



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE

**REPRESENTAÇÕES DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS EM
VULNERABILIDADE NUMA CIDADE DO NORDESTE DO BRASIL**

FORTALEZA - CEARÁ

2022

PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE

**REPRESENTAÇÕES DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS EM
VULNERABILIDADE NUMA CIDADE DO NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Ricardo Hugo Gonzalez

FORTALEZA - CEARÁ

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S656r Soares Cavalcante, Patrícia.
Representações do cuidado em saúde bucal de crianças em vulnerabilidade numa cidade do nordeste do Brasil / Patrícia Soares Cavalcante. – 2022.
100 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2022.

Orientação: Prof. Dr. Ricardo Hugo Gonzalez.

1. Cuidado da Criança. 2. Saúde Bucal. 3. Determinantes Sociais da Saúde. I. Título.

CDD 610

PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE

**REPRESENTAÇÕES DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS EM
VULNERABILIDADE NUMA CIDADE DO NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Orientador: Prof^o Dr^o Ricardo Hugo Gonzalez

Aprovação em: 10/03/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof^o Dr^o Ricardo Hugo Gonzalez (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dr^a Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Prof^a Dr^a Sharmênia de Araújo Soares Nuto

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof^a Dr^a Paola Gondim Calvasina

Centro Universitário Unichristus (UNICHRISTUS)

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos remetem a força daqueles/daquilo que me fazem e que selaram a minha história. Hoje, sou quem eu sou e cheguei até aqui porque eles demarcaram um lugar no meu caminho e permaneceram comigo.

A fé, herdada na ancestralidade e que por tantas vezes foi meu acalento na agonia.

Ao meu pai Antônio, minha mãe Gorete e minha irmã Aparecida, por serem base, guia, sustento e me fazer/ser: Patrícia!

A escola pública, com seus sujeitos, instalações e relações, que me formou e reformou do ensino fundamental a pós-graduação. Meu afeto e respeito por todos aqueles/aquelas que despertaram em mim a criticidade.

Ao professor Ricardo Gonzalez, pelo cuidado na orientação da pesquisa, por acreditar mais em mim do que eu mesma, por ser mestre.

Ao CNPq, por acreditar na ciência e fomentar a pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, em nome da professora Carmem Leitão, pelo cuidado na condução dos processos, refletida em resistência.

RESUMO

A cárie é uma das condições clínicas mais prevalentes no mundo e prioritárias em saúde pública. O efeito da polarização da doença é observado em indivíduos em situação de vulnerabilidade social, cujo enfoque num cuidado em saúde bucal integral auxilia a desenvolver indivíduos com uma maior consciência de si. Assim, o objetivo geral foi analisar representações sociais do cuidado oral de sujeitos cuidadores e suas crianças em situação de vulnerabilidade. Com uma pesquisa qualitativa, exploratória, com crianças entre cinco e doze anos e seus respectivos cuidadores, num território de abrangência de uma unidade de atenção primária em saúde de Fortaleza-Ceará, entre abril e julho de 2021. A amostragem foi não probabilística composta por casos múltiplos, estruturadas no formato de cadeias, sendo definidas por contraste-saturação. Foram excluídos os sujeitos com impossibilidade de desenhar, condição de estresse identificável, dor dentária recente e aqueles que não obedeceram à correspondência criança e cuidador. Para a cadeia 1, das crianças em cuidado, a produção de dados foi pela técnica do desenho-estória com tema, seguida de exame bucal utilizando o Espectro de Avaliação da Cárie e Tratamento. Na cadeia 2, dos cuidadores, a técnica foi por entrevista semiestruturada. O tratamento dos dados contou com o suporte do software NodeXL na reconstituição descritiva do contexto analisado. Sob a lógica abdução, a análise interpretativa das informações produzidas considerou os elementos constituintes de base da teoria salutogênica e revisão narrativa, evocados através de representações sociais do objeto de estudo nas múltiplas fontes de dados. O processo evocativo aconteceu por análise temática do conteúdo, sendo delineados os temas de sentidos e estratégias para um cuidado oral e representações da boca: como ela é. As crianças retratam o cuidado oral como uma atividade de higienização do corpo, de forma rotinizada ou coercitiva. A boca foi refletida quanto às experiências, desejos e idealizações pela condição da cárie, disfunção oclusal e empoderamento, no estranhamento das sensações causadas pela perda do dente decíduo. Para os cuidadores, a percepção do cuidado oral é um hábito para reduzir a sujidade dos dentes, associando métodos prescritivos. Para eles, o sentido da boca está na presença de um estado dental sem dor. As relações em cuidado foram atravessadas por estruturas sociais que modelam a instituição de hábitos nos sujeitos: família, gênero, renda, assistência odontológica e práticas alternativas de cuidado. Limitações por ausência de índices clínicos de cárie e imposições pela pandemia do COVID-19, impactaram o estudo.

Palavras-Chave: Cuidado da Criança; Saúde Bucal; Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

Caries is one of the most prevalent clinical conditions in the world and a priority in public health. The effect of the polarization of the disease is observed in individuals in situations of social vulnerability, whose focus on comprehensive oral health care helps to develop individuals with greater self-awareness. Thus, the general objective was to analyze social representations of oral care of caregivers and their children in situations of vulnerability. With a qualitative, exploratory research, with children between five and twelve years old and their respective caregivers, in a territory covered by a primary health care unit in Fortaleza-Ceará, between April and July 2021. The sampling was non-probabilistic, composed of multiple cases, structured in the form of chains, being defined by contrast-saturation. Subjects with inability to draw, identifiable stress condition, recent dental pain and those who did not comply with the correspondence between child and caregiver were excluded. For chain 1, for children in care, data production was performed using the theme-based drawing-story technique, followed by oral examination using the Caries and Treatment Assessment Spectrum. In chain 2, for caregivers, the technique was through a semi-structured interview. Data processing was supported by NodeXL software in the descriptive reconstitution of the analyzed context. Under the abductive logic, the interpretative analysis of the information produced considered the basic constituent elements of the salutogenic theory and narrative review, evoked through social representations of the object of study in the multiple sources of data. The evocative process took place through thematic analysis of the content, with the themes of meanings and strategies for oral care and representations of the mouth being outlined: how it is. Children portray oral care as a body hygiene activity, in a routinized or coercive way. The mouth was reflected on the experiences, desires and idealizations of the condition of caries, occlusal dysfunction and empowerment, in the estrangement of the sensations caused by the loss of the deciduous tooth. For caregivers, the perception of oral care is a habit to reduce tooth dirt, associating prescriptive methods. For them, the sense of the mouth is in the presence of a painless dental state. The relationships in care were crossed by social structures that shape the institution of habits in the subjects: family, gender, income, dental care and alternative care practices. Limitations due to the absence of clinical caries indices and impositions by the COVID-19 pandemic, impacted the study.

Keywords: Child Care; Oral Health; Social Determinants of Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de intervenções sobre os Determinantes Sociais em Saúde da cárie.

Figura 2. Componentes PPCT.

Figura 3. Determinantes Sociais da Saúde: modelo DAHLGREN e WHITEHEAD

Figura 4. Relação indexical

Figura 5. Família monoparental estendida

Figura 6. Família composta

Figura 7. Densidade do cuidado na avó

Figura 8. Densidade do cuidado na tia

Figura 9. Renda e cuidado centralizado na avó

Figura 10. Renda e cuidado centralizado na avó

Figura 11. Representação da família no cuidado

Figura 12. Escovação dentária como rotina

Figura 13. Escovação dentária coercitiva

Figura 14. Componentes do cuidado

Figura 15. O cuidado oral como saúde da boca

Figura 16. O cuidado oral lúdico

Figura 17. Dentes, desejos e idealizações da boca

Figura 18. Experiência da perda do dente decíduo

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CORES - Coordenadoria Regional de Saúde
CPOD – Dentes Cariados Perdidos e Obturados
DSS - Determinantes Sociais em Saúde
EqSB – Equipes de Saúde Bucal
EqSF – Equipes de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
FDI - Federação Dental Internacional
GRR - Recursos Generalizados de Resistência
MOBRAL – Movimento Brasileiro de Alfabetização
OMS - Organização Mundial da Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal
RS - Representações Sociais
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SB Brasil 2003 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2003
SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010
SOC – Senso de Coerência
SUS - Sistema Único de Saúde
TRS - Teoria das Representações Sociais
UAPS - Unidade de Atenção Primária em Saúde

SUMÁRIO

PREÂMBULO.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Objetivos.....	17
1.1.1 <i>Objetivo Geral</i>	17
1.1.2 <i>Objetivos Específicos</i>	17
2 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO DE PESQUISA.....	18
2.1 Saúde bucal: políticas no Brasil, vulnerabilidade e população infantil.....	21
2.2 Fase de sublimação da criança.....	29
2.3 Relações em contexto e de possibilidades em saúde bucal.....	34
2.4 Referencial metodológico de pesquisa.....	46
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	53
3.1 Método e Técnicas de Pesquisa.....	55
3.2 Processo de Análise.....	58
3.3 Desafios e Oportunidades.....	60
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	62
4.1 Sentidos e estratégias para o cuidado oral.....	70
4.2 Representações da boca: como ela é	78
5. CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICE A.....	95
APÊNDICE B.....	96
ANEXO A.....	97
ANEXO B.....	98
ANEXO C.....	99

PREÂMBULO

A saúde bucal da criança constituiu aproximação de pesquisa durante a graduação, em um estudo do tipo coorte sobre promoção da saúde e prevenção da cárie em escolares. A aproximação se deu a partir de um projeto de extensão, oportunizado via ações afirmativas, cuja época estava em ebulição nas universidades do país. Esse conjunto atrelado ao estudo constante me fez próxima, permanente e ainda mais inquieta.

Ao final da formação como cirurgiã-dentista, no retorno ao meu território de origem, nos sertões de Crateús-Ceará, e após um período de atuação na assistência da Estratégia Saúde da Família (ESF) de municípios do mesmo Estado, com especialização através da Residência Multiprofissional, fizeram ressurgir dúvidas a respeito do cuidado em saúde bucal perante os contextos observados.

As marcas da dúvida (razoável) nesses dois processos formativos ficaram registradas em artigos publicados em meio eletrônico. O primeiro ainda muito imaturo, mas escrito com a certeza da dúvida e da parcialidade da resposta. O segundo, contaminada pela discussão do “como fazer ESF”, permeado pela crítica. Os dois, com foco no cuidado assistencial em saúde bucal da criança e na ESF.

A experiência profissional acumulada com o tempo ajudou a dissipar alguns entraves de estrutura física, formação para o manejo clínico individual e pressão da gestão municipal, aspectos comuns encontrados no campo de forças do processo de trabalho diário da ESF. Percorrer os territórios da ESF no sentido sertão-mar e passar certo tempo neles, fez com que eu elaborasse a impressão de que no discurso e na prática científica ainda se têm muito a fazer em relação à vivência em saúde da população, da interação com as experiências do povo e do entendimento do que são suas necessidades de saúde e humanas.

O período entre 2013 e 2018, no trajeto entre cinco territórios diferentes, ora como Residente, ora como profissional referência pela equipe de Saúde Bucal permitiu construir uma postura político-ideológica e ético-reflexiva. Para tanto, por vezes, foi necessário utilizar às lentes cor de rosa do “polianismo”, principalmente quando, o vínculo profissional era precarizado, o salário atrasava, o insumo era insuficiente, o equipo queimava e o “político” amenizava dizendo: *“arrancar dente é o mais barato pra oferecer pra o povo”*.

O exercício político-ideológico e ético-reflexivo foi mais bem elaborado quando estes instigaram a pensar a minha própria história e em quais pontos ela coadunava com certo tipo de apaixonamento pelas práticas de saúde. Repensar meu “curso de vida” me

fez perceber que os pontos convergentes eram próximos a um senso de coerência forte e um “cuidado de si”.

Nasci no mesmo ano da constituição do Brasil dita cidadã, nela o texto base para instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), temos a mesma idade. Meu pai significou meu nome como “*o encontro de um par: Patrícia*”, ele escolheu porque ao encontrar minha mãe, sua “xará”, formou-se “um par” (eles dois são Antônio/a alfabetizados pelo Movimento Brasileiro de Alfabetização – MOBRAL da década de 70).

A partir de 1994, lembro-me das consultas no posto de saúde próximo a minha casa. Depois dos meus 12 anos, as idas ao dentista, também em postos de saúde do município. Na graduação, diante da necessidade de atualizar o cartão de vacina, fui buscar a réplica do cartão espelho com a Agente Comunitária de Saúde (ACS) que nos acompanhava quando criança, na ocasião a alegria em ouvir ela dizer: “*ah ele está aqui sim, sua mãe fazia tudo certinho*”.

Quando no trabalho, as inquietações que emergiam em falas de mulheres citando: “*tenho que tirar o dente Dr^a, meu marido não vai me deixar ir pra outra cidade fazer o canal de um dente não*”; quando mães ressaltavam: “*Dr^a, não dormimos nada ontem, ele com dor, viemos pra tirar o dente*”; quando os avôs faziam a referência: “*naquele tempo, minha filha, eu ainda tinha dentes*”.

Esse percurso trouxe também à tona linearidades na prática clínica odontológica nos territórios de saúde, quais sejam: o padrão de perda dentária em todas as faixas etárias, a presença de cárie ativa e alta agressividade, a dificuldade de pactuação para cuidados preventivos e conservadores entre cuidador e sujeito cuidado e as “batidas na porta” do consultório na busca por assistência quando não se dava conta da capacidade instalada do serviço na ESF, principalmente em áreas de vulnerabilidade social. O que estaria velado nesses padrões? Qual a relação deles com as falas expostas acima, naquele tempo e espaços de trabalho?

As observações do dia-a-dia ainda eram complementadas pela denúncia, ao final do mês, dos números de dentes cirurgiados, restaurados, acessados à câmara pulpar e abscessos drenados, realizados numa perspectiva de alívio dos sofrimentos, mas não de resolutividade ou de saúde efetivamente. Uma vez que estas mesmas pessoas retornavam com outro e mais outro número de dente para reiniciar o ciclo clínico-restaurador-cirúrgico. Ademais, com o reforço no pensamento de que “*é só um dente*”.

1 INTRODUÇÃO

A boca humana é um território corporal dotado de processos de produção e reprodução social dos homens, das suas condições materiais e da sua inserção nesta produção. Ela acumula hoje aspectos identitários envoltos por séculos de uma práxis social, na qual suas estruturas dentárias apresentam-se diferentemente entre categorias e classes sociais (BOTAZZO, 2006; IYDA, 1998). Essa práxis, aplicada às funções primordiais da boca, auxilia na promoção ou não de um constructo do cuidado de si.

O órgão dentário e as suas disposições no arco dental, desta forma, chancela segmentos de indivíduos na sociedade. Bortoli *et al.* (2019) ressaltam que em sociedades altamente medicalizadas consumindo processos produtivos odontológicos imersos no capitalismo, as pessoas com maior poder aquisitivo acessam e consomem mais esses serviços quando comparadas às de classes econômicas mais vulneráveis.

No Brasil, os principais dados que evidenciaram a “grande dívida social no campo da saúde bucal, com mais de 30 milhões de desdentados no País” foram publicados no relatório do “Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira” (BRASIL, 2004a; CASOTI *et al.*, 2018). Nesse seguimento, estudos demarcam as condições orais como um gradiente sensível e consistente de desvantagem social, atrelado à privação de direitos (PERES *et al.*, 2019).

Em análises históricas, por seguimento populacional e das práticas assistenciais em saúde bucal, a cárie ainda desponta como a doença mais prevalente no mundo, polarizada em populações vulneráveis e com uma prática clínica relevante enquanto intervenção no componente biológico, mas que pouco contempla as dimensões do processo saúde-doença-cuidado em seus significados e como tópico modelador das ações humanas, já que estas resultam de processos para além das condições biológicas e assistenciais que alimentam o ciclo clínico-restaurador-cirúrgico (ANTUNES *et al.*, 2016; BARRETO; COLARES, 2020; BOING *et al.*, 2014; ELY *et al.*, 2016; NEVES *et al.*, 2017; ROUSSEAU *et al.*, 2013).

A permuta entre o biológico e o assistencial no processo saúde-doença-cuidado se ocuparia então de incapacidades bucais, dimensão para a qual apresenta potencial resolutivo e de satisfação das pessoas. Mas saúde bucal e “capacidade bucal” ou “incapacidade bucal” são condições diferentes e de aspecto complexo e individual (NARVAI; FRAZÃO, 2013), pois retoma as dicotomias inscritas nos valores culturais do que é saúde/doença, correto/incorrecto, saudável ou doentio.

Dadas às especificidades populacionais e assistenciais, dispondo de abordagens que captam experiências, percepções, representações, crenças e valores, pesquisas ressaltam aspectos da prática clínica e do discurso popular no entorno da cárie, seus desfechos negativos, sua expressão nos sistemas de cura de um povo e a materialização de formas do cuidado oral (ABREU *et al.*, 2005; ARORA *et al.*, 2021; BARDAL *et al.*, 2006; LEME *et al.*, 2019; LUCAS *et al.*, 2014; NATIONS; NUTO, 2002).

Essas pesquisas reiteram a estrutura dicotômica e semiótica dos valores culturais sobre o que é saúde-doença-cuidado oral na sociedade, principalmente quando se ocupam do caráter transcendental da dor dentária, da naturalização histórica da cárie como um fenômeno comum humano, do isolamento da boca e dentes em atos de cuidado como atividade exógena e normativa e do meio social no qual são produzidas práticas e discursos sobre o cuidado em saúde bucal.

A materialidade do discurso nos estudos citados favoreceu a identificação da reprodução de percepções retidas na lembrança ou do conteúdo do pensamento dos sujeitos analisados segundo a perspectiva das representações sociais. Esta perspectiva é definida como categorias de pensamento que expressam a realidade, uma vez que o ser humano como ser social cria conteúdos cognitivo-afetivos a partir do contexto que os originam e sobre objetos socialmente valorizados, sendo eles transcritos no prolongamento do seu comportamento, desenvolvendo sua identidade e procurando seu lugar no mundo (MOSCOVICI, 2007).

Neste sentido, explorar categorias de pensamento dos sujeitos através de elementos impressos na linguagem pode ser uma alternativa para analisar como que atores sociais atribuem relevância a determinados temas, resumidos no fenômeno das relações, das representações e da intencionalidade, como objeto percebido na vida cotidiana e que são adensados no constructo do pensamento desses sujeitos, no que se refere ao cuidado em saúde bucal.

Aproximando-se dessa proposta, Nations e Nuto (2002) sinalizam a representação da cárie e tratamentos presentes no discurso popular, assim como agressão simbólica no sistema profissional e o seu uso pela população como última escolha, ao confrontar os sistemas de saúde profissional e cultural utilizados por uma comunidade no Ceará na busca por cuidados orais.

Avaliando as representações sociais sobre saúde bucal de mães em áreas rurais, Abreu *et al.* (2005) argumentam que as diversas “visões de mundo” sobre um mesmo objeto numa dada população pode interferir na identificação das necessidades em saúde

a qual se destinam intervenções. O estudo destaca a presença de entrevistados pais, mas o discurso predominante é o de um cuidado em saúde bucal eminentemente ligado ao feminino e gerador de culpa nas mulheres, na presença de dor dentária nos seus filhos.

Identificando crenças e percepções de mães em situação de vulnerabilidade social, Arora *et al.* (2021) descrevem como a forma de pensar temas ligados a saúde bucal interfere nas práticas de cuidado dos filhos. O estudo traz o predomínio de relatos em que a tomada de decisão em relação aos cuidados orais da criança e responsabilidade por passar bons hábitos aos filhos são delas. Alguns relatos incluem a discussão sobre o cuidado entre a família, mas com destaque para a opinião relevante sendo das avós.

A pesquisa citada ainda ressalta experiências negativas das mães em relação à cárie, além de crenças, comportamentos, afetividade e tipo de assistência odontológica como destaques influentes no cuidado oral dos filhos. Destaques no cuidado oral dos filhos foram: práticas de higiene expressas pelo comportamento da mãe, atraso na primeira consulta odontológica e ida somente quando a criança sente dor, satisfação com a prestação de serviço no âmbito público em detrimento do privado, transferência de bactérias por compartilhamento de talheres como símbolo de afeto e uso de plantas como prática tradicional do cuidado.

Explorando o domínio cultural em relação à saúde bucal de responsáveis por crianças residentes em uma área de periferia urbana, Bardal *et al.* (2006) incluíram a disposição do vínculo familiar na amostragem, recolhendo aqueles sujeitos que passavam a maior parte do tempo com a criança no espaço domiciliar. Os pesquisadores descrevem as estruturas sociais presentes no discurso dos sujeitos: a família, as classes sociais e os serviços assistenciais, enquanto eixos estruturantes do cuidado em saúde bucal infantil e em como esses eixos se inscrevem modelando ações humanas.

A compreensão dos efeitos que diferentes contextos e complexidades exercem sobre a forma com que os sujeitos concebem diferentes significados a um mesmo objeto permite prever os “modos de pensar” sobre esse objeto, identificar qual importância lhe é atribuído na forma de reprodução no cotidiano das pessoas e quais práticas culturais de uso desse objeto são socialmente aceitas e compartilhadas por um determinado grupo (FERREIRA; ALVES, 2006; NASCIMENTO-SCHULZE *et al.* 1995).

Assim, a partir da pergunta geradora sobre quais representações sociais crianças e seus cuidadores em situação de vulnerabilidade apresentam acerca do cuidado da sua boca? Analisamos representações do senso comum a respeito do objeto impressos na linguagem observando quais relações, práticas e significados eram expressos pelos

mesmos, em seu cotidiano e sua relação em modelar atitudes, intenções, experiências e valores humanos com potencial de efeito para produzir saúde.

Para atingir tal perspectiva foram elaboradas as seguintes perguntas norteadoras: quais representações sociais de crianças e seus cuidadores em situação de vulnerabilidade conceituam, direcionam ou introduzem o cuidado em saúde bucal em seu cotidiano? Como crianças e seus cuidadores em situação de vulnerabilidade social caracterizam práticas do cuidado em saúde bucal no seu cotidiano? Quais representações sociais estão implicadas na modelagem cotidiana de práticas do cuidado em saúde bucal de crianças e seus cuidadores em situação de vulnerabilidade social?

A contribuição para a produção do material foi de sujeitos pertencentes à família estendida, aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou do casal, incluindo parentes próximos. Sendo o núcleo disparador, o cuidado em saúde bucal da criança, por permitir traçar relações e interações do cuidado com ela, por ela e a partir dela tanto na fase atual, quanto na primeira infância da mesma.

A concepção nuclear a partir da criança em cuidado foi posta por realçar elementos do estado de saúde individual atual, uma vez que este estado funciona “como marcador das ações e posições sociais no passado dos indivíduos” (CELESTE *et al.*, 2020; NORTHRIDGE; KUMAR; KAUR, 2020). Mais ainda, quando se trata da saúde bucal, na qual a concepção dos processos entrópicos da boca não é facilmente percebida pelos indivíduos (SANTOS *et al.*, 2016).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar as representações sociais que sujeitos cuidadores e crianças em situação de vulnerabilidade possuem acerca do cuidado em saúde bucal numa cidade do nordeste do Brasil.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Reconhecer representações sociais do cuidado em saúde bucal que conceituam, direcionam ou introduzem o objeto de estudo a crianças e seus cuidadores em situação de vulnerabilidade social no cotidiano.

- Caracterizar práticas de cuidado em saúde bucal, elaboradas através de representações sociais no discurso de crianças e seus cuidadores em situação de vulnerabilidade social.

- Discutir as representações sociais implicadas na modelagem cotidiana de práticas do cuidado em saúde bucal de crianças e seus cuidadores em situação de vulnerabilidade social.

2 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO DE PESQUISA

A boca humana representa uma constituição territorial de afirmação do corpo, incluindo aspectos odontológicos e com propriedades inerentes à formação social dos indivíduos, perfazendo o conceito de bucalidade (BOTAZZO, 2006). Quanto à formação social e as funções primordiais da boca, estas se articulam ao processo de desenvolvimento do capitalismo e à produção do homem modulada pelas formas de associação e sociabilidade ao longo da história (BORTOLI; KOVALESKI; MORETTI-PIRES, 2019).

Segundo a bucalidade, enquanto fenômeno natural, à produção e reprodução dos trabalhos bucais obedece a uma fisiologia própria e permanentemente encoberta. A funcionalidade oral da manducação é a mais facilmente estruturada no pensamento dos sujeitos, uma vez que obedece a características de produção (a mastigação, por exemplo), em consonância da linguagem e do aspecto erótico da boca. A manducação vista pela anteface da “produção” pode obedecer a um potencial para ampliação das concepções sobre o adoecer e, conseqüentemente, das práticas de saúde bucal, por promover e ressaltar “componentes mecânicos” (BOTAZZO, 2006).

Entretanto, o que se coloca para a manducação é significativo para os demais trabalhos bucais que perfazem a bucalidade – manducação, linguagem e erotização. Há o consumo e produção de palavras, onde não raro se diz e esculta o que não se quer, muitas vezes de forma deletéria ou auxiliando na cristalização de aspectos vividos no pensamento. No quesito da erotização, a produção da função genital primordial, que pode resultar ou não em conflito entre razão, emoção ou invasão (BOTAZZO, 2006).

Neste sentido, a saúde bucal aproxima-se da produção social em saúde ou biopsicossocial. Sob essa perspectiva, considera-se que uma sociedade, por meio da produção social, poderá produzir tanto a saúde como a doença. A compreensão sobre saúde passa de uma condição de dependências curativas e mecanicistas para um estado em constante construção, sendo produzida coletivamente nas relações sociais (PEREIRA; BARROS; ALGUSTO, 2011).

Por este motivo, sendo os sujeitos sociais passíveis de conceber diferentes produções à sua boca, através da bucalidade, uma constatação importante para a saúde bucal é a produção de imagens modulados pelas ações e relações humanas em sociedade, num formato de práticas que foram adensadas no pensamento dos indivíduos e que podem ser captadas pela linguagem (FERREIRA; ALVES, 2006).

Tendo por base o órgão dentário isolado, nele encontra-se espaço suficiente para sustentar sua etiopatogenia restrita e, a partir dela, suas noções sobre o homem em sociedade, seus modos de ser, seus conflitos, sua relação com o próprio corpo (e a própria boca). É neste momento que a odontologia se desvela como biopolítica, com suas regras de limpeza e suas prescrições pastorianas, por exemplo, no controle da bucalidade na criança, para ter bons dentes quando adulta (BOTAZZO, 2006).

Na biopolítica, o corpo é objeto e alvo de poder. A atenção dada ao corpo é de um tipo manipulável, modelado, treinado, obediente, respondente, que se torna hábil ou cujas forças se multiplicam. A disciplina é a ferramenta coercitiva da biopolítica e seus diversos modelos e estruturas estabelecidas na sociedade ao longo da história da humanidade atravessam operações do corpo (FOUCAULT, 1987).

Em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, regras, proibições ou obrigações. Sob esta perspectiva, cuidar do corpo é, a “grosso modo”, indissociável, mas com o intuito de trabalhá-lo detalhadamente, exercendo sobre ele uma coerção sem folga, mantendo-o a nível mecânico de movimentos, gestos e atitudes, enquanto corpo ativo (FOUCAULT, 1987).

Por exemplo, no que se refere à manutenção da saúde bucal, esta seria uma das representações mais factíveis de se envolver com o corpo como um projeto. A preocupação ativa dos sujeitos é com o "gerenciamento, manutenção e aparência" do corpo como objeto ou das “peças às vistas”. No corpo, a boca é submetida a trabalhos de manutenção e escrutínio em um grau único, as práticas rotinizadas, tanto pessoais quanto interpessoais, são realizadas com o objetivo de manter os processos entrópicos do “corpo objeto”. Não basta realizar a higiene diariamente, a boca também deve ser submetida regularmente à inspeção profissional do cirurgião-dentista, com a garantia dos ideais da norma, da disciplina e da técnica (ROUSSEAU *et al*, 2013).

Neste sentido, se por um lado o corpo é ponto de referência para estados individuais; 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 como a boca (FERREIRA; ALVES, 2006). Estando, desta forma, submetido a um corpo dócil, com uma divisão do humano em especialidades, o controle e exploração sobre os processos fisiológicos na manutenção de um “adestramento” do corpo manipulável e que pode ser submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado com certo grau de “docilidade” (FOUCAULT, 1987).

Considerando tais aspectos, o cuidado em saúde bucal adquiriu uma perspectiva envolvendo uma simbologia de processos em que há uma “boca separada do corpo”, com uma profissão separada e encarregada de preservar a saúde especializada do campo. Essa separação afeta como entendemos, pensamos e agimos para construir saúde bucal, assim como os sujeitos imbricados nessa construção, uma vez que a boca é problematizada de maneira única e tem associações morais, afetivas, socioculturais e econômicas não encontradas em outros territórios do corpo humano (ROUSSEAU *et al.*, 2013).

Para Ayres (2009, p. 42), o cuidado refere-se, simultaneamente, a uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente às situações em que se reclama uma ação terapêutica, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltado para essa finalidade. O cuidar como ação seria entendido então como uma relação intersubjetiva que abre espaço para a negociação e a inclusão do saber, do afeto, dos desejos e das necessidades do outro (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017).

Em Cruz (2009) a autora salienta que quando envolve o cuidar da saúde de alguém, o cuidado adquire um formato que é mais que construir um objeto e intervir sobre ele, pois exige um conhecimento com um alto grau de complexidade. Para cuidar há de se considerar e construir projetos sustentados ao longo do tempo por determinadas relações pré-estabelecidas entre os sujeitos envolvidos, os espaços e sistemas sociais e entre o próprio corpo e mente dos indivíduos, moldados para um “cuidado de si” (ROUSSEAU *et al.*, 2013; CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017).

Assim, o cuidado, enquanto projeto de saúde, é atravessado pela possibilidade de contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas comprometidas com seu próprio processo saúde-doença-cuidado e transformações sociais, um cuidado de si (CRUZ, 2009). Os projetos de saúde com base no cuidado de si corroboram com o paradigma da promoção da saúde (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017).

O “cuidado de si mesmo”, assim como o “conhece-te a ti mesmo”, são categorias de herança grega e helenística. Foucault (2006) trabalha tais categorias sob a perspectiva do sujeito e da verdade, enquanto imperativos éticos do ser na constituição de técnicas de cuidado. O princípio do “conhece-te a ti mesmo” inclui: nada em demasia (sejam demandas, esperança, maneira de conduzir algo) e prevenção de riscos, inclusive de uma generosidade excessiva, uma vez que o sujeito/ser é apenas um mortal. O “cuidado de si mesmo” seria uma ação extensiva do ser, ele estaria encrustado no cerne do sujeito

constituindo um princípio de agitação, movimento e permanente inquietude no curso da existência.

O “cuidado de si” e “conhece-te a ti mesmo” estão então imbricados num sentido de que o sujeito ocupe-se consigo mesmo, que não se esqueça de si e que tenha cuidado consigo mesmo. Este cuidado seria um primeiro despertar luminoso para a razão – uma consciência crítica, e estaria no limite “do que se é”, num limite do ser/sujeito, sendo o cuidado de si também um referencial ético do ser para incitar os outros a se ocuparem consigo mesmos, a terem cuidados consigo e a não descurarem de si (FOUCAULT, 2006).

2.1 Saúde Bucal: políticas no Brasil, vulnerabilidade e população infantil

A saúde bucal faz parte do direito humano básico à saúde e parte integrante do desenvolvimento humano sustentável. A promoção da saúde bucal tem contribuições positivas, diminuindo fardos sociais e econômicos, principalmente em países de baixa e média renda (FDI, 2015; WATT *et al.*, 2019). No Brasil, a saúde bucal é um dos mais importantes motivos para demanda por assistência em saúde (ANTUNES *et al.*, 2016).

Em uma série de estudos sobre a importância da saúde bucal, as maiores prevalências de doenças no seguimento e os padrões de desigualdades com efeitos negativos para indivíduos, famílias e sistemas de saúde, são ressaltados a crise mundial no campo no século XXI. Nesses estudos, o modelo de odontologia ocidental mostrou-se inacessível, insustentável e inadequado (PERES *et al.*, 2019; WATT *et al.*, 2019). Ainda mais, em contextos complexos como os que envolvem vulnerabilidade social, mantendo-se como um modelo tecnicamente invejável, cientificamente incerto e socialmente caótico (GARRAFA; MOYSES, 1996).

A perspectiva mundial da odontologia compreende realidades contrastantes, mas interconectadas. Para aqueles de mais alta renda, envolve desde tratamentos curativos a procedimentos estéticos focados em tecnologia, preso a um ciclo odontológico intervencionista que não aborda causas subjacentes complexas dos sujeitos doentes, nem atendem às necessidades de grandes proporções da população; ao fardo das doenças bucais concentradas em ações higienistas de saúde bucal como práticas preventivas (WATT *et al.*, 2019).

Nessa conjuntura, a qualidade ou ausência de assistência odontológica, além de contribuir para experiência de dor, alterar a funcionalidade bucal, e expor os indivíduos ao constrangimento e estigma por mutilação na perda dentária, contribui para o

aprofundamento das desigualdades sociais (ARANTES *et al.*, 2018; ROUSSEAU *et al.*, 2013; WHO, 2019). O estigma é uma das principais causas de discriminação e exclusão social, afeta a autoestima das pessoas, perturba suas relações e limites familiares, sua capacidade de socializar e obter moradia e emprego. Isso dificulta a prevenção de transtornos mentais, a promoção de bem-estar e a prestação de tratamento e cuidados. Também contribui para o abuso dos direitos humanos (WHO, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em ambientes de conflito e vulnerabilidade, 22,1% da população desenvolverá distúrbios como esquizofrenia, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno bipolar pelo menos uma vez na vida. Além disso, em situações de emergência de saúde os sistemas são geralmente interrompidos e sua capacidade de “promover, restaurar ou manter a saúde” também é comprometida, resultando em sua incapacidade de fornecer a assistência necessária (WHO, 2019).

Para OMS a saúde bucal funciona a partir da perspectiva do curso de vida, atualmente com programas focalizados a grupos específicos para a melhoria da saúde bucal, com intervenções prioritárias a idosos e crianças (WHO, 2020a; FDI, 2015). Sendo que, a reorientação dos sistemas de saúde bucal para a prevenção de doenças e promoção da saúde é recomendada pela Carta de Ottawa, o conceito de atenção primária à saúde e a Declaração de Jacarta sobre a promoção da saúde no século XXI (WHO, 1986; WHO, 1997; WHO, 2020b).

Para ambientes familiares conflitantes, que apresentam embates interparentais e agressões emocionais, a doença cárie também está atrelada aos mesmos, tanto para adultos quanto para crianças componentes do microsistema social. Em relação à criança, seu comportamento, ações e hábitos são imanescentes aos da família, comunidade e cultura ao qual pertence. Sendo que, em qualquer ambiente de conflito, a cultura produzida terá características de doença, com necessidades de intervenções personalizadas para estímulo de mudança (MITNICK *et al.*, 2020).

Uma ampla gama de doenças e distúrbios afeta o sistema estomatognático, incluindo uma variedade de anomalias congênitas, lesões e infecções. Contudo, as principais condições clínicas que são consideradas prioridades mundiais de saúde pública incluem cárie, doença periodontal e câncer oral (FDI, 2015; PERES *et al.*, 2019).

A cárie não tratada é considerada a condição de doença mais prevalente em todo o mundo, a doença periodontal a sexta. A dor de dente que se segue à cárie não tratada também é um problema persistente (PERES *et al.*, 2019). No sul do Brasil, esse fenômeno,

acrescido da perda dentária entre adolescentes, tem sido observado até mesmo em áreas com Atenção Primária em Saúde (APS) e com acesso a equipes da ESF (ELY *et al.*, 2016). Os achados apontam para um possível mascaramento do real impacto da cárie em um mesmo local por meio do efeito da polarização da doença, sendo esta condicionada pelo contexto social e de vulnerabilidade (PITTS *et al.*, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2018).

Diversas conceituações surgiram acerca da doença, entretanto, pautaram-se basicamente nos seus fatores etiológicos, levando a um reducionismo da conceituação, pois implica a concepção de que apenas o controle dos fatores no sentido causa-efeito seria suficiente para evitar a doença. Demarcações importantes como, na ausência de dentes, não há cárie; e é biologicamente impossível uma boca sem microrganismos, questionaram a conceituação reducionista sobre a doença (PEREIRA, 2013).

Dessa forma, considerando todo o avanço científico, conceitua-se a cárie como uma doença multifatorial que engloba fatores necessários (acúmulo de biofilme), determinantes (negativo: exposição a açúcares; positivo: exposição a fluoretos) e moduladores (biológico: saliva; social: contexto socioeconômico e cultural de inserção dos indivíduos) (PEREIRA, 2013).

No que diz respeito à polarização da cárie, denota-se a existência de dois polos: em um deles, há ausência da doença; no outro, há grande quantidade de casos em um grupo de poucos indivíduos. Apesar de ser notória a diminuição da prevalência da cárie nas populações, houve uma alteração no padrão de distribuição da doença, fato caracterizado por índices elevados de cárie em alguns grupos populacionais. Esse fenômeno pode estar refletindo medidas de controle da cárie embasadas em estratégias populacionais que acabam por privilegiar alguns grupos em detrimento de outros e revelar seguimentos populacionais negligenciados e marginalizados (PEREIRA, 2013).

Em estudos por seguimento populacional, a polarização da cárie encontra-se em grupos marginalizados, mesmo em países de alta renda, entre jovens, crianças e famílias em vulnerabilidade social, pessoas em situação de rua, encarceradas, convivendo com doenças crônicas transmissíveis como HIV/AIDS, pessoas que vivem com deficiência, comunidades indígenas e quilombolas, ciganos, pertencentes a programas de transferências de renda e imigrantes têm dificuldade ou ausência total de acesso em serviços odontológicos e apresentam altos índices de cárie (ARANTES *et al.*, 2018; CALVASINA *et al.*, 2018; PERES *et al.*, 2019).

Analisando coortes populacionais, estudos relacionam pior condição de saúde bucal, aferida ou autorrelatada, a condições socioeconômicas. Em Pelotas, a contribuição é de uma coorte de nascimento com sujeitos entre 15 e 24 anos, os resultados evidenciam que indivíduos que vivenciaram a pobreza em alguma época da vida tiveram maiores efeitos negativos quanto à experiência de cárie, hábitos prejudiciais à saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos (CELESTE; FRITZELL, 2017; PERES *et al.*, 2011).

Em Sobral, Teixeira *et al.* (2016) se utilizou de uma coorte de sujeitos entre 5 e 21 anos para investigar a incidência de cárie e seus determinantes. O estudo no Ceará observa o incremento da doença no decorrer do curso de vida dos sujeitos, sendo ela associada aqueles com piores condições socioeconômicas e de utilização dos serviços assistenciais como: não ter banheiro em casa e acesso negado à assistência odontológica na infância, maior aglomeração familiar na adolescência e frequentar escola pública.

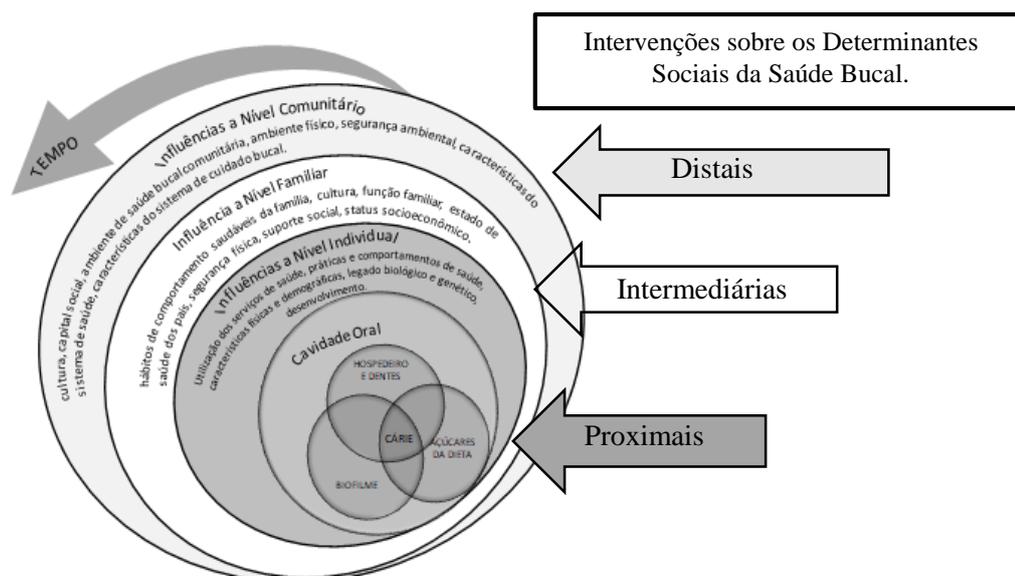
Para o mesmo estado, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) informa que de um total de 1976 pessoas na amostra, a proporção de pessoas com 18 anos ou mais que perderam 13 ou mais dentes foi em média de 28,9%. Na capital Fortaleza, a proporção média total foi de 21,8% (IBGE, 2019), sugestionando que há um acúmulo do fenômeno e que evoluiu com a idade naqueles sujeitos acometidos.

Em países de alta renda, a prevalência total de cárie diminuiu na população infantil, mas a natureza progressiva e cumulativa da condição com o decorrer da idade, ainda é um problema constante, mesmo nesses países (WATT *et al.*, 2019). Os grupos vulneráveis e em países de média e baixa renda são os mais afetados, com o agravante associado a desigualdades socioeconômicas (ARANTES *et al.*, 2018).

Em estudo multinível, os autores sugerem que condições genéticas e biológicas em meio a um ambiente familiar e comunidade, atrelados a comportamentos e cuidados assistenciais condicionam e determinam a saúde bucal de crianças. As relações no ambiente familiar foram atreladas ao nível de escolaridade dos pais com experiência de cárie ligada a estímulos psicossociais nas relações parentais. A pesquisa ainda fornece subsídios questionando aspectos de intervenções em promoção da saúde com base somente no comportamento. Fatores psicossociais parentais, como autoeficácia dos pais e funcionalidade familiar, são componentes importantes a considerar nesses modelos (DUIJSTER, 2014).

A Federação Dental Internacional (FDI) adequou o modelo de determinantes sociais para a cárie (Figura 1), enfocando a necessidade de múltiplas abordagens no enfrentamento da doença (FDI, 2015).

Figura 1. Modelo de intervenções sobre os determinantes sociais da cárie.



Fonte: Modelo traduzido e adaptado FDI, 2015, p. 19.

A prevalência de dor dentária na infância também apresenta características relevantes, podendo variar de 5% a 33% e ir aumentando com a idade da criança, severidade da cárie e declínio do status socioeconômico (ARANTES *et al.*, 2018; PERES *et al.*, 2019). Na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010 (SB Brasil 2010), a média do índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD/ceod) para a idade aos 5 anos foi de 2,43 dentes, com predomínio do componente cariado como responsável por mais de 80% do índice e com diferenças regionais no país, estando o Nordeste entre as regiões mais elevadas.

Pelo SB Brasil 2003, a pesquisa revelou um índice ceod aos 5 anos de 2,8 dentes, com o componente cariado, já neste estudo, responsável por 80% do índice. Em comparação ao índice na mesma faixa de idade entre os dois estudos, observa uma baixa redução no componente cariado para idade em sete anos, sendo esta uma das menores estimativas de melhora (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2012).

Já no SB Brasil 2010 também observa-se uma redução da cárie na idade índice de 12 anos, com 2.07 em comparação ao índice 2.78 em 2003, correspondendo a uma redução de 26,2% em 7 anos. Entretanto, aos 15 anos a discrepância é elevada, apresentando o valor de 4,25, além das diferenças regionais, com o Norte e Nordeste apresentando valores entre médio e alto (BRASIL, 2012).

Tais referências refletem o avanço em práticas dos sistemas preventivos em odontologia, como o estímulo a escovação dentária e fluoretação das águas de abastecimento público. A assistência odontológica, na figura de cirurgiã-dentista como

componente da ESF, também contribui para elevação de práticas de cuidado na faixa etária de cinco e de doze anos (AQUILANTE; ACIOLE, 2015).

Entretanto, houve uma concentração histórica de práticas higienistas em saúde bucal no Brasil, para escolares entre 6 e 14 anos, e uma clínica odontológica marcada por uma lógica que produz desigualdades profundas e duradouras em populações, na forma de assistência curativa, sensação de dor e sofrimento e mutilador. Trazendo aspectos que necessitam avançar, na garantia de uma saúde integral, universal, equitativa e resolutive, em sua totalidade (AQUILANTE; ACIOLE, 2015; LEIRBAKK; TORPER; ENGBRETSSEN, 2018).

A transição epidemiológica (concomitância de doenças infectocontagiosas e crônicas) e das situações de vulnerabilidade social trouxeram novos desafios à atenção integral a saúde da criança (BRASIL, 2016). Os desafios apontam para a necessidade de ações voltadas não apenas à sobrevivência e o crescimento infantil, mas também para o seu pleno desenvolvimento, em um ambiente facilitador à vida, com condições dignas de existência, em especial àquelas de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2016).

O termo “vulnerabilidade” designa a suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde, assim como favorecem oportunidades para o seu enfrentamento (AYRES, 2009). Pereira (2016) define o termo pela ameaça à autonomia, seja sob o parâmetro social, familiar ou individual, além de uma predisposição dos sujeitos para apresentar resultados negativos no desenvolvimento.

O conceito de vulnerabilidade não é sinônimo de risco. Enquanto o risco é utilizado em associação à coletividade, a vulnerabilidade refere-se aos indivíduos ou famílias e às suas predisposições a consequências negativas. O risco é entendido como algo mutável apenas por meio de mudanças nas políticas públicas mais amplas, a vulnerabilidade, pela ação da equipe técnica capacitada, pelo empoderamento e pelo enfrentamento das situações, inclusive aquelas de risco, que afetam as pessoas, as famílias e as comunidades (BRASIL, 2016).

Crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social são aquelas que vivem negativamente as consequências das desigualdades, com mais exposição à violência armada e piores condições de saúde e educação (PEREIRA, 2016). No Brasil, a cada dia, 32 jovens de 10 a 19 anos em situação de vulnerabilidade social são assassinados no país. Em 2018, na mesma faixa de idade, 3,5 milhões de estudantes de escolas públicas foram reprovados ou abandonaram o ensino (UNICEF, 2019). No Ceará, a trajetória de vida de adolescentes mortos em sete cidades do estado mostrou que metade

das mortes aconteceu a cerca de 500 metros da casa da vítima. Os homicídios se concentravam em bairros específicos, desprovidos de serviços básicos de saúde, assistência social, educação, cultura e lazer (UNICEF, 2017).

Nesse sentido, verifica-se que há pertinência de estudos e intervenções nessas populações, uma vez que se compreende como dever da família e do Estado prover condições básicas e satisfatórias relacionadas ao desenvolvimento saudável da criança, como alimentação, cuidado e estimulação. Todavia, com o avanço do modelo neoliberal, que prega o estado mínimo, essas garantias ficam cada vez mais escassas e incertas (DILLENBURG *et al.*, 2017).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é uma das diretrizes instituídas no SUS que visa possibilitar o acesso das crianças e suas famílias aos cuidados assistenciais de saúde em território sanitário, com potencial de identificar riscos e vulnerabilidades por estar próxima ao cotidiano das pessoas e sua realidade (BRASIL, 2017). Em relação à assistência em saúde bucal, em 2004, houve a definição das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) intitulada “Brasil Sorridente”, que se constitui no:

Eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado (BRASIL, 2004b, p. 02).

Em retaguarda e responsável pelo atendimento na atenção especializada via rede de saúde foi implantado os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), aumentando seu potencial resolutivo, tornando a PNSB como uma das maiores políticas públicas de saúde bucal do mundo (PAULA; MELLO, 2019). Os CEO são referência para a ESF e são integrados a características regionais, com financiamento oriundo das três esferas de governo (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

Um indício pelo favorecimento dessa política pode estar no índice CPOD. Segundo o relatório do SB Brasil 2010, comparando o Brasil com países de mesmo grau de desenvolvimento na Europa e na América, a média do CPOD brasileira se situa em um valor intermediário. Dentro da América do Sul, apenas a Venezuela apresenta média de CPOD aos 12 anos semelhante à brasileira (2,1). Os demais países possuem médias mais altas, como a Argentina (3,4), a Colômbia (2,3), o Paraguai (2,8), a Bolívia (4,7) e o Peru (3,7) (BRASIL, 2012).

Entretanto, tanto a inclusão da saúde bucal na ESF, bem como a elaboração de uma política setorial, com garantias previstas na agenda pública, foram tardias e

permeadas por conflitos e contradições, em todas as esferas de governo. A ESF é o principal modelo de reorientação das práticas assistenciais da APS, adotado pelo Brasil em 1994 como Programa de Saúde da Família e, posteriormente, como estratégia prioritária para expansão e consolidação da mesma (CASOTI *et al.*, 2018).

Em análise da evolução da oferta de estabelecimentos e recursos de saúde no país e das condições de utilização dos serviços de saúde nos 30 anos do SUS, a vinculação do cirurgião-dentista se mantém a menor na rede de assistência entre os profissionais da equipe mínima da ESF, composta conjuntamente com médico e enfermeiro, as discrepâncias são maiores quando a observação é por região do país. Nesta análise, houve um aumento de consulta odontológica pela PNAB no período, mas atrelada à desigualdade no acesso segundo renda e escolaridade – aqueles com maior renda e escolaridade utilizam menos a assistência em saúde bucal pelo SUS (VIACAVA *et al.*, 2018).

Viacava *et al.* (2018) ainda destacam os desafios históricos enfrentados pela saúde bucal no SUS, ao longo dos seus 30 anos de implementação, como: as marcantes desigualdades regionais, o subfinanciamento, as transformações das condições de saúde da população - com implicações sobre a utilização dos serviços de saúde; a multiplicidade de formas de contratação, muitas delas precárias; e a tímida atuação dos profissionais de Saúde Bucal no processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que dificultou sua inserção no sistema e continua como entrave à efetiva integração da Odontologia na ESF.

Antes mesmo de uma avaliação da política de saúde bucal instituída em 2004, a qual garantiu maior acesso da população brasileira a serviços odontológicos pelo SUS, houve a revisão da normativa, com a permanência dos profissionais ameaçada pela apresentação de novas modalidades de atenção, vínculo assistencial e desfinanciamento, inclusive com a possibilidade de exclusão do cirurgião-dentista segundo a modalidade escolhida pela esfera de gestão com base na PNAB (BRASIL, 2017).

O que reforça a discussão de Campos (2018) em relação ao SUS como política de saúde, enquanto dicotomia no acesso a saúde no país, com duas políticas de tudo, uma para ricos e outra para pobre; conformismo com o desmonte do SUS, fragmentação extensa e processos tradicionais de burocratização, desumanização e alienação no trabalho de cuidar tanto de pessoas quanto de comunidades.

Ainda segundo o autor, ao longo das três décadas de funcionamento do SUS, o movimento da RSB se enfraqueceu, devido à crescente predominância do trabalho político dentro do aparelho de Estado e, ainda, em virtude da crise de representatividade

dos partidos e movimentos sociais, inclusive daqueles que apoiavam o SUS. O que afeta as ações de ativismo político e profissional e elaborações críticas que se transformaram em Políticas Nacionais do SUS, construídas ao longo do movimento da reforma, tais como o Brasil Sorridente (CAMPOS, 2018).

O Brasil Sorridente garante o cumprimento de atributos a uma APS abrangente e integral ao ofertar assistência odontológica para todas as idades, pois faz referência a uma maior efetividade e equidade na atenção à saúde. Tais atributos, podem auxiliar na superação de modelos fragmentados de saúde bucal, como os do Brasil, na segunda metade do século XX, com políticas de saúde bucal concentrando-se principalmente para escolares entre 6 e 12 anos. Para os outros seguimentos da população, o recebimento era apenas de procedimentos voltados a serviços de emergência, restauradores e de exodontias (BALDANI *et al.*, 2017).

A ESF tornou-se a principal estratégia adotada como modelo de atenção estruturante da APS do Brasil. No que compete à saúde bucal da criança na ESF, além dos aspectos socioeconômicos individuais e psicossociais, a utilização de serviços públicos odontológicos para esse seguimento em situação de vulnerabilidade social são mediadas pela qualidade do sistema de atenção primária adotada (AQUILANTE; ACIOLE, 2015; BALDANI *et al.*, 2017).

Avanços preconizados pela PNSB na atenção à saúde bucal da criança são identificados ao longo de quase duas décadas de implantação da diretriz política, como garantir o acesso à saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos a no máximo a partir dos 6 meses de vida e a inclusão do indicador de pré-natal odontológico no programa previne Brasil (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2019).

2.2 Fase de sublimação da criança

Uma dentição saudável e funcional é importante em todas as fases da vida. Por volta dos seis anos de idade, os incisivos inferiores e os primeiros molares permanentes irrompem. O período de transição da dentição decídua para a permanente normalmente se desenvolve entre os seis e doze anos de idade e, idealmente, aos vinte e um anos, todos os trinta e dois dentes permanentes estão em boca. O autocuidado adequado, bem como o cuidado profissional, aliado a um estilo de vida saudável evitando riscos, como o consumo excessivo de açúcares ou tabaco, auxilia a manter uma dentição funcional ao longo da vida (FDI, 2015).

O período entre os seis e os doze anos da criança dá início à construção lógica do raciocínio, o período operatório concreto. A criança tem a capacidade de estabelecer relações que permitam a coordenação de pontos de vista diferentes. Nessa fase, as explicações que misturam realidade e imaginação dão lugar a interpretações mais lógicas e, assim, as crianças desenvolvem uma atitude mais crítica diante da realidade. No período seguinte, já no início da adolescência, ocorre a passagem para o pensamento formal, possibilitando ao sujeito o exercício da reflexão (XAVIER; NUNES, 2015).

É a fase de sublimação da criança, onde a energia libidinal está voltada para brincadeiras, esportes, artes e atividades intelectuais. É a idade da cristalização do pensamento, início do delineamento da personalidade, favorável a aprendizagem e intermediário entre a primeira infância e adolescência (XAVIER; NUNES, 2015).

No desenvolvimento de habilidades para o cuidado de si, é uma idade importante para estímulo ao entender, interpretar, analisar e aplicar informações em uma variedade de eventos e situações de vida; além de entender e dar consentimento. Nesta fase já há práticas de leitura e competências na escrita, no numeramento, na fala, audição e uso de tecnologias (PASSAMAI *et al.*, 2012).

Nessa fase, em estudo transversal envolvendo mães e filhos com até doze anos, em relação à experiência de cárie, autores encontraram uma associação positiva do nível de doença entre os entes. A associação foi atrelada a fatores como: transferência de microrganismos cariogênicos, alimentação familiar que favorece a formação de biofilme dental, comportamentos de autocuidado semelhantes entre mãe-filho e condições genéticas (FLYNN *et al.*, 2020).

Para a mesma faixa de idade, mas analisando a utilização e padrão de atendimento odontológico no SUS por crianças em uma área de vulnerabilidade social no Norte do Brasil, o senso de coerência dos pais ou responsáveis foi influente. O gênero da criança masculino e um baixo senso de coerência dos pais obtiveram associação negativa para os pontos observados (MAFFIOLETTI *et al.*, 2019).

Problemas dentários diminuem a qualidade de vida das crianças e seus cuidadores. Têm efeitos negativos, causando dor, sepse, perda de dias letivos na escola, perturbação familiar, decaimento no desempenho escolar, além de elevar os custos com saúde, quando há necessidade de tratamentos invasivos, seja no sistema público ou privado de saúde (PERES *et al.*, 2019; WATT *et al.*, 2019).

Tal cenário foi analisado com método transversal de pesquisa. Os autores verificaram a percepção de pais sobre a saúde bucal de crianças em área de abrangência

da ESF no Sul do Brasil. Fatores clínicos e sociais conduziram a percepções negativas dos pais quanto à saúde bucal de seus filhos, como má oclusão, cárie, nível socioeconômico e de escolaridade. A percepção negativa foi ainda maior entre mães que estavam desempregadas (SHIHADDEH *et al.*, 2020).

Já em relação à cárie em crianças, a associação de fatores ambientais (como alimentação da família rica em carboidratos), da experiência de cárie materna e características orais individuais nas mesmas, destacaram a multifatorialidade e aspectos cumulativos da doença com o passar do tempo. Quanto maior a idade da criança, maior é a propensão à alocação em um grupo com cárie severa, reforçando a necessidade de acesso precoce a cuidados orais (FERNANDO *et al.*, 2019).

O acesso precoce a cuidados orais adequados conduz a uma percepção positiva da saúde bucal. Shihadeh *et al.* (2020) enumeram que a positividade está ligada ao início dos cuidados da saúde bucal da criança o mais cedo possível, pré-natal odontológico com ações de vigilância sistemática e incluindo orientações à gestante de como cuidar da sua boca e do bebê. Mães que recebem cuidados orais durante o pré-natal tendem a adotar cuidados primários relacionados à sua saúde bucal e da criança.

Contudo, historicamente, cuidados e abordagens em saúde bucal operam segundo um domínio de uma filosofia clínica intervencionista (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017). A filosofia clínica adotada no modelo biomédico odontológico ocidental, em sua grande extensão, possui formas não integradas à saúde geral dos indivíduos, foco em sistemas segundo a lógica patogênica e técnicas e intervenções com base na simplificação de problemas com múltiplas dimensões, como no tratamento da cárie (NATIONS; NUTO, 2002; WATT *et al.*, 2019).

A abordagem biopatogênica para a prevenção também prevalece no modelo biomédico odontológico e molda políticas que favorecem intervenções clínicas higienistas, com base no aconselhamento de técnicas para grupos populacionais específicos, sem a correlação com a realidade vivida e imaginada dos sujeitos cuidados e seus determinantes e condicionantes sociais da saúde geral e bucal correlacionados (NATIONS; NUTO, 2002; ARANTES *et al.*, 2018; PERES *et al.*, 2019).

O que contribui com a moldagem de práticas e técnicas de um cuidado de si normativo, com as instituições do Estado e estruturas organizacionais subsidiando uma boa parcela das ações de poder sobre o corpo. Um cuidado de si que transcende o normativo sustenta conteúdos e técnicas que sejam éticos e autosubjetivos, mas que

necessita explorar modelagens de ações em relações na qual o indivíduo se constitui e se reconhece nessas relações (MEDEIROS, 2017).

Os resultados negativos da abordagem biopatogênica podem estar relacionados à própria história da profissão, a qual é tradicionalmente pautada em tratamentos cruentos e invasivos, sendo estes inerentemente mais desconfortáveis ou dolorosos; à formação do profissional, baseada preponderantemente no tecnicismo e no biologicismo da assistência; e às condições subjetivas individuais (adquiridas ao longo da vida) da pessoa a ser cuidada (ARANTES *et al.*, 2018).

Sobre os sujeitos cuidados, Medeiros (2017) discutindo sobre o cuidado em Foucault e Heidegger, apresenta a perspectiva do ser não esquecido. Um ser único, inacabado e dotado de um repertório de possibilidades e em relações que mediam o cuidado. Este ser, no mundo, precede uma existência que persegue fins precisos de promoção do cuidado. Entretanto, a produção deste cuidado depende das relações consigo e com os outros, numa percepção ética; da consciência crítica do cuidado de si e do endereçamento a quem se sujeita o cuidado.

As doenças bucais costumam ser invisíveis e ocultas ou são aceitas como uma consequência inevitável da vida e do envelhecimento (FDI, 2015). Sendo esta, uma característica construída nas relações interpessoais e na cultura. Embora a cárie, doença periodontal e a perda dentária envolvam consequências de tecido doente, aqueles que experimentam esses estados físicos geralmente não se enxergam como doentes. Uma vez que a construção histórica da simbologia envolvendo os problemas da boca é codificada como uma falha de responsabilidade individual ao invés de infortúnio (ROUSSEAU *et al.*, 2013).

Segundo a Teoria das Representações Sociais (TRS), uma explicação estaria nas representações do senso comum, que considera o objeto sentido inscrito num contexto ativo, dinâmico e parcialmente concebido pela pessoa ou pela coletividade como prolongamento de seu comportamento, só existindo para elas enquanto função dos meios e dos métodos que permitem conhecê-lo (MOSCOVICI, 2007). Historicamente, modelados por um cuidado em saúde bucal que reproduz abordagens patogênicas e que apresenta nó crítico em atos ineficazes de cura, promoção e proteção, recuperação e manutenção da saúde (AQUILANTE; ACIOLE, 2015).

Um meio de tornar conhecido um objeto de representação seria pelo processo de objetificação de uma representação social. A compreensão da objetificação acontece por combinar um conceito com uma imagem e, com uma grande quantidade de palavras

circulantes em torno de um objeto específico, tendendo-se a associar o objeto a um significado concreto. Nessa composição, a estrutura do objeto representacional é composta por um núcleo figurativo e composições que transitam ao seu redor. O núcleo figurativo representacional é fixo, as composições que transitam ao redor variam conforme os sujeitos, campo e cultura sociais que estruturam o pensamento analisado (MOSCOVICI, 2007).

O pensamento em análise, pela explicação da estrutura do psiquismo freudiano, sobre o consciente, o pré-consciente e o inconsciente e a ideia de que o homem não é capaz de controlar todos os fatores sobre si e seu meio ambiente, quando os fenômenos envolvem o campo dos afetos, a maior parte da atividade psíquica é de natureza inconsciente, onde os desejos, motivos, atitudes, sentimentos e pensamentos não são tão bem conhecidos como se acredita na preponderância da razão no desenvolvimento humano (XAVIER; NUNES, 2015).

Já o interacionismo sócio-histórico e simbólico vigotskiano considera que as funções psíquicas são formadas na relação dialética do sujeito com a cultura e a sociedade. Essa relação acontece tendo como mediadores, os instrumentos e os signos, que são construídos culturalmente (XAVIER; NUNES, 2015). Ao longo do crescimento da criança, o interacionismo sócio-histórico atrelado a situações de vulnerabilidade social, constitui um processo complexo que afeta diferentes dimensões no seu desenvolvimento, seja no caráter biológico, social ou pessoal (DILLENBURG *et al.*, 2017; SLAVICH, 2020; LEMOS; VERÍSSIMO, 2020).

Assim, os comportamentos e práticas de cuidado em saúde bucal podem ser transferidos por meio das relações em sistemas sociais ao longo da vida, o que pode aumentar ou diminuir as disparidades sociais em saúde bucal. Por exemplo, crianças costumam adotar os comportamentos e práticas de seus pais. Esses mecanismos de troca no contexto das relações sociais fornecem recursos, como informações essenciais para a tomada de decisões (KUM; NORTHRIDGE; METCALF, 2018).

O contexto das relações e as funções que as redes sociais de pertencimento exercem na vida das crianças podem refletir os aspectos de vulnerabilidade, risco e proteção a que elas estão expostas. Quando a criança tem uma rede social efetiva e confiável, ela gera saúde a estes sujeitos (PEREIRA, 2016; DILLENBURG *et al.*, 2017). Assim, estando a autonomia como um Recurso Generalizado de Resistência (GRR) positivo construída na relação dos sujeitos, ela é melhor compreendida no nível social dos contextos vividos (FREIRE, 1996; OLIVEIRA, 2014).

Neste sentido, a infância é caracterizada como um processo vivido em um determinado momento na existência dos sistemas sociais. Esta compreensão da criança e suas redes sociais, ou seja, às relações interpessoais que elas percebem como significativas em sua vida, na família, na escola, entre amigos, na comunidade, são importantes para o seu desenvolvimento e da sua autonomia, inclusive para o cuidado de si (PEREIRA, 2016; DILLENBURG *et al.*, 2017).

Membros de sistemas sociais bem informados e com a comunicação estabelecida em sua rede social podem cumprir funções que beneficiam a promoção da saúde, uma vez que são vistos como fontes de informação e recomendações confiáveis entre os membros do mesmo sistema (DILLENBURG *et al.*, 2017; KUM; NORTHRIDGE; METCALF, 2018; LEMOS, VERÍSSIMO, 2020). No entanto, crianças em situação de vulnerabilidade apresentam recursos de sobrevivência deficientes, com reflexo em dificuldades de aprendizagem e do cuidado de si na garantia do seu pleno desenvolvimento (DILLENBURG *et al.*, 2017).

2.3 Relações em contexto e de possibilidades em saúde bucal

Tomando a cárie como exemplo e seu aporte científico pautado na etiologia bacteriana da doença, os primeiros modelos explicativos estritamente biológicos passaram a ser criticados a partir da epidemiologia social, que reconhece a importância dos fatores sociais no processo saúde-doença-cuidado (COSTA *et al.*, 2012). Na perspectiva dos modelos biologicistas em odontologia pautados na doença, falta exatamente o desvelamento de conceitos referenciando as funções da boca. A função dentária desses modelos não dá conta de recuperar e promover a saúde da boca e do humano por inteiro (BOTAZZO, 2006).

Algo que também pode estar relacionado à “crise do pensamento” do campo odontológico. Uma vez que repensar a lógica de como o campo oferta seus cuidados está na dependência da “crise do seu objeto”, a um só tempo desvelado na garantia de manter o cuidado, a organização de sistemas de saúde e sua manutenção como componente social no campo da saúde coletiva (BOTAZZO, 2006).

A crise do pensamento quanto ao objeto odontológico estaria na construção ambígua de uma identidade voltada para satisfazer o desejo e a vaidade de seus consumidores. O objeto estaria dirigido a novos tipos de existência, de valores e representações sociais, onde uma prática de saúde se confunde com um estrito ramo do mercado. A práxis social do cuidado odontológico assume então a forma mercadológica,

constantemente em transformação, inserindo-se na era do capitalismo consumista (BORTOLI; KOVALESKI; MORETTI-PIRES, 2019).

Em entrevistas com mães cujas crianças desenvolveram cárie na primeira infância, o fator estético impulsionou a procura por assistência odontológica, porém, sem considerar os fatores psicológicos e físicos influenciados pela presença da cárie e falta de dentes. Um fato preocupante, uma vez que mães ainda carregam uma posição central no ambiente familiar e muitas vezes com voz decisória quanto às ações de cuidado (SILVA *et al.*, 2020).

Observando raça, escolaridade e baixo nível socioeconômico em regiões desfavorecidas socialmente e cárie em crianças e adolescentes entre um e dezoito anos de idade, 65% dos pacientes obtiveram experiência de cárie tratada ou não tratada, sendo mais prevalentes naquelas com mais de cinco anos. Sendo que, o nível socioeconômico ainda foi influente, mesmo naquelas com acesso a cuidados assistenciais (RUBIN; CLOUSTON; EDELSTEIN, 2020).

Tais argumentos podem sugerir que, além da urgência na reforma dos modelos e serviços, há também a necessidade de mudar abordagens que influenciam na construção do pensamento sobre os cuidados da boca dos indivíduos (WATT *et al.*, 2019). Uma vez que intervenções preventivas focam em abordagens com ênfase na biopatogênese da doença cárie, o que não contribui para ações de promoção da saúde, nem combate das desigualdades de forma eficaz (ROBERTO *et al.*, 2018).

Sendo necessário repensar a lógica do modelo biomédico odontológico para aqueles que combatem as desigualdades de saúde bucal a nível individual, intermediário e distal, tais como na disposição do modelo dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), com a perspectiva de redução do impacto negativo das doenças bucais para intervenções equitativas, eficazes e eficientes na redução dos riscos de doenças da boca e na construção de movimentos para promoção da saúde dos indivíduos em subsistemas sociais de vulnerabilidade (ARANTES *et al.*, 2018; PERES *et al.*, 2019).

As limitações da abordagem biopatogênica dominante em odontologia indica a complexidade que envolve o seu cuidado em saúde, além de revelar a inadequação na redução das doenças bucais no mundo. Do ponto de vista da saúde pública, esta ausência de efeito mundial parece ser um ponto de partida a motivar inovações importantes, até mesmo nas formas disruptivas de como a odontologia oferece e pensa seus cuidados (WATT *et al.*, 2019).

Estando as doenças bucais entre aquelas com abordagem em desigualdades sociais e condicionadas por uma gama de aspectos complexos individuais, sociais, econômicos e políticos e que necessitam de alteração no direcionamento do foco das intervenções, a nível populacional (WATT *et al.*, 2019), a OMS desenvolveu pacotes técnicos de intervenções prioritizadas para os Estados Membros. O Pacote Básico de Higiene Oral e o INSPIRE (para reduzir a violência contra crianças) podem ser citados como estratégias básicas de intervenção na assistência à saúde da criança em vulnerabilidade (WHO, 2019).

Além do Pacote Básico de Higiene Oral, a OMS visa expandir e incluir custo-benefício de intervenções prioritárias para a assistência de sujeitos com doenças bucais, assim como serviços essenciais para as necessidades mais comuns disponíveis para todos os segmentos de uma população, com foco e por meio da APS e em rede especializada dos sistemas de saúde. Isso envolve mudar o modelo centrado na biopatogênese para modelos da promoção da saúde (WATT *et al.*, 2019).

Barros e Botazzo (2011) argumentam que no SUS, a rotina clínica predominante é centrada, em geral, no tratamento efetuado mecanicamente como linha de produção: o cirurgião-dentista recebe usuários, em sua maioria jovens, com cavitações e raízes residuais, e os libera com restaurações e suturas. Na lógica das ações programáticas, curetam-se cavidades e restauram-se dentes conferindo um tratamento completado. Nas ações preventivas o predomínio de práticas higienistas mecanicistas. Os usuários pouco se expressam verbalmente, o que leva a questionar se práticas tradicionais é suficiente para a realização de processos comprometidos com a promoção da saúde e a afirmação da vida, seus aspectos, significados e representações.

Bortoli *et al.* (2019) na tentativa de explorar tecnologias de cuidado fora do centramento e operatória dentária, para inovação da atenção em saúde bucal na APS, reorientado pela lógica da promoção da saúde, argumenta que é necessário entender a ressignificação das funções sociais da boca, a compreensão do adoecimento bucodentário e a reconstituição dos casos em tratamento.

Os mesmos autores salientam que em sociedades onde a medicalização predomina, tal processo naturaliza as dinâmicas e relações socialmente constituídas e, em decorrência, desconstrói as possibilidades de emancipação humana. O que foge à norma, o diferente, é logo identificado como desvio, doença ou distúrbio, e o tratamento é conduzido por especialistas, medicações e intervenções (BORTOLI; KOVALESKI; MORETTI-PIRES, 2019). Para populações em vulnerabilidade e o efeito da polarização

da cárie nas mesmas, um gradiente importante, alinhado a um “cuidado de si” como indicativo para nortear intervenções, seria a equidade (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

A importância da equidade é por apresentar-se como um fator gerador de competência resolutiva, em ações que envolvem projetos de saúde na perspectiva de um trajeto de vida, analisando a complexidade dos elementos que interagem no processo de desenvolvimento individual e planejando ações multissetoriais em todas as etapas do ciclo vital (CELESTE *et al.*, 2020; LEÃO; SOUZA; CASTRO, 2015).

Considerando que, em contextos de vulnerabilidade as relações em rede e de cuidado apresentam-se fragilizadas ou inexistentes e pode gerar indivíduos e famílias passivas, dependentes e com a autoestima comprometida. Estes indivíduos, nestes contextos, introjetam como atributos negativos pessoais as falhas próprias de sua condição histórico-social (FREIRE, 1996). Assim, de forma circular, este processo se instala reforçando a condição de miséria a nível material, moral e afetivo, com influência sobre o comportamento individual, das famílias e da comunidade em geral, pois as pessoas, desde a infância, já se percebem como inferiores, incapazes, desvalorizadas e sem o reconhecimento social mínimo que as faça crer em seu próprio potencial como ser humano (PEREIRA, 2016).

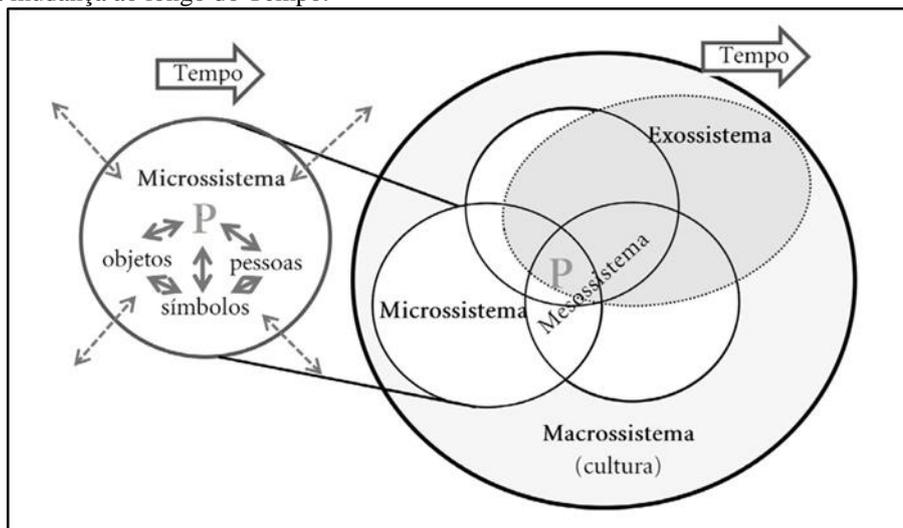
Bronfenbrenner (1977) relaciona esquemas de construção humana a partir de processos individuais de desenvolvimento complexo. O autor concebe o desenvolvimento ancorado e direcionado pelos componentes: Processo, Pessoa, Contexto e Tempo (PPCT) e pode exemplificar (Figura 2) como se dão as interações nos sistemas sociais de crianças em vulnerabilidade e os desafios para construir projetos de cuidado (LEMOS; VERÍSSIMO, 2020).

O Processo, colocado como principal eixo do desenvolvimento, refere-se às interações recíprocas, sistemáticas, estabelecidas por longo período de tempo entre o sujeito em desenvolvimento e as pessoas, objetos e símbolos presentes em seu ambiente próximo. A Pessoa é o indivíduo em desenvolvimento com suas características individuais, genéticas, psicossociais e comportamentais, que atua no ambiente e em seu próprio desenvolvimento e também gera respostas do Contexto em que está inserida. O Contexto é o ambiente em que a Pessoa se desenvolve (LEMOS; VERÍSSIMO, 2020).

O contexto é dividido em: Microssistema, ambiente próximo em que o sujeito está inserido e no qual estabelece interações diretas; Mesossistema, referente à relação entre os microssistemas; Exossistema, ambiente em que a Pessoa não está diretamente inserida,

mas que influencia seu desenvolvimento; e Macrossistema, conjunto de valores, ideologia e crenças que permeiam o ambiente da Pessoa. O Tempo é o elemento relacionado às mudanças e estabilidades do desenvolvimento da Pessoa ao longo do tempo, e também ao tempo histórico em que vive (LEÃO; SOUZA; CASTRO, 2015; LEMOS; VERÍSSIMO, 2020).

Figura 2. Componentes PPCT. A Pessoa (P) ativa engajada em Processos Proximais com pessoas, símbolos e objetos dentro de um microssistema, em interação com outros Contextos, incluindo tanto a continuidade quanto a mudança ao longo do Tempo.



Fonte: Lemos e Veríssimo, 2020.

Os elementos propostos por Bronfenbrenner (1977) devem ser vistos como contextos de formação e compreendidos na perspectiva das sociedades ocidentais como a participação das pessoas em diferentes práticas sociais ao longo de suas vidas. A questão de como o ambiente social molda a saúde e o comportamento humano é um dos tópicos mais estudados nas ciências sociais e da saúde (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017; SLAVICH, 2020).

A modelagem pelo ambiente social da saúde e do comportamento humano representado em esquema dos sistemas sociais coaduna com a definição dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), pois pertencem ao ambiente vivido e imaginado pelos sujeitos e envolve os princípios universais do paradigma para a promoção da saúde, principalmente no modelo em camadas proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007; CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017; FDI, 2015).

No modelo em camadas de Dahlgren e Whitehead (Figura 3):

Os determinantes da saúde estão dispostos em diferentes níveis, sendo o centro do modelo os indivíduos (com as características de idade, gênero e fatores

genéticos). No primeiro nível encontram-se os fatores de estilos de vida (com potencial para serem alterados por ações baseadas em informação). No seguinte estão as redes de apoio sociais e comunitárias, indispensáveis para a saúde da sociedade. No nível mais distal estão representados os determinantes em nível macro (macrodeterminantes), aspectos econômicos, ambientais e culturais da sociedade em geral. Aspectos macro possuem grande capacidade de influenciar os fatores dos níveis subjacentes (CARRAPATO, CORREIA, GARCIA, 2017).

Figura 3. Determinantes sociais da saúde: modelo de DAHLGREN e WHITEHEAD.



Fonte: Carrapato, Correia, Garcia, 2017.

O modelo de Dahlgren e Whitehead enfoca análises de relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos, além dos macrodeterminantes. Estudos nesse nível são para identificar o desgaste do capital psicossocial, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos e da fragilidade dos laços de coesão psicossocial, ocasionados pelas iniquidades de renda, ambiente, saúde e educação (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Diversos são os modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os fatores determinantes sociais e da saúde, pela consistência em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito, mas de intervenção em cadeia indicando os pontos mais sensíveis onde tais gradientes de tensão em saúde podem provocar maior impacto (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Uma vez que, embora se saiba muito sobre como tratar as doenças bucais clinicamente, ainda há uma lacuna sobre quais intervenções em nível populacional são mais eficazes, eficientes e equitativas no cuidado de problemas orais, a fim de construir

a autonomia dos indivíduos com redução da cárie e seus desfechos negativos (ARANTES *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2016).

Tal lacuna é atribuída à necessidade de melhorias no reconhecimento das múltiplas influências de determinantes, condicionantes e iniquidades vinculadas aos resultados clínicos odontológicos, como conhecimentos, comportamentos e práticas de saúde bucal e sistemas de saúde, incluindo aqueles que envolvem um ambiente psicossocial dos sujeitos cuidados (FDI, 2015; SILVA *et al.*, 2016; ARANTES *et al.*, 2018).

No modelo proposto por Dahlgren e Whitehead, a intervenção possível no primeiro nível seria promover mudanças de comportamento de risco: como programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

O que está também em consonância com o paradigma da promoção da saúde, as abordagens nos efeitos dos DSS, como um processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, saúde e desenvolvimento sustentável, incluindo uma maior participação no controle deste processo (WHO, 1986). Ademais, sendo a saúde bucal um gradiente transversal de saúde geral da população, intervenções para melhorar as dimensões do seu cuidado podem contribuir para a garantia de vidas saudáveis e promoção do bem-estar para todos os indivíduos e em todas as idades (WHO, 2019).

Neste sentido, estratégias e intervenções sob a perspectiva psicossocial do cuidado em saúde e que promova autonomia e uma consciência crítica para a saúde, têm sido fortemente sinalizadas como necessárias e urgentes no enfrentamento da crise no modelo biomédico odontológico vigente em todo o mundo (FDI, 2015; WHO, 2020a).

No Brasil, no âmbito político assistencial intervenções para crianças que podem influenciar na estruturação do cuidado estão expressas, como já citadas, na PNAB e PNSB através da ESF e Programas Nacionais de Transferência de Renda, como o Bolsa Família. Entretanto, a depender da fase de desenvolvimento infantil, crianças ainda não são capazes de cuidar da sua própria saúde bucal, estando os cuidadores com o papel fundamental de desempenhar apoio à autonomia como intervenção individual, estabelecendo rotinas familiares positivas de cuidados (PETROLA *et al.*, 2016).

No senso comum, permanecem confusos os papéis daqueles que tomam conta de crianças, os que cuidam delas e as protegem e aqueles que têm clareza de sua responsabilidade como “cuidadores”, protetores e educadores. A fim de construir uma consciência crítica para o cuidado, na busca de atingir o pleno desenvolvimento infantil (DELORME, 2010; CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017).

Em relação à rede citada acima, quando há a deterioração da qualidade da interação da criança com sua rede social, isto se torna fator de risco à sua saúde (PEREIRA, 2016; SLAVICH, 2020). Por isso, faz-se necessário o fortalecimento de espaços sociais e relações saudáveis para o cuidado integral de crianças em vulnerabilidade, que possibilitem estímulo à cultura, facilite o desenvolvimento por experiências e auxiliem na ampliação de uma consciência crítica de si e do mundo (FREIRE, 1996; DILLENBURG *et al.*, 2017).

A promoção à saúde tem representado uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas. É uma concepção ampla do processo saúde-doença-cuidado e seus determinantes e propõe a articulação de saberes técnicos e populares, mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o enfrentamento de problemas e busca de soluções (WHO, 1986; PERES *et al.*, 2019).

A saúde, sob essa perspectiva, é entendida positivamente como um recurso fundamental para a vida cotidiana, considerada como meio para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma dimensão do bem-estar e da qualidade de vida (LEIRBAKK; TORPER; ENGBRETSSEN, 2018). A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, de entidade socialmente produzida, emotiva e simbólica (JOFFE, 2002).

A promoção da saúde aplicada ao cuidado na constituição dessas produções pode gerar efeitos e/ou modelar os DSS, a partir dos seus princípios, enfocando crianças em vulnerabilidade (DILLENBURG *et al.*, 2017; CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2018). No constructo da autonomia para o cuidado de si, por exemplo, estaria relacionado ao desenvolvimento do senso de coerência dos indivíduos (FREIRE, 1996). O constructo do senso de coerência (SOC) se faz a partir do incremento de poder (ou empoderamento) de Recursos Generalizados de Resistência (GRR) pelos indivíduos, comunidades ou coletivos em determinadas situações de enfrentamento para explicar e seguir em direção a uma produção de saúde e cuidado de si (ANTONOVSKY, 1996).

A força do SOC nos sujeitos auxilia-nos a lidar com estressores existentes na vida diária. O SOC é um conceito transcultural que não é influenciado por idade, sexo, etnia e nem nacionalidade. Baseia-se em três competências-chave a seguir: compreensibilidade, gerenciabilidade e significância. Essas competências têm interações dinâmicas, por isso, pessoas que têm maior nível de SOC são mais capazes de perceber estressores típicos provenientes de sua sociedade, como segregação racial, taxas de desemprego e relações familiares; e ambiente, como condição de habitação e trânsito (ELYASI *et al.*, 2015).

O incremento de poder para o cuidado de si a partir dos GRR promove repetidas experiências de vida aos indivíduos, o que contribui para o significado de como enxergar os desafios impostos à manutenção da saúde, cognitiva, instrumental e emocionalmente, fortalecendo o capital psicológico dos indivíduos doentes (ANTONOVSKY, 1996). A força do SOC é então um fator que contribui para facilitar o movimento em direção à saúde, quando acontece de forma significativa (desejar, motivar), contínua, compreensível e gerenciável (quando os recursos estão disponíveis) pelos indivíduos e seus coletivos (LEIRBAKK; TORPER; ENGBRETSSEN, 2018).

Componentes que estão próximos a conceitos de resistência são, por exemplo, otimismo, vontade de viver, autoeficácia, capacidade de aprender e autonomia, e devem ser compreendidos de forma positiva como capital psicológico para o enfrentamento de situações e experiências de vida, saúde e cuidado (ANTONOVSKY, 1996). Essa visão combinada de forma particular à positividade dos acontecimentos auxilia em transformações das experiências vividas motivacional, comportamental e cognitivamente, para o empoderamento e busca do cuidado e da saúde, seja individual ou de forma coletiva (LEIRBAKK; TORPER; ENGBRETSSEN, 2018).

No campo da saúde bucal, em relação à cárie e os comportamentos individuais como modeladores de um processo saúde-doença-cuidado, a força do SOC pode influenciar nos seus efeitos enquanto modelo biopsicossocial prático para a promoção da saúde. Para crianças e adolescentes, a saúde bucal é significativamente afetada pelo SOC dos pais, sendo o das mães com maior poder de influenciar práticas de saúde bucal, especificamente o padrão de prevenção e consulta odontológica. Em relação ao comportamento alimentar e ingestão de doces, o SOC também esteve associado às avós enquanto cuidadoras de crianças, sugestionando que maior atenção deve ser dada às mães na assistência (ELYASI *et al.*, 2020; QIU *et al.*, 2013).

Em análise de estudos sobre o SOC e qualidade de vida relacionada à saúde bucal, uma associação importante foi de que um SOC fraco tem maior impacto sobre a

qualidade, independentemente de ser criança, adolescente ou adulto. Para crianças, a influência do impacto do SOC é em relação aos pais, sendo o SOC da mãe o de maior poder influente, uma vez que ainda são elas as maiores portadoras de decisão sobre os filhos. Outro fator influente é o nível socioeconômico no SOC, famílias com maior nível socioeconômico apresentam um SOC mais alto e, conseqüentemente, com maior impacto na qualidade de vida relacionado à saúde bucal (GOMES *et al.*, 2018).

Quando as investigações do SOC em crianças foram direcionadas à cárie, a experiência da doença é inversamente proporcional a um alto SOC nesses sujeitos. Quanto maiores escores de SOC em crianças e adolescentes, melhores frequências de cuidados orais, como frequência de escovação dentária e idas ao dentista para consultas de prevenção (TOMAZONI *et al.*, 2019).

Indivíduos com um forte SOC e capital psicológico podem utilizar melhor seus recursos positivos de resistência para o cuidado de si e facilitar um movimento para a saúde (ANTONOVSKY, 1996). Um forte SOC permite a aplicação e manejo de componentes que impedem a boa saúde, pode haver falhas, mas a pessoa com um SOC forte apreende da situação vivida, reduzindo o risco de pôr em perigo a saúde individual e coletiva, sendo um fator importante para ação e intervenções na promoção da saúde (LEIRBAKK; TORPER; ENGBRETSSEN, 2018; LEMOS; VERÍSSIMO, 2020).

O sistema humano é inerentemente falho, sujeito a processos entrópicos inevitáveis. O paradigma da promoção da saúde então surge com proponentes que sugerem e permitem que suas intervenções criem uma existência humana autônoma, inclusive com o auxílio de práticas curativas e preventivas (ANTONOVSKY, 1996). Na perspectiva do paradigma da promoção da saúde e dos efeitos para o cuidado em saúde, o SOC, por sua vez, se tornaria uma dimensão dependente, a ser modelada e manipulada pelos DSS, podendo levar as pessoas, ou não, à saúde e qualidade de vida (MARÇAL *et al.*, 2018).

As outras dimensões dos GRR, além do SOC, também podem ser modeladas pelos DSS na perspectiva do paradigma e de um movimento em busca da promoção da saúde, tais características derivam do modelo salutogênico (ANTONOVSKY, 1996). Este modelo constitui uma teoria dos sistemas complexos, da saúde e humano, e pode explicar o paradigma da promoção da saúde. O modelo salutogênico fornece pontos fortes e fracos de suas dimensões, práticas e ideias preventivas, curativas e de reabilitação para a garantia da qualidade de vida na perspectiva de fortalecer o capital psicológico de indivíduos e, conseqüentemente, coletividades (MARÇAL *et al.*, 2018).

Em busca de condições entrópicas para o corpo humano, Aaron Antonovsky (1923-1994), sociólogo américo-israelista cujo trabalho focava nas relações entre o estresse, saúde e bem-estar desenvolveu a teoria da saúde e da doença, como um guia prático de um *continuum* para um movimento em direção a saúde, da Salutogênese (do latim: *salus* = saúde; e do grego: *genesis* = origem) (LEIRBAKK; TORPER; ENGBRETSSEN, 2018). Esse conceito representou uma mudança de paradigma nas ciências da saúde, pois concentra a sua atenção nos elementos do capital psicológico que auxiliam a pessoa na superação das dificuldades que surgem na sua vida (ANTONOVSKY, 1996; MARÇAL *et al.*, 2018).

Elyasi *et al.* (2015) cita estudos em saúde que identificaram o estresse como um determinante social da adesão dos usuários às práticas de promoção da saúde. Os autores ressaltam que a teoria salutogênica, enquanto teoria relacionada à saúde em sociedade, foi desenvolvida para explicar as correlações entre saúde, estresse e enfrentamento. O SOC, como o principal constituinte da teoria salutogênica, avalia a capacidade do indivíduo de usar seus recursos individuais e relacionais, a fim de superar as dificuldades e lidar com os estressores de vida.

Se cada indivíduo em seus sistemas sociais, em virtude de serem sistemas complexos, está no *continuum* do movimento em direção à saúde com experimentações de vida variadas, é possível surgir classificações dicotômicas tais como, saudável/doentil, correto/incorreto, feio/bonito, já que é uma autoavaliação subjetiva e dependente da experiência vivida e imaginada por cada sujeito (ANTONOVSKY, 1996).

As classificações dicotômicas, quando adensadas no constructo do pensamento das pessoas e seus coletivos são expressas no formato de representações. Todas as formas de crença, ideologias, conhecimento, incluindo a ciência, são de algum modo representações do pensamento (MOSCOVICI, 2007). O fator mais importante para o adensamento e composição de uma representação, assim como seu constructo, são as relações interpessoais e a comunicação estabelecida nestas relações (OLIVEIRA, 2014).

As representações são formas, nomes ou imagens que se dá a acontecimentos, coisas, fenômenos e sensações ordenadas dentro de um universo social particular, seja ele consensual ou reificado (MOSCOVICI, 2007). As representações sociais são fenômenos concretos e observáveis do pensamento cotidiano associado a uma linguagem coloquial dos indivíduos em meio a sua realidade e contextos de vida. Esses fenômenos reaproximam o senso comum, emergindo, transformando, construindo e/ou desconstruindo saberes e práticas via comunicação do passado, presente e futuro entre os

indivíduos de um mesmo subsistema social (OLIVEIRA, 2014; DILLENBURG *et al.*, 2017).

O individual e o social ao qual pertence uma representação social são indissociáveis. Ciência, sabedoria popular e senso comum são irredutíveis um ao outro, pelo fato de serem modos de compreender o mundo e seus fenômenos e de se relacionar a ele. As representações sociais, neste sentido, são categorias de pensamento que expressam a realidade vivida, imaginada e experienciada pelos indivíduos que compartilham do mesmo senso comum. Para a ciência, o senso comum é um vasto campo científico com representações “*in vivo*”, sendo necessário compreender como são geradas, comunicadas e colocadas em ação na vida cotidiana (MOSCOVICI, 2007).

Um modelo contínuo, que age em cada sujeito, em um determinado momento de vida, em algum lugar ao longo de um *continuum* saudável ou doentio é uma concepção poderosa e precisa da realidade, uma vez que abre caminho para uma forte teorização de intervenções possíveis na promoção da saúde, mesmo considerando os desafios e dificuldades de operacionalizar um sistema de saúde-doença-cuidado (ANTONOVSKY, 1996; LEIRBAKK; TORPER; ENGBRETSSEN, 2018). Este modelo contínuo age promovendo ativamente fatores salutareis durante o processo percorrido no movimento para a saúde e durante a vida, mesmo na presença do acúmulo de fatores de risco para doenças (ANTONOVSKY, 1996).

A orientação salutogênica concentra-se em fatores salutareis e quando utilizada como base para promoção da saúde direciona intervenções e esforços que abrangem todas as pessoas, em todos os momentos no *continuum* de movimento para a saúde. A orientação patogênica concentra-se em ações na doença, como nas ações preventivas de concentração em categorias de diagnósticos específicos, minimização de fatores de risco para determinadas patologias, especializações em práticas curativas e foco da atenção na doença e não nos sujeitos (ANTONOVSKY, 1996).

Na orientação patogênica, o provedor do cuidado é pressionado a esquecer do ser humano que tem a doença para focar na patogênese. Na orientação salutogênica, o promotor de saúde, independentemente de sua inclinação pessoal, é pressionado a cuidar do sujeito (ANTONOVSKY, 1996). Neste último sentido, o cuidado se torna integral, universal e mais resolutivo, quando da identificação da complexidade que envolve as questões humanas, social e dos sistemas próprios vividos pelos sujeitos cuidados nas práticas de saúde (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017).

A extensão das experiências vividas pelos sujeitos em seus subsistemas sociais pode ser moldada pela posição na estrutura social e a cultura de uma pessoa, variando de gênero, etnia e alterações genéticas ambientais (DILLENBURG *et al.*, 2017). As pessoas são, dentro de certos limites, proativas e têm alguma opção na vida, além de que, os sistemas sociais são produtos das mais caóticas situações históricas e podem ser modificadas em algum grau (LEMOS; VERÍSSIMO, 2020). Tais circunstâncias internas individuais podem transformar o SOC dos sujeitos e seus GRR, o seu fortalecimento pode evitar danos, adicionar empoderamento e autonomia e, em alguns casos, criar uma abertura para o início de mudanças radicais na vida das pessoas (ANTONOVSKY, 1996).

O modelo salutogênico para promoção da saúde pode ser utilizado na orientação do trabalho em saúde com grupos específicos, como sujeitos que sofrem de dor crônica, cardíacos, crianças, idosos, etc., no desenvolvimento sistemático de intervenções guiadas para o construto de SOC forte e projetadas para fortalecer a compreensibilidade, capacidade de gerenciamento e/ou significância do cuidado de si de uma dada população (ANTONOVSKY, 1996; LEIRBAKK; TORPER; ENGBRETSSEN, 2018).

Neste sentido, o estabelecimento de novas bases, incorporando teorias sociais no processo de cuidar, a partir da compreensão das “necessidades representadas”, negociadas entre os sujeitos individuais, coletivos e espaços sociais, e acessadas pelo método das representações sociais, efetiva e incorpora intervenções relacionadas com a integralidade, equidade e universalidade do cuidado a nível assistencial, mas também com o autocuidado, pois se aproximam mais do que os sujeitos e grupos sociais consideram ser o atendimento de suas necessidades reais de vida e saúde (OLIVEIRA, 2014; CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2018; ROBERTO *et al.*, 2018).

2.4 Referencial metodológico de pesquisa

A Teoria das Representações Sociais (TRS) é um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana no curso das comunicações interpessoais, que funciona como uma espécie de “teoria do senso comum” (MOSCOVICI, 2007). A contribuição fundamental da TRS para o campo da saúde é a capacidade de como o senso comum aumenta a compreensão, a significação e o gerenciamento para construir as facetas do processo saúde-doença-cuidado, e de como evoluem no decorrer do tempo (JOFFE, 2002).

Em pesquisas, a TRS pode se dar como uma reconfiguração dos objetos, intervenção e práticas em saúde, não só para contextualização no campo social, mas

também fazendo do social parte integrante do próprio objeto pesquisado, dadas as transformações rápidas dos fenômenos, dos pensamentos e das necessidades dos sujeitos na pós-modernidade (OLIVEIRA, 2014).

A descoberta de como as informações são filtradas através da "membrana" de atitudes e crenças de cada indivíduo envolvido no cuidado é a preocupação fundamental em pesquisas que envolvem a TRS. Uma vez que a relação entre o pensamento dos indivíduos e os metasistemas socioculturais é subrepresentada e a TRS fornece ferramentas para o manejo de como as forças socioculturais e históricas influenciam os pensamentos e ações dos indivíduos relacionados à saúde e a suas práticas de cuidado (JOFFE, 2002).

As representações com a conformação social foram teorizadas segundo a perspectiva do psicólogo Serge Moscovici. A TRS está centrada no funcionamento do pensamento cotidiano, com raízes tanto na sociologia e antropologia (Durkheim e Lévy-Bruhl) quanto na psicologia construtivista, socio-histórica e cultural (Piaget e Vygotsky), implicando num entrelaçamento entre o social e o individual (BERTONI; GALINKIN, 2017). A TRS funciona como uma grade teórico-metodológica para analisar complexos fenômenos sociais (ALMEIDA, 2009).

A "representação social" refere-se ao conteúdo das compreensões do mundo cotidiano, as ideias que circulam em uma sociedade e que constituem o senso comum. Além da preocupação com o que as pessoas pensam, o estudo das representações sociais enfoca os processos específicos pelos quais esses conteúdos são moldados (JOFFE, 2002). As representações são construídas como uma tessitura em rede nos sistemas sociais, sendo formada pela memória, a comunicação e a linguagem compartilhada do grupo que cria a representação, transformada após a tessitura, em social (MOSCOVICI, 2007).

As representações quando se transformam em sociais são construções cognitivas que podem ser estáticas e dinâmicas, de símbolos, ideias, sensações, imagens, metáforas e conceitos sobre a realidade vivida e experienciada em determinada cultura, sociedade ou coletivo de pessoas. Quando dinâmicas, apresentam-se como em formato de rede de ideias, metáforas e imagens, mais ou menos interligadas livremente e, por isso, mais móveis e fluídas que teorias. Quando estáticas, as representações dão nome, conceituam e assemelham-se a uma teoria (MOSCOVICI, 2007).

Durante seu estudo, as Representações Sociais (RS) não devem ser consideradas como um recorte da realidade analisada ou uma réplica. Representações Sociais evocam

igualmente, singularmente, reciprocamente o que está ausente no sistema social analisado, tornando o ainda não familiar em familiar aos sujeitos. São reconstituições da realidade, para além das simulações e recortes (MOSCOVICI, 2007).

Para Moscovici (2007, p. 29), é através das relações dialéticas que as RS são estruturadas e transformadas. Nessa relação há um esforço para compreender o mundo através de ideias específicas e de projetar essas ideias de maneira a influenciar outros sujeitos, a estabelecer certa maneira de criar sentido, de tal modo que as coisas são vistas de uma maneira em vez de outra. O significado de uma representação em relação a outras permite distinção e categorização de objetos, pessoas ou acontecimentos, tais como: “distinguir se um braço é levantado para chamar a atenção ou para saudar alguém”.

O processo de categorização e localização realizado pelas RS que circulam em ambientes sociais autônomos, de forma gradual, alocam pessoas, coisas etc. em um determinado modelo, distinto e partilhado por um grupo. Todos os novos elementos se juntam a esse modelo e se sintetizam nele, inclusive quando uma pessoa ou coisa não se adequa exatamente ao modelo, sob pena de não ser compreendido ou decodificado (MOSCOVICI, 2007).

Assim, como modalidades de conhecimento que circulam no cotidiano das pessoas, as RS nomeiam e tornam concreto o que ainda não se tornou familiar ao grupo social, por meio da ancoragem e da objetivação. Ancoragem é o processo de assimilação de novas informações a um conteúdo cognitivo-emocional pré-existente, e objetivação é a transformação de um conceito abstrato em algo tangível (BERTONI; GALINKIN, 2017).

A ancoragem mantém a memória em movimento e é dirigida para o interior cognitivo, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com uma categoria de pensamento, dando-lhe um nome. A objetivação é direcionada para o exterior, retira do cognitivo conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no meio exterior, fazendo as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (MOSCOVICI, 2007).

A codificação e decodificação de uma representação social pelo pensamento são demarcadas pelo universo ao qual pertence. Sendo que, o que diferencia uma representação social da outra são as especificidades do universo consensual e do universo reificado e os contextos da comunicação em que são elaboradas pelos sujeitos em relação. Os contrastes entre eles são socialmente demarcados e reforçados, de tal modo que se pode distinguir cada forma de realidade (MOSCOVICI, 2007).

Os processos específicos com referência para o campo da saúde são a transformação de ideias de especialistas, via comunicação, em pensamento do senso comum. A apresentação de ideias passadas e sua imposição sobre o novo evento que precisa ser compreendido e a saturação do evento que precisa ser interpretado com os significados simbólicos existentes na cultura (JOFFE, 2002; OLIVEIRA, 2014).

As Representações Sociais são complexas e inscritas dentro de um “referencial de pensamento pré-existente”, sempre dependente de sistemas de crenças ancorados em valores, tradições e imagens de si, das experiências vividas, do mundo e da existência humana (ALMEIDA, 2009). Assim, no estudo das RS se analisa os princípios de coerência que estruturam os esquemas cognitivos de pensamento, atitudes, posicionamentos, modelos culturais e normas histórico-construídas pelos modos de pensar do homem e da sociedade que, por tais construções, não devem ser limitadas a uma descrição (MOSCOVICI, 2007).

As representações sociais podem ser conhecimentos aceitos ou ideias primárias que instruem e motivam regimes sociais de discurso, permeadas por estereótipos e mediadas pelos processos linguísticos da tematização. A construção dos conhecimentos pode acontecer por afiliação, alienação, objetivação e ancoragem, mas em todos esses processos há um núcleo de sentido (MOSCOVICI, 2007).

A busca pelos núcleos de sentidos nos processos discursivos e a interpretação de como se estruturaram os esquemas cognitivos temáticos reciprocamente permite reconstituir o processo de formação de uma RS. Neste sentido, a análise de representações sociais é dependente da linguagem e seus processos comunicativos, além dos interacionais, pois tratam dos mesmos fenômenos, de intercâmbio entre discurso ou de divergência entre eles (MOSCOVICI, 2007).

A evocação dos núcleos de sentidos num plano discursivo pode acontecer pela aplicação da sistemática: codificação, tematização e categorização para análises de gêneros textuais. A codificação, por exigir a leitura e releitura, realiza uma série de ações que ajudam na contextualização e recontextualização do discurso e possibilita ao pesquisador-intérprete obter uma visão do conjunto de informações reunidas (BOSI; MACEDO, 2014).

Este recurso auxilia na compreensão e interpretação, levando a um aumento do material produzido ou a reduzir o texto original por meio de paráfrase, resumo ou categorias (GONÇALVES, 2016). Minayo (2007, p. 87) ainda destaca os procedimentos metodológicos de categorização, inferência, descrição e interpretação pela técnica de

análise temática do conteúdo na construção categórica. Para a autora, a análise temática busca descobrir os núcleos de sentidos que expressam o processo linguístico da tematização no pensamento, algo cuja presença, frequência ou tensão cognitiva tenham significado para o objeto analisado, sejam por escrita, fala, iconográficos, gestos ou expressões.

A análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano dos textos, ultrapassando os sentidos manifestos do material, no intuito de adentrar a superficialidade do texto. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam a alocar significado com significado dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: psicossociais, do contexto cultural e de processos de produção da mensagem (MINAYO, 2014).

Por esses motivos, o uso de desenhos como técnicas projetivas gráficas para crianças se torna justificável. Sendo amplamente utilizados, visa compreender o sujeito a partir de projeções pouco expressivas pela fala sobre si ou sobre condições imaginárias, facilitando o acesso a temas que estão no inconsciente. Em saúde, a abordagem objetiva avaliar estados estressores, como medo, ansiedade e conflitos no lar. Em odontologia, o desenho é utilizado como instrumento para avaliar e programar intervenções no seu cuidado (FRAUCHES *et al.*, 2018; PINTO; SERPA; CUSTÓDIO, 2020).

Utilizando desenhos e entrevistas com crianças e seus respectivos pais nas fases pré e pós-operatórias a cirurgias craniofaciais, Baghdadi *et al.* (2020) analisa que a técnica explora informações codificadas sobre experiências vividas ou imaginadas mais facilmente acessadas que utilizando recursos semânticos. O desenho atrelado à fala ressaltou os elementos perceptivos dos sujeitos, proporcionando maior riqueza ao enredo analisado, podendo ser utilizado no intercâmbio comunicativo e elaboração traumática.

Também utilizando desenhos como autorrelatos projetivos para analisar as representações do tratamento odontológico, Torriani *et al.* (2014) trazem os tipos de cores utilizadas na imagem, relações de poder, nas quais o profissional aparece com o usuário em posição submissa; além da dicotomia saúde e doença oral. Os autores destacam a decomposição do desenho para análise do todo, em todas as suas dimensões, num movimento do exterior da imagem para o seu interior, como componente importante ao utilizar o recurso metodológico.

Conforme Flick (2013, p. 149), os procedimentos para trabalhar o material de análise na interpretação não devem ser distinguíveis e nem lineares, mas transitando em suas diversas fases a fim de combinar suas imersões e aflorações. Assim, a categorização

temática pode ser utilizada em estudos de casos. A proposta é analisar categorias discursivas baseadas em estruturas temáticas que emergem dos casos em estudo. É realizada uma análise individual e verticalmente dos casos, concentrando-se no caso proposto em meio a seu contexto. Após, realiza-se uma checagem cruzada comparativa entre os casos isolados para estruturar as categorias.

Tais técnicas estão próximas das abordagens em representações sociais que buscam compreender como se dá a conformação de uma representação. A abordagem societal de Willem Doise ou Escola de Genebra é uma das correntes da TRS que se concentra na intervenção dos sistemas de crenças compartilhadas sobre a organização e o funcionamento cognitivos, a inserção social dos indivíduos neste sistema será uma fonte de variação das representações, dada pelas interações, tipos de relação, posições e valores dos sujeitos e do próprio sistema de forma recíproca (ALMEIDA, 2009).

Inspirados nas ideias de Piaget, sobre determinantes do desenvolvimento cognitivo e construtivismo, e algumas ideias de Vygotsky, sobre o sociointeracionismo (DELORME, 2010; XAVIER; NUNES, 2015), os estudiosos de Genebra demonstraram, com métodos experimentais de observação baseados nas relações sociais e seus contextos complexos, que as interações e os conflitos sociocognitivos podem favorecer o aparecimento e o desenvolvimento de certas operações no pensamento (ALMEIDA, 2009).

Foi o caso, por exemplo, do desenvolvimento social da inteligência na criança, de Piaget. Era preciso demonstrar que elementos do ambiente social, como as normas, as representações e as regras, organizam as relações sociais das quais a criança faz parte e agem como reguladores de suas atividades. A observação nesses processos se dá no formato de um encadeamento, a partir do desenvolvimento sociocognitivo, dirigindo-se aos estudos das representações das relações sociais entre grupos (ALMEIDA, 2009).

Para Freire (1996, p. 37), o movimento de comunicação entre os sujeitos faz parte do processo de inteligir. Sendo que a grande tarefa dos sujeitos em relação é a elaboração de pensamento, seja transmitindo, oferecendo, doando ou até mesmo depositando ao outro a inteligibilidade de conceitos, coisas, fatos, etc.

Neste sentido, para Doise, as representações sociais transitam como princípios organizadores das relações simbólicas entre indivíduos e grupos (BERTONI; GALINKIN, 2017). A abordagem societal pressupõe a integração de quatro níveis de análise no estudo das RS:

O primeiro nível é o *intraindividual*, analisa o modo como os indivíduos organizam suas experiências com o meio ambiente. O segundo são os *interindividuais* e *situacionais*, buscam nos sistemas de interação os princípios explicativos típicos das dinâmicas sociais. O terceiro nível são os *intergrupais*, leva em conta as diferentes posições que os indivíduos ocupam nas relações sociais e analisa como essas posições modulam os processos do primeiro e do segundo níveis. O quarto, o *societal*, enfoca os sistemas de crenças, representações, avaliações e normas sociais, adotando o pressuposto de que as produções culturais e ideológicas, características de uma sociedade ou de certos grupos, dão significação aos comportamentos dos indivíduos e criam as diferenciações sociais, a partir de princípios gerais (ALMEIDA, 2009).

A abordagem societal recorre a três proposições no estudo das RS: a primeira postula que os diferentes membros de uma dada população partilham certas crenças comuns a propósito de um determinado objeto social; a segunda refere-se à natureza das diferenças e de tomadas de posição individuais em relação a um dado objeto de representação; a terceira considera as múltiplas ancoragens das tomadas de posição nas realidades coletivas (BERTONI; GALINKIN, 2017).

A terceira proposição considera que as RS, além de exprimirem um consenso entre indivíduos, marcado por certas modulações ou oposições individuais, são também caracterizadas por ancoragens das tomadas de posição em outras realidades simbólicas coletivas (BERTONI; GALINKIN, 2017). Elas se explicitam nas hierarquias de valores, nas percepções que os indivíduos constroem das relações entre grupos e categorias e nas experiências sociais que eles partilham com o outro, em função de sua pertença e posição (ALMEIDA, 2009).

Apesar de análises que articulam os vários níveis teóricos serem mais completas e conduzirem uma melhor descrição do processo conceitualizado em cada um dos quatro níveis, as análises que recorrem às explicações do tipo societal ainda permanecem em minoria (ALMEIDA, 2009).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa com enfoque qualitativo, de alcance exploratório, envolvendo crianças entre cinco e doze anos de idade em situação de vulnerabilidade e seus respectivos cuidadores, com Termos de Consentimento e Assentimento Livre e Esclarecido pactuados e assinados. Foram selecionadas aquelas crianças e suas famílias indicadas pela ESF, segundo critérios de inclusão, que consentiram a atividade de pesquisa e com possibilidade de construir um pensamento após realização de um desenho.

A produção do material de pesquisa ocorreu em território de abrangência de uma Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) da Coordenadoria Regional de Saúde (CORES) III, no município de Fortaleza-Ceará, entre abril e julho de 2021. O município de Fortaleza possuía uma população estimada, no período de dezembro de 2020, de 2.669.342 pessoas (IBGE, 2021), com cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF) de 58,29% e pelas Equipes de Saúde Bucal (EqSB) de 47% (BRASIL, 2021; FORTALEZA, 2021), distribuídas em sete coordenadorias regionais de saúde. As coordenadorias abrangem bairros que se caracterizam pela proximidade e perfil sociodemográfico.

O critério de escolha pela CORES III foi por apresentar cobertura de EqSB equivalente ao total do município de 48% (FORTALEZA, 2021), conter uma UAPS com área de abrangência envolvendo o nono bairro mais populoso do município, com 42.494 habitantes; sua população apresentar renda média de R\$ 658,00, risco médio de violência urbana e áreas dominadas pela criminalidade (FORTALEZA, 2017).

A amostragem da pesquisa foi não probabilística, composta por casos múltiplos, contatados via indicação do serviço de saúde, especificamente através do ACS. A indicação dos casos, a partir de crianças em cuidado, obedeceu a uma dinâmica capilar de relações sociais e micropolíticas, estabelecida entre serviço de saúde, trabalhadores da saúde, pesquisador e população estudada. A escolha de mais de um caso, não visou a replicação, mas a possibilidade comparativa entre eles (CARNEIRO, 2018).

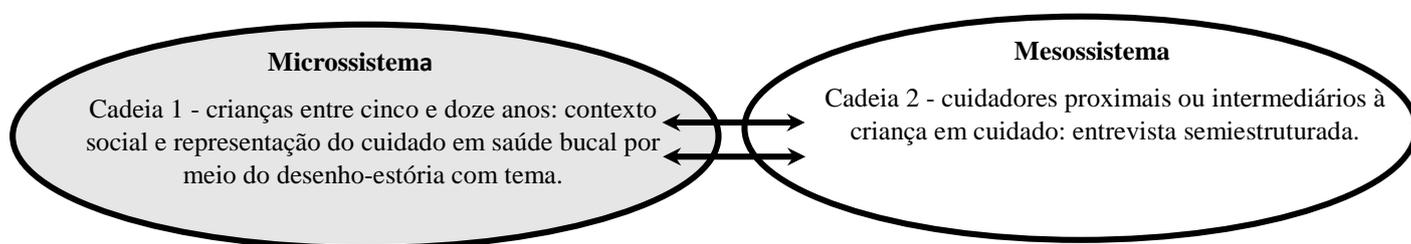
O primeiro contato foi com os cirurgiões-dentistas, seguido da coordenação do serviço e, sequencialmente, os agentes comunitários de saúde da unidade. Em todos os momentos, o objetivo da pesquisa, os métodos empregados e a forma de divulgação dos mesmos, foram apresentados e reforçados. Essas etapas foram fundamentais para a identificação dos casos em estudo, permitindo o contato a partir do fluir da rede de relações (ABREU *et al.*, 2005).

A estrutura da amostragem ocorreu no formato de cadeias de representações a partir das crianças em cuidado, sendo definidas por contraste-saturação. Por envolver um volume grande de casos de difícil identificação, um objeto de pesquisa não mensurável e onde se procura elementos que caracterizam a homogeneidade da amostra, assim como elementos que identificam a diversidade entre eles (NOBRE *et al.*, 2017).

Cada cadeia conteve os sujeitos pertencentes à fase de desnudamento da representação do cuidado em saúde bucal. Sendo que a cadeia 1, necessariamente, contemplou as crianças em cuidado. Foram excluídos os sujeitos que apresentaram alguma condição que impedisse a participação, como: impossibilidade ou negação de desenhar ou elaborar um pensamento relacionado a um desenho, condição de dor dentária recente pela criança, condição de estresse identificável, adoecimento físico ou negação do cuidador.

Os cuidadores ou crianças não inseridas na sequência incremental do estudo também foram excluídos da amostragem. Por exemplo, para cada sujeito em cuidado, um cuidador proximal ou intermediário ao núcleo de relações da criança. Aqueles que não apresentaram a correspondência criança em cuidado e cuidador, por qualquer motivo, foram removidos. No esquema 1, observa-se a conformação de estruturação das cadeias.

Esquema 1. Cadeias de representações do cuidado em saúde bucal.



Fonte: Autoral.

Os núcleos conformados a partir da disposição das cadeias representativas por sujeito cuidado e cuidador receberam o tratamento para famílias estendidas, considerando o atravessamento, interposição e presença representacional dos sujeitos em cada núcleo.

A pesquisa segue os dispostos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, apresentando parecer favorável sob o número 4.651.864 (ANEXO A). Além da anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, com resolução em nome da coordenadoria de educação em saúde, ensino, pesquisa e programas especiais (ANEXO B).

3.1 Método e técnicas de pesquisa

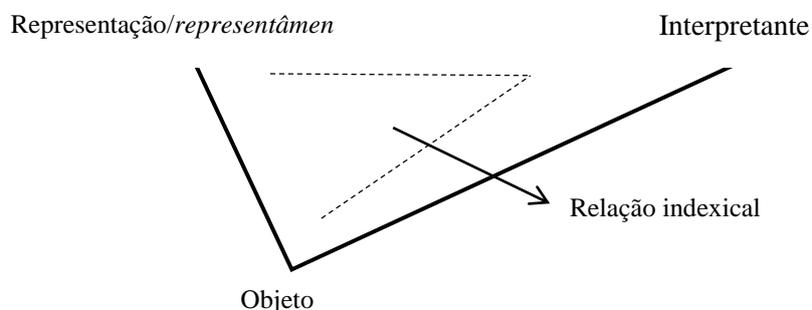
A pesquisa qualitativa envolve o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, representações, valores e atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos faz parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2007).

A coerência do significado de suas ações sociais seria então mantida conforme a confiança recíproca entre os sujeitos em ação. As pessoas compreendem e compartilham o significado da atividade valendo-se de regras constitutivas, com propriedades racionais de expressões indexicais, além de outras ações práticas contínuas, contingentes e engenhosas da vida cotidiana e das relações humanas (GARFINKEL, 2018).

As expressões e ações indexicais são propriedades ordenadas demonstráveis, ao longo da trajetória de sua produção pelos membros do grupo em cooperação, em facticidade ou em uso metódico, de forma rotineira, familiar e ordinária. Essas propriedades ordenadas e contínuas em cooperação devem ser acessadas durante as atividades de produção do material de pesquisa (GARFINKEL, 2018).

Ações e expressões indexicais obedecem a um processo semiótico de clivagem ontológica que se inscreve entre o pensamento/linguagem e a realidade. O índice (indexical) é um fato que se oferece de imediato à percepção, indicando uma origem de ocorrência. Sua ocorrência direciona o interpretante a remontar a percepção do efeito (o *representâmen*) à sua fonte de origem, o objeto, como na figura 4 (BENSUSAN; CARDOSO, 2012).

Figura 4. Relação indexical



Fonte: Bensusan; Cardoso, 2012.

Enquanto portador de uma função referencial e cognitiva, o índice denota um acontecimento situado no tempo e no espaço. Fazendo isso, ele é sempre correlato a um

registro contextual e narrável. Assim, a função cognitivo-referencial do índice implica sempre a afirmação da existência de seu objeto e a necessidade de um conhecimento prévio, da parte do interpretante, acerca dele. A relação indexical auxilia no desvelamento de uma representação social (BENSUSAN; CARDOSO, 2012; GARFINKEL, 2018).

Na perspectiva da abordagem societal, as técnicas de acesso têm o objetivo de abarcar as diversas dimensões da relação indivíduo-coletivo, interpretando os processos de ancoragem e objetivação na composição da representação segundo o grupo social e seu objeto de origem (BERTON; GALINKIN, 2017). O desvelamento da representação deve possibilitar a narração do processo e sua reconstituição singularmente e reciprocamente (GARFINKEL, 2018).

As representações sociais foram buscadas segundo cadeias de cuidado. Na cadeia das crianças em cuidado foi pelo desenho-estória com tema (TRINCA, 1997). Na cadeia que envolveu os sujeitos cuidadores, aconteceu por entrevista semiestruturada (APÊNDICE A).

Tomando o tipo de desenho selecionado, o tema é determinado por um condutor (nesse caso, o próprio pesquisador). A execução do desenho foi precedida de um diálogo, no qual a criança foi estimulada a comentar sobre três questões: como é a sua boca, como cuida dela e se ela já foi ao dentista (APÊNDICE B). Em seguida, a criança recebeu uma folha de papel-ofício em branco e lápis de cor e foi convidada a fazer um desenho sobre o que “está vindo à sua cabeça”.

Durante a etapa de construção do desenho, a criança não foi interrompida e foi respeitado o tempo que ela necessitasse para elaboração do pensamento e projeção. Concluída a etapa de construção do desenho, a criança expressava verbalmente as ideias contidas nele, foi estimulado o relato do sentido de cada elemento representado e por quais motivos. O registro da exposição verbal foi anotado em uma folha de papel-ofício individual identificada com o nome da criança. Em seguida, ela foi convidada a realizar o exame visual da boca (ANEXO C).

A contextualização das condições dentárias da criança em cuidado foram registradas utilizando o método CAST (*Caries Assessment Spectrum and Treatment*). Este método é um sistema visual-táctil hierarquizado, que utiliza um dígito e foi desenvolvido com o objetivo de avaliar todo o espectro da cárie, reunindo informações sobre a extensão da doença a nível comunitário de forma simples, sem a necessidade de utilizar ar comprimido (FRENCKEN *et al.*, 2011; CASTRO, 2017).

O CAST foi desenvolvido exclusivamente para levantamentos epidemiológicos, por isso não inclui avaliação de atividade das lesões de cárie que, segundo seus autores, deverá ser feita somente por índices clínicos. A validade de face e conteúdo foi realizada com um método de consenso por um grupo de 56 epidemiologistas de 24 países (FRENCKEN *et al.*, 2011).

Os valores dos códigos do CAST aumentam conforme a gravidade do estágio da lesão cariiosa visível à luz natural, sem secagem com ar comprimido e variam de 0 a 9.

A classificação segue a ordem crescente de complexidade de envolvimento do dente pela doença, onde 0 é o dente hígido; 1 e 2 é referente a presença de selante e/ou material restaurador; 3 uma descoloração visível relacionada à cárie (mesmo sem secar o dente), quebra localizada do esmalte, sem sinais de envolvimento dentinário, mas com lesão em esmalte; 4 e 5 relacionadas a descoloração visível da dentina e cavitação; até quando a cárie atingiu a polpa e a presença de abscesso (código 6 e 7), distinguindo as lesões em dentina que requerem apenas restaurações daquelas que necessitam de um tratamento mais complexo (CASTRO, 2017).

Já para os procedimentos projetivos, como os desenho-estórias com tema, estes são meios através dos quais se podem ter acesso relativo ao inconsciente, adaptáveis a diferentes objetos sociais e grupos de sujeitos variáveis em pesquisas. O que emerge faz parte do inconsciente relativo e faz referência a campos emocionais estruturantes das manifestações subjetivas correspondentes ao ambiente natural humano (AIELLO-VAISBERG, 1997).

Com os cuidadores, as entrevistas foram realizadas no momento do encontro com a criança. Foi utilizado um guia de entrevista semiestruturado e um gravador de voz, perante autorização do entrevistado. Entrevistas semiestruturadas partem de pressupostos iniciais, mas o entrevistado pode responder livremente. As unidades de contexto que compuseram o guia fizeram referência a tópicos diretivos sobre o cuidado em saúde bucal e questões objetivas em relação a vulnerabilidade social.

O guia inicial sofreu adequações até a terceira entrevista, com questões relativas às sensações dentárias, ao contexto familiar e tipos de assistência odontológica. Esse material serviu de base para os processos subsequentes, no entanto, foi removido da análise final. Questões próprias dos sujeitos ou seu contexto foram consideradas conforme emergiam na fala dos participantes, em função da sua singularidade.

As falas foram transcritas na íntegra no mesmo dia da sua realização, respeitando-se a grafia e a sintaxe utilizada na fala pelos entrevistados, e complementadas com anotações realizadas no guia de entrevista conforme transcorriam as ações. Entrevistas

sob anotação (aquelas onde o entrevistado não aceitou a gravação) também sofreram o mesmo tratamento referente ao dia do registro.

Entrevistas ampliam o *corpus* interpretativo da pesquisa, assim como oportunizam experimentar problemas que surgem no decorrer do objeto analisado e que vão além deste objeto. Considerando a fala como texto primordial, o espaço de fala, omissões, reações e cumplicidades tecem uma base de constituição do texto, que devem ser mantidas enquanto cumplicidade no decorrer da ação social (MINAYO, 2014).

Por estes aspectos, o pesquisador foi o único responsável pela seleção dos casos, aplicação dos desenhos, exame da criança e entrevistas, além da caracterização dos sujeitos sobre dados socioeconômicos e da disposição da relação familiar, segundo fontes de dados. A contextualização dos sujeitos e disposição das relações entre eles auxiliou na caracterização e contextualização das ações e expressões do conteúdo do pensamento.

Para as crianças com necessidade de orientação em saúde bucal, esta foi realizada após o exame. Aquelas crianças com necessidade de tratamento odontológico, foi articulado junto a UAPS, o encaminhamento das mesmas.

3.2 Processo de análise

A disposição das relações nos eixos familiares foi realizada com suporte do software NodeXL, para análise de redes sociais, permitindo dispor de vetores informacionais. Tais dados emergiram da rede de relações da criança núcleo projetada nos desenhos, entrevistas e observadas durante a sondagem dos sujeitos para pesquisa. A caracterização dos sujeitos e famílias, assim como a condição dentária das crianças, foram realizadas por descrição simples. Tais aspectos auxiliaram no processo interpretativo do material produzido, partindo do exterior para o interior dos núcleos, pois forneceu contextualização social dos casos.

Para organização e categorização dos achados foram utilizadas três guias mestras para sistematização dos desfechos qualitativos, quais sejam: 1. Retomada das questões advindas do problema de pesquisa; 2. Formulações da abordagem conceitual que permeia o estudo, gerando pólos específicos de interesse e interpretações possíveis para as informações; 3. A própria realidade sob estudo, que exige um "espaço" para mostrar suas evidências e consistências (ALVES; SILVA, 1992).

Sob a lógica abdutiva, a análise interpretativa das informações produzidas considerou os elementos constituintes de base da teoria salutogênica e revisão narrativa, evocados através de representações sociais do cuidado em saúde bucal nas múltiplas

fontes de dados. O processo evocativo aconteceu por análise temática do conteúdo, com delineamento de eixos categóricos conforme o desvelamento representacional contidos nos dados.

Para os desenhos produzidos foi trabalhada a sequência segundo Aiello-Vaisberg (1997). Para a autora as dinâmicas discursivas devem ser analisadas separadamente, segundo sua temática, a fim de construir textos interpretativos latentes, que procuram desfazer “aderências representacionais”. O que coaduna com a nossa proposta, pois a pretensão não é checar ou alterar o núcleo figurativo de uma representação social, mas trabalhar as nuances das composições que flutuam ao seu redor e que são variáveis conforme sujeitos e grupos sociais.

As possibilidades analíticas para os desenhos aconteceram seguindo as etapas, uma adaptação segundo Aiello-Vaisberg (1997):

1. Decomposição do desenho em suas partes segundo a explicação da criança durante sua construção. Observação das cores utilizadas, personagens e todos os elementos nomeados na imagem. Cada elemento foi decomposto em unidades menores, obedecendo ao tema discursivo.
2. Leitura flutuante de modo a permitir impregnação emocional e cognitiva pela ação comunicativa expressa. Nesta etapa, tudo que chamou atenção formal ou informalmente no conteúdo foi assimilado e anotado, perfazendo um movimento de deixar emergir. Neste momento seguiram-se os questionamentos: o que os elementos conotam? O que eles trazem a mente? Como eles se relacionam? Quais elementos da cultura esboçam?
3. Os temas da etapa anterior tornam-se objetos de reflexão e construção interpretativa. É uma etapa de tomar em consideração. A construção temática dos desenhos deve estar em um estado de desprendimento em relação a conhecimentos e teorias anteriores, seu afloramento parte do que é estruturado para um novo significado possível.
4. A reflexão conduz a completar o desenho, conduzindo inferências acerca do que é ou pode ser, em relação ao que se estabelece com o objeto social pesquisado, seu lugar e sua representatividade grupal.

A constituição dos textos em análise foi considerada como instituídas de próprio sentido. Durante todo o processo respeitou-se os momentos de leitura e silêncio, deixando este espaço para paráfrase, polissemia, o dito e o não dito, próprios dos sujeitos que proferem o discurso e de quem o analisa (MINAYO, 2014).

Assim, para as entrevistas, o trato das informações seguiu as etapas de impregnação, leitura flutuante e categorização temática do texto. A impregnação do material iniciou-se durante a transcrição, ainda envolvida pelo momento da entrevista e seguiu até que palavras, termos, frases, gestos e expressões descritas na sequência do texto causassem estranhamento no pesquisador-intérprete.

A leitura foi realizada checando unidades discursivas representativas do objeto de pesquisa e interpretadas verticalmente no seguimento e comparativamente entre textos. Esta constituição trouxe uma trama discursiva dinâmica repleta de unidades significativas interligadas por relações de força, de sentido e do contexto. Após, a categorização seguiu de forma temática seguindo linearidades e singularidades caso a caso e comparativamente entre eles.

3.3 Desafios e oportunidades

A produção do material de pesquisa ocorreu na oportunidade entre ondas de casos da pandemia do COVID-19 e da disponibilidade de vacinação para a doença, exigindo momentos de parada e condução durante os meses que se seguiam. A intercorrência alterou o plano de pesquisa, assim como permitiu e desafiou alterações na produção do material, quais sejam:

- Introdução e manutenção de protocolo sanitário envolvendo desinfecção com álcool 70° e gaze do material, uso de álcool gel para mãos, material descartável, como máscara descartável ou de tecido para proteção das vias aéreas e espátula de madeira e protetor ocular.
- Distanciamento de um metro entre os envolvidos, mesmo durante a realização das entrevistas, onde somente o gravador de voz permanecia ligado próximo ao entrevistado, assim como a manutenção e uso da máscara.
- Durante a realização do exame da cavidade oral da criança foi obedecido a proximidade mínima a visualização com o auxílio da espátula de madeira descartável e garantia de retirada da máscara somente durante o exame.
- Realização da atividade em local aberto, arejado e com a permanência somente dos envolvidos – em momentos únicos.

A condição imposta pela pandemia influenciou durante a observação na condução dos casos, uma vez que a obrigatoriedade do protocolo sanitário “distanciou” a familiaridade e relação entre os entes, em alguns deles. O uso da máscara abafou a fala e

trouxe dificuldade ao processo de transcrição. Tais aspectos impactaram na amostragem de pesquisa e em pontos referentes à interpretação.

Realizar a atividade em local aberto e arejado favoreceu o fluir da fala, a observação de onde aquele discurso se constrói num “pensar, parar e retomar o pensamento” olhando para objetos próprios, para baixo ou para a rua, numa espécie de busca ou organização daquilo que se pensa. O uso da máscara permitiu um “esconder”, por abafar a fala, mascarar o riso e a gargalhada, além de auxiliar uma espécie de “engasgo”, por vezes, mas também favoreceu uma atenção mais direcionada ao olhar, daqueles envolvidos na ação de pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostragem final da pesquisa contemplou na cadeia representacional 1, 26 crianças núcleo e na cadeia 2, 19 cuidadores proximais às relações de cuidado em saúde bucal infantil. Os cuidadores foram aqueles que exerciam influência nas ações cotidianas do cuidado da criança, como os responsáveis diretos, os que passavam maior tempo com elas e/ou aqueles disponíveis para o encontro da pesquisa. Neste quesito, foram reveladas as dificuldades de encontro e compatibilidade de tempo disponíveis pelo cuidador para participar do estudo, sendo que as justificativas mais relevantes foram: horário de trabalho incompatível e receio quanto a exposição, pelo contexto de violência territorial.

Também se deu início a identificação da rede de relações nos eixos familiares estabelecida para a manutenção do cuidado infantil. Os vetores informacionais emergentes permitiram identificar famílias uni ou polinucleadas (mais de uma criança), a composição e organização familiar, assim como a densidade e proximidade das relações de cuidado em saúde bucal para com a criança núcleo.

Na cadeia representacional 1, das crianças em cuidado, a composição foi de crianças como núcleo único do eixo familiar ou múltiplos, caso aquela família contivesse mais de uma criança na faixa de idade contemplada pela pesquisa; idade entre cinco e doze anos, de ambos os sexos e condição de saúde oral.

Em relação a condição de saúde bucal, quanto à cárie, das 26 crianças, 11 apresentaram experiência da doença. Destas, 6 eram do sexo masculino, com 2 apresentando unidades restauradas e 1, unidades restauradas em meio a dentes com cárie extensa e exposição pulpar. Unidades dentárias com cárie extensa e exposição pulpar (CAST 5 e 6, respectivamente) foram prevalentes entre aquelas com experiência da doença, o componente restaurado esteve presente em 3, das 11 crianças. A experiência ou não de cárie nas crianças observadas não foi associada à assistência odontológica, 15 delas não representam e/ou o cuidador relata que nunca tiveram contato com cirurgião-dentista.

O levantamento segundo o CAST trouxe um mapeamento da doença cárie no contexto da pesquisa, mas não indica com sensibilidade a gravidade das lesões presentes. O que torna isto uma limitação do estudo. Por este motivo, todas as crianças que apresentaram experiência de cárie foram indicadas ao serviços para atendimento odontológico.

Na cadeia representacional 2, dos cuidadores, a composição foi de mulheres entre 21 e 69 anos, dentre mães, avós, tias e madrinhas, de baixa escolaridade e renda familiar,

apresentando condições de saúde tais como: período gestacional, condições crônicas dos tipos HIV, diabetes e hipertensão arterial; tabagismo, perda dentária, medo e aversão odontológica.

O quadro 1 remonta a caracterização dos sujeitos envolvidos no cuidado em saúde bucal, quanto à disposição dos eixos familiares em relação social, condição oral da criança, escolaridade do cuidador e renda familiar, no suporte a compreensão do contexto envolvido.

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos e eixos familiares envolvidos no cuidado em saúde bucal

Composição Familiar	Criança	Idade	Sexo	CAST	Cuidador	Idade	Renda	Escolaridade
Monoparental extendida	C1	05	M	0	M1	27	1 Salário Mínimo	Fundamental completo
	C2	08	M	5/5/5/5/5/5/5				
Monoparental extendida	C3	08	M	2/2/5/6/6	T1	45	1 Salário Mínimo	Analfabeta
Homoafetiva	C4	09	F	5/6 *Mordida aberta	M2	37	Bolsa Família	Médio completo
	C5	09	M	6				
Tradicional	C6	07	M	5/5/5/6/6	M3	37	1 Salário Mínimo	Não letrada
Tradicional	C7	06	F	6	M4	39	Bolsa Família	Médio completo
Extendida	C8	05	F	0 *Uso chupeta	A1	69	1 Salário Mínimo	Fundamental incompleto
	C9	07	F	6				
Extendida	C10	06	F	0	A2	69	1 Salário Mínimo	Fundamental incompleto
Extendida	C11	07	M	0	A3	54	2 Salários Mínimos	Fundamental incompleto
Tradicional	C12	08	F	6/6/6/5	M5	40	Bolsa Família	Médio completo
Extendida	C13	10	M	0	A4	64	1 Salário Mínimo	Analfabeta
	C14	12	F	0				
	C15	09	F	0				
	C16	7	M	0				

Continua

Continuação Quadro 1

Monoparental	C17	11	F	0	M6	43	1 Salário Mínimo	Médio completo
Tradicional	C18	6	F	0	M7	21	1 Salário Mínimo	Fundamental incompleto.
Monoparental	C19	7	M	2	M8	38	Bolsa Família	Médio completo
Monoparental	C20	10	M	0	A5	64	Bolsa Família	Analfabeta
Tradicional	C21	06	M	0	M9	24	2 Salários Mínimos	Médio incompleto
Extendida	C22	07	M	5/5/5	A6	53	Bolsa Família	Fundamental incompleto
	C23	05	F	0				
Extendida	C24	09	F	2/2	M10	40	2 Salários Mínimos	Superior incompleto
Extendida	C25	12	M	0	Md1	53	1 Salário Mínimo	Alfabetizada
Reconstituída	C26	10	F	0	M11	31	1 Salário Mínimo	Médio completo

Fonte: autoral

Legenda: Mãe (M), Tia (T), Avô (A), Madrinha (Md).

Tradicional: núcleo pais e filhos biológicos.
 Extendida: inclui a família nuclear e agregados que coabitam no mesmo domicílio.
 Monoparental: famílias chefiadas por um só genitor. Homoafetiva: famílias constituídas por pessoas do mesmo sexo que têm filhos.
 Reconstituída: incorporação de um membro familiar como reconstituínte do núcleo, como madrasta ou padrasto (CARNUT; FAQUIM, 2014).

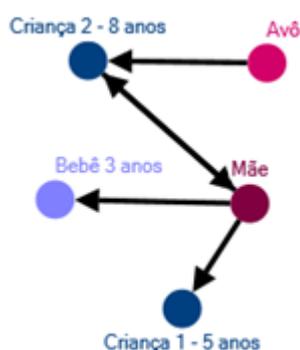
O quadro acima descreve a multiplicidade de componentes de vulnerabilidade no contexto dos sujeitos analisados, como baixa renda, baixo nível de escolaridade e a presença e agressividade da cárie, onde 9 das 26 crianças apresentaram presença de cavitação e/ou abscesso dentário ao exame clínico pelo CAST.

Os vetores informacionais emergentes da rede de relações que continha a criança permitiram perceber como é o direcionamento do cuidado em saúde bucal para com a criança núcleo. A disposição vetorial permitiu traçar a organização e composição familiar, os pontos de densidade do cuidado em saúde bucal e os de maior fragilidade das relações entre os membros, demonstrado pela composição familiar no quadro 1.

Quanto à organização e composição familiar, houve uma linearidade entre famílias do tipo monoparentais, quando a composição inclui somente membros maternos ou paternos, e extendidas, quando inclui membros não pertencentes ao eixo filhos, pai e mãe consanguíneos, assim como a junção dos dois tipos. Sendo que, para todos os subtipos extendida a prevalência foi quanto à parentalidade materna, incluindo avós, avôs, tias e primas.

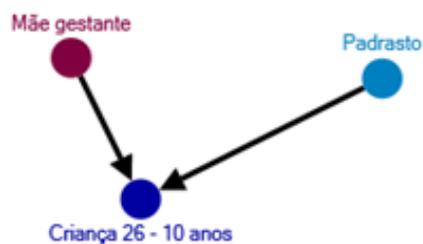
Nas organizações com expressividade pontual: homoafetiva e composta, também foram mantidas as relações de parentalidade materna da criança. As organizações apresentaram número médio de membros em sua composição, com desde três a oito membros. As figuras 5 e 6 representam características quanto à composição e organização parental das crianças núcleo.

Figura 5. Família monoparental extendida



Fonte: autoral

Figura 6. Família composta



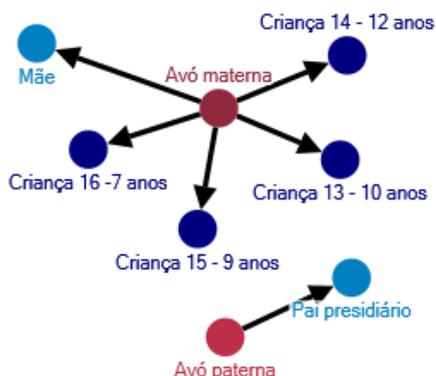
Fonte: autoral

Na figura 5, observa-se a concentração do cuidado em saúde bucal na mãe, sua relação entre os filhos e a presença do avô em interação com a criança 2, no que tange o cuidado oral da mesma. Na figura 6, a concentração do cuidado em saúde bucal também acontece na mãe, assim como a relação proximal com a criança, o padrasto emerge em relação, mas de forma mais distante.

Em todos os tipos de organização familiar, o cuidado em saúde bucal se mostrou com densidade na figura feminina. A figura paterna foi pouco expressiva nas relações, sendo esta mesclada pela divisão do trabalho e responsabilidade financeira da família com a mulher, ou por ausência, nos casos de pais dependentes químicos e presidiários. A representação do cuidado em saúde bucal referente ao masculino foi direcionada a imagem do avô, do irmão mais velho e, com menor aderência, ao pai e padrasto. As

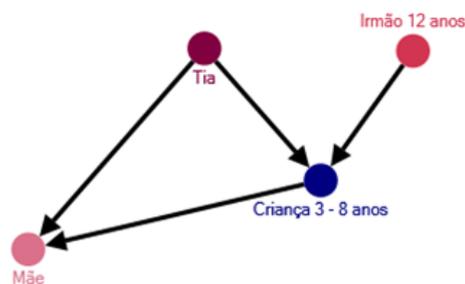
figuras 7 e 8 representam as características quanto à densidade e relações de cuidado em saúde bucal das crianças núcleo.

Figura 7. Densidade do cuidado na avó



Fonte: autoral

Figura 8. Densidade do cuidado na tia

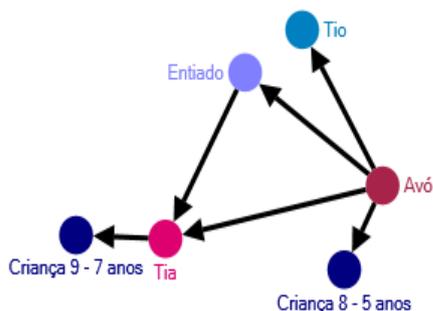


Fonte: autoral

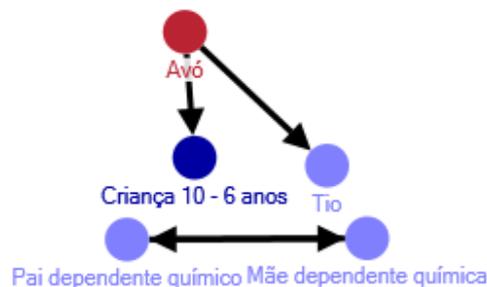
Na figura 7, observa-se as relações e densidades do cuidado em saúde bucal das crianças núcleo concentradas na avó materna, distantes da mãe e ausência do pai, que surge numa situação de conflito interno no eixo familiar. A figura 8, já revela o cuidado em saúde bucal concentrado na tia da criança 3, esta distante da mãe e mantendo interações de cuidado com o irmão mais velho.

O caráter ideológico da centralização das ações do cuidado oral e da família no entorno do feminino, observados neste trabalho, pode estar atrelado ao fato de que o cuidado com o corpo é uma necessidade humana construída culturalmente e que aborda o psiquismo. Nessa construção cultural, o saber feminino sobre os cuidados do corpo foi preponderante na sociedade. Esse saber sofre influências do contato com os serviços de saúde, da própria experiência no âmbito doméstico, transmissão de conhecimento familiar e através dos meios de comunicação circulantes (ABREU *et al.*, 2005).

No que se refere aos saberes transmitidos via relação familiar, a presença das avós nos eixos familiares é destacada. A figura da avó emerge por auxílio ou responsabilidade efetiva no cuidado das crianças, concentração da principal renda entre os membros e relação de dependência. As distâncias vetoriais entre os membros revelam o vínculo afetivo com as crianças, condições de proteção dos filhos e netos ou o aceite na manutenção de centralizar a família. As figuras 9 e 10 representam a concentração do eixo familiar nas avós.

Figura 9. Renda e cuidado centrados na avó

Fonte: autoral

Figura 10. Renda e cuidado centrados na avó

Fonte: autoral

A figura 9 mostra a avó como núcleo disparador nas relações da família, esta em relação e responsabilidade direta pela criança 8 e indireta pela criança 9, cuja referência pelo cuidado em saúde bucal se faz na tia. Na figura 10, a avó concentra o cuidado pela criança 10, num resguardo pela ausência dos pais.

As características e organização dos atores sociais em relação demonstraram famílias típicas de sociedades capitalistas, marginalizadas, apresentando múltiplos componentes de vulnerabilidade, como doenças crônicas, baixa renda, dependentes químicos e em conflito com a lei. Neste sentido, é preciso identificar, planejar e intervir com estratégias personalizadas de mudança individual e coletivamente, no sentido de reforçar a busca pela saúde, uma vez que ambientes familiares conflitantes possuem uma cultura com características produtoras de doença (MITNICK *et al.*, 2020).

Os vetores informacionais extraídos dos dados em análise permitiram direcionar, sugerir e até mesmo indicar sujeitos e ações de maior densidade e efeito no cuidado em saúde bucal infantil, no planejamento de intervenções. Uma vez que estes sujeitos protagonizam ações e relações que denotam seu estado de saúde, assim como aqueles que mantêm relações proximais à criança no interior dos eixos familiares, interagindo por maior tempo com elas.

Corroborando com Delorme (2010, p. 09), sobre o papel dos sujeitos que assumem a reponsabilidade pelo cuidado da criança, nem que seja por um determinado tempo e espaço, ser confuso no senso comum nas perspectivas de cuidar, proteger e educar, concomitantemente. Neste estudo, os vetores informacionais direcionaram ramos distintos entre os sujeitos com responsabilidade do cuidado envolvendo os componentes: afeto, proteção e educação para saúde, enquanto fatores para o desenvolvimento de uma consciência crítica de si e do outro.

Como exemplo, a elaboração da criança 3 (C3), com representações dos sujeitos presentes em sua rede de relações do cuidado oral.

Figura 11. Representação da família no cuidado oral



Fonte: Criança 3 (C3), 8 anos

“A tia me peae pra escovar, mas eu escovo sozinho. Meu irmão me ensinou a escovar o dente assim oh (faz o gesto com o indicador). Aqui é a casa da minha mãe. Essa é minha mãe (aponta para o personagem em vermelho), esse é meu irmão e esse sou eu. Aponta pra o dente da mãe – tá quebrado. Esses outros são meu dente, colorido.” (C3)

Para C3, os elementos na imagem representacional sugerem o distanciamento da própria casa, os personagens e suas contribuições relevantes no seu dia-a-dia, assim como a percepção de como ele observa seus dentes e da sua mãe. A representação “colorida” dos próprios dentes indica a fase transitória da dentição, tanto na idade quando pela condição de doença já experienciada. Com o auxílio do relato de T1, é possível analisar os efeitos da relação distante com a mãe e próxima a tia, assim como questionar os motivos do distanciamento da mãe, como: ritmo de trabalho, manutenção da renda, acesso a assistência em saúde, vínculo familiar.

“A mãe dele foi, marcaram pra mãe dele ir, a mãe dele foi! [...] Só que a mãe dele mesmo só levou uma vez. É tanto que os dente dele quando tá mole quem tira é eu, em casa, eu mesmo que arranco. Os dente dele tava tão horrive, tão horrive, agora devido ele tá mudano melhorou mais [...]. Ele mesmo vem quando o dente tá mole, diz logo: ‘olha tia, arranca’. Uma vez ele mesmo arrancou!” (T1)

Os elementos apresentados expressam a qualidade da rede de relações da criança. Enquanto modelador de ações para a saúde, a formação e manutenção de laços sociais saudáveis parece ser um princípio fundamental da organização humana, do comportamento e da superação de ameaças ao bem-estar. A ideia de que o apego social é motivação básica para estruturar a cognição e o comportamento, faz-se importante para o enfrentamento de implicações que podem afetar fortemente a saúde (SLAVICH, 2020).

Por esses motivos, afeto, proteção e educação para a saúde foram considerados recursos modeladores de ações utilizados pelos sujeitos e famílias, neste estudo, como componentes associados na construção de um cuidado de si, representados pelos participantes em relação social.

Sendo que, as relações em cuidado em saúde bucal de crianças e seus cuidadores em vulnerabilidade foram atravessadas por estruturas sociais que influenciam na constituição de hábitos saudáveis nos participantes, como a família, o gênero, a renda, a assistência odontológica e práticas alternativas de cuidado. Também encontradas em estudos que sugestionam que as normas sociais, particularmente aquelas relacionadas à educação, etnia e classe social são fortes moduladores de comportamentos relacionados à saúde (ARORA *et al.*, 2021; BORTOLI *et al.*, 2019).

Assim, elaborando o pensamento quanto aos questionamentos sobre o cuidado da boca, como imagina que ela é e se já foi ao dentista, às crianças esboçaram características próprias da idade nas falas e desenhos, como estabelecimento de relações, brincadeiras, verbalização de visões diferentes e representações do mundo da fantasia com interpretações mais lógicas.

As crianças projetaram temas relacionados ao hábito de higiene como cuidado e percebem a boca segundo estado dental, desejos e idealizações, com a representação do cirurgião-dentista coadjuvante a um cuidado medicalizante. Foram explorados também os sentidos de cada elemento presente no desenho e nas falas das crianças, a fim de identificar os sentimentos quanto aos objetos em reflexão.

Os cuidadores foram instigados a pensar sobre como deve ser o cuidado da boca, como praticam e como descrevem sua boca e experiências com ela. As respostas expressaram temas referenciando a remoção mecânica e rotinizada do biofilme dental, associação da saúde dos dentes com alimentação e métodos alternativos, como cuidados em saúde bucal. As percepções da boca foram refletidas como o estado dental e sensações pela experiência da perda e dor dental, com características próprias do modelo biomédico odontológico (curativista, odontocentrado, valorização da alta densidade tecnológica e do profissional).

Neste sentido, perante as informações obtidas no material em análise, foram delineados os seguintes pressupostos: o sentido e as estratégias do cuidado em saúde bucal são associados a práticas prescritivas de higiene oral; o sentido da boca é associado à condição dentária e tratamentos impostos pelo modelo biomédico odontológico.

Para o primeiro pressuposto, a alocação temática das informações seguiu os critérios de classificação e realização das práticas de cuidado oral, assim como o sentido atrelado a ele. Para o segundo pressuposto, a alocação temática tratou do sentido e sensações atreladas a boca, dentes e tratamento odontológico. Conformando assim os temas, sentidos e estratégias para um cuidado oral e representações da boca: como ela é. As categorias temáticas foram trabalhadas segundo adultos e crianças, separadamente.

As representações que se apresentaram divergentes a tematização, mas que mantinham seu núcleo figurativo naquele sentido temático, foram deslocadas dentro da mesma categoria para análise individual, considerando que linearidades discursivas apresentam indicações singulares.

4.1 Sentidos e estratégias para o cuidado oral

A escovação dentária desponta como prática associada ao cuidado oral no interior dos eixos familiares, uma vez que é representada por crianças e cuidadores. Métodos e estratégias de cuidado oral são associados como norma prescritiva de higiene pelos sujeitos, enquanto ações ou hábitos instituídos no corpo, sendo possível identificar elaborações com um despertar crítico para um cuidado de si.

O cuidado da boca é apresentado como uma atividade de caráter normativo, prescritivo e técnico. Botazzo (2006) salienta que com a produção social da boca, em relação a sua fisiologia única de promotora da alimentação, comunicação e prazer do sujeito; quando esta se reduz a função dentária, o sentido se reduz ao caráter de normalidade.

Sendo esse um caráter coercitivo da biopolítica, presente na odontologia, Abreu *et al.*, (2005) também encontra tais características numa população rural de mães em relação aos hábitos de higiene, compreendendo que, na medida em que as normas de higiene são prescritas para toda a sociedade, as pessoas adoecem por culpa, acreditando eles serem os grandes responsáveis pelo seu próprio adoecimento bucal.

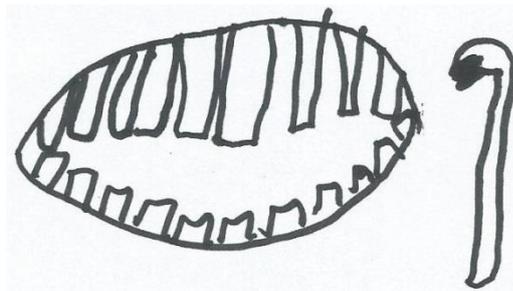
Crianças

O cuidado oral foi representado pelas crianças com imagens da escova dental, sendo a prática descrita nas expressões verbais como rotinizada ou coercitiva. A atividade foi verbalizada no formato em que acontece e apontando elementos e personagens pertencentes a ela. A rotina foi compreendida como associação da escovação com outros hábitos da criança, tais como horário de uso da medicação contínua e horários específicos

do dia, por exemplo, período da manhã e do banho, quando descrevem o ambiente e os utensílios que utiliza.

Em alguns casos foram elaboradas associações à escovação dentária como a projeção de outros elementos coadjuvantes a higiene dental, assistência odontológica e a ludicidade e/ou criticidade na estruturação de um hábito. Na Figura 12, a elaboração do cuidado oral como hábito rotinizado.

Figura 12. Escovação dentária como rotina



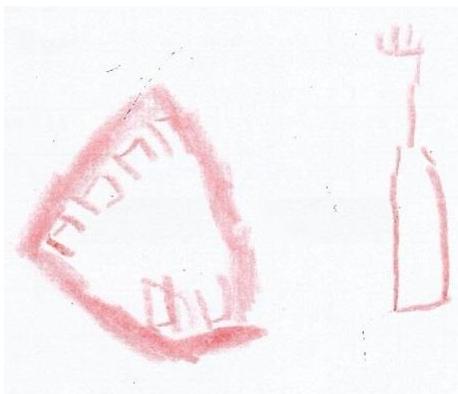
Fonte: Criança 5 (C5), 9 anos.

“Essa boca é minha. Quem me ensinou foi minha mãe a escovar o dente. Eu escovo 8 horas, de manhã.” (C5)

O cuidado oral é representado como um hábito instituído pela mãe da criança 5, sendo realizado de forma rotinizada. A memória de C5 traz o conteúdo primeiro acessado no pensamento, suggestionando que a realização da prática acontece somente uma vez ao dia e sem o uso de dispositivos complementares de remoção do biofilme dental, como o fio dental.

A escovação dentária também foi revelada como um cuidado oral realizado sob coerção. Na fala da criança 2 (C2), desenho 2, a indicação sob ordem dos cuidadores.

Figura 13. Escovação dentária coercitiva



Fonte: Criança 2 (C2), 8 anos

“Eu só fiz os dente pôde, esses aqui (aponta no desenho) porque eu desenhei a boca pequena, sinto dor nos dente pôde. Essa é minha escova (aponta para o desenho da escova), eu só escovo uma veis por dia, quem manda é meu vô e minha mãe.” (C2)

A elaboração de C2 remonta a lembrança da dor dentária já sentida e do não reconhecimento da boca sadia pela criança. O cuidado oral é visualizado como sob determinação dos responsáveis, que utilizam métodos coercitivos e disciplinadores do hábito, culminando em atividade não auto reconhecida e negativa. A representação do cuidado oral como uma atividade externa a ação do corpo, ligada a sensações, práticas e percepções prescritas, é desconexa de técnicas para um cuidado de si, tais como são trabalhadas por Foucault (2006), enquanto um movimento promotor de autonomia dos sujeitos.

Técnicas prescritivas de cuidado da saúde estão no cerne de sociedades medicalizadas, que por sua vez se inserem no sistema capitalista e interferem culturalmente nas populações, apresentando estas um declínio nas competências de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos (BORTOLI *et al.*, 2019).

Outros componentes de sociedades medicalizadas também estão presentes na projeção de elementos associados à escovação dentária. Foram projetadas estratégias coadjuvantes à prática, como uso de colutórios como necessário a higiene oral. O uso do fio dental e a assistência odontológica foram citados com menor recorrência entre os sujeitos.

Para a assistência odontológica o sentido atrelado ao cuidado é denotativo de um discurso prescritivo preventivista da consulta odontológica, com adendos de dificuldade do acesso ao serviço de saúde ou de acesso na condição de doença, configurando maior valorização do acesso preventivo-curativista. A figura 14 exemplifica abaixo algumas das temáticas citadas.

Figura 14. Componentes do cuidado oral



Fonte: Criança 24 (C24), 9 anos

“Minha boca, minha escova de dente e meu enxaguante, que é como eu cuido dela. Eu já fui no dentista e foi legal (risos). [Porque o amarelo?] Porque o dentista disse que a coloração amarela do meu dente era normal, aí coloquei.

Eu tive que usar até o besourinho, foi muito ruim (risos). Da última vez que eu fui, eu não tinha nenhuma cárie, foi bom saber que eu não tinha, sinal que tô cuidando melhor né?”

Para C24 o cuidado oral perpassa a assistência odontológica preventiva-curativista, neste caso, visto enquanto elemento negativo das práticas, somente aquelas relacionadas a atividade de cárie. Já no seu autocuidado, traz elementos importantes, como a escovação dentária associada ao enxaguatório, mas não ao fio dental.

A associação para um cuidado dos dentes com uma diversidade de dispositivos reforça o aporte cultural prescritivo, com o adendo mercantilista e da necessidade imposta pela cárie. O cuidado está na condição preventiva e curativa da doença, como observado acima, dissociado do fator estético dos dentes, já idealizado e que é circulante no contexto da criança citada. É percebida a oposição entre o objeto de cuidar e a ação mercadológica e acrítica da Odontologia, que invade os espaços sociais incrustando seus modos de fazer.

A odontologia de mercado dita quais produtos e serviços são prescritos para determinada classe social, mas pulveriza suas normas por todas elas. A hipervalorização da estética, apoiada em um padrão de dentes perfeitos, brancos e alinhados e na mídia, comercializa a saúde bucal, inclusive com diferentes formulações de colutórios, como coadjuvantes indispensáveis à higiene bucal (BORTOLI *et al.*, 2019).

A escovação dentária como um hábito de cuidado dotado de ludicidade e associação crítica a saúde da boca foi representado por crianças específicas, casos pontuais. As figuras 15 e 16 fazem referência a esta perspectiva.

Figura 15. O cuidado oral como saúde da boca



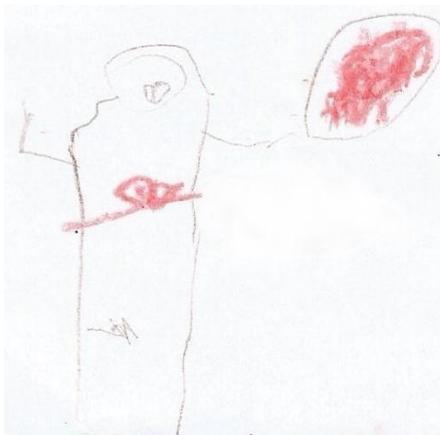
Fonte: Criança 10 (C10), 6 anos

“Esse é o dente limpo e esse é o dente sujo. A pasta e a escova. Essa gengiva de baixo fica preta. A escova e a pasta a gente tem que escovar até ficar bem limpo e a gente ir brincar e ele não ficar preto.” (C10)

A condição determinada para brincar é revelada pelo ato da escovação dental, demonstrando a fase lógico-racional e da energia libidinal próprias da idade da criança

10. O cuidado oral enquanto hábito instituído pode ser compreendido quando da distinção e associações do que é saudável ou doentio e dos elementos elencados na construção, um processo de cristalização no pensamento do sentido da boca saudável mantida pela prática rotineira analisada de forma crítica por C10, associando a saúde da boca.

Figura 16. O cuidado oral lúdico



Fonte: Criança 1 (C1), 5 anos

“Minha escova e minha garganta com um balão cheio de pasta.” (C1)

A ludicidade é apresentada pelo momento da escovação dentária, esboçando um hábito internalizado pela criança, quando ela relembra e remonta o efeito do creme dental na boca como um balão. A idade da criança, o método utilizado na realização da prática pelo cuidador e as experiências da criança com sua boca e dentes podem ter auxiliado a construir a associação da atividade da escovação de forma leve, contínua e positiva.

Sob essas perspectivas, os achados do estudo validam a importância de conhecer e distinguir a fase de desenvolvimento da criança para introdução e consolidação de hábitos orais saudáveis. Na fase do operatório concreto, o movimento para saúde seria facilitado pela disponibilidade de energia da criança e pela flexibilização de esquemas do pensamento, na construção e cristalização dos significados durante a realização das práticas de cuidado (XAVIER; NUNES, 2015). Neste sentido, utilizando-se de métodos por aprendizagem significativa, como por experiências, a educação em saúde bucal auxiliaria na condução do princípio de agitação (FOUCAULT, 2006).

O significado das experiências de vida, os recursos e estilos disponíveis para experienciá-las, quais recursos escolher para usar, é dependente da cultura, grau de compreensão de um dado problema ou situação aos quais os indivíduos ou coletivos foram expostos, podendo variar muito de situação para situação e em momentos diferentes de vida (ROUSSEAU *et al.*, 2013; LEMOS; VERÍSSIMO, 2020). Sendo que,

a partir da experiência e de cada exposição relacionada a esta, se tem a estruturação do SOC e do seu constructo, a cada novo contato com a mesma situação vivida, tem-se então uma fortificação do SOC (ANTONOVSKY, 1996).

Com o SOC em crianças sendo influenciado pelo senso de coerência dos cuidadores, ainda mais na necessidade de desenvolver habilidades e competências para o autocuidado, como na realização da escovação dentária supervisionada, o SOC de mães sofre os impactos mais diretamente enquanto recursos habilitadores de renda familiar e tipo de assistência odontológica. Para mães em vulnerabilidade social, atitudes e intensões quanto ao cuidado oral em crianças têm maior aderência aos hábitos de higiene do que a consulta odontológica (ELYASI *et al.*, 2020).

Tal perspectiva se assemelha às representações trazidas pelas crianças neste estudo, uma vez que a densidade do cuidado nos eixos familiares foi direcionada ao feminino, constituindo assim abordagem a ser aprofundada para a população estudada, como a frequência de consulta odontológica preventiva para criança e o grau do senso de coerência dos seus cuidadores.

Cuidadores

Os cuidadores representaram o cuidado oral como um hábito de remoção da sujidade. A remoção por escovação da sujidade dos dentes e por tratamento odontológico curativo garantiria a redução de bactérias e prevenção de doenças. A sujidade foi associada como causadora de deterioração da estrutura dental e o cuidado como alternativa para manutenção saudável.

“É arrancano algum dente que precisa e fazeno a limpeza. A limpeza é pra tirar o sujo do dente, alguma coisa que é preciso, que esteja preta, o canal, alguma obturação porque as veis fica umas coisa preta nos dente né? Pra furar o dente, ai o dentista já vai fazeno a limpeza, já diminui mais.” (T1)

“Tá se limpano, devido as bactéria, prevenir.” (M11)

*“É a gente ter aquela higiene **todo santo dia**, pela manhã, a mei dia, ao jantar. Três veis ao dia, aquela higiene nas gengiva dos dente da gente.” (A1)*

*“Escovar três veis ao dia e ter cuidado com a boca, **ZELO**” (A4)*

Os trechos acima exemplificam a representação do cuidado oral como ação de remoção da sujidade no corpo para prevenir doenças. A inserção do hábito de escovação envolvendo as gengivas foi demonstrada como prática higiênica relacionada ao modo de escovar e a regularidade da prática, a referência de uma ação sistemática contundente reforçada pela expressão “*todo santo dia*”.

A rotina de higiene oral também foi reforçada como mote carreador da representação do cuidado expressa no termo “Zelo”, dito em afirmação enfática e diretiva. Zelar pela boca, a significância do cuidar pra ter, manter o que é seu com preciosidade. A imagem do cuidado também esteve na dependência da ação do dentista sobre estruturas dentárias deterioradas pela sujidade do meio bucal, enquanto memória discursiva do discurso profissional, encrustado no pensamento dos sujeitos.

A dicotomia entre o conceito de cuidar e as práticas dos sujeitos enfatiza o poder coercitivo que as condições materiais exercem sobre as atividades humanas do modelo biomédico e odontológico, já tão apontado pelas ciências sociais como ineficaz em processos de saúde-doença-cuidado complexos. Ao que parece, o desafio entre alinhar a objetividade das estruturas sociais com a subjetividade das práticas individuais, enquanto valores, crenças, atitudes e intenções, ainda persistem (BARDAL *et al.*, 2006).

O açúcar também foi associado como causador de deterioração dental, sendo que a alimentação e o horário do banho foram colocados como condição para escovação, no sentido de remoção da sujidade e de rotinização. Alguns cuidadores elaboram o uso do fio dental e a consulta odontológica preventiva frequente enquanto discurso prescritivo, como pertencente as atividades de cuidado oral, como nos exemplos abaixo.

“Tem que escovar, escovar as três vezes ao dia, depois das refeições. Isso é importante! Passar fio dental né? Pra limpar bem! Fazer gargarejo né? Pra limpar bem”. (A2)

“Escovação, fio dental, ida no dentista de seis em seis mês e comer fruta, porque pra o dente estragado tem o doce né?” (M1)

Assim como no estudo de Abreu *et al.*, (2005), é possível que haja uma reinterpretção do discurso profissional que presta assistência à área da ESF quanto às normas de cuidado oral. A alimentação açucarada é imaginada em chicletes e balas como responsável pela “ação de quebra” dos dentes, levando a pensar em qual método educativo está sendo utilizado para realizar intervenções individuais e coletivas em saúde bucal para o público cuidador.

Entretanto, é diferente do encontrado por Qiu *et al.*, (2013) em estudo sobre o senso de coerência do cuidador e comportamentos em saúde bucal, onde o hábito de ingestão de alimentação açucarada pelas crianças foi mais frequente entre aquelas sob o cuidado das avós. No nosso estudo, as falas envolvendo a ingestão de doces foram relatadas entre as mães que mantinham vínculo fragilizado com os pais da criança, e não os que estavam sob cuidado das avós. Sugerindo que ambientes conflitantes auxiliam na modulação de práticas e hábitos saudáveis.

Sob a ótica do conceito da bucalidade, pela função erótica, Botazzo (2006) salienta que é como o que está dado na cultura, à satisfação e o gozo bucal esbarram na razão e no desejo, onde comemos o que não devemos ou o que certa racionalidade recomenda, sendo atravessado pelo psiquismo e pondo o sujeito em conflito consigo e com os outros.

Nas falas das avós, especificamente, também foram identificados métodos alternativos de higiene como cuidados em saúde bucal. As informações abaixo remontam a rotina de higienização da prótese dentária e realização de gargarejo por métodos baseados no senso comum, de herança cultural e que são percebidos como recursos gerenciáveis do cuidado, pelo potencial manipulável do evento pelo cuidador.

“Eu uso chapra, a superior e inferior. Eu tiro e escovo bem escovado, escaldo, lavo e coloco.” [A senhora escalda como?] - Eu boto água pra ferver, ai boto na vasilha, já é separada aquela vasilha, apropriada pra minha chapra. Ai eu escaldo, lavo novamente, ai coloco na boca.” (A1)

“Eu, por exemplo, gargarejo com vinagre, água e vinagre, e limão porque tenho problema de garganta e me sinto bem melhor fazendo todo dia, dificilmente eu não fazer. Faço somente isso e a escovação, porque eu não tenho dente sabe? É a dentadura, eu tiro ela, escovo fora e depois coloco.” (A2)

Assim como nós, Bortoli *et al.*, (2019) também destacam a preocupação de que as sociedades contemporâneas possuem potencial de transformar em ato biomédico ações e vivências de cuidado autóctone do ambiente familiar. Uma vez que essa transformação desvaloriza abordagens sobre o modo de viver relacionado ao processo saúde-doença-cuidado, reduzindo a capacidade de enfrentamento autônomo dos indivíduos.

De forma pontual, casos específicos entre os cuidadores, há a elaboração de um cuidado intrínseco a um estado de saúde e que para atingi-lo são necessários determinados métodos, como desenvolver o hábito da escovação dentária utilizando a ludicidade e fazendo uma crítica a técnicas prescritivas de cuidado oral.

“Deve ser o mais importante né? Porque os dente ele assimila muita coisa da gente. Já é parte da cabeça, com a mandíbula, ele afeta os ouvido, nariz, o olho. E creio que seja o essencial, depois do mental.” (M6)

*“Tem que ser diário, precisa ser diário né? Não só três vezes ao dia, como a gente costuma aprender, que são depois do almoço, depois do jantar. (...). E eu acho que a educação é tudo nesse sentido, ver seu pai, ver sua mãe tendo esse cuidado também, já é um processo de você **TAMBÉM** está indo pra o caminho da educação bucal. Quando a criança não tem isso em casa, de não ver o pai e a mãe escovando, ela também não vai escovar. É a influência né? Parte do influenciar. Trazer o lúdico, trazer a brincadeira para esse momento. (...)” (M10)*

Nos trechos acima o cuidado oral emerge como transversal à saúde, a consciência crítica dos sujeitos é percebida pela compreensibilidade, capacidade de compreender o evento; gerenciabilidade, percepção do potencial de manipulá-lo e significância, o significado que se dá a ele (ANTONOVSKY, 1996). Os dentes atrelados à personalização dos indivíduos e os modos de cuidar, expressos pelas mães, refletem o espaço singular do grau de escolaridade das mesmas e podem representar o princípio da agitação na constituição do cuidado si (FOUCAULT, 2006).

Para o modelo salutogênico, tais perspectivas se fazem importantes em função da fortificação do SOC no *continnum* para a saúde, admitindo que as pessoas percebendo seus recursos e suas habilidades em potencial, podem gerar saúde. Assim, a mudança de visão de um evento como positiva, auxilia no gerenciamento do estresse atrelado a ele e facilita escolhas saudáveis (ANTONOVSKY, 1996; QIU *et al.*, 2013).

Outro ponto de destaque é quanto aos fatores parentais no desenvolvimento de hábitos. Assim como apresentado pelos participantes desta pesquisa, estudos qualitativos reiteram que crianças sofrem influência dos hábitos de saúde bucal do cuidador, em função do tempo e interação social com ele, sugerindo que abordagens interventivas baseadas na família e na comunidade podem modelar comportamentos saudáveis (ARORA *et al.*, 2021; ABREU *et al.*, 2005; BARDAL *et al.*, 2006).

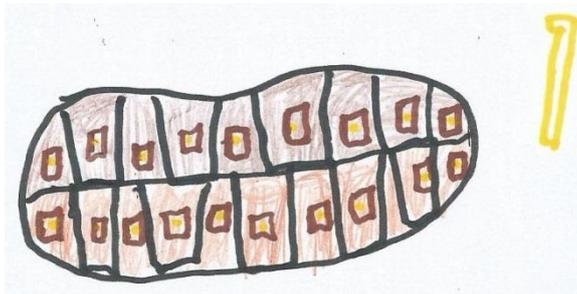
4.2 Representações da boca: como e ela é

Os participantes da pesquisa representam a boca como um estado dental, na perspectiva de desejos, sensações e experiências retidas na lembrança com o território corporal, e que se torna velado por aqueles que não o sentem. São ressaltados aspectos da condição dental como ideário de uma boca saudável, com o tratamento e a assistência odontológica como resolução e prevenção da condição de doença.

Criança

Nas representações da boca pelas crianças, o significado é atrelado aos dentes e lábios, desejos e idealizações para com eles, experiência de cárie e da perda do dente decíduo. Nas figuras 17 e 18, as representações de como as crianças imaginam e valorizam sua própria boca e dentes.

Figura 17. Dentes, desejos e idealizações da boca



Fonte: Criança 4 (C4), 9 anos

“É uma boca com aparelho e aqui é minha escova. Minha boca tem um aparelho porque eu queria ter um aparelho.” (C4)

A idealização do aparelho ortodôntico pode estar atrelada à necessidade de posse do dispositivo, sensação de pertencimento a um grupo, status ou de alinhamento dental pela criança 4, elaborando a ideia de uma boca com aspectos semelhantes à de outras crianças, denotando um caso de estigma ou mesmo de uma visão negativa da boca.

Assim como para Shihadeh *et al.*, (2020), quando analisaram quais fatores estão associados à visão negativa da boca de crianças por cuidadores. Na pesquisa, crianças que utilizaram dispositivos de sucção (dedo ou chupeta, por exemplo) na primeira infância tiveram a percepção negativa da boca pelos pais, uma vez que tais dispositivos podem ser preditores de mordida aberta anterior.

Figura 18. Experiência da perda do dente decíduo



Fonte: Criança 18 (C18), 6 anos

“Tem uma bolha aqui na minha boca, na hora que eu aperto dá uma dor de dente. Eu fiz um dente sem e depois outro dente sem, esse aqui eu tirei ali, na bodega, esse outro caiu sozinho. Quando cuspi saiu sangue, na minha língua apareceu um monte de bolinha de sangue.” (C18)

O detalhamento dos momentos em que houve a perda dos dentes por esfoliação fisiológica e as sensações da erupção dos dentes permanentes representam a experiência

sentida com o território bucal, própria da fase transitória de dentição mista, e de como ela ficou adensada no pensamento da criança.

O estranhamento das sensações por C18 pode revelar fraca comunicação criança-cuidador e compreensão das sensações e experiências vivenciadas na idade. Arora *et al.*, (2021) analisa cuidadores quanto ao papel dos dentes decíduos e observa pouca compreensão dos mesmos quanto a sua importância na manutenção da saúde bucal.

Diferentemente de Nations *et al.* (2008), em análise sobre o significado cultural do dente decíduo para cuidadoras em vulnerabilidade social no Ceará, que discutem a presença e reconhecimento por cuidadoras leigas sobre o tratamento de doenças etnodentárias na infância, dentes decíduos imbuídos de significado cultural e valor ritualístico, e que dor de dente experienciada motivam essas cuidadoras a procurar atendimento odontológico para crianças, apesar de enfrentar problemas e obstáculos estruturais assistenciais.

O que levanta a necessidade de explorar nas populações em vulnerabilidade social, principalmente aquelas que envolve o cuidado de crianças, quais representações sociais do órgão dental e sua significância enquanto formas de cuidado da boca eles possuem, no sentido de desvelar experiências e sensações de difícil percepção pelos sujeitos, que ocorrem no território bucal e que são complexas e de aspecto individual.

Cuidadores

Os cuidadores representam a boca como a presença e manutenção dos dentes, num estado dental sem dor e sujidade. O sentido da boca, quando relatado, é atrelado a dentes sem cárie e má oclusão ou a peças protéticas, que simulam a boca idealizada. A peça protética e a exodontia são avaliadas como processos resolutivos completos, pela remoção da dor dentária causada pela cárie.

“Bem cuidada! (riso envergonhado) Não tenho nenhuma cárie, nenhum dente furado, tinha dente torto, mas consertei. [Você já sentiu dor de dente?] Não! Eu não sei nem o que é dor de dente, graças a Deus eu não sei o que é não!” (M9)

“Parece até que é meu mesmo, sou tão acostumada que nem sinto que uso, tem muitos anos que eu uso. Não tenho mais nenhum, graças a Deus nenhum!” (A2)

“Eu tenho mais dente estragado. Acho ruim, muito ruim, mas não tem mau cheiro porque alimpo eles. Mas é péssimo né? Ficar banguela (risos)? Só que com dor a gente não quer saber, quer saber se tá arrancano. Eu senti essa diferença depois de arrancar, não pensei antes de ficar sem o dente, porque dor forte né? A pessoa pensa logo em arrancar.” (M1)

As entonações “rogando a Deus” evocam singularmente o pensamento direcionado à estrutura dental, em proximidade com a dor causada pela cárie, nas falas acima. As representações idealizam a boca com dentes, mas condicionam que dentes naturais irão invariavelmente desenvolver cárie.

Os cuidadores deste estudo demarcam processos de saúde-doença-cuidado característicos de um modelo biomédico odontocentrado numa área territorial coberta pela ESF. Leme *et al.*, (2019) observa que tais processos faz parte de uma prática odontológica “dentarizada” e operatória que desaparta dentes, boca, corpo e vida do seu objeto de cuidar.

As sensações da dor dentária e da preferência de um edentulismo a ter dentes que doem trazem as experiências do sofrimento com o órgão e da busca e aceitação por alternativas que mantêm a entropia bucal, mas não necessariamente capacidade bucal. Tal aspecto também está presente em Lucas *et al.*, (2014), sobre as sensações da dor dentária enquanto sofrimento que extrapola a capacidade de tolerância do ser humano, modelando suas ações e percepções sobre o evento.

As experiências e sensações da perda dentária também remeteram ao medo do tratamento odontológico e violência simbólica.

“Minha boca tá igual a caverna do dragão (risos), tudo destiorado. Eu fumei muito, por muitos anos, ai pronto. É muito triste, sempre tive medo de dentista. Essa vez foi quando eu tinha/tava no 4º ano. Eu estudava e tinha um consultório lá na [escola]. Eles iam na escola, faziam o exame e tiravam os dentes. Eu sempre me escondia, uma vez [...] não consegui sair e eles tiraram meus dente me segurando. Foi terrível [...]” (A6)

A representação da boca como uma estrutura deteriorada pela ação da cárie e do cigarro é refletida como uma ação passível de prevenção, de culpabilidade e resignação. O processo carioso, a assistência odontológica prestada e a dor atrelada a ele, enquanto eventos estressores, foram moduladores das ações com desfechos negativos como medo e mutilação.

Para os cuidadores deste estudo o tabagismo emerge como uma visão negativa para o estado dental, impedor da boa saúde dos dentes e que pode ser um indicativo positivo na construção de representações que o transformem em um agente impedor da boa saúde da boca, corpo e vida dos sujeitos.

Essas modulações podem conter as características que o edentulismo canalizou na população no decorrer do tempo, a própria história da profissão odontológica e o seu desenlace no Brasil. A perda dentária relaciona-se com componentes psíquicos e sociais, sua ausência pode tornar as pessoas vulneráveis a sentimentos de inferioridade, rejeição

e insegurança, promovendo falhas no constructo para a boa saúde (ABREU *et al.*, 2005; LEIRBAKK; TORPER; ENGBRETSSEN, 2018).

Para Nations e Nuto (2002), em estudo sobre conflitos entre profissionais dentistas e construções culturais, no interior do Ceará, por exemplo, o modelo biomédico odontológico é desvelado nas práticas profissionais e em o quanto esses entes contribuem para modelar as ações dos sujeitos no tocante à cárie.

As autoras citadas acima reforçam, assim como neste estudo, que o modelo expressado nas práticas de cuidado assistencial possuem foco na doença e muitas vezes viola atitudes, valores, sentimentos, ritmos e decências dos usuários em suas vidas e no seu cotidiano. Essa agressão simbólica muitas vezes provoca pessoas "não respondentes", revoltados ou mesmo com rejeição dos serviços ofertados (NATIONS; NUTO, 2002).

Além de não incrementar recursos de gerenciamento do cuidado, como autonomia, uma vez que há dificuldade de percepção na significância da importância da saúde bucal para a saúde geral do indivíduo. As representações sociais identificadas neste estudo sinalizam, com maior frequência de expressões, um modelo biomédico odontológico curativista e preventivista que traz dentre suas práticas, uma educação bancária, formando indivíduos reativos e não proativos aos sistemas e suas necessidades de saúde geral e individual.

Como no caso de M7, onde a relação indivíduo-boca não foi expressa verbalmente, causando estranhamento enquanto as funções primordiais da boca, que são exploradas desde o nascimento (BOTAZZO, 2006).

[Como você acha que é a sua boca?]

(fica pensativa, olha para baixo)

Nem sei (riso envergonhado)

[Já olhou no espelho?]

Fica um tempo em silêncio, pensando e depois balança a cabeça com sinal indicativo de não. (M7)

A não reapresentação sobre o sentido da boca por M7 pode traduzir-se no velamento dos processos bucais e das suas percepções, demonstrando baixo empoderamento sobre os mesmos. O velamento do território bucal denota a não exploração do corpo e o seu caráter de encobrimento, sob forte envolvimento de que, a construção social da visão do que é ou deve ser a boca e dentes, pode influenciar na elaboração do que se é, como sujeito e como tema importante para si e para sua saúde (ABREU *et al.*, 2005; ROUSSEAU *et al.*, 2013).

5 CONCLUSÃO

Os achados deste estudo revelam um modelo biomédico odontológico preventivista. O predomínio deste tipo de modelo reforça características focalizadas, não integradoras e de resolução dos problemas de saúde da população nos moldes causa-efeito, típicos da saúde pública. Assim, faz-se necessário investigar técnicas de cuidado dispostas por cuidadores distais à criança (como profissionais de saúde e educação), não contemplados na pesquisa, em busca de explorar práticas e percepções do cuidado em saúde bucal que promovam a construção de representações sociais condizentes com o modelo predominante, e que podem interferir na superação para modelos mais efetivos na produção da saúde, como os pertencentes ao paradigma da promoção da saúde.

Crianças em situação de vulnerabilidade elaboram representações sociais do cuidado em saúde bucal como uma atividade de higienização do corpo, de forma rotinizada ou coercitiva, em sua maioria. Foram observados aspectos próprios da fase de desenvolvimento da criança, como dentição mista, brincadeiras e esquemas racionais mais lógicos. Aspectos das experiências, desejos e idealizações em relação à boca foram refletidos por condicionamento da cárie, disfunção oclusal e fraco empoderamento.

Já os cuidadores, elaboram representações sociais do cuidado em saúde bucal como atividades normativas e prescritivas de ação no corpo. A prática de higiene oral é apresentada como uma ação preventiva e rotineira, com a remoção da sujidade como garantia de manutenção do corpo saudável, em sua maioria. A boca foi representada segundo o estado dental, com a cárie e seus desfechos negativos de dor e perda dentária como moduladores das ações e posições dos indivíduos em relação ao seu bem estar.

As relações em cuidado em saúde bucal entre as crianças e seus cuidadores são atravessadas por estruturas sociais que modelam a instituição de hábitos saudáveis nos sujeitos, tais como: a constituição familiar, gênero, renda, assistência odontológica e práticas alternativas de cuidado. A figura feminina é representada com maior densidade e proximidade à criança, sendo esta a principal responsável pela instituição e manutenção das práticas de cuidado.

Abordagens em ambientes com menor suporte de cuidados entre os sujeitos, mostram-se necessárias na modulação de representações sociais sobre a saúde individual e coletiva dos indivíduos. Estas abordagens podem ser um gradiente sensível a equidade, princípio doutrinador da ESF no SUS, e que pode sinalizar pontos tensionais de produção da saúde-doença-cuidado, na busca por capital psicológico e autônomos dos indivíduos e que, evolutivamente, pode auxiliar na promoção da saúde de populações vulneráveis.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. H. N. G.; PORDEUS, I. A.; MODENA, C. M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 245-259, 2005.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Investigação de Representações Sociais. In: TRINCA, W. (org.). **Forma de investigação clínica em Psicologia**. São Paulo: Vetor, 1997, p. 255-292.
- ALMEIDA, A. M. O. Abordagem Societal das Representações Sociais. **Sociedade e Estado**, v. 24, n. 3, p. 713-737, 2009.
- ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. **Health Promotion International**, v. 11, n. 1, p. 11-18, 1996.
- ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOV, T. N.; BASTOS, J. L.; FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C.; PERES, M. A. A saúde bucal na agenda de prioridades em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, [S.L.], p. 50-57, 2016.
- AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. Oral health care after the national policy on oral health: a case study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 239-248, 2015.
- ARANTES, R.; WELCH, J. R.; TAVARES, F. G.; FERREIRA, A. A.; VETTORE, M. V.; COIMBRA, C. E. A. Human ecological and social determinants of dental caries among the xavante indigenous people in central Brazil. **Plos One**, v. 13, n. 12, p. 1-20, 2018.
- ARORA, A.; LUCAS, D.; TO, M.; CHIMORIYA, R.; BHOLE, S.; TADAKAMADLA, S. K. *et al.* How do mothers living in socially deprived communities perceive oral health of young children? A qualitative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 3521, p. 1-18, 2021.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.
- BAGHDADI, Z.; JBARA, S. A.; MUHAJARINE, N. Children's drawing as a projective measure to understand their experiences of dental treatment under general anesthesia. **Children**, v. 73, n. 7, p. 1-33, 2020.
- BALDANI, M. H.; ROCHA, J. S.; FADEL, C. B.; NASCIMENTO, A. C.; ANTUNES, J. L. F.; MOYSÉS, S. J. Assessing the role of appropriate primary health care on the use of dental services by Brazilian low-income preschool children. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, [e00158116], 2017.
- BARDAL, P. A. P.; OLYMPIO, K. P. K.; VALLE, A. A. L.; TOMITA, N. E. Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 161-167, 2006.
- BARROS, R. S.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica. narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4337-4348, 2011.

BARRETO, K. A.; COLARES, V. The social status associated with dental experience among Brazilian children. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3913-3919, 2020.

BERTONI, L. M.; GALINKIN, A. L. Teoria e métodos em representações sociais. In: MORORÓ, L. P.; COUTO, M. E. S.; ASSIS, R. A. M. (ORGS). **Notas teórico metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias** [online]. Ilhéus, BA: EDITUS, 2017, p. 101-122. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/yjxdq/epub/mororo9788574554938.epub>. Acesso em 16 de novembro de 2021.

BENSUSAN, H., CARDOSO, T. R. Por uma metafísica de tramas, o mundo sem arché. **KRITERION**, [S/L], n. 125, p. 281-298, 2012.

BOING, A. F.; BASTOS, J. L.; PERES, K. G.; ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. I. Determinantes sociais da saúde e cárie dentária no Brasil: revisão sistemática da literatura no período de 1999 a 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, [suppl. 2], p. 102-115, 2014.

BORTOLI, F. R.; KOVALESKI, D. F.; MORETTI-PIRES, R. O. Medicalização social e bucalidade: a busca pela superação da técnica. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 67-72, 2019.

BOSI, M. L. M.; MACEDO, M. A. Anotações sobre a análise crítica de discurso em pesquisas qualitativas no campo da saúde. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, v. 14, n. 4, p. 423-432, 2014.

BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 7-17, 2006.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017. 38p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 dez. 2019. 172p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde – SAPS. Histórico de Cobertura Saúde da Família. **Informação e Gestão da Atenção Básica**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaA B.xhtml>. Acesso em 16 de novembro de 2021.

BRASIL. **Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

BRASIL. **Protocolos da atenção básica: saúde da criança**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116p.

BRONFENBRENNER, U. Toward an experimental ecology of human development. **American Psychologist**, 32, p. 513-531, 1977. Disponível em: <http://www.apa.org/pubs/index.aspx>. Acesso em: 27 de novembro de 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018.

CARNUT, L.; FAQUIM, J. Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 1, p. 62-70, 2014.

CASTRO, A. L. S. **Métodos para detectar cárie dentária em populações: conhecimento, utilização e análise comparativa**. 109f. 2017. Tese (Doutorado) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

CALVASINA, P.; O’CAMPO, P.; PONTES, M. M.; OLIVEIRA, J. B.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. The association of the Bolsa Família Program with children’s oral health in Brazil. **Bmc Public Health**, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2018.

CARNEIRO, C. O estudo de casos múltiplos: estratégia de pesquisa em psicanálise e educação. **Psicologia USP**, v. 29, n. 2, p. 314-321, 2018.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017.

CASOTI, E.; CARCERERI, D.; GOUVÊA, M. V.; FORTES, F. D. **Saúde Bucal no SUS: avanços, desafios e ameaças**. Texto Preparatório para o Abrascão 2018 (Online). Disponível em: <https://redeaps.org.br/>. Acesso em 20 de Novembro de 2020.

CELESTE, R. K.; FRITZELL, J. Do socioeconomic inequalities in pain, psychological distress and oral health increase or decrease over the life course? Evidence from Sweden over 43 years of follow-up. **Epidemiol Community Health**, v. 72, [S/L], p. 160–167, 2018.

CELESTE, R.K.; EYJÓLFSÓTTIR, H.S.; LENNARTSSON, C.; FRITZELL, J. Socioeconomic life course models and Oral Health: a longitudinal analysis. **Journal Of Dental Research**, v. 99, n. 3, p. 257-263, 2020.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 553-563, 2017.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Cuidados em saúde: sociabilidades cuidadoras e subjetividades emancipadoras. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, p. 1-11, 2018.

COSTA, S. M.; ADELÁRIO, A. K.; VASCONCELOS, M.; ABREU, M. H. N. G. Modelos Explicativos da Cárie Dentária: Do Organicista ao Ecológico. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integral**, v. 12, n. 2, p. 285-91, 2012.

CRUZ, M. C. C. **O conceito de cuidado à saúde**. 150f. 2009. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

DILLENBURG, A. I.; COSTAS, F. A. T.; SILVA, L. C.; WÜRFEL, R. F. Vulnerabilidade social e desenvolvimento infantil: um olhar a partir da teoria histórico cultural e da neurociência. **Revista Educação e Cultura Contemporânea (Online)**, v. 14, n. 36, 2017.

DUIJSTER, D.; LOVEREN, C. V.; DUSSELDORP, E.; VERRIPS, G. H. W. Modelling community, family, and individual determinants of childhood dental caries. **Eur. J. Oral Sci.**, v. 122, [S/L], p. 125–133, 2014.

DELORME, M. I. C. **Educação infantil 2: volume único**. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2010. 194p.

ELY, H. C.; ABEGG, C.; CELESTE, R. K.; PATTYSSI, M. P. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1607-1616, 2016.

ELYASI, M.; LAI, H.; MAJOR, P. W.; BAKER, S. R.; AMIN, M. Modeling the Theory of Planned Behaviour to predict adherence to preventive dental visits in preschool children. **Plos One**, v. 15, n. 1, p. 1-14, 2020.

ELYASI, M.; ABREU, L. G.; BADRI, P.; SALTAJI, H.; FLORES-MIR, C.; AMIN, M. Impact of sense of coherence on oral health behaviors: a systematic review. **Plos One**, v. 10, n. 8, [e0133918], 2015.

FDI- FEDERAÇÃO DENTAL INTERNACIONAL. **O desafio das doenças bucais - um apelo à ação global. Atlas da Saúde Oral**. 2ª ed. Genebra: Federação Dental Internacional (FDI), 2015.

FERNANDO, S.; TADAKAMADLA, S.K.; BAKR, M.; SCUFFHAM, P.A.; JOHNSON, N.W. Indicators of risk for dental caries in children: a holistic approach. **JDR Clin Trans Res**, v. 4, n. 4, p. 333-341, 2019.

FRAUCHES, M.; MONTEIRO, L.; RODRIGUES, S.; DIAS, C.; DINIZ, M. Association between children's perceptions of the dentist and dental

treatment and their oral health-related quality of life. **Eur Arch Paediatr Dent**, v. 19, n. 5, p. 321-329, 2018.

FERREIRA, A. A. A.; ALVES M. S. C. F. os sentidos da boca: um estudo de representações sociais com usuários dos serviços de saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 19-30, 2006.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes**. Porto Alegre: Penso, 2013. 256p.

FLYNN, P. M.; PETERSEN, A.; ENTINGER, J.; SHIRE, A. The Association of social determinants of health with somali refugee mother-child caries. **J Immigr Minor Health**, v. 23, n. 3, p. 615-623, 2020.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Redes de Atenção Primária e Psicossocial – CORAPP. **Área técnica de Saúde Bucal**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2021.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2018 – 2021**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2017, 167p.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. 2^o ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 661p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 27^a ed. Petrópolis: Vozes, 1987. 288p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 27^a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148p.

FRENCKEN, J. E.; AMORIM, R. G.; FABER, J.; LEAL, S. C. The Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST) index: rational and development. **Int Dent J.**, v. 61, n. 3, p. 117-123, 2011.

GARFINKEL, H. **Estudos de Etnometodologia**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2018.

GARRAFA, V.; MOYSES, S. J. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. **Divulg. saúde debate**, [S. L.], n. 13, p. 6-17, 1996.

GONÇALVES, A. T. P. Análise de conteúdo, análise do discurso e análise de conversação: estudo preliminar sobre diferenças conceituais e teórico-metodológicas. **Administração: ensino e pesquisa**, v. 17, n. 2, p. 275-300, 2016.

GOMES, M. C.; DUTRA, L. C.; COSTA, E. M. M. B.; PAIVA, S. M.; GRANVILLE-GARCIA, A. F.; MARTINS, C. C. Influence of sense of coherence on oral health-related quality of life: a systematic review. **Qual Life Res**, v. 27, n. 8, p. 1973-1983, 2018.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=29270&t=o-que-e>

Acesso em 25 de novembro de 2020.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama cidades**. Fortaleza, 2021. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>

Acesso em 16 de novembro de 2021.

IYDA, 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.

JOFFE, H. Social Representations and Health Psychology. **Social Science Information**, v. 41, n. 4, p. 559-580, 2002.

KUM, S. S.; NORTHBRIDGE, M. E.; METCALF, S. S. Using focus groups to design systems science models that promote oral health equity. **Bmc Oral Health**, v. 18, n. 1, p.1-11, 2018.

LEÃO, M. A. B. G.; SOUZA, Z. R.; CASTRO, M. A. C. D. Desenvolvimento Humano e teoria bioecológica: ensaio sobre “O contador de histórias”. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 2, p. 341-348, 2015.

LEIRBAKK, M. J.; TORPER, J.; ENGBRETSSEN, E.; OPSAHL, J. N.; ZEANAH, P.; MAGNUS, J. H. Formative research in the development of a salutogenic early intervention home visiting program integrated in public child health service in a multiethnic population in Norway. **Bmc Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2018.

LEME, P. A. T.; BASTOS, R. A.; TURATO, E. R.; MENEGHIM, M. C. A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n.1, [e290111], p. 2-19, 2019.

LEMOS, R. A.; VERÍSSIMO, M. L. Ó. R. Estratégias metodológicas para elaboração de material educativo: em foco a promoção do desenvolvimento de prematuros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 505-518, 2020.

LUCAS, S. D.; MATTOS, F. F.; MELO, J. A. C.; VASCONCELOS, M.; ABREU, M. H. N. G.; FERREIRA, N. E. Uso de metáforas para expressar a dor de dente: um estudo na área de antropologia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1933-1942, 2014.

MAFFIOLETTI, F.; VETTORE, M. V.; REBELO, M.; HERKRATH, F.; QUEIROZ, A.; HERKRATH, A. P., *et al.* Predisposing, enabling, and need characteristics of dental

services utilization among socially deprived schoolchildren. **J Public Health Dent**, v. 80, n. 2, p. 97-106, 2019.

MARÇAL, C. C. B.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; FERNANDES, G. C. M.; RUMOR, P. C. F.; OLIVEIRA, L. S. A salutogênese na pesquisa em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Uerj**, v. 26, [S.L.], p. 1-6, 2018.

MEDEIROS, C. V. F. Foucault e Heidegger: mestres do cuidado. **Dissertatio**, v. 45, [S/L], p. 131-148, 2017.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método, criatividade**. 26ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416p.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MITNICK, D.; DILLS, A.; SLEP, A. M. S.; HEYMAN, R. E.; GIRESI, J. Family influences on caries in Grenada. **Dentistry Journal**, v. 105, n. 8, p. 1-11, 2020.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. O SUS e a Política Nacional de Saúde Bucal. In: PEREIRA, A. C. e Colaboradores. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. São Paulo: Napoleão, 2013, p. 18-32.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; GARCIA, Y. F.; ARRUDA, D. C. Health paradigms, social representations of health and illness and their central nucleus. **Papers social representations**, v. 4, n. 2, p.1021-5573, 1995.

NATIONS, M. K.; NUTO, S. A. S. “Tooth worms”, povertytattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. **Social Science & Medicine**, v. 54, p. 229–244, 2002.

NATIONS, M. K.; CALVASINA, P. G.; MARTIN, M. N.; DIAS, H. F. Cultural significance of primary teeth for caregivers in Northeast Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 800-808, 2008.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A., HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na internet] (2017/Set). [Citado em 02/10/2018]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atencao-primaria-a-saude-bucalnobrasil-processo-de-trabalho-das-equipes-de-saude-bucal/16373?id=16373>

NOBRE, F. C.; CORRÊA, D. A.; NEPOMUCENO, L. H.; NOBRE, L. H. N.; SOUSA, A. J.; SIQUEIRA-FILHO, V. A amostragem na pesquisa de natureza científica em um campo multiparadigmático: peculiaridades do método qualitativo. **Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, v. 3, [S.L.], p. 157-166, 2017.

NORTHRIDGE, M. E.; KUMAR, A.; KAUR, R. Disparities in access to oral health care. **Annual Review Of Public Health**, v. 41, [S.L.], p. 513-535, 2020.

OLIVEIRA, D. C. A teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A. M. O. **Teoria das Representações Sociais**. 2ª ed. Brasília: Technopolitik, 2014. Cap. 19. p. 774-829. eBook/PDF disponível em:

<http://www.technopolitik.com.br/downloads/files/TRS50anos2aEdRevDez19r.pdf>.

Acesso em 20 de novembro de 2020.

PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. C.; DIAS, A. M. I.; CABRAL, L. A. Functional health literacy: reflections and concepts on its impact on the interaction among users, professionals and the health system. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 41, p. 301-14, 2012.

PEREIRA, A. C. **Saúde Coletiva: métodos preventivos para doenças bucais**. São Paulo, Editora Artes Médicas, 2013. 128p.

PEREIRA, S. E. F. N. **Crianças e adolescentes em contexto de vulnerabilidade social: articulação de redes em situação de abandono ou afastamento do convívio familiar**. [arquivo digital na internet] [citado em 2016/Ago.]. Disponível em: <http://acolhimentoemrede.org.br/>. Acesso em 23 de novembro de 2020.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. **Mental**, [S/L], n.17, [IX], p. 523-536, 2011.

PINTO, L. M.; SERPA, S.; CUSTÓDIO, N. B. O uso de desenhos como técnica projetiva em odontopediatria: revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 61, n. 2, p. 103-112, 2020.

PERES, M. A.; MACPHERSON, L. M. D.; WEYANT, R. J.; DALY, B.; VENTURELLI, R.; MATHUR, M. R.; et al. Oral diseases: a global public health challenge. **The Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 249-260, 2019.

PERES, M. A.; PERES, K. G.; THOMSON, W. M.; BROADBENT, J. M.; GIGANTE D. P.; HORTA, B. L. The influence of family income trajectories from birth to adulthood on adult oral health: findings from the 1982 Pelotas birth cohort. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 4, p. 730-736, 2011.

PETROLA, K. A. F.; BEZERRA, Í. B.; MENEZES, É. A.V.; CALVASINA, P.; SAINTRAIN, M. V. L.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. Provision of oral health care to children under seven covered by bolsa família program. Is this a reality? **Plos One**, v. 11, n. 8, [e0161244], 2016.

PITTS, N.; AMAECHI B.; NIEDERMAN R.; ACEVEDO A. M.; VIANNA R.; GANSS C. et al. Global oral health inequalities: dental caries task group-research agenda. **Adv Dent Res.**, v. 23, n. 2, p. 211-20, 2011.

PAULA, F. R.; MELLO, M. G. S. Centro de Especialidade Odontológica e Unidade Básica de Saúde: análise de Redes Sociais como estratégia de governança. **Vittalle – Revista de Ciências da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 53-63, 2019.

QIU, R. M.; WONG, M. C. M.; LO, E. C. M.; LIN, H. C. Relationship between children's oral health-related behaviors and their caregiver's sense of coherence. **BMC Public Health**, v. 239, n. 13, p. 1-7, 2013.

ROBERTO, L. L.; NORONHA, D. D.; SOUZA, T. O.; MIRANDA, E. J. P.; MARTINS, A. M. E. B. L.; PAULA, A. M. B.; et al. Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 823-835, 2018.

ROUSSEAU, N.; STEELE, J.; MAY, C.; EXLEY, C. 'Your whole life is lived through your teeth': biographical disruption and experiences of tooth loss and replacement. **Sociology Of Health & Illness**, v. 36, n. 3, p. 462-476, 2013.

RUBIN, M. S.; CLOUSTON, S. A. P.; EDELSTEIN, B. L. Small-area socioeconomic status and children's oral health in a safety-net care delivery setting. **J Public Health Dent**, v. 81, [S/L], p. 3-11, 2020.

SANTOS, L. M.; NORO, L. R. A.; RONCALLI, A. G.; TEIXEIRA, A. K. M. Autopercepção sobre saúde bucal e sua relação com utilização de serviços e prevalência de dor de dente. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 2, p. 14-27, 2016.

SHIHADDEH, K.; MACIEL, R. R.; OLIVEIRA, D. D.; BAVARESCO, C. S.; RESTON, E. G.; MOURA, F. R. R. Parents' perceptions and related factors of the oral health status of Brazilian children enrolled in public preschools. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 22, n. 4, p. 553-559, 2020.

SILVA, A. M.; HEGDE, S.; NWAGBARA, B. A.; CALACHE, H.; GUSSY, M. G.; NASSER, M.; et al. Community-based population-level interventions for promoting child oral health. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [S.L.], p. 1-189, 2016.

SILVA, V. O.; DANELON, M.; OLIVEIRA, M. A. F.; TAVELLA E SILVA, N. C.; ROQUE, E. M. S. T. Percepção materna sobre qualidade de vida de crianças portadoras de cárie na primeira infância: um estudo piloto. **Arch Health Invest**, v. 9, n.4, p. 355-361, 2020.

SILVESTRE, J. A. C.; AGUIAR, A. S. W.; TEIXEIRA, E. H. Do Brasil sem Dentes ao Brasil Sorridente: Um Resgate Histórico das Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil. **Cadernos ESP - Ceará**, v. 7, n. 2, p. 28-39, 2013.

SLAVICH, G. M. Social Safety Theory: A Biologically Based Evolutionary Perspective on Life Stress, Health, and Behavior. **Annual Review Of Clinical Psychology**, v. 16, n. 19, p. 1-31, 2020.

TEIXEIRA, A. K. M.; RONCALLI, A. G.; NORO, L. R. A. Factors related to the dental caries incidence in youth: a cohort study in Brazilian Northeastern. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3871-3878, 2016.

TOMAZONI, F.; VETTORE, M. V.; MENDES, F. M.; ARDENGHI, T. M. The association between sense of coherence and dental caries in low-social status schoolchildren. **Caries Research**, v. 53, n. 3, p. 314-321, 2019.

TORRIANI, D. D.; GOETTEMMS, M. L.; CADEMARTORI, M. G.; FERNANDEZ, R. R.; BUSSOLETTI, D. M. Representation of dental care and oral health in children's drawings. **Br Dent J**, v. 216, n. 12, p.1-5, 2014.

TRINCA, W. (org.). **Forma de investigação clínica em Psicologia**. São Paulo: Vetor, 1997.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **30 anos da convenção sobre os direitos da criança: avanços e desafios para meninas e meninos no Brasil**. Coordenação editorial Elisa Meireles Reis... [et al.]. São Paulo: UNICEF, 2019.

UNICEF- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Trajetórias Interrompidas - Homicídios na adolescência em Fortaleza e em seis municípios do Ceará**. Fortaleza: UNICEF, 2017.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D.; CARVALHO, C. C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J. G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VASCONCELOS, F. G. G.; GONDIM, B. L. C.; RODRIGUES, L. V.; LIMA-NETO, E. A.; VALENÇA, A. M. G. Evolução dos Índices CEO-D/CPO-D e de Cuidados Odontológicos em Crianças e Adolescentes com Base no SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 4, p. 333-340, 2018.

WHO. **A Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde; 21 de novembro de 1986.

WHO. **A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI**. Jacarta, República de Indonésia: Organização Mundial da Saúde, 1997.

WHO. **Encontro global da OMS para acelerar o progresso na meta 3.4 do ODS sobre doenças não transmissíveis e saúde mental**. Omã: Relatório da Reunião; 2019. Disponível em <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>. Acesso em 12 de novembro de 2020.

WHO. **Manual escolar de educação em habilidades para a vida: prevenção de doenças não transmissíveis - Introdução**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020a. Disponível em <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>. Acesso em 12 de novembro de 2020.

WHO. **Manual escolar de educação para a vida: prevenção de doenças não transmissíveis: abordagens para as escolas**. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2020b.

WATT, R. G.; DALY, B.; ALLISON, P.; MACPHERSON, L. M. D.; VENTURELLI, R.; LISTL, S.; *et al.* Ending the neglect of global oral health: time for radical action. **The Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 261-272, 2019.

XAVIER, A. S.; NUNES, A. I. B. L. **Psicologia do Desenvolvimento**. 4^a ed. Revi. e ampli. EdUECE, Fortaleza, 2015. 162p.

APÊNDICE A**GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Guia qualitativo para direcionar observação sobre o cuidado em saúde bucal de crianças em vulnerabilidade.

Nome entrevistador: _____

Entrevista: Nº ___ Data: _____ Horário: ___ Duração: _____

Sessão 1. Informações pessoais**Informações pessoais sobre o entrevistado:**

1.1 Idade e sexo:

1.2 Nível de instrução:

1.3 Renda autodeclarada:

1.4 Etnia:

1.5 Parentesco:

1.6 Composição familiar:

1.7 Como você pensa que deve ser o cuidado da boca?

1.8 Como você pratica o autocuidado oral?

1.9 Como você descreve sua boca?

Informações local de residência:

1.9 Cidade e Estado com localização/Comunidade (urbana/periurbana/rural):

1.10 Acesso : água, transporte, luz elétrica:

Informações pais, responsáveis e cuidados da criança:

1.11 Como você descreve a rotina de autocuidado da criança?

1.12 Como você descreve o cuidado oral da criança?

1.13 Conte alguma experiência sua ou da criança sobre o cuidado da boca.

APÊNDICE B**DESENHO HISTÓRIA COM TEMA**

Nome _____ Data de Nascimento: _____

Sexo: () masculino () feminino Idade: _____

Desenhar e contar a experiência da ida ao dentista (se já foi alguma vez) e de como vê a sua boca. Colocar *“o que está vindo a sua cabeça”*.

1. Como é a sua boca? E como você cuida dela?
2. Já foi ao dentista? Como foi?

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFC - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ / 

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações do cuidado odontológico de crianças em vulnerabilidade numa cidade do nordeste do Brasil

Pesquisador: PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45167221.0.0000.0064

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.051.054

Apresentação do Projeto:

O cuidado odontológico com foco na integralidade e alfabetização em saúde de crianças em vulnerabilidade auditiva e desenvolver indivíduos com uma maior consciência de si e da própria boca. A cárie em crianças é um problema de saúde pública que apresenta alta prevalência, com impactos negativos em indivíduos e famílias, pela ocorrência de dor, deficiência no tratamento e perda dentária. Assim, o objetivo da pesquisa é analisar as representações sociais do cuidado odontológico de sujeitos cuidadores e suas crianças em situação de vulnerabilidade. É uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória, com crianças entre 6 e 12 anos em situação de vulnerabilidade social e seus respectivos cuidadores numa cidade do nordeste do Brasil, o período será de abril a dezembro de 2021 com termos de aceitação pactuados. Serão excluídos aqueles sujeitos fora da sequência incremental do estudo e que apresentarem alguma necessidade especial que impossibilite a participação. A amostragem da pesquisa será não probabilística em bola de neve do tipo linear com captação direta em território. A estrutura das amostras se dará no formato de cadeias a partir das crianças núcleo em cuidado, sendo definida por contraste-saturação. A cadeia 1 (C1) conterá 4 crianças núcleo, seguidas das cadeias 2 (C2), 3

Endereço: Rua Cel. Nunes da Melo, 1930
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 61.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comape@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ / 

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as representações sociais que sujeitos cuidadores e crianças em situação de vulnerabilidade possuem acerca do cuidado em saúde bucal numa cidade do nordeste do Brasil.

Objetivo Secundário:

Identificar práticas, frequências e tipos de acesso ao cuidado odontológico, além de relacionar com os possíveis recursos simbólicos, de autonomia e autogestão do processo saúde/doença-cuidado sob as influências dos determinantes sociais de saúde. A captação dos sujeitos em território será somente após apreciação favorável do comitê de ética em pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as representações sociais que sujeitos cuidadores e crianças em situação de vulnerabilidade possuem acerca do cuidado em saúde bucal numa cidade do nordeste do Brasil.

Objetivo Secundário:

Identificar práticas, frequências e tipos de acesso ao cuidado odontológico, além de relacionar com os possíveis recursos simbólicos, de autonomia e autogestão do processo saúde/doença-cuidado sob as influências dos determinantes sociais de saúde. A captação dos sujeitos em território será somente após apreciação favorável do comitê de ética em pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as representações sociais que sujeitos cuidadores e crianças em situação de vulnerabilidade possuem acerca do cuidado em saúde bucal numa cidade do nordeste do Brasil.

Objetivo Secundário:

Identificar práticas, frequências e tipos de acesso ao cuidado odontológico, além de relacionar com os possíveis recursos simbólicos, de autonomia e autogestão do processo saúde/doença-cuidado sob as influências dos determinantes sociais de saúde. A captação dos sujeitos em território será somente após apreciação favorável do comitê de ética em pesquisa.

Endereço: Rua Cel. Nunes da Melo, 1930
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 61.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comape@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ / 

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações do cuidado odontológico de crianças em vulnerabilidade numa cidade do nordeste do Brasil

Pesquisador: PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45167221.0.0000.0064

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.051.054

Apresentação do Projeto:

O cuidado odontológico com foco na integralidade e alfabetização em saúde de crianças em vulnerabilidade auditiva e desenvolver indivíduos com uma maior consciência de si e da própria boca. A cárie em crianças é um problema de saúde pública que apresenta alta prevalência, com impactos negativos em indivíduos e famílias, pela ocorrência de dor, deficiência no tratamento e perda dentária. Assim, o objetivo da pesquisa é analisar as representações sociais do cuidado odontológico de sujeitos cuidadores e suas crianças em situação de vulnerabilidade. É uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória, com crianças entre 6 e 12 anos em situação de vulnerabilidade social e seus respectivos cuidadores numa cidade do nordeste do Brasil, o período será de abril a dezembro de 2021 com termos de aceitação pactuados. Serão excluídos aqueles sujeitos fora da sequência incremental do estudo e que apresentarem alguma necessidade especial que impossibilite a participação. A amostragem da pesquisa será não probabilística em bola de neve do tipo linear com captação direta em território. A estrutura das amostras se dará no formato de cadeias a partir das crianças núcleo em cuidado, sendo definida por contraste-saturação. A cadeia 1 (C1) conterá 4 crianças núcleo, seguidas das cadeias 2 (C2), 3

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PIB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1703606.pdf	31/03/2021 09:58:11	PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuancia_CDFAM.pdf	31/03/2021 09:57:39	PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_COEPPP.pdf	31/03/2021 09:53:50	PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_Asp.pdf	30/03/2021 18:18:23	PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO.pdf	30/03/2021 16:15:28	PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONCENTIMENTO_2.pdf	30/03/2021 16:14:32	PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONCENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO_1.pdf	30/03/2021 16:13:28	PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes da Melo, 1930
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 61.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comape@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ / 

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Condição do Parecer: 4.051.054

Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONCENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO_1.pdf	30/03/2021 16:13:28	PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE	Aceito
Organograma	ORGANograma.pdf <td>30/03/2021 15:07:09 <td>PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE <td>Aceito</td> </td></td>	30/03/2021 15:07:09 <td>PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE <td>Aceito</td> </td>	PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE <td>Aceito</td>	Aceito
Declaração de concordância	CONCORDANCIA.pdf <td>30/03/2021 15:05:36 <td>PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE <td>Aceito</td> </td></td>	30/03/2021 15:05:36 <td>PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE <td>Aceito</td> </td>	PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE <td>Aceito</td>	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf <td>30/03/2021 15:03:34 <td>PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE <td>Aceito</td> </td></td>	30/03/2021 15:03:34 <td>PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE <td>Aceito</td> </td>	PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE <td>Aceito</td>	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_.pdf <td>30/03/2021 14:58:20 <td>PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE <td>Aceito</td> </td></td>	30/03/2021 14:58:20 <td>PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE <td>Aceito</td> </td>	PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE <td>Aceito</td>	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 15 de Abril de 2021

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes da Melo, 1930
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 61.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comape@ufc.br

ANEXO B

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA



Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que, ciente dos objetivos e dos procedimentos metodológicos do Projeto de Pesquisa "REPRESENTAÇÕES DO CUIDADO ODONTOLÓGICO DE CRIANÇAS EM VULNERABILIDADE NUMA CIDADE DO NORDESTE DO BRASIL", sob a responsabilidade da pesquisadora **PATRÍCIA SOARES CAVALCANTE** do **MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA** da **UFC**, sob a orientação do Professor **DR. RICARDO HUGO GONZALEZ**, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento nas dependências da **COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES III** na UAPS professor Gilmário Mourão, da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza, durante o período de **ABRIL A DEZEMBRO/2021** não havendo qualquer despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento de todas as normas e requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, notadamente da Resolução CNS/MS nº 466/2012, e das disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

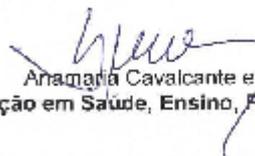
O (s) pesquisador (es) acima qualificado (s) se comprometem a obedecerem às disposições éticas de utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; e a salvaguardarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição.

Informamos ainda que o projeto somente poderá ser iniciado nesta Instituição mediante apresentação do Parecer Consubstanciado, devidamente aprovado e emitido por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado pelo Sistema CEP/CONEP.

Após a defesa do estudo, o (s) pesquisador (es) deverá (ão) enviar a versão final da pesquisa (em PDF), para o e-mail: ceppes.sms@gmail.com, ficando ciente(s) de que a COEPP/SMS poderá solicitar a apresentação oral dos resultados para técnicos, gestores e/ou sujeitos da referida pesquisa.

No caso do não cumprimento, há liberdade para retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em penalização alguma.

Fortaleza, 06 de abril de 2021


Anamaria Cavalcante e Silva

Coordenadora de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

ANEXO C

**FICHA DE CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL
DE CRIANÇAS – INSTRUMENTO CAST**

Examinador _____ Data exame: _____ Local do exame: _____

Nome _____ Data de Nascimento: _____

Sexo: () masculino () feminino Idade: _____ Grupo étnico: _____

Anos na escola: _____ Comunidade/localização geográfica: _____

Exame extra-oral _____

	18	17	16	15	14	13	12	11
M								
O								
D								
V								
L								

	21	22	23	24	25	26	27	28	
									M
									O
									D
									V
									L

	48	47	46	45	44	43	42	41
M								
O								
D								
V								
L								

	31	32	33	34	35	36	37	38	
									M
									O
									D
									V
									L

	55	54	53	52	51
M					
O					
D					
V					
L					

	61	62	63	64	65	
						M
						O
						D
						V
						L

	85	84	83	82	81
M					
O					
D					
V					
L					

	71	72	73	74	75	
						M
						O
						D
						V
						L

Continuação Instrumento CASTFRENNCKEN, HILGERT, BRONKHORST *et al.*, (2015)

Código	Característica	Descrição
0	Hígido	Não há evidência visível de uma lesão nítida de cárie.
1	Selante	Fóssulas e/ou fissuras estão ao menos parcialmente cobertas por um material selante.
2	Restauração	A cavidade está restaurada com um material restaurador direto ou indireto.
3	Esmalte	Nítida mudança visual no esmalte, somente. Uma descoloração relacionada à cárie é visível, podendo ou não apresentar quebra localizada de esmalte.
4	Dentina	Descoloração interna em dentina relacionada à cárie. A dentina descolorida é visível através do esmalte, que pode ou não apresentar quebra localizada.
5	Dentina	Cavitação nítida em dentina. A câmara pulpar está preservada.
6	Polpa	Envolvimento pulpar. Cavitação evidente envolvendo a câmara pulpar ou somente a presença de restos Radiculares.
7	Abscesso/Fístula	Presença de uma tumefação contendo pus ou um conduto de liberação de pus relacionado à um dente com envolvimento pulpar.
8	Perdido	O dente foi removido devido à cárie dentária.
9	Outros	Não corresponde às demais descrições