

MIRELLE FINKLER

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES SOBRE SAÚDE BUCAL:
uma referência para repensar a assistência odontológica materno-infantil**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de concentração de Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: PROF^a DR^a DENISE MARIA BELLIARD OLEINISKI

Co-orientadora: PROF^a DR^a FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS

**Florianópolis - SC
2003**

*Dedico esta dissertação a meus pais que muito amo, **Ana e Ivo**,
para quem a educação das filhas sempre foi prioridade.*

AGRADECIMENTOS

A Deus e a meus queridos pais, pela minha vida, saúde, pelo amor incondicional e pelas oportunidades que me propiciaram chegar até aqui. Também agradeço a meus pais o apoio financeiro que me deu segurança para ingressar em um mestrado sem bolsa de pesquisa e que exigiu um abandono bastante significativo de minhas atividades remuneradas.

Ao meu amado marido, Daniel, pelo respeito, admiração e confiança em minha capacidade profissional, pelas conversas diárias que tanto me fazem crescer e por todas as inúmeras contribuições para este trabalho.

A minha família e amigos que souberam compreender minha ausência nos momentos de lazer, em prol deste trabalho.

Aos meus prezados amigos Daniela Carcereri, Calvino e Kenya Reibnitz, professores que tenho como exemplo, pela confiança em mim e no meu trabalho e pelo constante estímulo ao meu aperfeiçoamento profissional.

Aos professores da área de concentração de Odontologia em Saúde Coletiva, Prof. Gilsée, Prof^a. Denise, Prof. José Carlos e Prof^a. Emília, pela oportunidade de cursar este mestrado.

A minha orientadora, Prof^a Denise, por reconhecer a importância e o potencial da pesquisa qualitativa para a nossa profissão, por sua coragem de “embarcar” em minha proposta de pesquisa, mesmo sem precedentes no curso de Odontologia da UFSC, pela confiança que a mim creditou, pela orientação desta pesquisa e, principalmente, por acreditar e trabalhar em favor da humanização da Odontologia.

A minha co-orientadora, Prof^a Flávia, pessoa prestativa, serena e paciente, não apenas por sua orientação que foi fundamental para o presente trabalho e para meu aprendizado,

mas por ter me ensinado de um modo admirável, o que significa guiar e motivar um aluno.

A todas as professoras que contribuíram com meu projeto de pesquisa, apontando o caminho em direção à pesquisa qualitativa: Ana Lúcia Ferreira de Mello, Kenya Reibnitz, Marisa Monticelli, Denise Pires, Flávia Ramos e, especialmente às professoras Maria Itayra e Miriam S. Borenstein, que prontamente me aceitaram como aluna ouvinte, favorecendo minhas novas descobertas e contribuindo, em muito, com meu aprendizado.

Aos professores Cláudio Amante e Maria Itayra, por seu empenho no aprimoramento de meu instrumento de pesquisa.

À Dra Helena K. Philippi, que possibilitou meu contato com a administração da Clínica Materno-Fetal, assim como aos proprietários e funcionárias dessa instituição que propiciaram meu encontro com parte das gestantes entrevistadas nesta pesquisa.

À direção do Hospital Universitário, pela autorização para o encontro com as gestantes e para a realização das entrevistas em consultórios do ambulatório de toco-ginecologia, assim como aos funcionários desse serviço, que se demonstraram receptivos a minha presença em seu local de trabalho.

Às gestantes que aceitaram participar desta pesquisa, fornecendo-me um rico material para análise e compreensão do objeto desta pesquisa.

A Fábio Andretti, Hubert Gesser e às colegas de turma, pelas discussões que construíram e enriqueceram nossas aulas e por acreditarem na importância do trabalho em Saúde Bucal Coletiva.

À Renata, por sua amizade, lealdade e presença em minha vida nos bons e maus momentos, lembrando-me sempre que não importa o que temos na vida, mas quem temos.

À querida Niára, por ajudar-me a me conhecer melhor e a ser mais feliz.

“É preciso ser a transformação que queremos ver no mundo”.

GANDHI

FINKLER, M. **Representações sociais de gestantes sobre saúde bucal**: uma referência para repensar a assistência odontológica materno-infantil. 2003. 163 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Curso de pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

RESUMO

Partindo do pressuposto de que é necessário melhor entender para melhor agir, este estudo investigou os saberes de gestantes sobre saúde bucal, tendo como objetivo a compreensão das representações sociais (RS) que influenciam suas práticas, à luz da Teoria das Representações Sociais, proposta por Moscovici, em 1961. Os sujeitos desta pesquisa qualitativa foram 12 gestantes, encontradas através de serviços de saúde pré-natais. A coleta de dados consistiu em uma entrevista semi-estruturada com cada gestante, que foi gravada e transcrita. Da análise deste material emergiram pré-categorias que foram agrupadas em 14 subcategorias: *perfil, procura por tratamento odontológico, início do tratamento, influências no aprendizado de saúde bucal, conteúdos apreendidos, autocuidado, conceitos e valores de saúde bucal, gestação versus tratamento odontológico, necessidade de informações profissionais, relação entre a saúde bucal da gestante e a do bebê, responsabilidade, desejos e cuidados com o filho e outras questões*. O reagrupamento destas subcategorias resultou em quatro categorias: o perfil das gestantes, as RS sobre a sua própria saúde bucal, as RS sobre a relação entre gestação e Odontologia e as RS sobre a saúde bucal do futuro filho. A discussão dos resultados procurou colaborar na instrumentalização dos profissionais da área, ao discutir as representações sociais da saúde bucal e ao proporcionar uma reflexão sobre a atual assistência odontológica prestada à gestante, a partir de achados tais como a representação do tratamento odontológico durante a gestação como um risco à saúde do feto e a representação da influência da saúde bucal da gestante na saúde do filho, mediada pela indissociabilidade entre gestante e feto, pelo contato físico íntimo também após o parto, pelos cuidados tomados em comum e pelos exemplos passados pelas mães a seus filhos. A aproximação entre gestantes e a Odontologia parece ser um desafio fundamental para o início de um ciclo de promoção de saúde bucal promissor. Para tanto é necessário que a formação dos recursos humanos na saúde, especialmente na Odontologia, e a prática odontológica nos serviços de saúde sejam repensadas, enfatizando-se a educação problematizadora, o trabalho pré-natal interdisciplinar e a assistência odontológica integral à gestante. Outras sugestões são também apontadas ao final do estudo, no sentido de fornecer subsídios aos trabalhos de educação em saúde bucal e de contribuir para a melhora da assistência odontológica materno-infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Representação social; Gravidez; Saúde bucal.

FINKLER, M. **Pregnant women's social representations of oral health:** a reference to rethink mother-baby dental assistance. 2003. 163f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Curso de pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

ABSTRACT

Assuming that a better understanding is crucial to a better practice, we searched for pregnant women's knowledge about oral health, seeking to understand the social representations (SR) that influence their practice, from the perspective of the Social Representation Theory purposed by Moscovici (1961). The subjects of this qualitative research were 12 pregnant women enrolled in prenatal care services. Each woman was assessed by means of a semistructured interview, which was recorded and transcribed. Pre-categories came out from the data analysis and were gathered in 14 thematic clusters: *profile, seeking for dental care, learned issues, self-care, concepts and values on oral health, pregnancy versus dental care, need for professional information, relationship between mother and child's oral health, responsibility, wishes, child care and other issues*. Four major themes were extracted from latter grouping of these clusters: *pregnant woman profile, SR of pregnant woman's oral health, SR of relationship between oral health and pregnancy and SR of child's oral health*. In our data analyzes and discussion we intended highlight topics that could contribute to enhance the health workers' skills by providing reflections about the ongoing model for pregnant women dental care. To do so, we outlined issues as the representation of dental care during childbearing as harmful to the child, the representation of the influence of mother's oral health on child's health, mediated by the sense of unity between pregnant women and their babies, and the persistence of this intimacy after labor, by the shared health care issues and by the examples extended from the mothers to their children. The beginning of a promising cycle of a better oral health promotion depends on a closer approach of dentistry to pregnant women. Therefore it is necessary to rethink the human resources training (specially in dentistry) and the dental practice in health care systems, emphasizing inquisitive education, interdisciplinary prenatal assistance and comprehensive dental assistance to the pregnant woman. We also outlined suggestions attempting to provide issues for research and to contribute for the improvement of mother-baby dental care.

KEYWORDS: Social representations; Pregnancy; Oral health

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 REFLETINDO SOBRE O OBJETO DE ESTUDO	15
<i>1.1 (Re) pensando a saúde</i>	<i>15</i>
1.1.1 O processo saúde-doença	15
1.1.2 A promoção de saúde	21
1.1.3 A educação em saúde bucal	23
<i>1.2 O saber científico</i>	<i>26</i>
1.2.1 As principais doenças bucais	26
1.2.2 A saúde bucal das gestantes e a gestação: interações biofisiológicas	27
1.2.3 Tratamento odontológico da gestante	31
1.2.4 Gestação e saúde bucal: muito além da biofisiologia	35
1.2.5 Pré-natal: trabalho educativo e in terdisciplinar	38
<i>1.3 O saber das gestantes</i>	<i>42</i>
1.3.1 Estudos quantitativos	43
1.3.2 Estudos qualitativos	46
2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	53
<i>2.1 Referencial teórico</i>	<i>53</i>
<i>2.2 Procedimentos metodológicos</i>	<i>64</i>
2.2.1 Os sujeitos participantes	64
2.2.2 A coleta de dados	66
2.2.3 Ancoragem e objetificação dos dados obtidos	69
3 AS GESTANTES E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	71
<i>3.1 Conhecendo as gestantes entrevistadas</i>	<i>71</i>

3.2 Odontologia na vida cotidiana	76
3.2.1 Dentista para quando se precisa	76
3.2.2 Relembrando as primeiras experiências	80
3.2.3 Aprendendo com os outros	84
3.2.4 “A única coisa que eu sei é que tem que escovar!”	88
3.2.5 Práticas de autocuidado com a saúde bucal	100
3.2.6 Saúde bucal: um passaporte social	102
3.2.7 Representações reconstruídas	105
3.3 Gestação & saúde bucal	107
3.3.1 Dizem que...	107
3.3.2 Orientação profissional, uma necessidade sentida	121
3.3.3 Integrando a saúde bucal ao pré-natal	125
3.4 Construindo as representações sobre a saúde (bucal) do futuro filho	127
3.4.1 Cuidar dos meus dentes para poder cuidar dos do meu filho	127
3.4.2 Amor de mãe: desejos e compromisso com a saúde do filho	133
3.4.3 Concebendo/ aprendendo cuidados	136
3.4.4 Aproximação entre gestantes e a Odontologia: um desafio fundamental	140
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	143

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

APÊNDICE A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

APÊNDICE B - Consentimento Informado da Instituição

APÊNDICE C - Instrumento: roteiro para entrevista

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a assistência odontológica tem contribuído muito pouco para a melhoria das condições de saúde bucal das populações (NADANOVSKY, SHEIHAM, 1995; OLIVEIRA et al., 1999). A prática odontológica que tão pouco contribuiu, iatrogênica-mutiladora, dentistocêntrica, biologicista, individualista, centrada na técnica e pouco resolutive, vigora desde sua origem e, apesar de academicamente considerarmos que vivemos nos dias de hoje, o paradigma da promoção de saúde, ainda se faz presente e atuante, em nossa realidade, o paradigma cirúrgico-restaurador (OLIVEIRA et al., 1999). Como consequência, os índices epidemiológicos que refletem as condições de morbidade bucal, colocam o Brasil entre os países de piores condições de saúde bucal do mundo (COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1993).

Buscar a reversão desse modelo em favor da atenção integral à saúde, levando-se em consideração as necessidades da comunidade assistida de acordo com o seu perfil sócio-epidemiológico, deve ser o propósito de todos os profissionais da Odontologia que trabalham em prol da saúde coletiva. O ideal compartilhado é o de uma prática odontológica mais humana, saudável, eficiente e eficaz, que respeite democraticamente a dignidade dos indivíduos e dos grupos, dentro de seu contexto histórico, social e cultural e que consiga, dessa forma, promover a saúde geral através da saúde bucal, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida na sociedade.

Concordando com Menino e Bijella (1995) quanto ao fato de que a saúde é uma questão de natureza social, econômica, cultural, política e educacional, é necessário considerar que os trabalhos de promoção de saúde requerem, antes de tudo, um conhecimento aprofundado sobre a população com a qual se irá trabalhar (UNFER, SALIBA, 2000).

Mas poucas são as pesquisas em Odontologia que propiciam esse conhecimento aprofundado, considerando as pessoas e seus comportamentos a partir de sua inserção social, valores, crenças, enfim, de seu sistema de significação (ROCHA, 1993; MENINO, BIJELLA, 1995). Esse tipo de estudo exige uma abordagem diferente da qual a Odontologia tradicionalmente tem trabalhado, pois nem todas as questões que necessitam ser avaliadas podem ser quantificadas e compreendidas com um posicionamento dito “neutro” por parte do pesquisador.

A metodologia de pesquisa chamada qualitativa, enraizada na Antropologia Social, busca o relativismo e a singularidade dos grupos sociais. Tem por pressuposto que o real só pode ser apreendido a partir da ordem simbólica, uma vez que a realidade é uma construção social (VÍCTORA, KNAUTH, HASSEN, 2000).

Dentro desse contexto, a saúde e a doença possuem uma realidade independente de sua definição biomédica, pois são objetos de representações e tratamentos específicos em cada cultura. Independente do fenômeno biológico, a doença pode ser vista como um fenômeno social, que apesar de ser um acontecimento individual, mobiliza um conjunto de relações sociais. É a partir da visão de mundo do grupo em que ocorre, que a doença adquire sua lógica e coerência (VÍCTORA, KNAUTH, HASSEN, 2000).

Pensando-se na família como um espaço primário de relacionamento social, as mulheres como mães, exercem uma influência especial (BLINKHORN, 1981), principalmente nas questões relacionadas à saúde, pois atuam como agentes multiplicadoras de conhecimentos, informações e atitudes que visam à promoção da sua saúde e a de toda a sua família (COSTA et al., 1998; COSTA, 2000).

O período da gestação é considerado um momento ímpar na vida da mulher, no qual ela demonstra estar bastante receptiva a informações relacionadas ao futuro filho e à incorporação/mudanças de comportamento em seus hábitos. A gestação é por isso, percebida como um momento privilegiado para o trabalho de educação em saúde

(TSAMTSOURIS, STACK, PADAMSEE, 1986; ROCHA, 1993; COSTA et al., 1998; COSTA, 2000).

Mas para que as mães possam efetivamente desempenhar seus papéis de promotoras de saúde, necessitam primeiramente, serem pessoas saudáveis. Entretanto, a alta prevalência de doenças bucais em gestantes está bem documentada pela literatura odontológica (NARVAI, 1984; ROSELL, MONTANDON-POMPEU, VALSECKI JUNIOR, 1999; SCAVUZZI, ROCHA, VIANNA, 1999a). É necessário recuperar a mulher como ser integral que é, como sujeito de sua saúde e de sua própria vida (PENA, PROGINATI, CORREA, 1999). Somente assim será capaz de gerar e manter vidas igualmente saudáveis.

O tratamento da saúde bucal das gestantes deve ser entendido como parte dos cuidados pré-natais necessários (ROSELL, MONTANDON-POMPEU, VALSECKI JUNIOR, 1999), tendo em vista a relação entre a saúde bucal das gestantes e o desenvolvimento normal da gestação (OFFENBACHER et al., 1996; 1998; DASANAYAKE, 1998) e entre a saúde bucal das gestantes e a saúde bucal de seus futuros bebês (CASSAMASSIMO, 2001).

A influência da saúde bucal da gestante, futura mãe, na saúde bucal do filho encontra justificativa, além das possíveis de caráter biológico, no fato da saúde bucal ser determinada por uma série de fatores sócio-econômicos e comportamentais, como os hábitos alimentares e de higienização bucal. Assim, se uma gestante se alimenta adequadamente e cuida de sua higiene bucal de forma satisfatória, ela provavelmente também desenvolverá esses cuidados com seu filho. Contrariamente, se a gestante não possuir hábitos saudáveis e não estiver ciente de sua importância, seu futuro filho tampouco usufruirá desses benefícios.

Diversas pesquisas vêm sendo realizadas com gestantes no âmbito da Odontologia (DOSHI, 1985; TSAMTSOURIS, STACK, PADAMSEE, 1986; ZARDETTO, RODRIGUES, ANDO, 1998; MAEDA, TOLEDO, PANDOLFI, 2001; SANTOS-PINTO et al., 2001), mas apesar dos esforços realizados no sentido de conhecê-las melhor em relação ao que sabem, pensam e fazem, como é a sua saúde bucal e qual a influência desta na saúde bucal de seus

bebês, esse conhecimento tem sido obtido e analisado sob o prisma da corrente positivista, de forma que toda a realidade social e histórica, a comunicação inter-pessoal, o senso comum e as práticas sociais deixam de ser consideradas (COSTA et al., 1998).

A importância de se compreender os **saberes das gestantes** relacionados à saúde bucal sob outro ponto de vista, tema que consubstanciou esta pesquisa, reside no fato de que é necessário compreender melhor para agir melhor. Essa compreensão possibilitaria a concepção de ações de educação em saúde mais efetivas e democráticas, por serem pensadas a partir da própria população a que se destinam, favorecendo a sua participação no controle do processo saúde-doença bucal.

A Teoria das Representações Sociais de Moscovici, publicada em 1961, trata dos saberes sociais, considerando-os formas de conhecimento que circulam na sociedade, que são parte da cultura erudita, científica e popular, que se misturam, se retroalimentam mutuamente e se apresentam como recursos sociais para que uma comunidade possa dar sentido à sua realidade e conhecer o que está acontecendo. Enquanto instrumental teórico-prático, a Teoria das Representações Sociais possibilita a compreensão do desenvolvimento dos seres humanos e das sociedades. Constitui-se em uma perspectiva para se poder “ler” os mais diversos fenômenos e objetos do mundo social (GUARESCHI, 1996).

Por acreditar na importância da promoção da saúde materno-infantil, considerando a repercussão positiva que traria em longo prazo para a toda a população; por acreditar também na necessidade de se estudar os saberes das gestantes como construções sociais contextualizadas; e por encontrar na Teoria das Representações Sociais um referencial teórico que proporciona valor e significado a esta busca, o presente estudo foi desenvolvido, com o seguinte problema de pesquisa:

Quais as representações sociais de gestantes sobre a sua saúde bucal e a de seus futuros filhos?

Objetivo geral

- Compreender as representações sociais de gestantes sobre saúde bucal.

Objetivos específicos

- Traçar o perfil das gestantes do estudo;
- Analisar no discurso de gestantes, suas representações sobre:
 - A saúde bucal do bebê;
 - A sua própria saúde bucal;
 - A influência de seus hábitos (comportamentos) em sua saúde bucal;
 - A influência da sua saúde bucal na saúde de seu futuro filho;
 - O seu papel de promotora de saúde bucal para o seu futuro filho.

1 REFLETINDO SOBRE O OBJETO DE ESTUDO

“Os dentes reafirmam as diferenças de acesso e atenção e reforçam as diferenças socioeconômicas e a manutenção da pobreza, os dentes da desigualdade.” (NUTO, 1999, p.20).

1.1 *(Re) pensando a saúde*

1.1.1 O processo saúde-doença

A saúde e a doença enquanto processo pertinente à vida das pessoas tem sido compreendido de acordo com as diversas formas de existir das sociedades, expressas nas diferentes culturas e formas de organização. Tal compreensão adquire diferentes significados conforme a época, pois a noção que se tem de saúde depende do entendimento sobre o organismo vivo e de sua relação com o meio ambiente. Como esta compreensão muda entre as diferentes culturas e os momentos históricos, os conceitos de saúde e de doença também mudam. Assim, a compreensão do processo saúde-doença é condicionada pela capacidade intelectual do homem em cada contexto histórico e pelas condições concretas de sua existência (SOUZA, OLIVEIRA, 1998).

Muitos são os questionamentos e as críticas feitas perante à conhecida definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) que a considera um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (SEGRE, FERRAZ, 1997; PORTILLO, PAES, 2000; MIOTTO, BRACELLOS, 2001; BASTOS, PERES, RAMIRES, 2003).

Segre e Ferraz (1997) consideram irreal e ultrapassada a conceituação da OMS, primeiramente por visar a uma perfeição inatingível: a angústia, com uma maior ou menor repercussão somática, configura uma situação habitual, inerente às próprias condições do ser humano. Em segundo lugar, porque o conceito ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social, quando a continuidade entre o psíquico e o somático e a determinação social da saúde-doença têm sido objetos de uma ampla discussão. Concluem sua argumentação considerando que a “saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade.” (SEGRE, FERRAZ, 1997, p.547).

Assim como essa definição, várias outras vêm sendo construídas (BASTOS, PERES, RAMIRES, 2003), constituindo uma ampla discussão na atualidade que não cabe aqui ser integralmente exposta. Todavia, o aparecimento da definição de saúde como um recurso para a vida parece ser oportuno destacar. Proveniente da I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em Ottawa, no ano de 1986, essa definição parece estar relacionada às conquistas sociais das últimas décadas, que possibilitaram que questões relacionadas à qualidade de vida deslocassem preocupações exclusivas com o tratamento e a prevenção de doenças específicas, considerando-se um *continuum* entre a saúde e a doença (CHOR, FAERSTEIN, 2000).

A necessidade de ações intersetoriais à saúde, afirmada na Conferência de Ottawa, que introduziu a idéia de que o contexto social é um poderoso determinante da saúde porque molda o comportamento individual, mas na dependência da classe social (FERREIRA, BUSS, 2002), é apontada na lei orgânica da saúde n. 8080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990):

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

A inseparável relação entre a pessoa e seu meio constitui a base de uma concepção sócio-ecológica que é essencial para a conceituação atual de saúde (WHO, 1986; PORTILLO, PAES, 2000).

Para Cordón (1998) apud Portillo e Paes (2000), a saúde é um bem compartilhado por todos nas sociedades, sendo por isso de responsabilidade coletiva. A saúde e a doença não se reduzem a uma experiência biológica, orgânica e objetiva. Muito pelo contrário, constituem uma realidade socialmente construída (MINAYO, 1999), produto de forças sociais, propriedade do ambiente social e da relação do indivíduo com este ambiente (MOYSÉS, 2000a).

A concepção da determinação social do processo saúde-doença se aproxima de formulações teóricas que possibilitam recuperar o caráter histórico deste processo, permitindo apreender o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença. Tais formulações, iniciadas na América Latina por Laurell e Breulh, encontram suporte teórico em conceitos do materialismo histórico (SOUZA, OLIVEIRA, 1998).

Sobre isto Minayo (1999) enfatiza que as condições de vida e de trabalho qualificam diferenciadamente a maneira pela qual as classes sociais pensam, sentem e agem a seu respeito, o que implica que a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados, uma vez que saúde e doença exprimem “uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano enquanto ser total.” (MINAYO, 1999, p.15).

Este entendimento mostra que a saúde não institui um campo separado das outras instâncias da realidade social, pois cada sociedade elabora um discurso sobre a saúde/doença e sobre o corpo, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social. Na sociedade capitalista, o conceito de doença está centrado na biologia individual e nos modos de vida, mascarando o caráter social do

fenômeno saúde/doença. “As doenças relacionadas às precárias condições de existência apenas de longe são tocadas como tal. São socialmente ‘desconstruídas’, despidas de seu caráter social e transformadas em ‘culpa’, ‘descuido’, ‘ignorância popular’.” (MINAYO, 1999, p.190).

É esta a crítica que Moysés (2000a) faz à ênfase no estilo de vida individual como causa e solução aos problemas de saúde, particularmente pertinente à Odontologia, pois muitos formuladores de política bucal e mesmo profissionais clínicos culpam as pessoas pelas doenças que desenvolvem. A explicação cultural/comportamental das doenças atribui às pessoas a escolha por comportamentos adotados “voluntariamente”, como se o meio não implicasse de forma decisiva nas escolhas individuais. Entretanto, a forte influência que o grupo social, com suas crenças e valores, exerce sobre o comportamento individual e a adoção de políticas públicas que aumentam as oportunidades para a adoção de comportamentos mais ou menos saudáveis, não podem deixar de ser consideradas (CHOR, 1999).

A explicação materialista/estruturalista enfatiza o papel do ambiente social (condições sob as quais as pessoas vivem e trabalham, acesso ou não a produtos e serviços saudáveis, as pressões que recebem para consumir produtos insalubres) como gerador de desigualdades em saúde. Em outras palavras, as desigualdades resultam de privação material, ou seja, por escassez dos recursos materiais que a existência humana saudável necessita (MOYSÉS, 2000a).

Existe uma ampla evidência epidemiológica demonstrando que as pessoas em posições mais baixas na escala sócio-econômica possuem pior saúde quando comparadas a seus opostos em melhores condições, também com relação a saúde bucal (CUNHA, SANT'ANNA, CUNHA, 1985; CHAVES, SANTOS, SOUZA, 1996; INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1998; MACHUCA et al., 1999; PATUSSI, 1999; PINTO, 1999; SILVA, PAIM, COSTA, 1999; MOYSÉS, 2000a; 2000b; PERES, BASTOS, LATORRE,

2000; FREITAS, 2001; GESSER, PERES, MARCENES, 2001; BOTAZZO, 2003).

Segundo os resultados da pesquisa nacional por amostra de domicílios, realizada pelo IBGE, em 1998, o número de pessoas que referem problemas de saúde diminui à medida que aumenta a renda familiar, o que define um padrão demarcador de desigualdades sociais. A percentagem que nunca consultou dentista, por exemplo, é nove vezes superior para pessoas com renda de até um salário mínimo, quando comparadas com as que recebem mais de 20 salários mínimos (INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1998).

Oliveira (1998) analisando o perfil epidemiológico de saúde bucal brasileiro ressalta que a cárie, como qualquer doença, é socialmente determinada e que o ponto em comum entre todos os países que experimentaram redução em seus índices de cárie é a melhoria nas condições globais de saúde e de qualidade de vida.

Chaves, Santos e Souza (1998) analisando a presença/ausência de cárie em crianças de 3 a 5 anos de idade constataram uma relação inversamente proporcional entre presença de cárie e renda familiar. Das crianças com cárie, 47,3% eram provenientes de famílias com renda inferior a um salário mínimo (SM), enquanto que 22,9% das crianças com cárie pertenciam a famílias com renda superior a 10 SM. O contrário aconteceu com relação à ausência da doença, onde 36,4% das crianças sem cárie pertenciam a famílias com renda inferior a um SM e 68,8% eram pertencentes a famílias com vencimentos mensais acima de 10 SM. Além da renda familiar, outras variáveis como o grau de escolaridade da pessoa que chefia a família, a frequência da falta de água e o número de torneiras por habitação também apresentaram associação estatisticamente significativa para a cárie.

Patussi (1999), através de revisão da literatura concluiu que fatores sociais como privação têm sido investigados como causa das desigualdades em saúde bucal existentes entre indivíduos e entre populações, e que ao nível individual, quanto mais desvantajado for o indivíduo ou sua família, pior é sua saúde bucal, o mesmo ocorrendo como ao nível coletivo - quanto mais privada de fatores sociais e materiais a área, pior é a saúde bucal da

população que nela reside.

Moysés (2000a) em um estudo de associação verificou que os fatores determinantes da qualidade de vida refletidos no Índice de Desenvolvimento Humano, que avalia a dimensão econômica, de saúde, educação, meio ambiente e outros, mostraram-se estatisticamente correlacionados com a prevalência de cárie dental nos estados brasileiros. Considera tal relação possivelmente mais importante que muitos fatores de risco implicados com cárie na literatura odontológica. Conclui afirmando que “os diferenciais em saúde bucal são expressões biológicas de fatores sociais que estão colocados em uma hierarquia explicativa muito superior” e que “a explicação material ou estrutural, tem uma grande contribuição a dar para o entendimento da saúde bucal.” (MOYSÉS, 2000a, p.15).

Em sua pesquisa de doutorado, Moysés (2000b) constatou que privação em seu sentido amplo, a qual inclui privação de políticas públicas e coesão social na comunidade em que se vive, está associada com risco aumentado de doença bucal e chama a atenção para o fato de que a redução no nível de desigualdades que uma sociedade apresenta, em seus valores materiais e simbólicos, reflete diretamente nos níveis de saúde geral desta sociedade.

Peres, Bastos e Latorre (2000) pesquisando os fatores de risco para a alta severidade de cárie dentária em crianças de 12 anos de idade, verificaram que as crianças cujas rendas familiares foram menores que cinco salários mínimos tiveram 4,18 vezes mais chance de apresentar alta severidade de cárie quando comparadas com as que apresentaram rendas familiares superiores a cinco salários mínimos.

Freitas (2001, p. 112) ao finalizar seu livro sobre a história social da cárie, conclui que:

Não há, ainda, um modelo de determinação social para a cárie dentária, nem um modelo de determinação biológica eficaz, mas pode-se dizer que o perfil atual da doença no mundo mostra que a cárie deixou de ser uma doença açúcar-dependente ou *mutans*-dependente, como se entende hoje, para ser uma doença social-dependente.

Gesser, Peres e Marcenes (2001) pesquisando a prevalência de sangramento gengival,

cálculo dentário e de bolsas periodontais em jovens de 18 anos de idade e verificando possíveis associações com variáveis sócio-econômicas, observaram que a prevalência de sangramento e cálculo foram maiores nos indivíduos com piores condições sócio-econômicas.

A compreensão dada à saúde e à doença, particularmente na prática profissional e na produção de conhecimentos, tem influências significativas. Predomina na formação e prática dos profissionais de saúde, a idéia de uma rede de multicausalidades na determinação do processo saúde-doença, na qual, dentro da tríade ecológica, o agente biológico é considerado o principal desencadeador do processo e alvo de atenção, traduzida na intervenção de caráter clínico. Esta concepção consolidou de forma hegemônica o modelo clínico curativo dominante, baseado numa visão mecanicista da saúde e da vida, com um inconfundível caráter positivista (SOUZA, OLIVEIRA, 1998; FREITAS, 2001).

Esta concepção, imprópria e dispendiosa, constitui uma visão estreita da realidade, enquanto que o seu contrário amplia o espaço para um cenário social, requisitando um trabalho intersetorial pela qualidade de vida (CORDÓN, 1998).

Nadanovsky e Sheiham (1995) em um estudo de ampla repercussão no meio acadêmico demonstraram que os índices de cárie que têm diminuído dramaticamente, nos últimos vinte anos, em países industrializados, devem esta diminuição a fatores macro-sociais e não aos serviços odontológicos clínicos. Afirmaram, desta maneira, que o papel da Odontologia na melhoria da saúde bucal depende principalmente da atuação de serviços indiretos.

1.1.2 A promoção de saúde

Sendo a saúde bucal claramente influenciada pela qualidade de vida (MARTINS,

1993; 1999; MOYSÉS, 2000a) uma vez que os processos de saúde-doença bucal são de caráter essencialmente sócio-político, uma intervenção em saúde bucal coletiva, para resolver seus problemas, deve ser iniciada em termos de políticas sociais (CORDÓN, 1998) que proporcionem mudanças sócio-econômicas profundas (MOYSÉS, 2000a).

É este o entendimento que embasa o paradigma da Promoção de Saúde, conceituado na Carta de Ottawa como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” (WHO, 1986, p.1).

Em relação a esta conceituação, Portillo e Paes (2000, p.80) chamam a atenção para o fato de que apesar de dinamizar o conceito de saúde, “é necessário cuidado quanto à colocação do indivíduo como modificador por si só de seu estado de saúde”.

A promoção de saúde inclui cinco estratégias principais (WHO, 1986):

- *A construção de políticas públicas saudáveis*, que apontam para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa de renda e políticas sociais;
- *A criação de ambientes favoráveis* à saúde e à vida, encorajando a ajuda recíproca, a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais;
- *O reforço à ação comunitária*, pelo incremento do poder das comunidades, o que requer acesso às informações, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde e apoio financeiro;
- *O desenvolvimento de habilidades* pessoais e sociais, através da divulgação da informação e da educação para a saúde, aumentando as opções para que as populações possam exercer maior controle sobre a sua saúde e sobre o meio ambiente, assim como fazer opções que conduzam a uma melhor saúde;
- *A reorientação dos serviços* de saúde para uma postura abrangente que perceba e respeite as peculiaridades culturais, apoiando as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável e abrindo canais entre o setor saúde e os

setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

Deste modo, a promoção de saúde constitui “uma estratégia que vincula as pessoas e seus meios com o objetivo de criar um futuro mais promissor, combinando escolha pessoal e responsabilidade social.” (PORTILLO, PAES, 2000, p.78).

Embora os termos sejam freqüentemente confundidos (PORTILLO, PAES, 2000), promoção de saúde não é sinônimo de prevenção, apesar dos projetos de promoção de saúde utilizarem conceitos orientadores do discurso preventivista (CZERESNIA, 1999) e nem de educação em saúde, cujo objetivo é contribuir na construção de uma consciência crítica no sujeito individual e coletivo (PETRY, PRETTO, 1997), sendo portanto, um instrumento de transformação social (COSTA, FUSCELLA, 1999).

1.1.3 A educação em saúde bucal

Historicamente a educação em saúde vem sendo utilizada como uma estratégia importante para melhorar as condições de vida da população, contudo exige a participação comunitária para aumentar sua eficiência (ABEGG, 1999).

O conceito adotado do processo de saúde-doença é que vai definir as ações de educação (PETRY, PRETTO, 1997). Assim, a educação em saúde é abordada tanto pela corrente individualista, que focaliza o indivíduo e seu estilo de vida, quanto pela corrente estruturalista que enfatiza a determinação social da doença, entre outras (ABEGG, 1999).

A primeira abordagem, predominante até a assimilação da pedagogia problematizadora de Paulo Freire nas ações de saúde, na década de 80, supõe que todos os indivíduos agem de maneira lógica todo o tempo e que todos os indivíduos agem da mesma maneira em diferentes situações. Baseia-se na aquisição de conhecimento que levaria a

mudança de atitude e a conseqüente mudança de comportamento (modelo KAB - knowledge, attitudes, behavior). Por não considerar a complexidade de fatores que influenciam o comportamento humano e social, este modelo gera a culpabilização das pessoas pelas doenças que desenvolvem (ABEGG, 1999).

Petry e Pretto (1997) comentam que inúmeras críticas têm sido feitas sobre este tipo de prática educativa, por considerá-la um instrumento de dominação social, devido as suas características autoritárias, coercitivas e paternalistas.

A educação em saúde bucal tem como meta principal melhorar a saúde bucal através da educação, mas entre os profissionais da Odontologia houve pouca mudança com relação à abordagem da educação em saúde. Esta continua sendo vista como uma forma de informar ao paciente sobre a importância da prevenção das doenças e da mudança de comportamentos nesse sentido. Até mesmo as necessidades e valores dos pacientes são negligenciados, pois as ações de educação em saúde bucal são planejadas a partir de necessidades normativas, ao invés das necessidades sentidas pelos pacientes e por eles consideradas importantes (ABEGG, 1999).

Talvez isso explique os resultados encontrados por Gomes Filho, Freitas e Volschan (2001) em sua pesquisa. Os autores que avaliaram a mudança nos conhecimentos e crenças após um programa de educação em saúde bucal de três anos de duração, observaram que independentemente da escolaridade os conhecimentos conseguem ser modificados, ao passo que as crenças se mantêm persistentes nas pessoas com menor nível de escolaridade.

Martins (1993, 1999) discute a educação em saúde bucal como algo além dos limites das práticas pedagógicas que tentam formar "boas consciências". A educação em saúde bucal requer, além de garantias mínimas de moradia, trabalho, salário, lazer e educação que permitam estágios mais avançados de cidadania, o acesso aos serviços de assistência em saúde bucal de boa qualidade e o acesso aos avanços científicos e tecnológicos das práticas, tanto preventivas quanto reabilitadoras.

A abordagem social dos problemas de saúde não causa grande entusiasmo nos cursos de Odontologia, nem tem prestígio entre estudantes e muitos professores. Usualmente a educação odontológica se dá com o desenvolvimento de conteúdos técnicos fortemente ancorados no interior do ambulatório-escola (NARVAI, 2002), onde o dentista é treinado para oferecer terapia e cura. A educação em saúde bucal ocupa pouco espaço no currículo odontológico, além de ser baseada no modelo KAB, conforme explicado anteriormente (ABEGG, 1999).

Pinto (1982) afirma que em vários outros cursos universitários, os profissionais também recebem uma formação orientada a dar resposta aos problemas específicos de sua área, mas considerando que a educação em saúde envolve ações com populares, cuja problemática não se limita apenas a aspectos técnicos, a formação profissional deve ser repensada. Para que possam estimular a participação social, seu processo de ensino-aprendizagem deve envolver a participação do aluno para a autoformação e deve proporcionar uma compreensão mais totalizadora sobre a realidade social, nacional, regional e internacional dentro da qual se insere de forma dialética a problemática de saúde.

A educação em saúde deve ser centrada no sujeito, em seus aspectos psicológicos e afetivos, reconhecendo que o comportamento humano é complexo e que a educação deve partir das experiências, valores, necessidades e expectativas das pessoas com que se está trabalhando; que o relacionamento deve ser cooperativo, entre o profissional e o indivíduo, proporcionando uma troca de saberes e vivências; e que a educação em saúde deve enfatizar sua autonomia e sua participação ativa no planejamento e desenvolvimento das ações educativas (PETRY, PRETTO, 1997; ABEGG, 1999).

O saber técnico, ao se confrontar com o saber popular, não pode dominá-lo, impor-se. A relação entre eles não pode ser a transmissão unidirecional, vertical, autoritária, mas deve ser uma relação de diálogo, horizontal, bidirecional, democrática. O encontro dos dois saberes deve se dar num processo de produção em que o conteúdo é o próprio saber popular

que se transforma com a ajuda do saber técnico, enquanto instrumento do próprio processo, e que favorece a organização eficaz da população para a defesa dos seus interesses (PINTO, 1982; NUTO, 1999).

1.2 O saber científico

1.2.1 As principais doenças bucais

O Brasil é um país detentor de altos índices de prevalência de doenças bucais, apesar da nova e recente tendência de declínio, pelo menos da cárie dental, nas crianças e adolescentes (PINTO, 1996; 1999; OLIVEIRA, 1998; WEYNE, 1999).

A situação de saúde bucal não foge à regra da saúde de uma forma geral, que revela através da epidemiologia um país com grandes desigualdades sociais, mas é agravada pelo sistema de prestação de serviço odontológico deficiente, aliado a uma prática odontológica iatrogênico-mutiladora (OLIVEIRA, 1998; PINTO, 1999; WEYNE, 1999).

Dentre as enfermidades bucais, a doença cárie e a doença periodontal continuam se constituindo em imensos problemas de Saúde Pública no mundo, devido as suas altas prevalências (WEYNE, 1999). Ambas são doenças infecciosas causadas por bactérias que colonizam a superfície dos dentes formando a placa bacteriana, sendo as grandes responsáveis pela perda de dentes (BUISCHI, AXELSSON, 1999).

A cárie tem sido uma constante desde a revolução industrial, com o advento da produção e consumo do açúcar refinado (BASTOS, PERES, RAMIRES, 2003), pois é através da fermentação dos carboidratos da dieta por bactérias acidogênicas que o processo de

desmineralização dental sucede, causando a destruição dos tecidos dentais duros (LASCALA, 1997).

Doença periodontal é um termo genérico dado às condições inflamatórias crônicas de origem bacteriana nos tecidos de proteção dental (gengiva), denominada de gengivite e nos tecidos de sustentação (osso, ligamento periodontal e cimento radicular), denominada de periodontite (LASCALA, 1997).

A doença periodontal, mais especificamente, a periodontite é considerada altamente mutilante em virtude de seus aspectos de morbidade e altíssimo poder destrutivo, causadora de perda óssea e de inflamações, desde leves até severas, além da perda de elementos dentários, em particular na idade adulta (BASTOS, PERES, RAMIRES, 2003).

1.2.2 A saúde bucal das gestantes e as interações biofisiológicas com a gestação

Os hormônios sexuais femininos durante a gestação influenciam a saúde bucal das mulheres por diferentes mecanismos: enquanto os tecidos gengivais tem sua resposta inflamatória local aumentada na presença de placa bacteriana (GORNSTEIN et al., 1999; TILAKARATNE et al., 2000), a saliva sofre modificações em sua composição, de tal forma que a sua capacidade tampão diminui, alterando o pH bucal e conseqüentemente, alterando também a manutenção da homeostase bucal, podendo assim favorecer um aumento na atividade cariosa (SALVOLINI et al., 1998).

A literatura aponta as gestantes como um grupo de maior risco à cárie, especialmente devido ao aumento na ingestão de carboidratos durante a gestação, através de lanches mais freqüentes (LIVINGSTON, DELLINGER, HOLDER, 1998; CASAMASSIMO, 2001).

Entretanto, na comparação feita por Fernandes (2002), entre um grupo de

adolescentes grávidas e outro grupo, não grávidas, da periferia de Belo Horizonte (MG), não houve diferença estatística no índice CPO-d, que mede a história passada e presente de cárie, sendo considerado alto nos dois grupos, equivalentes a 5,9 e 5,4 respectivamente.

Narvai (1984) também constatou uma alta prevalência de cárie em gestantes, mas com valores maiores do que para a mesma faixa etária em ambos os sexos, verificados em um estudo prévio. Verificou que 5,98% das gestantes examinadas já não possuíam mais dentes e 20,51% eram edentadas apenas no arco superior. Em média, três dentes por gestante apresentavam alterações pulpares e provavelmente lesões inflamatórias periapicais, caracterizando focos infecciosos.

Focos de infecção dental, sempre que estejam presentes, contribuem para a diminuição da resistência orgânica, particularmente naqueles organismos depauperados por outros processos patológicos biológicos e/ou sociais. E, considerando-se as condições gerais de vida da maioria da população brasileira, o rebaixamento da resistência orgânica tem sempre um impacto bastante desfavorável no processo saúde-doença, especialmente em gestantes, pois podem agravar as condições de saúde durante a gestação (NARVAI, 1984, p. 244).

Scavuzzi, Rocha e Vianna (1999b) ao avaliarem a prevalência de cárie, comprovaram que não houve um aumento em seu incremento, durante o período gestacional, entretanto, identificaram também uma alta prevalência, com mais de 65% das gestantes com atividade de doença.

Torres et al (1999) consideraram precárias as condições de saúde bucal das gestantes que examinaram, tendo em vista que apenas 16% das gestantes examinadas apresentavam a dentição completa, 78% haviam perdido entre um e 10 elementos dentais e 8% haviam extraído de 13 a 22 dentes. Observaram também que 96% das futuras mães se apresentavam infectadas por estreptococos do grupo *mutans*, principal agente bio-etiológico da cárie, sendo que 60% delas apresentavam uma contagem de microorganismos compatível com a

transmissão precoce para os bebês.

O início das lesões cárias é sempre precedido pela colonização das superfícies dentárias por estreptococos do grupo *mutans*. Esta colonização geralmente ocorre durante a infância, sendo a transmissão para a criança dependente principalmente do nível de infecção das mães. O desenvolvimento da doença fortemente depende do momento em que ocorre a infecção, sendo a colonização precoce geralmente associada com uma maior prevalência de cárie (LONG et al., 1993; SCAVUZZI, ROCHA, 1999; TORRES et al., 1999; CASAMASSIMO, 2001).

O atendimento às necessidades de cuidados odontológicos durante a gestação, ao promover a saúde da gestante, reduz seus níveis salivares de estreptococos *mutans*, minimizando ou protelando a provável transmissibilidade destes microrganismos bucais para seus filhos, concorrendo assim para uma prevenção primária da cárie (LONG et al., 1993; ROSELL, MONTANDON-POMPEU, VALSECKI JUNIOR, 1999; TORRES et al., 1999; CASAMASSIMO, 2001).

Quanto a doença periodontal, as pesquisas epidemiológicas apontam para uma distribuição universal que já existia no homem primitivo segundo achados paleontológicos (CUNHA, SANT'ANNA, CUNHA, 1985).

Porém, alterações periodontais em mulheres grávidas têm sido relatadas na literatura há muitos anos, indicando uma maior prevalência da doença nesta população específica (SCAVUZZI, ROCHA, VIANNA, 1999a; 1999b; TILAKARATNE et al., 2000; CASAMASSIMO, 2001; GAFFIELD et al., 2001), considerada de risco, portanto, também para a doença periodontal (MACHUCA et al., 1999).

Segundo Tilakaratne et al. (2000) as alterações hormonais durante a gestação, ao aumentar a resposta inflamatória dos tecidos gengivais na presença de placa bacteriana, podem resultar em gengivites severas, contudo não interferem nos níveis de inserção periodontal, ou seja, não alteram de forma permanente o periodonto de suporte

(TILAKARATNE et al., 2000).

Narvai (1984) encontrou 46,15% de gestantes com doença periodontal evidente em dentes remanescentes. Cunha, Sant'anna e Cunha (1985) encontraram 52,5% de gengivite no grupo de gestantes examinadas.

Rosell, Montandon-Pompeu e Valsecki Júnior (1999) constataram que 100% das gestantes avaliadas possuíam algum tipo de alteração periodontal e que para 61% delas, simples procedimentos (raspagem radicular) atenderiam suas necessidades de tratamento periodontal. Scavuzzi, Rocha e Vianna (1999a; 1999b) obtiveram resultados semelhantes: 95,1% das grávidas apresentavam alguma alteração periodontal e 73,5% precisavam de raspagem, sendo considerado precário o estado de saúde bucal das gestantes que examinaram.

Na pesquisa de Fernandes (2002), 90% das adolescentes examinadas, grávidas ou não, apresentaram alterações periodontais, sendo a gengivite a mais freqüente (90%), seguida pela presença de cálculo (50%), bolsa periodontal rasa (20%) e profunda (1,66%). Os resultados concordam com os de outras pesquisas em relação ao fato de que simples procedimentos resolveriam as necessidades de tratamento da maioria das gestantes.

Estudos recentes têm apontado para uma associação, ainda não totalmente confirmada (HILL, 1998; OFFENBACHER et al., 1998; CASAMASSIMO, 2001; GAFFIELD et al., 2001), entre a doença periodontal na gestante e nascimentos pré-termos e de baixo peso, mediada por aspectos bioquímicos, histológicos e imunológicos (OFFENBACHER et al., 1996; DASANAYAKE, 1998; ZANOTTI, MEDEIROS, AGUIAR, 2002).

No trabalho de Offenbacher et al. (1996), a doença periodontal contribuiu para nascimentos pré-termos e de baixo peso numa magnitude mais significativa do que o uso de cigarro ou álcool. Os autores relatam que existem estimativas sugerindo que 18,2% de todos os nascimentos pré-termo e de baixo peso podem ser atribuídos à doença periodontal, e que a periodontite representa um fator de risco clinicamente importante e anteriormente

desconhecido, o qual leva a ruptura prematura das membranas ou ao trabalho de parto precoce. Por estas razões, todas as gestantes e as mulheres que planejam engravidar deveriam, idealmente, buscar a assistência odontológica no sentido de assegurar a saúde periodontal, de preferência antes mesmo da concepção (LIVINGSTON, DELLINGER, HOLDER, 1998; CASAMASSIMO, 2001).

1.2.3 Tratamento odontológico da gestante

Devido a todas essas recentes informações que relacionam saúde da gestante à do filho, a saúde bucal dos pais e em especial a da mãe, tornaram-se parte integrante da atenção pré-natal (CASAMASSIMO, 2001). Entretanto, as gestantes parecem estar procurando/recebendo pouca assistência odontológica (COSTA, 2000).

Rocha (1993) entrevistando 304 gestantes na cidade de Salvador, verificou que a busca por assistência odontológica por parte das gestantes não era considerada prioridade, nem mesmo quando problemas bucais evidentes se faziam presentes.

Menino e Bijella (1995) detectaram que apenas 17,3% das gestantes que entrevistaram, em Bauru, haviam procurado o dentista durante a gestação, sendo que 57,7% o fizeram para a realização de tratamento eletivo e 42,3% para atendimento emergencial. Dos 82,7% que não foram ao dentista, 52,4% responderam que não foram porque não precisaram, 20,2% por estarem grávidas, 15,3% por problemas financeiros e 12,1% por falta de tempo. Das gestantes que buscaram o atendimento odontológico durante a gestação, 15,4% disseram ter seus atendimentos recusados por parte dos dentistas.

Scavuzzi, Rocha e Vianna (1998) verificaram que apesar do relato da presença de sintomas como sangramento gengival e dor de dente por parte de 80,3% das gestantes

entrevistadas, em Salvador, apenas 7,4% delas relataram ter procurado o dentista e destas, aproximadamente metade não foram atendidas porque o dentista desaconselhou uma intervenção dentária no período gravídico.

Santos-Pinto, Uema e Ciuff (2001) assim como Costa et al. (1998) reportam que apenas 25% das gestantes que entrevistaram, no interior paulista, procuraram o tratamento durante a gestação, sendo este percentual de 10% entre as gestantes pesquisadas por Frauches, Coelho e Sathler (2001) no município de Governador Valadares (MG).

Matta et al. (2001a) constataram que apenas 21% de suas entrevistadas procuraram o dentista durante a gestação, sendo 60% em busca do alívio de dor.

Gaffield et al. (2001) analisaram informações sobre a saúde bucal de gestantes de quatro diferentes estados americanos, coletadas por um sistema de monitoramento de gestações e constataram que apenas um terço, aproximadamente, das gestantes procurou assistência odontológica. De 12,2% a 25,4% das gestantes relataram ter tido problemas odontológicos, mas somente metade delas procurou auxílio.

Maeda, Toledo e Pandolfi (2001) reportam que somente 39,64% das gestantes entrevistadas, em Franca (SP), visitaram o consultório odontológico durante a gestação. As autoras constataram que apesar do principal motivo citado pelas mulheres para não ter procurado o dentista ter sido a falta de necessidade, tal justificativa não se confirmou quando se cruzou essa informação com os dados relacionados às condições bucais, hábitos de higiene, preocupações, dúvidas e falta de conhecimento quanto ao melhor período da gestação para o tratamento odontológico.

No passado, a gestação foi considerada um impedimento ao tratamento odontológico devido às alterações fisiológicas que alteram profundamente a condição médica das mulheres, de tal forma que os cirurgiões-dentistas se tornaram relutantes em atender gestantes, pela incerteza sobre os riscos a que estariam expondo gestantes e fetos em desenvolvimento. Entretanto, procedimentos preventivos, de rotina e de emergência são

todos possíveis de serem realizados, apenas com algumas modificações e planejamento inicial (LIVINGSTON, DELLINGER, HOLDER, 1998) .

Scavuzzi e Rocha (1999) chegaram à mesma conclusão ao revisarem a literatura: qualquer intervenção odontológica pode ser realizada durante a gestação, desde que se atente para uma anamnese completa da gestante. Precauções devem ser tomadas quanto ao preparo psicológico da paciente, à escolha do anestésico, às tomadas radiográficas e à administração de medicações.

Nos primeiros meses, a formação fetal exige que medicamentos sejam evitados, assim como situações de estresse maiores. Nos últimos meses o tratamento também deve ser evitado para o conforto da gestante, pois o volume da barriga impossibilita a posição quase deitada da cadeira odontológica e a compressão das veias cavas pelo abdômen gravídico dificulta a respiração nesta posição. Assim, procedimentos eletivos devem ser preferencialmente executados entre o 4º. e o 7º. mês pela maior estabilidade da gestação. Entretanto, dor e infecção devem ser tratadas a qualquer momento, buscando a remoção de sua etiologia. Profilaxia, controle de placa e orientações para a higiene fazem parte de uma rotina preventiva que também pode e deve ser realizada em qualquer trimestre gestacional (CHIODO, ROSENSTEIN, 1985; LIVINGSTON, DELLINGER, HOLDER, 1998; SCAVUZZI, ROCHA, 1999; COSTA, 2000; CASAMASSIMO, 2001).

O preparo adequado do profissional, no que se refere ao conhecimento das alterações sistêmicas geradas pela gravidez é de fundamental importância para o atendimento seguro e tranquilo das gestantes, assim como o contato com o médico da gestante, sempre que necessário (CHIODO, ROSENSTEIN, 1985; LIVINGSTON, DELLINGER, HOLDER, 1998; ROSELL, MONTANDON-POMPEU, VALSECKI JUNIOR, 1999; SCAVUZZI, ROCHA, 1999).

Freire et al. (2001) pesquisaram o conhecimento de dentistas na atenção odontológica à gestante, na cidade de Pelotas (RS). Puderam constatar que 92,2% dos entrevistados relataram atender gestantes, mas que 75% elegem apenas o segundo trimestre gestacional

para o atendimento. Concluíram que ainda existe despreparo no atendimento de gestantes, independentemente do tempo de formado dos profissionais e que a sua filosofia de trabalho ainda é a cirúrgico-restauradora.

Narvai (1984) critica a profissão odontológica, em nosso país, por ter falhado ao não adotar uma postura firme e segura com relação aos cuidados que devem ser oferecidos ao enorme contingente de mulheres grávidas, apesar de constituírem consensualmente um grupo prioritário para o atendimento odontológico. Tal fato, por permitir que o empirismo seja determinante de soluções desaconselháveis para problemas odontológicos (aguardar a evolução do processo infeccioso padecendo de dor, adotar cuidados caseiros e/ou a automedicação), tem acarretado prejuízos à saúde materna, o que indica a necessidade de se repensar a abordagem e o tratamento dispensado a este grupo populacional.

Chiodo e Rosenstein (1985) aconselham os cirurgiões-dentistas que atendem mulheres em idade reprodutiva a encorajá-las a procurar o dentista assim que souberem que estão grávidas. Sugerem, idealmente, que sejam agendadas duas consultas no primeiro trimestre, ao menos uma no segundo e outra no terceiro trimestre. Para Livingston, Dellinger e Holder (1998) as gestantes deveriam ser atendidas ao menos uma vez por trimestre. Estas consultas teriam como objetivo: recuperar a saúde bucal das gestantes doentes, para reduzir as chances de situações emergenciais favorecendo um transcorrer tranquilo e saudável da gestação; propiciar um acompanhamento da saúde bucal durante a gestação; reforçar as medidas preventivas para a manutenção da saúde bucal das gestantes; e oportunizar o aconselhamento para os cuidados com a saúde bucal do futuro filho, chamado na literatura de “pré-natal odontológico”. Como resultado, gestantes saudáveis estariam melhor preparadas para promover a saúde (bucal) de seus futuros filhos.

1.2.4 Gestação e saúde bucal: muito além da biofisiologia

A influência da saúde bucal da gestante na saúde (bucal) de seu futuro filho ocorre por meio dos mecanismos biofisiol gicos até aqui apresentados, mas não apenas. Sabe-se que membros de uma mesma família apresentam semelhantes experiências de cárie, mas a análise desse forte padrão intra-familiar enfatizando as semelhanças biológicas que familiares apresentam, tendência da literatura científica odontológica, esquece que a cárie é uma doença fortemente modulada por fatores comportamentais, resultantes do ambiente em comum compartilhado por uma família, o qual abrange aspectos relacionado à posi o sócio-econômica, alimenta o, higiene, entre outros (FARIA, OLIVEIRA, PORDEUS, 1997). Isto significa dizer que o estabelecimento de hábitos que geram saúde depende fundamentalmente de um adequado ambiente familiar.

A família é a micro-unidade da sociedade que representa concretamente os seus valores sociais e culturais (LEMOS, 1994) e que repassa ao indivíduo seu modo de vida e portanto, de cuidados com a saúde.

Blinkhorn (1981) e Rocha et al. (1998) lembram que a alimenta o das crianças não é determinada apenas pelo que os pais consideram adequado, mas também pelos padrões sociais correntes, resultantes da intera o de fatores culturais, familiares e econ micos. A dieta alimentar é definida já nos primeiros anos de vida, quando o recém-nascido inicia seus contatos com os diversos alimentos e seus sabores. Assim, a preocupa o com a alimenta o existe desde o nascimento do beb , com vistas à promo o de saúde.

Quanto à higiene bucal, Blinkhorn (1978) constatou em sua pesquisa que a maioria das mães (78%) que freqüentavam regularmente o dentista ensinavam seus filhos a escovarem os dentes, enquanto que das mães que freqüentavam irregularmente o dentista, apenas 47% assumiam esse papel. O autor atenta para o fato da higiene bucal,

responsabilidade direta dos pais, ser dependente de seus conhecimentos, mas também da influência dos padrões sociais correntes de higiene.

Chen (1986) verificou que os hábitos de higiene bucal que a mãe possui influenciam mais o comportamento preventivo dos filhos (escovação, uso de fio-dental e visitas preventivas ao dentista) do que o nível sócio-econômico e as crenças das mães sobre saúde. Filhos de mães que cuidam pouco de sua saúde bucal estarão mais predispostos a também cuidar pouco de si, pois as crianças, segundo a autora, adquirem seus hábitos de higiene por observação direta dos comportamentos maternos e não tanto por suas orientações verbais. Apesar das crenças das mães influenciarem os seus próprios comportamentos, elas não estão tão associadas aos comportamentos que os filhos terão, exceção feita nos casos das crianças que aprenderam a usar o fio-dental: são aquelas cujas mães acreditavam seriamente no prejuízo que a cárie a doença periodontal poderiam trazer à sua saúde e às suas vidas e que lhes ensinaram a usá-lo.

Assim, o controle da cárie e da doença periodontal dependem do comportamento do indivíduo, estabelecido com base na educação e motivação que recebe durante toda a sua vida, mas especialmente na infância, no seio da família onde o indivíduo é socializado (SANTOS-PINTO et al., 2001).

A aquisição de hábitos durante a infância precoce é um processo eficiente, duradouro e indolor. As pessoas aprendem a se comportar de uma determinada maneira porque acreditam que seja natural ou simplesmente, correto. A mudança de hábitos ou atitudes mais tarde na vida geralmente é muito difícil. Também por isso, a educação em saúde deve começar precocemente (BLINKHORN, 1981).

Nesse sentido, o fator crucial é a preocupação da mãe com o bem-estar de seu futuro filho. As intervenções educativas durante a fase primária de socialização são necessárias porque as mães não apenas tomam decisões sobre sua própria saúde, mas também pela saúde de seus filhos (BLINKHORN, 1981; CORSETTI, FIGUEIREDO, DUTRA, 1998).

Contudo, o restabelecimento ou a manutenção da saúde bucal da mãe/gestante também é fundamental, tanto que atualmente, a verificação da saúde bucal da gestante e de seus hábitos alimentares e de higiene serve como parâmetro para a determinação do risco à cárie do futuro bebê (VIEIRA, AMORIM, ORIOLI, 1999), já que estudos demonstraram uma relação positiva entre a experiência de cárie da mãe e a de seu filho (ARAÚJO, FIGUEIREDO, 1999).

À medida que as pessoas aprendem, elas também ensinam, especialmente as mães, pois quando a questão é saúde, elas desempenham um papel-chave dentro da família, papel este, socialmente determinado. As mães agem como multiplicadoras de informações e comportamentos que favorecem a saúde através de seus exemplos e atitudes positivas (CHEN, 1986; COSTA, FUSCELLA, 1999; MAEDA, TOLEDO, PANDOLFI, 2001). Quanto mais precocemente forem empregadas medidas educativas e preventivas, melhores resultados poderão ser obtidos (COUTO et al., 2001).

As gestantes se identificam como mães, modelando seus comportamentos de acordo com os padrões sociais de maternidade e ansiosamente querendo obter informações sobre bebês, ao que se chama de socialização antecipada (BLINKHORN, 1981).

Pouco se fala sobre as circunstâncias sociais que influenciam o comportamento da mulher durante a gestação (LEMOS, 1994), mas de um modo geral, considera-se que a mulher se torna mais sensível à adoção de novos hábitos e comportamentos, possibilitando a transformação da futura mãe em competente agente educador. Devido a estes aspectos psicológicos e emocionais e pelo papel que terão na promoção de saúde de seus filhos, as gestantes são consideradas um grupo estratégico e prioritário para o atendimento odontológico (BLINKHORN, 1981; FARIA, OLIVEIRA, PORDEUS, 1997; SCAVUZZI, ROCHA, VIANNA, 1998; 1999a; COSTA, FUSCELLA, 1999; SCAVUZZI, ROCHA, 1999).

Scavuzzi, Rocha e Vianna (1998) relatam que 87,3% das gestantes que entrevistaram responderam positivamente quanto à participação em um grupo de estudos no qual se

aprendesse sobre saúde bucal. Do mesmo modo, diversos outros autores comentam a disposição evidente que as gestantes demonstraram em suas pesquisas, em aprender e serem motivadas para os cuidados consigo e para com os bebês (BLINKHORN, 1981; TSAMTSOURIS, STACK, PADAMSEE, 1986; ROCHA, 1993; MENINO, BIJELLA, 1995; COSTA et al., 1998; ROSELL, MONTANDON-POMPEU, VALSECKI JUNIOR, 1999; SCAVUZZI, ROCHA, 1999; COSTA, 2000; MATTA et al., 2001a; ROSSI, VALSECKI JUNIOR, 2001).

1.2.5 Pré-natal: trabalho educativo e interdisciplinar

Todos os argumentos acima expostos colaboram para o atual entendimento na Odontologia, de que é extremamente necessário atender as mulheres ainda grávidas. Esse atendimento constitui, hoje, uma das maiores preocupações da Odontopediatria (VIEIRA, AMORIM, ORIOLI, 1999; MATTA et al., 2001b).

O papel da “Odontologia pré-natal” (ou “Odontologia intra-uterina”, termo polêmico) é o restabelecimento da saúde bucal da gestante, proporcionando-lhe melhores condições para receber seu bebê (MAEDA, TOLEDO, PANDOLFI, 2001), além da educação dos pais sobre a sua própria saúde bucal no sentido de adotarem hábitos saudáveis que favoreçam também a saúde bucal de seus filhos (CASAMASSIMO, 2001; OLIVEIRA, 2002).

Considera-se que a assistência e a educação realizadas durante a gestação possuem um profundo efeito sobre a saúde bucal de mães e filhos (ROSELL, MONTANDON-POMPEU, VALSECKI JUNIOR, 1999; TORRES et al., 1999). Parte-se do pressuposto de que assim como crianças pequenas podem ser prejudicadas pelos inadequados hábitos de higienização bucal e de dieta de suas mães (MATTA et al., 2001b), elas também podem ser

beneficiadas pela saúde e educação/motivação das mães (SARNAT, AVIVA, RAVIV, 1984), pois seus conhecimentos, atitudes e comportamentos refletem nas crianças, que perpetuam os hábitos aprendidos na infância por toda a vida (BLINKHORN, 1978; 1981; TSAMTSOURIS, STACK, PADAMSEE, 1986; BARBOSA, CHELOTTI, 1997; SANTOS-PINTO et al., 2001; OLIVEIRA, 2002).

Gomez, Weber e Emilson (2001) em um estudo prospectivo constataram a eficácia de medidas preventivas dadas a gestantes e continuadas após o nascimento das crianças, a cada seis meses, através de um programa de prevenção à carie, no Chile. Houve uma redução significativa da doença: 89% das crianças participantes do programa, aos seis anos não desenvolveram a cárie, contra 62% das crianças do grupo controle.

Entretanto, o pré-natal habitual não envolve questões relacionadas à saúde bucal (CORSETTI, FIGUEIREDO, DUTRA, 1998; CASAMASSIMO, 2001). A falta de integração entre os profissionais da Odontologia e os que trabalham com gestantes e bebês é evidente e pode ser entendida a partir da origem e da evolução histórica da profissão de cirurgião-dentista (FARIA, OLIVEIRA, PORDEUS, 1997), que vale aqui um breve comentário.

Segundo a excelente revisão de Freitas (2001), inicialmente a Odontologia era uma atividade indiferenciada dentro das práticas médicas, mas a partir do século XVIII, a Medicina sofreu uma divisão básica entre clínica e cirurgia. Com o maior status dado à primeira, os médicos restringiram suas atividades ao campo clínico, repassando as demais tarefas, consideradas menores ou menos dignas, a seus auxiliares, como o barbeiro, responsável pelo corte de barba, cabelos, extração de dentes e aplicação de sanguessugas para sangrias. Surgiu assim a Odontologia, como uma especialidade médico-cirúrgica, que cristalizaria sua prática na tradição do trabalho individual, tecnicista, preocupada com a resolução curativa e imediata de problemas (historicamente) emergenciais, já que derivada da cirurgia, sem espaço para práticas preventivas.

A despeito dessa fragmentação do indivíduo e do saber pelas especialidades médicas,

uma ação coordenada entre a comunidade médica geral e a odontológica é necessária no sentido de estabelecer protocolos que beneficiem a saúde bucal de gestantes, o desenvolvimento saudável de suas gestações e a saúde bucal dos bebês (FARIA, OLIVEIRA, PORDEUS, 1997; GAFFIELD et al., 2001).

De um modo geral, os médicos ocupam uma posição privilegiada, especialmente no período pré-natal e nos primeiros anos de vida das crianças, pelo contato precoce e freqüente que estabelecem, podendo conscientizar os pais sobre a importância do tratamento odontológico imediato e encaminhá-los para esse atendimento. Mas para tanto, é necessário que a população médica esteja alerta para essa conduta aconselhável (OLIVEIRA, 2002).

Os estudos, usualmente realizados com médicos, entretanto, demonstram que a conscientização destes profissionais que precocemente entram em contato com as famílias ainda precisa ser trabalhada.

Faria, Oliveira e Pordeus (1997) entrevistaram médicos ginecologistas-obstetras e pediatras e observaram que os primeiros não têm como rotina dar informações sobre a prevenção da cárie para a gestante e seu futuro bebê. Já os pediatras relataram ter este costume, apesar do conceito de inevitabilidade da cárie ainda estar presente entre os entrevistados. As autoras concluíram que embora a preocupação com a cárie ter sido manifestada, muito ainda deve ser feito em relação à abordagem de sua prevenção junto aos médicos.

Gonzaga et al. (2001) constataram que enquanto 50% dos ginecologistas-obstetras que entrevistaram relataram encaminhar as gestantes para o dentista como parte dos exames pré-natais, apenas 13,4% das pacientes confirmaram ter recebido tal orientação.

Oliveira (2002) associou estatisticamente a informação médica recebida pelas mães com a visita ao dentista e concluiu que apesar dos médicos pediatras encaminharem pouco as crianças para o atendimento odontológico precoce, sua orientação foi decisiva para as mães levarem seus filhos ao dentista, sendo que o principal motivo pelo qual as mães

levaram as crianças, nestes casos, foi a prevenção de doenças.

Contudo, não são apenas os médicos que precisam ser melhor informados sobre as questões de saúde bucal. Um modelo de atendimento pré-natal ideal deveria incluir atendimento multiprofissional e integral no qual pediatras, ginecologistas-obstetras, enfermeiras, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, dentistas e odontopediatras trabalhassem juntos (BARBOSA, CHELOTTI, 1997; GONZAGA et al., 2001).

Uma ampla discussão com a equipe de saúde do pré-natal sobre a importância da educação para a saúde bucal na fase gestacional é sugerida por Rocha (1993), quando conhecimentos básicos deveriam ser permutados, conceitos deveriam ser uniformizados e as crenças sobre o tratamento odontológico na gestação, “desmistificadas”.

Rocha (1993) também chama atenção para a importância deste trabalho, especialmente junto às enfermeiras que realizam as consultas pré-natais, as quais poderiam atuar como facilitadoras nas mudanças de comportamento das gestantes frente à atenção odontológica.

Na ausência do serviço odontológico local, a equipe responsável pela assistência pré-natal deveria estar capacitada para fornecer informações básicas de saúde bucal e encaminhar as gestantes para um local de atendimento odontológico (SCAVUZZI, ROCHA, VIANNA, 1998).

Porém, para que tudo isto aconteça, torna-se imprescindível o engajamento do cirurgião-dentista junto à equipe do pré-natal (MENINO, BIJELLA, 1995), o que só é possível a partir do seu preparo e motivação para o atendimento de gestantes, para o trabalho em equipe, bem como para o seu papel de educador em saúde (ROCHA, 1993).

1.3 O saber das gestantes

Para que a educação em saúde bucal tenha resultados positivos, é necessário que se trabalhe a partir dos conceitos e conhecimentos já sedimentados pelas pessoas, para que então ações educativas possam ser efetivadas (MAEDA, TOLEDO, PANDOLFI, 2001), num claro diálogo entre saberes, respeitando-se a diversidade de experiências.

Partindo deste entendimento, pesquisas odontológicas quantitativas e qualitativas têm sido realizadas com gestantes, sendo importante revisar aqui seus resultados, os quais contribuem para a formação de um *corpus* de conhecimentos e para a discussão dos achados da presente pesquisa.

Na área da Odontologia, a pesquisa qualitativa ainda é incipiente, mas conforme Nuto (1999), a necessidade de uma aproximação desta metodologia de pesquisa é urgente para o desenvolvimento pleno da Saúde Bucal Coletiva.

Os trabalhos que utilizam a teoria das representações sociais para o estudo de temas de interesse da Odontologia são poucos e recentes (o primeiro publicado em 1993), mas já agregam conhecimentos importantes, abrindo uma perspectiva para maiores contribuições na ciência odontológica.

O levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), através da biblioteca virtual de saúde da BIREME, até outubro do corrente ano, resultou em nove trabalhos que utilizaram o referencial da teoria das representações sociais. Outros três trabalhos foram encontradas através de fontes complementares (pesquisa na *web* e em referências bibliográficas).

A maioria desses trabalhos é resultante de dissertações e teses de pesquisadores das áreas da Saúde Pública e da Odontologia em Saúde Coletiva. Apenas dois deles estudaram

as representações sociais de gestantes, os quais serão apresentados no item **1.3.2.**, juntamente com a revisão de outras pesquisas qualitativas que colaboram para o entendimento do tema da presente pesquisa.

Já os trabalhos quantitativos sobre os conhecimentos e comportamentos de gestantes (e mães) em relação à saúde bucal são um pouco mais numerosos. Pesquisando-se as mesmas bases de dados, além *web* e das referências de outros trabalhos, 12 referências foram encontradas, sendo seus principais resultados apresentados em seguida.

1.3.1 Estudos quantitativos

Tem-se observado que a relação entre conhecimentos, atitudes e práticas de gestantes e mães com relação à saúde bucal é confusa (DOSHI, 1985) e que não há uma relação direta de causa-efeito entre atitude (entendida como uma predisposição a fazer algo) e comportamento (SARNAT, KAGAN, RAVIV, 1984).

A renda familiar é apontada como fator determinante no acesso e na posse de conhecimentos relacionados à saúde bucal (ZARDETTO, RODRIGUES, ANDO, 1998; COUTO et al., 2001), diferentemente da escolaridade que parece não agir como determinante (ZARDETTO, RODRIGUES, ANDO, 1998; OLIVEIRA, 2002), apesar de ser associada à saúde bucal (CHAVES, SANTOS, SOUZA, 1998).

Desta forma, a baixa renda pode ser uma explicação para os achados de diversos trabalhos que relatam gestantes e mães com práticas inadequadas de cuidados bucais (DOSHI, 1985) e com pouca informação em relação às questões de saúde bucal (DOSHI, 1985; TSAMTSOURIS, STACK, PADAMSEE, 1986; ROCHA, 1993; ZARDETTO, RODRIGUES, ANDO, 1998).

Contudo, os mesmos estudos apontam o interesse manifestado pelas mulheres sobre o tema, indicando que a intervenção para a educação e motivação nesta fase provavelmente encontraria uma reação positiva (TSAMTSOURIS, STACK, PADAMSEE, 1986; ROCHA, 1993; MENINO, BIJELLA, 1995) que beneficiaria a saúde bucal de crianças pequenas (SARNAT, KAGAN, RAVIV, 1984).

Por essa razão, a importância de se aumentar o número de mães que consultam o cirurgião-dentista enquanto grávidas tem sido ressaltada (DOSHI, 1985), bem como a assistência odontológica precoce e preventiva à criança, regularmente, pois como verificou Oliveira (2002), as mães que mais realizam a higiene bucal em seus filhos são as mesmas que mais os levam ao dentista.

Pesquisas relatam uma variação (de 16,2% a 67,5%) entre a proporção de gestantes/mães que conhecem o momento adequado para a primeira consulta odontológica do bebê, mas de um modo geral, tal informação tem sido considerada pouco conhecida. Constata-se também que ainda existe o entendimento de que o momento adequado para o início do tratamento odontológico seria por volta dos 3-4 anos de idade e o de que se deve esperar para levar a criança ao profissional perante o surgimento de algum problema (TSAMTSOURIS, STACK, PADAMSEE, 1986; BARBOSA, CHELOTTI, 1997; SILVA, LOPES, MENEZES, 1999; SANTOS-PINTO, UEMA, CIUFF, 2001).

Já o momento de iniciar a higiene bucal da criança, por ocasião da irrupção dos primeiros dentes, ou antes mesmo, parece ser mais conhecido pelas gestantes e mães entrevistadas (TSAMTSOURIS, STACK, PADAMSEE, 1986; SANTOS-PINTO, UEMA, CIUFF, 2001).

As conceituações sobre saúde, problemas bucais, suas causas e prevenção, entretanto, não parecem bem assimiladas (ROCHA, 1993, MENINO, BIJELLA, 1995), apesar da maioria das gestantes considerarem que os problemas bucais afetam a saúde geral das pessoas e relacionarem saúde à qualidade de vida (MENINO, BIJELLA, 1995; COSTA et al., 1998).

A definição de cárie e a noção de que é evitável, permitindo a manutenção dos dentes por toda a vida, por exemplo, são insuficientemente conhecidas (ROCHA, 1993; MENINO, BIJELLA, 1995; OLIVEIRA, 2002), assim como a cárie de mamadeira (TSAMTSOURIS, STACK, PADAMSEE, 1986, ROCHA, 1993; SILVA, LOPES, MENEZES, 1999) e a doença periodontal (MENINO, BIJELLA, 1995).

A má-escovação, os doces e a falta de tratamento são geralmente considerados as principais causas de problemas bucais pelas gestantes (MENINO, BIJELLA, 1995; SILVA, LOPES, MENEZES, 1999), enquanto o papel preventivo do flúor à cárie é reconhecido, apesar das gestantes não saberem defini-lo (MENINO, BIJELLA, 1995; SANTOS-PINTO, UEMA, CIUFF, 2001).

O conhecimento a respeito da possibilidade de transmissão bacteriana entre mães e filhos foi registrada em diferentes proporções (de 31% a 53%), sendo desejável a ampliação deste conhecimento como uma orientação preventiva (BARBOSA, CHELOTTI, 1997; COSTA et al., 1998; MAEDA, TOLEDO, PANDOLFI, 2001; SANTOS-PINTO, UEMA, CIUFF, 2001).

As gestantes/mães entrevistadas relataram ser o próprio dentista a principal fonte de informações sobre saúde bucal, seguidos pela escola e pela mídia. A família, o médico e materiais didáticos também foram apontados como divulgadores de informações em saúde bucal, mas de uma forma menos expressiva (MENINO, BIJELLA, 1995; BARBOSA, CHELOTTI, 1997; ROCHA, 1993; SILVA, LOPES, MENEZES, 1999; SANTOS-PINTO, UEMA, CIUFF, 2001).

É interessante comentar que de todas as pesquisas encontradas, a única que teve resultados considerados satisfatórios pelos próprios autores, onde a maioria das gestantes (69%) se considerou capaz de evitar a doença cárie em seus filhos, foi a realizada com gestantes de Curitiba (PR), apesar do baixo grau de escolaridade da amostra. Tais resultados foram atribuídos ao acesso facilitado aos serviços de saúde odontológicos naquela cidade, proporcionando às pessoas a percepção de importantes fatores relacionados à saúde bucal

(SILVA, LOPES, MENEZES, 1999).

Quanto à influência da saúde das gestantes/mães na saúde dos bebês, Santos-Pinto, Uema e Ciuff (2001) constataram que 47,7% das mulheres que entrevistaram, acreditavam na influência de sua alimentação na formação dos dentes de seus bebês, enquanto Costa et al. (1998) observou que 62% de suas entrevistadas consideravam haver uma relação direta entre os cuidados bucais que a mãe tem consigo e a saúde do bebê.

Em relação ao autocuidado durante a gestação, 78% das gestantes entrevistadas por Maeda, Toledo e Pandolfi (2001) acreditaram na importância de se ampliar os cuidados com os dentes nesse período, contudo, 85% delas afirmaram não ter modificado sua rotina de cuidados.

Um achado freqüente entre as pesquisas foi o fato da maioria das gestantes/mães entrevistadas não terem recebido nenhum tipo de orientação durante o período gestacional (ROCHA, 1003; MENINO, BIJELLA, 1995; SANTOS-PINTO, UEMA, CIUFF, 2001), o que poderia ser atribuído, em parte, a não procura pelo atendimento odontológico, motivada pela crença de que mulheres grávidas não devem ir ao dentista, pois poderiam prejudicar seus fetos e a si próprias, conforme constatado por Rocha (1993).

Santos-Pinto, Uema e Ciuff (2001) também relataram ter observado que o imaginário das gestantes é permeado por crenças que envolvem a saúde bucal e a assistência odontológica. Porém, são as pesquisas qualitativas que possibilitam uma melhor apreensão e compreensão de tais crenças.

1.3.2 Estudos qualitativos

Raros são os trabalhos que buscam apreender saberes e percepções em saúde bucal

das pessoas a partir da perspectiva da sua inserção social, valores e crenças. Mais escassos ainda são estudos dentro de referenciais que privilegiem a perspectiva de mulheres grávidas, ou que tratem em especial de suas representações sociais (MENINO, BIJELLA, 1995; COSTA, FUSCELLA, 1999).

Contudo, a literatura científica odontológica já dispõe dos resultados de algumas pesquisas qualitativas realizadas com a população brasileira, que merecem aqui ser comentados, pois fornecem subsídios para o entendimento das representações sociais das gestantes entrevistadas neste trabalho.

Martins (1993, 1999) estudou as representações sociais de usuários da clínica odontológica da PUC-MG, através de 20 entrevistas, utilizando a “Análise de Conteúdo”. A autora percebeu que a constituição da saúde bucal, enquanto necessidade, é uma produção social construída quando garantias mínimas de sobrevivência já tenham sido conquistadas, ou seja, a luta pelo direito à saúde bucal pareceu concorrer com outras necessidades consideradas prioritárias. Observou que as oportunidades de melhora social (migração, emprego) parecem fundamentais para o aparecimento do valor “saúde bucal”. A representação da saúde/doença bucal estava articulada com a complexa embricação entre trabalho, moradia, família, afeto, vida e morte, e que o valor saúde bucal não se restringiu à dimensão do nível de instrução dos entrevistados, mas que vai se conformando dentro das condições materiais e sócio-culturais de existência dos indivíduos e que estas condições vem se mostrando deseducativas no sentido de dificultar ou impor injunções que desfavorecem os cuidados com a saúde bucal.

Cruz et al. (1997) pesquisaram as representações sociais da imagem do cirurgião-dentista entre 80 moradores de Belo Horizonte (MG), incluindo grupos de pessoas com diferentes sexos, idades (entre 20 e 30 anos ou acima de 50 anos) e nível de escolaridade. Utilizaram um roteiro aberto e duas questões diretas: a primeira idéia sobre dentista e o dentista ideal. Os dados foram analisados através da “Análise de Conteúdo”, emergindo as

seguintes categorias de análise: o medo, a dor, o custo, a primeira idéia sobre o dentista, o dentista ideal e a imagem do profissional. Observaram que para todas as categorias analisadas, os discursos se assemelhavam, independentemente do sexo ou grau de instrução. Em alguns relatos de jovens, o cirurgião-dentista apresentou uma imagem negativa, aparecendo como um carrasco, um castigo, um mal necessário. Em outros relatos, ele assumiu características positivas, como um profissional da saúde. As pessoas acima de 50 anos destacaram uma evolução do profissional em aspectos técnicos e de relacionamento. O medo e a dor estavam fortemente associados à imagem do dentista, aparecendo de maneira mais marcante nos jovens. O medo apareceu como um sentimento comum entre as pessoas, resultante de experiências próprias ou de outrem. A dor foi mais associada a estímulos específicos (instrumental) pelos jovens e a estímulos inespecíficos (ao tratamento e ao dentista de uma forma geral) pelo grupo de maior idade, o qual também associou à imagem do dentista, o custo elevado do tratamento, identificado como falta de caridade e inconsciência social da profissão. Na definição do dentista ideal, calma, paciência, capacidade de informação e de comunicação foram as características mais evidenciadas.

Kern (1997) fez uma análise do significado dos problemas dentais e do tratamento odontológico para os usuários dos serviços da clínica de Odontologia da PUC-RS, bem como o que pensam sobre o atendimento, a partir de pressupostos fenomenológicos e humanísticos. O trabalho conjunto das faculdades de Serviço Social e Odontologia possibilitou perceber que para os seus clientes, a Faculdade de Odontologia passa a ser a representação de uma instância muito significativa, que lhes assegura uma vida com melhor qualidade. É o que garante a saúde bucal enquanto projeto individual, que contribui na aparência, diminui o estigma do problema odontológico, permite ver a saúde e o tratamento como um valor, além de contribuir para o desempenho no trabalho, na vida social e na visão da saúde como um todo.

Nuto (1999) realizou uma avaliação cultural do serviço de saúde bucal de Beberibe

(CE), norteado pelo Programa de Inversão da Atenção, considerado por avaliações de natureza epidemiológica e de cobertura, um modelo de excelência no estado. Entre outras etapas, o trabalho de campo incluiu entrevistas, observação-participante, relatos de “experiências vividas” com as doenças bucais e representações de desenhos para a triangulação dos dados. A autora explorou diversos temas em sua análise: o itinerário dos usuários, o saber popular sobre as principais doenças bucais, as estratégias para a diminuição da dor, o entendimento sobre os diversos procedimentos realizados pela Odontologia curativa e preventiva, os modos de obtenção de saúde bucal, as terapias complementares e suas crenças, o que se considera prioritário na qualidade do atendimento e na resolução dos problemas e ainda, a relação dos profissionais com o serviço público. A interessante discussão dos resultados revela um total desconhecimento do universo popular de compreensão das doenças bucais e que o Sistema de Inversão de Atenção não representa uma mudança de paradigma, em relação ao envolvimento e participação do saber popular nos serviços de saúde bucal. Ao contrário, pode-se perceber que o modelo biomédico odontológico mantinha-se dominante e hegemônico em suas práticas clínicas, educativas e no planejamento dos serviços de saúde.

Ferreira (2002) investigou as representações sociais das necessidades de cuidados bucais de moradores do bairro de Cidade da Esperança, em Natal (RN). Trinta usuários do serviço de saúde foram entrevistados a partir de uma única pergunta geradora. Os dados, analisados através da Análise de Conteúdo, evidenciaram que nem todas as necessidades biológicas são suportadas pelos serviços públicos de saúde e que as representações sociais das necessidades de cuidados bucais definidas pelos usuários têm sua importância na vida cotidiana através das relações afetivas e de ocupação. As dores de dente suscitam meios de enfrentamento, que vão desde uma prevenção centrada no autodiagnóstico, até a busca por meios de cessar a dor através dos serviços odontológicos, de medicamentos alopáticos e populares. O conhecimento científico a respeito dos fatores etiológicos que “estragam” os

dentes no meio social estudado foi percebido, assim como a importância da prótese que possibilita a reintegração do indivíduo ao seu grupo, que adota a presença de dentes como um valor. A autora destaca a importância dos aspectos sociais e psicológicos que devem ser considerados quando da elaboração das políticas de saúde bucal, “uma vez que as práticas de saúde mutiladoras provocam doenças que vão além da dimensão biológica” (Ferreira, 2002, p.10).

Finalizando esta reflexão sobre o objeto de estudo, as pesquisas qualitativas no âmbito da Odontologia, que investigaram, em especial, gestantes são, em seguida, apresentadas.

Bernd et al. (1992) observaram que desde a implantação de um programa odontológico para gestantes no posto Valão, em Porto Alegre (RS), das 212 gestantes que foram ao posto realizar acompanhamento médico, apenas seis gestantes procuraram o atendimento odontológico, apesar da facilitação na marcação de consultas e de muitas vezes, terem sido encaminhadas pelos médicos. Os autores levantaram então, a hipótese de que as gestantes não procuravam o atendimento odontológico durante a gestação por medo de que ele prejudicasse o feto. Utilizando-se da metodologia qualitativa de enfoque histórico-estrutural, junto a um grupo de gestantes e mulheres que tiveram seus filhos no período de até seis meses (um grupo operacional de cinco gestantes e 13 entrevistas individuais), os autores procuraram abordar o valor atribuído à saúde bucal em seus aspectos culturais e sociais; a causalidade do processo saúde/doença bucal; a prática odontológica como forma de resposta à problemática de saúde bucal; e a cultura popular em saúde bucal e gestação. A análise dos dados demonstrou um vazio deixado à atenção em saúde bucal. A explicação para a não procura de atendimento odontológico durante a gravidez foi colocada num contexto bem mais complexo do que inicialmente os autores haviam imaginado. Este fato estaria assim, vinculado a aspectos da cultura popular e sua ambigüidade; da cultura científica e seus discursos; da prática odontológica hegemônica e do papel que desempenha

numa sociedade como a brasileira. A diferença nas percepções em saúde bucal entre profissionais e a população também foram percebidas. Nesse sentido reforçam a necessidade de se enfatizar educação em saúde e de se construir um novo modelo de prática, que venha ao encontro das expectativas da população e seja capaz de causar impacto nos indicadores de saúde.

Costa (2000) mapeou as representações sociais que permeiam a atenção odontológica à gestante durante a gravidez, do ponto de vista médico, odontológico e da própria gestante, em Natal (RN). A pesquisa do tipo quantitativa - qualitativa coletou dados entre grupos mistos de gestantes, médicos e dentistas (30 sujeitos de cada grupo), a partir da utilização da técnica de Grupo Focal e os analisou através da técnica da Análise de Associação Livre de Palavras e da Análise de Conteúdo. Quatro categorias emergiram do material analisado: as práticas de atendimento, os modos de tratamento, descrições sobre o atendimento e concepções sobre o atendimento. A autora constatou que: os dentistas constituem o grupo que tem mais preconceitos com relação ao tratamento odontológico no período gestacional e que sua maior preocupação é para com o atendimento clínico das gestantes; que os médicos têm uma preocupação mais premente com a prevenção; que todos os três grupos possuíam uma baixa expectativa quanto à educação no período pré-natal; que o atendimento odontológico gera mais imagens negativas do que positivas. Apontam-se como necessárias a atualização de conhecimentos e a integração entre os profissionais; o trabalho educativo em saúde bucal direcionado às gestantes para “desmistificar” a assistência odontológica durante a gestação, a reestruturação e institucionalização dessa assistência, com consultas atreladas às do pré-natal.

Silveira et al. (2001) buscaram apreender as representações sociais de gestantes HIV+, considerando seus contextos sociais e condições de saúde bucais, comparando-as com gestantes HIV-. Observaram, nos dois grupos, desinformação com relação ao processo saúde-doenças bucais, sendo a saúde bucal representada como fator de influência nas

relações sociais. O medo expresso foi relacionado ao dentista, à perda dos dentes anteriores, a ter mau hálito e no caso do grupo HIV+, medo de discriminação, de morrer e de contaminar o filho. Neste mesmo grupo foram evidenciados indicadores sociais e de condições de saúde bucal mais desfavoráveis. Os autores concluem que a dificuldade de acesso à educação em saúde bucal e ao acompanhamento odontológico profissional, bem como a prática cirúrgica, privilegiando a exodontia indiscriminada de dentes, contribuem para as representações sociais e para a saúde bucal das gestantes soropositivas para o HIV (SILVEIRA et al., 2001).

Diante do exposto, parece oportuno e fundamental identificar as representações sociais das gestantes de Florianópolis sobre as questões relacionadas à saúde bucal, como um requisito importante para uma assistência pré-natal mais completa que possa contribuir para a promoção de saúde nas famílias e na sociedade.

Como bem coloca Nuto (1999), o desconhecimento do universo popular de conhecimentos sobre saúde bucal, por parte dos profissionais de saúde e seus serviços, resulta em dificuldades de interação e diálogo entre os saberes, impossibilitando que programas de saúde bucal venham a ser elementos potencializadores da construção da cidadania. A aproximação da Odontologia dos estudos qualitativos é, portanto, urgentemente necessária. Então, vamos a ela!

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 Referencial teórico

Considerando-se a importância do marco teórico, enquanto estrutura que proporciona direção à pesquisa e que fundamenta a discussão dos resultados (NEVES, GONÇALVES, 1984; ALDERSON, 1998), a Teoria das Representações Sociais foi selecionada para este estudo, pela concordância com sua visão de mundo, seus valores e crenças e por ser adequada à explicação do senso comum, como no caso dos saberes de gestantes sobre saúde bucal.

Representação social (RS) é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Representações sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a. Enquanto material de estudo, essas percepções são consideradas consensualmente importantes, atravessando a história e as mais diferentes correntes de pensamento sobre o social (MINAYO, 1999).

O conceito de representação social ou coletiva nasceu na Sociologia e na Antropologia, por obra de Durkheim e de Lévi-Bruhl. “Nessas duas ciências, serviu de elemento decisivo para a elaboração de uma teoria da religião, da magia e do pensamento mítico”, em termos de conhecimentos inerentes à sociedade (MOSCOVICI, 1994, p.8).

Durkheim, através da discussão das “representações coletivas”, enfatizava a coerção do pensamento social sobre o individual, ou seja, considerava a realidade social como algo imposto aos indivíduos (GOMES, MENDONÇA, PONTES, 2002).

Moscovici (1961), psicólogo social romeno, radicado na França (BARCELOS,

NASCIMENTO-SCHULZE, 2002), partindo do conceito de representações da época, cria uma teoria das representações sociais com seu trabalho intitulado *La psychanalyse, son image et son public*, “a propósito do fenômeno da socialização da psicanálise, de sua apropriação pela população parisiense, do processo de sua transformação para servir a outros usos e funções sociais.” (SÁ, 1994, p.21).

Enquanto para Durkheim, as representações de origem individual têm registro psicológico e as representações de origem coletiva têm registro sociológico, para Moscovici, as representações são do tipo psicossociológico. De um lado, associam-se a como os indivíduos aprendem os fatos do cotidiano (na forma de conhecimentos espontâneos, ingênuos ou de senso comum); de outro, é um conhecimento socialmente elaborado e compartilhado (FARR, 1994; TEIXEIRA, 1999).

Moscovici (1981, p.1), explica a representação social como sendo:

[...] um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso de comunicações interindividuais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum.

Atualmente, o termo Representações Sociais designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los (SÁ, 1994).

As representações implicam, e ao mesmo tempo constroem, "saberes" sociais, que são formas de conhecimento que circulam na sociedade, que são parte da cultura erudita, científica e popular, que se misturam, se retro-alimentam mutuamente e se apresentam como recursos sociais para que uma comunidade possa dar sentido à sua realidade e conhecer o que está acontecendo (GUARESCHI, 1996).

Enquanto a ciência é o modo de conhecimento que corresponde aos universos reificados, bastante circunscritos por sua objetividade, rigor lógico e metodológico, teorização abstrata e pela compartimentalização em especialidades, as representações sociais

correspondem aos universos consensuais, que obedecem à outra lógica, a qual não conhece limites especializados e é menos sensível aos requisitos de objetividade do que a sentimentos compartilhados de plausibilidade. Com frequência, a matéria-prima para a construção da realidade consensual que são as representações sociais provém dos universos reificados (MOSCOVICI, 1981; SÁ, 1994).

Sobre esta mesclagem de conhecimentos que constituem as representações sociais, Moscovici (1978) chama atenção para o fato de que a propagação de uma ciência tem um caráter criador, mas que esse caráter não é reconhecido enquanto se fala em simplificação, distorção ou difusão de conhecimentos. A propagação de uma ciência ocorre através da socialização de uma disciplina em seu todo e não da vulgarização de algumas de suas partes. Esta socialização significa a formação de outro tipo de conhecimento, adaptado a outras necessidades em um contexto social determinado. Não reproduz um saber pertencente ao meio científico, mas o re-elabora segundo a sua própria conveniência e de acordo com os seus meios. Não se trata do contágio de idéias ou de informações que são observadas, mas do movimento no decorrer do qual as descobertas científicas são socializadas.

A passagem do nível da ciência ao das representações sociais implica uma descontinuidade e não uma variação do mais ao menos, conforme explica o fundador da teoria. Essa ruptura é exatamente a condição para a entrada de cada conhecimento científico na sociedade, onde todos se encontram, dotados de um novo status epistemológico. Os objetos representados mantêm marcas do molde científico, mas nem por isso deixam de ser diferentes e originais (MOSCOVICI, 1978).

O surgimento das representações sociais pode ser melhor compreendido ao se analisar os acontecimentos sucedidos com a linguagem verbal. Até o início do século XX...

[...] a linguagem verbal ordinária [...] pertencia conjuntamente ao senso comum e à ciência. Desde então, a linguagem não verbal, matemática e logística tomou o campo do conhecimento, substituindo palavras por símbolos, afirmações por equações. O mundo de nossa própria experiência,

nossa própria realidade, dividiu-se em dois, e as regras que se aplicam a nossa vida diária não tem nenhuma conexão visível com as que se aplicam no reino da ciência [...] A linguagem foi expelida da esfera da realidade "natural" e se resumiu à realidade histórica e convencional. Enquanto que a linguagem perdeu as suas ligações com a teoria, manteve suas ligações com a representação, sua única fortaleza remanescente [...] A função da linguagem mudou a ponto de estar ligada exclusivamente com nossa maneira cotidiana e ordinária de aquisição e comunicação do conhecimento. (MOSCOVICI, 1981, p.5).

É na conversação do dia-a-dia que a gênese das representações sociais ocorre, nas mesmas circunstâncias em que elas se manifestam. São influenciadas pelo movimento constante dos meios de comunicação social e pelas inter-relações pessoais. Dependem das convenções, das práticas sociais e da memória dos grupos para serem criadas. Estão enraizadas na realidade social e histórica da vida do grupo e ao mesmo tempo, contribuem para a construção dessa realidade (TEIXEIRA, 1999).

Moscovici (1978, p.26) afirma que um dado externo jamais é algo pronto. Ele deixa muita liberdade à atividade mental que se empenha em apreendê-lo. A linguagem aproveita-se disso para circunscrevê-lo, impregná-lo e projetá-lo em seu verdadeiro espaço que é simbólico e por isso, diz que “uma representação fala tanto quanto mostra e comunica tanto quanto exprime”. Acaba por produzir e determinar comportamentos, pois define os estímulos que provocam e o significado das respostas a dar-lhes.

Assim sendo, representações sociais são fenômenos que estão ligados com uma forma especial de se adquirir e comunicar conhecimento, uma forma dinâmica que cria realidades e senso comum, capaz de influenciar um agregado de relações e comportamentos que emergem e desaparecem juntos e com essas representações (MOSCOVICI, 1981).

Apesar de compartilhadas, as representações não implicam em uma unanimidade absoluta, mas são diversificadas (TEIXEIRA, 1999), pois expressam estratégias e experiências humanas, tanto particulares quanto universais. A produção e reprodução das representações sociais implicam pensar a produção de significados com base em um coletivo que interpreta os eventos do mundo vivido. Esse conjunto de intérpretes compartilha experiências e

ideologias, o que lhes dá identidade própria e interesses comuns (GOMES, MENDONÇA, PONTES, 2002)

A concepção de Homem que permeia a teoria das representações sociais (TRS) é a do homem social pensante, ativo, com capacidade de simbolizar, imaginar alternativas para resolver problemas, produzir sentidos e abstrair os elementos tipificadores, socialmente produzidos e compartilhados, relativos a objetos sociais relevantes (NASCIMENTO-SHULZE, 1996). O sujeito é considerado um ser integral, dotado de discernimento e o seu conhecimento, digno de respeito e fonte de reflexão. Tanto é que Moscovici (1981, p.4) afirma que:

Indivíduos e grupos são qualquer coisa menos receptores passivos. Eles pensam de forma autônoma, constantemente produzindo e comunicando representações. As pessoas [...] estão sempre fazendo colocações críticas, comentando e fermentando "filosofias" não-oficiais e espontâneas que tem uma influência decisiva sobre suas relações, escolhas [...] planos e assim por diante [...].

A finalidade das representações sociais consiste em explicar e compreender todos os objetos que são de interesse dos grupos e tornar familiar algo não-familiar, ou seja, representar socialmente nos cenários das conversações cotidianas todos os acontecimentos, tornando-os acessíveis a todos os indivíduos (TEIXEIRA, 1999). Desta maneira, "o estranho que atrai, intriga e perturba as pessoas e as comunidades, provocando nelas a perda dos referenciais habituais, do senso de continuidade e de compreensão mútua" (SÁ, 1994) é familiarizado, numa dinâmica em que objetos e eventos são reconhecidos com bases em encontros anteriores (LEME, 1993), deixando de ameaçá-las e fazendo com que se sintam participantes vivas da realidade socialmente construída.

Moscovici (1981) explica que as representações sociais são formadas por dois processos fundamentais e concomitantes:

A *ancoragem* é o processo que permite que algo desconhecido seja incorporado à nossa

própria rede de categorias, possibilitando compará-lo com o que se considera um membro típico desta categoria. Ao ser assimilado a um membro típico desta categoria, o objeto sendo representado assume suas características. Em outras palavras, ancorar significa classificar e rotular (nomear) o desconhecido. É o processo que permite a interpretação cognitiva do objeto representado dentro do sistema pré-existente de pensamentos e de categorias (MOSCOVICI, 1978; 1981).

Já a *objetivação* é o processo de materialização de uma entidade abstrata, ou seja, de transformação de uma percepção em um conceito, ou ainda, da naturalização de um conceito. Significa descobrir a qualidade icônica de uma idéia, reproduzindo-a numa imagem. A diferença entre esta imagem e a realidade é eliminada e assim, conceitos se tornam realidade, de tal modo que as idéias já não são percebidas como produtos da atividade intelectual, mas como reflexos de algo que existe no exterior (MOSCOVICI, 1978; 1981).

Ambos os processos são realizados com base na memória:

A ancoragem coloca a memória em moção, pois ela é dirigida para dentro e prossegue armazenando e buscando nas suas fronteiras coisas, pessoas e eventos que ela identifica como um protótipo ou reconhece atribuindo um nome a ele. A objetivação que tende a se dirigir para fora, deriva conceitos e imagens da memória a fim de combiná-los e reproduzi-los no mundo externo, para criar algo novo para que se o veja com o auxílio do que já foi visto. (MOSCOVICI, 1981, p.27).

É através da ancoragem e da objetivação que a estrutura de dupla natureza das representações sociais, conceptual e figurativa, é entendida. A formulação já tornada clássica no campo de estudos desta teoria, compara cada representação a duas faces indissociáveis, como a frente e o verso de um papel: a face figurativa e a face simbólica, o que faz compreender em toda figura um sentido e em todo sentido uma figura (MOSCOVICI, 1978; SÁ, 1994).

Nos dois processos formadores de representações sociais, o uso que os indivíduos

fazem da palavra desempenha uma função essencial. As palavras podem ser indicadoras importantes de representações sociais (TEIXEIRA, 1999), pois as conversações são os fenômenos sociais que permitem identificar de maneira concreta as representações e de trabalhar com elas, ao servirem como instrumento e como material (MOSCOVICI, 1994; MINAYO, 1999).

Repasadas de geração em geração, sendo dinamicamente construídas e reconstruídas, as representações são formadas na práxis cotidiana por três elementos básicos: o contexto (cenário onde as relações humanas se desenrolam), a linguagem (considerada a cena propriamente dita) e o código social do grupo, entendido como o aspecto cultural, os valores, as crenças, os mitos, as regras e as ideologias que norteiam o comportamento das pessoas e dos grupos sociais a que pertencem. Ao se observar as pessoas, o que pensam e dizem, sua percepção e opinião, localiza-se suas representações, como objeto de estudo (SPINK, 1993; SÁ, 1994).

“Somente vale a pena estudar uma representação social se ela estiver relativamente espalhada dentro da cultura em que o estudo é feito” (FARR, 1994, p.46) uma vez que as representações sempre estão enraizadas na realidade social e histórica da vida do grupo, ao mesmo tempo em que contribuem para a construção dessas realidades. Não são auto-explicativas, têm que ser explicadas a partir das condições sociais dos grupos que lhe deram origem, pois possuem sempre um condicionamento social e cultural (TEIXEIRA, 1999; GOMES, MENDONCA, PONTES, 2002). As representações são também constituídas de afeto, pois provêm de pessoas que pensam e sentem, que possuem motivações e intenções, que possuem identidade e vivem num mundo social (GUARESCHI, 1996).

Resumidamente, pode-se dizer que a proposta epistemológica da teoria das representações sociais considera que: a realidade é socialmente construída, o que indetermina os limites entre sujeito e objeto; que esta realidade construída se constitui no processo de interação/comunicação, através da linguagem; que as formas de conhecer

diferem mas se equivalem - o universo consensual e o reificado são duas diferentes formas de comunicação que cumprem cada um sua função, sendo intercomunicantes; que o sujeito é ativo e criativo, recorrendo ao seu acervo nocional mas também aos seus valores, interesses e projetos para traduzir a novidade que se apresenta; que nas sociedades complexas da atualidade, na era da informação e da velocidade das comunicações, a representação social é característica da organização do pensamento social; e que o "alguém que constrói" baseia sua construção num território simbólico que lhe dá o chão para a sua leitura do mundo, considerando-se a dimensão contextual da construção (ARRUDA, 2002).

Quarenta anos após a introdução da representação social na psicologia social, a teoria se encontra em difusão em diversas regiões do mundo (BARCELOS, NASCIMENTO-SCHULZE, 2002), com uma produção teórico-empírica que surpreende pela fertilidade da produção e pela diversidade de objetivos de pesquisa e de procedimentos utilizados para a coleta e análise dos dados, constituindo-se em um campo de estudos multidisciplinar (SPINK, 1993).

As representações sociais são amplamente utilizadas na pesquisa social em saúde (GOMES, MENDONCA, PONTES, 2002), talvez devido ao vínculo histórico entre as representações sociais e a área da saúde, pois foi em torno de questões relacionadas à saúde psíquica e física que a teoria foi formulada, abrindo espaço para pesquisas sobre as representações sociais da doença e do corpo, seguidas por diversas contribuições: representações sociais no tratamento social ou cultural das questões relacionadas à vida corporal, como por exemplo, na construção da doença, na definição de cuidados a serem tomados, tanto por profissionais, quanto de ajuda perante as limitações impostas pelas doenças, na relação entre o doente e o que dele cuida, nos espaços terapêuticos, na leitura feita pelos próprios pacientes dos cuidados recebidos etc. As representações sociais também vêm sendo abordadas em estudos que analisam as relações entre o conhecimento científico e o conhecimento popular e no papel que as concepções do senso comum exercem sobre a

apreensão de doenças (JODELET, 1998).

Assim, a densidade existencial intrínseca à área da saúde, a especificidade da articulação entre o conhecimento científico e os tradicionais e/ou divulgados pela mídia, favorecem a atualização de significações e de valores socialmente compartilhados, para os quais a teoria das representações sociais é particularmente apropriada. Os estudos realizados a partir da teoria das representações sociais têm sido capazes de explicar os comportamentos da população em questões relacionadas a higiene e cuidados e os limites da eficácia das campanhas educativas de orientação de condutas de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de observância dos tratamentos (JODELET, 1998).

Sendo a doença um evento que modifica a vida e o equilíbrio social do indivíduo, a saúde e a doença geram uma necessidade permanente de serem interpretadas no âmbito das conversações de todos os grupos sociais. A doença ultrapassa o saber médico, abrange também o saber do cotidiano leigo, o senso comum (PAIXÃO, 1986; MINAYO, 1999). Ela possui uma dimensão individual, presente nas experiências de adoecer, e outra social, refletida nas permanências culturais das representações (GOMES, MENDONÇA, PONTES, 2002).

Os profissionais da saúde nem sempre representam a saúde-doença como um processo histórico, social, comunicacional e ecológico. A prática clínica não permite identificar as diferenças qualitativas que a saúde-doença tem entre as diferentes classes sociais. Os profissionais precisam conhecer o entendimento leigo sobre a saúde e a doença para que as práticas sanitárias atendam às necessidades sentidas de saúde (TEIXEIRA, 1999).

Para tanto, é necessário que se abandone a postura do profissional autoritário e do pesquisador erudito, que se procure ouvir discursos concebidos em sintaxes diferentes, que se entenda a lógica da percepção que os indivíduos possuem acerca de sua problemática de saúde, confrontando-a com a lógica do discurso científico e erudito (BERND et al., 1992).

“Na construção histórica da saúde e da doença tanto são atores e autores, os

intelectuais e técnicos do setor como a população.” (MINAYO, 1999, p.194). Os trabalhadores da área que representam a saúde como um direito individual e coletivo rompem com a concepção centrada na biofisiologia individual. “Fazem da saúde uma meta a ser conquistada, como um bem que se adquire através dos conflitos e da luta de classe.” (MINAYO, 1999, p.196).

Os profissionais que saem de seus espaços habituais de trabalho, no caso dos cirurgiões-dentistas, de dentro de quatro paredes, e vão ao encontro do real vivido pela população e que o confrontam com a sua prática, olham para os horizontes de suas profissões, projetando “um novo horizonte de sociedade, em que os sujeitos que constroem o social se inter-relacionam numa perspectiva de viverem melhor com condições mais dignas e mais humanas.” (KERN, 1997, p.155). É este o profissional que a sociedade espera que seja preparado pela universidade, não apenas com um diploma na mão, mas com “qualificação para trabalhar com pessoas que se constroem na trama das relações sociais.” (KERN, 1997, p.156).

O odontólogo que se preocupa com essas questões é aquele que atua com a convicção, não na perspectiva tradicional tecnicista, mas na humanística, colocando o seu “conhecimento a serviço da liberdade e do crescimento da humanidade.” (KERN, 1997, p.166). Para tanto, precisa entrar em contato com as reais condições de vida e de saúde da comunidade, de forma que desenvolva um sentimento de responsabilidade social, enquanto profissional da saúde. Deve estabelecer uma relação de diálogo, de troca de conhecimentos entre profissionais e população, favorecendo sua mobilização para reivindicar melhores condições de vida e de saúde. Deve incentivar a participação popular como um caminho para a solução dos problemas de saúde e considerar que a inserção dos problemas de educação sanitária nos problemas mais amplos da população pode operacionalizar as mudanças desejadas (PAIXÃO, 1986).

A concepção tradicional de educação baseada na transmissão do saber, onde os

indivíduos são objetos da prática educativa, considerados meros receptores de conhecimentos, deve ser substituída pelos profissionais que possuem outra concepção educativa, na qual as pessoas são entendidas como “unidades bio-psicossociais, dotadas de saberes, valores e condutas que são historicamente determinados e mediatizados por uma dimensão cultural.” (BERND et al., 1992, p.34).

Uma ação de saúde pode tornar-se ineficaz quando nem sequer se conhece o que pensam as pessoas ao nível de representação e quais são as informações que têm sobre sua saúde ou doença. A teoria das representações sociais pode contribuir para a identificação dessas necessidades, ao apreendê-las a partir das representações que os grupos constroem e compartilham. Além disto, a noção de representação social pode oferecer às práticas de saúde algumas contribuições, tais como abandonar a visão do processo educativo em saúde, acima descrito, como um simples processo de transmissão de informações e retomar o papel de conhecimento cotidiano no encontro do profissional e da população, ou seja, do conhecimento científico e do senso comum (TEIXEIRA, 1999).

O conhecimento do senso comum não precisa, necessariamente, ser considerado verdade absoluta, assim como não o são os conhecimentos científicos, mas devem ser considerados quando se pretende construir modos de trabalho capazes de se reverter em reais benefícios para a população (BERND et al., 1992).

Perante a importância das representações sociais na construção da realidade social, nos relacionamentos inter-pessoais e nos comportamentos, pode-se inferir que compreendê-las trará subsídios para que as políticas e ações em saúde possam contemplar mais os sujeitos para os quais se direcionam (GOMES, MENDONÇA, PONTES, 2002), haja vista que as representações sociais podem ser utilizadas como matéria-prima para a análise do social e para a ação pedagógico-política de transformação (MINAYO, 1999). Pois como bem se reconhece "as representações sociais são condições das práticas e as práticas são agentes de transformação das representações." (FUREGATO, OGATA, VIEIRA, 2002, p.115).

Por todo o exposto, encontrou-se na teoria das representações sociais o suporte científico procurado, enquanto referencial teórico-metodológico, adequado à busca da compreensão das concepções cotidianas de gestantes relacionadas à saúde bucal. Espera-se com isso, contribuir para um processo contínuo de reflexão na Odontologia, que seja capaz de embasar um novo discurso que consubstancie uma nova prática,

[...] discurso este onde o saber científico e o saber popular mesclam-se numa unidade dialética e que a verdade da ciência e da vida rompam as enormes barreiras que as separam, viabilizando a construção de alternativas técnico-políticas para um real enfrentamento da questão da saúde bucal [...] (BERND et al., 1992, p.34).

2.2 Procedimentos metodológicos

A presente pesquisa teve seu projeto submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, tendo sido aprovado em 24 de fevereiro de 2003 (Apêndice A).

2.2.1 Os sujeitos participantes

Considerando que em toda representação social ocorre um processo de elaboração cognitiva e simbólica que orienta os comportamentos (TEIXEIRA, 1999) ou como postulou (MOSCOVICI, 1981), que representações sociais são formas dinâmicas de conhecimento, capazes de influenciar um agregado de relações e comportamentos, e também considerando que as gestantes serão pessoas importantes na transmissão e construção de comportamentos

de promoção da saúde bucal para seus futuros filhos, este foi o grupo eleito para o desenvolvimento da presente pesquisa.

Por possuírem um condicionamento social, as representações sociais devem ser compreendidas e explicadas a partir das condições sociais dos grupos que as constroem e compartilham (TEIXEIRA, 1999). Por esta razão, considerou-se importante conhecer as representações de gestantes das diferentes classes sociais que participam da constituição do senso comum.

As 12 gestantes convidadas a participarem desta pesquisa, foram encontradas através de dois locais de serviços de saúde pré-natais em Florianópolis: um público - o ambulatório de pré-natal do Hospital Universitário da UFSC e o outro, privado - a Clínica Materno-Fetal, no centro da capital, conseguindo-se, dessa forma, incluir no estudo gestantes de diferentes classes sociais, constituintes do senso comum. A permissão para que a pesquisadora estivesse presente nesses locais, solicitando a participação de gestantes e/ou obtendo seus telefones para entrar em contato, foi solicitada por escrito, após contato inicial com os responsáveis por ambas as instituições, quando a pesquisa lhes foi apresentada (APÊNDICE B).

Diante da dificuldade de definir e operacionalizar o conceito de classe social na sociedade brasileira atual (ARAÚJO, 1991), algumas variáveis que caracterizam grupos sociais foram coletadas (dados de identificação - APÊNDICE C) conjuntamente com o "Critério de Classificação Econômica Brasil" (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA, 1996). Esta classificação estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, segmentando a população em classes econômicas: A, B, C, D e E. Tal estimativa é realizada através de uma pontuação relativa à posse de itens (eletrodomésticos, banheiros, empregados mensalistas etc) e ao grau de instrução da pessoa que chefia a família na casa onde a gestante efetivamente vive. O quadro 1 relaciona as classes econômicas ao total da população brasileira que delas participa e à renda média familiar.

Classe	Total da população brasileira (%)	Renda média familiar (R\$)
A1	1	7.793,00
A2	5	4.648,00
B1	9	2.804,00
B2	14	1.669,00
C	36	927,00
D	31	424,00
E	4	207,00

Quadro 1 - Cortes do "Critério Brasil" Fonte: ANEP.

Os critérios adotados para a seleção das gestantes que participaram do estudo incluíam: sua *concordância e disposição* em participar do estudo, vista a importância da espontaneidade para uma adequada coleta de dados; possuir *entre 20 e 30 anos de idade*, por imaginar que diferentes gerações representem saúde bucal diferentemente, haja vista as modificações ocorridas na prática odontológica nas últimas décadas; *estar no sexto mês de gestação ou além*, por acreditar-se que neste período, aspectos de ordem prática e psicológica da gestação já tenham sido vivenciados, tais como a presença da "barriga", os movimentos do feto, a assimilação do "estar grávida", as consultas de pré-natal etc; ser *nulípara*, pois as experiências em relação à saúde bucal vivenciadas com um filho anterior poderiam interferir nas representações das gestantes; e possuir uma *gestação com desenvolvimento normal*, já que gestantes de alto risco poderiam ter sua atenção focada em outros aspectos da saúde de seus filhos, podendo ser inconveniente abordá-las.

2.2.2 A coleta dos dados

Para se ter acesso ao material empírico – as representações sociais de gestantes, este estudo de caráter exploratório-descritivo, utilizou a abordagem qualitativa de pesquisa, por

ser uma metodologia capaz de propiciar um conhecimento aprofundado sobre eventos, possibilitando a explicação de comportamentos (VÍCTORA, KNAUTH, HASSEN, 2000). A abordagem qualitativa se afirma no campo da subjetividade e do simbolismo, tendo a palavra como o seu material primordial de investigação. A análise das palavras e das situações expressas por informantes personalizados não permanece nos significados individuais, mas nos significados compartilhados por grupos sociais (MINAYO, SANCHEZ, 1993).

Entendendo a palavra como o símbolo da comunicação por excelência (MINAYO, 1999), a entrevista se torna um instrumento privilegiado para a coleta de informações em pesquisas qualitativas (SPINK, 1993). Em especial, a entrevista do tipo semi-estruturada é considerada uma das melhores, pois valoriza a presença do investigador e oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a pesquisa. As perguntas nesse tipo de entrevista nascem não só da teoria que alimenta a ação do pesquisador, mas também de toda a informação que ele já colheu sobre o fenômeno social que lhe interessa (TRIVIÑOS, 1997), neste caso, as representações sociais das gestantes.

Pelas razões expostas, o método para a coleta de dados escolhido para esta pesquisa foi o da entrevista semi-estruturada, cujo roteiro de perguntas (instrumento) encontra-se no APÊNDICE C.

Para garantir o rigor metodológico e a conseqüente qualidade da pesquisa, o instrumento empregado foi submetido à avaliação de dois especialistas e, posteriormente, foi testado com uma gestante, sendo que não foi sentida a necessidade de ser alterado. A pesquisadora procurou alcançar o máximo de fidedignidade possível, através do uso de um gravador eletrônico em todas as entrevistas e pela sua transcrição imediata, realizada pela própria pesquisadora. Falas dúbias ou de difícil interpretação, poderiam ser consultadas com as gestantes, através de contato telefônico, mas em nenhum momento tal recurso se fez necessário.

Considerando-se os aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos (resolução 196/96/CNS), as gestantes foram informadas sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa, inclusive sobre o uso do gravador eletrônico, e em seguida, convidadas a participar. A pesquisadora procurou desenvolver, já nesse primeiro contato, todos os elementos humanos que permitissem um “clima de simpatia, confiança, de lealdade e harmonia” entre entrevistadora e entrevistada, como sugere Triviños (1987, p.149).

Perante a concordância das gestantes, a entrevista ou o seu agendamento para um momento mais oportuno foi precedido da leitura e da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conforme consta no APÊNDICE D. As gestantes que se disponibilizaram a participar receberam uma cópia do termo que aprovaram, contendo os telefones de contato da pesquisadora. Suas identidades foram resguardadas, sendo substituídas pelo número que identifica a seqüência das entrevistas realizadas.

As gestantes foram entrevistadas nos meses de março a maio do corrente ano. As entrevistas aconteceram em um dos consultórios do ambulatório de pré-natal do HU, nas casas das gestantes e em outros locais por elas escolhidos/aceitos, tendo os ambientes para as entrevistas, como requisitos, permitir privacidade e ser silencioso, possibilitando a gravação das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada em um único encontro. A pesquisadora procurou levantar os temas principais através de perguntas iniciais, esperando que as gestantes abordassem espontaneamente os sub-temas, conduzindo-as a eles, quando necessário. A recomendação de Triviños (1987, p.147), em relação à duração da entrevista, de ser flexível, evitar ir além de 30 minutos para que não se torne repetitiva, empobrecendo o conteúdo, foi seguida e demonstrou ser exatamente o tempo necessário e suficiente para a entrevista da maioria das gestantes.

“A amostragem qualitativa necessita de um número suficiente de sujeitos para permitir certa reincidência de informações, apesar de não desprezar informações ímpares

cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta.” (MINAYO, 1999, p.102). Ao final da décima-segunda entrevista, o critério de saturação foi considerado satisfeito, perfazendo o material coletado, o total de 12 entrevistas.

2.2.3 Ancoragem e objetificação dos dados obtidos

Inspirando-se em Minayo (1999) e em Trentini e Paim (1999) a análise dos dados foi realizada através dos seguintes processos:

Processo de ordenação dos dados – incluiu a transcrição das entrevistas, a leitura do material e organização dos relatos na seqüência em que foram sendo obtidos.

Processo de categorização inicial – as entrevistas transcritas foram reformatadas, deixando-se na lateral das páginas, 1/3 em branco. Uma releitura exaustiva e repetitiva dos textos, proporcionando seu questionamento, permitiu apreender as estruturas de relevância e as idéias centrais das entrevistas, que foram sendo registrados como pré-categorias, ou seja, palavras-chave que expressavam o conteúdo das frases e parágrafos. Estas categorias iniciais ajudaram a separar os parágrafos em que cada gestante se expressou sobre determinado assunto, refletindo o principal enfoque de cada momento da entrevista.

Processo de reordenação dos dados empíricos - feita a categorização inicial de todas as entrevistas, as pré-categorias foram graficamente diferenciadas (por cores), sendo as mais significativas agrupadas em subcategorias, a partir das entrevistas das várias gestantes, formando novos documentos que permitiram uma leitura vertical e transversal de cada subcategoria.

As 14 subcategorias resultantes consistiram em um conjunto de expressões com características similares ou que possuíam estreita relação de complementariedade entre si.

Elas tratavam sobre: o *perfil das entrevistadas*, a *procura por tratamento odontológico*, o *início do tratamento*, as *influências no aprendizado de saúde bucal*, os *conteúdos apreendidos*, os *autocuidados*, os *conceitos e valores de saúde bucal*, a *gestação versus o tratamento odontológico*, a *necessidade de informações profissionais*, a *relação entre a saúde da gestante e a do bebê*, a *responsabilidade*, os *desejos* e os *cuidados com a saúde do filho*, além de *outras questões*.

As subcategorias foram então reagrupadas em quatro categorias - o *perfil das gestantes*, as *representações sociais sobre a sua saúde bucal*, as *representações sociais sobre a relação entre gestação e Odontologia* e as *representações sociais sobre a saúde do futuro filho* - concatenando-se numa lógica unificadora. Os resultados relacionados a essas categorias e sua discussão são apresentados no capítulo seguinte, nos itens **3.1**, **3.2**, **3.3** e **3.4**, respectivamente.

Processo de análise final - os dados obtidos foram articulados com o marco referencial, buscando-se responder à questão de pesquisa com base nos objetivos estabelecidos. A discussão dos resultados procurou proporcionar uma reflexão sobre a assistência odontológica materno-infantil, tendo sido dirigida para uma vinculação estratégica com a realidade, de forma a possibilitar pistas e indicações que possam servir de fundamento para propostas de planejamento de ações/modificações que favoreçam a promoção da saúde bucal.

3 AS GESTANTES E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

3.1 Conhecendo as gestantes entrevistadas

Os critérios estabelecidos para a seleção das gestantes, apesar de necessários, dificultaram a operacionalização da pesquisa. A coincidência de critérios de seleção aliada ao pequeno número de gestantes atendidas diariamente nos locais escolhidos para encontrá-las e ao curto prazo de tempo para a coleta de dados, fizeram com que esses critérios de idade e período gestacional fossem reavaliados e flexibilizados, durante a seleção das gestantes. Em nenhum momento essas modificações pareceram prejudicar a qualidade dos dados obtidos, especialmente ao se considerar que a disposição em colaborar por parte de todas as gestantes selecionadas, foi o fator que tornou as entrevistas concedidas mais ricas em termos de conteúdo.

As 12 gestantes entrevistadas possuíam entre 18 e 33 anos, sendo a idade média 24,6 anos. As características que compõem o perfil destas gestantes estão objetivamente apresentadas no quadro da próxima página, dispostas na seqüência em que foram entrevistadas.

Em relação à situação conjugal das gestantes, elas se dividiam em solteiras (4), morando junto com o pai do futuro filho (4) e casadas (4). Assim sendo, pode-se considerar que a maioria das entrevistadas vive acompanhada do pai de seu futuro filho.

O nível de escolaridade das gestantes dividiu-se em: até o 2º grau incompleto (5 gestantes), com o 2º grau completo e o 3º grau incompleto - desistências por razões financeiras - (5 gestantes) e com a formação universitária completa (2 gestantes, sendo uma delas pós-graduada).

Gestante	Local de pré-natal	Idade	Mês gestacional	Situação conjugal	Nível de escolaridade	Profissão/Ocupação	Classificação ANEP	Tratamento odontológico
1	HU	22	8°	Solteira	2º grau completo	Auxiliar de consultório	B2	Privado
2	HU	18	7°	Solteira	1º grau completo	Nenhuma	C	Privado
3	HU	21	8°	Morando juntos	1º grau incompleto	Serviços gerais	C	Privado
4	HU	23	9°	Morando juntos	2º grau incompleto	Vendedora	C	Misto
5	Particular	23	7°	Solteira	3º grau incompleto	Secretária	A2	Privado
6	HU	26	6°	Morando juntos	2º grau completo	Auxiliar de produção	C	Público
7	HU	28	4°	Morando juntos	2º grau completo	Caixa de supermercado	A2	Misto
8	Particular	30	4°	Casada	3º grau incompleto	Comissária de bordo	A2	Privado
9	Particular	33	8°	Casada	2º grau completo	Colorista em salão de beleza	B1	Privado
10	Particular	28	8°	Casada	3º grau completo	Biblioteconomista	B2	Privado
11	Particular	29	8°	Casada	Pós-graduação	Professora universitária	B1	Privado
12	Particular	25	9°	Solteira	2º grau incompleto	Secretária	B2	Privado

Quadro 2 - Características do perfil das gestantes

A profissão ou ocupação exercida pelas entrevistadas incluiu uma variedade de serviços, indo dos mais gerais aos técnicos e de nível superior. Apenas uma gestante, a mais jovem, relatou nunca ter trabalhado fora de casa.

Essa diversidade de ocupações é coerente com a também diversa situação econômica das famílias das gestantes, identificada através do preenchimento do “Critério de Classificação Econômica Brasil” (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA, 1996), explicado no capítulo anterior.

As gestantes entrevistadas agrupavam-se nas classes A2 (3 gestantes), B1 (2 gestantes), B2 (3 gestantes) e C (4 gestantes), sendo que nenhuma delas foi classificada como pertencente às classes mais extremas – A1, D e E. Apesar da classificação sócio-econômica não ter sido um dos critérios de seleção para este estudo, a entrevista de gestantes de diferentes classes econômicas era desejada, tendo em vista que as representações sociais que se queriam apreender são construídas na realidade, na vida cotidiana e, portanto,

influenciadas também pelo modo de vida das pessoas, que guarda uma relação direta com a classe econômica.

Às gestantes também foi questionada a renda familiar aproximada. Contudo, como se imaginava, algumas gestantes tiveram dificuldade em responder esta questão, especialmente aquelas cuja renda familiar incluía a renda de parentes com os quais moravam juntos, tal como os pais ou sogros. De um modo geral, pode-se dizer, a partir das respostas obtidas, relativas a essa questão, que as rendas informadas se incluíam de maneira aproximada à renda estimada pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (1996), conforme o quadro 1, já apresentado no item **2.2.1**.

O acesso aos serviços de saúde odontológicos também foi questionado. Todas as gestantes que foram localizadas através da clínica de exames pré-natais particular freqüentavam consultórios também particulares para o atendimento odontológico. As gestantes entrevistadas que eram atendidas no ambulatório de pré-natal do HU, ou seja, que contam com a assistência médica do SUS, relataram buscar com mais freqüência a assistência odontológica privada: três delas exclusivamente, duas de forma mista, indo às vezes nos centros de saúde do SUS, outras vezes em consultórios particulares e apenas uma de forma exclusiva em posto de saúde. Uma dessas gestantes relata, em relação ao atendimento odontológico no posto:

[...] nunca consulte ali [...] nem sei como que é, como funciona. (gestante 4).

O relato de outra gestante nos dá a idéia da falta de rumo das pessoas em busca de tratamento odontológico:

Eu comecei a fazer no INPS e aí, do INPS passei um tempo fazendo aqui na universidade. Aí depois dali, eu fiz particular com o Dr. Fulano [...] e aí depois fiquei um tempo sem fazer. Aí depois retornei com o Dr. Beltrano [...] aí particular. Aí depois fui no SESC [...] (gestante 7).

Esse e outros relatos sugeriram que as gestantes sabem que existe atendimento

odontológico gratuito nos centros de saúde municipais, mas que algumas nem o consideram. A falta, ainda que não absoluta, de assistência odontológica pública, resolutiva e de boa qualidade, já constitui uma representação social, ou seja, já é um conhecimento socialmente construído e compartilhado, como exprimem as falas abaixo:

No posto não dá pra gente ir, né? (gestante 5).

É sempre particular, dificilmente tu consegues um dentista... [do SUS]. (gestante 10).

Outras gestantes, as que sentem maior necessidade de atendimento gratuito, buscam o atendimento no posto, mas conhecem de perto seus problemas: a grande demanda que gera longas esperas e a limitação nos tipos de procedimentos disponibilizados (MARTINS, 1993; 1999; NUTO, 1999).

[...] não tinha condições e pelo posto de saúde ia demorando muito, demorando... Eu trabalhando não tinha tempo de ir, de ir até o posto pra marcar uma consulta. Todo mundo fala: 'é, demora muito, demora muito no posto', então foi passando, passando e eu não fui mais. (gestante 6).

Vamos ver se eu consigo um posto... e... outros [procedimentos] têm que ser particular, não tem no posto... (gestante 3).

Em relação à limitação dos serviços odontológicos oferecidos, Ferreira (2002) discute a oferta de serviços numa dimensão estritamente biológica, sendo que nem mesmo estes são completamente atendidos por defasagem no planejamento e orçamentação. Ou seja, a limitação parece ser tanto quantitativa como qualitativa.

Não podendo contar com o atendimento nos postos, as gestantes recorrem aos consultórios particulares, esbarrando em seus custos, altos para a maioria da sociedade brasileira.

[...] como é particular, aí eu dei uma... segurada [...] (gestante 12).

[...] no meio do trabalho, no meio dos amigos, o pessoal às vezes, conversando né, sobre dentistas, essas coisas, o pessoal fala de preço de tratamento dentário hoje em dia que é bem alto [...] (gestante 10).

Martins (1993; 1999) também percebeu que o serviço de saúde bucal mais utilizado por seus entrevistados, moradores da periferia de Belo Horizonte (MG), estava no setor privado, as chamadas “clínicas populares” que oferecem serviços a baixos custos e com formas facilitadas de pagamento. Apesar de todas as críticas a qualidade deste tipo de serviço, estas clínicas têm sua importância reconhecida na assistência odontológica prestada às classes populares, à medida que fazem o contraponto com a grande dificuldade para se conseguir atendimento no SUS.

Sobre esta dificuldade de acesso aos serviços de Odontologia, restrito na prática para uma grande parte da população brasileira, Narvai (2002, p.19) comenta:

Insuficiente para gerar pressões significativas sobre o poder público, a problemática da saúde bucal é, para os que podem arcar com seus custos, equacionada no âmbito do mercado; para aqueles aos quais tais custos tornam proibitivo o acesso aos consultórios, essa problemática resta como questão secundária incapaz de, isoladamente, motivar a mobilização de pessoas e se tornar objeto de reivindicação socialmente expressiva.

Conforme Nuto (1999) tal situação retrata a dominação dos serviços de saúde, dos quais as pessoas não têm o direito de reclamar, nem de achar que o serviço está atendendo mal.

Martins (1999) acrescenta a essa problemática realidade, o caráter de dominação também por parte dos profissionais e o de submissão por parte dos pacientes. Resolve-se o problema imediato da dor de dente, mas as circunstâncias em que isso ocorre têm sido insuficientes para promover uma mudança de comportamentos em relação ao autocuidado com a saúde bucal e a sua valorização enquanto direito à saúde.

Segundo a estimativa da Fundação IBGE, em 1998, cerca de um quinto da população brasileira nunca consultou um dentista, o que equivale a quase 30 milhões de pessoas (INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1998). Outras estimativas dão conta de que o Brasil concentrava 11% dos dentistas de todo o mundo, em meados da década

de 90 e que mesmo assim, apenas 5% da população ia ao dentista regularmente e 15%, irregularmente, uma vez que cerca de 70% dos serviços odontológicos produzidos no país são financiados em âmbito privado (NARVAI, 1999).

Porém, estes números expressivos só conseguem dimensionar verdadeiramente o problema da saúde bucal no Brasil, quando associados à avaliação qualitativa dos serviços públicos, eminentemente cirúrgicos, com a realização de extrações em massa, em geral, dos 30 anos de idade em diante, produzindo historicamente uma população de desdentados (NUTO, 1999; PINTO, 1999). “Parece que, apesar do desenvolvimento do conhecimento e da técnica odontológica, para as classes populares, até o hoje, o contato com a prática de saúde bucal tem sido através dos tira-dentes.” (MARTINS, 1999, p. 8).

Percebe-se assim, que o acesso ao tratamento odontológico, se público ou privado, não mais consegue caracterizar o perfil dos usuários, vista o desamparo que sofrem por parte do sistema de saúde público que ainda mantém vigente um modelo de assistência odontológica ineficaz: o do paradigma cirúrgico-restaurador. Parafraseando Narvai (1999, p.449), “há concordância num ponto: a prática precisa mudar e isso exige mudanças, quantitativas e qualitativas, no sujeito do trabalho odontológico”.

3.2 Odontologia na vida cotidiana

3.2.1 Dentista para quando se precisa

Diante do contexto colocado, resulta que o atendimento procurado/recebido acaba sendo limitado a situações pontuais: consultas emergenciais ou de revisões quando algum problema é sentido/detectado pela própria paciente. Quando inquiridas sobre as situações

nas quais buscam o auxílio do cirurgião-dentista, as gestantes responderam:

Ah, só quando eu vejo que tem alguma coisa, né? Quando tá com cárie, tá muito amarelo, uma coisa assim. (gestante 4).

Começa a aparecer a dor, daí vai. Tu não suporta, né? Aí vai. É mais ou menos assim que acontece. (gestante 10).

Quando eu vejo que tá doendo alguma coisa, que tem... tem uma cárie, alguma coisa que tá me incomodando na gengiva [...], daí a gente procura mais, né? Fora isso não... não é muito, só aí quando já tem a consulta marcada, eu vou, dou uma olhada pra ver se tem... faço uma limpeza... alguma coisa assim. (gestante 6).

Tem umas restaurações nos dentes da frente que tá, já tão feias, entendeu? Então aí eu vou! (gestante 7).

A razão enfaticamente apontada pela maioria das gestantes para procurar o atendimento odontológico foi a necessidade percebida, que incluiu basicamente a dor e os problemas estéticos.

Costa (2000) em seu estudo de representações sociais do tratamento odontológico de gestantes, também verificou que a representação da atenção odontológica está ancorada na dor, mas não apenas por gestantes, como também por médicos e dentistas.

Albuquerque e Rodrigues (2001) também apontam a dor, forte e contínua, como o que impulsiona as gestantes que participaram de seu estudo a procurar o dentista, assim como os achados de Ferreira (2002).

Nuto (1999) também está de acordo, mas acrescenta que, para a população que entrevistou no interior do Ceará, além da dor intensa é necessário coragem para superar o medo e o pavor de procurar o serviço para a realização de um procedimento odontológico, representado por eles como tortura.

O controle da saúde bucal, com o intuito de se promover a saúde do indivíduo e prevenir doenças não emergiu do conteúdo das falas. No máximo, o controle da saúde bucal foi entendido como uma “manutenção” da higiene e uma “supervisão” profissional com o objetivo de se detectar problemas incipientes, como exemplificam as falas abaixo:

O certo mesmo era manter sempre uma visita, pra ver como é que tá. (gestante 10).

[...] a gente tem a necessidade de sempre ir ao dentista, porque às vezes a gente não tá vendo, mas tem uma cárie lá escondida, entende? Então é só porque eu sei que todo ano tem que ir no dentista. Uma limpeza, uma coisa assim. (gestante 9).

[...] eu vou a cada seis meses. Tem que ir, né? Porque depois quando a gente chega lá tem um canal, aquela dor horrorosa [risos], além do custo... (gestante 8).

A periodicidade dos retornos ao consultório odontológico estava “na ponta da língua” de quase todas as entrevistadas. Historicamente, o discurso da Odontologia, difundido e reforçado pela mídia, enfatizava: “visite o seu dentista regularmente” ou “visite o seu dentista a cada seis meses”. Do universo reificado para o consensual, o conteúdo foi assimilado através das representações sociais e ecoou nas frases ditas pelas gestantes ao responderem quando buscaram o tratamento odontológico:

[...] de seis em seis meses ou quando for necessário... (gestante 1).

[...] de seis em seis meses tu tem que retornar ao dentista, é o que eles sempre recomendam. Mas só que a gente nunca... (gestante 7).

[...] eu sei que o certo é de seis em seis meses a gente fazer alguma vistoria, né? só que acabo relaxando, o jeito brasileiro, vou deixando, aí quando eu sinto alguma coisa eu vou. (gestante 11).

O que se percebe com as respostas acima, é que mesmo possuindo o conhecimento originado no meio científico – a periodicidade recomendada (sem que se entre no mérito da questão), as gestantes não o seguem. Justificam tal fato com alguns argumentos:

É difícil a pessoa que siga essas regras... correta. Eu mesma sou desnaturada pra essas coisas, imagina! (gestante 7).

Talvez seja uma série de fatores: a questão de não ter tempo, a questão também do financeiro muitas vezes [...] Por mais que saiba que é importante, que tenha que ir, tu vai sempre deixando. E também porque eu nunca fui muito... como é que eu vou dizer... sempre tive medo da anestesia, aquela coisa toda. Então a gente sempre dá uma desculpinha, enquanto não sente dor, não procura. E aí, esses fatores todos acabam influenciando. (gestante 10).

É aonde eu vou, né? Quando eu posso pagar para arrumar... (gestante 3).

Por que as pessoas se consideram “desnaturadas”, “relaxadas” para ir a busca do tratamento odontológico? Por que afirmam que não lhes sobra tempo para ir ao dentista? Por

que vão sempre deixando para depois, até que a dor faça imperativa a corrida atrás de auxílio? O complicado acesso ao tratamento odontológico público, com as dificuldades de marcação de consultas e esperas prolongadas interferindo no cotidiano, constitui-se parte desta complexa explicação (BERND et al., 1992; NUTO, 1999; COSTA, 2000).

Conforme Martins (1993; 1999), este aparente desligamento da prevenção e a espera até o último minuto para procurar uma solução podem ser justificados nas coerções cotidianas e econômicas que dificultam ou quase impedem o acesso aos serviços de saúde odontológicos.

Ao mesmo tempo, as representações sociais relacionadas ao tratamento odontológico e ao cirurgião-dentista também contribuem para essa situação. Bernd et al. (1992) e Cruz et al. (1997) relatam que a percepção sobre a prática odontológica inclui de forma marcante o medo do dentista e das situações de atendimento odontológico, associadas à dor, ao instrumental, aos procedimentos e ao próprio profissional e sua equipe.

Nuto (1999, p.10) também relata atitudes de medo e pavor na ida ao dentista (“medo igual ao da morte”) e na espera pelo atendimento (“espera pela tortura”).

Martins (1993; 1999) comenta que também entre os seus relatos colhidos apareciam constantemente, características negativas como dor, medo, desconforto, brutalidade, falta de educação, falta de trato para lidar com o paciente, sendo a maior queixa relacionada à forma como o ato técnico da extração dentária é executado.

Desse modo, a prática odontológica hegemônica se reflete em experiências bastantes desagradáveis, especialmente quando os profissionais introjetam uma postura autoritária, por serem os detentores do saber científico e, portanto, pessoas diferenciadas socialmente, desconsiderando a carga emocional, as atitudes e medos presentes em tais atendimentos (BERND et al., 1992; NUTO, 1999). Assim, as dificuldades para a ida ao dentista também se situam em um nível interno, subjetivo, que diz respeito aos medos, traumas e fantasias (BERND et al., 1992).

Torna-se evidente o porquê do acolhimento, atenção, paciência e capacidade de comunicação do dentista, serem citados como os principais elementos de qualificação do atendimento e do dentista ideal (CRUZ et al. 1997; NUTO, 1999).

Sobre a imagem do cirurgião-dentista, Cruz et al. (1997, p.311) verificou uma clara dissociação entre as representações do dentista dos entrevistados e dos dentistas em geral. Estes são representados de forma semelhante àquela vinculada pela mídia, por uma imagem bastante negativa, “sendo caracterizados como estúpidos, cruéis e incompetentes, enquanto seus próprios dentistas, graças à sorte dos pacientes (segundo seus próprios relatos), são compreensivos, amigos, delicados, dentre outros”.

Gerbert, Bleecker e Saub (1994) obtiveram resultados semelhantes ao pesquisarem entre 4.061 pacientes de consultórios privados americanos, o que pensam sobre seus dentistas. Do total de entrevistados, 87% estavam muito satisfeitos com seus profissionais e 98% pretendiam continuar se tratando com o dentista atual. Para estes indivíduos, as competências profissionais e as qualidades humanas receberam igual valor na construção do dentista ideal. Os autores também observaram que os pacientes acreditam que seus dentistas são melhores do que os demais e sugerem que este fato pode ser devido à imagem do cirurgião-dentista na mídia, apresentado como um sádico.

3.2.2 Relembrando as primeiras experiências

As gestantes, majoritariamente, relataram ter ido ao dentista pela primeira vez, ainda na infância, apesar de algumas terem sido encaminhadas para o tratamento odontológico mais tardiamente, entre 10 e 14 anos de idade:

Eu lembro que desde criança eu vou no dentista. (gestante 4).

Sempre tratei dos meus dentes, desde criança. (gestante 2).

Eu comecei desde que eu tinha 13 anos de idade. (gestante 7).

Algumas gestantes, quando questionadas sobre o início de seu tratamento odontológico, espontaneamente mencionaram suas experiências iniciais, de um modo geral, vinculadas a uma recordação/sentimento negativos:

Ah, acho que uns doze anos, né? Tinha o dente muito cariado, não tinha como arrumar, aí tive que arrancar. (gestante 3).

Eu sei que eu tenho uma lembrança não muito boa dos meus 7 anos que eu fui [...] pro dentista e ele, como era criança, ele disse 'se caso começar a doer tu levanta a mão pra parar' e isso aconteceu e ele não parou, isso eu lembro. (gestante 10).

[...] sempre minha mãe me levava ao dentista! É legal aquela coisa de decoração, ganhava aquele livro na saída... tudo enfeitadinho, bonitinho. Era uma coisa bem atrativa, mas mesmo assim era o medo, né? Aquele tiozinho lá de branco, com a máscara no rosto, sabe aquela coisa? A gente fica meio estranha. Ele chega assim e 'abre a boca!' Parece que fica muito vulnerável, assim! (gestante 8).

Esse sentimento negativo relacionado ao tratamento odontológico parece se mater presente na vida de muitas pessoas e certamente é influenciado pelas representações sociais do cirurgião-dentista e do tratamento odontológico:

[...] a gente chega tensa. Lógico que eu não vou lá do mesmo jeito que eu vou no cinema ou fazer um ultrassom, entendeu? [sorri]. É outra história, né? Tu não fica tão à vontade assim no dentista, não adianta! Eu pelo menos. (gestante 8).

Nas décadas de 70 e 80, período em que as gestantes entrevistadas eram crianças, a prática odontológica era muito mais intervencionista e radical do que hoje, quando adota uma postura mais conservadora na busca da preservação máxima das estruturas dentais, evitando o ciclo restaurador repetitivo (ELDERTON, 1999).

Naquela época, a idéia de que o desenvolvimento da cárie na dentição decídua não guardava nenhuma relação com a dentição permanente originou o raciocínio de que não havia necessidade de se tratar a dentição decídua (OLIVEIRA et al., 1999). O tratamento odontológico era recomendado a partir dos três anos de idade (OLIVEIRA, 2002), perdendo-

se assim, importantes momentos para a promoção da saúde infantil. Ao chegar nos consultórios odontológicos as crianças já estavam doentes. Hoje, o sucesso das clínicas de bebês (OLIVEIRA et al., 1999) e a necessidade sentida da educação para a saúde bucal no pré-natal (ROCHA, 1993; ROSELL, MONTANDON-POMPEU, VALSECKI JUNIOR, 1999; TORRES et al., 1999) enfatizam a importância do atendimento o mais precoce possível.

Os principais métodos de prevenção da cárie de alcance coletivo, a fluoretação das águas de abastecimento público e dos dentifrícios, tornaram-se obrigatórios e regulamentados somente a partir da lei n. 6050 de 24/05/74 e da portaria n. 22 de 20/12/89, respectivamente (BASTOS, PERES, RAMIRES, 2003). Reconhecidos como os maiores responsáveis pela diminuição da prevalência de cárie (COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2003), esses métodos beneficiaram apenas as gestantes mais jovens, quando crianças.

Diante desse contexto histórico e da escuta das gestantes, pode-se inferir que a experiência odontológica vivenciada por elas, tenha incluído a doença cárie e seu tratamento, aos moldes da época. Tais experiências, aliadas às opiniões e aos relatos de experiências de pessoas com as quais as gestantes convivem, colaboram para a construção de suas representações sociais relativas à saúde bucal, à Odontologia, ao cirurgião-dentista e ao tratamento odontológico. Ao mesmo tempo em que essas representações foram construídas e continuam sendo re-construídas, são também construtoras e como tal, influenciam o seu comportamento e o de todos que vivem e compartilham representações consigo.

As experiências odontológicas de seus futuros filhos serão, certamente, bastante diferentes das suas, tendo em vista as modificações nos índices de cárie e a prática odontológica atuais. Entretanto, serão permeadas e influenciadas pelas representações de suas famílias, especialmente de suas mães, ao mesmo tempo em que construirão suas próprias representações.

Outras vivências que podem ter participado da elaboração das representações sociais

das gestantes incluem a primeira ida ao dentista, já em busca de tratamento cirúrgico-restaurador. A idéia de uma rotina de acompanhamento de caráter preventivo não esteve presente na infância da maior parte das gestantes entrevistadas, fato comprovado pela descontinuidade dos tratamentos que iniciavam:

[...] a primeira vez que eu arrumei mesmo, que eu fui só pra arrumar, tava com... uns quatorze anos, aí... depois só mais pra frente. (gestante 3).

Minha primeira consulta assim... foi com uns dez anos mais ou menos, aí depois parei, fiquei um bom tempo em casa, e depois só com os dezesseis anos que eu voltei no dentista mesmo. (gestante 6).

Mesmo as gestantes que freqüentavam o consultório odontológico com periodicidade, relatavam fazê-lo por necessidade de tratar a doença:

[...] a gente sempre ia, porque a gente morava no mercado, meu pai tinha um mercado, a gente vivia comendo bala e chocolate. Viviam com os dentes cheios de cárie. Eu sempre ia, direto, direto. (gestante 11).

Em relação a esta questão, vale também comentar que Bernd et al. (1992), Kern (1997) e Nuto (1999) observaram que as pessoas que entrevistaram valorizavam mais a extração dental do que procedimentos restauradores, já que a primeira soluciona problemas imediatos e práticos, possibilitando o retorno às atividades cotidianas (BERND et al., 1992) ou mesmo o descanso por alguns dias, enquanto que as restaurações, no entendimento popular, retornariam a requerer tratamento posterior (NUTO, 1999).

Somente duas gestantes, provavelmente as que pertenciam, quando crianças, a famílias com melhores condições sócio-econômicas, comentaram sobre a preocupação dos pais em levá-las para o tratamento odontológico preventivo:

[...] sempre minha mãe me levava ao dentista! [...] tinha que ir né, aquela coisa que a mãe, não é obrigava, mas mostrava pelo que a gente tinha que procurar o dentista, né? (gestante 8).

Ah, sempre! Nossa, isso aí meu pai é muito chato [...] Tudo assim que estética, dentista, médica ele tá sempre em cima, nunca... então desde pequena! (gestante 9).

Por outro lado, a “despreocupação” e/ou o desconhecimento dos pais sobre a

importância do tratamento e dos cuidados com a saúde bucal, parece ter sido motivo de ressentimento, crítica e reflexão para algumas mulheres:

[...] de pequena eu nunca fui. Meus pais nunca levaram, né? Aí também comecei a escovar os dentes muito tarde [...] Que a minha mãe ainda deu a escova, mas não deu o creme [...] O que eu não entendo é por que eles não ensinaram pra nós? Vai ver eles também pensavam [...] que nós não precisávamos e eles precisavam porque eles eram adultos! [...] ou porque não queriam dar, não queriam ensinar! Ou porque tinham tantos problemas entre eles que... eles não pensaram nisso... Ah, eu acho um absurdo [...] Tinha que ter a educação desde pequena. Era obrigação deles, né? (gestante 3).

Como eu era pequena, não tinha consciência da importância [...] E os meus pais sempre foram bem liberais, acabaram deixando [...] Hoje eu agradeceria se naquele momento eles tivessem me forçado a levar no dentista. [...] tinha [...] a obrigação de pai e mãe tá mandando, mas sem aquela preocupação mesmo [...] vai junto, mostra. Acho que essa parte da família faltou um pouco [...] Não sei se pelo fato de meus pais serem bem do interior [...] e não sei se também eles não tiveram muito aprendizado, provavelmente não, porque [...] bem no interior as pessoas não tem tanta cultura, né, de tá fazendo tratamento, da importância de tudo isso. Então acho que como eles não tiveram muita cultura eles não passaram muito pra gente. (gestante 11).

Os depoimentos acima chamam a atenção para um aspecto importante dentro do desenvolvimento pessoal: a influência familiar que parece ser esperada e quando se faz ausente ou deficiente, é sentida e cobrada.

3.2.3 Aprendendo com os outros

Dentro da família, são especialmente as mães que exercem forte influência na adoção de comportamentos e hábitos de saúde (BLINKHORN, 1978; 1981; COSTA et al., 1998; COSTA, FUSCELLA, 1999; COSTA, 2000). Neste estudo, as mães foram citadas como sendo a principal fonte de aprendizagem acerca da saúde bucal e de questões a ela relacionadas.

O que eu aprendi foi com... foi com a minha mãe, desde pequena sempre me incentivou... (gestante 5).

Outras fontes de influências relacionadas à saúde bucal foram frequentemente mencionadas no decorrer das entrevistas: a escola, o dentista e os amigos/colegas de

trabalho/pessoas conhecidas:

Eu aprendi na escola... a gente ia no dentista [...] a gente fazia aquele [...] bochecho... (gestante 2).

Aprendi mais mesmo na escola, com palestras assim, com apresentações de teatrinho, foi mostrando, mais assim, e fui aprender alguma coisa né, com dentista. (gestante 6).

Um dos objetivos do ensino fundamental das escolas brasileiras é capacitar os alunos a “conhecer o próprio corpo e dele cuidar, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva.” (BRASIL, 1998, p.7).

Os parâmetros curriculares nacionais incluem a saúde como um tema transversal no ensino fundamental, considerando que a educação para a saúde precisa ser assumida como uma responsabilidade e um projeto de toda a escola e de cada um dos educadores. A partir de um embasamento teórico-prático bastante avançado, os “parâmetros” apontam para a necessidade de ir-se além dos tradicionais conceitos em saúde, incluindo valores e a aquisição de hábitos e atitudes como a dimensão mais importante para as mudanças necessárias na busca de uma sociedade mais saudável. Entretanto, reconhecem que o que se tem ainda hoje nas escolas, é o ensino da saúde centrado basicamente nos aspectos informativos e exclusivamente biológicos, abordado tão somente na disciplina de Ciências Naturais (BRASIL, 1998).

É muito provável que as lembranças descritas por várias gestantes tenham sido frutos das atividades de programas de promoção de saúde bucal, realizados tradicionalmente pela Odontologia com escolares (WEYNE, 1999).

A assistência odontológica ao escolar surgiu com o Sistema Incremental na década de 50. Apesar do grande avanço que representou para a assistência odontológica da época, se mostrou, já no início dos anos 70, como um modelo superado, tanto por sua ineficácia (dicotomia curativo-preventiva), como por sua pequena abrangência e cobertura, que incluía

apenas escolares de 6 a 14 anos (OLIVEIRA et al., 1999; NARVAI, 2002).

A presença do dentista em consultórios odontológicos escolares foi gradualmente sendo diminuída desde então, mas a importância do trabalho de promoção de saúde bucal, educativo-preventivo-reabilitador, continua mobilizando a Odontologia, principalmente através de seus cursos universitários, a inserir-se/permanecer em escolas, creches, asilos e em outros tantos espaços de interação social, apropriados para os trabalhos em saúde coletiva.

O relato das gestantes, sugestivo de que os programas dos quais participaram quando crianças contribuíram para sua formação, deve ser ouvido pelos profissionais que se dedicam a este tipo de atividade, como um reforço de estímulo e até mesmo como um guia para o replanejamento de estratégias, mediante a compreensão das representações sociais.

Os dentistas mencionados como importante fonte de influências para as entrevistadas, tanto são aqueles da época da escola, como mostram as falas acima, como aqueles que as atendem na atualidade:

Geralmente assim nos postos de saúde, né, o dentista mesmo, né? Geralmente eles dão aqueles planfetozinhos, de como seguir corretamente, escovar os dentes, cuidar [...] Em consultórios dentários, sempre tem. (gestante 7).

[...] é dentista, sempre que a gente vai, a gente sempre aprende alguma coisa com eles. (gestante 9).

O convívio com os amigos, colegas de trabalho e com pessoas conhecidas como um meio fecundo para a geração e o compartilhamento de conhecimentos e experiências, pode ser exemplificado por um dos relatos:

Eu [...] trabalho com muita mulher. Então daí a gente vai pegando de uma, de outra, assim o que falam, que aparecem várias grávidas, né? E que já engravidaram e aí tu vê uma grávida e já vai falando 'ai, aquilo, aquilo'. Aí vai surgindo um monte de conhecimento, né? (gestante 9).

A mídia também surgiu, a partir das respostas das entrevistadas, como um veículo de informações, porém, de uma forma muito menos consistente do que seria desejável e

esperado, tendo em vista a magnitude de abrangência que alcança na sociedade, principalmente a televisão com seu potencial de transformação social. Livros e revistas dirigidos a gestantes também foram ditos influenciadores de conhecimentos e comportamentos:

[...] às vezes até reportagem, revista ou televisão que às vezes eles passam alguma coisa sobre isso, né? A gente fica sempre ligado, fica atento. (gestante 10).

Às vezes passa no jornal, mas é uma coisa tão rápida que tu não consegue nem pegar direito o que eles explicam, né? (gestante 7)

Eu li numa revista de grávidas, de gravidez, é... 'Crescer', se não me engano, o nome da revista. (gestante 2).

[...] tem manual, livro, o manual do bebê, em revista mesmo, 'Pais e Filhos', né? (gestante 5).

É interessante perceber que em vários momentos, as gestantes citaram conhecimentos oriundos de fontes indeterminadas, imprecisas:

[...] já ouvi dizer muitas vezes. Minha mãe também já falou. (gestante 3).

A mãe que costuma falar, né, que não faz bem, não sei porque, vem de pessoas antigas, né? (gestante 4).

Disseram pra elas, não sei! Elas que me falaram, né? É escuta de um fala, outro fala e a mãe de um falou aí eu nunca... (gestante 5).

Ah, isso é... como é que eu vou te dizer, em conversas assim, informais. Porque alguém falou pra algum conhecido ou... sabe e esse conhecido passou pra outra, vai passando, vai passando até chegar na outra pessoa. (gestante 10).

*Lembras de alguém que tenha te falado isso? (pesquisadora).
A pessoa assim não, mas com certeza alguém falou. (gestante 12).*

Tais respostas nos fazem objetificar o próprio processo de formação das representações sociais. Ao mencionarem conteúdos familiarizados desta maneira, as gestantes explicitam a validade que possuem, até então inquestionada. É válido observar também que nas representações sociais, o conteúdo é tão assumido pelos sujeitos, que a diferença entre o que se pensa e o que se ouviu dizer, parece desaparecer:

*[...] eu acho isso na minha opinião, né? **Escutei** isso aí. (gestante 2 – grifos nossos).*

Sobre este fato, Minayo (1999, p.174) explica que “as representações sociais não são necessariamente conscientes. Perpassam o conjunto da sociedade ou determinado grupo social, como algo anterior e habitual...”

São essas representações, cotidianamente construídas e reconstruídas, que regem práticas e comportamentos fundamentados nas conversações e experiências realizadas ao longo de suas vivências.

3.2.4 “A única coisa que eu sei é que tem que escovar!”

A resposta da segunda gestante entrevistada, quando inquirida sobre o que havia aprendido em relação à saúde bucal até aquele momento, representa adequadamente o conteúdo presente na fala das gestantes:

*O que eu aprendi? Hum... eu **aprendi pouca coisa** [sorri]: **se não escovar meus dentes obviamente ele vai ficar... vai estragar, vai quebrar, vai ter cárie, posso viver com dor de dente e que... ah, dor de dente é a pior dor que tem...** eu acho que... ah, eu aprendi muita coisa assim que... ah, tem que escovar todo o dia, tem que cuidar, tem que fazer, ah, aprendi assim... tem que escovar! [sorri] a única coisa que eu sei é que **tem que escovar!** (gestante 2 – grifos nossos).*

Desdobram-se, a partir deste depoimento, algumas análises que parecem importantes. Primeiramente, o fato das próprias entrevistadas considerarem que aprenderam pouco, o que nos remete ao questionamento da eficiência dos principais meios de aprendizagem em saúde bucal, extraídos de seus discursos: a família, a escola e o dentista.

Em segundo lugar, a concepção da saúde como ausência de doença, ou seja, a necessidade do cuidado para a prevenção de problemas relacionados a dor, a doenças e a estética. Esta representação da saúde parece bastante consolidada entre as entrevistadas.

Este achado está de acordo com o encontrado por Costa (2000) que observou que a

representação da atenção odontológica está ancorada na concepção de saúde-doença para gestantes e também para os profissionais, dentistas e médicos. Menino e Bijella (1995) também observaram que as gestantes que entrevistaram em Bauru, em sua maioria, conceituaram a saúde como a ausência de doença.

Martins (1993; 1999) compreende esta representação a partir das condições de tratamento a que as camadas populares se submetem, as quais não lhes permitem avançar na conceituação de saúde/doença bucal.

Outras falas que colaboram para esta interpretação podem ser citadas como exemplo:

*[...] é bom cuidar, a gente tem que cuidar, sempre escovar, sempre manter uma boa higiene, **limpar a boca pra não ter os dentes podres** mais tarde, pra não... cair [...] Mais tarde pra ter uma boa apresentação... (gestante 6 – grifo nosso).*

*Tem casos na família [...] Então a gente já fica um pouco preocupada pra quando chegar lá na frente não acontecer isso. Então **melhor é cuidar agora**. (gestante 10 – grifo nosso).*

*[...] foi **por falta de cuidados** que o meu dente ficou com cárie, né? (gestante 2 – grifo nosso).*

Minayo (1999) chama a atenção para a percepção em nossa sociedade da saúde como uma virtude individual. O entendimento simples e generalizado da visão médico-biológica, da saúde como ausência de doença, apresentado pelas gestantes, considera a saúde como algo endógeno e possível de ser controlado pela vontade pessoal. Tanto é que em nenhum momento nesta pesquisa, assim como no estudo de Bernd et al. (1992), as gestantes correlacionaram as doenças bucais às condições de vida, nem tampouco foi explicitada uma atribuição de responsabilidade aos serviços e à sociedade pelas más condições de saúde bucal.

Outra representação evidenciada, a da “dor de dente”, contribui para a esta compreensão. Além de ser um dos principais motivos para a busca do tratamento odontológico, como discutido anteriormente, a dor aparece também como um sofrimento conseqüente da falta de cuidados individuais e também, do próprio tratamento odontológico. Se a saúde é uma virtude, a doença ou a dor parece ser um castigo:

*[...] depois quando a gente chega lá tem um canal, aquela dor horrorosa (risos). Aí além do custo... Tem isso: a dor mesmo que... ui, sai de perto, sabe?[...] Nossa, pra mim é... **não existe dor igual!** (gestante 8 – grifo nosso).*

*[...] prevenção sai mais barato, né? Do que depois mais tarde fazer uma cirurgia, se tiver algum problema, canal, **aquela dor**, tudo... (gestante 6 – grifo nosso).*

Quando a gestante acima se refere a “aquela dor”, nos chama a atenção para o fato de que a dor é determinada, é aquela: é a dor de dente famosa, conhecida, comentada, aquela que se torna familiar a todos, inclusive aos que nunca a experimentaram, pelo processo da representação social. Talvez porque, conforme explica Ferreira (2002), apesar da dor ser uma experiência individual, os meios de suportá-la e enfrentá-la são conhecimentos compartilhados socialmente no interior do meio social.

Cruz et al. (1997) também encontraram a representação da dor relacionada ao tratamento e ao dentista de um modo geral, sem um estímulo específico de forma marcante. Nas situações que a dor foi associada a estímulos específicos, estes se referiam a instrumentais, traduzindo situações que podem ser percebidas como agressoras ao organismo, como o uso da broca e agulha (anestesia). Frente à dor ou a sua possibilidade, a reação natural é o medo, freqüentemente presente nas situações de atendimento odontológico, como já discutido.

Retomando a questão da responsabilização individual (culpabilização), Nuto (1999) também encontrou essa representação entre a população que estudou, aliás, representação esta referendada pelos dentistas e pelo serviço de saúde bucal que jogam toda a responsabilidade do adoecer no indivíduo e na sua escovação.

Nesse sentido, Bernd et al. (1992) argumenta que sendo a responsabilidade pelas más condições de saúde bucal atribuídas aos indivíduos, exime-se assim, a prática odontológica e a própria sociedade de questionar o papel que desempenham na produção da doença.

A conclusão de Nuto parece ser confirmada pelas gestantes deste estudo. Analisando

a fala da gestante 2 - “a única coisa que eu sei é que tem que escovar!”- trazemos à tona o elemento principal de seus conhecimentos aprendidos, verbalizado por todas as gestantes: a escovação dos dentes. “Escovar sempre” e “escovar bem”, sintetizam a principal orientação que possuem e que segundo Bernd et al. (1992) é a manifestação da ideologia dominante na cultura popular.

Aprendi a higiene, né, o modo de escovar, faz parte, né do dia-a-dia da pessoa, que se deve escovar bastantes vezes pra não ter problema no futuro e nem pra minha filha, né? E, só isso... (gestante 1).

*[...] a gente sabe que lavar os dentes e escovar bem, isso aí é uma coisa óbvia! Acho que não precisa ninguém te dizer, né? que tu tem que lavar, que tu tem que limpar, é que nem a tua **higiene**... acho que pessoal, é **tudo**, entende? (gestante 9 – grifo nosso).*

A necessidade da higiene bucal, de tão enraizada nos conhecimentos e hábitos das pessoas, chega a ser sentida com naturalidade e entendida até mesmo como obviedade por algumas gestantes, “reflexo do modelo biomédico que introduziu o termo ‘higiene’ para melhoria das doenças, sem trabalhar o risco biológico e social de adoecer.” (NUTO, 1999, p.18).

Entretanto, é importante observar que apesar delas se referirem à higiene bucal de um modo geral, a tônica nos discursos colhidos recai apenas sobre a escovação. Isto não significa dizer que as entrevistadas desconheçam a recomendação do uso de fio-dental. Pelo contrário, em seus discursos se percebe claramente a veiculação da mensagem profissional:

De seis em seis meses ir ao dentista, eu acho de seis em seis meses também trocar a escova, usar fio-dental, essas coisas assim, né? (gestante 4).

Você tem que escovar os dentes a cada refeição, passar fio-dental, procurar dentista regularmente... (gestante 10).

Contudo, o que fica evidente na leitura das entrevistas, é a ênfase dada à escovação em detrimento da importância do uso de fio-dental, pouco comentado. Em 1981, Blinkhorn já havia constatado que a escovação constituía uma norma social amplamente aceita (para as mães de crianças inglesas em idade escolar), mas ressaltava que uma maior ênfase devia ser

colocada nas razões científicas para a escovação, já que no passado, muita ênfase foi dada à prevenção da cárie, enquanto seu papel na prevenção da doença periodontal foi negligenciado.

Outra questão percebida de forma equivalente a essa, foi a da importância da alimentação adequada para a saúde bucal e o seu oposto, a alimentação inadequada pela alta frequência de ingestão de sacarose, como fator etiológico da cárie dental (ROCHA et al., 1998).

[...] até pelas doçuras e tudo, vai ficando com os dentinhos... né? (gestante 9).

[...] o que mais dá dor de dente é doce, essas coisas. (gestante 2).

Enquanto na pesquisa de Bernd et al. (1992) a origem da cárie foi entendida como resultante de determinados alimentos e na de Ferreira (2002), 52,3% das unidades temáticas em sua análise de conteúdo apontaram o açúcar como sendo o fator etiológico da doença, neste estudo apenas metade das entrevistadas demonstraram espontaneamente, em algum momento da entrevista, saber a respeito do potencial malefício da sacarose, apesar de sabermos que historicamente, a higiene e a alimentação são as duas “frentes” do trabalho educativo-preventivo da Odontologia. Esperava-se que essa questão fosse abordada pelas gestantes com muito mais frequência e importância, o que gerou um questionamento a respeito do(s) motivo(s) de tal constatação: por que as gestantes consideram a higiene um fator mais importante para a saúde bucal do que a dieta, se na realidade, ambos são igualmente importantes e são, também igualmente, divulgados pela profissão?

Levando-se em consideração o processo de formação das representações sociais e o contexto histórico-social em que ocorre, uma possível explicação seria a influência da mídia nos conhecimentos e comportamentos que os indivíduos e grupos adquirem e adotam.

O reforço à importância da higiene, principalmente com finalidade estética e de bem estar, veiculado através das propagandas comerciais de produtos de higiene bucal, tais como

escovas, dentifrícios e enxaguatórios bucais, ocorre diariamente, especialmente pela televisão, inclusive em seu horário “nobre” (WEYNE, 1999).

Ao mesmo tempo, propagandas de alimentos de caloria vazia e cariogênicos são também repetidamente apresentadas, constituindo 80% dos comerciais veiculados durante os programas de televisão voltados ao público adolescente e infantil (Folha de São Paulo, 1996 apud Cordón, 1998), estimulando seu consumo de forma inadvertida.

Vilaça, Paixão e Pordeus (1997) analisando a mídia e as tendências de consumo de produtos contendo sacarose, constataram que as propagandas de TV, com visual chamativo e com desenhos reforçando o produto ou jingles associados a imagens, têm uma grande influência sobre as crianças e adolescentes, despertando nelas o desejo pelo consumo do produto anunciado.

Talvez sejam os apelos comerciais, ou seja, o interesse econômico da indústria, um dos responsáveis pela intensificação da importância da higiene e pela despreocupação com relação ao consumo de produtos ricos em sacarose. Se de um lado, ocorre um reforço da mensagem profissional, por outro lado sucede o oposto. Da união e da re-elaboração destas diferentes mensagens recebidas no dia-a-dia, as pessoas formam suas representações sociais que agora retornam aos “ouvidos” profissionais por meio de sua compreensão:

*[...] proibiu [a dentista] coca-cola, né, os refrigerantes, essas torturas, né, que querendo ou não é uma coisa muito boa, né? Um chocalatinho... **Pode até comer, mas depois escova bem o dente, né?** É por aí, mas **eu não vou limitar** assim dizer que... aí, não, ficar em cima: 'Não pode isso, não pode aquilo!' (gestante 9 – grifos nossos).*

A fala da gestante acima demonstra toda a ambigüidade da cultura popular, que se por um lado aceita a recomendação do discurso profissional, por outro lado apresenta suas resistências, na intenção de manter sua autonomia (BERND et al., 1992; MINAYO, 1999).

Em relação aos alimentos doces e à dificuldade em se modificar hábitos alimentares é necessário se considerar a questão sócio-econômica, já que os carboidratos são os alimentos

mais baratos disponíveis à população, além da questão cultural, pelo significado que o doce possui em nossa sociedade, de prazer, de afeto/amor ou de compensação às frustrações (BLINKHORN, 1981; BERND et al., 1992), ou ainda, simplesmente pelo paladar, onde “alguns encontram prazer [...] de modo a suportar os desprazeres da vida cotidiana” (FERREIRA, 2002, p.88).

Nuto (1999) percebeu em sua pesquisa que o conhecimento de que a comida doce alimenta a “lagarta”, que é como os moradores de Beberibe (CE) chamam o agente biológico da cárie, não impede a sua utilização excessiva pelas crianças. O doce é usado pelas mães para entreter as crianças, para que não chorem e que não dêem trabalho em casa. Matar a fome e dar fastio é mais importante do que a qualidade da alimentação. A autora explica:

A estratégia utilizada pelos dentistas de comer **tudo de uma vez** para evitar a cárie é distante da realidade das crianças na pobreza. A prioridade das mães na fome é a criança ficar sem chorar. Isto se associa também à necessidade de doce para alimentar os vermes. Quando o verme quer doce a mãe tem que dar, não pode se negar, por isso a criança chora para comer doce, é o verme pedindo. (NUTO, 1999, p.15 - grifo da autora).

A esse respeito, Blinkhorn (1981) comenta que seria ingenuidade imaginar que a educação em saúde seria capaz de mudar normas sociais tão bem estabelecidas, para que os pais parassem de dar guloseimas de presente e as crianças parassem de comer doces. Entretanto, algumas variações nesta norma social poderiam ser alcançadas, exercendo algum impacto na incidência de cárie. O hábito de comer guloseimas poderia ser limitado a momentos específicos e lanches não cariogênicos poderiam ser anunciados e os fabricantes incentivados a produzi-los.

É importante também observar que das duas principais doenças bucais, as mais prevalentes em todo o mundo, a doença periodontal e a cárie (WEYNE, 1999), somente a segunda possui representações sociais bem estabelecidas.

Menino e Bijella (1995) relatam que apesar da maioria das gestantes que

entrevistaram (91,3%) conhecerem a doença cárie, mesmo sem saber defini-la ao certo, a doença periodontal foi citada por apenas 34% das gestantes. Scavuzzi, Rocha e Vianna (1998) também constataram em sua pesquisa um fraco conhecimento e valorização da saúde/doença periodontal pelas gestantes.

Nesta pesquisa, a doença periodontal pareceu ser desconhecida por quase todas as gestantes entrevistadas. Mesmo aquelas que relataram histórias de familiares possivelmente com a doença, não souberam explicar exatamente do que se tratava:

Meu pai foi que ele teve aquele... não sei o que é, deu um problema na gengiva, né, não sei que é, que aí caiu os dentes, foi ficando mole e foi caindo. (gestante 6).

A minha mãe tem um problema na gengiva que chega uma certa idade assim, de repente os dentes amolecem e começam a cair e aí é obrigada a arrancar tudo [...] dá assim de repente [...] o dente começa a doer, a sentir dor e ela vai no dentista, daí diz que não tem mais solução, que tem arrancar tudo. Outras pessoas na família também, não sei te dizer se é o mesmo caso, mas também acontece mais ou menos isso. (gestante 10).

A doença cárie foi referenciada diversas vezes pelas gestantes, porém sempre de maneira confusa. A representação social da cárie apreendida pode ser entendida como cavidades nos dentes resultantes da falta de cuidados individuais, entendendo-se por isso, má-escovação, e que possui uma relação com doçuras e com “bichinhos”, microorganismos, que “saem” dos dentes, que “comem” os dentes:

*[...] que a cárie vai, vai **comendo** os dentes vai ficando feios, né? (gestante 2 – grifo nosso).*

Se eu como uma coisa muito doce eu procuro escovar também, pra tá mais limpinho e não gerar tanta cárie. (gestante 11).

*[...] lá na escola dizia que tinha bichinho, **que sai bichinho do dente**, a má escovação nos dentes. (gestante 7 – grifo nosso).*

Por muito tempo, a Odontologia esteve às voltas com modelos explicativos unicausais para a cárie, dividida entre conferir mais importância aos microorganismos ou ao açúcar. O pensamento hegemônico abordava a cárie como uma doença inevitável e de cunho progressivo (FREITAS, 2001).

Com a Tríade de Keyes (1960) a cárie passou a ser entendida como resultante da interação de três fatores: bactérias, substrato e dentes, inaugurando a multicausalidade em Odontologia (FREITAS, 2001), mas o dente cariado continuava sendo entendido como o doente que necessitava de tratamento. Esta visão da doença conformou um padrão de entendimento e de comportamentos coerentes, onde “as cáries”, sinônimo até então de cavidades dentárias, eram tratadas com seu preenchimento, ou seja, com obturações, e eram prevenidas com medidas focadas também, logicamente, nos dentes: remoção de placa bacteriana, aplicação de flúor e restrição do consumo de açúcar.

O fracasso da Odontologia restauradora trouxe consigo reflexões sobre a estratégia tradicional de manejo da doença cárie. O indivíduo passou a ser entendido como sendo o doente, a lesão cariosa como a manifestação clínica de uma infecção bacteriana e o mais importante deixou de ser o número de lesões detectáveis que o indivíduo possui, para ser o fato de ele estar doente ou não (MALTZ, CARVALHO, 1999). O tratamento da doença já inclui medidas precoces para as lesões iniciais não cavitadas e mais conservadoras para as cavitadas. As obturações passam a ser chamadas de restaurações, porque o restabelecimento das funções dos dentes assume maior importância. O entendimento da doença começa a considerar a importância de outros fatores no desenvolvimento da cárie: as variáveis sócio-econômicas, culturais e comportamentais.

Mais recentemente, o modelo da promoção de saúde coloca grupos de indivíduos, como sendo os verdadeiros doentes, tendo em vista que a alta prevalência da doença cárie vem se concentrando em pequenos grupos populacionais, os socialmente excluídos, fenômeno chamado de polarização da doença (WEYNE, 1999; MOYSÉS, 2000b; PERES, BASTOS, LATORRE, 2000).

Ao passo que o discurso da profissão foi sendo alterado ao longo do tempo, modificando concepções e modelos, as representações sociais, dinamicamente elaboradas, mantém presentes componentes do discurso profissional de épocas anteriores:

[...] uma cárie assim, duas... (gestante 9 – grifo nosso).

*[...] sei que com 8 ou 10 anos eu já tive que fazer **obtura**ção dos três dentes de uma vez só. (gestante 5-grifo nosso).*

Esta situação não surpreende, porque até mesmo alguns colegas de profissão resistem à modificação em seus entendimentos e, conseqüentemente, em suas falas. O problema consiste no uso de termos e explicações inadequados que carregam consigo conceituações errôneas, as quais certamente influenciam as representações sociais determinantes de comportamentos de saúde. Portanto, o cuidado com o modo de se expressar e com o conteúdo da mensagem, para que seja o mais correto possível, apesar do esforço profissional no sentido de se usar uma linguagem compreensível a todos, são preocupações que devem estar presentes na mente de todos os profissionais de saúde que trabalham com pessoas. Este cuidado talvez pudesse evitar representações do tipo:

*[...] a cárie vai, vai **comendo** os dentes, vai ficando feios, né? (gestante 6).*

*Disse que era normal, o dente ciso da gente **nascer com cárie**. É que eu também nunca quis saber o porquê, se é normal, não é. Se é normal, tudo bem! (gestante 7).*

*[...] ah, tá com uma **cariezinha**, vai lá faz uma **obtura**ção... (gestante 8 - grifo nosso).*

As representações sociais da cárie constatadas traduzem conhecimentos variados e aparentemente dispersos, desconectados uns dos outros, sob o ponto de vista científico. O processo da doença, de sua etiologia ao seu tratamento, acaba por ser interpretado de um modo muito diferente do que o conhecimento especializado explica.

A esse respeito, vale lembrar que “o indivíduo, durante a apropriação de sentido e significado do conceito saúde-doença, não capta mecanicamente tal conceito, ao contrário, representa-o, produzindo um intercâmbio entre o conceito e a percepção que tem dele” (TEIXEIRA, 1999). Por este processo, as gestantes familiarizam os aspectos relativos à doença cárie, adquirindo controle sobre sua saúde:

*[...] eu acho que depois que o **dente** tiver **quebrado**, uma coisa assim e se não pode tratar logo, ele **começa a ficar com cárie**. (gestante 2 – grifo nosso).*

*[...] comecei a escovar os dentes muito tarde, aí começou a **pegar** muita cárie... (gestante 3 – grifo nosso).*

Unfer e Saliba (2000) verificaram que a busca pela saúde e pelo controle das doenças bucais são atribuídos à responsabilidade individual de realizar a higiene bucal e procurar tratamento odontológico e que as condições socioeconômicas aliadas a esta crença condicionam os comportamentos e práticas de saúde bucal. Os resultados de Matta et al. (2001a), por exemplo, apontam que 86% das gestantes entrevistadas se responsabilizaram pelas próprias perdas dentárias.

Uma última questão que merece ser discutida, enquanto conhecimento aprendido, se bem que todas as representações discutidas nessa pesquisa tratam, em última análise, de conhecimentos apreendidos, diz respeito à crença no prejuízo causado aos dentes por antibióticos. Frequentemente citada no contato com os pacientes, esta representação foi comentada espontaneamente por duas gestantes no desenrolar de suas explicações:

Me falaram uma vez que quando a gente toma muito antibiótico eles... os dentes da gente, eles ficam muito frágeis. E eu tive uma época que eu tomei muito antibiótico, entendeu? Eu tinha 5, 6 anos de idade, não sei se isso tem alguma coisa a ver, entendeu? E eu percebo que na minha família que sou assim, que tenho os dentes mais frágeis, sou eu! Não sei se isso tem a ver [...] Se tem, é por isso! (gestante 7).

[...] falaram que a minha mãe tomou muito antibiótico quando ela tava grávida do meu irmão, e por causa disso os seus dentes ficaram sensíveis e começaram a cariar, a quebrar, estragar... porque ele cuidava muito bem dos dentes dele, isso me lembro muito bem. (gestante 2).

É importante observar que os termos “sensível” e “frágil” referindo-se a dentes são usados como sinônimos pelas gestantes e que são condições entendidas como predisponentes à cárie.

Santos-Pinto, Uema e Ciuff (2001) constataram que 70% das gestantes que ouviram, afirmaram acreditar serem os antibióticos cariogênicos.

Nuto (1999, p.17, grifo da autora) também encontrou esta representação social do

antibiótico como substância prejudicial aos dentes, assim como o sulfato ferroso, o cálcio e as vitaminas. Explica que “o antibiótico resulta na criança apresentar o sangue fraco, desenvolvendo uma **estragação** mais rápido. O sangue tem que ser forte e circular no dente para ser forte. O dente forte resiste mais à lagarta”. Já Ferreira (2002) explica tal representação pela associação da destruição de bactérias com a idéia de destruição dos dentes.

Duas outras possíveis explicações podem ser elencadas como responsáveis pela elaboração inicial de tal representação social entre as gestantes entrevistadas neste estudo: os medicamentos administrados a crianças freqüentemente são disponibilizados na forma de xarope, ou seja, são adoçados, para facilitar a sua aceitação pelo público infantil. Crianças com doenças crônicas, que precisam ingerir xaropes por períodos prolongados de tempo, várias vezes por dia, correm um risco maior de desenvolver cárie, caso a administração do medicamento não seja cercada dos cuidados necessários para a prevenção da doença. Nesse caso, o antibiótico acabaria levando a “culpa” indevidamente, no lugar do “açúcar escondido” contido nos xaropes, independentemente de serem antibióticos ou não.

Outra possibilidade seria uma representação elaborada a partir de um efeito indesejável, o manchamento de dentes permanentes ainda em formação na infância, provocado por um antibiótico que foi amplamente prescrito na década de 70, a tetraciclina. Entretanto, a pigmentação dos dentes, causava apenas um prejuízo estético, não possuindo relação com a sua resistência física (CHIODO, ROSENSTEIN, 1985; CASAMASSIMO, 2001). A divulgação do efeito colateral desse antibiótico, pelo discurso profissional pode ter embasado tal representação, que ainda hoje permanece presente.

3.2.5 Práticas de autocuidado com a saúde bucal

A escovação foi identificada como a prática central, quando não a única, da higiene bucal das gestantes entrevistadas:

[...] eu não tenho toda hora tempo de ficar passando fio-dental e tal, no máximo uma vez só por dia à noite e olhe lá! [...] Ainda mais agora que a gente não tem mais tempo pra nada, entende? Escova o dente corrido assim, já vai pra cama, vai dormir, não é uma coisa que eu tinha que tá, dente por dente, fazendo aquela limpeza que eu sei que eu tinha que fazer. (gestante 9).

[...] eu considero que eu sou mais relaxada com o fio-dental. Com a escova não, com a escova eu sou certinha [...] Normalmente exige bastante tempo, né, uma boa higiene dos dentes. Tá sempre passando fio-dental certinho... (gestante 11).

A orientação para o uso rotineiro do fio-dental parece não ter conseguido a adesão da maioria das gestantes, apesar de algumas delas terem afirmado que o fazem, talvez por saberem que “deveriam” fazê-lo, talvez por estarem sendo entrevistadas por uma profissional da área:

[...] cuidado normal, nada assim... cheio de frescura, não! Alimentação [adequada] e ir no dentista e ao mesmo tempo escovar bem os dentes, passar o fio-dental regularmente [sorrindo porque não o faz, conforme relatou em outro momento da entrevista], tudo bem bonitinho cada vez que faz uma refeição, tararará! (gestante 10).

*Escovo três vezes ao dia, às vezes até mais, quando eu saio, escovo antes de sair [...] então escovo de manhã, ao meio-dia e à noite. Três vezes por dia. É isso que eu faço, né? (gestante 2).
Alguna coisa mais? De algum outro modo? (pesquisadora).
Não. E o fio-dental, né? É isso! [sorri]. (gestante 2).*

Ainda que algumas gestantes realmente possuam o hábito de usar o fio-dental, como nos faz crer uma das entrevistadas, ao responder enfaticamente que o usa...

[...] fio-dental antes de dormir, todo dia! A não ser quando come alguma coisinha, um milho, algum negócio [sorri] que daí fica, né? Tem que passar durante o dia! Mas antes de dormir, diário, passo! (gestante 8).

... preocupa-nos se esse uso está sendo realizado adequadamente, de modo que cumpra a sua

finalidade, que é a remoção de bactérias do espaço dental interproximal.

Quando que você passa fio-dental? (pesquisadora).

Ah, depois que eu termino de escovar os dentes. Acho que sempre sobra alguma coisa, né? [...] Mas eu gosto de passar depois, porque às vezes a escova não tira, né? Aí eu não... não gosto de usar palito, essas coisas, palitinho eu não gosto. Se não tem fio-dental, passo linha [sorri]. (gestante 3).

Em que momentos você usa fio-dental? (pesquisadora).

Assim... quando eu como alguma coisa mais pesada, assim, né, carne, frango, peixe, coisas assim, né? [alimentos que deixam resíduos perceptíveis]. Como à tarde eu tomo só um cafezinho, eu não uso fio-dental, né? Mas à noite, no almoço, sempre uso. (gestante 4).

Os depoimentos acima, ao nos explicarem que o fio dental é usado para a remoção de restos alimentares, nos sugerem que as gestantes desconhecem o motivo que torna o seu uso tão importante para a saúde bucal, a remoção da placa bacteriana, o que guarda relação com o modo de uso e conseqüentemente com a sua eficiência.

O uso de soluções enxaguatórias antissépticas e/ou fluoretadas é mencionado por algumas gestantes como incluso em sua rotina de higiene. Parece haver alguma confusão no entendimento da finalidade desses produtos, vista que algumas vezes as gestantes falam em flúor, talvez por se recordarem de tê-lo usado na escola, mas parecem querer fazer referência aos enxaguatórios antissépticos, freqüentemente anunciados em campanhas publicitárias na mídia:

[...] não uso... é... aquele, como é? Flúor, né? Acho que é flúor... (gestante 4).

Flúor lá de vez em quando, mas o dentista mesmo recomendou que não se deve usar sempre... assim. (gestante 12).

Algumas gestantes incluíram o tratamento odontológico no rol de cuidados que possuem com os dentes:

Não sei se eu cuido, né? Quer dizer, eu escovo quatro vezes por dia, uso fio-dental, essas coisas, só que eu acho que não é o certo, né? Porque agora já faz um tempão que eu não vou no dentista, já tô até ansiosa pra ir, né? (gestante 4).

O cuidado com a ingestão de sacarose e a prática de auto-exame bucal, uma forma

importante e recomendável de conhecimento do corpo e de detecção precoce de alterações, também foram cuidados citados, mas por apenas uma entrevistada:

Agora depois de adulta que eu diminuí [...] a quantidade de doce, comecei a cuidar mais dos dentes [...] de vez em quando eu procuro abrir a boca, botar um espelhinho, dar uma olhadinha, ver como é que tá os dentes, procuro ver, claro não dá de ver tudo, mas eu procuro dar uma olhadinha, ver se tem alguma coisa, algum escuro, algum buraquinho. Procuro sempre dar uma olhadinha. (gestante 11).

3.2.6 Saúde bucal: um passaporte social

A análise das entrevistas permitiu captar que o componente estético da saúde bucal é um dos elementos preponderantes na construção das representações sociais do objeto em estudo. A importância de um sorriso bonito, composto por dentes brancos, limpos e corretamente posicionados, perpassa todos os discursos registrados:

[...] é muito importante, né... [sorri] a gente cuidar deles [...]. É a aparência, né, o cartão de visita nosso é os dentes, né? uma boa apresentação hoje em dia é muito importante! Não só pra apresentação, pra nossa saúde também [...] É tá com os dentes limpos, apresentável [...] poder conversar com alguém, chegar... não ter [...] apresentação assim feia assim, mau hálito e... ter os dentes bonitos, perfeitos, acho que é isso [sorri]. (gestante 6).

[...] eu acho que é fundamental, além da saúde, da saúde bucal, hoje em dia também tem essa parte da estética, né, querendo ou não, acho que influencia na vida da gente. (gestante 11).

Contribuindo para uma boa aparência, o sorriso bonito e saudável “abre portas” nos relacionamentos interpessoais, afetivos e profissionais, que fazem parte do complexo cotidiano vivenciado na sociedade atual. Mais que isso, uma aparência esteticamente satisfatória é quase uma condição para a entrada no competitivo mercado de trabalho, segundo as gestantes:

*[...] eu tenho que fazer, arrumar meus dentes, **sou obrigada** a fazer isso **se eu quero continuar a seguir a carreira que eu tô pretendendo!** [...] Os dentes da gente é como o cartão postal da pessoa, o dente, o rosto, a aparência... acho que o sorriso da pessoa conta muito, né? (gestante 7- grifo nosso).*

[...] assim como tu cuida do corpo, cabelo, das unhas, dos dentes, né? o cartão de visita da gente! Eu acho a porta de entrada! Não precisa ser linda, maravilhosa! Eu acho que uma dentição... tem outra aparência! Na própria profissão nossa, a gente vê isso, sabe? (gestante 8 – grifo nosso).

Bernd et al. (1992) e Martins (1993; 1999) também encontraram o valor da saúde bucal atribuído ao papel que os dentes desempenham na integração social e na obtenção de emprego ou promoção. A experiência do trabalho não apenas condiciona as condições de vida, através do salário e das oportunidades de consumo, mas é também uma forma de inserção na rede social, trazendo razões profundas para a constituição da saúde bucal enquanto valor. “O corpo culturalizado assume papel fundamental no seu reconhecimento”, de tal forma que os indivíduos o entendem no trânsito social e não na forma biológica de órgãos e sistemas (MARTINS, 1999, p.9).

Minayo (1999, p.185) colabora na compreensão destas constatações ao explicar que em “relação à classe trabalhadora, o conceito subjacente na definição social de saúde/doença vinculado pela visão de mundo dominante é a incapacidade para trabalhar”. Noção própria do sistema capitalista, onde o corpo do trabalhador é o seu único gerador de bens, fonte de subsistência e de reprodução. Para esta classe, a representação da doença como sinônimo de inatividade, tem um caráter social e não natural.

Kern (1997, p.157) concorda e vai além: “se hoje a população busca tratamento (...) é porque o social em que vivem requer esse reparo (...) é o mercado de trabalho que exige uma estética perfeita, é a relação familiar que se preocupa com a saúde, é o amor próprio e a auto-estima”, que retorna à questão da vida social e afetiva, porque a estética está em função do outro, aquele com quem se convive. A interação social ameaçada por problemas bucais é a própria identidade depreciada, não só em si, mas também na dimensão social, pois “todo ser humano sente a necessidade de apresentar-se bem, relacionar-se bem e prosperar naquilo que busca.” (KERN, 1997, p.161).

Ferreira (2002) relata que em sua pesquisa, a boca foi representada por sua função

biológica (34,2% das unidades temáticas), mas ainda mais expressivamente por sua função psicossocial (65,8%), na socialização dos indivíduos através da linguagem e da imagem. A imagem negativa da boca, pela ausência de dentes, desperta um sentimento de exclusão, estigmatizando as pessoas por esse traço distintivo. Assim, a autora também constatou que a situação da boca e dos dentes permeia as relações sociais, afetivas e profissionais, marcando a imagem social e as condições psíquicas.

Sendo a saúde bucal tão importante, o autocuidado e o tratamento odontológico são concebidos como valores, tanto que a representação da saúde bucal também foi fortemente fundamentada no cuidado com os dentes, por meio da higiene, da alimentação saudável e do tratamento odontológico:

[...] boa escovação, boa alimentação também faz parte, que não seja fumante de preferência porque fica tudo amarelo. (gestante 1).

Ter saúde na boca é... ter... cuidados, higiene... acho que é isso [sorri]. (gestante 5).

[...] ter uma boa saúde bucal é cuidando corretamente, indo ao dentista corretamente e tendo a higiene corretamente [...] Se tu não tem uma boa higiene, tu não tem os dentes saudáveis, né? É como se fosse assim: tu não vai ser uma pessoa saudável se tu não se alimenta bem! A mesma coisa os dentes da pessoa. (gestante 7).

A saúde bucal também foi representada através do hálito agradável e de dentes saudáveis – “perfeitos e resistentes”, livres de doenças e de dor:

[...] ter o hálito puro também, né? Não sentir nada, assim, ter os dentes tudo certinho, arrumadinho, não ter cárie... (gestante 4).

Sorriso... sempre assim... sorriso bonito, né? Acho que escovar os dentes, né, não ter mau hálito essas coisas. Saúde bucal seria isso. (gestante 12).

E ainda, apesar de menos freqüente, foi o seu entendimento como parte integrante da saúde geral das pessoas:

Ah, faz parte da nossa saúde também, não só bucal como do corpo também, né? (gestante 1).

Como seria o bebê com saúde bucal? (pesquisadora).

Como seria... uma criança saudável! [...] A gente tem que ter todos os cuidados para que a criança tenha

uma boa saúde, né? E bucal, ter uma saúde bucal é... cuidando da boquinha, né? (gestante 7).

Kern (1997) também observou a preocupação com a saúde como um todo em sua pesquisa e a relaciona com a concepção de que a saúde é condição fundamental para a concretização da qualidade de vida das pessoas.

O relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (1986) já enfatizava a saúde bucal como sendo “parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo”, estando “diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação.” (COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1986, p.2).

Realmente a saúde não subsiste com “saúdes” parciais de alguns órgãos ou sistemas, ou seja, a saúde bucal, no caso, só adquire significado quando acompanhada, em grau razoável, de saúde geral do indivíduo. Entretanto, o conceito de saúde bucal identifica objetivos parciais em atividades de saúde (desde que não se perca de vista sua limitação), sendo uma abstração útil para os profissionais da Odontologia (CHAVES, 1977), os quais possuem no terço inferior da cabeça seu locus físico de prática, historicamente determinado.

A indissociação constatada entre os conceitos de saúde geral e de saúde bucal, por parte das gestantes, é um fato positivo que tende a contribuir para o entendimento adequado dos processos de saúde-doença do ser humano integral.

3.2.7 Representações reconstruídas

Após a análise do conjunto das experiências vividas e dos conhecimentos relatados pelas gestantes, seus encontros e desencontros com a Odontologia e, sempre com base na

leitura das entrevistas concedidas, gravadas, transcritas, lidas e relidas, pode-se objetificar as representações sociais das gestantes sobre saúde bucal e seus aspectos relacionados das seguintes maneiras:

- A saúde bucal como componente indissociável da saúde geral, representada pela estética do sorriso socialmente aceitável, pelos cuidados com os dentes e pela ausência de doença, de dor e de mau-hálito;
- As mães sendo as principais transmissoras de conhecimentos relacionados à saúde bucal, seguidas pelos dentistas, pela escola e por outras pessoas do convívio social. A imprensa como também colaboradora neste processo, mas em menor grau;
- O aprendizado em saúde bucal restrito basicamente à escovação “compulsória” e ao entendimento da doença cárie como resultante apenas da falta de cuidados individuais;
- A prática de autocuidado com a saúde bucal traduzida na escovação como rotina. O uso de fio-dental, de soluções enxaguatórias e o cuidado com a frequência no consumo de açúcar permanecem quase somente na “teoria”;
- As recomendações profissionais, ainda que bem estabelecidas e constituintes de representações sociais, não implicam em adesão direta aos comportamentos ensejados;
- O início do tratamento odontológico reconhecidamente deve ocorrer na infância, mas a importância de sua precocidade é desconhecida, até por ser representado como um cuidado de saúde bucal de caráter basicamente curativo;
- O aspecto preventivo do tratamento odontológico é pouco conhecido, de tal forma que a sua busca é mobilizada por necessidades sentidas – dor e problemas visualmente autodetectados, desde o seu início;
- A assistência odontológica do SUS como sendo de difícil acesso, lenta e limitada

quanto à oferta de tratamento, ao passo que assistência odontológica privada, apesar de cara, é o que há disponível no contexto da realidade atual.

A apreensão e compreensão destas representações sociais, considerando-se o contexto histórico-social no qual foram e continuam sendo dinamicamente formadas e reformuladas, proporcionam uma aproximação com a realidade socialmente construída com a qual se quer promover saúde. A realidade, assim descortinada, explicita os entraves e as concepções que trabalham contra a saúde da coletividade e aponta para a necessidade de uma reflexão sobre os caminhos que conduzirão a transformações sociais, instrumentalizando os profissionais da área para esta tarefa.

Representações sociais sobre a inter-relação entre gestação e saúde bucal também emergiram das entrevistas e são, em seguida, apresentadas e discutidas.

3.3 Gestação & saúde bucal

3.3.1 Dizem que...

Existe uma crença muito forte, constatada também por diversos outros estudos e autores que contra-indica o tratamento odontológico durante a gestação (NARVAI, 1984; BERND et al., 1992; ROCHA, 1993; SCAVUZZI, ROCHA, VIANNA, 1998; WASYLKO et al., 1998; SCAVUZZI, ROCHA, 1999; COSTA, 2000; ALBUQUERQUE, RODRIGUES, 2001; FRAUNCHES, COELHO, SATHLER, 2001; SILVA, GOMES, 2001).

O pessoal tem muita, lá no Ribeirão, tem muita crença antiga, muita coisa que não pode isso, não pode aquilo [...] eles falam que não deve ir [no dentista] durante a gravidez, porque o neném pode nascer com

*defeito [...] algum problema de **mal formação**... (gestante 11 – grifo nosso).*

Das gestantes entrevistadas por Scavuzzi, Rocha e Vianna (1998), 49,5% afirmaram que alguém havia desaconselhado o tratamento odontológico na gestação, constituindo assim o principal motivo contrário à ida no dentista neste período. Contrariamente, Santos-Pinto, Uema e Ciuff (2001) ao perguntarem diretamente às gestantes se a gravidez contraindica a realização de um tratamento odontológico, 72% delas responderam negativamente.

Apesar da maior parte dos estudos disponíveis na literatura odontológica relatarem esta crença, as representações sociais variam tal qual os valores e entendimentos de cada cultura, podendo ser até mesmo opostas entre si, conforme o exemplo das representações sociais da população de Beberibe (CE) quanto ao tratamento odontológico durante a gestação:

Depois dos três meses iniciais da gravidez, o sangue está parado, sangue suspenso, **corpo fechado**. Em razão da mulher não estar menstruando, causa doença e dor de dente, porque **o sangue tá preso aí arrocha pro dente da pessoa**. Com a realização da extração, existe a possibilidade de o sangue sair pelo alvéolo dental. Sangue mexendo, movimentando, se não sai embaixo, sai em cima, **corpo aberto**. Tirar o dente para sangrar e movimentar o sangue, desentupir o sangue. Esse movimento gera saúde, por isso há o relato de melhorar a saúde da grávida com mais de três meses após extração. Não há uma separação entre os órgãos, pois o sangue que sai **por baixo** pela menstruação é o mesmo que sai **por cima** pelo alvéolo [...] (Nuto, 1999, p.12 – grifos da autora).

Neste estudo, percebeu-se que a crença relatada fundamenta a representação social do tratamento odontológico durante a gestação como sendo um risco importante à saúde e até mesmo à vida do feto em desenvolvimento:

[...] antes de ficar grávida eu tava fazendo, arrumando os dentes... aí, parei [...] Aí voltar, só quando eu ganhar daí (gestante 3).

Por que você parou? (pesquisadora).

Por causa da gravidez, né? Que daí a gente tem que tomar anestesia. Tem dente que é obrigado a tomar anestesia e dizia que perde, aí fiquei com medo e não quis mais... é por causa do nenê! Diz que já teve aborto! (gestante 3).

Tal representação foi evocada por quase todas as gestantes entrevistadas e a

diversidade de assuntos que suscitou denota sua importância enquanto representação social que constrói conhecimentos e rege comportamentos. Uma das gestantes demonstra claramente como uma representação social atribui veracidade a um conhecimento do senso comum, determinando veementemente sua conduta em relação a seu conteúdo:

*[...] eu não, não vou, mesmo que o médico me receite: 'ah, tu pode ir!' Eu não vou, **EU** tenho medo! (gestante 2 – ênfase da gestante).*

A confiança no profissional parece possuir uma força persuasiva menor do que as representações sociais compartilhadas. Tal fato assume grande importância ao se verificar, por exemplo, que muitas mulheres, no momento em que a sua saúde se torna ainda mais importante por dela depender a saúde e a vida também de outro ser (MENINO, BIJELLA, 1995), não buscam tratamento odontológico (NARVAI, 1984; SCAVUZZI, ROCHA, VIANNA, 1998; GAFFIELD et al., 2001). E quando engravidam durante um tratamento iniciado, interrompem-no ou abandonam-no:

*Que eu tomava muito remédio pro dente [...] então quando eu engravidei, eu nunca tomei nenhum tipo de remédio, né? Então quando eu fiquei grávida, **deixei de canto, assim, a Odontologia** [sorri]. (gestante 2- grifos nossos).*

Albuquerque e Rodrigues (2001) procuraram identificar as barreiras ao atendimento odontológico de gestantes inscritas no Programa Saúde da Família em Cabo de Santo Agostinho e observaram que predominaram as barreiras concernentes ao nível individual: a crença popular que desaconselha o atendimento das gestantes, a baixa percepção da necessidade, o medo de sentir dor e as dificuldades de acesso ao serviço. Em relação à prática da profissão, as barreiras encontradas foram a dificuldade de comunicação com os dentistas, o descrédito em seus diagnósticos e nos procedimentos realizados. As barreiras referentes à sociedade incluíram a desarticulação dos serviços de saúde e a inexistência ou inadequação da educação em saúde. Os autores comentam também que as gestantes apesar de criticarem

o modelo vigente, comportam-se passivamente, o que enfatiza a necessidade do fortalecimento da ação comunitária com vistas à promoção da saúde.

Costa (2000) relata que não observou opiniões radicais quanto ao atendimento odontológico durante a gestação, provenientes de gestantes e que apesar das crenças que permeiam seu imaginário, muitas gestantes gostariam de ir ao dentista, até porque se preocupam com a prevenção, porém, as insuficientes condições financeiras e a dificuldade de acesso ao serviço odontológico público dificultam a ida ao dentista.

Entretanto, pode-se observar que nos centros de saúde de Florianópolis, mesmo sendo o atendimento odontológico prioritário e garantido para gestantes (oferecido no agendamento das consultas de pré-natal) e crianças de 0 a 6 anos de idade, devido ao Programa Capital Criança, desde maio de 1997, uma pequena proporção de gestantes realiza o tratamento (FLORIANÓPOLIS, 2003).

Os dados publicamente disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde não apresentam o número de gestantes atendidas, mas o número total de consultas realizadas. No ano de 2002 foram realizados 3.476 consultas à recém-nascidos e 4.122 testes do pezinho, contra apenas 1.257 consultas odontológicas à gestantes, sendo o total de gestantes atendidas um número menor que este último, já que o atendimento odontológico de uma gestante pode incluir muito mais que uma única consulta (FLORIANÓPOLIS, 2003).

As justificativas das gestantes entrevistadas nesta pesquisa para a não procura pelo tratamento odontológico durante a gestação incluem dificuldades financeiras, além do desconforto durante o atendimento odontológico, causado pela posição do paciente na cadeira e pelos odores dos produtos utilizados nos tratamentos, o medo de se sentir mal durante o atendimento ou de sentir dor num momento em que algumas mulheres se percebem mais sensíveis...

Por que era particular, né? Aí como eu parei de trabalhar também ficou meio difícil, né? (gestante 4).

Tenho medo que tenha que fazer alguma coisa e que eu sinta dor! [...] eu acho que é porque eu fiquei bem medrosa, né? [...] tenho medo de caminhar e levar um tombo [...] sempre tem que ter alguém... de passar mal e não ter ninguém. (gestante 5).

[...] deu positivo [o teste de gravidez] e não fui mais. Que aí é muito desconfortável, né? Grávida e arrumando os dentes [...] porque daí tu... tá enjoada ali, alguma dorzinha, às vezes o cheiro [...] O motivo mesmo é também a anestesia... né? É por isso mais que eu deixei de ir. Tem também a situação financeira, né, essas coisas. (gestante 3).

...mas é principalmente o medo de que alguma coisa no tratamento odontológico venha a prejudicar o bebê, que torna este tipo de atendimento durante a gestação uma idéia quase inconcebível para algumas pessoas:

[...] minha prima teve um problema no dente e o medi... dentista não fez nada [...] Eu achei que não podia fazer nada porque se pudesse ele teria feito alguma coisa no dente dela! Eu pra mim, na minha cabeça, isso era uma coisa impossível, ir no dentista tirar, arrancar um dente, durante a gravidez. (gestante 5).

Tenho medo que prejudique o nenê. (gestante 2).

Frauches, Coelho e Sathler (2001) constataram que 39% das gestantes de sua amostra acreditavam que o tratamento odontológico prejudica o bebê. No trabalho de Matta et al. (2001a) esse valor foi semelhante, 42%, enquanto que no de Maeda, Toledo e Pandolfi (2001) foi maior, 54,64%, sendo que 29,9% das gestantes acreditam que o tratamento possa causar aborto.

Scavuzzi, Rocha e Vianna (1998) relatam que 71,6% das gestantes que entrevistaram afirmaram que extrações dentárias não podem ser realizadas durante a gravidez e 41,7% acreditavam que anestésias também não podem ser aplicadas. Já a profilaxia, aplicação de flúor e restaurações eram entendidas como procedimentos possíveis de se realizar por 74%, 44,9% e 46,6% das gestantes, respectivamente.

Maeda, Toledo e Pandolfi (2001) reportam que 43,9% das gestantes que participaram de sua pesquisa admitiram sentir medo de fazer tratamento odontológico durante a gestação, apontando a anestesia (54,64%) e a possibilidade de hemorragias bucais como motivos para o medo.

Já Rosell, Montandon-Pompeu e Valsecki Júnior (1999) consideram que as gestantes possuem preconceitos e demonstram uma alta ansiedade perante os serviços odontológicos durante a gestação, mesmo os de finalidade preventiva.

Nesta pesquisa, o medo parece estar relacionado, principalmente, ao malefício em potencial de produtos químicos, cujo uso, as gestantes demonstram saber muito bem, deve ser evitado:

[...] não pode fazer isso, não pode fazer aquilo. Até mesmo assim, querer pintar meu cabelo: não, não pode! Por causa do cheiro da química, essas coisas assim. Se eu falar que vou no dentista, ele [o sogro] me mata. (gestante 6).

As gestantes também sabem que remédios são produtos químicos e que seu uso deve ser limitado às indicações médicas...

A gente quer tomar remédio pra gripe, não pode! Só coisinha light: 'Ai, chazinho de limão com mel, um charopezinho bem fraquinho...'. Não pode tomar nada...! (gestante 9).

[...] nem tomar nenhum tipo de remédio. Só por ordem médica. (gestante 2).

...e consideram que a anestesia usada no tratamento odontológico é um tipo de remédio, o qual pertence a regra de ser evitado. Wasytko et al (1998) afirmam que, de modo em geral, as gestantes tendem a superestimar o risco de teratogenicidade para o feto, resultante dos procedimentos e/ou de drogas usadas nos tratamentos médico e odontológico.

*[...] a anestesia é uma coisa que... que tipo, cai na corrente sanguínea, mesma coisa tipo pintar o cabelo! Também tá na pele, vai pra corrente sanguínea e **pode fazer algum mal pro bebê!** (gestante 12 – grifo nosso).*

*Eu até achei que o fato de não ser indicado pra... de gestante ir no dentista, fosse anestesia. Eu achava que tivesse alguma coisa [...] porque tem muitos remédios que grávida não pode tomar, né? Antibiótico, qualquer tipo de remédio... até mesmo assim remédio pra dor de cabeça... Eu achei que **anestesia** também poderia ser uma coisa mais **forte** e pudesse afetar alguma coisa no **neném** que fosse mais **delicado**, alguma coisa assim. (gestante 11 – grifos nossos).*

Nem mesmo a dor, apontada pelas gestantes como uma importante razão para a busca do tratamento odontológico, às vezes supera o medo e a resistência ao tratamento

durante a gestação. Parece ser mais adequado tolerar a dor do que ir contra o conselho da representação social:

Agora dói, mas não é um problema de “dooorrr” assim. Porque o meu dente, às vezes ele incha, por causa do tratamento de canal, que ele tá inflamado, imagina, vai fazer um ano que eu não vou no médico, no dentista, né? Então assim, quando dói eu vou ao dentista, agora que eu não tô indo, né, porque não posso tomar nenhum tipo de remédio. (gestante 2 – grifo nosso).

Estas observações vêm ao encontro das conclusões do original trabalho de Silva e Gomes (2001, p.136), a respeito das questões de gênero relacionadas à saúde bucal:

A carga social de gênero que se agrega à maternidade implica num enfrentar problemas de saúde, inclusive dores de dente, de forma solitária, uma vez que a busca de ajuda profissional pode significar para as gestantes, dentro do seu universo de conhecimentos construídos, um risco à saúde do bebê, risco este que não é socialmente permitido correr.

Uma das gestantes relatou ter ido ao dentista durante a gestação, mas “previdente”, preferiu sentir um pouco de dor a “arriscar” a saúde de seu bebê:

Já cheguei dizendo que tava grávida, que não queria tomar anestesia, porque eu tive essa lasquinha no dente. Daí deu medo! [...] Que eu tive um aborto [...] Então eu não queria passar qualquer risco de perder ela, sabe? [...] Não vou morrer por sentir dor! [...] Ele [o médico] me perguntou [...]: ‘ah, tá tomando alguma coisa?’. Eu disse: ‘Não. ‘Então evita!’ E eu mais ainda [...] que é tudo uma maneira de ter segurança de não passar nada pra ela [para o bebê], sabe? De não afetar nada ela [...] sempre preservando a saúde dela, né? De repente é a maior besteira! De repente não afeta nada! Mas [...] tudo eu tô evitando, não quero nenhuma agressão, nada. (gestante 8 – grifos nossos).

O medo que a maioria das gestantes sentem em relação ao tratamento odontológico especificamente durante a gestação não encontra fundamentos científicos, uma vez que a literatura assegura a possibilidade de realizá-lo sem maiores problemas, quando medidas de precaução são tomadas pelo profissional (CHIODO, ROSENSTEIN, 1985; LIVINGSTON, DELLINGER, HOLDER, 1998; SCAVUZZI, ROCHA, VIANNA, 1998; WASYLKO et al., 1998; SCAVUZZI, ROCHA, 1999).

O cumprimento “à risca” da recomendação médica enfatizada, associado à ausência do dentista no pré-natal (COSTA, 2000) e à falta de comunicação entre os profissionais das

áreas da saúde, no sentido de encaminharem todas as gestantes para o tratamento odontológico (CHIODO, ROSENSTEIN, 1985; GONZAGA et al., 2001) colaboram para a manutenção da representação social que desaconselha a ida ao dentista.

Porém, talvez seja o próprio receio dos dentistas em atender gestantes (NARVAI, 1984; ROCHA, 1993; LIVINGSTON, DELLINGER, HOLDER, 1998; SCAVUZZI, ROCHA, VIANNA, 1998; COSTA, 2000; MAEDA, TOLEDO, PANDOLFI, 2001) que tenha contribuído originalmente para a construção desta representação social, através de seu discurso científico. Bernd et al. (1992) e Scavuzzi, Rocha e Vianna (1998) concordam com essa possibilidade.

Narvai (1984, p.243) ao comentar a dificuldade que a população de gestantes enfrenta para conseguir assistência odontológica, aponta duas causas básicas:

[...] por um lado a crença, bastante difundida entre nós, de que 'mulher grávida não pode tratar de dentes'; por outro lado, a recusa pura e simples de boa parte dos cirurgiões-dentistas, em prestar serviços quando estes são demandados, sob alegações várias - na maioria das vezes alegações desprovidas de qualquer fundamentação científica e, infelizmente, reforçadoras do tabu referido.

Bernd et al. (1992) analisaram algumas possibilidades para a origem da percepção de que o tratamento odontológico na gravidez não é recomendável. Entre elas, a de que esta percepção poderia até mesmo ser um mecanismo de defesa das mulheres, tendo em vista os medos e traumas do tratamento odontológico e que poderia ser utilizado, por ser socialmente aceito e recomendado, em algumas fases da vida, como durante a gestação. Sem fechar-se em análises simplistas, os autores apontam como causas para a crença em discussão, a cultura popular e suas ambigüidades, a cultura científica e seus discursos, a prática odontológica e seu papel na sociedade.

Frente a todas estas constatações e reflexões, torna-se evidente a necessidade de se modificar o discurso profissional, através da inserção de maiores informações sobre o

atendimento de gestantes nos currículos dos cursos de graduação e nos meios de comunicação profissional, para que os dentistas assumam seu papel de promotores de aprendizado, “desmistificando” crenças como essa (SCAVUZZI, ROCHA, VIANNA, 1998).

Uma das gestantes, provavelmente não por acaso, a gestante com o maior tempo de estudo entrevistada, relatou ter tido necessidade de ir ao dentista durante a gestação e o fez por considerar que:

[...] não adianta ficar confiando no que as pessoas falam, pessoas que não tem conhecimento nenhum. Se tivesse algum problema, realmente teria que ver com a própria dentista, né? Não dá pra ficar levando em consideração, porque se a gente for levar em consideração, a gente não sai pra... não pega frio, não toma banho, não lava o cabelo antes de dormir, não faz um monte de coisa, né? [...] Sempre que eu tenho alguma dúvida, procuro ir direto no dentista... (gestante 11).

E sobre a sua ida ao dentista durante a gestação, continua:

[...] pelo que ele falou, o problema não é o fato de... a gestante tomar anestesia e sim, o fato de tá gerando uma ansiedade maior, um sofrimento, porque querendo ou não, acaba sempre tendo um pouquinho de sofrimento, né, uma cadeira de dentista e... daí ele até falou que, no caso eu que tô de 8 meses, ele acha que pode até acelerar, no caso, uma ansiedade, um sofrimento, uma movimentação, uma coisa maior possa acelerar alguma coisa do parto. Foi o que ele falou no meu caso, que tô de 8 meses, mais próxima. Agora, se fosse mais no início eu não sei, seria problema ou não, mas... pelo que ele falou eu acho que não. Corre muito boato também, né? (gestante 11).

Outro perigo percebido no tratamento odontológico durante a gestação foi apontado diversas vezes nos discursos das gestantes:

*[...] pensei assim que pra tirar **radiografia** que **mulher grávida não pode**, né? Daí imaginei que eu não ia poder ir no dentista por causa disso, sabe? (gestante 9 – grifo nosso).*

[...] dizem que quando a mulher tá grávida não é aconselhável, né, ir ao dentista. Tanto que quando a gente vai sempre pergunta: ‘é pra tirar o RX? Tu tá grávida? Se tiver grávida não pode’. (gestante 6).

Scavuzzi, Rocha e Vianna (1998) relatam que 41,7% das gestantes que entrevistaram posicionaram-se contra a tomada radiográfica durante a gestação.

Na realidade, o uso prudente da radiografia pode ser realizado durante a gestação sem problemas, porque a radiação ionizante é teratogênica apenas em doses bem maiores do que a necessária para uma ou duas tomadas radiográficas que possibilitam um diagnóstico

adequado de um problema odontológico específico. Séries radiográficas completas realmente não são aconselhadas às gestantes. A indicação deve ser restrita apenas ao necessário e todas as precauções rotineiras devem ser tomada: uso de avental de chumbo e de protetor tireoidiano, filmes de ultra velocidade e exposição rápida (CHIODO, ROSENSTEIN, 1985; LIVINGSTON, DELLINGER, HOLDER, 1998; WASYLKO et al., 1998; VIEIRA, AMORIM, ORIOLI, 1999; COSTA, 2000). A chance da radiação em Odontologia causar algum problema é mil vezes menor que o risco esperado de aborto espontâneo ou mal formação (SMITH, 1982 apud CHIODO, 1985; LITTLE e FALACE, 1997 apud LIVINGSTON, DELLINGER e HOLDER, 1998).

É interessante perceber que as pessoas procuram freqüentemente confirmar as representações explicitadas através de vivências próprias ou de outrem, ainda que apenas tenham ouvido dizer que alguma coisa do tipo representada tenha acontecido. Essa reafirmação do conteúdo representacional parece fazer parte do processo de desconstrução e de reconstrução que as representações sociais cotidianamente sofrem. Em diversos momentos das entrevistas, estas reafirmações puderam ser observadas, sendo apresentadas como justificativas práticas dos comportamentos adotados pelas entrevistadas:

*[...] por **dedução minha mesmo**. Tu [...] entra no consultório aí vai tirar RX, todo consultório que entra eles perguntam: 'ah, tu tá grávida?' Já é uma coisa que a gente já deve sacar que não é uma coisa legal: tá grávida, né, no dentista. (gestante 6 – grifo nosso).*

*Eu sei que depois que eu escutei, ouvi falar isso, aí **comecei a analisar** meus irmãos e eu, não tem? Agora também, não sei se é uma coincidência eu sair com meus dentes assim, ou... não sei mesmo! (gestante 7 – grifo nosso).*

***Diz que já teve aborto...** (gestante 3 – grifos nossos).*

Quem que disse? (pesquisadora).

*Um colega meu. Ele **disse que a irmã dele ou uma parente dele** perdeu gêmeos por causa de uma anestesia [...] Já ouvi dizer muitas vezes. Minha mãe também já falou. (gestante 3 – grifo nosso).*

*[...] **falaram que a minha mãe** tomou muito antibiótico quando ela tava grávida do meu irmão e por causa disso os seus dentes [...] começaram a cariar [...] ele cuidava muito bem dos dentes dele [...] Por isso de não ir no [...] dentista, quando eu to grávida e nem tomar nenhum tipo de remédio. (gestante 2 – grifo nosso).*

Por outro lado, algumas gestantes deixaram transparecer, no relato de suas

representações sociais, uma discreta desconfiança a respeito de sua veracidade, mas não o suficiente para questionar sua validade a ponto de reformulá-las com um novo significado:

[...] a mãe falou que é abortivo, né? Acho que não tem nada a ver, mas a gente acredita nas pessoas mais antigas, né? (gestante 4 – grifo nosso).

Então eu achei que, né, uma anestesia também podia dar... nunca perguntei pra ele (para o dentista)! Dava uma boa pergunta, nunca perguntei pra ele, isso! Mas sempre achei que não podia! Acho que não pode, né? (gestante 5 – grifos nossos).

[...] pode fazer algum mal pro bebê! Foi o que falaram. Eu não fui atrás pra... (gestante 12 – grifo nosso).

De modo geral, as gestantes parecem aceitar passivamente, como que inquestionavelmente, a “necessidade” de esperar o nascimento do bebê para “poder” retomar o tratamento odontológico, por entenderem que o fazem pelo bem do filho e, conforme anteriormente colocado por Silva e Gomes (2001), possivelmente também, pela questão de gênero:

[...] eu tô esperando ele nascer pra poder retornar. Quero que nada de mal aconteça pro meu filho! Imagina! Então eu já esperei dois anos, espero mais um pouquinho, né? (gestante 6).

[...] Então, tem que esperar... esperar... esperar mais um pouco, né? (gestante 6).

Outra representação social configurada pelas gestantes e bastante referenciada na literatura (FRAUNCHES, COELHO, SATHLER, 2001; SANTOS-PINTO et al., 2001), diz respeito a um prejuízo para a saúde bucal das mulheres, creditado ao estado fisiológico da gestação. Se o corpo da mulher como um todo se transforma por conta da fisiologia da gestação, é fácil entender porque as gestantes acreditam que os dentes também sofram alterações.

[...] os dentes ficam mais sensíveis pela mudança do organismo feminino, né? (gestante 11 – grifo nosso).

[...] uma coisa que fala também é que a criança suga todo o cálcio da mãe, né? E isso também prejudica os dentes da mãe. Não é mais ou menos isso que acontece? (gestante 12 – grifos nossos).

[...] a gente sabe é que com a gravidez os dentes ficam um pouco mais fracos, né? Tanto é que nunca tive problema de comer alguma coisa e quebrar um dente e aconteceu justamente agora [...] Porque o

neném suga tudo, né? [...] por exemplo, eu nunca tive problema de anemia, mas na gestação tive. Coisa pouca, mas tive. Porque o neném tá sugando todas... tudo no teu organismo ele tá puxando, né? Pra formação dele, então, não sei se é, mas talvez seja por causa disso [...] grande parte da porcentagem que tu come passa pro neném. Então... acho que nesse sentido, talvez ficaria mais fraco. (gestante 10 – grifos nossos).

O conteúdo das falas acima e a necessidade constante que as gestantes demonstram em explicar/fundamentar suas representações, remetem o raciocínio diretamente ao processo de formação e aos objetivos das representações sociais. Para Moscovici (1978, p.53):

[...] a transformação de um conhecimento indireto num conhecimento direto, constitui o único meio de nos apropriarmos do universo exterior. [...] Para que seja interiorizado, o conhecimento penetra no “mundo da conversação”, prosseguindo as permutas verbais depois de certo tempo. Uma frase, um enigma, uma teoria, apanhados no ar, aguçam a curiosidade, prendem a atenção. Fragmentos de diálogos, leituras descontínuas, expressões ouvidas algures retornam ao espírito dos interlocutores, misturam-se às suas impressões; brotam as recordações, as experiências comuns se apossam delas. [...] Cada um adquire uma competência enciclopédica acerca do que é objeto da discussão. À medida que a conversa coletiva progride [...] a sociedade começa a ser habitada por novas frases e visões. E cada um fica ávido por transmitir o seu saber e conservar um lugar no círculo de atenção...

A importância de se compreender a complexidade desta forma de conhecimento e de expressão, as representações sociais, reside na relação do que essa compreensão proporciona com o modo de trabalhar com a sociedade, composta por indivíduos que representam tudo e todos, a cada instante. Isto significa dizer que os profissionais da saúde só podem intervir na realidade socialmente construída, quando compreendem os modos pelos quais essa construção ocorre.

Nesse sentido, faz-se necessário relembrar que os conhecimentos do senso comum não são simplificações ou distorções do discurso científico, mas formas de conhecimentos elaboradas pelo comportamento humano criador, a partir também do discurso científico, mas não somente, na intenção de se constituir uma realidade compreensível, na qual as pessoas se movimentam (MOSCOVICI, 1978).

Com base nesse entendimento, a explicação da gestante abaixo, a respeito de como

soube que “a gestação enfraquece os dentes da grávida” pode ser melhor compreendida:

[...] aconteceu de eu comentar com uma pessoa que eu tinha quebrado um pedacinho do dente, ele disse: ‘é, geralmente na gravidez, tem que cuidar mais porque fica mais sensível, fica um pouco mais fraco’. Não saberia te dizer como é que ela soube. Com certeza alguém contou, a pessoa fica sabendo de outra pessoa, sabe? Mais ou menos assim que acontece. (gestante 10).

O questionamento da origem de tal conhecimento parece ter suscitado uma reflexão por parte da gestante, no decorrer da entrevista, situação que ocorreu diversas vezes ao longo das gravações e que trouxe à tona respostas que talvez não tivessem sido pensadas anteriormente:

É porque a gente fica muito também no que as pessoas falam. Tem que procurar ler mais e procurar ler sobre profissionais da área que escrevem sobre isso, pra que a gente fosse ter informações mais corretas. As pessoas, de maneira geral, têm o hábito: ‘Ah, porque eu ouvi isso, então... pra tal pessoa foi isso, pra mim vai ser também.’ Se a gente lesse mais sobre o assunto, talvez fosse chegar à conclusão de que não é bem assim. (gestante 10).

A representação, inicialmente tomada como verdade, passa pelo senso crítico de sua locutora que lhe confronta, mas que admite sua importância enquanto conhecimento presente e ao alcance de todos.

O enfraquecimento dos dentes durante a gestação, favorecendo a cárie dental é uma crença bastante difundida. Santos-Pinto, Uema e Ciuff (2001) verificaram em sua pesquisa que 40,7% das gestantes que entrevistaram acreditam que a gestação causa cárie. Um valor aproximado a este, 39%, foi encontrado por Frauches, Coelho e Sathler (2001).

Frente a esta representação é importante salientar que não existe uma relação direta de causa-efeito entre a gravidez e cárie. O que ocorre de fato, são mudanças hormonais que diminuem o pH do meio bucal e a capacidade tampão da saliva; mudanças na alimentação pelo aumento do consumo de alimentos açucarados nesse período e mudanças comportamentais, entendidas pela negligência com os cuidados de higiene bucal, além de maior presença de ácidos provenientes de vômitos. Juntos estes fatores favorecem a atividade da doença cárie (LIVINGSTON, DELLINGER, HOLDER, 1998; SALVOLINI et al.,

1998; CASAMASSIMO, 2001).

Scavuzzi, Rocha e Vianna (1999b) e Casamassimo (2001) afirmam que essa antiga crença de que ocorre uma descalcificação dos dentes da mulher durante a gravidez para suplementar minerais no crescimento do feto, não tem suporte científico.

Os minerais que passam para o bebê através da placenta e do aleitamento materno podem ser provenientes de diferentes processos biológicos, tais como o aumento no consumo alimentar e na absorção gastrintestinal de minerais, o decréscimo na excreção e a mobilização de minerais a partir do reservatório materno, o esqueleto (PRENTICE, 2003). Cabe aqui ressaltar as diferenças existentes (embriológicas, histológicas e fisiológicas) entre ossos e dentes, as quais as gestantes parecem desconhecer, o que fomenta a crença em questão.

Já é comprovado que o cálcio que compõe a parte estrutural da apatita dental é estável e não sofre dissolução. Assim sendo, podemos inferir que o feto se forma às expensas do cálcio ósseo e circulante e não do cálcio dentário (COSTA, 2000).

O “enfraquecimento” dos dentes por conta da gestação, tornaria-os mais susceptíveis às doenças bucais, o que poderia acarretar em perda de dentes. Provavelmente é este o raciocínio que embasa outra crença, internacionalmente conhecida: “um dente por filho” ou “um dente para cada gravidez”, mas que não possui nenhuma base científica (DASANAYAKE, 1998; SCAVUZZI, ROCHA, 1999; COSTA, 2000; CASAMASSIMO, 2001; GAFFIELD et al., 2001; MAEDA, TOLEDO, PANDOLFI, 2001). Esta crença não foi manifestada na superfície dos discursos coletados nesta pesquisa, mas a representação do enfraquecimento dos dentes sugere sua coexistência.

Maeda, Toledo e Pandolfi (2001) inferem que o não atendimento das gestantes durante o período pré-natal aumenta a já precária situação de saúde bucal das gestantes, fomentando a crença acima citada.

Também as mudanças hormonais durante a gestação que aumentam a resposta

inflamatória dos tecidos gengivais, resultando em gengivite (NARVAL, 1984; CUNHA, SANT'ANNA, CUNHA, 1985; SCAVUZZI, ROCHA, VIANNA, 1999a; 1999b), acabam por reforçar as representações sociais das gestantes:

[...] Ainda mais agora que agora a gente tem problema de sangrar muito, né? Isso eu li num livro! Que as grávidas é... têm problema de gengiva! Que sangra muito! E realmente a minha, parece às vezes que fica umas placas assim quando eu passo fio-dental... Meu Deus! Pareço uma vampira! (gestante 9).

Sobre este aspecto, Scavuzzi, Rocha e Vianna (1998) acreditam que o entendimento do sangramento gengival como algo normal durante a gestação é negativo, à medida que as gestantes podem estar negligenciando a higienização bucal por conta de tal representação social.

3.3.2 Orientação profissional, uma necessidade sentida

As gestantes mostraram-se repletas de dúvidas com relação à saúde bucal e aos cuidados que esta demanda, especialmente no tocante aos cuidados de bebês:

*Assim, como que eu vou cuidar? Eu sou meio... **sou inexperiente** ainda, né? (gestante 4 – grifo nosso).*

*[...] se quando ele tá crescendo os dentinhos, se já vai ter que escovar? Acho que não, é muito bebê, né? Ou sim ou não, **não sei!** (gestante 9 – grifo nosso).*

*Eu não, não sei, hum... como é que é, com que idade se costuma levar assim as crianças pro consultório do dentista, mas acredito que já com uns quatro anos, talvez até antes... até antes porque os dentinhos começam a nascer cedo, tudo, mas **não sei** precisar assim a idade... (gestante 10 – grifo nosso).*

A falta de conhecimentos é justificada pelo pouco contato com os profissionais da área, especialmente durante a gestação, como foi anteriormente discutido, pela ausência de sua tarefa enquanto educador para a saúde e pelo próprio desinteresse dos indivíduos, que pode ser compreendido pela falta de estímulo social para a participação e crítica popular:

Nunca conversei assim com o dentista, muito tempo, né? (gestante 3 – grifo nosso).

*[...] mas eu fui no dentista e **nunca me deu** nenhum tipo de explicação, se pode ou não pode, se devo, não devo... (gestante 2 – grifo nosso).*

Nunca me interessei realmente nesses assuntos, né, nunca parei pra pensar, pra... me informar, saber alguma coisa, nunca parei, não me informei de nada. (gestante 6 – grifo nosso).

Os profissionais que mantêm um contato mais freqüente com as gestantes parecem não estar conscientes da importância da atenção odontológica no pré-natal (COSTA, 2000; GONZAGA et al., 2001) e por isso deixam de contribuir, através de orientações e encaminhamentos, para com a saúde de suas pacientes e de seus filhos em desenvolvimento. Tal fato foi também comentado pelas entrevistadas:

Da médica não. Nada, nada. Nem citou [que deveria procurar o dentista]. (gestante 11).

E o meu médico também, a gente não entrou nesses assuntos assim ainda, né? (gestante 8).

Nenhuma das gestantes participantes deste estudo recebeu orientações sobre os cuidados para com a sua saúde bucal durante a gestação, nem sobre a necessidade de procurar o tratamento odontológico neste período e, muito menos, a respeito da saúde bucal de bebês. Este resultado é semelhante ao de Rocha (1993) que verificou em sua pesquisa que 95% das gestantes que entrevistou não receberam nenhum tipo de orientação sobre saúde bucal no período pré-natal; ao de Scavuzzi, Rocha e Vianna (1998), cujo percentual foi de 93,6%; e ao de Zardetto, Rodrigues e Ando (1998), 93,7%. Já Santos-Pinto (2001) encontrou um resultado um pouco melhor, 67% das gestantes não haviam sido orientadas durante o pré-natal.

O pré-natal que vem sendo realizado, na prática, parece excluir a saúde bucal das pessoas. Ou será que foi a Odontologia que, de certo modo, se excluiu da saúde geral e, portanto, também da atenção pré-natal? De um modo ou de outro, esta realidade foi criticada por algumas gestantes:

Não tive orientação nenhuma. Nada. Não tive contato com ninguém... médico também não. Não me foi passado. (gestante 6).

Em nenhum momento, hum hum, nadinha. E olha que eu vou direto, todo mês, certinho, assim, controlando com a minha médica, ela nunca me orientou assim a ir no dentista. (gestante 9).

[...] eu sou mal informada, né? Não sei, deviam falar mais sobre isso [...] No posto de saúde, o dentista, né? Ou dar livrinho explicando essas coisas. Até mesmo o médico do pré-natal devia falar sobre alguma coisa. E só! O pediatra também podia explicar, né? (gestante 4).

No entanto, as críticas à assistência pré-natal vão além. Lemos (1994) comenta que apesar da gravidez ser uma experiência que envolve a mulher em sua totalidade, o modelo atual de atendimento pré-natal prioriza os aspectos biológicos e técnico-científicos, em detrimento dos psicossociais e somáticos, que consideram o aspecto social como fator determinante da situação de vida e qualidade da existência.

Antes mesmo da realização das entrevistas e da análise dos resultados, a ausência da Odontologia no atendimento pré-natal já levantava suspeitas e não apenas pelos conhecimentos decorrentes do exercício diário da profissão e pela revisão da literatura. No corredor do ambulatório de tocoginecologia do HU, local de encontro com metade das gestantes entrevistadas, uma placa afixada à parede apresenta as normas e rotinas do ambulatório para o incentivo do aleitamento materno:

A equipe interdisciplinar (**Enfermeiro, Psicóloga, Pediatra, Obstetra, Neonatologista, Nutricionista, Serviço Social**) proporcionará discussões e reflexões através de encontros e grupos de gestantes, trabalhando as questões de aleitamento.

Membros da equipe interdisciplinar (incluindo acadêmicos de Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social) deverão fazer no mínimo 2 reuniões com as gestantes, na sala de espera do Ambulatório, para abordar os temas acima (grifo nosso).

Observa-se, portanto, a ausência da participação do dentista e da Odontologia nesta equipe interdisciplinar, a despeito de toda a contribuição que este profissional e que a área têm a oferecer, também às questões da amamentação, desperdiçando-se um importante momento de encontro precoce entre dentistas e gestantes, fecundo para a educação em saúde

bucal.

Apenas uma gestante relatou ter tomado conhecimento sobre a existência e a necessidade do pré-natal “odontológico”, apesar deste estar disponibilizado na rede municipal de saúde de Florianópolis:

[...] eu tava lendo ali [em uma revista sobre filhos] sobre dente de neném... essa coisa assim e tava escrito que desde o início da gravidez já, mesmo tu tando grávida, tem que ir no dentista, pedir informações, pra ele explicar, ver como que vai ser, desde o começo. (gestante 2 – grifo nosso).

O grifo acima ressalta a representação social há pouco reconstruída, permeando o conhecimento recém adquirido da gestante.

O Programa Capital Criança inclui a assistência pré-natal com agendamento mínimo de seis consultas, prevê a formação de grupos de gestantes, onde elas escolhem os temas que desejam discutir e oferta o tratamento odontológico às gestantes no momento em que as consultas de pré-natal são marcadas. Para os bebês, a consulta odontológica inicial é agendada para o final do primeiro mês de vida e subseqüentemente até os seis anos de idade (FLORIANÓPOLIS, 2003).

Contudo, perante a falta do trabalho educativo junto às gestantes, pode se observar a presença de informações incorretas, dúvidas e confusões por parte destas mães de primeira viagem:

[...] o farmacêutico que disse que essa [escova dental] daqui é pra criança mesmo porque, né, não prejudica, porque depois quando ela tiver os dentinhos pode escovar que não prejudica, que é ortodôntica, né, que a gente diz... [confundindo escova com chupeta ortodôntica]. (gestante 1).

[...] eu também li sobre isso que a mulher grávida quando ta grávida, ela tem que tomar um tal de flúor que... não sei, já vai pro neném, já vai pros dentinhos e não sei o que... [a respeito do flúor pré-natal, já não mais prescrito na atualidade]. (gestante 2).

A existência destas dúvidas gera nas gestantes uma necessidade percebida de ir em busca de respostas e orientações. Confirmando as constatações de outros autores (BLINKHORN, 1981; TSAMTSOURIS, STACK, PADAMSEE, 1986; ROCHA, 1993; MENINO,

BIJELLA, 1995; COSTA et al., 1998; ROSELL, MONTANDON-POMPEU, VALSECKI JUNIOR, 1999; SCAVUZZI, ROCHA, 1999; COSTA, 2000; MATTA et al., 2001a; ROSSI, VALSECKI JUNIOR, 2001), todas as gestantes entrevistadas nesta pesquisa demonstraram o desejo de adquirir informações que venham em benefício da saúde de seus filhos:

[...] eu já pensei, né, em perguntar pra alguém assim mais experiente como limpar, porque eu não sei, né, não tenho experiência nenhuma. Já pensei nisso. (gestante 4).

[...] eu quero ter mais conhecimentos pra poder cuidar mais dos dentes dela, né? (gestante 6).

[...] porque uma criança com quatro, cinco meses de idade não se escova o dente com creme dental, do nosso creme dental, deve ter alguma coisa assim, própria, né? Eu quero assim, saber sobre isso, é isso que eu quero! (gestante 2).

*Só que todos os cuidados necessários eu ainda não conheço, né, tenho que buscar, tenho que ir nos dentistas pra saber, depois com o tempo, né? **Depois que nascer**, pretendo. Eu quero ir já no comecinho. (gestante 11 – grifo nosso).*

Entretanto, como não vislumbram a hipótese de realizarem tratamento odontológico durante a gestação, as gestantes guardam suas dúvidas para depois do parto não obtendo os benefícios do trabalho educativo pré-natal e perdendo a oportunidade de serem aconselhadas a realizar o tratamento de que necessitam antes do filho nascer. Tratamento este que, ao beneficiar a saúde da mulher grávida, beneficiaria também o desenvolvimento normal da gestação e a saúde dos bebês (LIVINGSTON, DELLINGER, HOLDER, 1998).

3.3.3 Integrando a saúde bucal ao pré-natal

As representações sociais relacionadas à gestação e à saúde bucal explicam, por um lado, a ausência de gestantes freqüentando consultórios odontológicos (NARVAI, 1984; SCAVUZZI, ROCHA, VIANNA, 1998). Em relação às representações constatadas, ainda é

interessante observar que aquela que trata do enfraquecimento dos dentes durante a gestação poderia suscitar a necessidade da ida da gestante ao dentista, afinal, se os dentes ficam mais sensíveis e susceptíveis a problemas, então buscar o auxílio profissional seria uma consequência esperada. Contudo a outra representação apreendida nesta pesquisa, que fortemente contra-indica a realização de tratamentos odontológicos durante a gestação se impõe consistentemente. O risco e, portanto, o medo dos procedimentos e materiais usados no tratamento, em especial da anestesia “abortiva” e dos raios X “causadores” de mal formação, embasam a representação que desaconselha a assistência odontológica curativa no período gestacional.

Diante desta situação, torna-se evidente a necessidade de se investir no trabalho educativo pré-natal, para “dirimir dúvidas das gestantes e trazer-lhes informações concretas, reais e fundamentadas nas Ciências da Saúde, minimizando a sua fragilidade psicológica, bem como a forte influência cultural nas suas tomadas de decisões.” (COSTA, 2000, p.137).

Por outro lado, a ausência do dentista na equipe de trabalho interdisciplinar do pré-natal, conscientizando todos os profissionais envolvidos a respeito da importância da saúde bucal para a saúde como um todo, de mães e filhos, e para o transcorrer tranquilo e saudável da gestação, é constatada também como causa do distanciamento das gestantes do tratamento odontológico.

O engajamento dos profissionais da equipe de pré-natal, bem como a inclusão do dentista na mesma e a integração, atualização e cooperação entre os membros dessa equipe, no intuito de um reforçar o trabalho do outro e de falarem todos a mesma linguagem quando na comunicação com as gestantes, são importantes medidas a serem implementadas. Acrescente-se a isso a necessidade de se priorizar o atendimento odontológico às gestantes, através de sua institucionalização, com consultas atreladas às do pré-natal (COSTA, 2000).

Uma terceira questão que se articula com o tema e que possivelmente o influencia sobremaneira, diz respeito ao despreparo dos profissionais da Odontologia para lidar com

pacientes gestantes e até mesmo sua recusa, sob alegações desprovidas de fundamentação científica, que acabam por reforçar a representação social que desaconselha o tratamento durante a gestação (NARVAI, 1984; BERND et al., 1992; ROCHA, 1993; LIVINGSTON, DELLINGER, HOLDER, 1998; SCAVUZZI, ROCHA, VIANNA, 1998; MAEDA, TOLEDO, PANDOLFI, 2001). Costa (2000) concluiu em sua pesquisa, que os dentistas possuem mais preconceitos para com o tratamento odontológico de gestantes, do que elas próprias e do que os médicos. As representações desfavoráveis dos profissionais, fortemente direcionadas para as preocupações com a segurança do tratamento curativo, poderiam então contribuir, negativamente, para as representações sociais das gestantes captadas neste estudo.

À luz destes resultados e do processo de penetração da visão científica no saber popular, através das representações sociais, emerge a necessidade de uma reflexão referente ao perfil do profissional que a Odontologia tem formado. A literatura aponta não somente para os aspectos específicos do tratamento de gestantes, minimizando os riscos superestimados também pelos profissionais e o seu conseqüente receio em atendê-las (SCAVUZZI, ROCHA, VIANNA, 1998; SCAVUZZI, ROCHA, 1999; MAEDA, TOLEDO, PANDOLFI, 2001; NARVAI, 2002), mas especialmente, para a compreensão da gestante enquanto ser humano holístico e multiplicador de conhecimentos, o que requer o que de melhor a atenção odontológica tem a oferecer: a sua ação integral - educativa, preventiva e reabilitadora (COSTA et al., 1998; COSTA, 2000).

3.4 Construindo as representações sobre a saúde (bucal) do futuro filho

3.4.1 Cuidar dos meus dentes pra poder cuidar dos do meu filho

No âmbito desse trabalho, as representações sociais das gestantes a respeito das relações entre a sua saúde bucal e a de seus futuros filhos ocupam uma posição central, pois foi a partir de seu questionamento que a idéia desta pesquisa foi concebida e desenvolvida.

A pergunta que intentava trazer à tona estas representações (“você acha que ao cuidar da **sua** saúde bucal estará **ao mesmo tempo** cuidando da saúde bucal **do seu bebê**?) fora cuidadosamente elaborada e repetida a todas as gestantes. A pequena, mas evidente confusão que a pergunta suscitou foi propositalmente mantida com o objetivo de levantar e colher todos os aspectos correlacionados que viessem à mente das entrevistadas.

Diferentes representações sociais puderam ser identificadas. Didaticamente, pode-se dizer que uma relaciona-se ao período pré-natal – a unidade ou a indissociabilidade entre a gestante e o feto durante a gestação - e que outras três relacionam-se ao período pós-natal: o relacionamento físico íntimo entre a mãe e o bebê, os cuidados tomados em comum e a mãe como exemplo para a aquisição de comportamentos saudáveis pelo filho.

“**A gestante e o feto como uma unidade**” constitui uma representação social que concebe o corpo, a saúde e o bem-estar do binômio mãe/filho como indissociáveis. Esta representação perpassa o discurso de todas as entrevistadas, tendo sido ancorada de diferentes formas, as quais permitem uma aproximação da compreensão que as gestantes possuem sobre a relação da sua saúde bucal com a saúde de seus futuros filhos:

- Através da alimentação das gestantes, pelo conhecimento que possuem e que é continuamente reforçado, sobre a importância de sua alimentação para o desenvolvimento saudável de seus bebês em formação:

[...] os médicos sempre dizem, tudo que a gente passa, sente, a criança também sente. Nisso com certeza, acho que tá a própria alimentação, né? Assim, não sei se tem alguma coisa a ver, mas... deve passar pra a criança [...] Penso de maneira geral, não tomar muito refrigerante, principalmente coca-cola que faz mal para a formação dos ossos, aquela coisa toda. Mas em relação aos dentes nunca tinha parado pra pensar mesmo... (gestante 10).

[...] tudo que eu tô ingerindo tá indo pra ela né? Então tá ajudando para quando ela tiver os dentinho

estar tudo direitinho... (gestante 1).

Vale comentar que através desta ancoragem, evidencia-se novamente a representação da saúde bucal como parte inseparável da saúde geral, uma vez que a pergunta formulada tratava da influência específica da saúde **bucal** das mães em relação à saúde **bucal** dos filhos e não de sua saúde geral;

- Através do uso de medicações pelas gestantes durante a gravidez, conforme anteriormente discutido, possuindo essas medicações efeitos negativos ou positivos sobre a saúde dos filhos, como crêem as gestantes:

[...] o meu dente, por mais que eu cuide dele assim, minha mãe teve uma época que tomava bastante antibiótico, meus dentes também [...] (gestante 2).

[...] li sobre isso que a mulher grávida quando tá grávida ela tem que tomar um tal de flúor que... não sei, já vai pro neném, já vai pros dentinhos e não sei o que... (gestante 2).

Cabe aqui lembrar que apesar da suplementação de flúor pré-natal ter tido sua prescrição descontinuada (CASAMASSIMO, 2001), por não ser recomendável à gestantes (SILVA, 1999) alguns médicos, provavelmente, continuam receitando-a:

O médico [...] passou um remédio que eu tomando desde o início, que é com... flúor, né? Até quando tiver amamentando é pra continuar tomando. (gestante 5).

A compreensão da odontogênese fetal e dos mecanismos de ação do flúor demonstram não haver evidência biológica para suportar algum benefício para o bebê através da suplementação para a mulher grávida (SILVA, 1999; VIEIRA, AMORIM, ORIOLI, 1999).

Entretanto, Costa (2000) também encontrou médicos e mesmo dentistas prescrevendo flúor associado a complexos vitamínicos no período pré-natal. Tal fato endossa a necessidade do trabalho interdisciplinar, da troca de conhecimentos entre as diferentes áreas da saúde e da atualização dos conhecimentos;

- Através de complicações na gestação decorrentes da falta de cuidados da gestante com a saúde bucal e através da transmissão de bactérias da boca da gestante para o feto:

[...] com problemas de dente eu posso ter algum problema na gestação, interno, que possa passar pra criança, então é bom ter sempre uma boa higiene, acredito que já, que ela não saia assim, com nenhuma complicação. Acredito que [...] o meu tratamento [vai] contribuir pro meu bebê. (gestante 6).

[...] a boca é uma porta pra milhões de bactérias, uma coisa bem contaminada! Então eu acho que se eu mantenho a minha higienizada [...] eu minimizo os riscos de contaminação de alguma coisa [...] pra não contaminar ela de alguma forma, né? Não sei como, contaminaria, mas eu acredito que seja assim, né? (gestante 8).

As gestantes acima citadas, apesar de desconhecerem os meios exatos pelos quais sua saúde bucal poderia interferir na gestação e na formação de seus bebês, imaginam que tais fatos poderiam ser possíveis, aproximando suas representações de uma realidade em potencial - a doença periodontal favorecendo o nascimento de crianças pré-termo e de baixo peso (OFFENBACHER et al., 1996; DASANAYAKE, 1998; ZANOTTI, MEDEIROS, AGUIAR, 2002);

- Através dos cuidados tomados pela gestante com a saúde bucal, apesar de não saberem explicar como esses cuidados beneficiariam diretamente a saúde bucal dos bebês. Costa et al. (1998) também puderam constatar que as gestantes que entrevistaram (62%) consideravam haver esta relação. Novamente, a representação da saúde e da saúde bucal como indissociáveis:

Agora nesse período que eu tô grávida eu acredito que não tem como eu... é... prevenir, é... imagina! Eu não tenho nem noção, né, por ser primeira gravidez [...] de como prevenir, ou mesmo não sei se tem como prevenir, ele não tem nem dente ainda, imagina! Então assim, eu tenho que fazer a minha higiene correta! (gestante 7).

[...] eu tenho que cuidar da minha higiene bucal, pra passar pro meu filho, porque pode passar sei lá, eu não entendo, nunca ouvi falar se pode acontecer alguma coisa com ele [...] eu quero sempre tá bem pra que ele se sintam bem também [...] Ah, é que ele tá dentro de mim [sorri.] Acho que eu me cuidando já tá beneficiando a ele lá dentro... (gestante 2).

Em suma, a indissociabilidade entre o organismo da gestante e o do feto parece ser

suficiente para justificar qualquer tipo de relação entre a saúde bucal de um e de outro. A representação social compartilhada por todas pode ser exemplificada de um modo geral através da seguinte reflexão:

*[...] se eu tenho uma boa saúde, tenho uma boa higiene, como certeza ele também tem! [...] Porque é o organismo da pessoa que **tá dentro**, é uma coisa assim que **não tem como não passar**, né? (gestante 7).*

A relação entre a saúde bucal da mãe e a saúde bucal do bebê, após o nascimento foi representada de três diferentes maneiras:

Primeiro, pelo **relacionamento físico íntimo entre a mãe e o filho**, ancorada:

- No aleitamento materno que dá continuidade ao vínculo físico pré-natal entre a mãe e o bebê:

Porque ela tá amamentando o leite e isso tá ajudando para a saúde bucal [...]. Através do leite, né, materno, se tem a saúde bucal decente, assim, direitinho, pra não afetar o leite, para não passar para ela, né? (gestante 1).

- Na transmissibilidade bacteriana, da boca da mãe para a boca do filho:

[...] quando eu for dar papinha, por exemplo, eu experimento se tá quente, tá frio, tu vai colocar na tua boca e às vezes pode bactéria da tua boca passar pra boquinha do teu filho! [...] Então eu acho assim que isso pode prejudicar o meu filho (gestante 2).

Porque... o hálito essas coisas, né? E todos os micróbios que a gente tem passa pra outra pessoa, né? Com certeza que eu vou beijar ela, essas coisas assim. Vou tá passando pra ela, né? (gestante 5).

Esta representação demonstra que algumas gestantes estão positivamente conscientes da possibilidade de transmissão de bactérias entre as pessoas, especialmente da transmissão vertical (entre mães e filhos), assim como nas pesquisas de Barbosa e Cheloti (1997) e de Santos-Pinto et al. (2001), onde 31% das gestantes conheciam/imaginavam esta possibilidade. Já no trabalho de Maeda, Toledo e Pandolfi (2001), este percentual aumentava para 47,7%, no de Oliveira (2002), para 51% e no de Costa et al. (1998), 53%.

É interessante perceber a presença do saber científico relativo à transmissibilidade

bacteriana nas representações sociais das gestantes, apesar de que o papel das bactérias na etiologia das doenças bucais parece confuso para as entrevistadas, como relatado no início deste capítulo. De qualquer forma, constitui mais um conhecimento presente, potencialmente capaz de beneficiar a saúde das pessoas.

Segundo, **pelos cuidados em comum**, ou seja, a saúde bucal da gestante influencia a saúde bucal do filho, à medida que os cuidados que são tomados em virtude de um, também os são para o outro:

[...] se eu cuido da minha, porque não a dele? Se eu cuido da dele, porque não a minha? (gestante 3).

Uma coisa eu acho que tá ligada na outra, assim! Se eu me preocupo comigo porque que não vou me preocupar com ele, né? (gestante 9).

[...] eu cuidando dos meus vou tá ensinando pra ela depois como cuida [sorri]. Cuidar dos meus dentes pra poder cuidar dos dela. (gestante 6).

É positivo constatar que as gestantes compartilham tal representação social, mas se faz necessário perceber, porém, que os cuidados com a saúde bucal não dependem apenas da vontade própria dos indivíduos e de seus conhecimentos, mas de todo um contexto ambiental, social e comportamental favorável, que dê condições para que os cuidados sejam adequadamente realizados. Desta forma, entende-se que a relação entre a saúde bucal da mãe e a do filho é mediada pela realidade social em que vivem, fato que parece não ser percebido pelas gestantes.

Terceiro, **pelo exemplo fornecido pelas mães a seus filhos**, com relação aos cuidados com a saúde bucal:

Os pais para o filho... a gente é pra eles como um herói, né? Então, assim, os filhos geralmente vão pegar, seguir o que os pais seguem. Então, se eu fizer as coisas correta, a higiene correta nos meus dentes, ele vai ver! Então ele também vai fazer correto, ele vai querer seguir, fazer o mesmo que eu faço. (gestante 7).

[...] acho que é o exemplo [...] a gente aprende muito [...] com o visual [...] Então se ela vê, de repente a gente termina de tomar café da manhã, levanta, vai lá e escova o dente, ela vai vendo [...] que é normal isso aí, faz parte da vida de uma pessoa, sabe? (gestante 8).

Ela vai se espelhar talvez no que eu faço, principalmente quando criança. Dessa forma, talvez se eu cuidar de mim, eu vou tá também cuidando dela... (gestante 10).

Não adianta eu ficar cobrando dela, que ela cuide bem dos dentes, que escove, se não for fazer a mesma coisa. Acho que eu tenho que... pra tudo é assim, né, primeiro a gente tem que fazer, tá fazendo certinho pra criança aprender. (gestante 11).

Esta representação, que foi a mais referenciada pelas gestantes, está de acordo com o trabalho de Chen (1986) que constatou ser o comportamento das mães quanto aos seus próprios hábitos de saúde o principal fator influenciador na aquisição de hábitos de saúde por parte das crianças, mais do que o nível sócio-econômico das mães ou suas crenças a respeito da saúde bucal.

O dito popular que afirma que “se educa pelo exemplo” embasa esta representação social apreendida que em muito pode contribuir na promoção da saúde de gestantes e de seus futuros filhos.

3.4.2 Amor de mãe: desejos e compromisso com a saúde do filho

Todas as gestantes entrevistadas acreditam que poderão contribuir ativamente para a saúde bucal de seus futuros filhos. De um modo geral, quando questionadas sobre esta contribuição, responderam entusiasmadamente:

Claro, com certeza! (gestante 12 – grifo nosso).

Ah, sem dúvida! Hoje a gente tem mais informação que minha época tinha, quando eu nasci. Tu tens mais acesso às informações. (gestante 10 – grifo nosso).

Ah, lógico!... É, claro... É obrigado, né? (gestante 3 – grifo nosso).

Pode-se perceber que para algumas gestantes, a pergunta soou óbvia, talvez porque se sintam mais do que capazes de contribuir com a saúde dos filhos, verdadeiramente responsáveis por ela, assim como as gestantes entrevistadas na pesquisa de Silva, Lopes e

Menezes (1999), onde 69% afirmaram sentir-se capazes de evitar a cárie em seus futuros filhos.

O papel de mãe enquanto promotora de saúde, parece querer ser assumido com satisfação pelas entrevistadas, tendo em vista a representação social que constitui e a vontade e determinação que demonstraram, em cuidar da saúde bucal de seus bebês:

*Eu pretendo! **Eu quero** cuidar bem. (gestante 6 – grifo nosso).*

*Ah, sim! **Vou ser bem caprichosa!** [sorri]. Não vou relaxar nem um pouquinho! (gestante 11 – grifo nosso).*

*Ah, com certeza! Imagina! **Vou cuidar** melhor do que os meus! [sorri] Ah, isso sem dúvida! (gestante 7-grifo nosso).*

Por outro lado, a responsabilização individual das doenças através da higiene bucal é transferida à família quando se trata da saúde de uma criança pequena (NUTO, 1999), de tal forma que algumas gestantes atribuíram a essa responsabilidade uma conotação de obrigação, especialmente aquelas que relataram ter recebido pouca orientação de suas famílias para os cuidados com a saúde bucal:

*É uma **obrigação minha**, lógico, minha e do meu marido, porque ele [...] já teve muita cárie, é a mesma coisa do que eu, mas ele fala e eu também falo pra ele, o neném vai ter uma educação diferente, né, da higiene bucal. (gestante 3 – grifos nossos).*

*Pra ela vir bem, ter uma boa dentição, dentição perfeita pra mais tarde ela não ter problemas e **não vir depois brigar**, né, porque não cuidei, porque não passei, não ensinei o certo... (gestante 6 – grifo nosso).*

As gestantes expressam desejos no sentido de que seus filhos sejam saudáveis. Mas como representam a saúde pela ausência de doença, serem saudáveis para elas significa não terem doença e, portanto não sofrerem:

*Que ele tenha os dentes branquíssimos, limpíssimos e que eu nunca precise levar ele ao dentista. Nunca levar assim, no caso assim de... sei lá, **extrair ou obturar um dente**, que não chegue a esse ponto assim, que eu quero cuidar muito bem. (gestante 2 – grifo nosso).*

*[...] educar ele conforme assim a gente sabe que depois assim ele não vai **sofrer com a... ah, dor de dente**, essas coisas, né? (gestante 12 – grifo nosso).*

A preocupação de evitarem o sofrimento do filho está calcada em suas experiências e representações sobre a saúde bucal, assim como as atitudes que pretendem tomar no sentido de evitar o sofrimento dos filhos:

*[...] pra evitar tudo que **a gente já...** tudo que pode acontecer, né? (gestante 11 – grifo nosso).*

*[...] **já tive problemas** com meus dentes, ainda tenho. Espero que agora com isso, sirva de lição para que eu possa cuidar bem da higiene bucal do meu filho [...] porque têm crianças que sofrem bastante, então eu não quero que meu filho sofra [...] com dor de dente [...] com cárie, que não precise gastar com ele. (gestante 2 – grifo nosso).*

*[...] a gente não quer que os filhos passem o que **a gente passou**, mais assim na saúde, né? Então tudo que a gente puder fazer pra evitar, a gente tem que fazer, enquanto tiver ao alcance da gente, a gente vai fazer. (gestante 7 – grifo nosso).*

Ferreira (2002) observou em seu estudo, que a prevenção foi mencionada enfaticamente no cuidado dos filhos, de modo que estes não estejam tão vulneráveis às doenças quanto os próprios sujeitos estiveram.

A vontade de dar aos filhos o que as mães não puderam ter e a sensação de ao fazer para o filho estarem fazendo para si próprias, características tão peculiares do “ser mãe”, também puderam ser captadas neste estudo:

*[...] ter uma boquinha perfeita pra poder sair no mundo [...] poder dar um aparelho se ela for precisar [...] se nascer meio torto ou com falhas [...] pra não ficar faltando algum dente [sorri]. No meu caso ainda tenho falta de dente, a minha família né, são... acho que é genético isso [...] então ficam aqueles dentes ralos, aparecendo, pra ela não ter vergonha mais tarde de né? [...] porque as crianças, as amiguinhas vão rir [...] **Eu não pude ter e quero passar pra ela, né?** Quero cuidar ao máximo dos dela. (gestante 6 – grifo nosso).*

*[...] pra ele pode ser diferente, pode ser não, vai! Ele vai se sentir melhor, mais agradável. Assim, **ele vai se sentir melhor e eu também vou**, né? [...] o que eu puder pagar, arrumar o que precisar, eu arrumo. Que daí quando ele tiver a minha idade, lógico, ele vai ter outras coisas pra se preocupar! Daí já sabe o certo. (gestante 3 – grifo nosso).*

Vale comentar que o “ser mãe” é uma construção histórica, cultural e social, assim como a importância da maternidade também é socialmente determinada (LEMOS, 1994). Como recorda Lemos (1994), até o século XVI, o comportamento da mulher em relação à maternidade oscilava entre a indiferença e a rejeição, tanto que os recém-nascidos eram

entregues aos cuidados de amas de leite. A partir da segunda metade do século XVIII, com os descobrimentos científicos e com idéias decorrentes do novo discurso econômico, ocorre uma transformação nos costumes e nos valores sociais, passando o amor materno a ser reconhecido e valorizado socialmente como o vínculo afetivo mais importante para a sociedade.

Perante os desejos maternos expressos e os compromissos que estão dispostas a assumir e, sendo a gestação um momento apropriado para o trabalho de educação em saúde, haja vista a receptividade e o interesse das gestantes por temas que contemplem a saúde de seus futuros filhos (TSAMTSOURIS, STACK, PADAMSEE, 1986; ROCHA, 1993; MENINO, BIJELLA, 1995; COSTA et al., 1998; SCAVUZZI, ROCHA, VIANNA, 1998; ROSELL, MONTANDON-POMPEU, VALSECKI JUNIOR, 1999; SCAVUZZI, ROCHA, 1999; COSTA, 2000; MATTA et al., 2001a; ROSSI, VALSECKI JUNIOR, 2001), cabe aos profissionais aproveitar esta motivação materna intrínseca para despertar nas gestantes os cuidados que deverão desenvolver com seus filhos.

Mas como em qualquer outra situação de ensino-aprendizado, as orientações profissionais serão mais bem compreendidas e aproveitadas se forem elaboradas a partir dos conhecimentos e dúvidas que as pessoas possuem, resultando daí a importância de se compreender também as representações sociais que as gestantes constroem sobre os cuidados com a saúde bucal de seus futuros filhos.

3.4.3 Concebendo/ aprendendo cuidados

As representações sociais dos cuidados com a saúde bucal dos bebês, como não poderia deixar de ser, apóiam-se em todas as representações que até aqui foram examinadas

e são acrescidas pelos desejos das gestantes de que seus filhos sejam saudáveis.

A educação dos filhos, desde cedo, através do ensino, auxílio, estímulo e conscientização sobre a importância das práticas de saúde bucal como uma rotina necessária, incluindo entre elas, basicamente, a escovação e a ida regular ao dentista, permeia a representação de todas as entrevistadas:

[...] incentivar já desde pequeno a escovar os dentes, por mais que ele escove errado, deixá-lo escovar errado, depois eu escovo certo. (gestante 5 – grifo nosso).

[...] conscientizando, dando uma estimulada [...] pra ver se desperta esse hábito nela como sendo uma coisa boa, né, não uma obrigação! [...] tentar incentivar e mostrar pra ela o porquê. Mas ser uma hora boa! [...] faz parte, é um hábito que tem que ser diário. (gestante 8 – grifos nossos).

Levar no dentista desde pequenininha, se já tiver idade pra ir no consultório, já pra ir acostumando pra não ter aquele medo [...] então pra crescer sem esse medo e depois de maior, ela mesma saber a hora que precisar ir ao dentista, ir cuidar. (gestante 10 – grifos nossos).

Apesar das gestantes considerarem que a busca pelo tratamento odontológico deve ser precoce, percebe-se que a maioria delas desconhece o momento ideal para o início do acompanhamento profissional, que seria ainda no pré-natal, seguido de uma primeira consulta por ocasião da erupção dos dentes decíduos (OLIVEIRA, 2002).

Não deixar, não demorar muito, né, não ficar pra muito tarde a consulta com a dentista [...] A partir que ela já começar na troca dos dentes [...] levar ao dentista regularmente e ver se vai sair todos perfeitos, então, a partir daí eu vou tentar levar sempre, cuidar [...] levaria antes, assim uma vez por ano pra dar uma olhada, mas depois sim eu, depois da troca [...] eu vou levar sempre com frequência que puder né, sempre que der [sorri]. (gestante 6 – grifos nossos).

Este desconhecimento está relacionado, conforme já discutido, à representação do tratamento odontológico como sendo de caráter curativo...

Levar ao dentista toda vida, que precisar. (gestante 1 – grifo nosso).

E quando detectar algum probleminha, correr pro dentista. (gestante 12 – grifos nossos).

...muito embora a decisão de procurar o dentista para a obtenção de esclarecimentos e orientações com relação à saúde dos filhos também seja uma constante em seus relatos:

[...] levar no dentista pra verificar, ver se pode ou não pode passar fio-dental, qual o tipo de creme, essas coisas [...] o dentista pode ajudar, dar informações. (gestante 2 – grifos nossos).

Outro conteúdo presente e bastante consistente nas representações sociais que as gestantes constróem sobre os cuidados com a saúde bucal de seus filhos, é a necessidade de que estes cuidados sejam realizados desde o início por elas próprias, através da higiene da boca do bebê e, posteriormente, através da escovação dental:

[...] enquanto a criança é bebê, a gente tem que fazer a higiene na boca do neném, né, que o leite fica na lingüinha dele tal, então é bom pegar um [...] algodão ou é uma gaze, que tem que passar na boquinha dele pra que quando os dentes dele comecem a... nascer já tenha os dentes saudáveis, mesmo sendo os dentes de leite, né? [...] começou a se alimentar, ensinando a escovar, sempre tendo a higiene na boquinha dele, né? Pra quando perder os dentes de leite vem os dentes saudáveis, né? (gestante 7).

[...] pretendo limpar a boquinha agora quando neném, depois quando tiver dentinho já vou escovar, né? (gestante 4).

Este achado concorda com o de Tsamtsouris, Stack e Padamsee (1986) que relataram que a maior parte dos pais por eles entrevistados (75,7%) imaginava que a escovação dos dentes deveria ser instituída a partir da erupção dos dentes, sendo que 45% deles acreditavam existir um modo específico de escovar os dentes dos bebês, apesar de desconhecê-lo.

Oliveira (2002) ao entrevistar mães de crianças pequenas verificou que a maioria das mães realiza a limpeza da boca/dentes de seus filhos (85%), sendo elas próprias as responsáveis diretas por este procedimento em 66,9% dos casos.

Percebe-se que a necessidade da higiene bucal está bem difundida (BLINKHORN, 1978; 1981; BARBOSA, CHELOTTI, 1997) o que vem ao encontro da recomendação profissional no sentido da prevenção precoce da cárie dental, inclusive da cárie rampante, uma forma aguda de manifestação da doença que ocorre devido à falta de higiene após mamadas demasiadamente prolongadas, especialmente as noturnas que ocorrem com a criança dormindo, quando o reflexo da deglutição e a salivação estão diminuídas

(FERNANDES, GUEDES-PINTO, 1997; CASAMASSIMO, 2001). Nesta situação, o leite permanece mais tempo em contato com os dentes sendo fermentado, além do que, a saliva, responsável pela homeostase bucal através de sua capacidade tampão (remoção e neutralização dos ácidos da placa) e ação antimicrobiana (por meio de enzimas e imunoglobulinas), não exerce seu papel protetor, favorecendo intensamente o processo cariioso (FERNANDES, GUEDES-PINTO, 1997).

Nenhuma gestante fez referência à cárie rampante, apesar de terem demonstrado conhecer a orientação para a higiene da boca do bebê após a amamentação. Nos trabalhos de Tsamtsouris, Stack e Padamsee (1986) e de Silva, Lopes e Menezes (1999), a cárie de mamadeira também demonstrou ser desconhecida por 83,8% e 98% das gestantes entrevistadas, respectivamente.

Sendo a escovação a principal prática de higiene bucal realizada pelas gestantes, esperava-se que ela também estivesse incluída nos cuidados com a saúde de seus futuros filhos, como realmente se pode verificar. Do mesmo modo, a ausência do fio-dental entre as práticas de cuidados das gestantes também foi notada em relação aos cuidados que pretendem realizar com seus filhos.

A restrição de alimentos cariogênicos para as crianças também foi coerente com as representações previamente apreendidas, tendo sido mencionada por algumas gestantes que parecem estar conscientes de que o importante é racionalizar o consumo do açúcar:

[...] não dando muito doce, muitas coisas para ela desde pequena, tentando evitar o máximo de doçuras, refrigerantes, coisas assim, né? (gestante 1).

[...] quando ele quiser comer um doce ele pode comer, mas vai escovar os dentes [...]. (gestante 3).

O cuidado com a transmissibilidade de microorganismos entre mãe e filho também foi mencionado...

[...] eu mesma não posso nem colocar, né, experimentar a comidinha dele, com a mesma colherzinha

(gestante 2).

[...] não beijar assim na boca da criança porque é bonitinho [...] isso dá aquele sapinho (gestante 12).

...assim como a escolha de instrumentos apropriados para os cuidados com a saúde bucal de bebês e crianças, atentando para o fato das gestantes estarem conscientes da existência de recursos especiais que colaboram para o desenvolvimento saudável de seus filhos:

[...] tem uma escova própria pro bebê de quatro a seis, sete meses, não sei [...] eu quero tentar, eu quero comprar a escova. (gestante 3).

[...] já ganhei até aquela escovinha [sorri] que a gente coloca no dedo [dedeira para limpeza dos dentes de bebês]. (gestante 8).

[...] procurar usar também as coisas certas, né? Eu sei que chupeta não importa [...] qual seja, é ruim! Mas procurar aquela que é menos ruim, né? O biquinho da chupeta também daquele jeito, da mamadeira. Procurar ser o menos ruim, né? Que bom eu sei que não, é, mas... qual a criança que não chupa um chupeta, né? Mas eu não vou tirar do meu filho isso, né? [...] ter os cuidados com a chupeta, né? Não deixar muito tempo. (gestante 5).

3.4.4 Aproximar gestantes e Odontologia: um desafio fundamental

Mediante o exposto, podem-se elencar os elementos preponderantes nas representações sociais das entrevistadas sobre a saúde bucal de seus futuros filhos e tecer algumas considerações a respeito:

1 - As gestantes entendem que a sua saúde bucal pode influenciar a saúde bucal de seus filhos e representam esta influência mediada pela unidade que gestante e feto constituem durante a gestação, pelo contato físico íntimo entre a mãe e o bebê após o nascimento, pelos cuidados tomados em comum para ambos e pelos exemplos de cuidados com a saúde bucal que a mãe passa ao filho.

A importância das gestantes compreenderem que existe uma relação entre a sua saúde bucal e a de seus filhos reside na motivação que esta compreensão lhes proporciona na

direção de se “tornarem” mais saudáveis, para desta forma beneficiarem seus bebês. Ainda que algumas representações sociais apreendidas não coincidam com a visão que a ciência apresenta, a representação social da inter-relação aqui discutida é benéfica e desejável sob o ponto de vista da promoção de saúde, pensando-se na motivação das gestantes para o autocuidado e para a busca do cuidado profissional, antes, durante e após a gestação.

2 - A maternidade é representada, perante as questões de saúde, como um compromisso da mulher com seu filho, no sentido de assumir a responsabilidade pela promoção de sua saúde.

As gestantes demonstram estar dispostas a fazer todo o necessário para que seus filhos sejam saudáveis e parece perceberem que isso inclui o cuidado com a sua própria saúde, como sugere a fala de uma delas:

Eu mesma vou ter que cuidar muito mais ainda do que eu cuidava agora, né? (gestante 2).

3 - Os cuidados que as gestantes pretendem realizar em relação à saúde bucal do futuro filho são representados, basicamente, pela educação do filho para o autocuidado, pelo tratamento odontológico precoce e regular, na busca de orientações profissionais e assistência curativa, pela higiene realizada na boca do bebê após o aleitamento e pela escovação de seus dentes a partir da erupção dos primeiros elementos dentais.

O momento exato para a primeira consulta odontológica e a importância do tratamento profissional preventivo são desconhecidos pelas gestantes que apresentam muitas dúvidas sobre como proceder e com quais produtos realizar a higiene dos bebês, mas o desejo de procurar o profissional da Odontologia para estes esclarecimentos foi expresso em todas as entrevistas realizadas.

Em resumo, as gestantes possuem uma motivação, em potencial, para cuidar da própria saúde bucal pensando nos filhos e para buscar informações sobre os cuidados que deverão ser tomados com a saúde bucal dos bebês. Faz-se necessário, então, colocar as

gestantes em contato com a Odontologia durante o período pré-natal, apesar das representações sociais que as afastam do dentista, para que recebam toda a orientação profissional necessária e para que sejam encaminhadas ao tratamento preventivo-reabilitador, pois somente mulheres saudáveis que saibam se cuidar promoverão, efetivamente, a saúde de seus filhos.

Essa etapa, fundamental para promoção de saúde será, no entanto, apenas o primeiro passo de uma longa caminhada. O maior desafio que se apresentará então, será manter a motivação das mães permanentemente viva após o nascimento dos bebês, em meio às dificuldades da vida cotidiana e ao cansaço dos cuidados diários com os filhos, para que cresçam com sua saúde assistida.

Neste sentido, a criação do vínculo dentista-gestante, no momento inicial é primordial, pois poderá ser substituído pelo vínculo dentista-mãe-bebê num segundo momento e posteriormente, dentista-criança, dentista-adulto/gestante, conformando um círculo de saúde que recomeça a cada nova geração, estendendo seus benefícios a todos. O profissional capaz de dar o impulso inicial a essa roda viva, sentir-se-á profissionalmente e humanamente satisfeito.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que os objetivos da pesquisa ora apresentada foram alcançados, pois a compreensão das representações sociais das gestantes foi possível, indo mesmo além dos objetivos específicos inicialmente definidos, em virtude da riqueza de assuntos que a entrevista semi-estruturada proporcionou e que a teoria das Representações Sociais permitiu analisar.

A respeito da primeira categoria analisada, o perfil das gestantes, é ainda necessário comentar que a percepção de diferenças nos comportamentos e nas representações em virtude da condição sócio-econômica não constituía um compromisso deste estudo, apesar de algumas considerações terem sido feitas no decorrer da análise dos resultados. A inclusão de gestantes de diferentes classes sócio-econômicas teve por objetivo, no entanto, possibilitar a apreensão das representações sociais de gestantes a partir do senso comum.

A segunda categoria, a saúde bucal da própria gestante, permitiu a objetificação das representações sociais da saúde bucal, das práticas de autocuidado, do tratamento odontológico, do aprendizado em saúde bucal, entre outras, tendo sido sinteticamente apresentadas no item 3.2.7. Estas representações vieram ao encontro dos resultados de outros autores, o que favoreceu a discussão de seu conteúdo e uma conseqüente reflexão sobre a Odontologia na vida cotidiana das gestantes.

Algumas das crenças relatadas na literatura odontológica puderam ser confirmadas e melhor compreendidas, em relação a sua origem e persistência no senso comum, na discussão da terceira categoria, que tratou da relação entre a gestação e a Odontologia. Também a alta receptividade das gestantes por orientações profissionais pode ser corroborada, enfatizando-se a importância da inclusão da Odontologia na equipe interdisciplinar do pré-natal.

A quarta categoria, a saúde do futuro filho, colaborou na obtenção de novos conhecimentos que possibilitaram responder a um freqüente questionamento profissional: se as gestantes soubessem que o primeiro passo para a saúde de seus filhos é o seu próprio cuidado, elas se cuidariam mais? Os resultados deste trabalho sugerem que não. Na realidade, elas demonstram saber sim, sobre a influência de sua saúde bucal na saúde de seus filhos, mas é a existência de representações sociais relacionadas à gestação e à saúde bucal, em especial a que considera o tratamento odontológico durante a gestação um risco, que parecem interferir na busca do cuidado odontológico.

Para alterar esta realidade prejudicial à saúde materno-infantil, percebe-se ser necessário um adequado trabalho de educação em saúde bucal, que requer primeiramente, profissionais melhor preparados, conscientes da determinação social do processo saúde-doença, do seu papel de educadores e que se comprometam com a transformação da sociedade.

Nesse sentido, o emprego da pesquisa qualitativa representa um caminho para a aproximação do acadêmico/profissional da realidade social na qual trabalha. Especialmente a Odontologia tem muito a aprender com os resultados que este tipo de pesquisa possibilita e, principalmente, com a visão de mundo que a fundamenta, humanizando a pesquisa e a prática profissional.

O referencial teórico das Representações Sociais demonstrou ser pertinente e adequado para a compreensão dos saberes das gestantes que influenciam seus comportamentos em relação à saúde bucal, sendo recomendável para outros estudos que tenham no saber popular seu objeto de pesquisa.

Sem desconsiderar as dificuldades e limitações concretas dos serviços públicos de saúde, da formação de recursos humanos para a área, e da própria Odontologia, algumas **sugestões** são apresentadas em seguida, a partir dos resultados obtidos com esta investigação, no sentido de fornecer subsídios aos trabalhos de educação em saúde bucal e

de melhorar a assistência odontológica materno-infantil:

- Facilitar a superação do conceito de saúde enquanto ausência de doença e do valor da saúde bucal, atribuído basicamente à estética do sorriso socialmente importante;
- Favorecer o entendimento popular sobre a determinação social do processo saúde-doença, favorecendo a crítica e a ação comunitária;
- Desmonopolizar o saber científico através da ampliação da compreensão popular sobre as doenças bucais, para que seus meios de prevenção, além da escovação, adquiram significado, aumentando potencialmente seu uso;
- Atentar para o conteúdo e a forma dos discursos profissionais, influenciadores diretos de representações sociais;
- Divulgar amplamente a importância do atendimento odontológico preventivo, assim como a época ideal para o início da assistência odontológica, ainda no período pré-natal;
- Estimular e apoiar políticas públicas que desfavoreçam a oferta e o consumo da sacarose em prol de produtos mais saudáveis, trabalhando de forma multidisciplinar as questões culturais vinculadas ao açúcar;
- Ir em busca de uma maior aproximação entre a imprensa e os serviços de saúde, de forma a maximizar o aproveitamento de seu potencial informativo de ampla abrangência;
- Repensar e reestruturar a formação do cirurgião-dentista, enfatizando-se a educação problematizadora, centrada nas necessidades sentidas e baseada na troca dos saberes e de experiências entre profissionais e comunidade;
- Modificar o discurso e a atuação profissional, reforçadores da representação que contra-indica o tratamento durante a gestação, preparando o acadêmico adequadamente e levando informações concretas e seguras aos cirurgiões-dentistas

em exercício, pelos meios de comunicação e de atualização profissional;

- Priorizar o atendimento nos serviços odontológicos, antes, durante e após o período gestacional, de todas as mulheres em idade fértil, conscientizando-as da necessidade do tratamento odontológico também durante a gestação, para que propaguem juntamente com os profissionais essa informação que aos poucos poderá modificar a atual representação social;
- Incluir a Odontologia na assistência pré-natal, investindo no trabalho educativo junto às gestantes e atrelando o atendimento odontológico preventivo-reabilitador às consultas do pré-natal. Vale ressaltar que, provavelmente, sem a prévia conscientização das gestantes para a importância do tratamento durante a gestação, pouco adiantará ofertá-lo;
- Promover o trabalho verdadeiramente interdisciplinar no pré-natal, favorecendo a troca de informações e a cooperação permanentes, conscientizando todos os profissionais sobre a importância do atendimento odontológico da gestante;
- Favorecer o aprendizado do trabalho interdisciplinar ainda no período de graduação, entre os diferentes cursos da área da saúde, trabalhando a incorporação do conceito de indissociabilidade entre saúde geral e saúde bucal;
- Reforçar a representação social sobre a influência da saúde bucal da gestante/mãe na saúde do bebê, através da conscientização do papel do ambiente social e dos cuidados tomados em comum, estimulando o autocuidado por parte das gestantes e a sua procura por assistência odontológica e, portanto, estendendo benefícios aos bebês;
- Manter o suporte assistencial odontológico após o parto, às mães e bebês, para que o vínculo anteriormente criado tenha continuidade e possa, inclusive através de representações sociais, ampliar seus efeitos positivos à sociedade.

Diante de todo o exposto, espera-se ter colaborado na reflexão a respeito da assistência

odontológica materno-infantil que é necessária, a partir da realidade apreendida pelas representações sociais de gestantes. Que esta pretensa contribuição seja, na prática, revertida em melhores níveis de saúde à população.

REFERÊNCIAS

ABEGG, C. Notas sobre a educação em saúde bucal nos consultórios odontológicos, unidades de saúde e nas escolas. **Ação coletiva**, [Brasília], v.2, n. 2, p.25-28, abr./jun. 1999.

ALBUQUERQUE, O. M. R.; RODRIGUES, C. S. Barreiras ao atendimento odontológico de gestantes: um estudo qualitativo. **Pesqui. Odontol. Bras.**, São Paulo, v.15, p. 21, 2001. Suplemento.

ALDERSON, P. The importance of theories in health care. **B.M.J.**, [London], v. 317, n. 7164, p. 1007-1010, Oct. 1998.

ARAÚJO, F. B.; FIGUEIREDO, M. C. Promoção de saúde em Odontopediatria. In: KRIGER, L. (Org.). **Promoção de saúde bucal**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 285-348.

ARAÚJO, L. D. S. **Querer/poder amamentar**: uma questão de representação? 1991. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ARRUDA, A. As representações sociais. **Rev. Ciências Humanas**, Florianópolis, p. 9-23, 2002. Série Especial Temática.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**. Disponível em: <<http://www.anep.org.br/codigosguias/CCEB.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2003.

BARBOSA, T. R. C. L.; CHELOTTI, A. Avaliação do conhecimento de aspectos da prevenção e educação em odontologia, dentição decídua e oclusão, em gestantes e mães até os 6 anos pós-parto, como fator importante na manutenção da saúde bucal da criança. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, [São Paulo], p. 13-17, mar. 1997. Especial Temática.

BARCELOS, V. H. L.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. O texto literário e as representações sociais: uma alternativa metodológica em educação ambiental. **Rev. Ciências Humanas**, Florianópolis, p. 259-268, 2002. Série Especial Temática.

BASTOS, J. R. M.; PERES, S. H. C. S.; RAMIRES, I. Educação para a saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 117-139.

BERND, B. et al. Percepção popular sobre saúde bucal. **Saúde em debate**, [S.L.] n. 34, p. 33-39, mar. 1992.

BLINKHORN, A. S. Influence of social norms on tooth brushing behavior of preschool children. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, [Copenhagen], v. 6, n. 5, p. 222-226, Sep. 1978.

_____. Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers - sociological implications. **Int. Dent. J.**, [London], v. 31, n. 1, p. 14-22, Mar. 1981.

BOTAZZO, C. Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. In: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 17-27.

BRASIL. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria da Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: temas transversais**. Brasília: MEC/SEF. 1998. 436 p.

BUISCHI, Y. P.; AXELSSON, P. Controle mecânico de placa dental realizado pelo paciente. In: KRIGER, L. (Org.). **Promoção de saúde bucal**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p.115-140.

CASAMASSIMO, P. S. Maternal oral health. **Dent. Clin. North. Am.**, [Philadelphia], v.45, n. 3, p. 469-478, Jul. 2001.

CHAVES, M. M. Introdução. In: _____. (Org.). **Odontologia Social**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1977. p. 5-22.

CHAVES, S. C.; SANTOS, R. J. P. M.; SOUZA, A. P. M. Determinantes sócio-econômicos e a saúde bucal: um estudo das condições de vida e saúde em crianças com idade entre 3 e 5 anos na cidade de Salvador - BA (1996). **Rev. ABOPREV**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 3-8, 1996.

CHEN, M. S. Children's preventive dental behavior in relation to their mothers' socioeconomic status, health beliefs and dental behaviors. **A.S.D.C. J. Dent. Child.**, [Chicago], v. 53, n. 2, p. 105-109, Mar-Apr. 1986.

CHIODO, G. T.; ROSENSTEIN, D. I. Dental treatment during pregnancy: a preventive approach. **J. Am. Dent. Assoc.**, [Chicago], v. 110, n. 3, p. 365-368, Mar. 1985.

CHOR, D. Public health and behavior modification: a contemporary issue. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 423-425, Apr-Jun. 1999.

CHOR, D.; FAERSTEIN, E. An epidemiological approach to health promotion: the ideas of Geoffrey Rose. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 241-244, Jan./Mar. 2000.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal**. 1986. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/bucal/>>. Acesso em: 8 set. 2003.

_____. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Bucal**. 1993. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/bucal/>>. Acesso em: 28 ago. 2003.

_____. **Legislação específica: fluoretação**. 2003. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal>>. Acesso em: 28 ago. 2003.

CORDÓN, J. A construção de uma agenda para a Saúde Bucal Coletiva. **Ação coletiva**, Brasília, v. 1, n. 1, 1998.

CORSETTI, L. O.; FIGUEIREDO, M. C.; DUTRA, C. A. V. Avaliação do atendimento odontológico para gestantes nos serviços públicos de Porto Alegre/RS, durante o pré-natal. **Rev. ABOPREV**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 1-14, 1998.

COSTA, I. C. C. **Atenção odontológica à gestante na triangulação médico-dentista-paciente: os (des) caminhos desse cotidiano**. 2000. 210 f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia, Campus de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Araçatuba.

COSTA, I. C. C.; FUSCELLA, M. A. P. Educação e saúde: importância da integração dessas práticas na simplificação do saber. **Ação coletiva**, Brasília, v. 2, n. 3, p. 45-47, jul./set. 1999.

COSTA, I. C. C. et al. A gestante como agente multiplicador de saúde. **R.P.G**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 87-92, abr./jun. 1998.

COUTO, C. M. M. et al. A percepção de mães pertencentes a diferentes níveis sócio-econômicos sobre a saúde bucal dos seus filhos. **Arq. Odontol**, Belo Horizonte, v. 37, n. 2, p.121-132, jul./dez. 2001.

CRUZ, J.S. et al. A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, [São Paulo], v. 11, n. 4, p. 307-313, out./dez. 1997.

CUNHA, M. B.; SANT'ANNA, D.; CUNHA, J. J. Prevalência da gengivite na gestante. **R.B.O.**, Rio de Janeiro, n. 1,2 e 3, p. 3-7, jan./jun. 1985.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, Oct-Dec. 1999.

DASANAYAKE, A. P. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for

low birth weight. **Ann. Periodontol.**, [Chicago], v.3, n. 1, p. 206-212, Jul. 1998.

DOSHI, S. B. A study of dental habits, knowledge and opinions of nursing mothers. **J. Canad. Dent. Assn.**, [Ottawa], v. 51, n. 6, p. 429-432, 1985.

ELDERTON, R. J. Ciclo restaurador repetitivo. In: KRIGER, L. (Org.). **Promoção de saúde bucal**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 197-200.

FARIA, C. F.; OLIVEIRA, C. M. R.; PORDEUS, I. A. Avaliação de conhecimentos e atitudes relacionados à prevenção em odontopediatria: um estudo com gestantes, mães e profissionais da área médica. Parte I. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 33, n. 2, p. 121-132, jul./dez. 1997.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH S. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 31-59.

FERNANDES, F. R. C.; GUEDES-PINTO, A. C. Cárie dentária. In: GUEDES-PINTO, A. C. (Org.). **Odontopediatria**. São Paulo: Santos, 1997. p. 299-321.

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 de saúde bucal. 2002. 198 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

FERREIRA, A. A. A. **Representações sociais da necessidade de cuidados bucais**: um estudo com habitantes do bairro Cidade da Esperança - Natal - RN. 2002. 111f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) - Curso de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. In: **As cartas da promoção da saúde**. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 4 out. 2003.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Capital Criança**. 2003. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/saude-programas.html#CAPITAL%20CRIANÇA>>. Acesso em: 22 out. 2003.

FRAUNCHES, M. B.; COELHO, A. B. S.; SATHLER, C. D. Promoção de saúde materno-infantil: uma análise reflexiva. **Pesqui. Odontol. Bras.**, São Paulo, v.15, p.21, 2001. Suplemento.

FREIRE, T. B. et al. Avaliação do conhecimento do cirurgião-dentista na atenção odontológica à gestante. **Pesqui. Odontol. Bras.**, São Paulo, v. 15, p. 62, 2001. Suplemento.

FREITAS, S. F. T. **História social da cárie dentária**. Bauru: EDUSC, 2001. 124 p.

FUREGATO, A. R. F.; OGATA, M. N.; VIEIRA, M. J. Produção de conhecimento em representações sociais na enfermagem. **Rev. Ciências Humanas**, Florianópolis, p. 105-116, 2002. Série Especial Temática.

GAFFIELD, M. L. et al. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. **J. Am. Dent. Assoc.**, [Chicago], v. 132, n. 7, p. 1009-1016, Jul. 2001.

GERBERT, B.; BLEECKER, T.; SAUB, E. Dentists and the patients who love them: professional and patient views of dentistry. **J.A.D.A.**, [Chicago], v. 135, p. 265-272, Mar. 1994.

GESSER, H. C.; PERES, M. A.; MARCENES, W. Gingival and periodontal conditions associated with socioeconomic factors. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 289-293, Jun. 2001.

GOMES FILHO, D. L.; FREITAS, M.; VOLSCHAN, B. C. G. Avaliação de um programa de educação em saúde através da análise de conhecimentos e crenças sobre saúde bucal. **Pesqui. Odontol. Bras.**, São Paulo, v. 15, p. 20, 2001. Suplemento.

GOMES, R.; MENDONCA, E. A.; PONTES, M. L. Social representations and the experience of illness. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, Sep-Oct. 2002.

GOMEZ, S. S.; WEBER, A. A.; EMILSON, C. G. A prospective study of a caries prevention program in pregnant women and their children five and six years of age. **ASDC J. Dent. Child.**, [Chicago], v. 68, n. 3, p. 191-195, May-Jun. 2001.

GONZAGA, H. F. et al. Intrauterine dentistry: an integrated model of prevention. **Braz. Dent. J.**, [Ribeirão Preto], v. 12, n. 2, p. 139-142, 2001.

GORNSTEIN, R. A. et al. Androgens modulate interleukin-6 production by gingival fibroblasts in vitro. **J. Periodontol.**, [Chicago], v. 70, n. 6, p. 604-609, Jun. 1999.

GUARESCHI, P. Representações sociais: alguns comentários oportunos. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. (Org.). **Coletâneas da ANPEPP**, Florianópolis, v.1., n.10, set. 1996.

HILL, G. B. Preterm birth: associations with genital and possibly oral microflora. **Ann. Periodontol.**, [Chicago], v. 3, n. 1, p. 222-32, Jul. 1998.

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: acesso e utilização de serviços de saúde - análise de resultados. 1998. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 9 out. 2003.

JODELET, D. Representações do contágio e a Aids. In: JODELET, D.; MADEIRA M. (Org.). **AIDS e representações sociais**: à busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998. 190p.

KERN, F. A. A representação da saúde bucal. **Rev. Odonto Ciência**, [Porto Alegre], v.12, n. 24, p.153-173, 1997.

LASCALA, N. T. Significado clínico e preventivo da cárie e das doenças periodontais na Odontologia. In: LASCALA, N. T. (Org.). **Prevenção na clínica odontológica**: promoção da saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 22-27.

LEME, M. A. V. S. O impacto da teoria das representações sociais. In: SPINK, M. J. O. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 46-57.

LEMOS, D. O. **As representações sociais do grupo familiar da gestante sobre a gravidez**: uma referência para melhorar a qualidade da assistência pré-natal. 1994. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LIVINGSTON, H. M.; DELLINGER, T. M.; HOLDER, R. Considerations in the management of the pregnant patient. **Spec. Care Dentist.**, [São Francisco], v. 18, n. 5, p. 183-188, Sep-Oct. 1998.

LONG, S. M. et al. Cárie dentária: transmissibilidade. **Rev. Odontop.**, [São Paulo], v. 2, n. 1, p. 35-43, jan/fev/mar. 1993.

MACHUCA, G. et al. The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. **J. Periodontol.**, [Chicago], v. 70, n. 7, p. 779-785, Jul. 1999.

MAEDA, F. H. I.; TOLEDO, L. P.; PANDOLFI, M. A visão das gestantes quanto às condutas odontológicas na cidade de Franca (SP). **Res. Odontol. Vitória**, [Vitória], v. 3, n. 2, p. 8-14, jul./dez. 2001.

MALTZ, M.; CARVALHO, J. Diagnóstico da doença cárie. In: KRIGER, L. (Org.). **Promoção de saúde bucal**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 71-91.

MARTINS, E. M. **Saúde bucal - uma necessidade socialmente construída**: um estudo da

experiência da Clínica Odontológica São Geraldo. 1993. 191 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

_____. Construindo o valor saúde bucal. **Ação coletiva**, [Brasília], v. 2, n. 2, p. 5-9, abr./jun. 1999.

MATTA, M. L. et al. A escolaridade como fator de interferência na percepção de saúde bucal de gestantes. **Pesqui. Odontol. Bras.**, [São Paulo], v. 15, p. 151, 2001a. Suplemento.

_____. Avaliação do conhecimento de gestantes de baixo poder aquisitivo sobre práticas cotidianas em saúde bucal. **Pesqui. Odontol. Bras.**, [São Paulo], v. 15, p. 151, 2001b. Suplemento.

MENINO, R. T. M.; BIJELLA, V. T. Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru. Conhecimentos com relação à própria saúde bucal. **Rev. Fac. Odontol. Bauru**, [Bauru], v. 3, n. 1/4, p. 5-16, jan.-dez. 1995.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 269p.

MINAYO, M. C. S.; SANCHEZ, O. Quantitativo-qualitativo. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MIOTTO, M. H. M. B.; BRACELLOS, L. A. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal "Oral Health Impact Profile" OHIP. **UFES Rev. Odontol. Vitória**, [Vitória], v. 3, n. 1, p. 32-38, jan./jun. 2001.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291p.

_____. Sobre representações sociais. In: FORGAS, J. P. (Org.). **Social Cognition: perspectives on everyday understanding**. London: Academic Press, 1981. 36p. Tradução de: Clélia Maria Nascimento-Schulze.

_____. Prefácio. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITICH S. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 7-16.

MOYSÉS, S. J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza humano. **Rev. Bras. Odontol. Saúde Coletiva**, [Brasília], v. 1, n. 1, p. 7-17, jan./jun. 2000a.

_____. **Saúde bucal e cidades saudáveis: análise de diferenciais intraurbanos no perfil de saúde bucal em relação às "políticas saudáveis" em Curitiba, Brasil**. 2000b. 137 f. Tese

(Doutor em Filosofia) - Department of Epidemiology and Public Health, University College London, Londres.

NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, [Copenhagen], v. 23, n. 6, p. 331-339, Dec. 1995.

NARVAI, P. C. Saúde bucal de gestantes: prevalência de apicopatias e outros problemas dentais no município de Cotia/ SP. **R.G.O.**, [Porto Alegre], v. 32, n. 3, p. 243-249, jul/set. 1984.

_____. Recursos humanos para a produção de saúde bucal. In: KRIGER, L. (Org.). **Promoção de saúde bucal**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 449-463.

_____. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2002. 120p.

NASCIMENTO-SHULZE, C. M. N. O. Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social. **Coletâneas da ANPEPP**, Florianópolis, v. 1., n. 10, set. 1996.

NEVES, E. P.; GONÇALVES, L. H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., 1984, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis: UFSC, p. 210-229.

NUTO, S. S. **Lagarta e cárie dentária**: avaliação cultural do serviço de saúde bucal de Beberibe - Ceará. 1999. Disponível em: <<http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos.htm>>. Acesso em: 8 out. 2003.

OFFENBACHER, S. et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. **J. Periodontol.**, [Chicago], v. 67, n. 10, p. 1103-1113, Oct. 1996. Suppl.

_____. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. **Ann. Periodontol.**, [Chicago], v. 3, n. 1, p. 233-250, Jul. 1998.

OLIVEIRA, A. G. R. C. **Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal no Brasil 1986-1996**. 1998. Disponível em: <http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_epid/epi_bra.pdf>. Acesso em: 3 set. 2003.

OLIVEIRA, A. G. R. C. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação coletiva**, [Brasília], v.2, n. 1, jan./mar. 1999.

OLIVEIRA, J. **Atitudes dos médicos pediatras e de mães sobre a saúde bucal das crianças de 0-36 meses de idade em Florianópolis-SC**. 2002. 164 f. Tese (Doutorado em Odontologia)

- Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PAIXÃO, H. H. Saúde e doença: um estudo de representação social. **Arq. Cent. Est. Cur. Odont.**, [Belo Horizonte], v. 23, n. 1/2, p. 9-17, 1986.

PATUSSI, M. P. Privação e saúde bucal: medidas ao nível do indivíduo e da área geográfica na qual ele reside. **Ação coletiva**, [Brasília], v. 2, n. 1, p. 3-8, 1999.

PENA, L. H. G.; PROGINATI, J. M.; CORREA, L. M. Enfermagem obstétrica no acompanhamento pré-natal. **Rev. Enferm.**, v. 52, n. 3, p. 385-390, jul./set. 1999.

PERES, K. G.; BASTOS, J. R.; LATORRE, M. D. R. Severity of dental caries in children and relationship with social and behavioral aspects. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 402-408, Aug. 2000.

PETRY, P. C.; PRETTO, M. S. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGUER, L. (Org.). **Promoção em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 363-370.

PINTO, J. B. Ação educativa através de um método participativo no setor saúde. In: ENCONTRO DE EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DA REGIÃO NORDESTE, 1982, Natal. **Anais**. Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.15-19.

PINTO, V. G. Índice de cárie no Brasil e no mundo. **R.G.O.**, [Porto Alegre], v. 44, n. 1, p. 8-12, jan./fev. 1996.

_____. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIGER, L. (Org.). **Promoção de saúde bucal: Epidemiologia das doenças bucais no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 29-41.

PORTILLO, J. A. C.; PAES, A. M. C. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. **Rev.Bras.Odont. Saúde Coletiva**, [Brasília], v. 1, n. 1, p. 75-88, 2000.

PRENTICE, A. Micronutrients and the bone mineral content of the mother, fetus and newborn. **J. Nutr.**, [S.L.], v. 133, n. 5, p. 1693S - 1699S, May, 2003. Suppl.2.

ROCHA, M. C. et al. Relação dieta/cárie na Odontopediatria: uma análise do consumo de sacarose. **Arq.Odontol**, [Belo Horizonte], v. 34, n. 1, p. 25-31, jan./jun. 1998.

ROCHA, M. C. B. S. **Avaliação dos conhecimentos e das práticas de saúde bucal: gestantes do Distrito Sanitário Docente Assistencial Barra/Rio Vermelho - Município de Salvador - BA**. 1993. 115 f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade de

São Paulo, São Paulo.

ROSELL, F. L.; MONTANDON-POMPEU, A. A.; VALSECKI JUNIOR, A. Simplified periodontal record for pregnant women. **Rev. Saude Publica**, v. 33, n. 2, p. 157-62, Apr. 1999.

ROSSI, T. C.; VALSECKI JUNIOR, A. Avaliação do conhecimento de gestantes sobre alterações do sistema estomatognático. **Pesqui. Odontol. Bras.**, [São Paulo], v. 15, p. 61, 2001. Suplemento.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. O. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 19-45.

SALVOLINI, E. et al. Biochemical modifications of human whole saliva induced by pregnancy. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, [London], v. 105, n. 6, p. 656-660, Jun. 1998.

SANTOS-PINTO, L. D. et al. O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal? **J. Bras. Odontoped. Odont. Bebê**, [Curitiba], v. 4, n. 20, p. 429-434, set./out. 2001.

SARNAT, H.; AVIVA, K.; RAVIV, A. The relation between mother's attitude toward dentistry and the oral status of their children. **Ped. Dent.**, [Chicago], v. 6, n. 3, p. 128-131, 1984.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S. Atenção odontológica na gravidez: uma revisão. **Rev. Fac. Odontol. UFBA**, [Salvador], v. 18, n. p. 46-52, jan./jun. 1999.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S.; VIANNA, M. I. P. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. **J. Bras. Odontoped. Odont. Bebê**, [Curitiba], v. 1, n. 4, p. 43-50, out./dez. 1998.

_____. Estudo da prevalência de doença periodontal em gestantes brasileiras residentes em Salvador - BA. **ROBRAC**, [Goiânia], v. 8, n. 25, p. 40-5, 1999a.

_____. Influência da gestação na prevalência da cárie dentária e da doença periodontal. **Rev. Fac. Odontol. UFBA**, [Salvador], v. 18, p. 15-21, jan./jun. 1999b.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. The concept of health. **Rev. Saude Publica**, [São Paulo], v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997.

SILVA, A. D. M.; GOMES, A. M. Saúde bucal de gestantes: uma abordagem de gênero. In: CONGRESSO MUNDIAL DE ODONTOLOGIA, 2, 2001, Londrina. **Anais**. Londrina: AONP, p.136.

SILVA, L. C.; LOPES, M. N.; MENEZES, J. V. N. B. Postura de um grupo de gestantes da cidade de Curitiba-PR em relação à saúde bucal de seus futuros bebês, **J. Bras. Odontoped. Odont. Bebê**, [Curitiba], v. 2, n. 8, p. 262-266, 1999.

SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; COSTA, M. C. Inequalities in mortality, space and social strata. **Rev. Saude Publica**, [São Paulo], v. 33, n. 2, p. 187-197, Apr. 1999.

SILVA, M. F. A. Flúor sistêmico: aspectos básicos, toxicológicos e clínicos. In: KRIGER, L. (Org.). **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 143-165.

SILVEIRA, F. et al. Representações sociais de saúde bucal formadas por gestantes soropositivas para o HIV. **Pesqui. Odontol. Bras.**, [São Paulo], v. 15, p. 19, 2001. Suplemento.

SOUZA, E. C. F.; OLIVEIRA, A. G. R. C. **O processo saúde-doença**: do xamã ao cosmos. 1998. Disponível em: <<http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline>>. Acesso em: 3 out. 2003.

SPINK, M. J. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 85-108.

TEIXEIRA, M. C. T. V. **Representações sociais sobre a saúde - doença na velhice**: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde. 1999. 243 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

TILAKARATNE, A. et al. Periodontal disease status during pregnancy and 3 months postpartum, in a rural population of Sri-Lankan women. **J. Clin. Periodontol.**, [Copenhagen], v. 27, n. 10, p. 787-792, Oct. 2000.

TORRES, S. A. et al. Infection levels in pregnant women by mutans streptococci. **Rev. Odontol. Univ São Paulo**, [São Paulo], v. 13, n. 3, p. 225-231, Jul. 1999.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: EDUFSC, 1999. 162p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1997.

TSAMTSOURIS, A.; STACK, A.; PADAMSEE, M. Dental education of expectant parents. **J. Pedod.**, [Birmingham], v. 10, n. 4, p. 309-22, Summer. 1986.

UNFER, B.; SALIBA, O. Evaluate of popular knowledge and everyday practices in oral health. **Rev. Saude Publica**, [São Paulo], v. 34, n. 2, p. 190-195, Apr. 2000.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo, 2000. 136p.

VIEIRA, A. R.; AMORIM, M. R.; ORIOLI, I. M. Principais dúvidas de gestantes em relação à Odontologia. **J. Bras. Odontoped. Odont. Bebê**, [Curitiba], v. 2, n. 5, p. 32-36, set./out. 1999.

VILAÇA, E. L.; PAIXÃO, H. H.; PORDEUS, I. A. A mídia e as tendências de consumo de produtos contendo sacarose por crianças e adolescentes. **Arq. Odontol**, [Belo Horizonte], v. 33, n. 1, p. 15-24, jan./jun. 1997.

WASYLKO, L. et al. A review of common dental treatments during pregnancy: implications for patients and dental personnel. **J. Can. Dent. Assoc.**, [Toronto], v. 64, n. 6, p. 434-439, June. 1998.

WEYNE, S. C. A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L. (Org.). **Promoção de saúde bucal**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 3-26.

WHO. **The Ottawa charter for health promotion**. 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>>. Acesso em: 4 out. 2003.

ZANOTTI, L.; MEDEIROS, U.; AGUIAR, R. Doença periodontal como fator de risco para doenças sistêmicas. **UFES Rev. Odontol. Vitória**, [Vitória], v. 4, n. 2, p. 32-38, jul./dez. 2002.

ZARDETTO, C. G. C.; RODRIGUES, C. R. M. D.; ANDO, T. Avaliação dos conhecimentos de alguns tópicos de saúde bucal de gestantes de níveis sócio-culturais diferentes. **R.P.G.**, [São Paulo], v. 5, n. 1, p. 69-74, jan./fev./mar. 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE: (048) 224-7165 - FAX: (048) 224-4069

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer Consubstanciado

Projeto n.: 002/03

Título do Projeto: Representações sociais de gestantes sobre a Saúde Bucal de mães e filhos.

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Denise Maria Bellard Oleiniski

Instituição onde será realizado o estudo: Ambulatório de Pré-Natal do HU-UFSC; Clínica Materno-Fetal

Data de Apresentação ao CEPISH: 11/12/2002

Objetivo Geral: Compreender as representações sociais de gestantes sobre a Saúde Bucal de mães e filhos, e os determinantes de comportamentos relacionados à Saúde Bucal.

Sumário: Estudo transversal qualitativo com primíparas entre 20 e 30 anos de idade com gestação com desenvolvimento normal. Tema de dissertação de mestrado de Mirele Finkler (mestranda de Odontologia UFSC). Será utilizada entrevista semi-estruturada com 5 perguntas norteadoras.

Comentários frente à Resolução CNS 196/96 e complementares: O projeto está fundamentado em termos teóricos, usa metodologia apropriada para a questão de pesquisa, apresenta o TCLE e o restante da documentação necessária para sua implementação sob o ponto de vista ético. Sou de parecer favorável a sua aprovação.

Parecer do CEPISH:

- aprovado
 reprovado
 com pendência (detalhes pendência)*
 retirada
 aprovado e encaminhado ao CONEP

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 24/02/2003

Florianópolis, 24/02/2003

Vera Lúcia Bosco
 Prof.ª Vera Lúcia Bosco
 Coordenadora do CEPISH/UFSC

APÊNDICE B - Consentimento informado da instituição

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
FONE/FAX (48) 3319531
e-mail:cpgo@ccs.ufsc.br**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição _____, tomei conhecimento do projeto de pesquisa da mestrandia **Mirelle Finkler**: intitulado provisoriamente de “**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES SOBRE A SAÚDE BUCAL DE MÃES E FILHOS**”, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis,/...../.....

Responsável pelo HU/UFSC ou Clínica Materno Fetal

CARIMBO

APÊNDICE C – Instrumento: roteiro para a coleta de dados

1. Dados de identificação

- Nome
- Idade
- Tempo de gestação
- Residência – onde e com quem mora, como é o acesso
- Situação conjugal – procedência do marido
- Profissão/ocupação – onde e quantas horas trabalha
- Grau de escolaridade, anos de estudo
- Nível financeiro – renda média familiar
- Faz tratamento odontológico? Onde? Desde que idade?
- Em que situações procura o dentista?
- Cuida de seus dentes? De que formas?

2. Perguntas norteadoras da entrevista

- Para você, o que é ter saúde bucal? Justifique.
- Você acha que poderá contribuir para a “saúde da boca” do seu futuro bebê? De que modo?
- Você acha que se cuidar da saúde da sua boca, você estará cuidando também da saúde da boca de seu filho? Justifique.
- O que você aprendeu sobre saúde bucal? Quem lhe ensinou?
- O que vem à sua cabeça quando você imagina os cuidados com a boca de um bebê?
- Você realiza o pré-natal? Você recebeu orientações com relação à saúde bucal do bebê? Quem orientou? Quais foram as orientações?

APÊNDICE D - Consentimento livre esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
FONE/FAX (48) 3319531 e-mail:cpgo@ccs.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa conduzida por Mirelle Finkler, aluna do Curso de Mestrado em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

Compreendo que participarei de uma pesquisa que pretende colaborar na compreensão das questões relacionadas à saúde bucal de gestantes e bebês, para que futuramente essas pessoas possam ser melhor orientadas e assim, serem mais saudáveis.

Estou ciente que a pesquisadora coletará dados através de minha entrevista e que a mesma somente utilizará as informações obtidas para os propósitos da pesquisa. Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro.

Entendo, ainda, que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo futuramente para mais informações ou para confirmá-las.

Minha participação na pesquisa é voluntária e sei que posso negar-me a participar da mesma, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou consciente de que posso deixar de participar a qualquer momento, não respondendo a entrevista até o fim, se assim desejar, bastando para isso, avisar a entrevistadora pessoalmente ou por telefone (9998.1236 ou 228-2496) caso desista de participar após o agendamento.

Compreendo que os resultados dessa pesquisa serão dados a mim, caso os solicite, e que a pesquisadora é a pessoa com quem devo contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante.

Declaro ainda que todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e que recebi cópia do presente termo de consentimento.

NOME: _____ ASS. DA PARTICIPANTE: _____

TELEFONE: _____ DATA: ___/___/___ RUBRICA PESQUISADORA: _____