CONHECIMENTO E ATITUDES EM SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO

Knowledge and attitudes in oral health among users of the public oral health service

Christina Corrêa Rodrigues*

Isabel Cristina Gonçalves Leite**

Marcos Vinícius Queiroz de Paula***

*Prefeitura de São João Del Rei, especialista em Ações Institucionais e Saúde Coletiva (FSS/UFJF)
Endereço para correspondência: Av. Barão do Rio Branco, 1519/201 – Centro CEP: 36035 000 Juiz de Fora – MG E-mail: icgleite@bol.com.br

**Doutora em Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ); professora titular da Universidade Presidente Antônio Carlos e Estácio de Sá, Prefeitura de Juiz de Fora

***Doutor em Biociências Nucleares pela UERJ, professor assistente da Universidade Federal de Juiz de Fora

RESUMO

O presente estudo teve como proposta a análise subjetiva de atitudes e conceitos em saúde bucal de uma amostra de pacientes assistidos pelo serviço público do município de São João Del Rei (MG). Nos três segmentos analisados (usuários do serviço privado, usuários do serviço público urbano e rural) nota-se uma forte crença que associa a redução dos custos e dor com a precocidade de visitas ao dentista, aliado a diminuição do risco de perda dentária. Foram baixos os índices de acerto na questão referente à associação entre gravidez e cárie. Em questões referentes à educação odontológica, percebeu-se a notável participação do profissional enquanto agente de informação de saúde, especialmente na análise de respostas da amostra rural. Conclui-se que o envolvimento do cirurgião-dentista de forma regular e precoce, exercendo seu papel de informador e educador em saúde bucal, são fundamentais para estimular o autocuidado no paciente, independente de seu nível socioeconômico.
PALAVRAS-CHAVE: Atitudes e Conhecimentos ; Educação em Saúde Bucal ; Promoção de Saúde ;Saúde Bucal Coletiva

ABSTRACT

The aim of this study was the subjective analysis of attitudes, knowledge and beliefs in oral health of a sample of patients attended by the public service of São João Del Rei city (Minas Gerais state, Brazil). After the collection of data, the results showed in the three analyzed segments (users of private oral health services, users of public services at urban and rural area) a strong belief that associates the reduction of the costs and pain with the precocity of visits to the dentist, as the reduction of the risk of dental loss. It had low indexes of success referring subjects to the association with pregnancy. In these results, it was noticed the professional's notable participation while agent of information on health, especially in the analysis of answers of the rural sample. We conclude that dentists, in a regular and precocious involvement, exercising informant roles as educators in oral health, are fundamental to stimulate the own care in the patient, independent of his/her socioeconomic stratum.
KEY WORDS: Attitudes and Knowledge ; Oral Health Education; - Health Promotion; Public Oral Health

1. INTRODUÇÃO AO TEMA

Durante anos, a preocupação da classe odontológica limitava-se em tratar dentes, utilizando técnicas cirúrgicas e restauradoras e materiais capazes de impedir a progressão das doenças bucais. Os profissionais, em sua grande maioria, enxergavam a cavidade bucal como uma região isolada do resto do corpo, manipulando-a como se fosse uma parte inerte, sem vida.

Felizmente, surge um novo modelo de prática odontológica baseado na promoção de saúde, em que a prevenção e o controle das doenças da boca surtem um efeito mais amplo, mais benéfico e muito mais valorizado pelos pacientes, se comparado à "fase artesanal" de restaurar dentes. Em contrapartida, Narvai (1994) considera que mesmo com os avanços da Odontologia Preventiva nos anos 80, estes não foram suficientes para derrubar por completo o modelo de prática e assistência odontológicas hegemônico.

Apesar das novas propostas de promoção de saúde e dos atuais indicadores epidemiológicos evidenciarem modificações no padrão de saúde bucal dos brasileiros, esta não é a realidade de grande número de usuários que procuram pelo atendimento odontológico, tanto no setor público quanto no privado. Possíveis fatores, tanto do lado do profissional quanto do paciente, merecem ser enfocados para explicar o estado de "não saúde bucal" deste grupo de usuários, já que, provavelmente, a grande maioria se enquadra nas justificativas que se seguem.

O ensino de graduação nas Faculdades de Odontologia, em sua grande parte, dá prioridade aos meios de diagnóstico e tratamento das principais alterações que podem acometer a cavidade bucal, diante de um quadro nosológico já instalado. Como conseqüência, há falta de profissionais empenhados em atuar no processo de informação ao paciente por meio da educação em saúde bucal. Aliado a esse fato, os dentistas que executam o seu trabalho no setor privado estão mergulhados numa visão de mercado, que os restringem trabalhar sob o aspecto preventivo; já os do serviço público trabalham sob a égide da produção odontológica, que exclui de seus procedimentos o processo de troca de informação profissional-paciente. Em contrapartida, os profissionais que buscam transmitir aos seus pacientes meios que possibilitem uma melhoria na qualidade de vida, talvez o façam com um vocabulário técnico, impróprio ao entendimento do paciente. Finalmente, deve-se considerar a possibilidade de desistência dos profissionais em continuarem perseverantes no ensinamento, frente a um paciente que tem certa

dificuldade de pôr em prática o que lhe está sendo proposto, contribuindo para o agravamento desta realidade.

Destaque também deve ser dado às deficiências presentes nos pacientes. Inicialmente, há uma defasagem do ensino escolar com relação à prevenção e à promoção de saúde, o que os leva, no presente ou futuro, quando deparados frente ao assunto, a demonstrarem falta de atenção, de valorização e de interesse em colocar em exercício aquilo que lhes é informado pelo profissional.

Tendo em vista o reportado na literatura e o verificado, tanto na prática quanto no discurso em Saúde Bucal Coletiva, são oferecidas como possíveis soluções: (i) a transformação do paradigma clínico-restaurador em procedimentos relacionados à prevenção/promoção de saúde; (ii) o reconhecimento de que o atendimento odontológico precisa ser feito em uma perspectiva multidisciplinar e multiprofissional, uma vez que a boca não é uma área independente do organismo e, conseqüentemente, as doenças bucais não se esgotam necessariamente nela; (iii) a informação ao paciente de que as doenças infecciosas bucais ou a microbiota da cavidade bucal podem produzir doenças sistêmicas e que, em algumas circunstâncias, essas doenças podem estar correlacionadas com quadros graves, capazes, inclusive, de levar o indivíduo à morte.

Com isso, é papel do cirurgião-dentista (CD) reconhecer a necessidade de cada paciente que o procura. É uma responsabilidade profissional despertar a atenção do seu paciente em aprender a manter a sua saúde, colocando-o ciente da importância de sua participação nesse processo (BARREIRA et al., 1997; GARCIA et al., 2000). Assim, torna-se fundamental que o relacionamento paciente - profissional seja o melhor possível, marcando o início desse longo caminho a se percorrer.

A educação em saúde é um processo capaz de modificar o comportamento do paciente, distinguindo-se a heteroeducação da auto-educação. A primeira manifesta-se quando as influências sofridas pelo indivíduo incidem sobre o mesmo, independente de sua vontade. Na auto-educação, ao contrário, existe a participação intencional do educando em procurar influências capazes de modificar o seu comportamento e submeter-se a elas (LEVY et al., 2000).

O presente trabalho propõe uma avaliação dos conceitos, atitudes e educação odontológica de uma amostra aleatória de pacientes atendidos pelo serviço público do município de São João Del Rei, bem como de uma área rural pertencente ao mesmo e de acadêmicos de uma fundação de ensino superior desta cidade, representando pacientes assistidos pelo setor privado. Tem como objetivo central identificar os conhecimentos

existentes e discutir a auto-educação na atenção odontológica. Paralelamente, são abordados princípios norteadores da formação de profissionais envolvidos com a promoção de saúde e a importância da participação do paciente no processo terapêutico e na ação preventiva.

2. CASUÍSTICA - MATERIAL E MÉTODOS

2.1. **População estudada**

São João Del Rei é um município mineiro pertencente à região do Campo das Vertentes, com 78 576 habitantes (IBGE, 2000), situado a cerca de 180 Km de Belo Horizonte. Este trabalho foi desenvolvido na sede do município e numa área rural pertencente ao mesmo - Arcângelo - com 1472 habitantes (IBGE, 1991), distante 32 Km da sede. A atividade econômica predominante de São João Del Rei é o turismo e comércio associado e, da área rural estudada, a pecuária leiteira. A água de abastecimento público, tanto da sede quanto em seus distritos, não é fluoretada, segundo informações fornecidas pelo Departamento Autônomo de Águas e Esgoto de São João Del Rei.

Em relação à atenção odontológica, há uma predominância de atendimento do setor privado (102 cirurgiões-dentistas), com uma taxa estimada dentista/população de 1/770 habitantes, conforme dados do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais disponíveis até março de 2002. A intervenção do setor público é feita por 34 profissionais, distribuídos nos postos de saúde das áreas urbana e rural, onde vigora uma prática eminentemente curativa (atendimento clínico generalista, não sendo executados serviços de algumas especialidades, como prótese e endodontia), segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de São João Del Rei. Na área rural, o atendimento odontológico público, financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é oferecido aos maiores de 5 anos, mediante a liberação de vaga do paciente pré-cadastrado e, obrigatoriamente, em caso de emergência. Nesta localidade há um único profissional atendendo no posto de saúde local (C.C.R.). Na área urbana, a partir de fevereiro de 2002, o atendimento de adultos foi limitado a extrações e/ou em caso de emergências, sendo o tratamento, preferencialmente, destinado aos menores de 14 anos cadastrados. Antes desta alteração, o atendimento era aberto a toda população, de maneira semelhante à área rural.

2.1 **Coleta de dados**

Para o estudo, construiu-se um instrumento, adaptado de Bervique & Medeiros (1983), contendo 27 perguntas referentes à etiologia, desenvolvimento, prevenção e tratamento da cárie dentária e doença periodontal. Este questionário permite a observação do grau de educação e comportamento odontológicos dos pacientes. Está estruturado com respostas fechadas, sendo auto-aplicado. Contém informações de identificação como idade, sexo, ocupação profissional e escolaridade. Foram feitos pré-testes em 5 pacientes para adequação do vocabulário. A classificação profissional e de escolaridade segue o padrão preconizado pelo Ministério da Saúde, na atualização de 19 de abril de 2001 para a implantação do cartão SUS (BRASIL, 2001).

Foram selecionados aleatoriamente, a partir do cadastro numerado de espera para atendimento dos usuários das áreas em questão, 50 pacientes atendidos pelo serviço público do município de São João Del Rei (MG) na área urbana (Núcleo Odontológico) e 50 pacientes atendidos na Unidade de Saúde da área rural de Arcângelo. Representando pacientes assistidos pela iniciativa privada, foram também selecionados 50 acadêmicos do curso de Ciências Econômicas (escolha aleatória de período e curso) da Universidade Federal de São João Del Rei (FUNREI). Sendo um curso noturno, foi evidenciada grande variabilidade na idade dos sorteados, reduzindo um potencial viés de seleção relativo à idade. Previamente, foi feita a apresentação do projeto para obtenção da autorização para sua execução junto ao poder público municipal e ao coordenador do curso. A faixa etária estipulada para a participação foi de 18 a 50 anos. O presente estudo atende especificações do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, que isenta de aprovação no referido comitê pesquisas que não envolvam identificação pessoal, coletando informações por meio de entrevistas ou questionários.

2.2 **Análise dos dados**

O presente trabalho descreveu os resultados quantitativos desta pesquisa conjugando uma versão qualitativa durante sua discussão, na medida que em um inquérito, segundo Hamblin (1971), há uma baixa explicação da variância, ou seja, a exatidão ótima pode não corresponder aquilo que se alcança. Assim sendo, esta associação de técnicas torna-se de vital importância.

Para construção do banco de dados foi utilizado o programa Dbase III. Na análise estatística, os dados foram exportados para o Programa Epi-Info 6.04 (χ^2 para

comparação de freqüências observadas e ANOVA para comparação de médias) e as análises descritivas no SPSS 8.0 for Windows. O nível de significância adotado foi de 5%.

3. RESULTADOS

Para compor a amostra probabilística foram entrevistados 150 indivíduos, segmentados em três grupos, a saber: área rural (AR), área urbana (AU), ambos assistidos pelo setor público e o estrato universitário (EU), este assistido pelo setor privado. As idades médias foram de 29,4 anos (AR), 31,9 (AU) e 21,2 (EU), sendo que estas médias não foram estatisticamente diferentes.

Excetuando-se o segmento EU, a distribuição por escolaridade indica o predomínio do ensino fundamental incompleto (até 1º ciclo) na área rural, e fundamental completo (até 2º ciclo) na área urbana, conforme indicado na tabela 1.

A formação até o ensino fundamental completo não diferiu entre os segmentos rural e urbano Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição percentual da escolaridade entre os entrevistados das áreas rural e urbana, São João Del Rei, 2001

Escolaridade	Área Rural (AR) %	Área Urbana (AU) %
Alfabetizado	2	---
Fundamental - 1º ciclo -	72	28
Fundamental - 2º ciclo -	14	46
Médio incompleto	4	10
Médio completo	8	10
Superior incompleto	---	5
Superior completo	---	1

Fonte: Christina Corrêa Rodrigues, pesquisa "crenças dos usuários de serviços odontológicos" (2001)

As respostas do presente estudo foram agrupadas em três seções, sendo que os dados coletados estão expressos nas tabelas 2, 3 e 4 e correspondem ao total da amostra.

Posteriormente, as freqüências observadas para cada resposta nas três áreas segmentadas foram comparados usando a estatística χ^2.

No conjunto descrito na tabela 2, a análise dos segmentos revelou diferença significativa apenas nas questões sobre responsabilidade do profissional no sucesso do tratamento (2) ($p<0,04$), influência do leite na calcificação dentária no adulto (7) ($p<0,02$), a freqüência do tratamento odontológico e conseqüente degeneração da saúde bucal (8) ($p<0,04$) e a necessidade de tratamento de dentes decíduos (9) ($p<0,0001$). Os maiores percentuais de erros (sendo erro entendido como percentual de respostas distintas das esperadas com base no conhecimento normativo) foram percebidos na população rural, comparado à urbana (questão 7) e aos universitários (questões 2, 8 e 9). Estratificando a análise na área rural, por nível de escolaridade, percebe-se que no segmento com nível médio de formação, o comportamento se assemelha ao dos outros dois segmentos na resposta ao item 2 havendo, portanto, diferença nesta percepção quanto ao nível de escolaridade ($p<0,03$).

Tabela 2. Distribuição percentual de acertos, por questão, relativa à seção sobre crenças e atitudes odontológicas dos entrevistados, São João Del Rei, 2001

Conteúdo das questões	Freqüência relativa das respostas corretas (%)	Expectativa de acertos por questão (%)
1. Influência da aparência no relacionamento com as pessoas	88,0	100,0
2. Dentista como único responsável pelo tratamento	80,0	100,0
3. Inter-relação saúde geral e saúde bucal	88,7	100,0
4. Influência do atendimento precoce no custo e dor	97,3	100,0
5. Uso da dentadura como resolução dos problemas bucais	74,7	100,0
6. Gravidez e sua relação com a cárie dental	42,7	100,0
7. O leite melhora a calcificação dos dentes no adulto	32,7	100,0

8. Freqüência do tratamento odontológico levando ao uso de dentadura	90,0	100,0
9. Os dentes de leite não precisam ser tratados	64,0	100,0

Fonte: Christina Corrêa Rodrigues, pesquisa "crenças dos usuários de serviços odontológicos" (2001)

Nos itens relativos aos conhecimentos sobre conceitos odontológicos (tabela 3), as diferenças estatísticas ocorreram nas questões sobre etiologia da cárie (11) ($p<0,001$), periodicidade das visitas odontológicas (13) ($p<0,04$) e objetivos do tratamento restaurador (17) ($p<0,001$), sendo que, para este conjunto, o segmento universitário demonstrou maior nível de conhecimento. A área rural exibiu os menores percentuais de acerto para os motivos de se submeter ao tratamento odontológico (44%). A análise estratificada deste segmento, por nível de escolaridade, demonstrou existir diferença estatisticamente significativa entre pacientes com formação até o nível fundamental de ensino e aqueles com formação de nível médio ($p<0,001$), sendo que os últimos tiveram conhecimento similar ao dos outros segmentos (AU e EU).

Tabela 3. Distribuição percentual de acertos, por questão, relativa à seção sobre conhecimentos odontológicos dos entrevistados, São João Del Rei, 2001

Conteúdo das questões	Freqüência relativa das respostas corretas (%)	Expectativa de acertos por questão (%)
10. Região de erupção do primeiro molar permanente	23,3	100,0
11. Etiologia da cárie	65,3	100,0
12. Motivo da remoção do cálculo dental	94,7	100,0
13. Periodicidade das visitas ao dentista	77,3	100,0
14. Região de maior freqüência da cárie	62,0	100,0

15. Função do flúor	58,0	100,0
16. Relação entre a mobilidade dental à doença periodontal	46,7	100,0
17. Motivo do tratamento dental	65,3	100,0

Fonte: Christina Corrêa Rodrigues, pesquisa "crenças dos usuários de serviços odontológicos" (2001)

Os aspectos referentes à educação para saúde bucal dos entrevistados, analisados na tabela 4, apontam para um desconhecimento quanto ao tipo de escova dental ideal ($p<0,01$), especialmente na área rural (42% de acerto). Quanto a etiologia da mobilidade dentária a resposta **não sei** (ignora) variou de 48% (na área urbana) a 26% entre os universitários($p<0,001$). Curiosamente a área rural exibiu os maiores percentuais de acerto (50%), sendo superior ao AU ($p<0,01$) e EU ($p<0,001$).

Tabela 4. Distribuição percentual de acertos, por questão, relativa à seção sobre educação odontológica dos entrevistados, São João Del Rei, 2001

Conteúdo das questões	Freqüência relativa das respostas corretas (%)	Expectativa de acertos por questão (%)
18. Responsabilidade do dentista e do paciente na manutenção da saúde bucal	92,0	100,0
19. Conseqüência da perda prematura de dentes	52,7	100,0
20. Motivo da utilização de próteses	61,3	100,0
21. Forma adequada da escova de dentes	60,0	100,0
22. Idade de maior incidência das doenças bucais	43,3	100,0
23. Motivo do sangramento gengival	66,7	100,0

24. Cárie como a mais comum das doenças bucais	96,7	100,0
25. Relação da ingestão freqüente de diferentes formas de açúcar e a cárie	94,0	100,0
26. Motivo da mobilidade dentária	30,0	100,0

Fonte: Christina Corrêa Rodrigues, pesquisa "crenças dos usuários de serviços odontológicos" (2001)

4. DISCUSSÃO

Bernd et al. (1992) realizaram um trabalho, de natureza qualitativa, junto a uma comunidade de baixa renda, na Zona Norte de Porto Alegre. Neste estudo, apareceu com alta freqüência a opinião de que dentes anteriores estragados ou ausentes interferem negativamente nas relações pessoais, e o valor atribuído à saúde bucal está associado ao papel que estes dentes desempenham na integração social. No presente trabalho, houve também uma alta freqüência de acertos com relação à influência da aparência dos dentes no relacionamento social (88,0%), demonstrando que a aparência das pessoas é um aspecto de crucial importância para um comportamento amistoso na sociedade.

Barreira et al. (1997), numa entrevista com pais de pacientes atendidos na clínica de odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, revelaram que muitos acreditam que não há necessidade de utilização de escova dental em crianças menores de 1 ano e meio de idade, e que a época correta para levar as crianças ao consultório inicia-se apenas quando houver a troca de dentes. Comprova-se, nestes dados, a falta de conhecimento sobre Odontologia para bebês e a desvalorização dos dentes decíduos. Isto serve de alerta para a necessidade alarmante de divulgação da atenção primária, a fim de conscientizar os responsáveis sobre o processo preventivo, a remoção e controle dos fatores de risco para a manutenção de condições odontológicas ideais de seus filhos, e a preservação dos dentes de leite na cavidade bucal (WALTER et al., 1996). No presente estudo houve uma significativa diferença no índice de respostas consideradas corretas na questão referente a ausência de necessidade de tratamento dos "dentes de leite", entre a área rural e os universitários ($p<0,001$), o que sugere que há

uma concepção errônea na população rural, podendo ser atribuída a falta de informação dessa comunidade. Apesar do movimento da odontologia preventiva, 54% da população rural e 34% da população urbana entrevistadas acreditam que os dentes decíduos não precisam ser tratados. Na área rural especificamente não há dentista que atua na escola, nem mesmo odontopediatra que presta serviços no Posto de Saúde. Provavelmente, essa dificuldade de acesso da população explique parcialmente esse baixo índice de acerto. Há, desta forma, a necessidade de esclarecimento dos grupos atendidos pelo serviço público da real importância do tratamento e preservação dos "dentes de leite" na cavidade bucal, já que nessa questão a variável escolaridade parece contribuir para tais diferenças.

No mesmo estudo de Barreira et al. (1997) ficou evidente que a procura pelo dentista ocorre basicamente após a instalação de problemas bucais, apesar dos entrevistados reconhecerem que esta atitude é incorreta. A falta de periodicidade de visitas ao profissional foi justificada pela precária condição financeira, pela indisponibilidade de tempo e, além disso, essas pessoas julgam apresentar outros problemas de maior necessidade de resolução. Esteves (1999), estudando uma amostra constituída por alunos dos cursos de odontologia, enfermagem e medicina de Alfenas (MG), pertencentes a diferentes classes sociais, relataram que a procura pelo dentista ainda se faz em caso de dor, em detrimento da prevenção. Conclui-se, que a variável escolaridade não contribui para uma correta percepção dos usuários neste aspecto. Os dados do presente estudo indicam um grande percentual de acertos (93,7%) na questão referente a influência do atendimento precoce na redução do custo e dor, o que contradiz a prática , de acordo com os trabalhos anteriores. Um achado que merece destaque é o relato quanto à periodicidade das visitas ao dentista, notando-se uma significativa diferença ($p<0,01$) existente entre pacientes atendidos pelo setor público e privado, havendo um percentual mais aceitável na regularidade das visitas entre os usuários do serviço particular (universitários). Apesar de, pelo menos, 70% dos entrevistados do serviço público recomendarem visitas semestrais ao CD, este percentual alcançou 90% entre os universitários. Sugere-se que esta diferença possa ser explicada por uma maior facilidade de acesso desses pacientes em relação aos dependentes do serviço público, no qual estes são atendidos obrigatoriamente pelo dentista em caso de emergência ou, caso contrário, mediante a liberação de vaga, obedecendo-se uma ordem de pacientes cadastrados para o atendimento.

Neste trabalho, a responsabilidade exclusiva do profissional pela permanência / durabilidade de um determinado serviço odontológico realizado mostra diferença mais evidente entre a população rural e os universitários ($p < 0,01$). Enquanto na área rural, 26% acreditam que a integridade do tratamento restaurador seja de exclusiva competência do cirurgião-dentista, este percentual cai para 10% entre os universitários. Ao diferenciarmos as pessoas entrevistadas da área rural quanto ao nível de escolaridade, observa-se uma maior tendência de acertos no segmento com nível médio de formação, assemelhando-se aos percentuais dos segmentos urbano e universitário. Esta observação sugere que o fator escolaridade contribui para tal resultado. A ideologia aceitável de que não apenas o dentista deve se responsabilizar por seus procedimentos é amparada no trabalho conduzido em Itapeim (CE), localidade na qual a única atividade dos dentistas é a extração (NUTO, 1999). Embora permeada pela cultura local, os homens não se submetem a cirurgias porque acreditam que podem desencadear quadros de hemorragia frente ao esforço físico praticado por eles no trabalho. Mediante esta percepção, os homens são, inclusive, excluídos do atendimento. Evidentemente, esta radicalidade deveria ser eliminada, através de um modelo de atenção à saúde bucal que incluísse a população masculina e a esclarecesse quanto à real necessidade de repouso e restrição de atividades. Em oposição a esta excessiva preocupação, no estudo de Barreira et al. (1997), a maioria dos pais entrevistados acreditavam que após o tratamento de seus filhos, estes não apresentarão novas cáries, porque para eles o tratamento dentário é definitivo e a responsabilidade pela saúde bucal de seus filhos é exclusiva do dentista.

Com relação ao conhecimento popular sobre saúde bucal das gestantes, o trabalho de Bernd et al. (1992) apontou que a percepção mais marcante do discurso de gestantes gaúchas foi a de que dentistas, amigos e familiares influenciaram decisivamente na concepção da impossibilidade de tratamento odontológico neste período, mesmo quando elas demonstravam interesse em buscar atendimento. A formulação da hipótese que poderia explicar a origem deste discurso parece um exercício de bastante complexidade. Talvez envolva o processo de informação dos profissionais e, até mesmo, um mecanismo de defesa dos mesmos referente a traumas e medos relacionados ao tratamento odontológico no decorrer da gestação. Em conseqüência, a população, em sua grande maioria, apresenta-se sem a informação necessária e correta, o que gera uma cultura popular permeada de ambigüidades e crenças. Provavelmente em função destas mesmas reflexões, os segmentos entrevistados

em São João Del Rei apontam uma freqüência baixa de acertos (42,7%) na questão que trata do aparecimento de cáries na gravidez. Tal crença foi também considerada como verdade em 40,7% das 237 gestantes entrevistadas em cidades do interior do Estado de São Paulo (Santos-Pinto, 2001). Esta concepção não se restringe à cultura brasileira, estando disseminada em outros países como Austrália (CHAPMAN et al., 1971) e Chile (MISRACHI; SAEZ, 1989), demonstrando nesses achados que a maioria das gestantes desconheciam a inexistência da relação de causalidade entre o processo de cárie e gestação.

Os dados apresentados neste estudo na seção correspondente a conhecimentos odontológicos quanto à etiologia da cárie, apontam para um maior conhecimento dos universitários, havendo uma diminuição no percentual de acertos na população rural. Nesta população, praticamente a metade dos entrevistados acredita que a causa da doença cárie se limita basicamente a deficiência na escovação (44%), sendo que esta ação isolada é relatada por apenas 28% dos entrevistados da área urbana e 2% dos universitários. Estes dois segmentos somam a questão microbiológica e dietética na questão etiológica. Em 23,1% dos entrevistados usuários do serviço público avaliados no trabalho de Unfer e Saliba (2000), a etiologia foi atribuída à presença de bactérias, fungos ou "bichinhos". No estudo de Bernd et al. (1992), a origem das cáries foi entendida como resultante de certos hábitos alimentares, como doces, chocolates, carne entre os dentes e, até mesmo, ferro para tratamento de anemia. No estudo de Barreira et al. (1997) 81% dos pais entrevistados consideraram que também o tipo de alimento influencia no aparecimento de cáries. Na avaliação cultural feita por Nuto (1999) em um serviço de saúde bucal de Beberibe (CE), a percepção do processo causal da cárie gira em torno da "lagarta", a qual tem preferência por alimentos doces, utilizando-se destes para "roer" o dente, com maior freqüência durante o dia, pelo fato da alimentação ser feita predominantemente neste turno. Dentro desse contexto há uma crença curiosa, de que essa população prefere um tratamento traumático (extração dentária) a uma restauração, porque além de resolver a dor, "mata a lagarta". Para eles, o tratamento restaurador tem o poder exclusivo de "acalmar a lagarta". Conclui-se dessa forma, que grande parte das pessoas pensam que a etiologia da cárie é unifatorial, o que faz crescer a cada dia a necessidade do esclarecimento da natureza multifatorial, não só estabelecida por Keys (1962) na tríade substrato, microbiota e superfície dentária, mas modulada por uma série de fatores culturais, socioeconômicos, educacionais, dentre outros.

Ainda no trabalho de Nuto (1999), o conhecimento popular admite que a cárie instala-se inicialmente no "pé do dente" (raiz) e, à medida que aumenta seu tamanho, entra no dente e começa a "comer por dentro" até se exteriorizar por cima. Esta concepção baseia-se também na falta de informação e esclarecimento da população da face do dente em que a doença ocorre com maior freqüência. No presente estudo, existe também uma concreta necessidade de elucidação da população entrevistada, visto que o percentual geral de acertos na questão 14 foi de 62%. Isto implica em um cuidado insuficiente direcionado à região de maior incidência de cárie, ou seja, superfícies oclusais / proximais.

Outro aspecto de destaque no presente trabalho refere-se à falta de informação dos usuários em ambos serviços, público e privado, quanto a função do flúor. Praticamente em igual proporção de desconhecimento, os usuários dos serviços municipais de saúde de Santa Maria, em 1997, também atribuíram diferentes funções ao flúor, de acordo com as variadas culturas populares (UNFER; SALIBA, 2000). No estudo de Nuto (1999), mesmo as mães sabendo da realização de bochechos semanais de flúor nas escolas freqüentadas por seus filhos, quando indagadas do que seria necessário para a manutenção dos dentes sadios, somente foi dada ênfase ao autocuidado: escovação e controle na ingesta de doces, e em segundo plano a importância do tratamento. O flúor foi excluído como atividade preventiva por não fazer parte do modelo cultural dos usuários. Sugere-se que, em diferentes regiões, os dentistas podem estar deixando a desejar na orientação aos assistidos sobre mecanismos relacionados à prevenção das patologias bucais.

Vários estudos avaliaram aspectos referentes à educação odontológica. Tamietti et al. (1998) realizaram uma análise quantitativa de alunos de 5ª a 8ª séries de uma escola pública de Belo Horizonte (MG), avaliando temas referentes à percepção, conhecimentos e educação em saúde bucal. A maioria não considerou a cárie como doença, não associou a saliva com o seu desenvolvimento e acreditou que a perda dos dentes é inevitável nos idosos. É importante considerar que trimestralmente estes alunos recebiam informações sobre educação em saúde bucal. Araújo (2000) aponta que em vários países, incontáveis programas educativos em saúde têm sido conduzidos por décadas, em escolas e outros locais, além da distribuição de grande quantidade de materiais educativos / preventivos sobre saúde bucal. Mesmo assim, esses esforços não alcançaram todos os objetivos que foram pretendidos. Sugere-se uma substituição dos métodos atuais por ações participativas, postas em prática mediante representação

social, dando prioridade à promoção de saúde nos serviços de assistência. A influência do profissional no conhecimento, desenvolvimento e aprimoramento de práticas saudáveis e métodos educativos em saúde bucal à população também é muito significativa. Como exemplo, neste estudo, nas questões 22, 23 e 26 nota-se, em média, maior proporção de respostas consideradas corretas nos entrevistados da área rural, superior inclusive à média dos universitários (dados não apresentados, com diferença entre os segmentos estatisticamente significativa). Esta aparente contradição pode ser atribuída a um viés de seleção da amostra entrevistada, referente à fonte de informação de que eles dispõem. Este viés, no entanto, ilustra a influência profissional nos conhecimentos da população assistida : a profissional que os atende (a autora) enfatiza, em suas orientações, prioritariamente, questões referentes à higiene bucal para a manutenção da saúde periodontal, dada a área de concentração de sua formação de pós-graduação, na qual este tema é de fundamental importância.

Wannmacher (1995) considera que fatores sociais, econômicos e culturais podem interferir no processo de doença de um grupo considerado de alto risco para o desenvolvimento da cárie dental. Isto se reflete em países desenvolvidos, nos quais grande parte da contribuição para o declínio da experiência desta doença parece estar associada a melhor qualidade de vida das populações, sendo que a saúde bucal apresenta-se como uma prioridade. Dentre outros fatores, os socioeconômicos geralmente avaliados pela escolaridade e renda (este último sujeito a inúmeros erros), refletem que as piores condições de saúde em geral, afetando os cuidados preventivos e o julgamento sobre o significado da doença, ocorrem nas pessoas que apresentam um baixo nível socioeconômico. Tal afirmação concorda com o pensamento de Starfield (1982).

Desta forma, Dimenstein (1996) acredita que informações e a convivência na escola possibilitam uma busca de melhores níveis de auto-imagem e auto-estima, mesmo que conhecimentos de higiene e experiências a respeito de hábitos saudáveis não constituam conteúdo escolar. Algumas respostas desse trabalho referentes a crenças, atitudes odontológicas e conhecimentos em saúde bucal estão em concordância com estas considerações, que demostram a influência do fator escolaridade na percepção da doença (questões 2, 9, 11, 13 e 17).

Freire et al. (2000) conduziram um estudo quali-quantitativo em Goiânia (GO) sobre os conhecimentos em saúde bucal de médicos pediatras, demonstrando que a grande maioria dos médicos apresentou um elevado grau de insegurança quanto ao tipo

de orientação que é dada aos pais, provavelmente devido à fragmentação e pouca consistência de informações recebidas, havendo uma certa dificuldade de comunicação profissional-paciente. Comprova-se, mais uma vez, a necessidade de se trabalhar em equipes de saúde, já que, na maioria das situações cotidianas, o acompanhamento do desenvolvimento infantil se limita à assistência médica. Além disso, é preciso que se acrescente ou seja dada uma maior atenção ao ensino nas Faculdades e residências de Medicina, no que diz respeito aos fatores biológicos, sociais e econômicos que influenciam na instalação e desenvolvimento das doenças bucais. Esta abordagem tem por finalidade demonstrar que a responsabilidade por um certo grau de desconhecimento em saúde bucal dos indivíduos não se limita apenas aos cirurgiões-dentistas, devendo ser extensiva aos demais profissionais de saúde.

Com relação a todos esses princípios, cabe ressaltar a grande importância da incorporação da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF). Com a finalidade de instituir mudanças do modelo assistencial vigente, o PSF veio proporcionar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. A partir disso, a criação do vínculo que se estabelece entre os profissionais, o paciente e a família propicia uma troca de saberes, potencializando a interdisciplinaridade em prol do bem-estar familiar (FERREIRA, 2001).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática odontológica cotidiana demonstra que encontram-se distribuídos em graus diferenciados, na maioria das comunidades atendidas pelo setor público, crenças, conceitos e atitudes em saúde bucal que se propagam ao longo das gerações. Tal fato torna-se evidente especialmente em regiões desprovidas de meios de informação, e também diante de pessoas pouco motivadas em conhecer conceitos e práticas básicas, necessárias à manutenção de um bem-estar geral. Além disso, soma-se o desinteresse de parte dos profissionais, responsáveis pela divulgação da prevenção e promoção da saúde, em estabelecer vínculos de compromisso com seu paciente, abstendo-se de executar o seu papel de educador em saúde.

Para alcançar verdadeiramente a comunidade, seria interessante o deslocamento dos profissionais cirurgiões-dentistas do seu restrito local de trabalho para os domicílios, atingindo o núcleo familiar, onde haveria um real enfrentamento das condições enraizadas nas práticas cotidianas. Contemplando o grupo, espera-se a

obtenção de resultados favoráveis, a médio e longo prazos. Tal prática tem como objetivo principal a mudança de hábitos, na tentativa de motivar as pessoas a buscarem uma melhoria na qualidade de vida.

Agradecimentos: os autores agradecem à população de São João Del Rei e Arcângelo pela receptividade e acolhida na prestação de conhecimentos e informações que auxiliaram no desenvolvimento deste trabalho, bem como à coordenação do curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal de São João Del Rei e ao setor de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde que permitiram a realização do estudo.

6. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. E. Saúde bucal : entendendo de forma total. In: **Atualização na clínica odontológica,** São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 492-508.

BARREIRA, A. K. et al. Percepção dos pais quanto à saúde bucal na clínica de odontopediatria da FOUFBA. **Revista Faculdade Odontologia Universidade Federal Bahia**, Salvador, v.1, n.16-17, p.13-20, 1997.

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

BERVIQUE, J. A . ; MEDEIROS, E. P. G. **Paciente educado, cliente assegurado:** uma proposta de educação odontológica do paciente. Bauru, SP: Santos, 1983. 34 p

BRASIL .Ministérioa Saúde. **Sistema de Informação de Recursos Humanos –** Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. IBGE/MAS), 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tabela contemplando tanto o cadastramento de usuários como de profissionais a ser realizado nas unidades de saúde, no TAS, tanto para a atualização/complementação de dados como para os novos cadastramentos. Disponível em < http://www.saude.gov.br> . Acesso em: 21 abr. 2001.

CHAPMAN, P. J. et al. Dental health of pregnant women - 1 - a survey of dental knowledge attitudes and practices in an antenatal clinic population. **Medical Journal Australian**, v. 2, n.2, p.113-116, 1971.

DIMENSTEIN, B. **O cidadão de papel :**a infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil. São Paulo: Ática, 1996. 49p.

ESTEVES, I.V. **Conhecimentos, atitudes e práticas de saúde bucal desenvolvidas pelos estudantes de odontologia, enfermagem e medicina, Alfenas - MG**, 1999. 122 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Araçatuba.1999.

FERREIRA, M. H. F. Z. **Saúde bucal do Programa de Saúde da Família**: a busca da resolutividade através da família. 2001. 29 p. Monografia (Especialização em Ações

Instituicionais e Saúde Coletiva) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2001.

FREIRE, M.C.M..; MACEDO, R.A .; SILVA, W. H. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.14, p.39-45, 2000.

HAMBLIN, R. L. Mathematical experimentation and sociological theory: a critical analysis, **Sociometry**, v. 34, n.4, p. 425-7, 1971.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE **Anuário Estatístico do Brasil**, Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação, 2000.

KEYS, P. H. Bacteriological findings and biological implications. **International Dental Journal**, v.12, p.443-64, 1962.

LEVY, S. N. et al. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. Educação em Saúde – histórico, conceitos e propostas. Disponível em: < http://www.datasus.gov.br/cms >. Acesso em: 07 dez. 2000.

MISRACHI C.L. ; SÁEZ, M. S. Valores, creencias y practicas populares en relación a la salud oral. **Cuadernos Médico Sociales**, v. 30, n.1, p.27-33, 1989.

NARVAI, P. C. A prática hegemônica e os dilemas das outras práticas. IN: NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1995, p.79-90.

NUTO, S.S. **Avaliação cultural do serviço de saúde bucal de Beberibe - CE**: a voz e a vez do usuário. 1999. 120 f.. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública / Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 1999.

SANTOS-PINTO, L. et al. O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal? **Jornal Brasileiro Odontopediatria Odontologia Bebê**, v. 4, n. 21, p. 429-34, 2001.

STARFIELD, B.H.. Child health and socieconomic status. **Americam Journal of Public Health**, v. 72, n.3, p.532-3, 1982.

TAMIETTI, M. B.; CASTILHO, L. S.; PINTO, H. H. Educação em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. **Arquivos Odontológicos**, v. 34, p.33-45, 1988.

UNFER, B. ; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.3, p.190-5, 2000.

WALTER, L. R. F et al. **Odontologia para o bebê -** odontopediatria do nascimento aos 3 anos. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

WANNMACHER, F. F. **Avaliação do risco de cárie em pacientes portadores de fenilcetonúria**.1995, 98 f. Dissertação (Mestrado em Bioquímica) - Instituto de Biociências, Curso de pós-graduação em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 1995.

Submissão: novembro de 2003

Aprovação: abril de 2004