

OS SENTIDOS DA BOCA: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COM USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

The mouth meaning: a study on social representation among users of primary health care services

Aurigena Antunes de Araújo Ferreira¹, Maria do Socorro Costa Feitosa Alves²

RESUMO

Esta pesquisa objetivou apreender os sentidos atribuídos à boca por usuários dos serviços de saúde do bairro de Cidade da Esperança, Natal, RN. Fundamentou-se no conceito de representações sociais, procurando captar como nas comunicações e condutas dos sujeitos, estes sentidos vão-se articulando ao saber do senso comum. O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista com uma pergunta geradora: “Como é a sua boca?”. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo. Os discursos foram apreendidos através de três temáticas: a saúde da boca, as dores de dente e o resgate da “identidade da boca” pelos indivíduos. Para os sujeitos a saúde da boca se concebe a partir de aspectos biológicos, e, principalmente, psicossociais. Evidenciou-se que a vivência com *dores de dente* suscita meios de enfrentamento; enquanto o resgate da identidade da boca é garantido pela *prótese* que sinaliza a reinserção social.

PALAVRAS-CHAVE

Boca, saúde bucal, odontologia

ABSTRACT

The concept of social representation was used in the present investigation, to figure out the different meanings attributed to the mouth among users of oral health care services in the district of Cidade da Esperança, Natal, RN, Brazil. We aimed at capture how in the communication and conducts of subjects, these meaning articulate to the common sense knowledge. To do this, we considered sociological variables as well as the question “How do you fell your mouth?”. Data were analyzed by the analyses of content techniques. The talkings were captured through three tematics: oral health, tooth pain and the rescue of the mouth “identity” by the individuals. Subjects conceive their oral health in a biological point of view and mainly through psychosocial aspects. The experience of tooth pain fosters different ways to confront the problem. The rescue of mouth identity is possible through the use of prosthetic devices which work as social re-insertion tool.

KEY WORDS

Mouth, oral health, odontology

¹ Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Biofísica e Farmacologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRN. e-mail: aurigena@ufrnet.br

² Professora Dra. do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFRN e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRN.

1. INTRODUÇÃO

A boca, ingestora dos alimentos, emissora dos sons da transmissão verbal dos símbolos, acumula hoje os séculos de uma práxis social, na qual estruturas dentárias não são fenômenos naturais, mas resultam de um processo de produção e reprodução dos homens, de suas condições materiais e de sua inserção nesta produção, apresentando-se diferentemente entre classes e categorias sociais (Iyda, 1998).

A noção de que os sujeitos sociais concebem diferentes sentidos à sua boca, a partir da experiência, da vivência e da importância que esta apresenta em seus cotidianos é uma constatação importante para a odontologia e para apreensão dos sentidos e dos significados daquela em diferentes realidades sociais, relacionando-se com práticas culturais, com a subjetividade e com o aprendizado do meio.

Segundo a Teoria das Representações Sociais, o senso comum considera que o objeto está inscrito num contexto ativo, dinâmico, que é parcialmente concebido pela pessoa ou pela coletividade como prolongamento de seu comportamento; e só existe para elas enquanto função dos meios e dos métodos que permitem conhecê-lo (Moscovici, 1978).

Segundo Wagner (1998), o corpo humano, melhor do que qualquer objeto cultural, relata imagens que refletem a integridade da experiência pessoal subjetiva e das relações sociais. Se, por um lado, o corpo é ponto de referência para estados individuais de sentimentos; por outro, as normas sociais e as exigências culturais regulam os limites individuais e a qualidade das experiências com o corpo, mesmo em espaços privados.

À luz dessas considerações, este trabalho tem o objetivo de apreender, em uma comunidade específica, as *representações sociais da boca*, buscando reconhecer os seus sentidos e significados.

2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo fundamentado no conceito de representações sociais, realizado no bairro de Cidade da Esperança, Natal-RN. Este bairro situa-se no Distrito Oeste da cidade, sendo considerada uma das regiões marginalizadas. A escolha desse cenário se fez pelo motivo de existir neste bairro, desde 1995, um projeto interinstitucional denominado UNI (Uma Nova Iniciativa), que procura integrar a academia, os serviços de saúde e a comunidade. Com o projeto, foram implantadas no serviço público de saúde reformas na estrutura física, qualificação dos recursos humanos, desenvolvimento de atividades acadêmicas e organização de programações diferenciadas. O Projeto UNI resultou num espaço para estratégias curriculares que culminaram com o desenvolvimento da disciplina *Saúde e Cidadania*, ofertada aos alunos do curso básico da área de saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN (Marsaglia, 1998).

2.1. CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

Neste bairro, existem práticas formais e informais de atenção à boca disponíveis aos moradores. Foram visitados todos os estabelecimentos: um público, denominado de Unidade Integrada de Saúde de Cidade da Esperança/UISCE; quatro clínicas privadas; três laboratórios de prótese; e quatro terreiros de candomblé. A UISCE foi escolhida como campo de investigação, pois a mesma atende a maior parte da população deste bairro, uma vez que o acesso às demais se faz mediante pagamento.

Na UISCE, os atendimentos dão-se de três maneiras, a saber: Atendimento Programado (AP), no qual estão incluídos bebês, gestantes, crianças e jovens até os 18 anos, e que permite ao indivíduo receber informações sobre o programa, métodos de prevenção e educação em saúde, com aprazamento para o tratamento; Pronto Atendimento (PA), caracterizado por demanda espontânea, e um Atendimento às Urgências (AU). Esses últimos apresentam ações assistencialistas que tratam apenas das doenças (Ferreira & Alves, 2002).

2.2. OS ATORES SOCIAIS DO ESTUDO

Os indivíduos participantes do estudo obedeceram aos seguintes critérios: ter idade superior a 18 anos, ser morador do bairro e usuário dos serviços de saúde bucal no referido local.

A definição do número de participantes baseou-se na saturação dos discursos, pois, segundo Bauer e Aarts (2002), uma *representação* está limitada em um tempo e um espaço social. Assim, a saturação, ou seja, a repetição dos discursos indica que a introdução de novos sujeitos nada acrescenta. Para Bardin (1977), a representatividade não é atribuída à quantidade de indivíduos investigados, mas a deduções específicas sobre um acontecimento, que podem melhor funcionar sobre corpos reduzidos e favorecer categorias mais discriminantes. Dessa forma, à medida que os dados foram coletados eram analisados, de forma que a saturação permitiu que a amostra fosse constituída por 30 indivíduos, cuja identidade foi preservada através da adoção de pseudônimos escolhidos por eles mesmos e que serviam para a identificação dos discursos.

O processo de integração entre a pesquisadora e os sujeitos ocorreu, com a inserção daquela na ante-sala de espera do consultório odontológico, por um período de 40 horas, objetivando a apresentação do trabalho e a aplicação dos instrumentos na coleta dos dados no interior da UISCE. Participaram apenas os voluntários e, portanto, os que estavam de acordo com os critérios de seleção, confirmando-se a sua participação, através de um termo de consentimento livre e esclarecido. O presente estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN.

2.3. COLETA DE DADOS

A coleta de dados se fez em dois momentos. No primeiro momento, foi realizada uma *entrevista*, que partia de uma questão geradora aberta, denominada: “*Como é a sua boca?*”. O tempo de entrevista era livre e ficou situado no intervalo de 30 a 60 minutos.

No segundo momento, para caracterização dos sujeitos participantes do estudo, foi utilizado um questionário socioeconômico, contendo dados a respeito do sexo, idade, renda, escolaridade e ocupação. Para traçar um perfil das condições de saúde bucal dos sujeitos investigados foi realizado um *exame clínico da boca*, na UISCE, seguindo orientações e técnicas de higiene, conforme as Normas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997). Essas informações foram registradas por um instrumento denominado de “Estudo das Necessidades de Cuidados Bucais” (ENCB), Quadro 1, elaborado para esta pesquisa, a partir de uma classificação citada por Roncalli (2000).

Quadro 1

Estudo das Necessidades de Cuidados Bucais ENCB, Natal, RN, 2005.

Código	Características
0	Pacientes que aparentemente não apresentam dentes permanentes cariados.
1	Pacientes que apresentam dente(s) com cavidades evidentes (cárie).
2	Pacientes que apresentam resto(s) radicular(s).
3	Pacientes que apresentam sintomatologia de dor aguda.
4	Pacientes com sangramento gengival.
5	Pacientes que apresentam tártaros dentários.
6	Pacientes que apresentam bolsa periodontal e/ou dentes com mobilidade.
7	Pacientes que apresentam dentes ausentes em alguma região do 2° pré-molar a 2° pré-molar superior ou inferior que comprometa a estética.
8	Pacientes que apresentam dentes anteriores cariados que comprometa a estética.
9	Pacientes com dentes ausentes na região posterior.
10	Pacientes que apresentam prótese de qualquer tipo que cause incômodo/desconforto seja por trauma ou por estética.
11	Pacientes que apresentam lesões de tecido mole.

2.4. ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram analisadas a partir da Técnica de Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 1977). O *corpus* foi constituído pelas 30 entrevistas. Após uma leitura fluante foram extraídas as temáticas, que foram agrupadas em categorias homogêneas e exclusivas. As categorias identificadas foram distribuídas pela frequência percentual. O perfil socioeconômico dos sujeitos e os dados do ENCB foram analisados pela estatística descritiva.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos estudados atribuem *sentidos* à boca, a partir do seu “grupo de pertença”. Apreender as *representações sociais da boca* é conhecer o modo amplo de percebê-la, compartilhada coletivamente e em cada sujeito social. Como reportam Moreira e Moriya (2000), os *sujeitos sociais* compreendem e interpretam de forma diferente as experiências vivenciadas, porém comportam-se de forma idêntica frente a processos semelhantes.

O estudo das *representações sociais do sentido da boca* pode nomear e definir diferentes aspectos da realidade diária, de forma que os sujeitos interpretam estes aspectos, tomam decisões e eventualmente posicionam-se frente a eles de forma decisiva (Jodelet, 2001).

Neste sentido, as categorias se organizaram em torno de três *sentidos* apresentados para a boca, cuja frequência percentual está no Quadro 2. Foram elas: a saúde da boca, as dores de dente e o “resgate à identidade da boca”.

Quadro 2

Distribuição percentual das categorias identificadas nas entrevistas dos indivíduos de Felipe Camarão, Natal, RN, 2005.

Categoria	Frequência %
Saúde da Boca	42,5
As Dores de Dente	33,5
Resgate da Identidade da Boca	24,0
Total	100

A *saúde da boca* é apreendida pela importância que esta representa para a criação de um universo consensual. Assim, está evidente, em seus discursos, a estreita relação entre a boca e os dentes, fato este melhor observado nos aspectos de ordem biológica em que a função mastigatória está relacionada com a presença dos dentes, cuja ausência acarreta prejuízos na qualidade da ingestão dos alimentos, como mostram as falas a seguir:

“..Os dentes fazem falta, porque é uma parte de você, vai dificultando a mastigação..” (Água)

“..Faz falta os dentes, pois pra comer tem que jogar a comida para o lado onde está os dentes, a não ser que coma papa ...” (Terra)

Os sujeitos, através de seus discursos, não conseguem descontextualizar a sua boca do corpo humano, contrariando os preceitos da Odontologia que, até recentemente, considerava a boca, formada por estruturas anátomo-funcionais,

um apêndice do organismo (Iyda, 1998). Com essas afirmações apreendidas pelo senso comum, é possível enaltecer as considerações feitas por Moscovici (1978), ao considerar que a passagem da ciência ao campo das *representações sociais* implica um salto de um universo de pensamento e de ação a um outro, e não uma descontinuidade, uma variação do mais ao menos. Os indivíduos estão inseridos em contextos sociais e apresentam uma herança cultural que não pode ser negada pela ciência; constituindo-se tudo isso *representações* que circulam em suas realidades de vida e nos valores compartilhados pelos seus “grupos de pertença” (Servalho,1993).

Nessa análise, pode-se constatar que a categoria *a saúde da boca* é articulada pelo senso comum em 42,5% (Quadro 1), cuja dimensão psicossocial favorece as relações afetivas, iniciadas através do encontro, do olhar, do sorriso, e continuadas através do beijo, cuja situação da boca será tocada e sentida pelo outro. A boca deixa de ser uma propriedade somente do indivíduo e passa a ser compartilhada pelo outro em seus cheiros, sua estética, sua imagem.

Quadro3

Caracterização socioeconômica dos sujeitos entrevistados em de Felipe Camarão, Natal, RN, 2005.

Pseudônimo	Sexo	Idade	Ocupação	Renda(R\$)	Anos de estudo
Lua	M	21	Estudante	300	9
Vida	M	53	Vendedor	180	Analfabeto
Sol	F	31	Do lar	360	8
Terra	F	58	Vigilante	305	1
Estrela	F	38	Do lar	Não sabe	5
Água	F	29	comerciante	800	11
Tristeza	M	30	Desempregado	180	10
Fogo	M	18	estudante	Não sabe	10
Felicidade	F	36	Do lar	180	4
Luz	F	43	Do lar	200	6
Calor	F	32	Do lar	180	4
Saudade	M	42	Desempregado	Sem renda	11
Emoção	F	43	Do lar	95	5
Brilho	F	28	Cozinheira	220	10
Experiência	M	61	Carregador	200	Analfabeto
Paz	F	72	Pensionista	170	4
Esperança	F	30	Do lar	Sem renda	5
Verdade	M	23	Desempregado	Não sabe	11
Amizade	F	30	Do lar	Não sabe	4
Tolerância	F	40	Desempregado	450	11
União	F	31	Do lar	200	11
Fortaleza	F	45	Autônoma	1400	11
Dedicada	F	24	Do lar	Não sabe	8
Humilde	F	51	Desempregada	180	3
Bondade	F	29	Do lar	480	11
Alegria	M	66	Aposentado	390	1
Noite	F	33	Auxiliar de costura	180	3
Solidão	F	49	Pensionista	370	4
Dia	F	37	Feirante	400	1
Sonhadora	F	27	Do lar	1000	11

Neste estudo, trabalhou-se em sua grande maioria com mulheres, representando 70% (Quadro 3). Quanto à idade, constata-se que o maior percentual dos entrevistados é encontrado na faixa de 30 a 39 anos, com 33,2 % dos indivíduos; destes, 6,6% são de homens, enquanto 26,6% são de mulheres. Foi nesta nessa faixa de idade que as mulheres predominaram. Para o perfil dos sujeitos, a imagem da boca, concebida através do sorriso, tem uma repercussão negativa muito forte no seu dia-a-dia, à medida que a ausência de dentes evidencia uma imperfeição em seus corpos, neste caso 16,84% apresentam ausência dos dentes anteriores, conforme demonstra a Figura 1. A estética compromete as relações sociais, através da imagem, e mostra como o discurso dos entrevistados, apresentado a seguir, alude às suas necessidades.

“..minha boca ajuda tudo, em termos de perguntar falando, quem tem boca vai a Roma. O sorriso influencia em muito para arranjar um emprego. Hoje em dia, eles olham logo o visual; para namorar ajuda mais ainda, a primeira coisa que eu olho em um homem é os dentes e o sorriso, se tiver dentes estragado ou banguela, pode ser lindo que eu não namoro...” (Dedicada)

“..Sem dente pode prejudicar para arranjar emprego, para namorar...” (Noite)

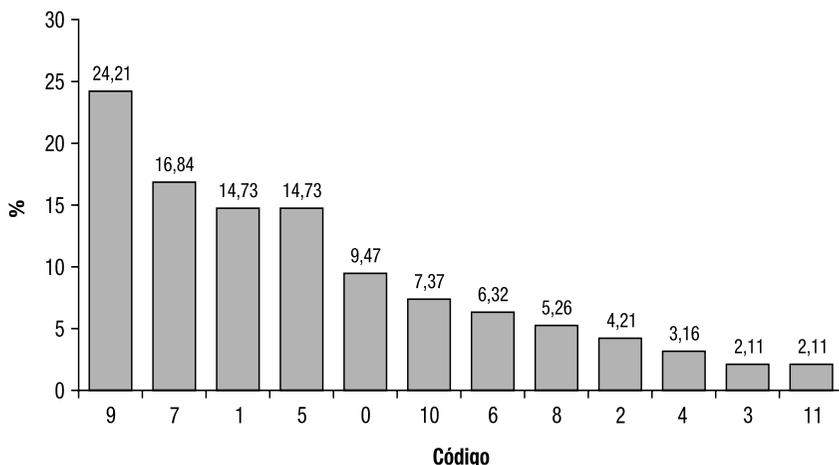


Figura 1
 Distribuição percentual dos sujeitos, segundo o ENCB, Felipe Camarão, Natal,RN, 2005.

Assim, como a saúde alude às necessidades biológicas e psicossociais do grupo estudado, dentre os problemas vivenciados e que atribuem sentido e significado para o grupo estão *As Dores de Dente*.

A vivência com *As Dores de Dente*, que, neste meio social, se mostra como fato corriqueiro, vem à tona, como discurso circulante identificado em 33,5% (Quadro 2) das categorias emergentes, isso inclusive no momento do estudo era uma sintomatologia presente em 2,1% dos sujeitos (Figura 1). Como ressaltam Venâncio e Olivier (1998), a dor é uma sensação incômoda que, além de causar desordem, provoca uma reorganização e suscita meios de enfrentamento. É como se fala popularmente “*a dor ensina a gemer.*” É a dor, seja ela advinda do adoecer ou da experiência mal-sucedida com os serviços de saúde, que suscita a busca deste confronto.

Para esta realidade social, *as dores de dente* são enfrentadas com os medicamentos ditos populares. A experiência que o indivíduo teve com a dor fez com que ele utilizasse substâncias indicadas por outras pessoas ou de iniciativa própria, contribuindo para que a experiência sirva de informação positiva ou negativa circulante no meio social. Ainda existe, junto ao que se chama de medicamentos populares, o uso da reza como meio de curar a dor, sendo um método milenar que permanece vivo na cultura popular, evidenciado pelas práticas religiosas existentes na realidade social, através dos Terreiros de Candomblé, aspectos que, em diversas circunstâncias insinuam-se na fala dos usuários:

“...*Eu tinha uns dentes que inflamava, doía muito... colocava lã de perfume, álcool, passava um pouco a dor daí voltava...*” (Fogo)

“...*Já tive dor de dente ... mandava curar o dente, rezava o dente, passava a dor...*” (Experiência)

O enfrentamento aos problemas de saúde bucal é comum para sujeitos que apresentam limitações econômicas vistas no Quadro 3. Em torno de 76% destes investigados recebem até 2 salários mínimos. A situação econômica restringe o acesso aos serviços de saúde privados, e faz com que procurem os serviços públicos de saúde, que, por sua vez, apresentam problemas de acesso restrito.

Neste estudo, observa-se que as mulheres apresentam um maior número de anos de estudo, cerca de 26,6% na faixa de 9 a 11 anos, o mesmo percentual para as que apresentam de 1 a 4 anos de estudo (Quadro 3). Nenhuma delas se apresentou em condições de analfabetismo. Dentre os homens, 6,6% são analfabetos e o maior percentual deles, 13,3%, está na faixa de 9 a 11 anos de escolaridade.

Para Oliveira (1998), a ciência e a magia são formas paralelas e diferenciadas pelas quais o mundo se deixa apropriar e, portanto, constroem diferentes simbolizações do mundo. No que tange às formas subalternas de cura, existe um amplo leque de produções culturais, as quais escapam ao controle do saber erudito,

indicando que aquele consiste num *locus* em que ocorre sua permanente reativação, feita sob distintas circunstâncias reveladoras de que a penetração da cultura erudita não recobre todos os espaços do social, absorvendo-as ou assimilando-as sob sua lógica de dominação simbólica.

A perda de uma parte do corpo representa uma incapacidade do ser. Traz para o indivíduo modificações nas expressões faciais, na mastigação, na comunicação, nas relações afetivas e sociais. A investigação realizada por Nuto (1999) corrobora tal colocação, já que o discurso popular evidenciou um sentimento de falta, quando da perda dos dentes. Este achado contraria o discurso dos dentistas que denunciam a não-valorização dos dentes pelos seus pacientes e, portanto, preferem extraí-los.

Nesse contexto, também, aparece como discurso a *prótese dentária* que representa o *resgate da identidade da boca*. A ausência dos dentes anteriores ou posteriores é lamentada, tanto pelos efeitos biológicos, como pelo desprestígio que essa ausência representa no meio social. A prótese traz de volta o que fora perdido, restaurando a auto-imagem e auto-estima do indivíduo. A necessidade de prótese é uma realidade para 41,05 % desses sujeitos (Figura 1), como mostram as falas a seguir:

“..Eu vou ficar muito animada com a prótese! Eu acho que vai ser o dia mais feliz da minha vida, pois é bom para falar, comer e sorrir...” (Emoção)

“..Pra ter uma boca bonita, tem que tirar os dentes estragado e colocar a prótese...” (Terra)

A *prótese* é um artifício que oferece a possibilidade de ser apreendida como um valor simbólico no campo dos sonhos. Para alguns, mobiliza desejos e o imaginário. Tem a capacidade de fazer o indivíduo sonhar com sua aceitação nos grupos sociais que tem como referência. Confronta sua boca com a boca do outro, numa atitude narcisista, e faz compartilhar o valor da presença de dentes, sejam eles naturais ou artificiais, criando uma necessidade que deve ser alcançada. 13,33% dos homens estavam desempregados. Para as mulheres, a ocupação principal era “dona de casa”, com o valor percentual de 40% (Quadro 3). As condições de saúde bucal foram favorecidas pela situação econômica. A extração dentária e o acesso limitado à prótese dentária, pela compra, constituem-se conseqüências desastrosas uma vez que os indivíduos precisam da “imagem dentada” para acesso ao mercado de trabalho.

Iyda (1998) afirma que, apesar de a extração dentária eliminar a dor, instaura a ausência de dentes, a qual pode ser suprida por uma *prótese*. A *prótese* representa portanto, uma novidade que pode resgatar a identidade ora perdida, mas inescusável, quando se percebe que os dentes, parte de seu corpo, são naturais,

e cuja memória biológica denuncia a imperfeição da peça artificial. A *representação social do sentido da boca* é capaz de tornar presente no universo interior destes sujeitos, o que outrora fora perdido, os dentes. Os discursos a seguir corroboram tais afirmações:

“*Sendo que seria melhor com os meus dentes, o sorriso é diferente... Eu tenho vergonha de dar um sorriso e as pessoas perceberem que eu uso...*” (Dedicada)

“*..Os dentes fazem falta, a boca fica mais bonita com os dentes permanentes. A prótese é diferente no começo, é depois se acostuma..... Mastigar com a prótese é diferente em tudo...*” (Brilho)

A *prótese*, então, está dentro do universo consensual dos sujeitos e passa a ser uma identidade para este grupo social, pois, ao mesmo tempo em que pode resgatar a auto-estima outrora perdida, é comparada aos dentes naturais, o que permite o exercício da memória neste universo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pôde-se apreender para este “grupo de pertença” que a *saúde da boca* tem o seu sentido construído a partir de aspectos biológicos, mas também pelas relações sociais, afetivas e profissionais. Apreendeu-se que *as dores de dente* fazem com que se tomem atitudes imediatas para fazê-las cessar, utilizando-se práticas de ordem simbólica. O *resgate da identidade da boca* é coroado pela *prótese*, cuja importância é evidenciada pelos sujeitos como meio de reintegrá-los ao seu “grupo de pertença”, devolvendo-lhes as funções biológicas e resgatando a sua identidade social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BAUER, M.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 39 - 63, cap. 2.

FERREIRA, A. A. A; ALVES, M. S. C. F. *Representações sociais da necessidade de cuidados bucais: um estudo com habitantes do bairro de Cidade da Esperança-Natal/RN*. 2002. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) - Departamento de Odontologia. UFRN, Rio Grande do Norte.

YDA, M. Saúde bucal: uma prática social. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo: UNESP, 1998. p. 127 - 140.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____. (Org.) *Representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001, cap. 1.

MARSAGLIA, R. M. G. Perspectivas para o ensino das ciências sociais na graduação odontológica. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo: EDUSC, 1998. p. 175 - 196.

MOREIRA, A. S. P.; MORIYA, T. M. Aspectos psicossociais da epilepsia e da AIDS: representações sociais intergrupos. In : MOREIRA, A . S. P.; OLIVEIRA, D. C. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB Cultura, 2. ed. 2000. p. 205 - 214.

MOSCOVICI, S. *A representação social de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NUTO, S. S. *Avaliação cultural do serviço da saúde bucal de Beberibe – CE: a vez e a voz do usuário*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Comunitária. UFC, Fortaleza.

OLIVEIRA, E. R. Representações sociais sobre doenças: os mitos da ciência e os cientistas da magia. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. (Org) *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo: EDUSC, 1998. p. 43 - 85.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal - manual de instruções*. Genebra: OMS, 1997.

RONCALLI, A. G. *A organização da demanda em serviços de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva*. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Odontologia. USP, São Paulo.

SERVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais da saúde e doença. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3 p. 349 - 363, 1993.

VENÂNCIO, E.; OLIVIER, G. G. F. A doença e o doente: uma abordagem através dos mitos. *Impulso: Revista de Ciências Sociais e Humanas*. v. 10, n. 22/23, p. 99 -110, 1998.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C.(Org) *Estudos interdisciplinares de representações sociais*. Goiás: AB Editora, 1998. p. 3 - 25.