

# A PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE A SAÚDE BUCAL: DO LÚDICO À REALIDADE

## The construction of meaning in oral health: from ludic to reality

Adriano Maia dos Santos<sup>1</sup>, Livia Lima Nogueira dos Santos<sup>2</sup>, Claudia Cerqueira Graça<sup>3</sup>, Ioni Santos da Mata<sup>4</sup>

### RESUMO

Esta pesquisa foi realizada com um grupo de trinta e nove mulheres. Teve como objetivo analisar os sentidos das concepções sobre saúde bucal para um grupo de mulheres, pois acredita-se serem pontos relevantes para construção de novas abordagens em educação em saúde. A coleta de dados ocorreu em dois momentos: 1) questionário; 2) coleta de informações pela técnica da história oral (grupo focal). O questionário caracterizou o grupo de mulheres, enquanto que o uso da técnica da contagem de história permitiu aproximação com as vivências do grupo focal, transitando entre a fantasia e a realidade, construída por meio de seus olhares e percepções. Nota-se que a forma com que os sujeitos da pesquisa percebem sua saúde bucal, suas necessidades e o modo como pretendem solucionar os seus problemas, nem sempre condizem com o esperado pelos profissionais de saúde. Nessa perspectiva, a educação em saúde, sustentada por uma abordagem problematizadora, possibilita o conhecimento aproximado das necessidades das pessoas acerca dos seus problemas.

**PALAVRAS-CHAVES:** Educação em Saúde. Saúde Bucal. Saúde da Mulher.

### INTRODUÇÃO

As reivindicações do movimento feminista, na década de setenta, confluíram com as propostas da reforma sanitária e acabaram por instituir uma nova ordem nas políticas públicas dirigidas às mulheres, dando origem ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em

### ABSTRACT

This article was carried out with a group of thirty nine women. The goal was to analyse the senses of the concepts about oral health for a group of women because they are thought to be relevant points for the construction of new approaches in health education. The data collecting was done at 2 moments: 1) questionnaire 2) collecting of information through the technique of oral account (focal group). The questionnaire characterized the group of women while the use of the technique of oral account permitted approximation with the experiences of the focal group, transiting between fantasy and reality built by means of looking and perception. It is noted that the form with which the subjects of the research perceive their oral health, their needs and the way they intend to resolve other problems, not always corresponds to what the health professionals expect. In this perspective, health education, sustained by a contextualizing approach, makes possible the close knowledge of the necessities of the people as to their problems.

**KEY WORDS:** Health Education. Oral Health. Woman's Health.

1984, considerado um marco histórico por romper com a tradicional perspectiva materno-infantil e a relação, quase indissociável, entre mulher e reprodução.

O Sistema Único de Saúde (SUS) imprimiu uma nova ordem na organização das políticas de saúde, ao garantir, na Lei 8080 (BRASIL, 1990), a saúde a todos os brasileiros/brasileiras, sem discriminação de qualquer natureza,

<sup>1</sup> Adriano Maia dos Santos, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira. Professor Assistente. Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. E-mail: maiaufba@ufba.br

<sup>2</sup> Livia Lima Nogueira dos Santos, cirurgiã-dentista. Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Saúde da Família. Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

<sup>3</sup> Claudia Cerqueira Graça, professora Assistente do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestre em Saúde Coletiva. Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

<sup>4</sup> Ioni Santos da Mata, cirurgiã-dentista. Universidade Estadual de Feira de Santana

orientada pela universalidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Nesse sentido, a saúde da mulher passou a ser encarada como um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, por meio de práticas cuidadoras, exercidas por diferentes profissionais, nos diferentes níveis de atenção (primária, média e/ou de alta complexidade).

Para o Programa de Saúde da Família (PSF), a Portaria 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006), retoma as diretrizes que devem figurar no processo de trabalho dos profissionais de saúde, destacando a valorização/o respeito aos diferentes saberes, criação de espaços de troca de experiências, estímulo à participação comunitária, escuta qualificada das necessidades (alteridade) e compartilhamento do planejamento, da execução e avaliação das atividades desenvolvidas.

Nessa perspectiva, para ampliar as ações de saúde e romper com a dicotomia curar/cuidar, os trabalhadores da Unidade de Saúde da Família (USF), Campo Limpo III, em Feira de Santana - BA, organizaram, com as mulheres do bairro, um grupo de educação em saúde. Para tanto, foi composto o Grupo de Mulheres do Campo Limpo III, em meados de 2004, debatendo questões inerentes à feminilidade, sexualidade, gênero, cidadania, entre outras, conforme o interesse do grupo. Tal estratégia previa que “[...] mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte” (BRASIL, 2004a, p.13).

Uma das limitações do PSF dessa comunidade era a ausência da equipe de saúde bucal, assim, as ações de cuidado com a boca não vinham sendo discutidas no grupo de mulheres. Contudo, os agentes comunitários de saúde (ACS) ressentiam-se dessa demanda e apontavam-na como uma necessidade emergente desse território, no qual as famílias conviviam com a dor e a mutilação dentária, cotidianamente, pela falta de informação adequada sobre os cuidados.

A experiência descrita inspirou a realização de uma pesquisa com esse grupo de mulheres, com o objetivo de analisar os sentidos atribuídos pelo gênero feminino à saúde bucal. Acredita-se que a imersão nas concepções de um grupo específico, acerca de sua saúde, é o primeiro passo para a construção de novas abordagens em educação à saúde. Para tanto, a fala coletiva é um importante instrumento para que se descubra como a condição de saúde bucal é percebida, em uma realidade específica, dotada de

sentidos que, muitas vezes, não condizem com o desejo e a percepção dos profissionais de saúde bucal acerca do que é normal e saudável. Esse caminhar deixa desconfortável a voz da racionalidade oficial, ao trazer, pelo sentido político da sua emergência, a necessidade de escutar outras vozes, que compõem um manancial de histórias, quase nunca, documentado (MACEDO, 2004).

## **EDUCAÇÃO E SAÚDE BUCAL: O SORRISO DE MONALIZA.**

É preciso confrontar as necessidades demandadas pelas pessoas, com suas experiências vivenciadas cotidianamente, ou seja, com o modo de vida e a condição de ser humano em relação ao mundo que o cerca, uma vez que cada sujeito é capaz de instituir/ser instituído nas/pelas relações sociais, dialeticamente. Sob influência das idéias de Arendt (1997), percebe-se que o homem é um ser incompleto, ou seja, no momento em que há o encontro com as coisas externas, acontece uma transmutação entre o homem e o mundo e vice-versa. Segunda a autora, “O mundo no qual transcorre a *vita activa* consiste em coisas produzidas pelas atividades humanas; mas, constantemente, as coisas que devem sua existência exclusivamente aos homens também condicionam os autores humanos” (ARENDRT, 1997, p. 17).

Assim, por exemplo, a educação em saúde pode configurar-se como uma prática, na qual poderes velados conflitam entre si, na tentativa de conformar uma prática social que responda a uma determinada ordem. Para Pedrosa (2006), tais tensões podem gerar uma resposta como conquista social, nascida dos movimentos comunitários e de suas representações ou, simplesmente, de uma norma institucional, ainda que carregada de boas intenções, que responde à necessidade de promover saúde à luz do poder público, daí dependente da concepção de Estado que as orienta, em cada momento histórico.

Barembliitt (1994) explora o tema, a partir de uma análise histórica do movimento institucionalista. O autor parte do pressuposto de que todas as civilizações possuem um saber intrínseco, um conhecimento que lhes é próprio e que as faz, culturalmente, distintas de outros grupos. No entanto, constata que esses conhecimentos acumulados têm sido expropriados por instituições ou por pessoas - *experts* - a serviço dessas instituições, de tal forma que “[...] esse saber, que as comunidades sociais acumularam durante tantos anos de experiência vital, a partir do momento em que aparece o saber científico, tecnológico, fica relegado, colocado em segundo plano, como se fosse rudimentar e inadequado” (BAREMBLIITT, 1994, p. 15). É com esse

argumento que o autor citado analisa a exploração e a alienação dos grupos, socialmente dominados e que se mostram sem autonomia para decidir e resolver sobre seus problemas no cotidiano.

Uma das prerrogativas para as práticas de educação em saúde é a clareza do modelo que tal ação procura responder, e uma das fragilidades, nesse processo, é que, muitas vezes, os sujeitos envolvidos não se apercebem desse fato e alienam-se. Na perspectiva freireana, a educação dá-se a partir da visão do homem como ser inacabado, no eterno devir. Nesse sentido, as condições econômicas, sociais e políticas geram barreiras, mas não impedimentos de mudança e, nessa esfera, educar é potencializar essa certeza de força-humana-transformadora, “[...] é a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da História” (FREIRE, 1998, p.60).

As percepções dos sujeitos são transmitidas pelo mundo exterior ao “eu” e a relação com o mundo exterior, carregada de significações refletidas em nossas vidas. Tal fato acontece porque o ambiente está organizado em formas e estruturas dotadas de sentido, que são percebidas de forma qualitativa, avaliadas por sujeitos ativos que lhes atribuem sentidos e valores, que estão de certa forma contidos na sociedade em que vivemos (CHAUI, 2002).

Acerca da saúde bucal, em um ambiente de vulnerabilidade social, Silva e Fernandes (2001) defendem que poderiam ser melhoradas as ações de educação em saúde, com ênfase na autoproteção e na autopercepção, sensibilizando as pessoas para a necessidade de promoção e prevenção, a partir de suas representações.

Contudo, tal afirmação carece de um elemento balizador: a quem interessa esta percepção? Mesmo intencionando-se problematizar os saberes da comunidade, tais conceitos não são estéreis, nem tampouco desvinculados de interesses. Os desejos respondem, também, a representações midiáticas, sendo assim, um processo de educação em saúde desenvolve-se na mediação de necessidades reais e “falsas” necessidades, mas com uma representatividade orgânica, não havendo, de antemão, uma verdade.

Assim, a percepção de cada um sobre situações referentes à saúde e à qualidade de vida, em particular à saúde bucal, fornece subsídios para um efetivo processo de educação em saúde, no qual se leve em consideração a realidade social particular de cada sujeito e de seu coletivo. Dessa forma, torna-se possível a real problematização das questões de saúde de cada indivíduo, reconhecendo-o como investigador crítico e não como “caixa vazia” sempre aberta a depósitos de conhecimento e de realidade, mas apto a uma sensibilização criadora de novas percepções e hábitos (FREIRE, 1997).

Na maioria das vezes, por já terem impingido certos conceitos e os incorporado ao cotidiano de suas vidas, os adultos apresentam grande resistência a modificar seus hábitos. Muitas vezes, mesmo conhecendo os riscos a respeito de condutas nocivas à própria saúde, são resistentes às práticas de educação em saúde. Por isso, as reuniões em grupos, as discussões de temas voltados à saúde familiar podem ser importantes para motivação relacionada ao autocuidado. Trabalhos em grupo, segundo Dultra e Paixão (2002), são capazes de motivar mais as pessoas no desenvolvimento do autocuidado e de promover mudanças de hábitos do que ações individuais.

Dessa forma, acredita-se que não se pode convencer o outro de certas verdades, mas sensibilizá-lo para uma mudança de comportamento em relação aos hábitos, potencialmente, causadores de danos à saúde. Para isto, é necessário que se compreenda que os hábitos anteriores apresentam risco à saúde, pois uma situação desfavorável, como ausência de unidades dentárias, doença periodontal e cárie, nem sempre determina uma percepção negativa de saúde bucal. Provavelmente, isso deve estar associado ao fato de que o prevalente, o mais comum, é considerado normal (CANGUILHEM, 2006). Nessa perspectiva, a realidade brasileira de desdentados, de cárie, de doença periodontal, do idoso edêntulo ou usuário de prótese, será considerada normal e não ocasionará insatisfação (percepção negativa). Tais representações são, muitas vezes, naturalizadas nos livros didáticos, no programas de humor, nas mídias impressas ou eletrônicas, contribuindo para mitificar um conceito negativo de saúde, principalmente, da saúde bucal.

Nessa direção, a mídia cria uma imagem-modelo e a percepção passa a ser mediada não pela necessidade de saúde, mas de consumo de um serviço, ou seja, a relação saúde bucal com a condição e o estilo de vida é desconsiderada e as necessidades são homogêneas, independentes da classe social. Daí que o imaginário coletivo, na procura pelo tratamento odontológico, seja pelo sofrimento (dor), pela insatisfação estética (restaurações, ortodontia, prótese) ou por qualquer outro motivo, não o relaciona com a origem da necessidade, restringindo a possibilidade de superação dos problemas, delegando à Odontologia a responsabilidade por resolvê-los.

Diversas publicações (BOTAZZO; FREITAS, 1997; FREITAS, 2001; FERREIRA *et al.*, 2004; BOTAZZO, 2006; DIAS, 2006; NARVAI, 2008) têm tematizado a saúde bucal, de distintas perspectivas, mas induzindo as reflexões em relação à mesma e o campo das ciências sociais, bem como discutindo as implicações ético-políticas

da práxis odontológica que não pode se restringir a um saber meramente técnico-biológico, descolado do campo cultural, econômico.

Tais questões contribuem para a relevância de procurar compreender os sentidos atribuídos por distintos grupos em relação à sua saúde bucal. A educação em saúde, nesse caso, só encontrará espaço para promover a transformação, caso os agentes do processo educativo identifiquem-se com a proposta, ou seja, caso a proposta reflita o contexto de necessidades das pessoas. Ressalvando que há margem para a discordância, o conflito, o novo, uma vez que se reconhece que, mesmo sendo necessidade de um determinado coletivo, as percepções sobre saúde bucal não são estéreis, daí a mediação será o caminho para a construção educativa de novas significações. Sendo assim, não há certeza por trás de um sorriso, ele é sempre um enigma, uma Mona Lisa em potencial.

Portanto, os valores e os sentidos contidos na sociedade são refletidos sob a forma de percepção do sujeito individual e coletivo, que não deve ser desconsiderada quando se pensa em promover saúde. A busca pelos sentidos, na saúde bucal, deve ser constante, tendo em vista a sua transformação permanente entre diferentes grupos e dentro de um mesmo grupo, o que torna o tema novo e, a cada dia, mais estimulante.

## METODOLOGIA

O presente estudo é resultado do projeto de pesquisa intitulado Avaliação da Autopercepção em Saúde Bucal, em um Grupo de Mulheres da Unidade de Saúde da Família, Campo Limpo III, Feira de Santana - BA, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS), registrado sob protocolo nº 101/2005, em dois de dezembro de 2005.

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres, a partir dos dezoito anos, que participavam do Grupo de Educação para Mulheres da Unidade de Saúde da Família, sendo que todas concordaram e participaram da pesquisa, perfazendo um grupo de estudo com trinta e nove mulheres.

A coleta de dados ocorreu em dois momentos distintos: 1) aplicação de questionário e 2) coleta de informações pela técnica da contagem de história. O primeiro momento foi realizado por meio de visitas domiciliares, pelas pesquisadoras colaboradoras (duas graduandas em Odontologia), acompanhadas por agentes comunitários de saúde (ACS), em horário e datas, previamente agendados. O segundo momento caracterizou-se como um grupo focal.

Para Macedo (2004, p.178), “trata-se de um recurso de coleta de informações organizado a partir de uma dis-

cussão coletiva, realizada sobre tema preciso e mediado por um animador-entrevistador ou mesmo mais de um”. Nesse sentido, o instrumento utilizado (questionário) foi validado pelo grupo focal, utilizando-se, como mediadora interpretativa, a técnica de contagem de história.

Para efetivar este momento, utilizaram-se atividades, na forma de oficina pedagógica: 1ª atividade - Abordagem e questionamento dos problemas sociais com oficinas de teorização, através da técnica da contagem de história. Com esta técnica, as facilitadoras iniciaram uma história sobre uma personagem fictícia que foi construída/caracterizada por meio dos dados colhidos pelo questionário. Ao longo da atividade, a história era interrompida, deixando que as participantes continuassem a narrá-la. À medida que a história ia sendo contada pelo grupo, suas vivências iam sendo relatadas e seus problemas sociais e bucais identificados. No momento em que a história era interrompida, teorizava-se com atividades lúdicas, relacionadas à cárie, doença periodontal, higienização bucal e dieta. 2ª atividade - Síntese: Os sujeitos do estudo dividiram-se em cinco subgrupos, cada um com uma folha de cartolina, listaram os pontos-chave das discussões anteriores. 3ª atividade - Soluções aplicadas à realidade: nesta atividade, confeccionaram-se painéis com desenhos e recortes de revistas, propondo soluções para os problemas de saúde bucal trabalhados nas atividades anteriormente mencionadas. 4ª atividade - Avaliação das participantes a respeito dos sentidos dos temas desenvolvidos na oficina.

Para a análise dos resultados, utilizou-se de uma avaliação qualitativa, inspirando-se na análise temática (MINAYO, 2005) dos dados (questionário, contagem de história, painéis da oficina pedagógica).

## PERFIL DO GRUPO DE MULHERES

As mulheres formam o grupo de maior número na população baiana e são as principais usuárias do SUS. Para a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (BAHIA, 2006, p.51), “mulheres com acesso à educação e informação podem contribuir muito, no seu entorno social e familiar, para o controle de doenças e, sobretudo, para a promoção da saúde”.

Com os dados coletados pelo questionário, pode-se caracterizar o grupo de mulheres que participou da pesquisa: 77% tinham entre 25 e 44 anos, sendo que a maioria não completou o Ensino Fundamental (56,4%). Quanto à situação conjugal, constatou-se que 53,8% estavam casadas ou em união consensual, possuíam de 2 a 3 filhos (51,3%), moravam com 4 a 6 pessoas (64,1%), em casa própria

(69,2%). Quanto ao nível econômico, o grupo apresentou renda de até um salário mínimo (97,4%) e, quando se considerou a ocupação das participantes, 79,5% definiram-se como sendo donas de casa.

A história odontológica das mulheres revela que 46,2% visitaram o dentista há mais de dois anos, que 89,7% apresentavam histórico de perda dentária e 71,8% relacionaram a perda à cárie. A maioria das usuárias considerou a sua saúde bucal como regular ou ruim (69,2%), necessitando de tratamento dentário (97,4%) por motivo de dor (25,6%). No entanto, as mulheres estabeleceram a fala (74,4%) e a mastigação (53,8%) como boa ou ótima, ao mesmo tempo em que 66,7% se declararam insatisfeitas ou pouco satisfeitas com a saúde de sua boca. Em relação à higiene bucal, 71,8% relataram ter recebido orientação sobre escovação, sendo que 76,9% só utilizam escova e creme dental e 69,6% a realizam de 2 a 3 vezes ao dia. A maioria das participantes (76,9%) declarou que a sua saúde bucal não interferia nos relacionamentos com outras pessoas.

## A HISTÓRIA DE UMA MULHER E O SENTIMENTO DE TODAS

O resultado do questionário possibilitou a caracterização de uma personagem fictícia, denominada *Fernanda*, cuja história é a própria história de vida das participantes do grupo. Tal mulher morava no bairro Campo Limpo, era dona de casa, residia em casa própria, tinha três filhos e a renda de sua família era de um salário mínimo. Aos domingos, fazia compras numa feira livre próxima. Neste momento, questionou-se a respeito do que comprava. O grupo verbalizou: *Verduras, frutas, feijão, carne, rapadura...*

As doenças bucais são multidimensionais, sendo assim, as condições sócioeconômicas têm representação na cavidade bucal. O nível de escolaridade, o trabalho, o lazer, o meio ambiente, as crenças, as oportunidades e as frustrações atuam, irremediavelmente, na representação do que é ter saúde. A nutrição e a dieta têm relação estreita no desenvolvimento de doenças da boca (cárie, doença periodontal e câncer de boca), os carboidratos refinados, por exemplo, são relacionados com o desenvolvimento de lesões cariosas (SANTOS, 2006).

A alimentação relatada pelo grupo sugere a ingestão de alimentos ditos saudáveis, no entanto, as falas refletem uma contradição entre o que se adquire para comer e o que de fato é possível adquirir com o nível de renda explicitado nos questionários (97,4% vivem com, no máximo, um salário mínimo). Isso se torna importante, pois, antes de se iniciar qualquer atividade em saúde bucal, deve-se definir o que é

prioridade para as pessoas. No âmbito da saúde brasileira, as prioridades são as ações que garantem a sobrevivência. Em um país em que as pessoas ainda passam fome e não têm suas necessidades básicas supridas, os cuidados com a saúde bucal, muitas vezes, são deixados em segundo plano. Nessa perspectiva, Moreira e Alves (2006, p.261) esclarecem:

*[...] os problemas na boca das pessoas não ocorrem isolados no tempo e no espaço, mas apresentam uma determinação causal direta e implacável a depender das formas de inserção do homem na sociedade. Um país que carrega uma dívida social histórica, com boa parte da sua população oprimida e sem acesso equitativo às oportunidades, naturalmente apresenta na saúde bucal um reflexo potencializado de tais desigualdades.*

Outro aspecto levantado pelo grupo mostrou que a personagem tinha *muitas obrigações em casa, tinha de fazer comida, limpar a casa, cuidar dos filhos e o pior, ouvir, do marido e de seus familiares, que ela não fazia nada*. Indagou-se sobre esta questão, ao que as participantes responderam: *é uma injustiça*.

Neste momento, nota-se a indignação dessas mulheres pela situação de opressão a que estão submetidas, o que faz com que seu trabalho de dona de casa não seja valorizado. Faz-se necessário que, nas atividades educativas em saúde, os conflitos de relacionamento sejam levantados. Para tanto, buscou-se aproximar da realidade das mulheres, contextualizando a atividade educativa. Assim, a técnica da narração das vivências, a partir de um conto fictício, permitiu que a transição entre a fantasia e a realidade acontecesse de forma espontânea, criativa e lúdica, possibilitando o desvelamento dos fatos concretos, que de outra forma, provavelmente, seriam omitidos.

Segundo Dytz *et al.* (2003), em pesquisa realizada com dezessete mães de baixa renda, notou-se que um elemento comum nas histórias das mulheres é sentirem-se sobrecarregadas por uma rotina doméstica cansativa, pois a maioria passa o dia cuidando dos afazeres domésticos e dos filhos, quase sempre sem contar com ajuda de outras pessoas. Na Bahia, a discriminação de gênero expõe as mulheres a condições de discriminação no trabalho e na renda, apesar de trabalharem mais e terem um nível de escolaridade maior que os homens. Tal desigualdade *tem resultado em danos à saúde da mulher* (BAHLA, 2006).

*Dando sequência, a personagem foi contextualizada em uma vida bastante atribulada, típica vida de dona de casa, procurando aproximá-la, ao máximo, da realidade do grupo focal. Nesse contexto, foi interrogado ao grupo: quantas vezes vocês acham que a personagem*

*escova os dentes? Ao que responderam: Desse jeito?! Uma vez ou nenhuma. Ela está estressada.*

É fundamental notar que, quando se cria um ambiente de descontração e se aproxima da realidade das participantes da pesquisa, elas se sentem à vontade para relatar suas vivências o que se contrasta com o questionário da história odontológica, no qual a maioria relatou escovar os dentes 2 a 3 vezes ao dia (69,6%), ou seja, uma reprodução do conteúdo massificado, mas externo à realidade das pessoas. Segundo Santos e Assis (2006, p.59), “[...] a pouca adesão também está associada ao formato acadêmico em que os encontros coletivos têm se desenvolvido, por meio de palestras verticalizadas e pouco problematizadoras”.

Uma outra perspectiva deu-se acerca da percepção da condição bucal, uma vez que esta, aparentemente, contrasta com a condição clínica. Com o questionário, traçou-se o perfil odontológico das mulheres, revelando que 46,2% visitaram o dentista há mais de dois anos; 89,7% apresentavam histórico de perda dentária, sendo a maioria associada à cárie (71,8%). No entanto, estabeleceram a fala (74,4%) e a mastigação (53,8%) como boa ou ótima, ao mesmo tempo em que se declararam insatisfeitas ou pouco satisfeitas com a saúde de sua boca (66,7%).

Fazendo um paralelo com o levantamento epidemiológico concluído em 2003 (BRASIL, 2004b), percebe-se que, na faixa etária das mulheres nordestinas do grupo (35 a 44 anos), apenas, aproximadamente, 50% têm pelo menos 20 dentes presentes na boca. No entanto, como se vê, nos dados acima, mais da metade das mulheres do estudo consideram sua mastigação boa ou ótima. Dessa forma, podemos estabelecer um conflito entre o que é entendido como problema bucal (pelo dentista) e o que é problema bucal de fato (pelas mulheres). Souza (2004) discute os vários conflitos da boca, compreendendo-a como espaço múltiplo de sentidos e que carrega significados que se apresentam na cultura e no psiquismo humano.

Nesta direção, é que a mutilação, o uso de prótese e a cárie podem ser considerados normais por um grupo, por efeito de serem comuns. Nesse sentido, anormal é ter todos os dentes. Para o profissional da saúde, detentor do conhecimento científico, oriundo de outras classes sociais, causa estranhamento e perplexidade tal situação, tentando alterá-la sem compreendê-la. Souza (2004, p. 35) polemiza essa discussão:

*A força e a saúde de uma cultura medem-se por sua capacidade de se transformar, por sua plasticidade. O corpo do outro reflete a imagem do nosso corpo como num espelho. O corpo é tido como normal porque não está sozinho; com ele vive seu duplo,*

*que assegura a constância e a multiperspectivação da percepção. Quando nos deparamos com uma superfície inhóspita em outro corpo, recusamos nela o prolongamento do nosso duplo como se ali não fosse possível espelhá-lo. Mas aquele corpo é de direito o nosso duplo, como todo corpo outro.*

Sendo questionadas a respeito do que acontecia com a saúde bucal da personagem fictícia, por conta de ela não escovar os dentes, o grupo respondeu: *a gengiva fica inflamada, há sangramento, isso por causa do resto de comida, gengiva sensível... Dá tártaro. A gengiva inflamada fica vermelha, dá mau hálito...*

Ao continuarem a história, as facilitadoras relataram que, além desses problemas na gengiva por elas apresentados, *Fernanda* ainda sentia dor nos dentes. E questionou-se o porquê da dor de dente: *o dente tá estragado... É cárie... O que causa? Má escovação... Doce... Bactéria...*

Por conta da dificuldade de acesso à assistência odontológica curativa-restauradora, muitos indivíduos só procuraram o cuidado quando há manifestação de dor. Por outro lado, percebe-se que o grupo sinaliza uma compreensão sobre a necessidade do autocuidado, ao afirmar que a higiene inadequada é um fator que pode levar ao adocimento bucal. Também relaciona a destruição da unidade dentária ao açúcar e à presença de uma microbiota. Esta última constatação mostra que houve um contato prévio com o conhecimento sistematizado sobre a cárie, confirmando os achados no questionário aplicado, que apontou que 71,8% já tinham recebido orientação sobre escovação, por sua vez, tal informação não repercute em ganho de saúde, uma vez que 89,7% relataram apresentar perda dentária, 69,2% consideram sua saúde bucal regular ou ruim, 97,4% afirmam precisar de algum tratamento dentário, sendo que o motivo dor é referido por 25,6% das entrevistadas. Bastos *et al.* (2003) ressaltam que, quando se pensa em educação para adultos, deve se ter em mente que estes já possuem conceitos próprios internalizados, relativos à sua própria saúde e à dos que lhe são próximos.

Os profissionais de saúde, quando se preparam para realizar atividades educativas, muitas vezes não atentam para o fato de que a comunidade já possui conhecimentos prévios, ou seja, já possui certo conhecimento de sua saúde bucal, bem como conceitos e percepções das principais afecções que acometem a sua cavidade bucal. Nesta ótica, alerta Brandão (2004, p.10):

*A educação pode existir livre e, entre todos, pode ser uma das maneiras que as pessoas criam para tornar comum, como saber, como ideia, como crença, aquilo que é comunitário como bem, como trabalho ou como vida. Ela pode existir imposta*

*por um sistema centralizado de poder, que usa o saber e o controle sobre o saber como armas que reforçam a desigualdade entre os homens, na divisão dos bens, do trabalho, dos direitos e dos símbolos.*

Mais adiante, após a técnica da narrativa, seguiu-se para o momento de síntese. O grupo apontou situações que propiciam um aumento na incidência de doenças bucais: *Não escovar os dentes por três vezes ao dia e, ainda, relacionaram que [...] com fumo, bebida, diabetes, é mais fácil perder os dentes.*

O primeiro impulso é procurar um culpado, responsabilizar o sujeito pela sua condição de vida. No entanto, a saúde bucal é a qualidade de saúde que se apresenta na cavidade bucal e, também, é socioculturalmente construída. Nesse sentido, saúde bucal é um conceito genérico, utilizado para organizar um núcleo de conhecimentos específicos, mas dependente de outros campos de saberes. Portanto, a saúde bucal configura-se como matriz da formação dos cirurgiões-dentistas, mas só se efetiva no encontro com as ações desenvolvidas por diferentes sujeitos (médicos, enfermeiros, técnicos, agentes comunitários, gestores/políticos, professores, entre outros), tendo o sujeito usuário como centro do cuidado (SANTOS, 2006).

Não se pode, por sua vez, perder de vista que o autocuidado, a corresponsabilização, a autonomia e a alteridade em relação ao processo saúde-doença devem ser uma busca, ou seja, cada sujeito deve ter direito a escolher o modo de andar a vida. Contudo, os excessos (comer carboidratos), a falta de interesse (não escovar os dentes), a recusa (não seguir as orientações) são causas e consequências das doenças bucais, sendo, a via, dupla. Souza (2004, p.34) retrata essa dialética:

*A boca é lugar de prazer, satisfação e também de interdição. Seriam tais interdições produtoras do mal-estar bucal? O mal-estar que se mostra e se oculta na boca fechada e na boca aberta, na boca calada, na língua mal falada - mal dita! - na palavra dita e na palavra não-dita, na boca banguela, na boca malcheirosa, na boca vazia e na boca cheia, na boca raivosa, na boca triste.*

A etapa da síntese dos trabalhos serviu para definição do que necessita ser estudado, de definir o que precisa ser conhecido e melhor compreendido, para, posteriormente, buscar respostas às questões estabelecidas (BERBEL, 1999).

Finalizada essa etapa, foi proposto às participantes que sugerissem soluções para os problemas da personagem

fictícia. Para tanto, buscou-se adequar os problemas de saúde bucal às suas vivências, buscando soluções em seu próprio dia a dia. É necessário, contudo, que as atividades preventivas e reabilitadoras estejam embasadas na realidade de cada pessoa.

Segundo Dytz *et al.* (2003), o estilo de vida e as condições sociais em que as pessoas estão inseridas, no contexto de suas experiências individuais e coletivas, são determinantes na forma como elas conduzem e interpretam situações sociais, assim como na maneira como enfrentam e resolvem os problemas da vida. O grupo focal relatou as seguintes questões:

*Constatação:* A Filha de Fernanda comia e não escovava os dentes.

*Problema:* Levá-la ao dentista. Mas, como ir ao dentista ganhando pouco?

*Solução:* Fazer abaixo-assinado para convencer os governantes a colocarem consultórios odontológicos em todos os postos de saúde.

Na prática educativa, as usuárias devem ser caracterizadas como sujeitos, com direito a um espaço de reflexão sobre suas vivências. A discussão, em grupo, das vivências é tida como meio para estimular a responsabilidade das usuárias no cuidado da sua saúde, na reivindicação dos seus direitos, dentro dos serviços de saúde e em outros âmbitos de suas vidas (GIFFIN, 1995).

As mulheres reportam-se, em suas falas, à necessidade do cuidado e ao limite/restrrição em relação ao acesso ao serviço odontológico. A condição econômica, reproduzida no discurso coletivo, alerta para as necessidades historicamente cerceadas que as tornam vulneráveis e marginalizadas. Concomitantemente, expressam o desejo por justiça, propondo-se a manifestar seu desejo coletivo através de um instrumento escrito e assinado por todas/todos. As mulheres demonstram a clareza que têm acerca dos direitos à saúde bucal, ainda que interpretem essa demanda, expressando-a por meio do desejo de terem o consultório dentário, minimizado ou não, valorizando as questões promocionais e preventivas: *Após ir ao dentista Fernanda não tem medo de sorrir [...]* e agora até arrumou tempo para cuidar de si.

Nesse sentido, deve-se ter a clareza de que, após a doença, é patente a necessidade da cura, contudo, como afirma Iyda (1998, p.136):

*[...] a extração dentária e a substituição por meios artificiais mostram-se como avanço técnico num determinado momento.*

*Hoje representam um resquício de uma concepção e de uma prática de saúde bucal. Eliminando um sintoma da doença, pela extração, restaura a condição de normalidade (não sentir dor), mas instaura a anormalidade (não ter dentes), que pode ser reconduzida à sua normalidade por meio de uma prótese dentária e, assim, o que é “anormal” passa a ser aceito como “normal”, social e mesmo profissionalmente.*

Finalmente, compreende-se que as atividades com o grupo se caracterizaram por uma metodologia interativa e discursiva, na qual se pôde perceber os sentidos da saúde bucal, captando alguns dos espectros no caleidoscópio das concepções sobre a saúde. Para Garcia (2001, p. 96), “Educar é cuidar e para cuidar se educa. Tanto o ato de educar como o de curar representam um encontro, uma negociação [...]”

A educação em saúde deve abrir-se para novas tomadas investigativas sobre o tema, inclusive no mesmo grupo, dado o dinamismo das informações, o que é verdade agora, modifica-se e transfigura-se em novos significados e novos sentidos, permanentemente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A técnica da “personagem fictícia” tornou possível traduzir os problemas bucais, relacionando-os aos problemas sociais em uma realidade dotada de significados e sentidos que, por sua vez, devem justificar e fundamentar a educação em saúde. Trata-se, aqui, de uma educação que pode ser encarada como um instrumento auxiliar na incorporação de novas práticas preventivas, por profissionais e serviços de saúde. Sua concepção teórica valoriza o saber do outro e entende que o conhecimento é um processo de construção coletiva (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

A técnica da contagem de história, fundamentada no grupo focal, permitiu aproximação das vivências do grupo de mulheres, transitando entre a fantasia e a realidade, construída a partir de seus olhares e percepções.

Os sentidos do grupo remetem para uma visão ‘natural’ da enfermidade, sem uma percepção explícita do caráter social da saúde, ainda que as mesmas relacionem, a princípio, a alimentação ou a falta dela, algumas doenças de base (diabetes), a má higiene bucal e a ‘falta’ de tempo, como fatores interligados às patologias bucais. Contudo, uma contradição evidencia-se quando o grupo aponta, como forma de resolver o problema, um ente externo capaz de recuperar a felicidade, materializado na figura do cirurgião-dentista. Nessa perspectiva, as mulheres mostram-se atentas à necessidade política de uma mobilização para que a

situação seja contornada, desvelam a insatisfação com a falta do profissional na área de abrangência, na dificuldade, portanto, de acesso a um serviço técnico-especializado para tratar da doença instalada (cárie, doença periodontal, etc.). Todavia, o sentido coletivizado não aponta para a questão social das mesmas, ou seja, imersas em problemas cotidianos para garantir a sobrevivência, não se dão conta de que o cirurgião-dentista na área, ainda que necessário, não conseguirá resolver os problemas de saúde bucal da comunidade, pois parece existir uma grande demanda, necessitando de uma intervenção pública intersetorial para garantir mudanças na própria comunidade.

Pode-se notar que a forma com que os sujeitos da pesquisa percebem sua saúde bucal, suas necessidades e o modo como pretendem solucionar os seus problemas, nem sempre, condizem com o esperado pelos profissionais de saúde. Tal percepção faz do patológico (mutilação dentária) uma condição de normalidade, sendo a prática curativista colocada em primeiro lugar, tendo o cirurgião-dentista como “super-herói”, responsável pela resolução dos problemas de saúde bucal daquela comunidade. Mas tal sentido não se dá de maneira ahistórica, ao contrário, é desenhado na cultura social que teve como padrão a carência na assistência, a educação repressiva e prescritiva, a ideia de saúde como ausência de doença, as posições tradicionais e autoritárias dos profissionais de saúde, a falácia de que saúde bucal é cara e, portanto, não é prioridade, a desvalorização da saúde influenciada por um forte apelo midiático para o consumo de alimentos ‘descartáveis’, apenas pra citar alguns dos sentidos impregnados pela sociedade de consumo.

Assim, não desconsiderando as várias interfaces que atravessam a complexidade do processo de saúde e adoecimento, trabalhos em grupo que se propõem a discutir os sentidos que o mesmo atribui a determinado assunto, descortinam uma possibilidade de apontar uma agenda singular para cada espaço, tentando, coletivamente, atender as demandas apresentadas e configurar as conquistas como respostas a lutas e desejos sociais. Mesmo cientes do limite de governabilidade que tais trabalhos possuem, servem para um repensar do grupo, uma possibilidade concreta de empoderar-se de questões que são, muitas vezes, tratadas apenas como de competência dos políticos ou dos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v.8, n.15, p.259-74, mar./ago., 2004.

- ARENDRT, H. **A condição humana**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1997.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Programação da atenção básica**: manual de orientação. Salvador, 2006. 206p.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1994.
- 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.
- BERBEL, N. A. A metodologia da problematização e os ensinamentos de Paulo Freire: uma relação mais que perfeita. In: BERBEL, N. A. (Org.). **Metodologia da problematização**: fundamentos e aplicações. Londrina: UEL, 1999. p. 1-57.
- BOTAZZO, C.; FREITAS, S.F.T. (Org.). **Ciências sociais e saúde bucal**: questões e perspectivas. São Paulo: UNESP, 1998.
- BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuições ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jan./mar., p. 7-17, 2006.
- BRANDÃO, C. R. **O que é educação?** 43. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004. (Coleção Primeiros Passos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei N. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2004a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF, 2004b. (Série C. Projetos, Programas e relatórios).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 646, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- CHAUI, M. **Convite à filosofia**. 12. ed. São Paulo: Ática, 2002.
- DIAS, A. A. **Saúde bucal coletiva**: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos, 2006. v. 1.
- DUTRA, C. M. R.; PAIXÃO, H. H. Educação em saúde bucal individual e grupal: uma análise qualitativa. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v.38, n.2, p.129-138, abr./jun. 2002.
- DYTZ, J. L. G.; LIMA, M. G.; ROCHA, S. M. M. O modo de vida e a saúde mental de mulheres de baixa renda. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 27, n. 63, p.15-24, jan./abr. 2003.
- FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Saúde bucal coletiva**: conhecer para atuar. Natal: Edufrn, 2004.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 27 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 7. ed. São Paulo: Terra e Paz, 1998.
- FREITAS, S. F. T. **História social da cárie dentária**. Bauru: Edusc, 2001.
- GARCIA, M. A. A. Saber, agir, educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 5, n. 8, p. 89-100, 2001.
- GIFFIN, K. Estudos de gênero e saúde coletiva: teoria e prática. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 46, p. 29-33, mar. 1995.
- IYDA, M. Saúde bucal: uma prática social. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S.F.T. (Orgs.). **Ciências sociais e saúde**

- bucal:** questões e perspectivas. São Paulo: UNESP, 1998. p.127-139.
- MACEDO, R. S. **A etnopesquisa crítica e multirreferencial nas ciências humanas e na educação.** 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2004.
- MINAYO, M. C. S. Conceitos de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.19-51.
- MOREIRA, T. P.; ALVES, M. S. C. F. Saúde bucal e desigualdades: dos números à experiência das doenças no cotidiano. In: DIAS, A. *et al.* **Saúde bucal coletiva:** metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos, 2006. p.261-74.
- NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil:** muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. (Temas em Saúde).
- PEDROSA, J. I. S. Promoção da saúde e educação e saúde. In: MALO, M.; CASTRO, A. **SUS:** resignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec/OPAS, 2006.
- SANTOS, A. M. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. **Revista APS,** Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 190-200, jul./dez. 2006.
- SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, jan./mar. 2006.
- SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 35, n. 4, p. 349-355, 2001.
- SOUZA, E.C.F. O adoecer bucal: trilhas para um conceito ampliado. In: FERREIRA, M.A.F.; RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. **Saúde bucal coletiva:** conhecer para atuar. Natal: Edufrn, 2004. p.33-8.

---

Submissão: janeiro de 2009

Aprovação: julho de 2009

---