

A representação social da saúde bucal em pré-adolescentes moradores de área de risco social

The social representation of oral health in adolescents

Fernando Lopes Tavares de Lima¹, Denise Vieira Travassos², Efigênia Ferreira e Ferreira³, Andréa Maria Duarte Vargas⁴

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer as representações sociais sobre a saúde bucal de um grupo de pré-adolescentes, moradores de uma região de alto risco social, em Belo Horizonte e assistidos por uma instituição beneficente. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com dez pré-adolescentes, com faixa etária variando entre dez e doze anos, para uma análise qualitativa dos dados. Nas entrevistas, foram selecionados cinco grandes temas: o significado da casa; a representação da saúde; a representação da saúde bucal; a cárie dentária e os serviços odontológicos ofertados. Constatou-se que os entrevistados apresentaram uma boa noção sobre a sua realidade social e o conhecimento da dificuldade do acesso a serviços de saúde bucal. Este fato parece contribuir para o reconhecimento e valorização das ações realizadas na instituição. Houve uma incoerência na representação de saúde bucal. Os pré-adolescentes entendem saúde bucal como dentes brancos e limpos, mas, pela dificuldade de verem seus próprios dentes assim, trazem a recusa em reconhecer a cárie dentária como doença. O perfil profissional valorizado e desejado pelos assistidos está diretamente relacionado com a relação profissional-paciente. Os adolescentes possuem as representações intimamente relacionadas com a sua realidade social.

Descritores: Saúde bucal. Comportamento do adolescente. Pesquisa qualitativa.

INTRODUÇÃO

A Representação Social (RS) é a forma como a sociedade entende e vive aspectos da sua realidade. A partir da observação e percepção dos fatos a sua volta, cada indivíduo cria a sua realidade e determina assim o seu comportamento perante a sociedade e o meio no qual vive. As representações influem na constituição do real, pois as percepções consubstanciam-se em idéias, determinando estigmas e preconceitos, orientando comportamentos, comunicações e relações humanas e sociais¹.

Os estudos das RS nas ciências sociais tiveram início com Durkheim, autor da expressão “representações coletivas”. Para ele as representações são exteriores e coercitivas à consciência individual².

Já Max Weber direciona, em seus estudos, uma outra linha de pensamento. Para ele as RS estão relacionadas à história de vida, da experiência e do

conhecimento. O indivíduo “não só age como atribui significados portadores de relevâncias à sua ação de acordo com sua história de vida, seu estoque de conhecimentos dado pela experiência de interação, com os que cercam”. As RS seriam então, um “conjunto de ações individuais reciprocamente referidas”. As normas e regras sociais são o resultado do conjunto de ações individuais, sendo que as diferentes formas de conduta são escolhidas pelos atores sociais².

Em uma terceira linha de pensamento, originada nas teorias de Karl Marx, é defendida uma relação dialética para as origens das representações. Para ele as circunstâncias constroem os homens e suas representações, mas são os homens os responsáveis pelas circunstâncias da sua vida².

As RS são sempre construtivas; elas constituem o mundo como ele é conhecido. Tudo se inicia quando a criança internaliza as RS e estas

¹ Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva, FO-UFMG

² Profa. Assistente, Dept. Odontologia Social e Preventiva, FO-UFMG

³ Profa. Associada, Dept. Odontologia Social e Preventiva, FO-UFMG

⁴ Profa. Adjunta, Dept. Odontologia Social e Preventiva, FO-UFMG

Contato: vargasnt@task.com.br

passam a expressar a relação dela com o mundo que ela conhece e, ao mesmo tempo, situam-na nesse mundo³.

Como é de se esperar as RS sobre saúde-doença não se diferem das demais, tendo como cenário o universo sócio-cultural. Nelas se refletem todos os aspectos da vida sócia. Assim, todo o processo saúde-doença é construído no dia a dia, incluindo as suas concepções^{3,4}.

O conhecimento destas RS pode trazer relevantes contribuições para a ampliação da consciência sanitária da sociedade, pois a efetividade de programas de transformação cultural, como os de educação em saúde, é influenciada pelo modo como a sociedade aceita e reconhece a intervenção. Ter ciência das práticas cotidianas relacionadas à saúde traz subsídios para esses programas e contribuindo com o processo ensino aprendizagem^{1,5,6}.

Desta forma, acredita-se que a partir da percepção de saúde bucal da comunidade estudada, seja possível abordá-la de forma mais efetiva e democrática, na busca de maior participação nas questões de saúde⁴.

Entretanto é um desafio para Odontologia e para as outras ciências da saúde saírem de uma concepção tradicional, que considera as pessoas como se tivessem a mente vazia, devendo ser preenchida pelo conhecimento de quem o possui. As pessoas devem ser entendidas como possuidoras de um saber popular, de valores e de condutas que são historicamente construídos. Este saber popular deve ser levado em conta na construção da melhoria de saúde, pois é através dele que é construída a realidade⁷.

Foi objetivo deste estudo, identificar as representações sociais de um grupo de pré-adolescentes pertencentes a famílias de baixa renda, assistidos por um programa de prevenção e assistência odontológica numa instituição filantrópica, para melhor direcionar as ações educacionais em saúde e desta forma, tentar romper as barreiras entre a verdade científica e a verdade da vida⁷.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado na “Casa do Pequeno Cristo”, no Aglomerado Morro das Pedras, região de alto risco social em Belo Horizonte. O entrevistador participou, antes da coleta de dados, das atividades da instituição durante quatro meses. Isto possibilitou a formação do vínculo entre ele e os entrevistados e o conhecimento da rotina e da

realidade social dos pré-adolescentes.

A Casa foi fundada e ainda é mantida pela Igreja Católica por meio de doações e tem como objetivo a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida dos jovens moradores desta comunidade.

No total são 50 jovens assistidos que possuem acesso aos serviços oferecidos pela Casa, entre eles, cursos de computação, atividades de arte, atendimento psicológico e odontológico, além das atividades preventivas para saúde e reforço escolar.

No setor odontológico são realizadas ações preventivas, atendimento básico e especializado, por profissionais voluntários. Estas ações se estendem, em um segundo momento, aos pais e irmãos dos jovens.

Foi feita a escolha pela metodologia qualitativa, pois ela é a que melhor se adapta aos objetivos da pesquisa. Através da metodologia qualitativa é possível descobrir os valores, os significados, os motivos, as aspirações e as crenças das pessoas em relação a algo que se quer conhecer^{2,8}.

Foram realizadas entrevistas individuais, gravadas em fita cassete, com dez pré-adolescentes, na faixa etária de 10 a 12 anos. As entrevistas tiveram um aspecto de conversa livre, com estímulo à manifestação espontânea e seguiram um roteiro semi-estruturado dando ênfase aos seguintes aspectos: processo saúde/doença; saúde/doença bucal; importância e função da boca e seus componentes; avaliação do serviço odontológico prestado pela Casa.

Após a leitura das transcrições e definição dos temas, a análise dos dados seguiu a proposta da “hermenêutica-dialética”, que considera o significado dado pelas pessoas, avaliado dentro de seu contexto social².

Para participar da pesquisa os entrevistados deveriam estar inscritos na instituição e assinar, juntamente com o responsável, o termo de consentimento livre e esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob nº 068-05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Aglomerado Morro das Pedras está localizado na Regional Oeste e possui uma área de 819.505,54m², com uma população total de 19.981 habitantes. Destes, um pouco mais de 20% está na faixa etária de 0 a 19 anos. A renda familiar de 18% da população é de até um salário mínimo e de 24% de 1 a 2 salários mínimos, sendo que 10% não têm

renda.

Cerca de 85% da área total do Aglomerado é de propriedade pública municipal e 15% de propriedade particular*.

Após a análise, os dados foram divididos em cinco grandes temas, percebidos nas entrevistas: o significado da casa; a representação de saúde; a representação de saúde bucal; a cárie dentária; os serviços odontológicos ofertados.

O Significado da Casa

Em geral todos os entrevistados se declararam muito satisfeitos com a casa e orgulhosos de fazerem parte desta instituição. Oriundos de uma realidade dura e cruel eles vêm na Casa um “porto seguro” que os livram da rua.

“É ótimo, aqui nós brincamos, estudamos e ficamos longe da rua. Antes eu ficava só na rua, tirava nota ruim e brigava com todo mundo. Minha vida melhorou muito depois que eu vim pra aqui”.

O acesso à informática e a uma boa alimentação (almoço e lanche), ofertados pela Casa, parecem ser os principais bens reconhecidos pelos assistidos. A alimentação, pelo contraste com a realidade vivida no Morro e o conhecimento de informática, pela “superioridade social” e “status” junto aos amigos e parentes.

Estas informações devem ser vistas com cuidado, pois a análise das relações entre os beneficiários e uma instituição “necessária” na vida diária, apresenta, na sua essência, algumas limitações, pois é comum evitar desagradar quem melhora a sua posição social.

A Representação de Saúde

Ao serem questionados sobre “O que é ter saúde?” os jovens demonstraram entender “saúde” em um sentido bastante amplo, diferente do conceito tradicional, que considera a saúde como simples ausência de doença. Observa-se isto nas respostas “viver feliz”, “não ter muita briga”, “comer direito”, “brincar, correr, não faltar aula”, “ter as coisas” e “não mexer com coisas ruins, como droga”.

O papel da instituição, desta forma, seria maior do que tentar reduzir as formas desiguais em que se apresenta o processo saúde-doença, pois são necessárias mudanças nas estruturas sócio-

econômicas para se alcançar a saúde almejada.

A Representação de Saúde Bucal

Os entrevistados demonstraram uma certa confusão entre “saúde bucal” e “saúde dental”, entendendo-a como “*ter dentes limpos*”, “*dente alvinho*”, “*dente limpinho*”. Provavelmente isto ocorre pela ênfase dada às medidas educativas de saúde bucal, aos dentes e a higienização destes.

“Eu gostei de tratar porque (...) clariou meu dente, porque os meninos da escola falavam que eu não escovava os dentes. Ele era muito amarelo, mas agora limpou. É dente escovado bem e boca muito saudável”.

A percepção de saúde bucal é muito relacionada com os aspectos culturais e sociais, mas é importante se lembrar da assimilação das classes populares dos conceitos impostos pelas classes dominantes, através dos meios de comunicação em massa ou pelo próprio aparelho do Estado⁷.

A associação da saúde bucal com as relações sociais também foi muito clara. Ter saúde bucal facilita na socialização⁹.

“... é quando a gente pode falar com os outros sem ter vergonha de está feio, está fedendo, e que ninguém vai rir da gente”.

“Os dentes não ficam mais doendo, a gente não tem bafo, a gente pode conversar e ninguém ri da gente”.

“Pra divertir e ficar bonito, porque banguelo é muito feio”.

Foram citadas também, além da função social, as funções biológicas do aparelho mastigatório.

“... comer, sorrir, falar, e quando tiver grandinho poder beijar. Mastigar”.

Quando questionados sobre quais doenças bucais que eles conhecem foram citadas principalmente “*sapinho*”, “*afta*”, “*herpes*”, gengivite (através do termo “*gengiva que sangra*”) e “*dor de dente*”.

Merece atenção o fato de que a “*dor de dente*”, que é um sintoma, é normalmente

* Site: <http://portal1.pbh.gv.br/pbh/pgESEARCH_CENTRO.html?paramIdCont=8424>, 08/09/2005.

identificada como doença e substituí, muitas vezes, a Cárie Dentária que, como poderá se observar mais adiante, é dificilmente classificada como doença. É sugerido em um estudo, também realizado com adolescentes, que isso ocorre porque é esta “dor” que marca a experiência de cárie. A “dor”, neste caso, que é responsável pela mudança na rotina dos indivíduos⁹.

A higiene bucal (escovação) é colocada como principal meio de não adoecer, tendo assim, as doenças bucais, uma origem relacionada à responsabilidade individual e ligada à negligência de cuidados pessoais. Este discurso, incorporado dos cirurgiões-dentistas, encobre as falhas e a falta de tratamentos preventivos e clínicos, além da responsabilidade dos setores públicos, sejam eles de saúde ou não^{7,9}.

“É só escovar direitinho e pronto, não tem”.

“... é só seguir as normas do dentista”.

Assim como em outros estudos, o ensino sobre a higienização bucal dos pré-adolescentes, segundo os relatos, foi feito pela mãe e o aprimoramento pelos cirurgiões-dentistas da Casa^{10,11}.

“Minha mãe ensinou..., assim ó..., na verdade direitinho eu só aprendi aqui”.

A incorporação de hábitos de higiene acompanha o aprendizado dos membros da família, em especial da figura materna. Segundo estudos os conhecimentos adquiridos na socialização primária são internalizados profundamente, fazendo parte do cotidiano, sendo de difícil mudança^{10,11}.

Perguntados sobre a permanência dos dentes na boca, mesmo mostrando dúvida, os entrevistados desejaram ficar com seus dentes para sempre. Esta resposta foi importante, pois eles mostraram um desejo de mudança da realidade dos seus pais.

“Não sei não, minha mãe e meu pai já perdeu um tanto. Eu queria ter dentes para sempre”.

“Ah! Não sei, não. Eu acho que para sempre. Minha mãe ainda tem os dentes bonitos, mas meu pai já perdeu alguns e os outros estão ruins”.

Estudos demonstram que a maioria das pessoas relata que pode ficar com os dentes para toda a vida. No entanto, existe uma grande

discrepância entre este relato e a condição de saúde bucal da população adulta no Brasil, que sem assistência, continua a carregar um alto índice de CPOD, com percentual muito elevado do componente extraído⁶.

A Cárie Dentária

Os entrevistados parecem possuir conceitos sobre a cárie, relacionados ao que habitualmente é reforçado, em palestras proferidas em atividades denominadas educação em saúde.

“Olha só, é quando a gente não escova direito, vai juntando comida nos dentes e aí começa a ficar preto e dói. Pode dar de um dia pro outro”.

“Cárie é quando você não escova os dentes, enche de bicho, pode doer ficar podre e fedendo, e é isso”.

“É quando você está chupando uma bala e aí dá um negócio pretinho, bem pequenininho e depois começa a crescer, você vai chupando mais bala e a cárie abrindo, aí dá para sentir dor”.

O fator determinante da cárie dentária se resume exclusivamente à presença da placa bacteriana e sacarose e, conseqüentemente, a remoção destes fatores significaria a saúde da boca/dentes. Normalmente a cárie é colocada, pelas pessoas, com as seguintes características: dentes estragados, fedendo, feios, pretos, amarelos e um furo⁶. Esta identificação da cárie dentária é relacionada aos aspectos clínicos da doença em estágio já avançado, conceito que interfere diretamente em um trabalho educativo.

A alta prevalência da cárie no Brasil, principalmente nas pessoas pertencentes à classe baixa, faz com que se acredite que a cárie seja natural. Neste contexto o normal, portanto, é “ter cárie”. Apesar de identificarem a cárie dentária como uma doença, na atitude, ela não é considerada assim, mesmo que esta enfermidade seja capaz de prejudicar a desejada “saúde dental”.

“Não é doença não. Não tem nada a ver”.

Esta normalidade incoerente pode ser explicada pela certeza de que ela não tem cura como qualquer outra doença, além de ser inevitável, ou de difícil prevenção⁷.

“Mas se não escovar direito pode até ter”.

“Uai, eu acho que todo mundo pode ter sim”.

A expressão “*pode ter*”, dimensiona o significado da impossibilidade de se ter a saúde da boca e a dificuldade de se responsabilizar por doenças que habitualmente é competência do profissional, o curador.

Os pré-adolescentes associaram a dor com a experiência de cárie, quando questionados sobre esta experiência.

“Foi muito ruim. Ficou um buracão. Tive que tirar no dentista. Não doeu não, mas a gente fica com medo”.

“Já, doeu, né, para tirar”.

O medo da dor está fortemente associado ao dentista. Ele é comum, natural e inquestionável. Pode ter origem na expectativa, nas experiências próprias ou até mesmo nas experiências dos outros. Está presente na mídia e no senso comum¹².

Em algumas falas foi possível observar a contradição do que se diz no senso comum com a experiência pessoal de tratamento.

“Todo mundo falou que ia doer, mas não doeu”.

Os Serviços Odontológicos Ofertados

O atendimento é bem conceituado por todos os adolescentes entrevistados. Eles relacionam o tratamento a uma oportunidade de melhoria da qualidade de vida.

“Vai melhorar uai. Que os meninos ficam me zoando aí na rua, me chamando de dente grande, dente de cavalo”.

“Eu fiquei muito feliz, eu nem liguei se doía e não doeu nada”.

Quando se comparou o tratamento realizado na Casa com os realizados fora da Casa, as respostas foram bastante semelhantes.

“Não, o dentista nem falou as coisas comigo e já foi dando injeção e tirando o dente que estava doendo. Aqui a dentista era muito boazinha, toda vez que eu fui ela ficava conversando um tempão. Eu gostei muito do tratamento dela”.

O perfil de dentista elogiado pelos entrevistados era, assim como em outros estudos, relacionado a características pessoais: “calmo”, “boazinho” e “educado”. É importante ressaltar a importância dada, por eles, à capacidade do dentista

na interação profissional-paciente. O que faz o diálogo entre o profissional e o paciente ser inexistente ou insuficiente, na grande maioria das vezes, é a preocupação do profissional em executar o procedimento, não considerando o lado emocional do paciente^{12,13}. Os entrevistados classificaram o bom relacionamento como qualidade imprescindível do profissional.

“É que dá atenção na gente e que trata a gente bem, com educação”.

“Tem que ser calmo, fazer as coisas devagar, perguntar se está doendo. Porque tem vez que ele nem fala que dói e já vai fazendo de uma vez só”.

“Calmo, boazinho e que faz as coisas sem a gente sentir dor”.

“Bom é o dentista que trata a gente bem, trata bem a boca e é educado com a gente”.

Quando perguntados se estariam fazendo tratamento se não estivessem na Casa os adolescentes mostraram uma consciência da dificuldade de acesso aos serviços públicos e do alto custo do tratamento particular. O acesso aos serviços de saúde bucal ainda é um dos grandes desafios para os membros da classe baixa no Brasil. Existe angústia e a não conformação com os preços do tratamento odontológico¹².

“Não sei não. Eu acho que não ia tratar não. Lá em casa a gente não tem dinheiro. Nós somos pobres, e tratar dos dentes é caro... é muito caro”.

“Ah, eu acho que não, por que tratar com dentista é muito caro e lá no posto é muito difícil”.

“Não, porque na rua ninguém ia me dar nada. Minha mãe não ia ter condição de pagar”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crianças assistidas pela Casa possuem uma consciência do papel da instituição em suas vidas, tendo por ela um olhar positivo. Os entrevistados possuem um conceito amplo sobre saúde, relacionando saúde à qualidade de vida, dentro de sua própria realidade social. Isto deve ser levado em consideração para formular as atividades preventivas e educacionais em saúde, para que estas tenham um real significado.

Existe uma visão, por parte das crianças, de que saúde bucal se restringe a higienização dos

dententes. É necessário que, através das medidas educativas, se amplie este conceito sobre a saúde bucal e sobre os meios de prevenção de suas enfermidades.

O grupo familiar, em especial a mãe, foi responsável pelo aprendizado sobre os meios de manutenção da saúde bucal. O entendimento da realidade familiar e a participação dos membros da família nos serviços preventivos e educacionais serão importantes para a incorporação dos novos conceitos e modificações de comportamento.

Os adolescentes apresentaram uma boa noção sobre a sua realidade social e conhecimento da dificuldade do acesso a serviços de saúde bucal. Este fato parece contribuir para o reconhecimento e valorização das ações realizadas na Casa.

O perfil profissional valorizado e desejado pelos assistidos está diretamente relacionado com a relação profissional-paciente. Atenção, bondade, calma, educação, paciência e respeito, são as qualidades que os adolescentes esperam encontrar em um bom profissional. Uma prioridade neste fator pode ser um importante ponto de partida para a melhoria dos serviços em geral.

ABSTRACT

The aim of this article was to better understand the social representation of oral health in a group of pre-adolescents from an at-risk region in Belo Horizonte and who receive support from a local charity. Semi-structured interviews were carried out with ten pre-adolescents, between the ages of ten and twelve, for a qualitative analysis of data. Five main themes were selected from the interviews: the significance of their home, the role of health, the role of oral health, tooth decay, and the dental services offered. It could be observed that the pre-adolescents had a good notion of their social reality and knowledge of the difficulty of access to oral health services. This fact appears to be of great importance in recognizing and valuing the services offered at the institution. However, this study also revealed an inconsistency in the representation of oral health. Although the pre-adolescents see good oral health as clean and white teeth, they refuse to recognize tooth decay as a disease, mainly due to the improbability of seeing their own teeth in a healthy state. The valued and desired professional profile for these pre-adolescents is directly linked to the patient-dentist relationship. The pre-adolescents maintain representations that are intimately related to their social realities.

Uniterms: Oral health. Adolescent behavior. Qualitative research.

REFERÊNCIAS

1. Rangel M. A representação social como forma de enfrentamento de problemas sócio-educacionais. Aparecida: Idéias e Letras; 2004.
2. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed São Paulo: Hucitec; 2004.
3. Duveen G. Crianças enquanto atores sociais: as representações sociais em desenvolvimento. In: Jovchelovith S. (org), Guareschi P. (org). Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes Ltda; 1994; p. 261-93.
4. Portillo JA, Paes AM. Autopercepção de Qualidade de Vida relativa à Saúde Bucal. Rev Bras Odontol Saúde Coletiva. 2000; 1(1):75-88.
5. Uchöa E, Vidal J. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Cad Saúde Pública. 1994; 10(4):497-504.
6. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. Rev Saúde Pública. 2000; 34(2):190-5.
7. Bernd B, Sousa CB, Lopes CB, Lisbôa IC, Curra LC, Souza LN, Pignone OA. Percepção popular sobre saúde bucal: O caso das gestantes do Valão. Saúde Debate. 1992;34:33-9.
8. Martins HH. Metodologia qualitativa de pesquisa. Educ e Pesqui. São Paulo. 2004; 30(2):289-300.
9. Flores EM, Drehmer TM. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(3):743-52.
10. Silva TA, Paixão HH, Pordeus IA. Fatores do comportamento relacionado à higiene bucal em adolescentes. Arq Odontol. 1997; 33(1):5-14.
11. Mendonça TC. Mutilação dentária: concepção de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. Cad Saúde Pública. 2001; 17(6):1545-7.
12. Cruz JS, Cota LO, Paixão HH, Pordeus IA. A Imagem do cirurgião dentista: Um estudo de representação social. Rev Odontol Univ São Paulo. 1997; 11(4):307-13.
13. Colares V, Amorim FT, Vasconcelos FM. O diálogo entre a criança e o dentista - um estudo piloto. Arq Odontol. 2003; 39(1):7-36.