

**O CIRURGIÃO-DENTISTA NA VISÃO DAS CRIANÇAS: ESTUDO EXPLORATÓRIO EM
CENTROS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO INFANTIL DE SALVADOR, BAHIA**Patrícia Soares Cavalcante^aMariangela Silva de Matos^aMaria Beatriz Barreto de Sousa Cabral^a**Resumo**

A imagem social do cirurgião-dentista e da odontologia está associada a experiências de dor e desconforto, despertando sentimentos negativos como medo, aversão e ansiedade. Considerando que a cooperação da criança pode ser influenciada pela relação que esta estabelece com o dentista, o objetivo deste estudo exploratório foi analisar a visão que crianças provenientes de centros de educação infantil têm acerca do cirurgião-dentista e de suas atribuições. Trata-se de um estudo qualitativo desenvolvido com crianças de 4 a 6 anos matriculadas em 4 instituições municipais de Salvador, Bahia. A coleta dos dados foi feita por meio de desenho direcionado, seguido de explanação verbal do seu conteúdo. A imagem do cirurgião-dentista foi representada positivamente, sendo os poucos casos de visão negativa identificados entre as crianças das instituições sem programa regular de promoção da saúde bucal. As ações coletivas foram mais evidentes entre as crianças das instituições com programa regular. Conclui-se que a visão negativa do dentista, culturalmente difundida em nossa sociedade, pode transformar-se na medida em que ações de promoção da saúde bucal sejam introduzidas no cotidiano das crianças, uma vez que os centros de educação infantil são espaços sociais privilegiados para o desenvolvimento dessas ações.

Palavras-chave: Saúde bucal. Educação infantil. Cirurgião-dentista.

^aUniversidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Mariangela Silva de Matos – Rua Senador Theotônio Vilella, 263, apto. 404 – Brotas – CEP: 40279-435 – Salvador (BA), Brasil – E-mail: marismatos@yahoo.com.br

THE DENTIST IN THE VISION OF CHILDREN: AN EXPLORATORY STUDY IN MUNICIPAL DAYCARE CENTERS, SALVADOR, BAHIA

Abstract

The social image of dentists and dentistry is associated with experiences of pain and discomfort arousing negative feelings such as fear, anxiety and aversion. Whereas cooperation of the child may be influenced by the relationship it establishes with the dentist, the objective of this exploratory study was to analyze the vision that children from early childhood centers have about dentists and their assignments. This is a qualitative study developed with children 4–6 years old enrolled in 4 municipal institutions of Salvador, Bahia, Brazil. Data collection was done through directed design, followed by verbal explanation of its contents. The image of the dentist was represented positively, and the few cases of negative vision identified among children in institutions without regular program of oral health promotion. The class actions were more evident among children of institutions with regular program. We conclude that the negative vision of the dentist, culturally pervasive in our society, can become the extent that shares of oral health promotion are introduced in the daily lives of children, so that the early childhood education centers are social spaces privileged to the development of these actions.

Keywords: Oral health. Child rearing. Dentist.

EL DENTISTA EN LA VISIÓN DE LOS NIÑOS: UN ESTUDIO EXPLORATORIO EN LOS CENTROS MUNICIPALES DE EDUCACIÓN INFANTIL DE SALVADOR, BAHIA

Resumen

La imagen social de los dentistas y de la odontología se asocia con experiencias de dolor y malestar que despierta sentimientos negativos como el miedo, la ansiedad y la aversión. Considerando que la cooperación del niño puede verse influida por la relación que establece con el dentista, el objetivo de este estudio exploratorio fue analizar la visión que los niños que provienen de centros de educación infantil tienen acerca de los dentistas y sus asignaciones. Se trata de un estudio cualitativo desarrollado con niños de 4–6 años de edad matriculados en 4 instituciones municipales de Salvador, Bahia, Brazil. La recolección de datos se realizó a través del diseño dirigido, seguido de una explicación verbal de su contenido. La imagen del dentista fue representado de manera positiva, y los pocos casos de visión negativa

identificados entre los niños de las instituciones sin programación regular de promoción de la salud bucal. Las acciones colectivas fueron más evidentes entre los niños de las instituciones con el programa regular. Se concluye que la visión negativa del dentista, culturalmente dominante en nuestra sociedad, puede transformarse a medida que acciones de promoción de la salud bucal sean introducidas en lo cotidiano de los niños, ya que los centros de educación infantil son espacios sociales privilegiados para el desarrollo de esas acciones.

Palabras clave: Salud bucal. Crianza del niño. Relaciones Dentista-Paciente

INTRODUÇÃO

A imagem social do cirurgião-dentista e da odontologia está associada a experiências de dor e desconforto, podendo despertar nas pessoas sentimentos negativos, como: medo, aversão e ansiedade.¹⁻⁴ Essas sensações não são particularidades do tratamento odontológico, ocorrendo também em outros contextos de tratamentos de saúde, especialmente quando procedimentos invasivos fazem parte das rotinas terapêuticas. O medo de dentista, no entanto, tem sido caricaturado como um dos mais frequentes e mais intensamente vivenciados.^{3,4}

Atuar na perspectiva da promoção da saúde pode configurar-se em um importante referencial para minimizar a imagem negativa, culturalmente difundida na sociedade, do cirurgião-dentista e da odontologia, haja vista que tal construção pode estar relacionada à própria história da profissão, a qual, de acordo com alguns autores,¹⁻³ é tradicionalmente pautada em modelos de atenção que privilegiam os tratamentos invasivos, sendo estes inerentemente mais desconfortáveis ou dolorosos quando comparados às ações de prevenção e controle; à formação do profissional, baseada preponderantemente no tecnicismo e no biologicismo da assistência; e às condições subjetivas individuais (adquiridas ao longo da vida) do paciente.

Nessa perspectiva, é função da prática odontológica realizar, direta ou indiretamente, as ações necessárias à produção da saúde, possibilitando, assim, a redução de agravos mediante o emprego de atividades preventivo-terapêuticas. Para o planejamento dessas atividades devem ser considerados diferentes aspectos relativos à população-alvo; dentre eles, as suas características sociais, culturais e epidemiológicas. Segundo Domingues et al.,⁵ tais atividades devem ser iniciadas o mais precocemente possível, de preferência com crianças na faixa etária de 0 a 5 anos de idade.

A cárie dentária constitui-se no problema bucal que mais afeta a criança nas fases pré-escolar e escolar.^{6,7} Os resultados do levantamento epidemiológico nacional, SB

Brasil 2010, registraram uma média de 2,4 dentes atingidos pela cárie em crianças de 5 anos. Desses, 80% estavam cariados. Em 2003, a média nessa idade era de 2,8 dentes afetados, uma redução, portanto, de apenas 18% em 7 anos.^{6,7} Tais dados resultam na necessidade de se planejar políticas de atenção especial a essa faixa etária, uma vez que as lesões cariosas, além de requerer tratamentos invasivos e desconfortáveis, se não tratadas, afetam a qualidade de vida da criança em sua dimensão física, psicológica e social. Desse modo, ressalta-se a importância de se atuar com medidas de prevenção e controle da doença cárie o mais precocemente possível.

A Carta de Ottawa argumenta que os pré-requisitos e as perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde, mas por uma ação coordenada entre vários setores. Ela propõe a criação de ambientes favoráveis e acesso à informação e a experiências que apoiem escolhas saudáveis.⁸ Nessa perspectiva, instituições para crianças, tais como creches e escolas, são exemplos de locais apropriados para se desenvolver medidas de promoção da saúde na comunidade,^{9,10} como atividades de prevenção e controle dos problemas bucais.

A escola reúne crianças em idades que favorecem a assimilação de medidas preventivas, como hábitos de higiene bucal e dieta, os quais são formados na infância.^{11,12} Essa compreensão ganha sustentação legal com o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, mediante o qual o Ministério da Saúde reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação. Desse modo, a escola extrapola o ato de ensinar e passa também a ser compreendida como um espaço privilegiado para práticas de promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. Tal integração possibilita uma formação ampla para a cidadania, e, por tratar-se de um espaço de relações, a escola pode contribuir para a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, podendo interferir diretamente na produção social da saúde.¹⁰

A forma como as pessoas percebem o processo saúde-doença influencia diretamente as suas práticas, de maneira que compreender essas construções é essencial para favorecer escolhas saudáveis. Outra questão fundamental é que a associação do cuidado odontológico à dor, ao possibilitar o desencadeamento do medo, levanta a necessidade de se conhecer a população a ser assistida para, dessa forma, orientar a prática do cirurgião-dentista.^{1,4,5}

Uma possível contribuição para as ações de promoção da saúde bucal na primeira infância é o conhecimento acerca da visão que as crianças têm sobre a saúde bucal e o cirurgião-dentista, uma vez que elas podem expressar os saberes e os valores atribuídos

à saúde bucal, bem como a relação que as pessoas, em seu meio social, estabelecem com o cuidador. Tais pontos de vista podem facilitar ou dificultar a adesão das pessoas às propostas de escolhas saudáveis e aos tratamentos odontológicos.

Desse modo, os programas de educação em saúde devem valorizar a elaboração simbólica dos sujeitos acerca do processo saúde-doença, articulando-os aos conhecimentos científicos, possibilitando, assim, uma maior adesão às propostas de mudança de comportamento.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de se estudar as atitudes infantis frente ao tratamento odontológico, a fim de configurar a abordagem de relacionamento e os procedimentos que deverão ser estabelecidos para a construção de estratégias de promoção à saúde bucal e obtenção de êxito no tratamento.²

Considerando que a cooperação da criança, tanto nos cuidados preventivos quanto no tratamento dos problemas bucais, pode ser influenciada pela relação que esta estabelece com o dentista, e que os desenhos podem se configurar em uma excelente forma pela qual as crianças podem representar tal relação, o objetivo deste estudo foi analisar, por meio de desenhos, a visão que crianças provenientes de centros de educação infantil têm acerca do cirurgião-dentista e de suas atribuições.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido em quatro Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs) da cidade de Salvador, Bahia. A seleção de tais centros foi intencional, buscando-se adequá-la ao desenho do estudo, que pretendeu identificar as práticas de saúde bucal existentes nos referidos centros, com e sem programa de saúde bucal regular, e analisar a visão das crianças acerca do cirurgião-dentista e de suas atribuições. Desse modo, as unidades escolares foram identificadas pela Secretaria de Educação, Cultura, Esporte e Lazer (SECULT) de Salvador com a indicação de que duas delas estão incluídas em um programa regular de promoção da saúde bucal desde o ano de 2002 e duas não são cobertas por programas regulares de educação em saúde bucal.

As informações relativas às práticas de saúde bucal desenvolvidas nos centros de educação infantil, com ou sem programa regular de promoção da saúde bucal, foram coletadas por meio de uma entrevista dirigida à coordenadora do projeto e às diretoras dos Centros, respectivamente.

A população de referência incluiu todas as crianças de 4 a 6 anos, de ambos os sexos, que se encontravam regularmente matriculadas nas respectivas instituições, perfazendo

um total de 126 crianças. Entretanto, participaram do estudo 86, uma vez que 28 delas não estavam frequentando as instituições no período da coleta e 12 foram excluídas porque se negaram a participar da atividade.

O instrumento para coleta de dados foi selecionado considerando-se que os registros visuais ou gráficos possibilitam a apreensão de elementos com vistas à ampliação de conhecimento do dinamismo da personalidade, identificação de elementos de conflitos, desejos fundamentais e reações das pessoas no meio social.^{4,13}

Tratando-se de um estudo com crianças provenientes de centros de educação infantil, a seleção do instrumento para a coleta de dados considerou que a expressão por meio do traço e da pintura é uma das primeiras descobertas da infância. Por meio dos desenhos, a criança se apropria da possibilidade de reproduzir a percepção que tem do mundo e de si mesma, sendo o ambiente no qual ela vive o responsável por grande parte da compreensão desses traçados em significados, em sentidos e em associações.¹⁴

Utilizando a técnica do “desenho-estória com tema” para avaliar a visão que o paciente infantil (6 a 12 anos, atendido em uma clínica-escola) tem sobre o atendimento odontológico, Botton et al.¹⁵ consideraram o método rico e autêntico, constituindo-se em uma excelente alternativa metodológica quando comparada à utilização de questionários, os quais podem induzir as respostas dos pesquisados, limitando a qualidade e a profundidade do processo de avaliação.

O tipo de desenho selecionado para essa pesquisa foi o “desenho direcionado”,¹⁶ no qual o tema é determinado por um condutor (nesse caso, o próprio pesquisador). Assim, a execução do desenho foi precedida de um diálogo no qual as crianças foram estimuladas a comentar sobre duas questões: se elas sabiam quem é o dentista e o que ele faz. Em seguida, as crianças receberam uma folha de papel-ofício em branco e giz de cera e foram convidadas a fazer um desenho sobre o dentista. Concluída essa etapa, as crianças foram dispostas em círculos e, de posse dos seus desenhos, cada uma delas expressou verbalmente as ideias contidas neles. Esse registro foi realizado por um anotador auxiliar da pesquisa em uma folha de papel-ofício individual identificada com o nome da criança.

Os desenhos foram identificados com o nome das crianças e da instituição de origem e pareados com as respectivas folhas de ofício nas quais foram registradas as expressões verbais das crianças. Em seguida, o material foi dividido em grupos que expressaram visões similares e analisado, para identificar as categorias relacionadas ao objeto do estudo. A análise dos dados é referida a partir da simbologia expressa nas imagens feitas pelas crianças (conteúdo, expressão de medo ou alegria, cores escolhidas, composição do

ambiente, etc.) e dos relatos verbais, os quais, após pareamento, foram transpostos para as folhas dos desenhos.

Seguindo-se os dispostos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi solicitado aos pais ou responsáveis pela criança. Adicionalmente, a participação da criança foi motivada e não impositiva, de modo que aquelas que apresentaram resistência em participar foram excluídas do estudo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sob o Parecer nº 12/11, e pela SECULT, por meio de um ofício expedido em 20 de setembro de 2011. A aprovação pela SECULT foi condicionada ao compromisso assumido pelos pesquisadores de que o relatório final do trabalho fosse apresentado à Secretaria na perspectiva de contribuir para o planejamento das políticas públicas relacionadas às ações de educação em saúde bucal nas instituições de educação infantil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias que emergiram a partir da análise dos desenhos estão relacionadas às representações positivas ou negativas da imagem do dentista e ao acesso ao serviço odontológico, sendo este identificado na forma de atenção individual ou de ações coletivas.

REPRESENTAÇÃO DA IMAGEM DO DENTISTA

Garcia et al.,¹⁷ avaliando o impacto de um programa preventivo com ênfase na educação e hábitos de higiene oral, observaram a pouca importância que as crianças atribuíram à figura do dentista. Para os autores, isso se configura em um alerta para os profissionais no sentido de que, ao atuarem como educadores mediante atividades de cunho preventivo, eles possam também modificar a sua imagem perante as crianças.

Contraopondo-se a esses autores, o presente estudo revela que a maioria das crianças tem uma visão positiva da imagem do dentista em todas as instituições estudadas (Figuras 1 a 3). A maioria dos desenhos foi representada por símbolos que aludiram a alegria e ao bem-estar na relação com o dentista, tais como: semblantes sorridentes, flores, estrelas, corações e cores vibrantes. As manifestações verbais relativas aos desenhos foram frequentemente associadas a atividades educativas e preventivas. Bottan et al.¹⁵ também registraram uma familiaridade positiva das crianças com o consultório odontológico, sendo a relação humanizada a evocação mais enfatizada na categoria “imagem do cirurgião-dentista”. Tais evocações remeteram a comportamentos profissionais dos estudantes da clínica de ensino pautados em diálogo, companheirismo, empatia e afetividade.

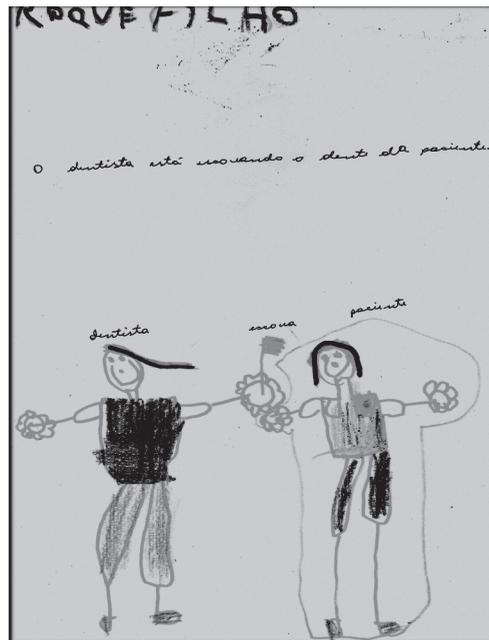


Imagem positiva do cirurgião-dentista associada ao acesso a ações de educação e saúde: “O dentista está escovando o dente da paciente”.

Figura 1 – Centro Municipal de Educação Infantil Olga Benário (instituição com programa de saúde bucal, 2011)



Representação do acesso ao serviço odontológico: “O dentista faz tudo o que tem aqui, escova o dente, tira o dente”.

Figura 2 – Centro Municipal de Educação Infantil Nossa Luta (instituição com programa de saúde bucal, 2011)



Representação do acesso ao serviço odontológico com atividades coletivas: “As dentistas estão cuidando dos dentes das pessoas que estão deitadas para cuidar”.

Figura 3 – Centro Municipal de Educação Infantil Olga Benário (instituição com programa de saúde bucal, 2011)

Embora a ocorrência tenha sido baixa, imagens sugestivas de medo ou representações negativas do dentista foram evidenciadas nos desenhos e relatadas por algumas crianças na etapa de descrição. Tal representação ocorreu de forma pontual nas instituições com programa regular de promoção da saúde e em maior frequência naquelas que não participam de programas regulares (Figura 4). Esse dado sugere, pela quantidade de informações e pelo valor de detalhes contidos nos desenhos e nos relatos, que as crianças obtiveram contato com o tratamento odontológico mais invasivo ou vivenciaram experiência semelhante com algum familiar.

A representação que se tem sobre o cirurgião-dentista e seu processo de trabalho é tradicionalmente associada a imagens negativas. Entretanto, tais representações podem ser validadas se as informações compartilhadas em seu grupo social se mantêm ou são (re)significadas, se novas experiências, individuais ou coletivas, são vivenciadas. Os resultados do presente trabalho confirmam essa interpretação, uma vez que todas as crianças envolvidas com atividades educativas e preventivas nas instituições com programa regular de promoção da saúde representaram o dentista e o seu processo de trabalho de uma forma positiva. Essa representação pode estar associada ao fato de que o processo de trabalho estabelecido pelos

profissionais envolvidos no projeto de promoção da saúde, ao vincular atividades lúdicas e não invasivas, propicia o contato das crianças com elementos favoráveis à imagem do dentista.

Alves,² em estudo de representação social com 30 crianças de 6 a 10 anos da rede pública de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, utilizando a técnica do desenho-estória como técnica projetiva, observou que a imagem do dentista confere a uma valorização da relação humana durante o atendimento. Elas expressam os seus desejos de serem atendidas por profissionais que se comuniquem e interajam de forma criativa e lúdica, e há repulsa por aqueles que executam os procedimentos de forma técnica e mecânica.

As primeiras experiências odontológicas, ainda na infância, são de grande importância no plano psicológico. Quando associadas com sensações de dor, contribuem decisivamente para a formação do sentimento de medo e para as posteriores resistências ao enfrentar os procedimentos odontológicos.^{18,19}

Embora a capacidade de vivenciar o medo seja uma função biológica inata, respostas de medo a certos objetos e situações são em grande parte adquiridas por meio da aprendizagem. O medo do tratamento odontológico torna-se cíclico quando a patologia dentária não é regularmente controlada pelos cuidados preventivos; desse modo, ela desencadeia a utilização de serviços odontológicos curativos ou de emergência inerentemente invasivos e dolorosos. Tais tratamentos exacerbam ou produzem medo e comportamento de esquiva a futuros tratamentos.^{1,19}

Bottan et al.,¹⁹ em estudo sobre ansiedade ao tratamento odontológico com estudantes do ensino fundamental, identificaram que consultas de rotina, prevenindo ou minimizando a ocorrência de situações clínicas invasivas e dolorosas, podem reduzir a ansiedade ao tratamento odontológico, favorecendo a quebra do ciclo “medo do tratamento odontológico e baixa saúde bucal”. Acenam, em sua pesquisa, que a ansiedade relacionada ao tratamento odontológico se constitui em um problema para a promoção da saúde bucal, favorecendo um quadro de saúde deficiente, sendo necessário que se promova o esclarecimento da população sobre o papel do cirurgião-dentista como promotor de saúde e sobre o medo do tratamento odontológico e das suas implicações em relação à saúde bucal.

Os resultados do presente estudo revelam a importância de se estabelecer programas regulares de promoção da saúde em instituições de educação infantil, uma vez que grande parte das atividades está sustentada em ações de educação (geralmente permeadas por atividades lúdicas) e em medidas preventivas não invasivas. Por meio dessas ações as crianças estabelecem uma relação amigável com o dentista, podendo (re)significar uma visão

socialmente construída em relação a esse profissional, quase sempre percebido como uma figura ameaçadora.

Esse resultado está em consonância com Bonow e Casalli,²⁰ os quais, ao avaliarem um programa de promoção da saúde bucal direcionado para crianças de 4 e 5 anos de uma creche em Pelotas, Rio Grande do Sul, e voltado para a melhoria da condição de cárie, sangramento gengival e relação com o cirurgião-dentista, acenam que tais programas podem melhorar a relação desses indivíduos com o profissional em questão.

Do mesmo modo, Garcia et al.,²¹ estudando o conhecimento de saúde bucal em escolares, identificaram que ocorreu uma diminuição do número de crianças que possuíam uma imagem negativa do odontólogo no decorrer da pesquisa, sugerindo que a simples presença do cirurgião-dentista nas escolas foi capaz de alterar o entendimento das crianças sobre o papel desse profissional.

ACESSO AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO

Comparando-se os levantamentos epidemiológicos nacionais (SB Brasil 2003 e 2010),^{6,7} observa-se que, no período de 7 anos, as crianças de 5 anos apresentaram pouca melhora nos componentes restaurados e extraídos do ceo-d, o que evidencia a falta de acesso das crianças na fase pré-escolar à assistência odontológica. Entretanto, no presente estudo o acesso ao serviço é identificado em todos os desenhos por algum tipo de símbolo que representa contato com ações odontológicas, sendo tal acesso evidenciado por imagens e expressões relacionadas tanto à atenção individual (Figuras 1, 4 e 5) quanto às ações coletivas (Figuras 2 e 3).

Tais resultados podem ser explicados pelo fato de duas dentre as quatro instituições selecionadas possuírem um programa regular de promoção da saúde bucal e todas elas estarem inseridas em territórios de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF), programa que prevê a utilização da assistência domiciliar às famílias. Outro fato relevante é que no distrito no qual estão localizados dois CMEIs existe um curso de odontologia que dá acesso às crianças nessa faixa etária a disciplinas que valorizam as ações educativas e o cuidado com a dimensão psicológica da criança.

As manifestações gráficas e verbais de acesso apontam para um modelo de atenção focado em ações de promoção da saúde, com símbolos que aludem às atividades de educação em saúde bucal, mesmo na atenção individual. O caráter não invasivo e lúdico dessas evocações deve ser considerado como referencial importante na representação positiva da figura do dentista identificada pelas crianças neste estudo.

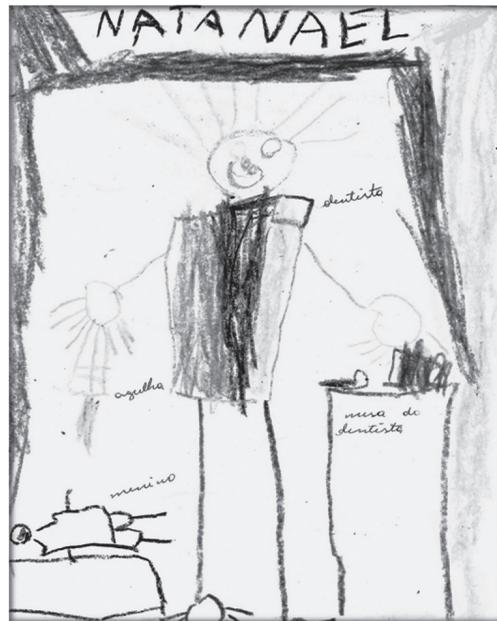


Imagem negativa do cirurgião-dentista associada à ação invasiva: “O dentista ia arrancar o dente do menino, que tava deitado na cama e chorando para não arrancar o dente, aí o dentista pegou a injeção.”

Figura 4 – Centro Municipal de Educação Infantil Narandiba (instituição sem programa de saúde bucal, 2011)



Representação do acesso individual ao serviço odontológico: “O dentista e o pai que levou o menino para arrancar o dente que tava mole”.

Figura 5 – Centro Municipal de Educação Infantil Luís Eduardo Magalhães (instituição sem programa de saúde bucal, 2011)

ATENÇÃO INDIVIDUAL

A atenção individual foi identificada por desenhos e expressões que caracterizam o ambiente clínico (Figuras 4 e 5), em alguns casos com uma grande riqueza de detalhes representando o espaço de atendimento, como: armários, mesa clínica, instrumentos, cadeiras odontológicas, profissionais usando máscaras, gorros, etc. Bottan et al.¹⁵ também observaram desenhos e relatos com registros detalhados do consultório odontológico evidenciando materiais, instrumentais e equipamentos, bem como a presença do acadêmico que prestava atendimento às crianças.

O tratamento invasivo é identificado quase que na sua totalidade por desenhos oriundos das instituições que não possuem programa de promoção da saúde bucal; por outro lado, nas instituições com programa ele aparece de forma pontual. É importante reforçar que, embora o tratamento invasivo tenha sido representado negativamente por algumas crianças, sobretudo nos CMEIs sem programa regular de promoção da saúde bucal, na maioria dos casos ele foi representado positivamente, sendo identificado por expressões de felicidade dos sujeitos envolvidos no atendimento, cores vivas, imagens de flores, corações e estrelas no ambiente representado, além de manifestações verbais que evidenciam a existência de comunicação entre o profissional e o paciente.

Um dado relevante identificado neste estudo foi a representação de ações educativas e preventivas na atenção individual. Isso revela que a assistência odontológica às crianças participantes desta pesquisa não se restringe apenas às ações curativas, ainda que estas tenham aparecido. Isso representa um avanço no modelo de atenção ou de formação profissional, uma vez que muitas delas acessam os serviços ambulatoriais de um curso de Odontologia presente em um dos distritos.

No estudo de Bottan et al.,¹⁵ a descrição dos desenhos, por meio dos relatos das crianças, confirma esse cenário de tranquilidade e empatia, ficando evidente que há uma relação de confiança e uma boa comunicação entre os acadêmicos e as crianças. Tais referências no processo de atenção à criança são essenciais para o sucesso do tratamento odontológico e, portanto, para o estabelecimento de comportamentos saudáveis.

Um programa de assistência odontológica inserido no paradigma da promoção da saúde também deve desenvolver ações educativas e preventivas, sem limitar-se às atividades curativas.²² No presente estudo é possível registrar uma representação das ações odontológicas associadas ao autocuidado, e é possível que tais representações tenham impacto nas atitudes das crianças em relação à aquisição de hábitos que favorecem a saúde

bucal. Entretanto, outros estudos com foco em avaliação de programas são necessários para confirmar tal hipótese.

ACÇÕES COLETIVAS

As ações coletivas são evidenciadas em alguns desenhos e expressões verbais (Figura 3). Nas instituições que participam do programa regular de promoção da saúde bucal, o acesso é representado por ações coletivas de prevenção, como: escovação supervisionada, aplicação de flúor e atividades educativas, ainda que o atendimento individual tenha sido identificado. Já nas instituições que não possuem programa regular, o acesso aparece frequentemente associado à atenção individual (Figuras 4 e 5), e quando esse emerge coletivamente aparece a representação da família, acenando para o acesso por meio da atenção domiciliar inerente à ESF.

Esses resultados mostram que as crianças representam a imagem do dentista e da atenção odontológica com base em suas experiências cotidianas, o que acena para uma construção social que traduz a visão de mundo de um determinado grupo social.²

Assim, as políticas públicas voltadas para a educação infantil devem estar atentas para o planejamento de ações, com pais e crianças, que promovam a construção de representações positivas sobre a saúde bucal, o autocuidado e a interação com o dentista. Nesse sentido, Freire et al.⁹ advertem que crianças de 0 a 6 anos assistidas por creches permanecem nesse espaço social durante a maior parte do seu tempo nos dias úteis e recebem, portanto, grande influência do ambiente. Carvalho et al.²³ corroboram essa advertência ao observarem que os determinantes de cárie, passíveis de mudança em relação às políticas de creche, como: não ajudar a criança na escovação e a ingestão de produtos açucarados 2 a 4 vezes ao dia no berçário, influenciaram significativamente a saúde bucal das crianças brasileiras de 1 a 5 anos provenientes de classe social não privilegiada.

Nessa perspectiva, o planejamento de ações/estratégias para a promoção da saúde e a prevenção de doenças deve incluir os responsáveis pela criança em seu contexto histórico, seu meio social e suas relações com as crianças e os espaços sociais que as abrigam.²⁴ Tais ações podem contribuir para modificar as representações negativas associadas à imagem do cirurgião-dentista e ao seu processo de trabalho, possibilitando maior adesão ao autocuidado com a saúde bucal e à busca regular por atenção odontológica.

CONCLUSÃO

A associação do dentista à dor e ao medo está presente em muitos filmes, desenhos infantis, arte popular, comerciais, anedotas, enfim, é um elemento da cultura que não

pode ser ignorado. Entretanto, o trabalho evidencia que essa herança cultural não se reproduz linearmente de geração para geração, sempre há o espaço para reinventar a tradição.

A representação do cirurgião-dentista evidenciada pelas crianças dos quatro CMEIs estudados foi positiva, principalmente naquelas que apresentam programa regular de promoção da saúde bucal. Mesmo as imagens que representam intervenções invasivas evidenciam de forma positiva as expressões dos profissionais, das crianças e dos elementos do entorno. As raras representações negativas foram provenientes das instituições sem programa regular de promoção da saúde bucal.

A imagem do cirurgião-dentista representada pelas crianças é evidenciada por familiaridade com o profissional e com o serviço odontológico, individual ou coletivo, sendo que nas instituições com programa regular de promoção da saúde, a despeito de as crianças identificarem práticas individuais de atenção em saúde bucal, as ações envolvendo escovação supervisionada e atividades lúdicas são as mais destacadas.

Os resultados do presente trabalho indicam que a representação negativa (culturalmente difundida em nossa sociedade) do dentista e das suas atribuições pode transformar-se na medida em que ações de promoção da saúde bucal sejam introduzidas no cotidiano das crianças o mais precocemente possível. Nesse sentido, os centros de educação infantil e o ambiente familiar são espaços sociais privilegiados para o desenvolvimento dessas ações.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à SECULT, pela disponibilidade de informações e pelo apoio ao trabalho; às diretoras, professoras e colaboradoras do CMEIs; e, especialmente, às crianças, pela participação e pelo carinho.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS DE CADA AUTOR NA ELABORAÇÃO DO ARTIGO

Patrícia participou de todas as etapas; Mariangela só não participou da coleta de dados; Maria Beatriz participou da coleta de dados e da revisão do relatório final.

REFERÊNCIAS

1. Singh KA, Moraes ABA, Bovi Ambrosano GM. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *Pesqui Odontol Bras.* 2000;14(2):131-6.

2. Alves RD. O tratamento odontológico sob o olhar da criança: um estudo de Representação Social [Dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.
3. Possobon RF, Carrascoza KC, Moraes ABA, Costa Jr. AL. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. *Psicol Estud.* 2007;12(3):609-16.
4. Aminabadi NA, Ghoreishizadeh A, Ghoreishizadeh M, Oskouei SG. Can drawing be considered a projective measure for children's distress in paediatric dentistry? *Int J Paediatr Dent.* 2011;21(1):1-12.
5. Domingues SM, Carvalho ACD, Narvai PC. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público em saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2008;18(1):66-78.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Extraído de [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0053_M.pdf], acesso em [27 de janeiro de 2007].
7. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Extraído de: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf], acesso em [20 de julho de 2012].
8. Brasil. Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Extraído de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf], acesso em [29 de agosto de 2012].
9. Freire MCM, Nunes MF, Soares FF. Fatores relacionados à saúde bucal em creches de Goiânia-GO. *Odontol Soc.* 2007;9(1):1-6.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Passo a Passo PSE Programa Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Extraído de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passa_a_passo_programa_saude_escola.pdf], acesso em [5 de maio de 2012].
11. Vasconcelos R, Pordeus IA, Paiva SM. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. *Rev Fac Odontol São José Campos* 2001;4(3):43-8.
12. Mastrantonio SS, Garcia PPNS. Programas educativos em saúde bucal: revisão de literatura. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2002;5(25):215-22.
13. Rivemales MCC, Rodrigues GRS, Paiva MS. Graphic projective techniques: applicability on social representation research – systematic review. *Online Braz J Nurs (Online).* 2010;9(2). Extraído de: [<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/login?source=%2Findex.php%2Fnursing%2Farticle%2Fview%2Fj.1676-4285.2010.3153%2F704>], acesso em [27 de maio de 2011].

14. Santoantonio J, Antúnez AEA. Ateliê de desenho e Rorschach: estudo fenômeno-estrutural. *Paideia (Ribeirão Preto)*. 2010;20(45):117-22.
15. Bottan RE, Silva FA, Matos RX, Silveira EG, Schmitt BHE. Visão do paciente infantil perante atendimento odontológico em clínica universitária. *FOL*. 2013;23(2):17-24.
16. Penna M, Carvalho LM, Melo RA, Melo MGV. *Contexturas: o ensino das artes em diferentes espaços*. João Pessoa: Universitária/UFPB; 2005.
17. Garcia PPNS, Corona SAM, Valsecki-Junior A. Educação e motivação: impacto de um programa preventivo com ênfase na educação de hábitos de higiene oral. *Rev Odontol*. 1998;27(2):393-403.
18. César CLG, Narvai PC, Gattás VL, Figueiredo GM. “Medo do Dentista” e demanda aos serviços odontológicos em municípios da zona oeste da região metropolitana de São Paulo. *Odontol Soc*. 1999;1/2(1):39-44.
19. Bottan ER, Oglio JD, Araújo SM. Ansiedade ao tratamento odontológico em estudantes de ensino fundamental. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2007;7(3):241-6.
20. Bonow MLM, Casalli JF. Avaliação de um programa de promoção de saúde bucal para crianças. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2002;27(5):390-4.
21. Garcia PPNS, Campos JADB, Nogueira I, Dovigo LN. Oral health knowledge by schoolchildren: effect of a self-instruction method. *Rev Odontol UNESP*. 2004;33(1):41-6.
22. Silveira JLGC, Oliveira V, Padilha WWN. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. *Pesqui Odontol Bras*. 2002;16(2):169-74.
23. Carvalho JC, Silva EF, Vieira EO, Guillet A, Mestrinho HD. Oral health determinants and caries outcome among non-privileged children. *Carie Res*. 2014;48(6):515-23.
24. Almeida TF. Contexto familiar e condições de saúde bucal de pré-escolares [Tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2011.

Recebido em 24.06.2013 e aprovado em 26.08.2014.