

# O cirurgião-dentista como educador em saúde bucal: explorações em torno de uma prática

*A suspeita da não-efetividade das ações educativas em saúde realizadas por profissionais da Odontologia levou-nos a esta pesquisa, que poderá servir de base para capacitar futuros profissionais na função de educadores.*

Natan Guterman\*

\* Mestre em Odontologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: [n.guterman@tecnolink.com.br](mailto:n.guterman@tecnolink.com.br).

## RESUMO

Neste estudo, procurou-se identificar as representações sociais de “Educação em Saúde” construídas pelos alunos da graduação em Odontologia de duas faculdades de Brasília (uma pública e outra privada) e por Cirurgiões-Dentistas (CDs) formados nos anos 80 e 90 em diante, escolhidos aleatoriamente em Brasília-DF. Este trabalho também visou servir de base para investigações mais pormenorizadas e aprofundadas acerca do exercício da atividade educativa em saúde para atender às necessidades da população, no sentido de contribuir com a melhor adequação do perfil profissional. Foram pesquisados ao todo 60 sujeitos, sendo 20 graduandos de cada instituição de ensino e 10 Cirurgiões-Dentistas de cada faixa supracitada. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário contendo perguntas fechadas sobre informações sociodemográficas dos sujeitos, incluindo campo específico para registro do Teste de Associação Livre de Palavras. Nesse teste, solicitou-se aos sujeitos que dissessem as cinco primeiras palavras associadas ao tema “Educação em Saúde” e, posteriormente, as duas palavras mais importantes dentre essas. A análise das citações foi executada por meio da Teoria do Núcleo Central. As respostas obtidas às perguntas fechadas foram transportadas para tabelas, gráficos representativos e diagramas. Os resultados mostraram que as representações sociais dos sujeitos dos quatro grupos estudados tenderam para prevenção/educação.

## DESCRITORES

Educação em saúde bucal. Representações sociais. Odontologia social.

**A** educação em saúde é considerada nos dias atuais uma das ações mais importantes na prática odontológica, podendo contribuir com a preservação/promoção da saúde do paciente na medida em que trabalha na construção coletiva dos novos conceitos e tecnologias, bem como nas reais condições em que os mesmos são compreendidos e postos em prática. Porém, muitas vezes o processo de educação limita-se a dizer aos pacientes o que eles deveriam fazer, em lugar de dar condições a eles de tomarem suas próprias decisões<sup>10</sup>.

Na Odontologia, apesar do reconhecimento formal acerca das ações educativas em saúde, bem como de sua prática, ainda ostenta-se um caráter com atenção centrada sobre o indivíduo e com atividades curativas. A fragmentação do objeto em função da especialização ainda focaliza as atividades clínicas, notoriamente de cunho curativo, superenfatizando procedimentos e técnicas na resolução dos problemas de saúde bucal. Essa situação é reforçada tanto no nível da Universidade, quanto nos serviços de saúde.

Há que se considerar, além desses aspectos, a forma como a Odontologia absorveu a educação em saúde, adotando a educação em saúde bucal, fruto naturalmente do modelo vigente que aponta uma prática fragmentada e despojada de ações transformadoras. Esse modelo privilegia as ações curativas e, mais ainda,

os procedimentos ditos clínicos, provavelmente de-  
vendo-se ao fato de a Odontologia possuir, desde os  
primórdios do ofício, um forte apelo técnico em vir-  
tude da natureza de sua prática em recuperar a forma  
e a função dos elementos dentários. A despeito das  
questões envolvendo as demais estruturas da cavidade  
bucal, os chamados “tecidos moles” (gengiva, mucosa  
oral), os primeiros problemas a serem demandados  
sempre foram de ordem dentária.

Assim, alguns autores têm enaltecido a ação de  
educar em saúde com ressalvas metodológicas, en-  
quanto outros a criticam segundo as formas como ela  
se apresenta perante o público, com suas inúmeras  
linguagens equivocadas e recheadas de termos técni-  
cos incompreensíveis para a maioria da população.

A dificuldade de comunicação dos profissionais de  
Odontologia e seu aparente despreparo, na gradua-  
ção, em termos de conteúdos didático-pedagógicos  
foram situações percebidas na prática diária do servi-  
ço público de saúde bucal, levando-nos a esta pesqui-  
sa, que objetivou identificar as representações sociais  
da Educação em Saúde de cirurgiões-dentistas e gra-  
duandos de Odontologia. Isso servirá de base para a  
elaboração de estratégia didático-pedagógica para ca-  
pacitar os futuros profissionais na função de educado-  
res, quiçá demonstrar a necessidade de adicionar al-  
guns conteúdos disciplinares indispensáveis a essa  
nobre função.

## DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Desde quando se iniciou profissionalmente no  
serviço público de saúde, trabalhando com o coletivo  
em palestras sobre temas de saúde bucal, perceberam-  
se diversas lacunas na relação informação-percepção  
por parte da clientela desse serviço. Os usuários não  
estavam conseguindo compreender as mensagens so-  
bre saúde bucal direcionadas a eles pelos cirurgiões-  
dentistas. Essa situação foi evidenciada na observação  
de suas fisionomias incrédulas e pelos resultados não-  
otimistas obtidos durante o tratamento odontológi-  
co.

Percebeu-se também que aqueles profissionais,  
durante as palestras sobre saúde bucal, utilizavam lin-  
guagem científica, com termos técnicos próprios,  
criando verdadeira barreira à comunicação. Essa cons-  
tatação iniciou um processo de questionamento e  
curiosidade que levou a indagações: seriam os cirur-  
giões-dentistas profissionais realmente aptos a educar  
em saúde? O simples conhecimento – o saber técnico  
específico – capacitaria esses profissionais para isso?

A suspeita da não-efetividade das ações educativas

em saúde realizadas pelos profissionais de Odontolo-  
gia acompanhou-nos durante a presente pesquisa,  
tendo-se em vista as observações pessoais já citadas.  
Esse problema justificou nossa investida em campo,  
no sentido de identificar quais as representações so-  
ciais desses sujeitos, para tentar compreender como  
a Educação em Saúde é entendida e como seu concei-  
to está sendo trabalhado nas práticas diárias desses  
profissionais. Foi igualmente necessário pesquisar  
como o tema é tratado na literatura odontológica.

Dessa forma, notou-se que a Educação em Saúde  
é abordada de vários modos, sendo, em sua grande  
maioria, sob forma de análise de programas com ca-  
ráter educativo-preventivo, voltados para tipos dife-  
renciados de clientela (crianças e seus pais, idosos,  
acompanhantes de crianças hospitalizadas, crianças  
HIV-positivas, gestantes, deficientes visuais). Inclui-se  
nesse rol verificação da eficácia/eficiência de diferen-  
tes recursos didáticos (palestras, uso de músicas, tea-  
tro, uso de macromodelos etc.). Outros trabalhos  
procuraram avaliar o conhecimento popular e as prá-  
ticas de saúde bucal utilizadas por usuários de servi-  
ços públicos de saúde. Houve também os que evidenci-  
aram a importância das ações educativas e preventivas.  
De qualquer forma, a Educação em Saúde mostrou-se  
como tema de importância na Odontologia Social.

Neste estudo, identificou-se também a necessida-  
de de se pesquisarem não apenas os cirurgiões-dentis-  
tas, mas também os graduandos de Odontologia, pois  
a formação poderia, ainda nos dias atuais, carecer de  
certos conteúdos necessários à função de educador  
em saúde na atualidade, ocasionando distorções nas  
práticas.

Com relação às ações cotidianas dos profissionais  
de Odontologia, nota-se a existência de algumas difi-  
culdades por parte desses no sentido de trabalhar  
atividades educativas em saúde. Uma delas seria a co-  
municação entre o dentista e o paciente, que pode ser  
dificultada pela linguagem usada, pela distância cul-  
tural, pelos preconceitos existentes de ambos os lados,  
além de outros fatores.

Para ilustrar, Bervique, Medeiros<sup>4</sup> (1980) ressal-  
tam algumas das dificuldades de comunicação do ci-  
rurgião-dentista. Ele não se percebe como mau comu-  
nicador, assim como os professores recusam-se a achar  
suas aulas ruins. Quase sempre está preocupado em  
transmitir de modo técnico-científico as mensagens,  
isto é, em falar do problema do paciente e do trata-  
mento a ser realizado em vez de assegurar-se da com-  
preensão de seu linguajar pelas pessoas comuns. Por  
vezes, suas idéias são tão mal organizadas que não se

faz entender pelo paciente.

Para Belaciano<sup>3</sup> (1996), uma das dificuldades dos profissionais de saúde é o desconhecimento das práticas de comunicação e de abordagem comunitária. Talvez por causa da excessiva preocupação com questões ligadas à prática clínica quando da formação desse tipo de profissional a capacitação para esse tipo de atividade não tenha sido devidamente considerada como importante.

Há ainda o problema da velocidade da fala. Alguns falam tão rápido, que chegam ao ponto de os esclarecimentos e as orientações não serem compreendidos pelas pessoas.

Na abordagem das pessoas, deve-se ter em mente o enraizamento de diversos conceitos incorporados e construídos durante a vida. Certamente, não é em uma simples aula ou palestra ou por outro modo de exposição que se pode conseguir educar alguém, no sentido de mudança de hábitos, de rotinas.

Costa, Albuquerque<sup>5</sup> (1997), discutindo as questões de ordem pedagógica no processo educativo, afirmam:

“Para quem é educador é importante lembrar que não basta o domínio da técnica, do conteúdo, do que ensinar. Mais importante que isso é como ensinar; o que, por sua vez, implica o mínimo de formação pedagógica, para que se consiga o objetivo final, que deverá ser a transformação da realidade a partir da modificação do comportamento, via novos conhecimentos.”

Esses conceitos e suas influências, geralmente construídos e experimentados lentamente ao longo do tempo, configuram-se em senso comum de idéias, crenças e imaginários próprios, os quais não obrigatoriamente são iguais aos de quem educa. Com isso, não se deve esperar a simples aceitação imediata e passiva, por determinado grupo de pessoas, de ensinamentos transmitidos no processo educativo, pois diferentes grupos de pessoas possuem diferentes idéias sobre um mesmo objeto. Tendo-se em vista essa situação, justifica-se o uso da Teoria das Representações Sociais na área da saúde como um todo.

Como a Teoria das Representações Sociais versa sobre o conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana, segundo o curso de comunicações interpessoais, caberia sua aplicação como referencial metodológico, visto que os sujeitos em questão devem possuir, enquanto pertencentes a determinado grupo social, certa organização da informação disponível sobre determinado objeto. Então,

tomando-se a Educação em Saúde como um desses objetos, é de se esperar que grupos de pessoas possuam uma representação.

Dessa forma, a imagem desses sujeitos sobre a Educação em Saúde teria impacto capital em determinadas atitudes tomadas nas práticas diárias desses profissionais e, dependendo dessa imagem, estas seriam ações bem ou malsucedidas.

Além disso, a identificação das representações sociais em Educação em Saúde, uma vez discutida na pesquisa quando da análise dos dados, forneceria importante ferramenta a ser trabalhada, reforçando esses conceitos ou modificando-os e colaborando para a efetividade do processo educativo em saúde. Dessa forma, poder-se-ia afirmar que a Teoria das Representações Sociais poderia ser utilizada também no estudo de grupos de sujeitos a quem se desejaria educar em saúde, partindo-se de sua representação sobre esse objeto. A análise das representações sociais, uma vez realizada, daria consistência metodológica, ou seja, científica ao trabalho de Educação em Saúde.

Justifica-se, portanto, a adoção de uma abordagem grupal em discussões envolvendo Educação em Saúde, pois, na atualidade, a Odontologia tende a tratar as questões de saúde pública no coletivo, não mais enfocando o indivíduo, principalmente considerando-se os programas atuais, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e as ações odontológicas coletivas no Sistema Único de Saúde (SUS). Na adoção de uma teoria que trata de representações existentes nos grupos de pessoas, uma vez se identificando os conceitos existentes sobre Educação em Saúde, isto é, como se traduz esse objeto, tem-se maior compreensão dos fenômenos relativos à saúde/doença bucais, podendo-se contribuir para a recuperação/manutenção da saúde.

## A TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL

Em 1976, Abric<sup>1</sup> propôs a hipótese do núcleo central, sendo formulada nos seguintes termos:

“a organização de uma representação social apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central, constituindo-se em um ou mais elementos que dão significado à representação” (p. 31).

Optou-se por utilizar a Teoria do Núcleo Central nesta pesquisa, pois ela proporciona descrições mais detalhadas de certas estruturas hipotéticas, bem como explicações de seu funcionamento que se mostrem compatíveis com a teoria geral das representações so-

ciais. Porém, essa teoria não pretende substituir a abordagem teórica primordial. Ela constitui uma das maiores contribuições atuais ao refinamento conceitual, teórico e metodológico do estudo das representações sociais (Sá, 1996, p. 51-2).

O Núcleo Central tem duas funções fundamentais na estrutura das representações sociais: a função geradora, que possibilita a criação ou transformação do sentido dos outros elementos constituintes da representação, e a função organizadora, por meio da qual se determina a natureza dos elos que unem os diferentes elementos. Dessa forma, tem-se uma centralidade em torno do sentido e valor e outra proporcionada pela organização de sua unidade e estabilidade.

Em torno do Núcleo Central organizam-se os elementos periféricos, constituindo o conteúdo essencial da representação, seus componentes mais acessíveis, mais vivos e mais concretos, enfatizando, dessa forma, sua estrutura fundamental.

Abric<sup>1</sup> (2000) descreve o sistema periférico tendo determinação mais individualizada e contextualizada que o Núcleo Central e sendo:

“...mais associado às características individuais e ao contexto imediato e contingente, nos quais os indivíduos estão inseridos. Esse sistema periférico permite uma adaptação, uma diferenciação em função do vivido, uma integração das experiências cotidianas. Eles permitem modulações pessoais em referência ao núcleo central comum, gerando representações sociais individualizadas. Bem mais flexível que o sistema central, ele protege esse último de algum modo, permitindo a integração de informações e até de práticas diferenciadas. Permite também uma certa homogeneidade de comportamento e de conteúdo. (...) associado ao sistema central, permite a ancoragem na realidade...”.

de...”.

O Quadro 1 resume as diferenças entre esses dois componentes da representação social.

## METODOLOGIA

A presente pesquisa é do tipo exploratório, de natureza qualitativa, tendo como suporte teórico a Teoria das Representações Sociais, já citada anteriormente. Foi realizada em Brasília-DF, com uma amostra intencional de 60 sujeitos, composta por três grupos a saber: Grupo 1 - 20 Cirurgiões-Dentistas (CDs) da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal; Grupo 2 - 20 graduandos de Odontologia de uma faculdade pública; e Grupo 3 - 20 graduandos de Odontologia de uma faculdade privada. Resolveu-se estudar sujeitos de diferentes origens de curso (público e privado) para que se pudesse verificar se teriam diferentes representações sociais sobre Educação em Saúde.

O Grupo 1 foi subdividido em dois subgrupos: o subgrupo 1A, composto por CDs formados entre 1980 e 1989; e o subgrupo 1B, formado por 10 CDs que se graduaram no período de 1990 até os dias atuais. Com relação aos alunos de Odontologia, pesquisaram-se sujeitos que estavam no 9º e no 10º períodos das duas faculdades envolvidas no estudo.

## Processo de seleção

A respeito do processo de seleção dos CDs, seguiu-se o critério de disponibilidade para a pesquisa. A Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal dispõe de regionais de saúde em sua estrutura hierarquizada e descentralizada; como a Regional de Saúde de Taguatinga é a que possui maior quantidade de CDs

**Quadro 1** - Comparação entre o Sistema Central e o Sistema Periférico.

| Sistema Central  | Sistema Periférico  |
|--|---|
| • Ligado à memória coletiva e à história do grupo                                | • Permite a integração de experiências e histórias individuais                              |
| • Consensual<br>• Define a homogeneidade do grupo                                | • Tolerância à heterogeneidade do grupo   |
| • Estável<br>• Coerente<br>• Rígido  | • Flexível<br>• Tolerância às contradições  |
| • Resiste às mudanças  | • Evolutivo   |
| • Pouco sensível ao contexto imediato  | • Sensível ao contexto imediato   |
| Funções:<br>• Gera o significado da representação<br>• Determina sua organização | Funções:<br>• Permite a adaptação à realidade concreta<br>• Permite a diferença de conteúdo |

Fonte: Abric<sup>1</sup> (2000).

que, devido à natureza de seu trabalho, poderiam estar realizando em suas unidades a Educação em Saúde, essa Regional foi eleita como o universo de CDs a serem pesquisados.

Com relação aos graduandos da faculdade pública, à época do contato com esses sujeitos, a instituição encontrava-se em greve e, com isso, houve muita dificuldade nesse passo. Contudo, por meio do supervisor de estágio dos alunos, os indivíduos foram contatados via telefone, sendo questionados quanto à sua disponibilidade para participar da pesquisa. No que se relaciona aos graduandos da faculdade privada, o autor entrou em contato direto com a mesma, apresentando o projeto de pesquisa que, após sua análise, foi prontamente liberado para o estudo.

Os períodos da graduação de ambas as instituições de ensino foram escolhidos em função da maior carga horária disponível e ainda por esses alunos já terem trabalhado com esses conteúdos. Todos os sujeitos foram selecionados aleatoriamente, segundo o critério de disponibilidade para a entrevista. Esse critério, tendo-se em vista sua aleatoriedade intrínseca, ofereceu oportunidade de se considerarem ambos os gêneros e as faixas etárias na escolha dos sujeitos em questão.

### **Questões éticas**

É importante afirmar que houve a preocupação do autor com questões de ordem ética envolvidas no estudo. Dessa forma, o projeto de pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal (DF), obtendo sua aprovação.

Quanto aos CDs, contactou-se a Secretaria de Saúde do DF por meio da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do DF, bem como o Diretor da Regional de Taguatinga, para que concordassem com a participação desses sujeitos no estudo, obtendo-se sua anuência. Da mesma forma, solicitou-se do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, vínculo acadêmico do autor, a permissão para a realização da pesquisa.

É importante ressaltar que a todos os sujeitos envolvidos no estudo foi assegurado o direito de participação ou não na pesquisa, bem como da desistência em qualquer etapa da pesquisa, respeitando-se a autonomia.

Outra questão importante foi a preocupação do autor com relação à anuência dos sujeitos à participação. Dessa forma, a cada um deles entregou-se uma cópia do Termo de Consentimento Informado, docu-

mento necessário para a concordância com a participação no estudo. A cada uma das fichas individuais nas quais os dados foram devidamente coletados, anexou-se uma cópia assinada desse Termo, em conformidade com as necessidades éticas.

### **Instrumento para coleta dos dados**

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário contendo perguntas fechadas sobre informações sociodemográficas dos sujeitos, incluindo campo específico para registro do Teste de Associação Livre de Palavras.

### **Procedimento de coleta dos dados**

A pesquisa adotou a Técnica de Associação Livre de Palavras para a coleta dos dados, bem como procurou identificar dados sociológicos de todos os sujeitos envolvidos, tais como idade, sexo e ano de graduação, para o grupo dos CDs e período de graduação, para o grupo dos graduandos de Odontologia.

Segundo Gil<sup>8</sup> (1991), o Teste de Associação Livre de Palavras é um teste projetivo, isto é, fundamenta-se na apresentação de uma situação estimulante após a qual o sujeito reage de acordo com o significado particular e específico que essa situação assume para ele.

Optou-se nesse estudo por adotar o teste projetivo do tipo “verbal”, que utiliza palavras como estímulo e solicita associações, complementação de frases ou histórias. Esses testes são úteis na pesquisa social quando se acredita que as pessoas possam hesitar em exprimir diretamente suas opiniões, por temer a desaprovação do pesquisador, ou quando as pessoas tendem a considerar as perguntas diretas como ameaçadoras de sua privacidade. Para Gil<sup>8</sup> (1991), a associação de palavras:

“...é o procedimento verbal mais simples e se fundamenta numa técnica empregada por Jung para o estudo do comportamento anormal. Certo número de palavras é apresentado a determinada pessoa, que deve dizer o primeiro pensamento que associa com cada palavra. Parte dessas palavras apresenta conteúdo neutro; outras, porém, estão ligadas às atitudes sociais que estão sendo pesquisadas” (p. 152).

Sendo assim, a situação estimulante foi a seguinte pergunta: “Quando você ouve a expressão ‘Educação em Saúde’, quais são as palavras que lhe vêm à lembrança?”. Solicitou-se, então, a cada sujeito, que citasse cinco palavras relacionadas a essa expressão; em seguida, pediu-se a cada sujeito que apontasse as duas

que, dentre as cinco ditas, fossem mais importantes para ele e também que expressasse as razões das escolhas.

### Estudo-piloto

Como etapa preliminar, foi realizado um estudo-piloto com graduandos do curso de Odontologia da UFRN, visto que à época o autor estava em meio ao curso de Mestrado em Odontologia Social, tendo sido o curso de Odontologia da mesma universidade o universo eleito devido à conveniência de proximidade. Essa fase objetivou a familiarização do autor com a técnica eleita para o estudo, bem como a execução de quaisquer ajustes que, por ventura, se fizessem necessários.

Antes da aplicação propriamente dita do teste, para que os sujeitos pudessem entender o que se pretendia, fez-se um pré-teste. Dessa forma, pediu-se a cada indivíduo que dissesse palavras soltas diretamente relacionadas com determinadas expressões, tais como “aniversário”, “casamento”, “esporte”, até que cada sujeito compreendesse o mecanismo do teste. Somente após essa compreensão e quando as palavras passavam a ser ditas imediatamente às expressões sugeridas pelo pesquisador, dava-se então início à coleta de dados. Esse artifício pretendeu colher respostas com mínima chance de elaboração.

### Análise dos dados

Os dados sociodemográficos (faixa etária, sexo) foram dispostos em gráficos comparativos criados pelo programa Microsoft Excel®, versão 2000.

A análise realizada apoiou-se nos dados obtidos quando da aplicação da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). No agrupamento dos elementos, procedeu-se a apresentação de cada tema individualmente.

O modo de análise utilizado favoreceu o destaque de temas que mais chamaram a atenção, correlacionando-os com a prática odontológica, sendo essa a forma que foi adotada. Essa análise seguiu a proposta de Vergès *apud* Pessoa<sup>11</sup> (1999), combinando a frequência de emissão das palavras com a ordem em que essas foram citadas. Ao se optar por esse tratamento, pretendeu-se captar o princípio organizador da ancoragem da representação do objeto em estudo. Assim, os temas citados foram dispostos em tabelas, uma para cada grupo (incluindo subgrupos), segundo sua ordem de citação.

Foram construídos diagramas resultantes do estudo estatístico e base com quatro quadrantes para as

análises das relações, em que se dispuseram os temas citados segundo a Ordem Média das Evocações (OME) de cada grupo e as frequências médias de citação desses temas. Procurou-se identificar e caracterizar tanto o Núcleo Central, quanto os Elementos Periféricos das representações sociais dos três grupos estudados.

### NÚCLEO CENTRAL E SISTEMA PERIFÉRICO

Antes da apresentação da estrutura das representações sociais dos grupos estudados, serão evidenciadas algumas características da amostra estudada.

Quanto à faixa etária dos sujeitos entrevistados do subgrupo 1A, 60% tinham entre 35 e 40 anos de idade, demonstrando certo amadurecimento profissional. Com relação aos do subgrupo 1B, 50% estavam concentrados na faixa etária de 25 a 30 anos (Gráfico 1).

Com relação aos alunos de Odontologia pesquisados nas duas instituições de ensino (Grupos 2 e 3, respectivamente pública e privada), 95% dos que estavam cursando o 9º e o 10º períodos estavam compreendidos na faixa etária de 21 a 25 anos e apenas 5%, na faixa de 26 a 30 anos de idade.

Levando-se em consideração o sexo dos CDs entrevistados, observou-se que, tanto para o caso dos sujeitos do subgrupo 1A quanto para os do 1B, 60% eram mulheres (Gráfico 2).

Com relação aos sujeitos do Grupo 2, participaram da pesquisa 50% de mulheres e 50% de homens; no caso dos sujeitos do Grupo 3, essa relação foi outra: no 9º período, 90% mulheres e no 10º período, 70%.

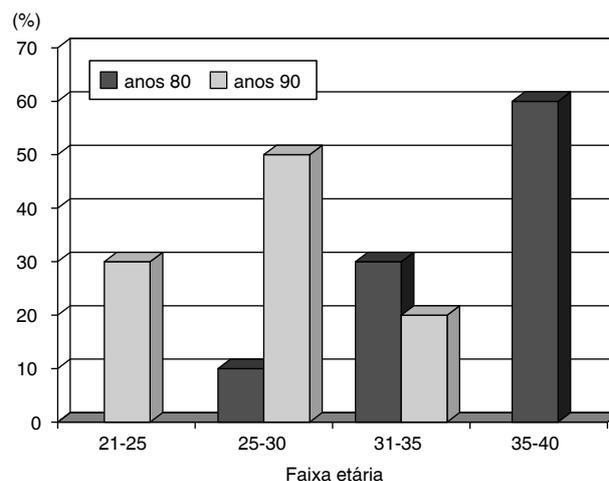
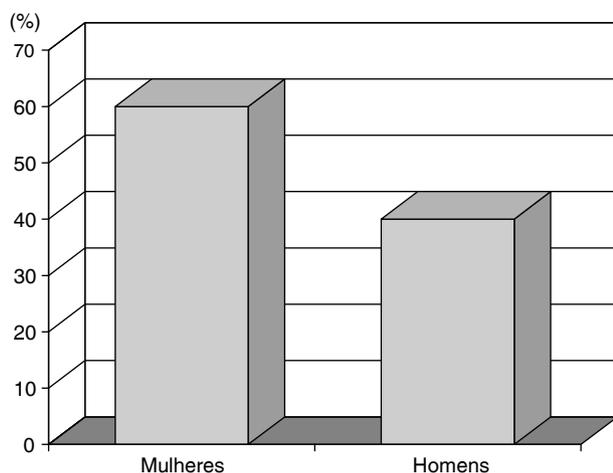


Gráfico 1 - Faixa etária dos sujeitos do grupo 1.



**Gráfico 2** - Distribuição percentual dos sujeitos dos subgrupos 1A e 1B.

Esse fato ocorreu provavelmente devido à alta proporção de mulheres encontrada comparando-se com a quantidade de homens em cada turma, parecendo ser tendência geral nos cursos de Odontologia. Essa evidência é encontrada nos trabalhos de Freire *et al.*<sup>6</sup> (1995) sobre o perfil dos alunos de Odontologia de uma universidade pública e de Freitas, Nakayama<sup>7</sup> (1995) sobre o perfil do aluno de Odontologia no estado de São Paulo.

Com relação à Técnica da Associação Livre de Palavras, uma vez tendo-se colhido as cinco palavras ditas pelos sujeitos, atingiu-se um conjunto disperso e heterogêneo de unidades semânticas. Face a essa desordem, tornou-se necessária a categorização dessas unidades. Dessa forma, as palavras foram separadas por seus sinônimos ou por proximidade semântica. Aquelas palavras idênticas porventura encontradas foram descontadas<sup>2</sup>. Por exemplo, as palavras “necessário” e “necessidade” foram incluídas no mesmo grupo.

Neste trabalho, em virtude da idéia de classe ou série, preferiu-se utilizar o conceito de “temas”. Justificando a adoção da expressão “temas” em lugar de “categorias”, cita-se Minayo<sup>9</sup> (2000), afirmando que a expressão “categoria” refere-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou relacionados entre si. Essa palavra está ligada à idéia de classe ou série. As categorias são empregadas para se estabelecerem classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, de modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa. Desse modo, as

palavras foram renomeadas em “temas”, segundo seu grupo.

Dessa forma, no total, chegou-se a 300 palavras, sendo que, no caso dos sujeitos do subgrupo 1A, chegou-se a 42 palavras diferentes. Para o subgrupo 1B, obtiveram-se 38 palavras. Aparentemente, houve uma similaridade entre esses dois subgrupos na contagem das palavras citadas. Com relação aos sujeitos do Grupo 2, encontraram-se 72 palavras diferentes e, finalmente, para os do Grupo 3, chegou-se a 54 palavras diferentes.

Após o processo de categorização, realizada levando-se em consideração cada um dos grupos e subgrupos de sujeitos trabalhados separadamente, o número de temas encontrados em cada grupo estudado foi, respectivamente, 15, 22, 26 e 27.

Logo após esse procedimento, calculou-se a freqüência média de evocação dos temas em cada grupo (média aritmética das evocações dos temas, valor-limite). Esse valor-limite da freqüência foi calculado dividindo-se o somatório das evocações de todos os temas em todas as posições de evocação de um dado grupo pelo total de temas encontrados naquele grupo.

Com relação à freqüência média de evocação, obteve-se, então, para o caso dos sujeitos do subgrupo 1A, 3,33 de freqüência média de evocação (50 palavras evocadas dividido por 15 temas). Para os do subgrupo 1B, encontrou-se 2,27 (50 palavras evocadas dividido por 22 temas). Para os alunos do Grupo 2, chegou-se a 3,84 (100 palavras evocadas dividido por 26 temas) e, finalmente, para os do Grupo 3, a freqüência média foi de 3,70 (100 palavras evocadas dividido por 27 temas).

Essa diferença entre a quantidade de temas encontrados nos dois subgrupos pode indicar que os sujeitos formados nas últimas décadas tenham tido, durante a graduação, maiores oportunidades de discussão com relação ao tema “Educação em Saúde”, explicando o motivo de se ter identificado nesse subgrupo maior diversificação dos termos. É provável que, na década de 1980, os indivíduos não tenham tido essa oportunidade de abordar, em suas discussões na sala de aula, a Educação em Saúde em profundidade, pois tratava-se de período em que a prevenção estava iniciando como novo paradigma no meio odontológico. Ainda mais, sabe-se da discrepância entre a academia e a prática profissional na Odontologia; em outras palavras, o meio universitário parece não acompanhar as novas discussões que ocorrem nos serviços. De qualquer forma, os temas com maior freqüência de citação foram, nos dois casos, prevenção e educação.

Outro dado importante foi a OME dos temas. Esse dado tem por função relacionar a posição em que o sujeito evocou determinado tema (da 1ª até a 5ª evocação). Procurou-se na verdade verificar a diferença de peso entre uma evocação e outra em função da seqüência dada aos temas, implicando a atribuição de um valor correspondente à posição relativa de cada um deles. Trata-se do cálculo da média ponderada. Dessa forma, para a primeira evocação atribuiu-se o peso 1, à segunda, o valor 2, e daí por diante até à quinta evocação, cujo valor dado foi 5.

A OME foi calculada em três etapas:

- 1ª. multiplicando-se as freqüências de evocação de cada tema pelo número de ordem da respectiva evocação, segundo o critério descrito anteriormente (número 1 - peso dado à 1ª evocação; número 2 - peso dado à 2ª, e daí por diante);
- 2ª. somando-se todos os produtos acima citados;
- 3ª. dividindo-se a soma dos produtos de cada tema pelo total das evocações desse tema.

De posse desses dados, os valores das freqüências médias de evocação e das médias das OME foram dispostos em um diagrama, dividido em quatro quadrantes, colocando-se acima do eixo horizontal os temas com freqüência de citação maior ou igual à freqüência média das evocações; os com valor menor que a freqüência média das evocações ficaram abaixo do eixo horizontal. Os temas de OME maior que a média das ordens médias de evocação ficaram dispostos à direita do eixo vertical, enquanto os de menor valor ficaram à esquerda desse eixo.

Seguindo-se Vergès *apud* Pessoa<sup>11</sup> (1999), verifica-se, a seguir, a estrutura das representações sociais (Núcleo Central e Sistema Periférico) da Educação em Saúde nos grupos estudados:

“Os elementos que provavelmente participam do Núcleo Central da representação – os de maior freqüência e pronta evocação – situam-se no quadrante superior esquerdo. No quadrante inferior direito – os de menor freqüência e evocação mais tardia –, situam-se os elementos periféricos das representações. Os elementos dos quadrantes restantes, superior direito e inferior esquerdo, possibilitam uma interpretação menos direta, uma vez que tratam de cognições que, apesar de não estarem compondo o Núcleo Central, mantêm uma relação de proximidade com este.”

Assim, identificaram-se, quanto aos sujeitos do subgrupo 1A, dois temas destacando-se dos demais em termos de freqüência de citação e que têm grande possibilidade de pertencer ao Núcleo Central das representações sociais: os temas “prevenção” e “educa-

ção”.

Os resultados quanto aos sujeitos do subgrupo 1B mostraram, da mesma forma que no subgrupo 1A, os temas “educação” e “prevenção” em destaque, apenas diferindo pela inversão na freqüência de citação, ou seja, o tema “prevenção” encontrava-se mais citado que “educação”.

Quanto aos sujeitos do grupo 2, os temas “prevenção” e “educação”, da mesma forma, surgiram novamente com as maiores freqüências de citação, sugerindo sua participação no Núcleo Central das Representações Sociais de Educação em Saúde para os grupos até então discutidos.

Finalmente, os resultados em relação aos sujeitos do grupo 3. Observa-se que esse grupo confirma a indicação dos temas “prevenção” e “educação” como componentes do Núcleo Central.

O Núcleo Central das Representações Sociais de “Educação em Saúde” para os sujeitos do subgrupo 1A compõe-se dos temas “educação”, “prevenção”, “população” e “saúde”, sendo as de maior destaque a “educação” e a “prevenção”, segundo o critério de maior freqüência de citação (13 e 11 vezes, respectivamente). Parece também que os Elementos Periféricos das Representações Sociais estão representados pelos temas “não-imposição”, “diária”, “direito de todos”, “beleza”, “função”, “qualidade” e “compromisso”.

Quanto aos sujeitos do subgrupo 1B, destacaram-se os seguintes temas como pertencentes ao Núcleo Central das Representações Sociais: “prevenção” e “educação”. A “prevenção” apresentou maior freqüência de evocação (16 vezes). Nos Elementos Periféricos, destacaram-se os temas “saúde”, “população”, “técnica”, “priorização”, “adequação”, “atualização”, “novidade”, “colaboração do paciente”, “gratificante”, “Odontologia”, “rotina”, “simples” e “futuro”. Dos Elementos Periféricos, alguns apresentaram evocação mais tardia: “atualização”, “gratificante” e “futuro”.

Com relação aos sujeitos do grupo 2, os elementos constituintes do Núcleo Central das Representações Sociais foram relativos aos seguintes temas: “prevenção” (com 23 evocações), “educação” (com 15), “necessidade” e “saúde”. Para os Elementos Periféricos, destacaram-se “disciplina”, “atitude”, “disponibilidade”, “interessante”, “difícil”, “luta”, “beneficência” e “vitória”. Desses, os que apresentaram evocação mais tardia foram “atitude”, “interessante”, “beneficência” e “vitória”.

Finalmente, com relação aos sujeitos do grupo 3, observaram-se os seguintes temas pertencentes ao Nú-

cleo Central das Representações Sociais: “prevenção” (com frequência de evocação de 24), “educação” (17), “saúde” (12), “população”, “necessidade” e “precária”. Quanto aos Elementos Periféricos, estes se constituíram por “motivação”, “alimentação”, “resultado”, “abrangente”, “satisfação”, “positivo”, “hábitos”, “incentivo”, “hospedeiro” e “melhoria”.

Mesmo após a evidencição da estrutura das representações, para se ter certeza desses achados, tornaram-se necessários mais alguns tratamentos complementares aos dados (reteste). Assim, construiu-se um quadro demonstrativo das frequências e da classificação dos temas evocados no quadrante um, referente aos elementos constituintes do núcleo das representações.

No reteste, constatou-se que o tema mais destacado nas evocações, segundo o critério de mais indicações na 1ª posição, foi “prevenção”. Esse tema recebeu as maiores indicações no cômputo geral ( $f = 74$ ); com relação aos sujeitos do subgrupo 1B o resultado foi  $f = 16$ ; aos sujeitos do grupo 2,  $f = 23$ , e aos do Grupo 3,  $f = 24$ . Recebeu também a segunda colocação junto aos sujeitos do subgrupo 1A ( $f = 11$ ).

O segundo tema a considerar foi “educação”. Esse recebeu a primeira colocação por parte dos CDs formados nos anos 80 ( $f = 13$ ) e a segunda no cômputo geral ( $f = 53$ ) e nos demais grupos pesquisados. Observou-se, junto aos sujeitos do subgrupo 1B, frequência 8, aos sujeitos do grupo 2 e junto aos do grupo 3, frequência 17.

O terceiro tema com mais frequência de citação foi “necessidade”, surgindo no cômputo geral com frequência 13 de citação. Porém, apareceu apenas nos grupos 2 e 3, obtendo junto aos sujeitos do subgrupo 1A a frequência 7 e, com relação aos do grupo 3, frequência 6.

## DISCUSSÃO

As evocações iniciais e as reevocações valorativas praticamente conservaram a mesma ordem de classificação. A primeira posição na classificação do cômputo geral refere-se ao tema “prevenção”, com frequência 74 de citação e colocada 21 vezes em primeira posição de citação. O mesmo fenômeno ocorreu com relação ao tema “educação”, surgindo no cômputo geral na segunda posição e apresentando frequência 53 de citação.

### Temas prováveis do Sistema Periférico

Tendo-se identificado a composição dos elementos do Núcleo Central, passa-se a enfocar o Sistema

Periférico, revelado no quadrante 3.

Da mesma forma como o quadrante 1 caracterizou-se por apresentar os temas de maior frequência de citação e as menores OME, o quadrante 3 apresenta os temas de menor frequência de citação e as maiores OME. Assim, o quadrante 1 representa os componentes do Núcleo Central e o quadrante 3, o provável Sistema Periférico da representação social.

Quanto aos elementos periféricos, observou-se que apenas um tema destacou-se dos demais, em função do somatório das frequências de citação, qual seja “Disciplina” (frequência 3), enquanto os demais temas encontrados tiveram grande dispersão, tendo-se encontrado a maioria deles com frequência 1.

## CONCLUSÃO

Ao que parece, a representação social de Educação em Saúde, para os três grupos pesquisados, configura-se como “prevenção”. Consideramos que, quando da citação do tema “educação”, este fora a tradução errônea pelos sujeitos da pesquisa da expressão dada, pois sugere-se que os profissionais de Odontologia, em vista dos resultados, ainda não conseguiram transpor a barreira do paradigma preventivista.

## ABSTRACT

### Dentists as Oral Health Educators: explorations of a practice

This study aimed to identify the social representations of health education according to dental students from two schools of dentistry in Brasília-DF (a public and a private one), and to dentists graduated in the 80s or after the 90s. The participants were chosen at random in Brasília-DF. This research also aimed to serve as a basis for a detailed and thorough investigation into health education to serve the needs of the Brazilian population, and to contribute to graduate students with a more adequate professional profile. Sixty subjects took part in this study, 40 dental students (20 from each teaching institution) and 20 dentists (10 from each range studied, as mentioned above). A questionnaire with multiple choice questions was used for collection of the subjects' social and demographic information, including a specific field for the recording of a Free Word Association Test. In this test, the subjects were asked to say the 5 first words related to the studied subject and then select the two most important words among these 5. These words were analyzed according to the Central Nucleus Theory. The results of the multiple choice questions were transferred to tables and representative figures and

diagrams. Results showed that social representations of health education according to both dentists and students tended to be education/prevention.

### DESCRIPTORS

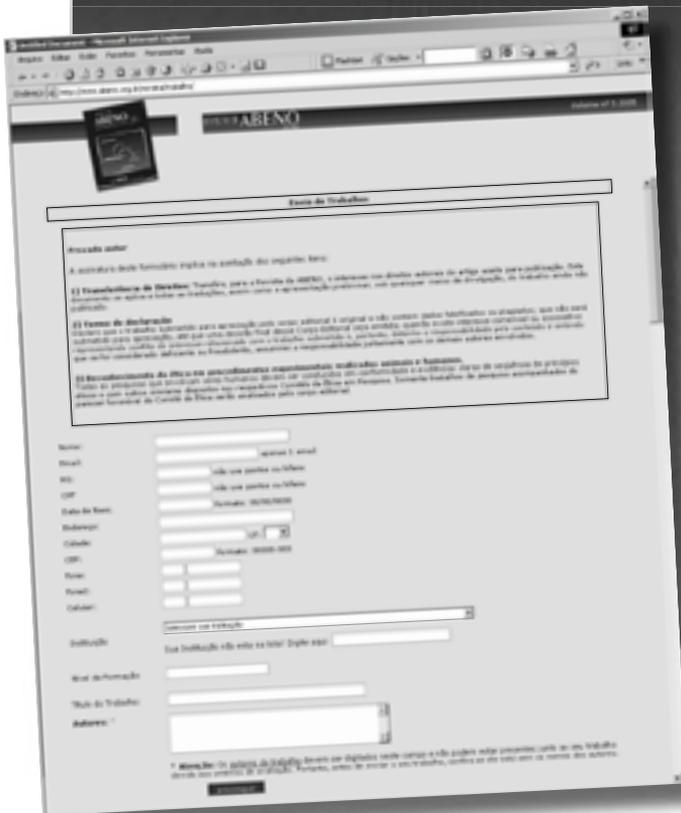
Health education, dental. Social representations. Social dentistry. ■

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. *In: Moreira ASP, Oliveira DC (org.). Estudos interdisciplinares de representação social*. 2ª ed. Goiânia: AB; 2000. 328 p.
2. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. 226 p.
3. Belaciano MI. O SUS deve aceitar este desafio: elaborar proposições para a formação e capacitação de recursos humanos em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate* 1996;12:29-33.
4. Bervique JA, Medeiros EPG. Ciências da conduta na área da saúde: um programa modularizado de introdução e aplicação à Odontologia, Medicina e Enfermagem. São Paulo: Panamericana; 1980. 359 p.
5. Costa ICC, Albuquerque AJ. Curso de Mestrado em Odontologia Social. *Odontologia Preventiva e Social: textos selecionados*. Natal: EDUFRRN; 1997. 252 p.
6. Freire MCM, Souza CS, Pereira HR. O perfil do acadêmico de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. *Divulgação em Saúde para Debate* 1995;10:15-20.
7. Freitas SFT, Nakayama MY. Um perfil do estudante de Odontologia no estado de São Paulo. *Divulgação em Saúde para Debate* 1995;10:29-37.
8. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1991. 207 p.
9. Minayo MCS (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 16ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000. 80 p.
10. Moysés ST, Watt R. Promoção de saúde bucal – definições. *In: Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2000. v. 22. 336 p.
11. Vergès *apud* Pessoa LGP. As representações sociais do ser professor [Dissertação de Mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 1999.

Accito para publicação em 06/2005

# Visite o site da ABENO



e submeta  
seu artigo  
“on-line”.  
É mais rápido e fácil.

[www.abeno.org.br](http://www.abeno.org.br)