficha de inscrição.
(GIL, 1999)

Assim, com a lista contendo todas as mães de crianças de zero a cinco anos de idade do NSF-IV, foram selecionadas 10 % de mães dessa população:

- 1- Após essa seleção dos 10% de mães, sendo que as mesmas estavam ordenadas na lista, selecionou-se as dez primeiras mães da lista e foi realizado um sorteio entre as dez. A mãe escolhida foi a primeira a ser entrevistada(Ponto de Partida);
- 2- Em seguida, contou-se dez mães a partir da primeira entrevistada (Ponto de Partida) e depois mais dez e assim por diante. Por exemplo, vamos supor que após o sorteio das dez primeiras da lista saiu o número 7. As próximas mães entrevistadas seriam os números 17, 27, 37, 47 e assim por diante.

4.4 Coleta de dados

Para a coleta dos dados dessa população de estudo, ou seja, das dez mães adscritas ao NSF-IV, escolhidas pelo investigador, foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada. Optou-se por entrevistas devido ao fato de conseguir a coleta de informações das pessoas que não sabem escrever; as pessoas terem maior paciência e motivação para falar do que para escrever; haver maior flexibilidade para garantir a resposta desejada; poder observar o que diz o entrevistado e como diz, verificando as possíveis contradições; ser o instrumento mais adequado para a revelação de informações sobre assuntos complexos, como as emoções; permitir uma maior profundidade; estabelecer

uma relação de confiança e amizade entre pesquisador-pesquisado, o que propicia o surgimento de outros dados.

No entanto, quando da utilização de entrevistas em pesquisa, deve-se tomar cuidados: de, como entrevistador, não influenciar nas respostas dos entrevistados; para não perder a objetividade tornando-se amigo do entrevistado; com o tempo, atenção e disponibilidade do pesquisador; ao comparar as respostas, sendo mais difícil a comparação; para que o pesquisador não permaneça na dependência do pesquisado (GOLDENBERG, 2003).

A técnica de entrevista, segundo Minayo (1994a), possibilita ao pesquisador obter informações contidas na fala do pesquisado. Essa técnica reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Os primeiros também podem ser obtidos por meio de censos, prontuários. Os segundos se relacionam aos valores, às atitudes e às opiniões dos entrevistados. Serve, também, como meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico. Através dela podemos obter dados objetivos e subjetivos.

Enquanto técnica de coleta de dados, a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes. (SELLTIZ, 1967, p. 273)

Para Nogueira-Martins (2001), o questionário ou entrevista semi-estruturado é aquela que parte de questionamentos que interessam à pesquisa e que oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado. A

entrevista permite correções, esclarecimentos e adaptações para torná-la eficaz na obtenção das informações desejadas.

Após a escolha dos sujeitos da pesquisa fomos, junto com o agente comunitário devidamente credenciado ao NSF-IV, à casa da família cadastrada, sendo a pessoa submetida a um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), o qual deveria ser correta e totalmente preenchido, autorizando a realização da entrevista.

Tomou-se o cuidado de escolher o momento oportuno para a realização da entrevista, ou seja, aquele momento que não compromettesse o trabalho diário do indivíduo entrevistado, apresentando como roteiro o que está localizado no ANEXO B.

4.5 Análise dos dados

Após a obtenção dos dados os mesmos foram analisados através da técnica de análise de conteúdo que, para Chizzotti (1995), é um método de tratamento e análise de informações, colhidas por meio de técnicas de coleta de dados, consubstanciadas em um documento. Ainda para ele, o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas.

Foram geradas categorias de análise para a análise dos dados. As categorias foram: 1ª categoria de análise – quem cuida das crianças; 2ª categoria de análise – hábitos/costumes; 3ª categoria de análise – representações e crenças em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico (T.O); 4ª categoria de análise – acesso ao tratamento odontológico.

Tentamos investigar possíveis diferenças e inter-relacionar os resultados obtidos para identificar e entender o pensamento das respectivas mães em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico.

4.6 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Também foi autorizada pelos coordenadores e equipe do Núcleo de Saúde da Família IV onde estão cadastradas as pessoas que foram entrevistadas para a realização do estudo.

Foram assegurados às mães que participaram do estudo, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, o conhecimento sobre os objetivos do estudo e procedimentos pelos quais elas participariam. Foi garantida, também, a confiabilidade das informações mediante sigilo dos dados, bem como do nome dessas mães, que foi do conhecimento apenas do pesquisador e do docente orientador da pesquisa.

As mães que se recusaram a participar da pesquisa não sofreram qualquer tipo de prejuízo. O mesmo se reservou àquelas que desejaram interromper sua participação, o que pôde ser feito em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo na forma de atendimento, tratamento e assistência prestada pelo Núcleo IV do Programa de Saúde da Família.

Da mesma forma, assegurou-se que a entrevista fosse realizada de forma a resguardar a privacidade da mãe, não havendo nenhum tipo de risco à saúde das participantes.

Embora não tenham recebido nenhum benefício material em função de sua participação, a contribuição das mães para o estudo gerou um conhecimento que permite compreender melhor o problema em questão, podendo trazer benefícios para toda a população.

5.1 O trabalho de campo

Após ser aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), foi possível dar início ao trabalho de campo.

Inicialmente, realizou-se o teste piloto. Esse teste foi realizado com três mães adscritas ao Núcleo de Saúde da Família IV, local de nossa pesquisa e possibilitou aperfeiçoar o roteiro de entrevistas inicialmente proposto.

Nossa opção foi a de entrevistar essas mães em suas próprias residências, o que apresentavam pontos positivos e negativos. Os pontos positivos eram: a casa seria um local apropriado, onde a mãe se sentiria segura, respondendo melhor ao roteiro; conseguiríamos perceber a realidade sócio-econômica da mãe e parte do seu dia-a-dia. Os pontos negativos eram: problemas na gravação das fitas, pois como mães que apresentavam filhos da faixa etária de zero a cinco anos de idade seriam entrevistadas, qualquer barulho realizado dentro da residência poderia causar confusão, posteriormente, no momento da transcrição; possível problema do entrevistador homem entrar na casa da entrevistada num momento inoportuno qualquer ou, principalmente em algumas famílias, quando o marido não estivesse em casa, o que poderia causar algum tipo de constrangimento para a entrevistada.

Não houve nenhum tipo de problema na localização das casas das entrevistadas, pois contamos com a valiosa ajuda dos agentes comunitários de saúde, que, na grande maioria das vezes, estiveram presentes para a localização das residências.

Em relação ao roteiro de entrevistas, inicialmente proposto e testado, verificou-se que o mesmo apresentava alguns termos técnicos, como por exemplo, “saúde bucal”, “tratamento odontológico”, dentre outros, que dificultavam a compreensão por parte de algumas mães, podendo, assim, afetar o desenrolar da pesquisa. Devido a isso, no momento das entrevistas, tivemos o cuidado de “traduzir” esta linguagem técnica quando percebemos alguma dificuldade de entendimento por parte da entrevistada.

No entanto, a maior dificuldade do trabalho de campo foi no momento do primeiro contato mãe-pesquisador, quando tentamos mostrar a importância da pesquisa que seria realizada tanto para a comunidade científica quanto para as próprias mães. Algumas das entrevistadas, principalmente aquelas que residiam na área da favela, ficaram desconfiadas, acreditando que poderiam ser cobrança, polícia, mesmo estando o entrevistador identificado, o que culminou com a perda de uma delas por desistência. Em alguns momentos, o agente comunitário de saúde foi aquele quem criou o elo mãe-pesquisador, pois o mesmo apresentava um maior contato com as famílias sendo, portanto, de grande importância para a realização de nossa pesquisa.

Essas dificuldades não inviabilizaram a confecção de nosso estudo. Pelo contrário, serviram para redirecionar prioridades, reorientar o pensamento, sendo um grande aprendizado para o pesquisador.

5.2 Caracterização das mães

Respeitando-se a saturação ou recorrência dos dados, foram entrevistadas 10 mães adscritas ao núcleo. Vale lembrar que o critério de inclusão das mesmas foi o de possuir pelo menos um filho ou filha na faixa

etária de 0 a 5 anos. Esse grupo em questão apresentou algumas características que foram analisadas brevemente.

Analisando essas mães, verificou-se que a média de idade foi de 30,7 anos, sendo que as mais novas (2 entrevistadas) apresentavam 20 anos de idade e a mais velha (1 entrevistada) tinha 48 anos.

No início das entrevistas, todas as mães foram questionadas sobre qual raça/cor as mesmas pertenciam, ou seja, como essas mães se auto-declaravam segundo a raça/cor, culminando com o seguinte resultado: das 10 entrevistadas, 4 delas disseram pertencer à raça/cor parda, 3 à raça/cor negra, 2 à raça/cor branca e 1 à raça/cor indígena.

Em relação ao grau de escolaridade dessas mães, verificou-se que todas elas já tinham parado de estudar e que mais da metade (7 entrevistadas) não concluíram o primeiro grau, ou seja, o atual Ensino Fundamental, sendo que, ao analisar a escolaridade junto com a raça/cor, percebe-se o seguinte resultado: todas aquelas que disseram pertencer à raça/cor negra (3 entrevistadas) não haviam completado o primeiro grau; das 4 entrevistadas que disseram pertencer à raça/cor parda, 3 não haviam completado o primeiro grau e 1 tinha o segundo grau completo; das 2 entrevistadas que disseram pertencer à raça/cor branca, 1 delas não havia completado o primeiro grau e a outra sim; aquela mãe que disse pertencer à raça/cor indígena tinha completado o primeiro grau. Percebe-se, assim, que a raça/cor negra, nesse grupo em questão, apresenta o pior nível de escolaridade.

Quanto ao estado civil, das 10 mães entrevistadas, 5 eram conviventes¹, 3 eram casadas, 1 era separada e 1 solteira.

Quando essas mães foram questionadas sobre qual seria sua ocupação, metade delas disse não trabalhar fora de casa, ficando somente com os trabalhos domésticos. Dentre as outras 5 entrevistadas, a grande maioria (4 entrevistadas) trabalhava como diarista e 1 delas como garçonete, sendo que, frente a todas as mães entrevistadas, apenas 1 delas apresentava um trabalho dito formal, ou seja, com carteira assinada. Ao analisar a ocupação e escolaridade, verifica-se que a grande maioria das mães que apresentavam uma ocupação informal ou realizavam apenas trabalhos domésticos tinham o Ensino Fundamental incompleto e aquela que apresentava um trabalho dito formal tinha o primeiro grau completo. O que nos chama a atenção é o fato que a única mãe que apresentava o segundo grau completo, ou seja, maior escolaridade no grupo de mães, apresentava-se como sendo dona de casa.

Para isso devemos ter em mente que vários fatores poderiam estar contribuindo para essa situação como, por exemplo, fatores religiosos, econômicos, hábitos ou ensinamentos que podem ser passados de geração para geração ou outros que possam estar determinando essa condição. No entanto, percebemos que deve haver uma relação entre a chance de conquista de um trabalho informal ou formal e a escolaridade.

Em relação à renda, verificou-se que das 10 mães entrevistadas, a renda familiar média era de 513,5 reais. Metade delas contribuía com a renda familiar, sendo que a contribuição da maioria delas (4 entrevistadas) não passava de 40% da renda familiar. A única entrevistada que contribuía com

¹ Considere convivente o casal que reside junto, vive uma vida de casado, no entanto não são casados oficialmente.

100% de sua renda pessoal com a renda familiar era aquela que trabalhava como garçoneiro e que era separada, sendo, provavelmente, a única chefe de família em comparação com as outras entrevistadas.

Em relação ao número de filhos, a média foi de 3,1 filhos. Das 10 entrevistadas, a maioria delas passava o dia todo com o filho (7 entrevistadas), sendo que das outras 3 mães, 2 delas ficavam sem contato com o filho por meio período, ou seja, no período que estavam na creche, e a última, a garçoneiro, permanecia em contato com o filho por meio período durante a semana e o dia todo nas folgas e finais de semana.

5.3 A prática do cuidado

Atualmente, vive-se um momento no qual a estrutura familiar vem sendo modificada, pois devido às grandes dificuldades financeiras que o país vem passando e também com as conquistas adquiridas pelo sexo feminino, as mulheres estão se inserindo, cada vez mais, no mercado de trabalho. A proporção da população feminina na faixa etária dos 15 aos 64 anos, integrada no mercado de trabalho em quase todos os países desenvolvidos, aumentou significativamente entre 1970 e 1990: nos Estados Unidos, de 48,9% para 69,1%; no Japão, de 55,4% para 61,8%; na Espanha, de 29,2% para 42,8% (CASTELLS, 1999, p. 274). No Brasil, essa proporção (mulheres com 10 anos e mais) era de 47,2% em 1997 (IBGE, 1999). A participação feminina, na população economicamente ativa brasileira (PEA), era de 14,6% em 1950, elevou-se para 20,9% em 1970, segundo os censos demográficos, alcançando 40,4% em 1997 (IBGE, 1999).

Todas essas mudanças apresentam aspectos positivos e negativos. Positivos, porque as mesmas estão conseguindo ocupar seus espaços, tentando eliminar as desigualdades de gênero que ainda persistem em nosso país. E negativos, principalmente para as mulheres, devido ao fato de que a grande maioria delas realiza dupla jornada de trabalho, ou seja, além de trabalharem fora de casa, ainda precisam realizar os afazeres domésticos e praticar o cuidado da família, principalmente dos filhos.

Essas dificuldades aparecem claramente manifestadas na fala de nossas entrevistadas:

“Depende. Tem dia que eu saio pra trabalhar, né. Acordo, levo as menina pra escola, volto, às vezes durmo de novo, às vezes não, cuido da casa, lavo roupa, é na hora do almoço, apronto ele pra ir pra escola, as outras estão chegando, aí fico aqui em casa, assisto televisão, aí depois faço janta. Trabalho em casa de família, né, faxineira, diarista.” (C.C.C., 32 anos)²

A prática do cuidado é algo realizado predominantemente pelo sexo feminino. É o que apontam vários trabalhos publicados por Nunes (2002), Karsch (1998) e Morais (2004). Outros trabalhos, como os de Dias; Wanderley; Mendes, (2002), também constataram que a grande maioria dos cuidadores é do sexo feminino, confirmando que, em geral, as mulheres assumem o cuidar. Esse papel, muitas vezes, é visto como natural. Ele está inscrito socialmente no papel de mãe e, culturalmente, as mulheres o assumem como mais um papel pertinente à esfera doméstica.

A manutenção da saúde bucal é um desses papéis. As mães são, significativamente, cobradas em relação a essa obrigação social, sendo

² Optamos por manter na íntegra a linguagem utilizada pelas entrevistadas da maneira como se expressam no momento da entrevista.

apontadas como responsáveis pelas condições de saúde bucal dos seus filhos (WOLF, 1998; CARNEIRO, 2001; TEZOQUIPA, MONREAL, SANTIAGO, 2001; FERNANDES, 2002).

As mulheres entrevistadas, nesta pesquisa, assumem, plenamente, a tarefa de responsáveis pela saúde bucal de seus filhos:

“Ah! Pra mim é... Eu me sinto bem de saber que meu filho pode, tem esse direito, né, de cuidar de, é, todo direito ele tem e esse que é o dentista. Eu me sinto bem. (Em levá-lo ao dentista) Ah! Eu penso que existe e vou fazer isso, né, que tenho que ajudar ele por ele ser pequeno, né, e mesmo depois de grande eu penso que eu tenho que levar porque é importante pra ele, né, é saúde pra ele, então eu tenho que...é minha obrigação de mãe fazer isso, né, de levar ele.” (E.S.A., 25 anos)

Quando pensamos, por exemplo, no cuidado em saúde de um filho, alguns poderiam dizer que não é somente a mãe que pratica o cuidado. Certamente, pode haver outras pessoas envolvidas nessa ação, no entanto, por mais que outra pessoa ou instituição ajude a realizá-la, quem estará mais próximo do filho, convivendo com ele, é a mãe. Além disso, é muito importante ressaltar a autoridade que, na grande maioria das vezes, a mãe tem perante o filho.

Muitos estudos observaram que os hábitos adquiridos pela criança estão relacionados com os hábitos da mãe e que o conhecimento e o nível de saúde da mãe podem influenciar no comportamento em relação à sua saúde e a do próprio filho (MILGROM, 1998).

Feitosa (2001) abordando os aspectos psicossociais e comportamentais da cárie precoce na infância e considerando a interação amamentação/relação

mãe-filho através de uma breve revisão de literatura, constatou que a educação materna é o meio mais efetivo para a prevenção da cárie precoce na infância.

Segundo Fraiz e Valter (2001), identificar fatores comportamentais de risco durante a higiene bucal domiciliar traduz-se em poderoso aliado na prevenção de cárie na infância. As crianças com comportamento difícil durante a higienização bucal domiciliar merecem atenção especial, constituindo-se em um grupo em que as ações educativas e de apoio ao núcleo familiar devem ser intensificadas.

Segundo Ferreira e Gaiva (2001) a educação odontológica da mãe é fator determinante para a saúde bucal da futura criança, sendo que a família serve como modelo, auxiliando, também, a criança a cuidar dos seus dentes. Além disso, segundo Cavalini (2000), o ambiente familiar deve oferecer confiança e suporte à criança, sendo o núcleo primordial que acolhe a mesma. Os pais transmitem aos filhos suas fantasias, seus conhecimentos, suas experiências, moldando-os de acordo com suas condições psíquicas e com o grau de maturidade em que se encontram. A influência dos antecessores dos pais explica, boa parte, o que se passa na relação familiar. Especificamente, em relação ao cuidado em saúde bucal, por mais que os filhos participem de programas preventivos nas escolas ou que outra pessoa cuide dessas crianças, quem tem a possibilidade de estar mais próximo e cuidar é a mãe.

Em nossa pesquisa com as mães do Núcleo 4, verificou-se que suas respectivas mães foram aquelas que, para a grande maioria das entrevistadas, ensinaram as mesmas a cuidar de sua boca, sendo que metade delas mencionou exclusivamente a mãe e a outra metade mencionou além da mãe

outras pessoas como o pai, o médico, o dentista ou uma instituição como a escola.

“Ensinou. Assim, quando eu era criança que (sic) ensinou foi sempre minha mãe a escovar três vezes ao dia, é...passar fio dental, essas coisas, né. Ah! Ela fala ter um higiênicos bucal, né, porque o principalmente da vida da gente é o sorriso, né. Falava isso no meu tempo.”(C.R.S., 48 anos)

“Ah! Sim. Meu pai, minha mãe, direto. (risos) É. Depois, às vezes, na escola a gente, né, e mais era em casa que... ia pra escola tinha que escovar, levantava, sabe... aquela coisa. Ah! Tipo, assim, se você não escovar os dente você vai usar dentadura (risos). Assim, ah, porque, né, tem que escovar porque senão você vai ficar com nenhum dente, sabe, essas coisa, assim. E na época que eu vejo minha mãe falar, meu pai, era assim: você vai arrancar seus dente e colocar dentadura. (risos)”(M.C.M., 35 anos)

No total das entrevistadas, apenas duas mencionaram que ninguém as ensinara a cuidar da sua boca.

Assim, percebe-se que a mãe apresenta um papel extremamente importante no cuidado em relação à saúde bucal, pois a partir dos resultados encontrados, verifica-se que é a mãe que promoverá, na grande maioria das vezes, os primeiros ensinamentos. Isso é apontado pela bibliografia que aborda o tema quando afirma que para a criança sentir-se motivada a realizar sua higiene bucal, é de fundamental importância a atitude dos pais no sentido de incentivar o hábito rotineiramente. Essa prática deve ser realizada no âmbito familiar ainda no período gestacional, através de métodos educativos, reforçando as atitudes positivas em relação à saúde bucal (LASCALA, 1997).

Identificamos, em nossa pesquisa, que, aqueles que ensinaram essas mães a cuidar de sua boca, mencionavam, predominantemente, o cuidado com a prevenção, ou seja, a realização de uma boa e correta escovação dental, o uso do fio dental, a realização de uma boa higiene bucal. Algumas delas mencionaram a ida ao dentista e apenas uma delas mencionou o cuidado com a alimentação.

“[...] Ah!! Falava que eu tinha que escovar, ir no dentista, é... usar fio dental, essas coisa.” (F.C.M.C., 20 anos)

“[...] Que não podia comer muito doce, que tinha que escovar o dente desse jeito, três vezes, que passa o fio dental, essas coisa.” (A.R.L., 20 anos)

Para a classe odontológica, o ato de cuidar da boca envolve uma série de ações, que devem ser realizadas ao mesmo tempo e constantemente para que se consiga atingir o objetivo maior da odontologia que é a saúde bucal. Como exemplo, temos a prática da prevenção em casa, o cuidado com a alimentação e principalmente a ida ao dentista para controlar e verificar como está a saúde bucal. No entanto, a grande maioria das pessoas não têm o hábito de ir ao dentista com frequência, procurando o mesmo, geralmente, em caso de dor e não com o intuito de prevenir doenças ou mesmo manter a boca numa situação mais saudável. Isso pode estar ocorrendo por problemas de caráter financeiro ou mesmo por fatores culturais. Outras pesquisas poderão e deverão ser feitas para estudar essas questões que ainda não foram devidamente investigadas.

5.4 Saúde bucal na visão das mães

Antes de chegarmos ao objetivo principal deste capítulo, o de tentar compreender qual a visão dessas mães do Núcleo de Saúde da Família IV (NSF-IV) em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico, devemos procurar entender qual a visão delas em relação ao conceito de “saúde”.

Compreender saúde na perspectiva do outro é um desafio. Ouvir a outra pessoa, permitir que ela se mostre, representa mais do que um confronto de conceitos, mas a possibilidade de ampliá-los a partir da incorporação do saber contido no outro.

Os resultados deste estudo nos mostram o quanto ainda é difícil verbalizar algo que nem os próprios autores da literatura científica conseguem definir exatamente.

“Bom, né. Acho bom. Eu não sei te explicar não. Ter saúde... [...]”
(E.A.L.S., 36 anos)

Certamente, não temos a pretensão de apontar qual definição é a mais correta, pois, segundo Abreu (2005), os conceitos sobre saúde e doença são fortemente influenciados por fatores culturais. Há, dessa forma, a possibilidade da mudança dos mesmos como aconteceu, por exemplo, com a questão da saúde.

No entanto, mesmo com o surgimento desses novos conceitos sobre saúde, alguns pensamentos ainda fazem parte do cotidiano de algumas pessoas. Em nossa pesquisa, por exemplo, um dos aspectos que aparecem intimamente ligados à idéia de saúde é a questão da ausência de doença, mencionada por metade das entrevistadas:

“Coisa boa. Ah! Não ser doente, ser uma pessoa saudável.” (A.R.L., 20 anos)

Percebe-se que a noção de “ausência de doença” considerada antiga e ultrapassada por uma parte da comunidade científica, ainda possui um grande valor na mente desse grupo em questão, predominando a visão biomédica. Dessa forma, nos parece que a população se apropriou do modelo ainda hegemônico na área da saúde, para o qual o ser humano é considerado uma máquina e a doença um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, continuando a fazer uso dele para entender o que seria saúde. O papel do médico, nessa lógica mecanicista, consistiria em intervir física ou quimicamente para consertar um defeito de funcionamento dessa “máquina” (CAPRA, 1989). É o que se verifica na fala de algumas das entrevistadas:

“[...] Ter saúde é uma pessoa que não tem, assim, algum problema, né, diabete, pressão alta, colesterol, essas coisa.” (C.R.S., 48 anos)

Porém, novos conhecimentos e pensamentos surgem para essas mães, lentamente, resultado das mudanças culturais que podem estar acontecendo. Exemplo disso é o fato de algumas mencionarem a ida ao médico, o cuidado com a alimentação, a prática da higiene, estar bem, cuidar da casa, ter disposição para fazer as coisas, não ter problemas, ser feliz e ter liberdade de ir e vir, como coisas associadas à idéia de saúde.

“Ai!! É o médico, ter boa alimentação, também, é...higiênico dos dente, ter higiênico. Ai!! Um monte de coisa. Cuida da casa também, faz parte da saúde, né?, porque se você habitar numa sujeira, olha, você vai ficar doente, né?” (A.L.S.S., 24 anos)

“[...] Então, eu acho, pra mim, que saúde é tudo, você ter liberdade , você ter... eu acho que, pra mim, a saúde não é só não ter uma doença, entendeu? Pra mim saúde é ser feliz, você ter liberdade pra ir onde você quer, entendeu? Pra mim saúde é tudo.” (E.S.A., 25 anos)

Verifica-se que a percepção das mães em relação à saúde vai além da preocupação com elas mesmas, mencionando pessoas, lugares ou situações que nos levam a pensar em algo que, certamente, tem grande importância para o entendimento do conceito de saúde: a família.

É importante salientar que a percepção de saúde como algo essencial à família, não exclusivamente como seres biológicos, mas como seres globais, reflete a importância desse conceito para o viver da família, desde o viver consigo mesmo, numa perspectiva individual e de núcleo familiar, até a interação com o contexto externo. (MARTIN; ANGELO, 1998)

Relatos das mães entrevistadas, pertencentes a uma população de baixa renda, sobre saúde e os meios de verificar e garantir a saúde da sua família, refletem não apenas seus pensamentos, mas sobretudo sua vivência do papel de zelar pela saúde daqueles que estão sob sua responsabilidade em casa.

“Ah! É a coisa mais importante, né, tanto pra mim quanto pra ele, porque quando ta, assim, doentinho, eu fico, assim, detonada. Eu não consigo nem trabalhar, porque a preocupação é muita, né. Ah! Eu acho que a gente tem que se alimentar, tem que ta sempre...é.....se cuidando, né. Tem que ta sempre se cuidando pra ter saúde.” (M.C.M., 35 anos)

Esse papel das mães de zelar pela saúde de sua família é significativo, principalmente, quando envolve a questão do trabalho. Em um estudo, que buscava identificar o significado de saúde e doença, numa comunidade do

interior de São Paulo, Queiroz (1993) encontrou que o maior problema que o “estar doente” produz, apresenta-se como sendo a incapacidade para trabalhar e, conseqüentemente, a ameaça à subsistência familiar. No entanto, em nossa pesquisa, a incapacidade para trabalhar foi mencionada por apenas uma das mães entrevistadas:

“[...] Porque eu tenho esse problema nos pé que eu não agüento trabalhar, de jeito nenhum.” (E.A.L.S., 36 anos)

Percebe-se que a mulher possui uma posição importante dentro do contexto familiar, tanto que Queiroz (1993) encontrou em seu estudo que a mulher, sendo dona de casa, é a personagem principal da família no trato de questões de saúde e doença. Ainda segundo o autor, é ela quem avalia tanto as suas condições de saúde quanto a de seus filhos, tomando decisões de procurar os agentes de cura considerados necessários para cada caso de doença. Segundo o autor, o pai ou chefe da família permanece distante desse assunto, principalmente porque fica a maior parte do tempo longe de casa.

Outro estudo, realizado por Alves (1996), destaca igualmente a mulher no contexto familiar como responsável pelo equilíbrio no binômio saúde-doença, à medida que toma para si o cuidado com os membros da família, seja este cuidado implícito, em simples medidas higiênicas, ou no estabelecimento de hábitos alimentares ou na decisão de ser preciso buscar ou não ajuda.

Em nosso estudo, constatou-se que a grande maioria das mães (6 entrevistadas) eram donas-de-casa, estando mais próximas da prática do cuidado da família de uma forma geral, assim como se constatou nos estudos de Queiroz (1993) e Alves (1996).

De forma geral, quando essas mães foram questionadas sobre suas concepções sobre saúde, apesar das mesmas terem citado o cuidado com a alimentação, a prática da higiene, poucas mencionaram a higiene dental e nenhuma mencionou a ida ao dentista.

Percebe-se, assim, que a área odontológica continua sendo relegada a um segundo plano, em detrimento da área médica, provavelmente, devido aos valores atribuídos à odontologia.

O discurso dominante das entrevistadas revelou que o significado de saúde bucal e o cuidado estão relacionados com a escovação (três vezes ao dia), a ingestão de alimentos, a utilização do fio dental, ausência de cárie, ausência de mau hálito e a ida ao dentista (a grande maioria não especificou com que frequência), estando, assim, o adoecimento bucal, associado às normas de higiene e dietéticas, ou seja, saúde bucal não é considerada um estado, mas a atividade de cuidar do corpo (PAIXÃO et al., 1995).

“Ai!! Escovar, todos os dias, toda vez que comer. Também ir no dentista, né, vê se ta tudo bem. Ai, porque dor de dente é horrível. Porque eu senti muita dor de dente. Eu, a partir que eu comecei a sentir dor de dente que eu fui, que eu comecei a ir no dentista.”
(A.L.S.S. 24 anos)

O cuidado com o corpo é atividade diretamente relacionada à cultura e à organização psíquica dos sujeitos (RODRIGUES, 1979). O saber feminino sobre o cuidado em saúde é construído socialmente, sendo influenciado pelo seu contato com os serviços de saúde, sua própria experiência no âmbito doméstico, transmissão de conhecimento por antepassados e através dos meios de comunicação (TEZOQUIPA et al., 2001). Sem se opor à necessidade

universal de cuidar do corpo, não se pode deixar de afirmar também que, especificamente na odontologia, há uma ideologia por trás dessa questão, que merece ser comentada. Como mostram vários estudos qualitativos em saúde bucal, na medida em que as normas de higiene são prescritas para toda a sociedade, a concepção que acabou predominando é a do indivíduo adoecer por culpa ou descuido de si próprio. Como consequência, para as autoridades da área de saúde e para a própria população, o grande responsável pelo adoecimento bucal é o próprio indivíduo (BERND, 1992; CARNEIRO, 2001; MENDONÇA, 2001; VARGAS, 2002).

Essas representações de saúde bucal, como sendo algo fundamentalmente endógeno e de responsabilidade individual, pressupõem a existência de uma sociedade equilibrada e passível de controle pela vontade individual (MINAYO, 1993). No entanto, a nossa estrutura social, longe de ser igualitária, impossibilita, muitas vezes, que as escolhas saudáveis sejam as mais fáceis de serem adotadas (MOYSÉS & WATT, 2000; WATT, 2002).

Parece, pelo que foi comentado nos últimos parágrafos, que estamos diante de situações opostas. De um lado, o trabalho de cuidar, atividade inerente ao ser humano; e de outro, as dificuldades impostas pela sociedade para a realização de tais atividades. Dificuldades que atingem também a profissão odontológica, pois qual seria o papel do dentista nesse contexto? Certamente, seu papel é o de zelar pela saúde bucal de seus pacientes, pois, sendo um profissional da área da saúde, possui o dever de promover o tratamento necessário para isso, no entanto é de extrema importância orientar o paciente de forma objetiva e clara, evitando depositar sobre o mesmo toda a responsabilidade sobre o cuidado em saúde bucal. Em nossa pesquisa,

encontramos na fala das entrevistadas a visão de que caberia ao dentista o papel de cuidar da boca, dos dentes, promover limpeza, ou seja, realizar o tratamento dito curativo.

“ [...] Eu acho que a função é tratar dos dente, né, olhar, se precisa cuidar ou rançar (sic) ou fazer uma limpeza, né, eu acho que é isso, a função dele.” (C.R.S., 48 anos)

Poucas entrevistadas mencionaram a orientação quanto à escovação, o bom atendimento aos pacientes, tomando-se o cuidado necessário com cada um.

“[...] A função dele é limpar direito o dente, né, e ensinar como escovar também, né, pra gente.” (J.J.O, 27 anos)

“[...] Às vezes, é..assim, em dar tratamento e acho que a psicologia do dentista também pra ele tratar da....do...porque a maioria acho que tem medo, né, (risos) acho que a maioria tem é bastante medo.” (M.C.M., 35 anos)

Todas as entrevistadas mencionaram que o dentista deveria, também, cuidar de sua própria saúde bucal, pois se as mesmas fossem ao consultório odontológico e percebessem um descuido do próprio dentista em relação a sua saúde bucal não gostariam e não voltariam lá, pois acreditam que:

“[...] se ele não cuida dos dele (dentes) vai cuidar do da gente?” (E.S.A., 25 anos)

A partir da nossa discussão, poderíamos questionar qual seria, por exemplo, o papel dessas mães? Como já foi mencionado no capítulo anterior, a prática do cuidado é algo realizado predominantemente pelo sexo feminino (NUNES, 2002; KARSCH, 1998; MORAIS, 2004; DIAS; WANDERLEY;

MENDES, 2002). Espera-se que a mãe ensine e oriente seus filhos em relação ao cuidado com a saúde de uma forma geral e, especificamente, em relação à saúde bucal, assuma esse cuidado, devido ao fato dessas crianças estarem ainda em fase de aprendizado e muitas vezes sem condições motoras suficientes para a realização dessa prática. No entanto, em nossa pesquisa, verificou-se que as mães mencionavam a importância da escovação, visando, principalmente, a ausência de cárie e de dor dental, apesar de não ensinarem aos seus filhos o ato de escovar. Já em relação ao fio dental apenas uma delas mencionou o termo e a utilização do mesmo nos dentes do filho.

Faz-se necessária uma divisão das responsabilidades nas relações dentista-paciente e mãe-filho no momento da prática do cuidado em saúde, pois tanto na relação dentista-paciente quanto na relação mãe-filho, o dentista e a mãe devem promover o cuidado e a orientação da melhor maneira possível, bem como o paciente e o filho estarem dispostos a aprender e a exercer suas ações, ambos tentando praticar atividades educativas de cunho problematizador e que consigam fazer um elo entre o trabalho de cuidar e os aspectos sociais, podendo ser um caminho para a solução de algumas questões (ROUX, 1994; KEMM, 2003; PEREIRA, 2003).

Essas atividades educativas poderão, por exemplo, tentar solucionar um dos problemas que ainda afeta, significativamente, a população de baixa renda, que são as perdas dentárias. As perdas dentárias estão fortemente associadas, no Brasil, a questões sociais e econômicas (GUIMARÃES & MARCOS, 1996).

A população adscrita no Núcleo de Saúde da Família IV, dessa forma, conhece bem essa realidade, mas não se conforma com ela. A perda dentária relaciona-se com componentes psíquicos e sociais importantes. A nossa

sociedade atual “supervaloriza” a aparência em detrimento de outros valores.

Isso aparece em uma das falas:

“Então, eu como já tenho dois aqui eu acho horrível, fico pensando que às vezes eu nem gosto de dar risada porque eu tenho vergonha. Ah!! Porque não é o meu dente mesmo, então quando eu coloquei então eu fui comer um torresmo duro quebrou os dois dente. Ah! Os meus dente do fundo a maioria é rançado. Eu acho o mais impor... não, tratar os dente é bom, é bonito, mas o mais importante eu acho que é o da frente, por causa do sorriso da gente, né. Porque uma pessoa pra ter um aparência, a pessoa olha é no cabelo e no sorriso. Então, eu já sei que eu já percebi isso, de muitas pessoas. Então, se a gente não tinha o sorriso bonito e o cabelo não tem nada importante.” (C.R.S., 48 anos)

Cada grupo social atribui ao ser humano as características consideradas adequadas, tanto do ponto de vista físico, moral e intelectual. Ou seja, a imagem que o indivíduo faz de si é construída no contato com o mundo, sendo sempre associada a um padrão imposto pelas exigências sociais. A família tem grande importância na construção desses valores. As pessoas são classificadas quanto à aparência, que pode, também, habilitá-las ou não para o mercado de trabalho. Em nossa sociedade a aparência é “superdimensionada” em detrimento de outros valores, tornando as pessoas vulneráveis e com sentimentos de inferioridade quando não alcançam o padrão desenhado e inculcado pela mídia. Assim, um belo sorriso é um signo importante para a auto-apresentação. Quando um indivíduo apresenta uma alteração física visível, como, por exemplo, uma alteração estética socialmente não-aceita, o mesmo pode sofrer vários tipos de discriminação. Sendo considerado um estigmatizado, suas chances de vida social plena são fortemente diminuídas (RODRIGUES, 1979; GOFFMAN, 1988; WOLF, 1998). Ainda, segundo

VARGAS (2002), problemas bucais visíveis, causados geralmente pela consequência da doença cárie dentária nos dentes anteriores, podem levar o indivíduo a uma situação estigmatizante. Nesta pesquisa, quando as mães foram questionadas sobre o que elas sentiam ou sentiriam com a falta dos dentes anteriores e posteriores, a maioria delas mencionou que perder os dentes anteriores é pior do que perder os posteriores. Para elas, essa situação apresentada causa maior vergonha, mesmo sabendo que a função, que no caso seria a mastigação, poderia ficar comprometida. É o que se verifica na fala de uma das entrevistadas:

“Ave Maria!! Ai, até agorei já. Porque sim, né, tirar meus dente da frente. Ah!! Os do fundo ainda lá vai, né, tirar. Eu quero tirar dois. Os do fundo não tem problema, os da frente tem.” (F.C.M.C., 20 anos)

Percebe-se que a preocupação maior é com a estética. Já as demais mencionaram que a falta de ambos seria muito ruim e feio, percebendo-se, dessa forma, que as mesmas atribuem uma igual importância, tanto para os dentes anteriores quanto para os posteriores.

“Nossa!!! Olha!! Eu acho que eu seria...meio incomodada, né, por não ter os dente da frente. Eu acho que você olha, assim, não sei te falar porque, né, mas eu acho que pra mim seria difícil eu aceitar sem dente da frente. (risos) Os do fundo também, porque é...ai...você olha assim você não, né, ai...eu acho todos, né, todos seriam muito feio. Todos são importantes.” (M.C.M., 35 anos)

A perda dentária impõe às pessoas uma situação social desfavorável (WOLF, 1998; VARGAS, 2002). Na região do Núcleo de Saúde da Família IV, verifica-se um confronto entre a realidade vivida (na qual há pessoas perdendo dentes) e a realidade almejada (na qual a perda de dentes não esteja mais

presente). Esse confronto pode ser um aspecto importante para que mudanças aconteçam.

5.5 O significado do tratamento odontológico

Percebe-se que devemos tomar muito cuidado com os primeiros ensinamentos que são passados na infância, pois os mesmos podem ser apreendidos e permanecerem, sendo cruciais no decorrer da vida. Por exemplo, quando ouvimos falar pela primeira vez no dentista, o que lembramos dessa situação particular? Em nossa pesquisa, verificou-se que, das mães que lembravam dessa situação, a grande maioria disse que aconteceu quando eram crianças.

“[...] Ouvei isso (que os dentista são pessoas boas) quando eu era criança) (M.L.S., 40 ANOS)

“Ich! Eu era pequenininha, uns 5 ou 6 anos. Bem pequena. Foi quando eu já entendia, né, as coisas. Minha mãe sempre falava.[...]” (E.S.A., 25 anos)

Segundo elas, a grande maioria recebeu informações de caráter positivo em relação ao dentista, sendo que apenas uma entrevistada disse ter recebido informações de caráter positivo e negativo.

“[...] Eu ouve que dentista era muito importante, né, pra gente, ahn!, pra depois mais tarde a gente não sofrer, né, porque dor de dente é terrível, né? (risos) Terrível.” (E.S.A., 25 anos)

“Ah! Bom, na minha época quando eu era adolescente e eu ia no dentista eu corria, eu tinha medo, porque falavam que quando ia arrancar os dente puxava até o olho saia pra fora. Mas depois acostumei. Ah! Já ouve muita coisa boa, né, de dentista. Ahn, assim, por exemplo, tem amigas minhas que vão no dentista falam que é

bom, que faz limpeza, que cuida do dente, né, costura, se precisar, assim, às vezes ranca, essas coisas que eu já ouvi falar.” (C.R.S., 48 anos)

Sendo assim, percebe-se que os primeiros anos de vida da criança parecem ser muito importantes, pois, como é uma fase de grande aprendizado, pode determinar ações e comportamentos, antes mesmo da pessoa passar pela fase de experiência que, no nosso caso, seria a de ir ao dentista, podendo ajudar a comprometer nosso objetivo principal: a saúde bucal.

Muitas vezes, recebemos informações sobre determinado assunto e pré-julgamos sem conhecê-lo realmente. Esse tipo de ação pode nos levar a tomar uma decisão ou opinião incorreta, pois deixamos de passar pela fase da experiência e já julgamos previamente. No caso da odontologia, a fase da experiência apresenta-se como sendo algo muito importante, pois nesse momento há um choque das informações que foram passadas de geração para geração, com os pensamentos da própria pessoa e as informações que o profissional passará para a mesma no momento do atendimento. Além disso, é o momento no qual verificar-se-á a veracidade de tudo aquilo que fora passado para a mesma. Em nossa pesquisa, constatou-se que a grande maioria das mães apresentou medo e dor na primeira vez que foram ao dentista.

“Eu fui quando, tem pouco tempo que eu comecei a ir no dentista. É. Tem acho que um ano, um ano e pouco. Ai!! Fiquei com muito medo!!(risos) Ai!! Eu achava que, nossa!!, dente é muito, dói muito, né? Achava, assim que era um absurdo ir a um dentista. Dava medo!!! [...]” (A.L.S.S., 24 anos)

“[...] Ai!! Tive muito medo(risos). Porque eu nunca tinha ido, né, e fui extrair um dente, aí fiquei com medo.” (J.J.O., 27 anos)

Algumas disseram que o primeiro momento foi bom e uma delas mencionou que nunca fora ao dentista. É imprescindível que o profissional tenha consciência de que esse primeiro momento é muito importante e que pode estar promovendo decisões e comportamentos para uma vida inteira de um paciente. Segundo Milgron et al. (1995), o primeiro contato com o dentista é muito importante, podendo ser um fator determinante de ansiedade em relação ao tratamento odontológico.

Essas decisões e comportamentos gerados, nesse primeiro contato com o dentista, poderiam, por exemplo, levar uma pessoa a nunca mais querer procurá-lo. A fuga do tratamento odontológico pode ser, dessa forma, resultado de experiências aversivas e dolorosas na infância. (MILGRON; FISET; MELNICK, 1988),

O medo surge nos indivíduos de duas formas, distintas e conjugadas, que são: através de suas próprias experiências; através das experiências e expectativas dos outros, da mídia e do senso comum, ou seja, os indivíduos vivenciam o medo ou já o encontram estabelecido e o assimilam. As situações odontológicas anteriormente vividas pelos pacientes influenciam a sua postura atual frente ao profissional. Os relatos das entrevistadas mostram mudança de comportamento de acordo com as experiências passadas. As experiências complicadas, más ou desagradáveis, condicionam o paciente ao medo (CRUZ et al., 1997).

“[...] O que eu lembro dessa primeira vez? Que foi muito doloroso (risos). Pra quem nunca conhecia, nunca tinha ido, né, é meio assustador. Tenho medo até hoje. Até hoje tenho. Tenho pavor de dentista (risos)” (C.C.C., 32 anos)

Já as experiências boas parecem atenuar o impacto das experiências ruins (CRUZ et al., 1997).

“Uhm!! Faz muito tempo. Ah! A dentista falou pra mim que era pra mim escovar os dente na hora de comer, de jantar, de almoçar. Escovava os dente bem escovado que é pra não ficar comida no dente, né, pra não criar aquele bichinho. Aí...foi isso que ela falou pra mim, que tava bem escovado. Foi bom, nada de ruim.” (E.A.L.S., 36 anos)

Kleinknecht (1973); Rankin; Harris (1984) e Pride (1991) dizem que o medo é influenciado por expectativas de outros, como amigos e parentes. Os indivíduos citam experiências e opiniões de outras pessoas, aceitam as como verdades e identificam como suas. O medo é assimilado de maneira natural e, até mesmo, inconsciente. Segundo os autores, as pessoas apresentariam um condicionamento/ aprendizagem de sentir medo.

Outros autores, como por exemplo, Elil et al. (1992); Freeman (1985) e Milgrom et al. (1995) dizem que a ansiedade em relação ao tratamento odontológico tem sido associada a vários fatores etiológicos, influenciados por aspectos internos e individuais, ambiente onde se mora e a situação de tratamento odontológico. Dentre esses fatores está a importância do relacionamento da criança com a mãe, que foi estudado por Corkey & Freeman (1994), que segundo o autor, poderia influenciar o desenvolvimento psicológico da criança e sua habilidade em dificultar o tratamento.

Em nossa pesquisa, entre as mães que foram entrevistadas, verificou-se que a grande maioria freqüentava o dentista e outras disseram o oposto. Verificou-se, também, que daquelas que freqüentavam o dentista, a maioria ia uma vez ao ano e algumas delas mais de uma vez.

“Costumo. Eu vou de três em três meses. Ai!! Eu tenho que cuida dos meus dente, né, é o meu dever também, porque tem que cuida da boca, né? É importante, é saúde também, importante. [...]” (A.L.S.S., 24 anos)

No entanto, apesar da grande maioria dizer que freqüentava o dentista, metade das mães nunca tinha levado seu filho ao consultório odontológico. Os motivos alegados são diversos: já cuida na escola; demora muito, não tem paciência para esperar; não sabe como fazer para arrumar dentista para seus filhos; os dentes de seu filho estavam sempre limpos. É o que se verifica, como exemplo, em uma fala das entrevistadas:

“Não!! No dentista nunca levei não. Porque eles cuida na escola.”
(M.L.S. 40 anos)

As mães que disseram ter levado seus filhos ao dentista apresentaram diversas concepções em torno desse ato, como por exemplo: a lembrança e a associação da dor com o tratamento odontológico; o cuidado com os dentes, proporcionando ausência de cárie e conseqüentemente, dentes bonitos; que é saúde para seu filhos; que o filho tem esse direito e que é obrigação de mãe levá-lo ao dentista.

“Ah!! Eu acho, não acho nada, acho bom assim, né, que é levar para uma coisa boa, né? Às vezes, eu fico com pena, assim, que às vezes ela chora, né, a mais maior, chora, e já a pequena já não chora. Aí eu fico com medo porque dói, tem vez que pra limpar dói, né, aquela hora que eles pegam assim, dói, também aí. Pelas primeira vez ela chorava, mas depois eu conversei com ela que é pra limpar pra não ter bichinho, pra os dente ficar bonito, aí ela entende, né.” (J.J.O., 27 anos)

Quando as mães foram questionadas se, no caso de terem a oportunidade, estariam dispostas a ir, naquele momento, ao consultório odontológico para a realização de um tratamento, a grande maioria delas disse que sim, sendo que apenas uma delas tentou se desvencilhar, mas acabou concordando.

“ Ah! Eu iria. Ah! Porque eu gostaria de melhorar, né, meus dente.”
(A.L.S.S., 24 anos)

Já algumas disseram que não iriam, sendo que uma delas apresentou como justificativa o fato de não poder sair do trabalho e a outra afirmou ter medo.

“Ah! Era bom, né, mas só que agora, nesse momento mesmo eu não posso. Porque eu to trabalhando. Eu to ali, ó, onde você me chamou. Eu não teria medo de ir.” (M.L.S., 40 anos)

“Agora, agora eu não ia não!! (risos) Porque agora não. Ai!! Porque eu tenho medo!! (risos) “ (F.C.M.C., 20 anos)

Relacionando-se os sentimentos manifestados com a frequência com que as entrevistadas disseram ir ao dentista, percebemos que das mães que relataram ir ao dentista mais de uma vez ao ano, metade disse ter medo:

“Sim. Ah! Sempre que marca, né, assim de... é, no começo assim eu ia todo mês. Agora não. Agora de 6 em 6, né, que ta... Sinto diferença (risos). É uma diferença, né, porque eles limpam muito bem, né, então você sente uma diferença. Não sinto medo.” (E.S.A., 25 anos)

Já a outra metade disse sentir-se bem:

“Costumo. Eu vou de três em três meses. Ai!! Eu tenho que cuida dos meus dente, né, é o meu dever também, porque tem que cuida da boca, né? É importante, é saúde também, importante. Ai!! O coração acelera (risos, desencostou do sofá). O coração acelera um pouco

(risos). Mas, tipo assim, eu não tenho muito medo, sabe? E quando eu sento, deito lá, eu fico assim um pouco tremendo (risos). Depois logo passa!! “ (A.L.S.S., 24 anos)

Daquelas que disseram ir ao dentista uma vez ao ano, metade disse ter medo e a outra metade disse sentir-se bem. Já entre aquelas que disseram não ir ao dentista, a maioria se referia explicitamente ao medo e uma não esclarece o fato, muito embora em outro momento da entrevista tenha dito que não teria medo.

Finalmente, apenas uma delas afirma que só procura o dentista para arrancar o dente e não manifesta medo.

Percebe-se, pelo exposto, que existe uma correlação entre ter medo e não freqüentar o dentista e entre não ter medo e freqüentar o dentista. A esse respeito Cesar et al. (1993), verificou que altos níveis de medo, em relação ao tratamento odontológico, eram, significativamente, relacionados a grandes intervalos desde a última visita, ou seja, permanecer um bom tempo sem ir ao dentista. Oliveira (1993) diz que o medo é uma forma de reagir não só ao tratamento, mas à dor e à própria figura do dentista, exercendo uma influência negativa no tratamento, afetando desde a freqüência de ida ao profissional até a cooperação do paciente.

Assim, verifica-se que o medo pode estar sendo um grande obstáculo no momento da decisão de ir ou não ao dentista. Mas o que poderia estar causando medo nas pessoas e determinando esse tipo de atitude? Alguns trabalhos da literatura como os de Cruz et al. (1997); Singh et al. (2000), Moraes et al. (2004), Kleinknecht (1973); Rankin; Harris (1984) e Oliveira (1993) verificaram que procedimentos invasivos, como a anestesia e a

utilização da alta/baixa rotação (motorzinho) eram os que mais promoviam medo nos pacientes submetidos ao tratamento odontológico. Nesta pesquisa, quando as mães foram submetidas ao barulho da alta rotação que estava gravado em uma fita cassete, com o intuito de saber a reação das mesmas, verificou-se que a grande maioria conseguiu identificar o barulho da alta rotação, sendo que as mesmas mencionaram alguns sentimentos ruins como dor, arrepio, pânico, pavor, o que nos leva a concluir que as mesmas apresentavam medo em relação ao motorzinho, o que fora até mencionado pela grande maioria delas.

“Ai!!! Tenho pavor desse barulhinho (desencostou do sofá). Olha!! Esse barulhinho, eu tenho pavor dele. Porque, nossa!!!, ele dói muito. E também ela também tem medo disso, desse barulhinho. Eu acho que quase todo mundo tem medo desse barulho, né?” (A.L.S.S., 24 anos)

“O motorzinho do dentista. É isso aí que dá medo na gente. Sei lá, esse barulhinho esquisito aí (risos) Dói quando está no dente.” (A.R.L., 20 anos)

Apenas uma delas disse não lembrar de nada quando escutava o barulho, o que nos chamou a atenção. No entanto, quando analisamos o restante da entrevista verificamos que ela nunca tinha ido ao dentista, ou seja, nunca tivera uma experiência anterior, fosse ela boa ou ruim.

Já em relação à figura que fora apresentada às mesmas, contendo o dentista realizando o tratamento odontológico num paciente, verificou-se que a metade delas achava normal visualizar aquela imagem.

“Ah!! Nada. Normal. Vê mexendo na boca da gente? Normal.” (A.R.L., 20 anos)

“Ah! Já aí já é outra coisa, né? (risos) Porque esse barulhinho aí, nossa, dá medo na gente. (risos) A figura não, nada. Ai!! Nada. (risos) Que aí tem que ficar também pra limpar os dente, né.” (J.J.O., 27 anos)

Apenas uma delas mencionou ser ruim, horrível e aquela mãe que nunca tinha ido ao dentista disse que não vinha nada a sua cabeça.

A associação da imagem do cirurgião-dentista e do tratamento à dor aparece nos relatos de forma consistente. A dor vem associada aos estímulos específicos de forma marcante, em relação, principalmente, ao tratamento e ao dentista de forma geral. A associação da dor aos estímulos específicos, quando ocorre, envolve instrumentais e traduz, de certa forma, situações de agressão ao organismo do paciente, como o uso da broca/motor e agulha/anestesia. Em algumas entrevistas, a dor aparece como um fator desencadeador do medo. Sendo assim, quando essas mães são submetidas ao barulho do alta rotação (motorzinho), as mesmas revivem suas antigas experiências, muitas delas fazendo associação com a dor, desencadeando o medo. O que não acontece no momento que visualizam a figura, pois não realizam essa associação com a dor, deixando de causar medo, estando, assim, em um “aparente” estado de normalidade. Uma reação natural frente a essas situações de agressão e à dor ou à “possibilidade de doer” é o medo.

Segundo Schuman (1993), a odontologia ataca os pacientes em quase todos os níveis sensoriais, incluindo audição, visão, olfação, tato e gustação. Em nossa pesquisa, analisando as situações desencadeantes de medo em relação ao tratamento odontológico, verifica-se um predomínio da audição e do tato promovendo tais sensações. O que nos chamou a atenção, foi o fato de

uma das entrevistadas, após demonstrar ter medo em relação ao alta rotação (motorzinho), em outro momento dizer que o problema não era o barulho e sim o cheiro do consultório.

[...] Porque nem o barulho, nem nada, mas é o cheiro. O cheiro que faz... o cheiro que entra...uhm...Não, porque machucar não machuca, né, porque... mais é o cheiro, é, o cheiro do consultório.” (C.C.C., 32 anos)

Percebe-se, dessa forma, uma certa confusão e dificuldade na identificação dos fatores desencadeantes do medo e, conseqüentemente, há o comprometimento na ação de ir ao dentista.

Outro fator que poderia estar desencadeando a dificuldade na decisão de ir ou não ao dentista apresenta-se como sendo as desigualdades na utilização e no acesso aos serviços odontológicos.

Barros e Bertoldi (2002) avaliaram a situação de utilização e acesso aos serviços de odontologia no Brasil, estudando diferenciais entre os estratos socioeconômicos, utilizando-se de dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A análise indicou um nível baixo de utilização de serviços odontológicos, sendo que 77% das crianças de 0 a 6 anos e 4% dos adultos de 20 a 49 anos nunca haviam consultado um dentista. Entre esses adultos, comparando-se os 20% mais pobres com os 20% mais ricos, observou-se que o número de desassistidos era 16 vezes maior entre os primeiros. Os autores constataram que as crianças de 0 a 6 anos do grupo mais rico consultou um dentista de 4 a 5 vezes mais que aquelas do grupo mais pobre. Esse padrão está provavelmente associado à prioridade baixa que

se dá à saúde bucal das crianças e à possibilidade de desembolso para o tratamento.

No total, 47% dos atendimentos odontológicos nas duas semanas anteriores à entrevista da PNAD/1998 envolveram algum pagamento por parte do usuário. Nos atendimentos não odontológicos a proporção cai para 12%. Mesmo entre a população mais pobre, 14% dos atendimentos odontológicos envolveram algum pagamento.

Do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um agente de grande importância, porém, ainda com um papel proporcionalmente pequeno. Os próprios dados da PNAD/1998 mostraram que o atendimento odontológico se diferencia fortemente do atendimento médico, com uma proporção muito mais alta de atendimentos financiados do próprio bolso, e muito menos atendimentos financiados por planos de saúde e pelo SUS (BARROS; BERTOLDI, 2002).

É possível, dessa forma, verificar a ausência do SUS e dos convênios de saúde da área odontológica. Especificamente, em relação ao SUS, este foi responsável por 52% dos atendimentos não odontológicos e por 24% dos atendimentos odontológicos (BARROS; BERTOLDI, 2002).

Percebe-se, com esse estudo de Barros e Bertoldi (2002), que é muito mais fácil a população carente conseguir ser atendida por um serviço não odontológico e não pagar pelo mesmo do que por um serviço odontológico. Segundo os autores, o grupo mais pobre apresentou uma tendência de redução de acesso com a idade. Isso, provavelmente, é explicado pela diferença de financiamento no atendimento: enquanto nos grupos mais favorecidos uma idade maior propicia mais recursos para o pagamento do

atendimento, no grupo mais pobre, esse avanço na idade acaba por reduzir a oportunidade de acesso ao sistema público.

Em nossa pesquisa, não realizamos a divisão das mães em estratos socioeconômicos. Dessa forma, não conseguimos perceber as diferenças encontradas no estudo desses autores. Porém, esse trabalho é importante para percebermos o quadro calamitoso em que se encontra a odontologia, no Brasil, onde um número significativo de pessoas ainda não consultou com um dentista.

No entanto, segundo relatos das entrevistadas, é muito mais fácil ir ao dentista, hoje, do que antigamente.

“Ah!! Está!! Antigamente, quase não existiria. Nossa!! Era muito difícil. Olha!! Quando a gente... Eu lembro que minha mãe arrancava tudo os dente. Antigamente, só arrancava, né, não cuidava dos dentes. Hoje tem um monte de coisa pra fazer no dente, pra recuperar o dente. E, assim, pra arrancar é só se não tiver jeito mesmo. E se você quiser também arrancar, né? Agora, eu arranquei, dois aqui do lado. Eu achava que não tinha mais jeito.” (A.L.S.S., 24 anos)

Essa facilidade está relacionada, segundo as mães, ao aumento do número de postos de saúde com a presença do dentista.

“Ah!!Ta!! Ah! Porque hoje onde você vai tem dentista. Todos os posto de saúde tem dentista. Ahn!! Você anda na cidade o que mais vê é consultório, né? Eu pelo menos, o que minha mãe fala, o meu pai fala, é que não tinha, era muito difícil. Que nem, meu pai mesmo fala que ele morava em Rifaina, só tinha dentista em Franca. Era difícil, né? Então, eu acho que hoje é mais fácil, apesar que hoje tudo é mais fácil, né, do que antigamente.” (E.S.A., 25 anos)

Aumento, também, segundo elas, na quantidade dos materiais odontológicos, avanço da área e a maior facilidade para marcar consultas.

Essa facilidade, provavelmente, pode estar relacionada com a presença e atuação do Núcleo de Saúde da Família IV, que vem tentando melhorar o acesso àqueles que não conseguiam atendimento. Conseqüentemente, essas mães podem estar sentindo as diferenças que a estratégia Saúde da Família pode, porventura, estar proporcionando. Já as dificuldades das mesmas estão relacionadas com a demora para ser atendida e, no caso de uma delas, ao custo em procedimentos que não são cobertos pelos postos de saúde, onde o atendimento é gratuito.

Infelizmente, a grande maioria dos postos de saúde não realizam uma série de procedimentos odontológicos, o que não acontece no consultório particular. Segundo Matos et al. (2002), comparando os serviços odontológicos privados, públicos e de sindicatos com os serviços públicos, estes tendiam a fazer muito mais tratamentos por extração e muito menos por restauração.

O governo vem estudando e tentando implantar projetos que possam eliminar esse tipo de problema, pois, constantemente, deparamo-nos com pacientes, sem condições sócio-econômicas, e que, muitas vezes, perdem os dentes, pelo fato do posto não apresentar determinado tipo de procedimento.

“Antigamente, até que não era tão complicado, mas agora, pra ir, hoje em dia, no dentista, não ta fácil não, porque meus filho, eu tenho um filho moço e ele ta doidinho pra por um.....porque ele perdeu um dente bonzinho, sabe, e ele foi fazer um orçamento pra colocar um dente o homem quer 250 reais, só um dente. Então, eu acho que hoje em dia ta mais difícil, né?” (C.R.S., 48 anos)

Percebe-se, na fala dessa entrevistada, a dificuldade encontrada na conquista de um tratamento específico, que no caso é a necessidade de uma prótese dentária, mas que não é coberto pelo SUS, gerando o desembolso

pessoal por parte do paciente. No entanto, não são todas as pessoas que podem pagar por um serviço particular, gerando, assim, uma maior dificuldade na ida ao dentista.

O serviço público, geralmente, apresenta-se como sendo associado à demora e à falta de equipamentos/materiais e o particular com a rapidez no atendimento e pontualidade. Em nossa pesquisa, verificou-se que, caso as mães pudessem escolher em ir a um dentista do posto de saúde ou a um dentista particular, não se observou um padrão de respostas homogêneo, verificando-se que algumas delas mencionaram o particular, pois é mais rápido, o paciente é atendido com hora marcada e da maneira desejada.

“Se eu tivesse condições era o pago. Porque, sei lá (risos), acho que sim, né, porque a gente com dinheiro a gente quer fazer tudo, né? [...]” (J.J.O., 27 anos)

“Eu acho que o particular, né. Ai, não sei, eu vejo o povo falar muito bem do particular, né. E o do posto, assim, eu tenho medo, acho porque eu já fui várias vezes, eles não me atende do jeito que eu queria que eles atendesse. Aí eu acho que no particular acho que... eu acho que era melhor, né, não sei. Porque eu também nunca fui e nem posso, né. (risos)” (F.C.M.C., 20 anos)

Outras disseram que iriam ao dentista do posto de saúde, pois, trata bem e melhor os pacientes, ou seja, a questão da humanização é importante para elas:

“[...] Uhm!! Eu preferia o do posto. Porque eu acho que eles trata melhor, bem melhor. Não sei, porque eu tratei em muito postinho, paguei muito também, entendeu, mas eu preferia do postinho porque eles trata melhor a gente.” (C.C.C., 32 anos)

Poucas disseram que não teriam nenhuma diferença e que iriam em qualquer um deles.

“Ah!! Eu acho que pra mim é a mesma coisa. Pra mim é a mesma coisa. Ah!! É bom o particular porque você ta pagando e ..., mas é o mesmo dentista que ta pagando, o dentista do posto faz a mesma coisa. Está fazendo a mesma coisa. Pra esse negócio, questão de demorar, também, o pago ta demorando a mesma coisa, então.., pra mim. Só que, é...particular é assim, se marcar você vai, né? O posto demora um pouquinho, mas por mim não tem diferença.” (A.L.S.S., 24 anos)

Uma delas disse que iria no mais competente, independentemente se fosse do posto de saúde ou particular.

“Ah!! Não sei, sabe, porque, ultimamente, esses dentista particular aí também faz cada uma na gente que... então é difícil escolher, porque o particular por ser pago ele tem que fazer um serviço melhor e às vezes o dentista do posto, por ser do posto, faz do jeito dele. Então, é difícil escolher, entendeu?? Assim, ah, eu vou nesse porque esse é melhor. Às vezes, nem pago não faz o que a gente quer, é mas se fosse pra mim escolher, eu não sei, eu acho o que fosse mais fácil eu ia, entendeu? Porque é difícil, porque você paga um convênio, às vezes o dentista não faz o que você quer, entendeu, e você vai no posto também não resolve, então fica difícil. Então, eu acho que vou no mais fácil, eu acho que no mais competente, né, pra fazer o serviço.” (E.S.A., 25 anos)

Observamos, no discurso das entrevistadas alguns aspectos que se mostram importantes para as mesmas como: pontualidade, qualidade, humanização e competência. Eles podem estar sendo cruciais na tomada de decisão de ir ou não ao consultório odontológico.

Procuramos com esta dissertação compreender as visões de mães de crianças de 0 a 5 anos de idade do Núcleo de Saúde da Família IV (NSF-IV), da FMRP-USP, em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico.

Optamos por *mães*, devido ao fato que: ela é a personagem principal da família, com voz decisória, no trato de questões de saúde e doença; ela é, também, responsável pelo equilíbrio no binômio saúde-doença; as mesmas poderiam estar sendo a porta de entrada para uma boa ou má educação em saúde bucal para seus filhos.

Já a escolha da faixa etária *0 a 5 anos* contemplou alguns aspectos relacionados com a odontologia e ao desenvolvimento e aprendizado dessas crianças.

Em relação à odontologia, essa é uma fase importante, pois se inicia o irrompimento dos dentes decíduos ou “dentes de leite”, sendo que qualquer problema nessa primeira dentição poderia estar gerando problemas para a dentição permanente, bem como devido à idade-índice de 5 anos ser de grande interesse em relação aos níveis de doenças bucais na dentição decídua, uma vez que podem exibir mudanças em um período de tempo menor que a dentição permanente em outras idades – índice.

No caso do desenvolvimento e aprendizado dessas crianças, elas poderiam estar influenciando seus filhos na criação ou mesmo transformação de seus hábitos, costumes e pensamentos em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico.

Por fim, a escolha do Núcleo de Saúde da Família IV(NSF-IV) devido ao fato do mesmo ser um local que possui um vínculo com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, apresentando,

assim, uma maior facilidade para a realização de pesquisas, como a boa receptividade por parte da população adscrita ao Núcleo sendo, portanto, uma ótima região para novos estudos em saúde na cidade de Ribeirão Preto.

Percebemos que o planejamento criterioso da metodologia mostrou-se como sendo de grande importância na minimização de problemas que, porventura, pudessem acontecer, comprometendo a obtenção dos resultados. Fez-se necessário, portanto, para se conseguir atingir os objetivos propostos, a utilização da abordagem qualitativa de análise, sendo a que melhor se enquadrava para tentar respondê-los. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, permitindo um estudo mais aprofundado desse grupo de interesse. Realizou-se a análise de conteúdo, utilizando como referencial teórico a teoria das representações sociais.

Respeitando a saturação ou recorrência dos dados, foram entrevistadas 10 mães adscritas ao NSF-IV. A análise dessas entrevistas nos permitiu caracterizar a mãe do grupo entrevistado como uma mulher que: apresenta por volta de 30,7 anos; é da raça/cor parda; tem o primeiro grau incompleto; é convivente; é dona-de-casa; a família ganha por volta de 513,5 reais e tem por volta de 3,1 filhos. As que trabalham fora de casa, a grande maioria está no mercado informal exercendo a função de diarista, bem como os afazeres domésticos, sendo que, de forma geral, são elas que praticam o cuidado em saúde da família e, especificamente, o cuidado em saúde bucal.

Para conseguirmos detectar as representações sociais desse grupo pesquisado, em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico, tivemos que, a princípio, procurar entender a visão das mesmas em relação ao conceito de “saúde”.

Percebeu-se uma grande dificuldade delas em definir “saúde”. Para a grande maioria, “saúde” é considerada ausência de doença. Outras ações foram mencionadas, no entanto, quase não se referiu à realização da higiene bucal e nada em relação a ida ao dentista. Assim, notamos que a área odontológica não vem sendo devidamente valorizada como algo inerente à questão da “saúde”.

Verificou-se, também, que a percepção de saúde delas vai além da preocupação consigo mesmas, procurando zelar pela saúde daqueles que estão sob sua responsabilidade em casa: os filhos, provavelmente, devido à obrigação social de praticar o cuidado. Especificamente, em relação ao cuidado em saúde bucal, percebe-se que as mesmas assumem, de forma plena, essa tarefa quando se trata de seus filhos.

As mães se mostraram realmente importantes na grande maioria dos ensinamentos que são passados no interior do ambiente familiar. Tanto que se verificou que as entrevistadas foram ensinadas por suas respectivas mães sobre como cuidar de sua saúde bucal.

O significado do cuidado em saúde bucal, para elas, está relacionado com normas de higiene, dietéticas e a ida ao dentista. É importante salientar que a “ida ao dentista” só é mencionada quando se especifica o cuidado com a saúde bucal, não ocorrendo quando questionamos sobre a visão sobre saúde.

Verificamos que a visão desse grupo em relação à saúde bucal se restringe, em sua grande maioria, na preocupação com a estética e pouco com a função, conseqüência de uma sociedade que supervaloriza a aparência em detrimento de outros valores.

Para as entrevistadas, o papel do dentista no cuidado em saúde bucal está, em sua grande maioria, relacionado ao tratamento dito curativo, sendo o tratamento preventivo pouco mencionado, provavelmente, conseqüência dos valores atribuídos ao mesmo. Sua função, também, seria servir de exemplo às pessoas, pois, segundo elas, não iriam ao consultório do dentista se percebessem que o próprio profissional não cuida de sua própria saúde bucal.

Nossa pesquisa verificou que devemos tomar muito cuidado com os ensinamentos que são passados na infância, pois os mesmos podem ser apreendidos e permanecerem, sendo cruciais no decorrer da vida.

Segundo as mães, a primeira vez que ouviram falar do dentista foi quando eram crianças, sendo que, a grande maioria delas, recebeu informações de caráter positivo em relação ao mesmo. No entanto, verificou-se que essas informações não foram suficientes para evitar ou mesmo amenizar os sentimentos de medo e dor apresentados pela grande maioria delas, na primeira vez que foram ao dentista.

Os relatos das entrevistadas mostram, também, mudança de comportamento de acordo com as experiências passadas. As experiências complicadas, más ou desagradáveis pareceram levar as mesmas ao medo e as experiências boas pareceram atenuar o impacto das experiências ruins.

A grande maioria delas disse freqüentar o dentista uma vez ao ano. Relacionando-se os sentimentos manifestados com a freqüência com que as entrevistadas disseram ir ao dentista, percebemos que existe uma correlação entre ter medo e não freqüentar o dentista e não ter medo e freqüentar o dentista.

Para identificar alguns sentimentos em relação ao tratamento odontológico, utilizamos duas estratégias. A primeira foi apresentar o barulho do motorzinho (alta/baixa rotação) para as entrevistadas, o que promoveu lembranças de dor, arrepio, pânico, pavor, o que nos leva a concluir que as mesmas apresentavam medo em relação ao motorzinho. A segunda foi apresentar uma figura mostrando o dentista realizando o tratamento odontológico, o que para a grande maioria delas foi considerada como uma situação normal, não causando, dessa forma, medo.

Segundo o que encontramos na literatura, a dor vem associada a estímulos específicos de forma marcante, em relação, principalmente, ao tratamento e ao dentista de forma geral. A associação da dor a estímulos específicos, quando ocorre, envolve instrumentais e traduz, de certa forma, situações de agressão ao organismo do paciente, como o uso da broca/motor e agulha/anestesia. Para algumas entrevistadas, a dor aparece como um fator desencadeador do medo. Sendo assim, quando essas mães são submetidas ao barulho do alta rotação (motorzinho), as mesmas revivem suas antigas experiências, muitas delas fazendo associação com a dor, desencadeando o medo. O mesmo não acontece no momento que visualizam a figura, pois não realizam essa associação com a dor, deixando de causar medo, estando, assim, em um “aparente” estado de normalidade. Uma reação natural frente a essas situações de agressão e à dor ou à “possibilidade de doer” é o medo.

Uma das entrevistadas foi de grande importância para nossa pesquisa, pois diante das duas estratégias que utilizamos para tentar identificar os sentimentos gerados com as mesmas, disse não sentir nada e não se lembrar de nada. Analisando a entrevista, verificamos que a mesma nunca tinha ido ao

dentista, conseqüentemente, não conseguindo fazer associação do barulho e da figura com o tratamento odontológico, o que reforça a importância da experiência na possibilidade do desenvolvimento de sentimentos, sejam eles bons ou ruins.

Abordamos, também, nessa dissertação a questão das desigualdades na utilização e no acesso aos serviços odontológicos, pois essas desigualdades poderiam estar desencadeando a dificuldade na decisão de ir ou não ao dentista. No entanto, encontramos em nossa pesquisa que por mais que ainda existam desigualdades, as mães entrevistadas acreditam estar mais fácil ir ao dentista hoje em dia do que antigamente, provavelmente, devido à atuação do NSF-IV, que vem tentando amenizar essas desigualdades.

Nossa pesquisa constatou ainda que por mais que o serviço particular esteja associado à pontualidade, ao tratamento da maneira desejada e o serviço público à demora e falta de equipamentos/materiais, duas questões são importantes para elas e podem estar determinando a decisão de ir ou não ao dentista: humanização e competência.

É certo que ainda existem problemas, como por exemplo alguns procedimentos que não são realizados no posto de saúde devido à falta de equipamentos/materiais e também a demora para se obter atendimento, levando as pessoas a procurarem o serviço particular. Porém, mudanças estão sendo propostas na tentativa de aumentar o acesso daqueles que não podem usufruir desse tipo de serviço.

Esperamos que essa dissertação estimule novos estudos e contribua para o diagnóstico em saúde bucal e o desenvolvimento de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população, tentando

promover mudanças nas ações dos cirurgiões-dentistas, seja na promoção de saúde ou mesmo na ação curativa e para a superação das desigualdades que, ainda hoje, estão presentes na área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, M. H. N. G.; PORDEUS, I. A.; MODENA, C. M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n 1, p. 245-259, 2005.

ALVES, A.R. Saúde e doença: uma abordagem sócio-cultural. In: FLORES e SILVA, FRANCO. Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa-Livro, 1996. Cap. 3, p. 56-74.

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: _____ (orgs.) **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1998. p.107-21.

ANDRADE, C. M. J. **Representações de saúde-doença e alternativas terapêuticas em bairros da periferia de Belo Horizonte (1994-1996)**. 1996. Dissertação (Mestrado) Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1996.

ARAÚJO, M.C.M. **Ortodontia para clínicos**. Programa pré-ortodôntico. 4 ed., São Paulo: Livraria Editora Santos, 1988.

BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BERND, B. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 34, p. 33-39, 1992.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 14.

CACCIA-BAVA, M. C. G. G. **Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2004.** (mimeogr)

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1943.

CANGUILHEM, G. **Novas reflexões referentes ao normal e ao patológico.** Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1963.

CANGUILHEM, G. **La santé: concept vulgaire et question philosophique.** Toulouse, Sables, 1990.

CAPRA, F. **O ponto de mutação.** A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1989.

CARNEIRO, A. M. O. **Percepções em saúde bucal: valores, atitudes e problemas de um grupo de pessoas residentes na área rural de Brazilândia – DF.** 2001. Dissertação (mestrado) Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1999.

CAVALINI, S. F. S. **Um estudo sobre a implicação da relação pais-filhos na inibição intelectual.** 2000. 191p. Dissertação (Mestrado) Universidade São Marcos, São Paulo.

CESAR, J.; MORAES, A. B.; MILGROM, P.; KLEINKNECHT, R. A. Cross validation of a Brazilian version of the Dental Fear Survey. **Community Dent Oral Epidemiol.**, n. 21, p. 148-50, 1993.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo, Cortez, 1995.

COELHO, M.T.A.D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 2, p. 315 – 333, Maio/Ago., 2002.

COMTE, A. **System of positive polity**. Nova York, Lenox Hill, 1854.

CORKEY, B.; FREEMAN, R. Predictors of dental anxiety in six-year-old children: findings from a pilot study. **ASDC J Dent Child.**, v. 61, p. 267-71, 1994.

CRUZ, J. S.; COTA, L. O. M.; PAIXÃO, H. H.; PORDEUS, I. A. A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. **Rev. Odontol. Univ.**, São Paulo, v.11, n.4, p. 307-313, Out./Dez., 1997.

DIAS, E. L. R.; WANDERLEY, J. S.; MENDES, R. T. (orgs) **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2002.

DORIN, L. **Psicologia da criança**. São Paulo: Ed. do Brasil, s.d. 235 p.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo, Nacional, 1968.

DURKHEIM, E. As formas elementares da vida religiosa (1912). In: GIANNOTTI, J. A. (org.). **Durkheim. Coleção Os Pensadores**. São Paulo, Abril Cultural, 1978.

ELI, I. **Oral psychophysiology: stress, pain and behavior in dental care.** Florida: CRC Press; 1992.

FERNANDES, M. L. M. F. **Análise comparativa das percepções em saúde bucal de adolescentes grávidas e não grávidas: um ponto de partida para a promoção em saúde bucal.** 2002. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

FEITOSA, C. Os fatores psicológicos e sociais relacionados à cárie precoce na infância. **J. Bras. Ped.**, Curitiba, v.4, n.18, p. 143-147, mar./abr. 2001.

FERREIRA, A.R.C.; GAIVA, M.A.M. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. **J. Bras. Ped.**, Curitiba, v. 4, n. 22, p. 485-489, Nov./Dez., 2001.

FERREIRA, J. O corpo sígnio. In: MINAYO, M. C. S.; ALVES, P. C. (orgs.) **Saúde, doença um olhar antropológico.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FRAIZ, F.C.; WALTER, L.R.F. Study of the factors associated with dental caries in children who receive early dental care. **Pesqui. Odontol. Bras.**, vol. 15, n. 3, p. 201-207, Sept, 2001.

FRANCO, M. L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n.121, p.169-186, Jan./Abr., 2004.

FREEMAN, R. E. Dental anxiety: a multifactorial aetiology. **Br Dent J.**, n. 159, p. 406-408, 1985.

FREIRE, P. **Educação e mudança.** São Paulo: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, S. F. T. **História Social da Cárie Dentária**. Bauru, EDUSC, 2001.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C.; PENNA, C. M. N. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pub.**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 200-206, Jan./Fev., 2005.

GARRET, H. E. **Grandes experimentos da psicologia**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1959.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed., SP: Atlas, 1999. 206 p.

GIORDAN, A. Health education, recent and future trends. **Mem Inst. Oswaldo Cruz**; Rio de Janeiro, v. 95, Suppl. 1, p. 53-58, 2000.

GOFFMAN, E. **Estigma**. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 7 ed., Rio de Janeiro: Record, 2003. 107p.

GUEDES-PINTO, A. C. O primeiro vício. **Rev. Assoc. Bras. Odontol. Nac.**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 6-8, Fev./Mar., 1995.

GUIMARÃES, M. M.; MARCOS, B. Expectativa de perda de dente em diferentes classes sociais. **Rev. CROMG**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 16-20, 1996.

GUNAY, H.; DMOCH-BOCKHORN, K.; GUNAY, Y.; GEURTSSEN, W. Effect on caries experience of a long-term preventive program for mothers and children starting during pregnancy. **Clin. Oral Investig.**, v. 2, n. 3, p. 137-42, Sep., 1998.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HOLMES, F. B. 1935, "An experimental study of the fears of Young children", In: JERSILD, A.T.; HOLMES, F.B., **Children`s fears**, p. 167-296, Child development monographs, n. 20, N.Y.: Teachers College, Columbia Univ. p. 277,283.

IBGE/PNAD. **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro, 1999.

JAVORSKI, M.; CAETANO, L. C.; VASCONCELOS, M. G. L.; LEITE, A. M.; SCOCHI, C. G. S. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. **Rev. Latino-Am. Enf.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 890-898, Nov./Dez., 2004.

JERSILD, A. T. **Psicologia da criança**. Tradução de Marta Botelho Ede e Neil Ribeiro da Silva. Belo Horizonte: Itatiaia, 1977. 546 p.

JUNQUEIRA, C. R.; MELO, L. M. C.; RAMOS, D. L. P. Contribuição do método qualitativo de pesquisa nos estudos sobre ética na saúde. **Rev. Pós-Grad.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 265, 2002.

KANEGANE, K.; PENHA, S.S.; BORSATTI, M.A.; ROCHA, R.G. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 37, n. 6, p.786-792, Dez. , 2003.

KARSCH, U. M. S. (Org). **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 1998.

KEMM, J. Health education: a case for resuscitation. **Public Health**, v. 117, n. 2, p. 106-111, 2003.

KLEINKNECHT, R.A. Origins and characteristics of fear of dentistry. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 86, n. 4, p. 842-848, Apr., 1973.

KOHLER, B.; ANDREEN, I. Influence of caries preventive measures in mothers on cariogenic bacteria and caries experience in their children. **Arch. Oral Biol.**, v. 39, n. 10, p. 907-911, Oct., 1994.

KOWASH, M. B.; PINFIELD, A.; SMITH, J.; CURZON, M. E. Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children. **Br. Dent. J.**; v. 188, n. 4, p. 201-215, Feb., 2000.

LAPREGA, M. R. Processo saúde-doença e os níveis de prevenção. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. **Fundamentos de epidemiologia**. Barueri, SP: Manole, 2004. Cap. 1, p. 2.

LASCALA, N.T. **Prevenção na clínica odontológica**: promoção de saúde bucal. São Paulo: Editora Santos: São Paulo, 1997.

MALLISON, S. Listening to respondents: a qualitative assessment of the Short-Form 36 Health Status Questionnaire. **Social Science and Medicine**, v. 54, n. 1, p. 11-21, 2002.

MARSIGLIA, R. G.; BARATA, R. C.; SPINELLI, S. P. Determinação social do processo epidêmico. In: ABRASCO. **Textos de apoio. Epidemiologia I**. 2 ed., Rio de Janeiro: ENSP, 1990. p. 127-147.

MARTIN, V. B. ; ANGELO, M. Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. **Revi Latino-Am. Enfermagem**, v. 6, n. 5, Ribeirão Preto, Dez., 1998.

MATOS, D.L.; LIMA-COSTA, M.F.; GUERRA, H.L.; MARCENES, W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 237-243, 2002.

MENDONÇA, T. C. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores sobre a responsabilidade pela perda dentária. **Cad. Saúde Pub.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1545-1547, 2001.

MILGROM, P.; Fiset, L.; MELNICK, S. The prevalence and practise management consequences of dental fear in a major US city. **J. Am. Dent .Assoc.**, v.116, p. 641-647, 1988.

MILGROM, P. WEINSTEIN, P.; GETZ, T. **Treating fearful dental patients.** 2 ed., Washington: University of Washington in Seattle, 1995.

MILGROM, P. Response to Reisine & Douglas: psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.26, p. 45-46, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994a.

MINAYO, M. C. S. Quantitativo e qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos. In: COSTA, M. F. L.; SOUZA, R. P. **Qualidade de vida:** compromisso histórico da epidemiologia. Belo Horizonte: Coopmed, 1994b. p. 25-33.

MORAES, A. B. A.; AMBROSANO, G. M. B.; POSSOBON, R. F.; Fear Assessment in Brazilian Children: The relevance of dental fear. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 3, p. 289-294, Set./Dez., 2004.

MORAIS, H. **Representação sobre o cuidado e a qualidade de vida do cuidador de idosos dependentes no Programa de Saúde da Família de Uberaba – MG**. 2004. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2004.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public (1961)**. Paris: Presses Universitaires de France, 1976.

MOYSÉS, S. T.; WATT, R. Promoção de saúde: definições. In: BUISCHI, Y. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 3-22.

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. SP: Hucitec, 1994.

NARVAI, P. C. Definição de saúde bucal. In: _____ **Saúde Bucal e incapacidade bucal**. 2001. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/artcapel10anolll>
Acessado em: julho 2004.

NATIONS, M. K.; NUTO, S. A. S. "Tooth worms", poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. **Social Science and Medicine**. v. 54, n. 2, p. 229-244. 2002.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, 130p.

NUNES, I. A. **O cuidar idoso com trauma ortopédico realizado pelo cuidador familiar no domicílio**. 2002, 82p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

OKADA, M.; KAWAMURA, M.; MIURA, K. Influence of oral health attitude of mothers on the gingival health of their school age children. **ASDC J. Dent. Child.**, v. 68, ns. 5-6, p. 379-383, Sep./Dec., 2001.

OLIVEIRA, K. M. L. Medo, ansiedade e a prática odontológica. In: SEMANA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFMG, 2., 1993, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Pró-Reitoria de Pesquisa UFMG, 1993. p. 58

OLIVEIRA JÚNIOR, O. B. Contribuição para a eficácia de programas de prevenção identificando o conhecimento e os mitos sobre saúde bucal em gestantes de classe média de Araraquara. **Rev. Assoc. Maringense Odont.**, Maringá, v.1, n.1, p.19-23, Set./Dez., 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Brasília: Ministério da Saúde; 1986, p.11-18.

PAIXÃO, H. H. Saúde e doença: um estudo de representação social. **Arq. Centro Est. Curso Odont.**, Belo Horizonte, v. 23, n. ½, p. 9-17, 1986.

PAIXÃO, H. H.; PORDEUS, I. A.; FERREIRA, E. F. Saúde e doença bucal: concepções e contradições. In: ENCONTRO DE PESQUISA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFMG, 4., 1995, Belo Horizonte. **Anais ...** Belo Horizonte: 1995.

PEREIRA, A. L. F. Pedagogical approaches and educational practices in health sciences. **Cad. Saúde Pub.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.

PERES, K. G. A.; BASTOS, J. R. M.; LATORRE, M. R. D. O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev. Saúde Pub.**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 402-408, 2000.

PERINI, E. **O abandono do tratamento da tuberculose: transgredindo regras, banalizando conceitos.** 1998. Tese (Doutorado) Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.

PINTO, V.G. **A questão epidemiológica e a capacidade de resposta de serviços de saúde bucal no Brasil.** 1992. 217p. São Paulo, Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública da USP, 1992.

PRIDE, J. Dealing with dentistry's dilemma. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 122, n. 10, p. 91-92, Sep., 1991.

QUEIROZ, M. S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Cad. Saúde Pública**, v.9, n.3, p.272-282, 1993.

QUEIROZ, M. S. **Saúde e doença: um enfoque antropológico.** Bauru, SP: EDUSC, 2003. p. 25

RAMOS, B. C.; MAIA, L. C. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Rev. Odont. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 303-311, Jul./Set., 1999.

RANKIN, J. A.; HARRIS, M. B. Dental anxiety: the patient's point of view. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 109, n.1, p. 43-47, July., 1984.

RODRIGUES, J.C. **O tabu do corpo.** Rio de Janeiro: Achiamé, 1979.

ROJAS, R. A. **Epidemiologia** – Epidemiologia Básica. Tomo I. Buenos Aires: Intermédica Editorial, 1974.

ROSE, G. Sick individuals and sick populations. **Int. J. Epidemiol**, London, v. 14, p. 32-38, 1985.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUARIOL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5 ed., Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 15-30.

ROUX, G. I. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. **Educ. Med. Salud.**, v. 28, n. 2, p. 223-233, 1994.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. **Programa Saúde da Família no Brasil**: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. 2000 (mimeogr)

SANTI, L. N. **Cuidando da saúde bucal do filho**: o significado para um grupo de mães. 2003. 188p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto, 2003.

SCHÜLLER, A. A.; WILLUMSEN, T.; HOLST, D. Are there differences in oral health behavior between individuals with high and low dental fear? **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 31, n. 2, p. 116-21, Apr., 2003

SCHUMAN, N. J. Dentistry as portrayed in motion pictures on television. **Compend. Contin. Educ. Dent.**, v. 14, n.1, p. 102-106, Jan., 1993.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Revi. Saúde Pública**, v.31, n.5, São Paulo, oct., 1997.

SEOW, W. K.; CHENG, E.; WAN, V. Effects of oral health education and tooth-brushing on mutans streptococci infection in young children. **Pediatr. Dent.**, v. 25, n. 3, p. 223-228, May/Jun., 2003.

SELLTIZ, C. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Herder, 1967.

SHEIHAM, A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4 ed., São Paulo: Santos, 2000. p. 222-250.

SINGH, K. A.; MORAES, A. B. A.; AMBROSANO, G. M. B. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. **Pesq. Odont. Bras.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 131-136, Abr./Jun., 2000.

SKARET, E.; MILGRON, P.; RAADAL, M.; GREMBOWSKI, D. Factors influencing whether low-income mothers have a usual source of dental care. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 68, n. 2, p. 136-139, Mar./Apr., 2001.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.

SPINK, M. J. P. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1993. 311p.

TEZOQUIPA, I. H.; MONREAL, M. L. A.; SANTIAGO, R. V. El cuidado a la salud em el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 443-450, 2001.

TOLLARA, M. N. Comportamento materno frente ao tratamento odontológico na primeira infância em ambientes de trabalho distintos: público e privado. **J. Bras. Odont. Odont. Bebê**, v. 2, n. 10, p. 425-431, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Ática, 1987.

VARGAS, A. M. D. **Políticas públicas e qualidade de vida: um estudo sobre a perda dentária.** 2002. Tese (Doutorado) Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

VERRIPS, G. H.; KALSBECK, H.; EIJKMAN, M. A. Ethnicity and maternal education as risk indicators for dental caries, and the role of dental behavior. **Community Dentistry of Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 21, n. 4, p. 209-214, Aug., 1993.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, p. 33-44.

WATT, R. G. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 30, n. 4, p. 241-247, 2002.

WATSON, J. B. **Psychology from the Standpoint of a Behaviorist.** Behaviorism, N.Y.: People`s Institute, 1924a.

_____ **Psychology from the Standpoint of a Behaviorist.** Filadélfia: Lippincott, 1924b.

WEL, S. H. Y. **Pediatric dentistry: total patient care.** Philadelphia: Lea & Febiger, 1988.

WOLF, S. M. R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev. APCD**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 307-315, 1998.

ANEXO A

Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹

ESCLARECIMENTOS

Está sendo realizada uma pesquisa sobre o olhar de mães de crianças de 0 a 5 anos, cadastradas no Núcleo de Saúde da Família 4, em relação ao tratamento odontológico. A pesquisa tem como pesquisador responsável o Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho, docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.

Esta pesquisa tem como objetivo principal traçar o perfil de mães de crianças da faixa etária de zero a cinco anos de idade do Núcleo de Saúde da Família IV, procurando saber qual o pensamento das mesmas em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico.

Serão recrutadas mães cadastradas no Núcleo de Saúde da Família 4. Em seguida, serão fornecidas informações sobre o estudo e as suas etapas. Em caso de concordância, as mães assinarão um documento confirmando a participação neste estudo. Esta via ficará em poder do condutor da pesquisa.

Será utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturada elaborado pelos pesquisadores, constando questões sobre hábitos e costumes, representações e acesso ao tratamento odontológico. Todas as entrevistas serão gravadas por um pequeno gravador (Olympus – Pearlorder 5701 – microcassette recorder) e em nenhum momento a identidade da mãe será divulgada, nem mesmo conhecida por outras pessoas, ficando somente sob a responsabilidade do pesquisador.

Todas as informações serão gravadas em computador, em código. As mães que participarem desta pesquisa não receberão qualquer benefício direto por isso, a não ser saber que o estudo poderá trazer esclarecimentos úteis e benefícios para os usuários do Sistema Único de Saúde.

¹ Termo entregue ao participante antes do início da entrevista.

Não haverá nenhum prejuízo para as mães convidadas que decidam não participar do estudo, ou para aquelas que, mesmo depois de terem decidido participar, desistirem. Todas as mães que aceitarem participar também têm o direito de não responder alguma ou algumas das perguntas, se não desejarem fazê-lo, sem sofrer qualquer prejuízo por isso. Será solicitado às que aceitarem participar da pesquisa que assinem um certificado de consentimento, para documentar sua decisão. Caso prefiram não assinar este documento, sua decisão será respeitada e não impedirá sua participação na pesquisa.

CERTIFICADO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, declaro ter sido esclarecida sobre todas as condições que constam nos esclarecimentos acima, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetida, aos riscos e aos benefícios, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram asseguradas. Aceito participar da pesquisa acima referida, sob responsabilidade do Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho. Ribeirão Preto, ____ de _____ de ____.

Nome da Entrevistada: _____

Assinatura: _____

ANEXO B**ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS ²****# IDENTIFICAÇÃO**

*NOME: _____

*ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, NÚMERO, ETC) _____

*BAIRRO _____

*CIDADE _____

*TELEFONE P/ CONTATO _____

*SEXO: M ___ F ___ * IDADE _____

*RAÇA/COR: 1-BRANCA ___ 2- NEGRA ___

3- PARDA ___ 4- AMARELA ___ 5- INDÍGENA ___

*ESCOLARIDADE:

1- 1º GRAU INCOMPLETO ___ 2- 1º GRAU COMPLETO ___

3- 2º GRAU INCOMPLETO ___ 4- 2º GRAU COMPLETO ___

5- ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO ___

6- ENSINO SUPERIOR COMPLETO ___

*RENDA (EM NÚMEROS ABSOLUTOS):

PESSOAL _____ FAMILIAR _____

*ESTADO CIVIL: _____

*Nº DE FILHOS: _____

*Tempo da entrevista:

Início: _____ Término: _____

² Esclarecemos que os roteiros são apenas um referencial para explorar o tema proposto. Procuramos na apresentação das questões adequar nossa linguagem de forma que as entrevistadas tivessem condições de responder.

QUESTIONAMENTOS I

- 1- Para a senhora, o que significa cuidar da sua boca? Qual o papel do dentista nisso?
- 2- Gostaria que a senhora pensasse na primeira vez em que ouviu falar de dentista: Quando foi? O que ouviu?
- 3- Quando era criança, alguém a ensinou a cuidar da sua boca? Quem? O que falou?
- 4- Quando a senhora foi pela primeira vez ao dentista? O que a senhora lembra dessa primeira vez?
- 5- E, atualmente, a senhora costuma ir ao dentista? Quando? Com que freqüência? O que a senhora sente quando vai?
- 6- E seu filho/a, o que a senhora fala para ele/a sobre cuidar dos dentes?
- 7- E como é para a senhora levar seu filho/a ao dentista? Como se sente? O que pensa?
- 8- O que vem à cabeça da senhora ao ouvir isso? [Nesse momento, a entrevistada ouviu o barulho de um motorzinho (alta rotação), que estava gravado em uma fita cassete e que fora acionado no momento certo pelo entrevistador].
- 9- O que vem à cabeça da senhora ao ver essa figura? [Nesse momento, a entrevistada visualizou uma figura contendo o dentista realizando o tratamento odontológico num paciente]

QUESTIONAMENTOS II

- 1- Conte com detalhes: o que a senhora faz no seu dia-a-dia, ou seja, desde a hora que acorda até a hora que vai dormir?
- 2- O que é saúde para a senhora?
- 3- O que é saúde da boca para a senhora?
- 4- Como a senhora sente ou se sentiria com a falta de dentes da frente? E os do fundo?
- 5- O que a senhora acharia se fosse ao consultório de algum dentista e soubesse por alguém ou percebesse que o mesmo não cuida dos seus próprios dentes?
- 6- Em relação aos seus hábitos: a senhora faz a limpeza da sua boca? (Conte com detalhes como isso acontece e a frequência)
- 7- Conte: Como é a alimentação do seu filho/a desde a hora que ele/a acorda até a hora que vai dormir?
- 8- Em relação aos hábitos do seu/sua filho/a: Como é a limpeza da boca dele/a?
- 9- Se eu falasse para a senhora: vamos ao dentista tratar sua boca nesse momento, o que me diria? Por quê?
- 10-Caso a senhora pudesse escolher em ir a um dentista do posto de saúde ou a um dentista particular, qual dos dois seria de sua preferência? Por quê?
- 11-A senhora acha que está mais fácil ir ao dentista hoje em dia do que antigamente? Por quê?
- 12-A senhora foi em todas as consultas que foram marcadas com o dentista?
- 13-Tem algum problema que a impediu ou a impede de ir à consulta com o dentista?