**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**A saúde bucal da criança na primeira infância: o olhar do cuidador
familiar**

Célia Mara Garcia de Lima

**Ribeirão Preto
2007**

CÉLIA MARA GARCIA DE LIMA

A saúde bucal da criança na primeira infância: o olhar do cuidador familiar

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Inserida na linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Lima, Célia Mara Garcia de

A saúde bucal da criança na primeira infância: o olhar do cuidador familiar. Ribeirão Preto, 2007.

208 p.: il.; 30cm

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

1. Saúde Bucal. 2. Vulnerabilidade. 3. Cuidado em Saúde. 4. Criança.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Célia Mara Garcia de Lima

A saúde bucal da criança na primeira infância: o olhar do cuidador familiar

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Inserida na linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. José Ricardo C. M. Ayres
Faculdade de Medicina-USP

Assinatura: _____

Profª. Dra. Marlívia G. C. Watanabe
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto-USP

Assinatura: _____

Profª. Dra. Semiramis Melani Melo Rocha
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Assinatura: _____

Profª. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete
Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Ru e Mama;

A minhas irmãs, Rê, Sônia, Ceres e Cris;

Aos meus cunhados, Tio Bê, David e Serginho e

Aos meus sobrinhos, Ju, Fê, Dudu, Alininha, Anavi

Minha experiência de amor e de cuidado.

*Se tiverdes fé como um grão de mostarda, direis a este monte: Passa daqui para acolá, e ele
passará. Nada vos será impossível.*

Mateus 17:20

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha pela orientação, confiança, estímulo e, sobretudo, pela amizade e afeto.

Ao Prof. Dr. José Ricardo C. M. Ayres pela enorme colaboração na construção da pesquisa e pelas oportunidades de aprendizado.

À Profa. Dra. Marlívia Gonçalves de Carvalho Watanabe pelo carinho e contribuição durante toda a elaboração da pesquisa.

À Profa. Dra. Semiramis Melani Melo Rocha pelas contribuições dadas a este estudo.

À Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete pela atenção e pelas valiosas sugestões.

À Rê e a Cris pelos “palpites” e, principalmente, pelo exemplo de pesquisadoras.

À Lucinha, minha Madrinha, Amiga de todas as caminhadas, agradeço a sua preciosa e carinhosa ajuda, você foi demais!

À Glória, parceira de discussão e Amiga do coração.

A todas as famílias que se dispuseram a partilhar suas experiências e sentimentos.

Exageros de mãe

... já te disse mais de mil vezes que não quero ver você descalço. Nunca vi uma criança tão suja em toda minha vida. Quando teu pai chegar você vai morrer de tanto apanhar. Oh meu Deus do céu, esse menino me deixa completamente maluca. Estou aqui há mais de um século esperando e o senhor não vem tomar banho. Se você fizer isso outra vez nunca mais me sai de casa. Pois é, não come nada: é por isso que está aí com o esqueleto à mostra. Se te pegar outra vez mexendo no açucareiro, te corto a mão. Oh, meu Deus, eu sou a mulher mais infeliz do mundo. Não chora desse jeito que você vai acordar o prédio inteiro. Você pensa que seu pai só trabalha pra você chupar Chica-Bon? Mas, furou de novo o sapato: você acha que seu pai é dono de sapataria, pra lhe dar um sapato novo todo dia? Onde é que você se sujou dessa maneira: acabei de lhe botar essa roupa não faz cinco minutos! Passei a noite toda acordada com o choro dele. Eu juro que um dia eu largo isso tudo e nunca mais ninguém me vê. Não se passa um dia que eu não tenha que dizer a mesma coisa. Não quero mais ver você brincando com esses moleques, esta é a última vez que estou lhe avisando.

Millôr Fernandes

Texto extraído do livro "10 em Humor". Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 1968. p. 15.

RESUMO

Lima, C.M.G. A saúde bucal da criança na primeira infância: o olhar do cuidador familiar. Ribeirão Preto, 2007. 208p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Este estudo teve como objetivo compreender as experiências do cuidador familiar de crianças na primeira infância, relativas ao cuidado à saúde bucal, e identificar em seu cotidiano os elementos que interferem nesse cuidado. O quadro teórico da vulnerabilidade foi escolhido para qualificar o cuidado em saúde. O substrato empírico consistiu em doze entrevistas gravadas com cuidadores familiares de crianças menores de seis anos, moradoras do Distrito de Saúde Leste no município de Ribeirão Preto-SP. Complementar à entrevista utilizaram-se a estratégia de observação e a pesquisa aos prontuários das crianças. A partir da abordagem qualitativa, apoiada na perspectiva hermenêutica, o material empírico foi interpretado e discutido. Identificaram-se cinco categorias empíricas: quem são os cuidadores, as crianças e suas famílias; os significados do cuidado à saúde bucal; as interações no cuidado à saúde bucal da criança; em busca das causas e da prevenção do adoecimento bucal e a realidade dos serviços de saúde e da odontologia. A análise permitiu apreender a vulnerabilidade da criança ao adoecimento bucal por meio da identificação de outros elementos, que não biológicos, presentes no cotidiano dos cuidadores familiares que potencializam sua vulnerabilidade ou protegem-na do adoecer, de acordo com a dinamicidade e a complexidade com que interagem. As experiências dos cuidadores trouxeram contribuições para a revisão das estratégias de prevenção e de promoção à saúde bucal, até então, voltadas para o enfoque do risco e responsabilização individual, fornecendo elementos para auxiliar os serviços de saúde a reorganizarem o cuidado à saúde bucal de crianças na primeira infância. Se de fato se deseja contribuir para a atenção integral à saúde da criança, deve-se, em conjunto com as demais áreas do conhecimento e prática, voltar para outras dimensões da existência humana. Mostra-se imprescindível o reconhecimento do Outro na sua singularidade, respeitando suas vivências e sentimentos e buscando, por meio de escolhas compartilhadas e responsáveis, o verdadeiro encontro que é o sentido essencial do cuidado.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Vulnerabilidade; Cuidado em Saúde; Criança

ABSTRACT

Lima, C.M.G. Oral health children in early childhood: the look of family caregivers. Ribeirão Preto, 2007. 208p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing.

This study aimed to understand the experiences of family caregivers of children in early childhood related to oral health care, and to identify in their daily lives the elements that interfere in this care. The empirical base consisted of twelve interviews with family caregivers of children under the age of six, living in the Eastern Health District of Ribeirão Preto-SP, which were tape-recorded. In addition to the interview, observation and search in the children's patient files were used as strategies. Based on the qualitative approach, supported by the hermeneutical perspective, the empirical material was interpreted and discussed. Five empirical categories were identified: who are the caregivers, the children and their families; the family caregivers'; the meanings of oral health care; the interactions in care for the child's oral health; in search of the causes and prevention of oral diseases and the actuality of health services and of dentistry. The analysis made it possible to apprehend the child's vulnerability to oral diseases by identifying other than biological elements, present in the daily life of family caregivers which increase their vulnerability or protect them from disease, according to the dynamics and complexity of their interaction. The caregivers' experiences contributed to the revision of oral health prevention and promotion strategies, which had been directed at the focus of risk and individual accountability until then, providing elements to help health services to reorganize oral health care for children in early childhood. Thus, with a view to an actual contribution to comprehensive care for children's health, together with other knowledge and practice areas, attention should be directed at other dimensions of human existence. Acknowledging the Other in his/her singularity reveals to be essential, respecting his/her experiences and feelings and searching, through shared and responsible choices, the true meeting, which is the essential meaning of care.

Key words: Oral Health; Vulnerability; Health Care; Child

RESUMEN

Lima, CMG. La salud bucal del niño en la primera infancia: una mirada del cuidador familiar. Ribeirão Preto, 2007. 208p. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo.

Este estudio tuvo por objetivo comprender las experiencias del cuidador familiar de niños en la primera infancia, relativo al cuidado de la salud bucal e identificar en su cotidiano los elementos que interfieren en ese cuidado. El cuadro teórico de vulnerabilidad fue escogido para calificar el cuidado en salud. El substrato empírico consistió en doce entrevistas gravadas a los cuidadores familiares de niños menores de seis años, que viven en el Distrito de Salud Este en la Municipalidad de Ribeirão Preto-SP. Complementando la entrevista se utilizaron la estrategia de observación y la investigación de las historias clínicas de los niños. A partir del abordaje cualitativo, apoyado en la perspectiva hermenéutica, el material empírico fue interpretado y discutido. Se identificaron cinco categorías empíricas: quienes son los cuidadores, los niños y sus familias; los significados del cuidado a la salud bucal; las interacciones en el cuidado a la salud bucal del niño; en busca de las causas y de la prevención de enfermedades bucales y la realidad de los servicios de salud y de la odontología. El análisis permitió aprehender la vulnerabilidad del niño a las enfermedades bucales por medio de la identificación de otros elementos, no biológicos, presentes en el cotidiano de los cuidadores familiares que lo torna potencial a su vulnerabilidad o las protegen de enfermar de acuerdo con la dinámica y la complejidad en que interactúan. Las experiencias de los cuidadores traen contribuciones para la revisión de las estrategias de prevención y promoción a la salud bucal, hasta entonces, re-encaminadas para el enfoque de riesgo y responsabilidad individual, forneciendo subsidios para auxiliar los servicios de salud y reorganizar el cuidado a la salud bucal de niños en la primera infancia. Así, de hecho se desea contribuir para la atención integral a la salud del niño, se debe en conjunto con las demás áreas de conocimiento y práctica, conducirse para otras dimensiones de la existencia humana. Se muestra imprescindible el reconocimiento del otro en su singularidad, respetando sus vivencias y sentimientos y buscando por medio de opciones compartidas y responsables, el verdadero encuentro que es el sentido esencial del cuidado.

Palabras-claves: Salud Bucal; Vulnerabilidad; Cuidado en Salud; Niño

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comparação entre as metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000 e 2010 com relação à cárie dentária, para a idade de cinco anos e os resultados do Projeto SB Brasil. Brasil 2003.....	29
Quadro 2 – Dados populacionais do Distrito de Saúde Leste do município de Ribeirão Preto, 2003.....	64
Quadro 3 – Número de instituições existentes nos distritos de saúde. Ribeirão Preto, 2003..	64
Quadro 4 – Participantes do estudo, segundo composição familiar, idade e escolaridade do entrevistado e atividade profissional dos membros da família.....	72
Quadro 5 – Distribuição dos domicílios particulares permanentes, segundo o tipo de instalação sanitária. Ribeirão Preto, 2003.....	206
Quadro 6 – Distribuição dos chefes de domicílios particulares permanentes, segundo os anos de estudo. Ribeirão Preto, 2003.....	206
Quadro 7 – Distribuição dos chefes de domicílios particulares permanentes, segundo o rendimento em número de salários mínimos. Ribeirão Preto, 2003.....	206
Quadro 8 – Distribuição dos domicílios particulares permanentes, segundo o tipo de abastecimento de água. Ribeirão Preto, 2003.....	207

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População brasileira residente, segundo idade, Brasil 2000.....	19
Tabela 2 – Médias dos componentes do índice ceo-d na faixa etária de 18 a 36 meses e aos cinco anos, segundo macrorregião. Brasil 2003.....	28
Tabela 3 – Composição percentual do índice ceo-d na faixa etária de 18 a 36 meses e aos cinco anos, segundo macrorregião. Brasil, 2003.....	28
Tabela 4 – Número de crianças examinadas, ceo-d e percentual livre de cárie, por faixa etária, Ribeirão Preto-SP, 2002.....	61

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Representação gráfica do mapa do município de Ribeirão Preto-SP, segundo distrito de saúde, unidade de saúde e área de abrangência, 2006.....	63
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP: American Academy of Pediatrics
AAPD: American Academy of Pediatric Dentistry
APAE: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
ACS: Agente Comunitário de Saúde
ACD: Auxiliar de Consultório Dentário
AUQEI: Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad: Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Droga
CDC: Centers for Disease Control and Prevention
CEI: Centro Educacional Infantil
CEO: Centro de Especialidade Odontológica
COP: Centro Odontológico de Pediatria
DAERP: Departamento de Água e Esgoto de Ribeirão Preto
DIR: Direções Regionais de Saúde
ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente
ECC: Early Childhood Caries
EMEI: Escola Municipal de Educação Infantil
EMEF: Escola Municipal de Ensino Fundamental
EMEFEM: Escola Municipal de Ensino Fundamental e Médio
ESB: Equipe de Saúde Bucal
ESF: Equipe de Saúde da Família
EUA: Estados Unidos da América
FDI: Federação Dentária Internacional
GPSM: Gestão Plena do Sistema Municipal da Saúde
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH: Índice de Desenvolvimento Humano
IDI: Índice de Desenvolvimento Infantil
Inep: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
NADEF: Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente
NGA: Núcleo de Gestão Assistencial
NHIS: National Health Interview Survey
OMS: Organização Mundial da Saúde
ONG: Organização Não-Governamental
PAM: Posto de Atendimento Médico
PSF: Programa Saúde da Família
PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PRODAF: Programa ao Portador de Fissura Lábio-Palatal
SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SUDERP: Superintendência do Desenvolvimento de Ribeirão Preto
SUS: Sistema Único de Saúde
UBDS: Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS: Unidade Básica de Saúde
UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

Apresentação

1. Introdução.....	17
1.1 Apresentação do tema.....	18
1.2 Saúde bucal na primeira infância.....	31
1.3 Justificativa e objetivos.....	45
2. Metodologia.....	46
2.1 Quadro teórico-metodológico.....	47
2.1.1 Vulnerabilidade.....	47
2.1.2 Abordagem hermenêutica.....	53
2.2 Quadro técnico-metodológico.....	58
2.2.1 Escolha do campo de pesquisa.....	58
2.2.2 Participantes do estudo.....	65
2.2.3 Estratégias de investigação.....	67
2.2.3.1 Entrevista semi-estruturada.....	67
2.2.3.2 Consulta a prontuários.....	68
2.2.3.3 Observação.....	68
2.2.4 Teste-piloto.....	69
2.2.5 Coleta de material empírico.....	69
2.2.6 Pressupostos para produção e interpretação do material empírico.....	73
2.2.7 Requisitos éticos.....	74
3. Interpretação e discussão do material empírico.....	75
3.1 Quem são os cuidadores, as crianças e suas famílias.....	76
3.2 Os significados do cuidado à saúde bucal.....	85
3.3 As interações no cuidado à saúde bucal da criança.....	107
3.4 Em busca das causas e da prevenção do adoecimento bucal.....	125
3.5 A realidade dos serviços de saúde e da odontologia.....	155
4. Considerações finais.....	180
Referências	186
Apêndices.....	201
Anexos.....	205

Apresentação

Iniciei minhas atividades profissionais trabalhando como dentista em uma clínica particular em Ribeirão Preto-SP. Meu interesse pela pediatria veio da prática diária e, a partir daí, busquei aprimoramento no Curso de Especialização em Odontopediatria, em 1988.

Com o ingresso no serviço público, em 1989, pude direcionar minhas ações, primordialmente, para o cuidado à criança. Após ter prestado serviços nas Escolas Municipais de Ensino Infantil (EMEI) Padre Emílio Jarbinet e José Pedro Moreira e, mais recentemente na rotina diária de trabalho na Unidade Básica de Saúde de Bonfim Paulista, distrito de Ribeirão Preto, pude constatar uma grande demanda no atendimento odontológico de crianças menores de seis anos.

A cárie dentária, embora passível de prevenção, representa a afecção mais comum da infância e esta condição é realidade na minha prática profissional. Reconhecendo a carência de pesquisas na área odontológica, direcionadas a crianças menores de seis anos, especialmente no Brasil, onde as Políticas de Saúde Bucal sempre priorizaram escolares de seis a 14 anos, foi a motivação que me levou a aprofundar, no Curso de Mestrado iniciado em 1998, o estudo sobre prevenção da cárie precoce na infância.

Esse estudo (LIMA, 2001), tratou de uma revisão de literatura, a qual permitiu identificar que o conhecimento produzido sobre prevenção da cárie na infância está centrado em aspectos fisiopatológicos e comportamentais que reportam à vulnerabilidade individual. As ações educativas, individuais e coletivas voltam-se, principalmente, para mudanças comportamentais, isto é, proclamam o apropriado controle da placa bacteriana, dieta adequada e uso sistemático do flúor. Assim, a maioria dos estudos ainda recorta a saúde bucal, não a integrando ao conjunto das condições saudáveis de existência da criança.

Em 2002, ingressei no Curso de Especialização em Saúde da Família na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O tema do trabalho de

conclusão de curso foi, também, o cuidado à saúde bucal de crianças, porém, no contexto do Programa Saúde da Família (PSF). Esse trabalho intitulado “Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da Equipe Saúde da Família” (LIMA; WATANABE, 2003) transformou-se em artigo publicado (LIMA; WATANABE; PALHA, 2006).

Até então, as discussões e reflexões que vinha desenvolvendo sobre a saúde bucal de crianças eram essencialmente teóricas e, sendo assim, senti necessidade de trazer estas questões para a prática assistencial. O curso de Doutorado, iniciado em 2003, possibilitou-me prosseguir com a mesma temática, porém, agora, seguindo uma nova metodologia, dado o objetivo do estudo.

O presente estudo apresenta, na primeira parte, o tema da pesquisa trazendo a situação da criança na primeira infância relativa à saúde e à educação, dados epidemiológicos e a revisão da literatura acerca dos determinantes relacionados ao adoecimento bucal de crianças na primeira infância. Ao final dessa parte encontram-se a justificativa e objetivos do estudo.

A segunda parte trás a metodologia na qual são descritos o quadro teórico-metodológico, apresentando o conceito de vulnerabilidade e a abordagem hermenêutica; e o quadro técnico-metodológico, ou seja, a explicitação da escolha do campo de investigação e dos participantes do estudo, as estratégias de investigação, e a coleta e pressupostos para a interpretação do material empírico. Na terceira parte, o material empírico é interpretado e discutido, iniciando com a identificação dos cuidadores, crianças e familiares, seguida das categorias interpretativas que emergiram do processo de interpretação. Ao final, algumas considerações são tecidas acerca das implicações dos resultados do estudo para a prática em saúde, particularmente para a saúde bucal da criança.

1. Introdução

1.1 Apresentação do tema

Nas últimas décadas, as evidências científicas têm constatado a importância dos primeiros anos de vida como fundamentais para o desenvolvimento do indivíduo. O rápido e significativo desenvolvimento físico e mental, desse período, tem sido considerado como alicerce das capacidades físicas, cognitivas e emocionais futuras. A saúde e a educação, na etapa inicial do ciclo da vida, como direitos de cidadania, são essenciais para assegurar uma vida digna a toda criança. Portanto a relevância atribuída à saúde e à educação da criança corresponde ao reconhecimento do papel crucial dos primeiros anos de vida no desenvolvimento integrado das potencialidades do ser humano, não apenas no que diz respeito às dimensões físicas e cognitivas, mas também ao equilíbrio emocional e à sociabilidade, essenciais para a formação da pessoa e do cidadão (UNICEF, 2005).

Ainda que existam definições legais, imprescindíveis para a formulação de políticas públicas, a cidadania das crianças vem sendo relegada na vida cotidiana. Estatísticas globais sobre crianças revelam que um número inaceitável delas morre ao nascer ou logo depois. Muitas das que sobrevivem têm acesso limitado a atendimento em educação e saúde, especialmente meninas dos países asiáticos pobres. Muitos dos bens consumidos, diariamente, dependem, para a sua produção, do trabalho infantil dos países pobres. Quase todas as cidades têm populações crescentes de crianças de rua. Estima-se que uma em cada quatro crianças na África Subsaariana sofre de Aids. Além disso, milhões delas vivem na condição de refugiadas devido a guerras e desastres naturais (COMITÊ DA PRIMEIRA INFÂNCIA, 2002).

Estudos recentes sobre a primeira infância¹ têm concentrado atenção em questões como mortalidade infantil, nutrição e nas relações entre infância, família e pobreza (UNICEF, 2005).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que, em 2000, a população até seis anos de idade, no país, era de aproximadamente 23 milhões, conforme demonstra a Tabela 1. Em 1980, as crianças menores de seis anos representavam 18,9% da população total; em 1991, a participação reduziu para 15,9%, para 13,6% em 2000. No Norte e Nordeste, essa participação é superior a das demais regiões (IBGE, 2001).

Tabela 1 – População brasileira residente, segundo idade, Brasil 2000.

Idade	População
Menos de 01 ano	3.213.310
01 ano	3.191.309
02 anos	3.282.937
03 anos	3.332.660
04 anos	3.355.512
05 anos	3.445.580
06 anos	3.320.105
Total	23.141.413

Fonte: IBGE (2001).

No Brasil, o direito da criança à saúde e à educação, a partir do seu nascimento, foi estabelecido em lei (BRASIL, 1988; 1996). Porém, esse direito ainda hoje está longe de ser fato. O documento Síntese de Indicadores Sociais do IBGE, referente ao ano de 2003, aponta que apenas 11,7% das crianças de até três anos freqüentavam creches. Os dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), relativos a 2004, levando em conta a população segundo o Censo 2000, mostram que 55,1% das crianças de quatro a seis anos estavam na pré-escola. Ainda, quando se considera a renda, dentre os 20% mais pobres do país, apenas 28,9% das crianças de até seis anos freqüentam estabelecimentos

¹ Neste estudo, o termo "primeira infância" refere-se à faixa etária de zero a seis anos (COMITÊ DA PRIMEIRA INFÂNCIA, 2002).

de ensino. No grupo dos 20% mais ricos, mais da metade das crianças dessa faixa etária está na escola (FREITAS; SHELTON, 2005; UNICEF, 2005).

A família é espaço indispensável para a garantia da sobrevivência, do desenvolvimento e da proteção integral da criança, independente do arranjo familiar (UNICEF, 2005). Para as crianças, os pais e cuidadores são atores de grande importância em suas vidas, uma vez que são eles que tomam as decisões do dia-a-dia. É no lar que se decide sobre a alocação de recursos para alimentação, cuidados de saúde, escolarização e outras necessidades da família (UNICEF, 2007).

As mulheres, geralmente, são as principais cuidadoras no domicílio e são elas que acabam por determinar como será a vida das crianças. Essa constatação aplica-se de maneira especial às sociedades mais tradicionais e patriarcais, nas quais papéis e responsabilidades são estritamente determinados segundo padrões de gênero. Nas famílias em que as mulheres são as principais tomadoras de decisões, a proporção dos recursos destinados às crianças é muito maior do que nas famílias em que as mulheres têm um papel menos decisivo. Isso ocorre porque as mulheres, geralmente, valorizam mais que os homens as metas relacionadas com o bem-estar e são mais propensas a usar sua influência e os recursos sob seu controle para promover o atendimento de necessidades da família e, particularmente, das crianças. Os interesses das crianças são mais bem atendidos quando a dinâmica entre o homem e a mulher no lar é baseada em responsabilidades compartilhadas, quando ambos estão envolvidos nos cuidados, na alimentação e no apoio aos filhos (UNICEF, 2007). Compreender as condições em que vivem as crianças, como elas são cuidadas, é fundamental para o estabelecimento de ações voltadas para o seu bem-estar.

Neste sentido, a mãe ou o cuidador, também, assumem responsabilidades para promover a saúde bucal da criança. Numa visão sistêmica em que os múltiplos elementos interagem para produzir um resultado, o cuidado à saúde bucal é compreendido como um dos

componentes essenciais do sistema de cuidado à saúde e, sendo assim, a saúde bucal deve ser vista como um dos elementos estruturais do cuidado integral (MELLO, 2005).

A Organização mundial da Saúde (OMS), em seu *Global Oral Health Programme* publicado em 2003, reforça o entendimento de que a saúde bucal é parte integrante da saúde humana e fator determinante da qualidade de vida, recomendando que políticas de saúde bucal sejam partes integrantes das políticas de saúde, nas diferentes esferas de governo (PETERSEN, 2003). Também, o documento da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal refere que saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral e está relacionada diretamente às condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde e informação (BRASIL, 1986).

Melhorar a saúde bucal de crianças e reduzir desigualdades requer uma abordagem mais ampla que educação à saúde e atividades preventivas tradicionais. Estratégias de promoção de saúde que visem a tratar as causas subjacentes de saúde deficiente entre crianças e que usem uma série de ações complementares podem fornecer o melhor caminho (WATT, 2004). Dessa forma, a promoção de saúde bucal inclui o desenvolvimento de bons hábitos dietéticos e de higiene bucal, iniciados precocemente, assim como ações comunitárias e políticas sociais efetivas (MOURADIAN, 2001).

Dentre os problemas mais comuns de saúde bucal que afetam crianças na primeira infância estão as alterações gengivais, má-oclusão e cárie dentária.

O Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira realizado em 2002/2003 mostrou que a prevalência de alterações gengivais e de má-oclusão é de 6% e 14,5%, respectivamente, em crianças de cinco anos (BRASIL, 2004a).

A cárie dentária representa um problema de saúde pública em quase todos os países do mundo. É a doença bucal de maior significado epidemiológico entre menores de seis anos, afeta grande número de crianças, trazendo consequências para seu bem-estar.

A atual definição de cárie em crianças na primeira infância – *Early Childhood Caries* ou *ECC* –, adotada pela *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD, 2004-05) refere-se à presença de pelo menos um dente decíduo afetado pela cárie em crianças menores de seis anos. Neste estudo, essa doença será representada pela sigla ECC, por facilidade de redação e, também, por ser a forma como essa doença é conhecida internacionalmente.

A cárie dentária, ainda que passível de prevenção, é a afecção mais comum da infância, sendo cinco vezes mais freqüente que a asma, a segunda doença de maior prevalência na infância (AAP, 2003; GUSSY et al., 2006; MOURADIAN, 2001; ODPHP, 2000). Embora haja um evidente declínio dessa afecção, de modo geral, nos últimos 30 anos (CHAN; KING; KILPATRIK, 2005; CRALL, 2006; NARVAI et al., 2006) essa doença ainda representa uma grande ameaça para a saúde de muitas crianças, principalmente, minorias étnicas e populações de baixa renda (GUSSY et al., 2006; SEOW, 1998).

Estudos relacionando os efeitos da saúde bucal sobre a saúde geral e qualidade de vida da criança (FILSTRUP et al., 2003; GUSSY et al., 2006; PETERSEN, 2003; THOMAS; PRIMOSCH, 2002), assim como a influência dos níveis socioeconômicos sobre a cárie dentária na primeira infância, têm sido reportados na literatura (FREIRE, 2000a; REISINE; PSOTER, 2001; SWEENEY; NUGENT; PITTS, 1999).

No Brasil, a cárie na primeira infância é mais conhecida como cárie de mamadeira ou cárie de amamentação. Essa doença caracteriza-se como um tipo peculiar de cárie de desenvolvimento rápido, que acomete a dentição decídua, podendo levar à dor, à infecção e à perda precoce do elemento dentário. Em estágios avançados, pode ocasionar sérias disfunções, seja na mastigação, fonação, respiração e/ou articulação, causando danos para a saúde geral da criança (MEDEIROS, 1993; WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996). Considera-se, também, que a cárie nos primeiros anos de vida pode influenciar diretamente a saúde bucal

da criança nos anos futuros (CHAN et al., 2005; HAUGEJORDEN; BIRKELAND, 2002, POWELL, 1998).

A literatura tem mostrado que o custo associado ao tratamento da cárie em crianças na primeira infância é alto e que acresce ainda mais quando há necessidade de hospitalização ou sedação da criança para a realização do tratamento curativo. Estima-se que o custo do tratamento reabilitador em uma criança nos Estados Unidos da América (EUA) gire em torno de US\$ 1.000 e, na necessidade de anestesia geral, pode chegar a US\$ 5.000 (BERKOWITZ, 2003; TINANOFF, 1998; YENGOPAL et al., 2004).

Nas últimas décadas, a prevalência da cárie dentária, na população em geral, tem mostrado uma forte redução, na maioria dos países (BATTELLINO et al., 1997; FREYSLEBEN; PERES; MARCENES, 2000; PETERSSON; BRATTHALL, 1996; WATT et al., 2001; WENDT et al., 2001; WEYNE, 1999). No Brasil, também se observa essa redução, mas ainda abaixo dos níveis observados nos países desenvolvidos (MARCENES; BÖNECKER, 2000). Alguns estudos demonstram que essa redução refere-se à dentição permanente e que, na dentição decídua, a situação da doença tem se mantido estável (BURT, 1994; PETERSSON; BRATTHALL, 1996; SPENCER et al., 1994).

Embora as razões para o declínio da prevalência da cárie não estejam, ainda, integralmente esclarecidas e dimensionadas, certamente, guardam relação direta com o aumento e a universalidade da exposição das pessoas ao flúor em suas variadas formas de aplicação, com especial destaque à água de abastecimento e aos dentifrícios. Outras razões estariam relacionadas ao consumo diferenciado de açúcares em alguns países, à melhoria das condições de vida e ao acesso aos serviços de saúde preventivo e curativo. Merecem ainda serem citadas, como razões para o declínio da cárie dentária, as mudanças no critério de seu diagnóstico e na virulência do *Streptococcus mutans*, além do uso freqüente de antibióticos (BALDANI; NARVAI; ANTUNES, 2002; BATTELLINO et al., 1997; BONECKER;

CLEATON-JONES, 2003; MARCENES; BONECKER, 2000; WENDT et al., 2001; WEYNE, 1999).

Pesquisadores, analisando a tendência da cárie dentária no mundo a partir dos dados do *Global Oral Data Bank* da OMS, afirmam que a prevalência de cárie estaria aumentando nos países em desenvolvimento. Contudo, outros autores atribuem esses achados às diferenças metodológicas entre os estudos que compõem os bancos de dados (FEJERSKOV; LUAN, 1994).

Partindo dessa advertência, é possível observar pesquisas epidemiológicas sobre ECC, realizadas em uma mesma área ou localidade, apresentando diferentes e destoantes resultados. Uma possível explicação para o fato refere-se à seleção da população e aos métodos utilizados nos estudos que não possibilitam a comparação dos dados, como por exemplo, faixas etárias distintas, diferentes definições de ECC e critérios de diagnóstico variados. Porém, muitas vezes, essas variações são legítimas em vista da diversidade étnica e cultural das populações, que apresentam diferentes comportamentos, atitudes, interesses e oportunidades, ocasionando diferentes graus e intensidade da doença (KING; WU; TSAI, 2003).

Uma revisão sistemática em cinco bases de dados sobre a tendência na prevalência e gravidade da cárie dentária na América Latina e Caribe, no período de 1970 e 2000, com crianças de cinco e seis anos e 11 a 13 anos de idade apontou que houve significativa redução na gravidade da cárie em crianças de cinco e seis anos, e significativa redução na prevalência e gravidade da cárie em crianças de 11 a 13 anos. Esse estudo ainda mostrou que a redução na prevalência tem sido menos proeminente nos últimos anos. Esses resultados se assemelham aos encontrados nas regiões da África e Oriente Médio (BÖNECKER; CLEATON-JONES, 2003).

Nos Estados Unidos, no período de 1988 a 1991, 46,8% das crianças aos seis anos de idade apresentavam lesões de cárie. No Canadá, pesquisa realizada entre 1998 e 1999 mostrou

que 38,9% das crianças aos cinco anos de idade em Quebec estavam afetadas pela doença (WHO, 2005).

No período de 2001 a 2002 na Inglaterra e no País de Gales, 39,6% das crianças aos cinco anos de idade estavam afetadas pela cárie. Na Suécia, um estudo nacional realizado em 2002 apontou prevalência de 5% de cárie em crianças aos três anos de idade, e de 25% aos seis anos. Na Irlanda, em 2002, 30,5% das crianças aos cinco anos que usavam flúor, a partir do nascimento, apresentavam cárie. Esse valor aumentou para 47,5% entre as que não o utilizavam. Na Dinamarca, em 2003, a prevalência de cárie foi de 29,2% entre crianças de cinco anos de idade e, na Áustria, em 2001, de 51% em crianças aos seis anos (WHO, 2005).

Um estudo nacional realizado na Coreia do Sul, em 2000, mostrou que 83,3% das crianças aos cinco anos de idade já apresentavam cárie (JIN et al., 2003). Na China, no período de 1995 a 1996, a prevalência de cárie foi de 76,6% em crianças aos cinco anos de idade (WHO, 2005).

Em Kerala, na Índia, a prevalência de cárie foi de 44%. Essa alta prevalência associou-se à falta de água de abastecimento público fluorada e ausência de uso regular de dentifrício com flúor. O baixo consumo de flúor, provavelmente, deve-se ao fato de que para a medicina indiana tradicional o uso de flúor é considerado nocivo à saúde (JOSE; KING, 2003).

Estudo realizado na Tailândia, em 2000 e 2001, revelou prevalência de cárie de 87,4% em crianças entre cinco e seis anos e, na África do Sul, de 60,3% em crianças aos seis anos de idade (WHO, 2005).

No Brasil, há escassez de informações a respeito da situação de saúde bucal de crianças menores de seis anos, em virtude da prática consolidada de manter como grupo prioritário escolares de seis a 14 anos (BONECKER; GUEDES-PINTO; WALTER, 1997).

A idéia de que o desenvolvimento da cárie na dentição decídua tinha pouca relação com a dentição permanente originou o raciocínio de que não havia necessidade de se tratar,

pelo menos no nível da Saúde Pública, a dentição decídua. Porém, com o desenvolvimento da disciplina de cariologia e o reconhecimento da cárie como doença infecciosa, disseminou-se o princípio do seu controle o mais precoce possível (BONECKER; GUEDES-PINTO; WALTER, 1997; OLIVEIRA et al., 1999).

O fenômeno de redução da cárie, no Brasil, também parece estar mais relacionado à dentição permanente (BONECKER; CLEATON-JONES, 2003; FREIRE 2000a; FREYSLEBEN; PERES; MARCENES, 2000; ROSENBLATT; ZARZAR, 2002).

Estudo realizado em Goiânia-GO, com 2.267 crianças menores de seis anos, atendidas em creches públicas e privadas, investigou a prevalência de cárie na dentição decídua. Os resultados mostraram que a prevalência de cárie em crianças de creches públicas foi de 71,8% e, de 52% nas creches privadas. Entre as crianças das creches públicas, o maior componente do índice ceo^2-d foi o cariado, enquanto nas creches particulares, o restaurado. Embora os fatores determinantes dessa desigualdade não tenham sido totalmente esclarecidos, é provável que o maior consumo de sacarose pelos grupos de menor renda, associado à baixa exposição ao flúor, tenham influenciado os resultados (FREIRE; MELO; SILVA, 1996).

Outro estudo realizado no município de Diadema-SP, com 548 crianças de zero a 36 meses, mostrou que a prevalência de cárie foi de 8,92% para a faixa etária de zero a um ano, de 34,59% para um a dois anos, e de 66,50% para dois a três anos. A prevalência encontrada permitiu recomendar a atenção à saúde bucal em idade precoce, preferencialmente, no primeiro ano de vida (BONECKER; GUEDES-PINTO; WALTER, 1997).

Em Juiz de Fora-MG estudo realizado, em 1998, com 338 crianças menores de seis anos, de creches públicas do centro e da periferia da cidade, mostrou que a proporção de crianças livres de cárie foi de 76,2% aos dois anos de idade e de 40% aos seis anos. As

² – O valor do índice $ceo-d$ é obtido, numa criança, pela soma do número de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados, podendo variar, portanto, de 0 a 20. Em uma população, o valor corresponde à média do grupo. Os componentes “c”, “e”, “o” referem-se, respectivamente, aos dentes que no momento do exame apresentavam-se cariados, extraídos ou restaurados (CHAVES, 1986).

creches da periferia apresentaram um maior índice ceo-d (2,03), com marcada influência no componente cariado. Os dados revelaram a necessidade de se instituir, além das medidas preventivas, também, o tratamento curativo para a dentição decídua, a fim de que os dentes permanentes irrompam em condições favoráveis (LEITE; RIBEIRO, 2000).

O estudo com 510 crianças de três anos de idade, atendidas em 29 creches públicas, em Recife-PE, mostrou que 52% delas encontravam-se livres de cárie e apresentavam índice ceo-s de 2,9³. Após 12 meses, as crianças foram novamente examinadas e apresentaram índice ceo-s de 4,7 e apenas 37,1% delas estavam livres de cárie. Os resultados forneceram evidências de que o açúcar foi um fator determinante da cárie dentária (RODRIGUES, 1999).

Em 2002, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em conjunto com as 24 Direções Regionais de Saúde (DIR), durante a Campanha Nacional de Multivacinação, realizou um estudo sobre cárie, fluorose e má-oclusão. Participaram 78% dos municípios do Estado e 98.445 crianças com idades entre 12 e 59 meses foram examinadas. Os resultados mostraram que, no Estado de São Paulo, 51% das crianças estavam livres de cárie aos cinco anos de idade, com variações pequenas entre as Direções Regionais de Saúde (SÃO PAULO, 2002).

A mais ampla e completa pesquisa realizada no Brasil conduzida pelo Ministério da Saúde, em 2002 e 2003, incluiu bebês de 18 a 36 meses e crianças de cinco anos. Os resultados mostraram que, em média, uma criança brasileira de três anos ou menos já possui, pelo menos, um dente com experiência de cárie dentária (ceo-d = 1,1). Aos cinco anos, esta média aumenta para quase três dentes atingidos (ceo-d = 2,8), conforme Tabela 2 (BRASIL, 2004a).

³ O índice ceo-s é representado pelo número médio de superfícies ceo por indivíduo. Geralmente, é utilizado em estudos de incidência, pois permite o registro de variações de pequena monta (CHAVES, 1986).

Tabela 2 – Médias dos componentes do índice ceo-d na faixa etária de 18 a 36 meses e aos cinco anos, segundo macrorregião. Brasil 2003.

	Macrorregião	N	Hígidos	Cariados	Obt/cariado	Obturado	Perdido	Ceo-d
18 a 36 meses	Norte	3305	17,39	1,31	0,00	0,02	0,01	1,34
	Nordeste	2557	17,16	0,98	0,00	0,01	0,01	1,00
	Sudeste	2342	17,23	0,91	0,00	0,03	0,00	0,95
	Sul	2725	16,98	0,96	0,01	0,07	0,00	1,04
	Centro-Oeste	2288	16,60	0,75	0,01	0,03	0,01	0,80
	Brasil	12117	17,14	1,03	0,01	0,03	0,01	1,07
5 anos	Norte	4678	15,88	2,89	0,03	0,16	0,15	3,22
	Nordeste	4580	15,63	2,91	0,02	0,15	0,12	3,21
	Sudeste	7291	16,17	1,89	0,06	0,50	0,05	2,50
	Sul	6042	16,20	1,98	0,08	0,50	0,06	2,62
	Centro-Oeste	4050	16,28	2,13	0,08	0,40	0,06	2,67
	Brasil	26641	16,05	2,30	0,06	0,36	0,08	2,80

Fonte: BRASIL (2004a).

Ressalta-se que o componente cariado foi responsável por mais de 90% do índice, nas crianças de 18 a 36 meses e mais de 80% nas de cinco anos, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Composição percentual do índice ceo-d na faixa etária de 18 a 36 meses e aos cinco anos, segundo macrorregião. Brasil, 2003.

	Macrorregião	N	Cariados	Obt/cariado	Obturado	Perdido	Ceo
18 a 36 meses	Norte	3305	97,76	0,00	1,49	0,75	100,00
	Nordeste	2557	98,00	0,00	1,00	1,00	100,00
	Sudeste	2342	95,79	0,00	3,16	0,00	100,00
	Sul	2725	92,31	0,96	6,73	0,00	100,00
	Centro-Oeste	2288	92,75	1,25	3,75	1,25	100,00
	Brasil	12117	96,26	0,93	2,80	0,93	100,00
5 anos	Norte	4678	89,75	0,93	4,97	4,66	100,00
	Nordeste	4580	90,65	0,62	4,67	3,74	100,00
	Sudeste	7291	75,60	2,40	20,00	2,00	100,00
	Sul	6042	75,57	3,05	19,08	2,29	100,00
	Centro-Oeste	4050	79,78	3,00	14,98	2,25	100,00
	Brasil	26641	82,14	2,14	12,86	2,86	100,00

Fonte: BRASIL (2004a).

Observa-se que há diferenças entre macrorregiões. Tomando como exemplo o ceo-d aos cinco anos, a média da região Norte (3,22) é cerca de 27% maior que a média da região Sudeste (2,5). Além disso, a proporção de dentes cariados e não tratados é sensivelmente maior nas regiões Norte e Nordeste (Tabela 2).

No Quadro 1, visualiza-se que aos cinco anos de idade, apenas 40,5% das crianças mostraram-se livres de cárie, constatando que o Brasil ainda não atingiu a meta proposta pela OMS/Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000 (BRASIL, 2004a).

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
SB-Brasil, 2003	35,04%	34,92%	44,92%	43,35%	41,73%	40,52%
Meta para 2000	50% livres de cárie					
Meta para 2010	90% livres de cárie					

Fonte: FDI (1982).

Quadro1 – Comparação entre as metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000 e 2010 com relação à cárie dentária, para faixa etária de cinco anos e os resultados do Projeto SB Brasil. Brasil 2003.

Por outro lado, as metas globais têm sido objeto de questionamentos, pois se argumenta que a proposta de metas globais deveria considerar as diferentes características locais, e sendo globais deveriam corresponder a um planejamento global o que não ocorreu no setor (NARVAI, 2002a). Outros questionamentos relacionados aos indicadores e metas globais referem-se ao próprio conceito de saúde bucal – traduzido como uma ou duas enfermidades definidas arbitrariamente –, e a própria autoridade da OMS e da FDI para definirem metas dessa natureza (HOBDELL et al., 2000). Por outro lado, esses parâmetros poderiam ser interpretados não como metas globais, mas como referência geral para estabelecimento de objetivos quantificados em nível loco-regional-nacional (NARVAI, 2002a).

A literatura tem mostrado que o declínio das doenças bucais, em vários países, inclusive no Brasil, não tem sido tão homogêneo como mostram os achados epidemiológicos. Em geral, indivíduos pertencentes a grupos minoritários, socialmente desprotegidos, são os que apresentam maior vulnerabilidade à doença, por serem mais susceptíveis ou por estarem mais expostos a fatores de risco. Esse fenômeno tem sido descrito como polarização –

concentração da maior parte das doenças e necessidades de tratamento em uma pequena parcela da população (BATCHELOR; SHEIHAM, 2002; WEYNE, 1999).

Nessa direção, pesquisa realizada em Hong Kong, em 2001, revelou que 23,6% das crianças com cinco anos de idade acumulavam 78% do total de dentes com experiência de cárie (WHO, 2005). Pesquisa nacional realizada na Suécia apontou que aos três anos de idade mais de 90% das crianças estão livres de cárie. Porém, na região de Malmö onde a maioria das famílias é imigrante e de baixo nível socioeconômico, a prevalência de cárie aos três anos de idade é de 85% (WENNHALL et al., 2002).

No Brasil, estudo realizado a partir de dados secundários, no período de 1980 a 2003, mostrou declínio relevante no índice CPO-D⁴, porém, com evidências de que a distribuição da doença ainda é desigual, os dentes atingidos por cárie se concentram em uma população menor de pessoas. Assim, 20% da população escolar concentra 60% da carga da doença, indicando que cada vez mais a distribuição da doença vai se afastando de uma distribuição uniforme, evidenciando níveis crescentes de desigualdade. Esse quadro expressa também um outro fenômeno: o da iniquidade, em que o ataque desigual da cárie, entre os indivíduos, decorre não apenas de variações biológicas inevitáveis, mas também das diferenças que têm origem na ordem social (NARVAI et al., 2006).

Além da polarização e da iniquidade, uma outra característica relevante é o aumento significativo da prevalência da cárie com o avançar da idade. Estudo descritivo com crianças jordanianas mostrou que a proporção de crianças livres de cáries reduziu de 87% dos 12 aos 23 meses de idade para 48% dos 48 aos 54 meses (HATTAB et al., 1999). Estudo longitudinal, realizado na Suécia, aponta prevalência da ECC de 0,5% aos 12 meses, aumentando para 8% aos 24 meses e para 28% aos 36 meses de idade (TWETMAN; GARCIA-GODOY; GOEPFERD, 2000). Outro estudo realizado no Brasil, na cidade de

⁴ **CPO-D** – índice descrito por Klein e Palmer em 1937, representa a média do número de dentes permanentes cariados, extraídos e restaurados em um grupo de indivíduos (CHAVES, 1986).

Recife-PE, com 468 crianças com idades entre 12 e 36 meses revelou que a prevalência da cárie aumentou de 8,7% entre 12 e 18 meses de idade, para 27% entre 19 e 24 meses e para 46,2% entre 25 e 36 meses de idade (ROSENBLATT; ZARZAR, 2004; ROSENBLATT; ZARZAR, 2002). Esses dados reforçam a importância em iniciar os cuidados preventivos precocemente, no primeiro ano de vida.

Diante do exposto, percebe-se que a cárie dentária em crianças é um problema de saúde pública, apresenta alta prevalência na maioria dos países, representa um alto e importante custo financeiro e social para instituições de saúde e sociedade, e tem sua prevenção relacionada a uma série de fatores de ordem geral e individual. A seguir, apresenta-se uma revisão da literatura relacionada à saúde bucal da criança na primeira infância, procurando delinear fatores determinantes para o seu adoecimento bucal.

1.2 Saúde bucal na primeira infância

A cárie dentária é reconhecida como doença infecciosa e multifatorial que tem como principais agentes etiológicos a bactéria cariogênica, carboidrato fermentável, hospedeiro/dente susceptível, que conformam a Tríade de Keyes (CHAN; KING; KILPATRICK, 2005; GUSSY et al., 2006; HARRIS et al., 2004; MILNES, 1996; SEOW, 1998).

O *Streptococcus mutans* é, geralmente, apontado como principal agente etiológico e iniciador do processo carioso (AALTONEN; TENOVUO, 1994; ALALUUSUA et al., 1996; AZEVEDO et al., 1998; CAUFIELD; CUTTER; DASANAYAKE, 1993). Considera-se que a alta contagem de *Streptococcus mutans* na saliva é fator preditivo de atividade de cárie, pois estudos mostram forte correlação entre presença e nível desse microrganismo cariogênico com a incidência de cárie (ALALUUSUA et al., 1996; BERKOWITZ, 1996).

Reconhece-se que as mães que mantêm contato freqüente e prolongado com seus bebês são as maiores fontes de transmissão de *Streptococcus mutans* para seus filhos. Estudos evidenciam que a linhagem de *Streptococcus mutans* isolada de mães e de bebês exibem perfil bacteriogênico idênticos ou similares (ALALUUSUA et al., 1996; BERKOWITZ, 2003; CHAN; KING; KILPATRICK, 2005).

Estudo desenvolvido com crianças com idades entre 12 e 30 meses, em creches da cidade de Piracicaba-SP, partiu do pressuposto de que a prolongada exposição à bactéria em ambiente favorável à transmissão, associada à redução do período de contato entre criança e mãe possibilitaria a transmissão do *Streptococcus mutans* entre crianças, confirmando a transmissão horizontal entre elas (MATTOS-GRANER et al., 2001).

Embora a infecção bacteriana seja necessária para o desenvolvimento da cárie dentária, ela não constitui fator único nem suficiente para o desenvolvimento da doença, uma vez que a biologia da cavidade bucal é, constantemente, alterada por fatores socioeconômicos, culturais, ambientais, entre outros.

Atualmente, estudos têm apontado a diversidade de fatores associados a ECC. Além dos biológicos – alta contagem de *Streptococcus mutans* –, são referidos os comportamentais, os sociodemográficos – higiene bucal e hábitos dietéticos impróprios, a falta de acesso aos serviços de saúde e o baixo nível de renda familiar e de escolaridade das mães (PERETZ et al., 2003). Outros agregam à clássica tríade de Keyes – hospedeiro, dieta e bactéria – as características demográficas – etnia, nível socioeconômico –, as comportamentais – cultura, crenças e atitudes –, assim como o ambiente interagindo com esses fatores (REISINE; DOUGLASS, 1998).

Pesquisa Colaborativa Internacional sobre Iniquidades da Cárie na Infância, a partir de revisão sistemática da literatura, conduzida de acordo com as diretrizes promulgadas pela *Cochrane Collaboration*, no período de 1966 a 2002, analisou 1.029 resumos de artigos para

identificar fatores de risco para cárie em crianças menores de seis anos de idade. Desses, 260 preencheram o critério de inclusão da pesquisa. Após as leituras completas dos artigos, 187 foram excluídos. Assim, a amostra foi constituída por 73 artigos. Dos artigos analisados, 43 eram estudos transversais, 19 de coorte, oito casos controle e sete de intervenção. Foram identificados 106 fatores de risco associados à prevalência ou incidência da cárie dentária em crianças menores de seis anos. Desses, 20 eram fatores demográficos, 29, dietéticos, 15 relacionados à amamentação materna ou mamadeira, nove, a hábitos de higiene bucal, quatro, à flora bucal bacteriana e 29, a outros fatores (HARRIS et al., 2004).

Embora tenham sido encontrados muitos preditores da cárie, poucos foram os estudos que exibiram rigor metodológico e desenho de estudo apropriado – estudos longitudinais. Sendo assim, a maioria dos trabalhos mostrou que as variáveis estudadas devem ser interpretadas como indicadores de risco, representam fatores de risco associados, pois não permitem estabelecer uma associação significativa entre a exposição e o evento cárie. Os resultados mostraram que crianças desenvolvem mais cárie quando adquirem o *Streptococcus mutans* em idade muito precoce, nos primeiros meses de vida, e que, aparentemente, o alto nível desse microrganismo pode ser compensado por outros parâmetros como higiene bucal eficiente e dieta não-cariogênica. Portanto, ausência de escovação diária ou presença de placa visível e dieta altamente cariogênica são apontadas como importantes fatores de risco. Porém, quando há equilíbrio entre bons e maus hábitos, o desenvolvimento da cárie pode ser controlado. Os autores não encontraram estudos que avaliassem o impacto de crenças e atitudes dos pais com a presença de cárie na infância, sendo assim, sugerem estudos nessa direção (HARRIS et al., 2004).

Outro ponto que merece destaque no desenvolvimento da cárie refere-se ao período de formação do esmalte dental na dentição decídua, que se estende da 11ª semana de vida fetal ao terceiro mês pós-natal. Problemas, nesse período, com a gestante com diabetes, doença

renal, infecções bacteriana e viral, sangramento vaginal, contração uterina prematura, entre outros; e com o neonato devido ao nascimento prematuro, incompatibilidade de Rh, alergias, gastroenterite, desnutrição, doenças infecciosas, diarreia crônica, entre outros podem provocar uma hipocalcemia transitória no bebê, contribuindo para a formação de esmalte hipoplásico ou hipomineralizado (PERETZ; KAFKA, 1997; SCHROTH et al., 2005). Observa-se que crianças com hipoplasia de esmalte apresentam aumento significativo de lesões de cárie, quando comparadas a seus pares (HARRIS et al., 2004).

A cárie dentária, doença multifatorial, tem como um de seus determinantes a qualidade da dieta, como já mencionado. Os carboidratos, componente importante da dieta humana, têm recebido, por parte da comunidade científica odontológica, grande atenção no que diz respeito ao seu poder como substrato para a microbiota bucal. Dentre os carboidratos fermentáveis, a sacarose tem sido universalmente indicada como a mais cariogênica, sendo o açúcar mais presente na dieta familiar, em quase todo o mundo (BEZERRA; TOLEDO, 1999; FREIRE, 2000b).

A OMS recomenda que a ingestão de açúcar diário, açúcar extrínseco não derivado do leite deve ser inferior a 10% do total de calorias diárias, para a idade de três anos, o correspondente a, aproximadamente, 32,6 gramas de açúcar (RODRIGUES; WATT; SHEIHAM, 1999; WHO, 2003). Recomenda, ainda, que a frequência na ingestão de açúcar não deve exceder a quatro vezes ao dia, incluindo as principais refeições (WHO, 2003).

Estudo realizado com 1.450 crianças pré-escolares da Inglaterra examinou a associação entre consumo de açúcar, frequência de escovação e classe social com a experiência de cárie. Os resultados mostraram associação entre consumo de alimentos açucarados, quantidade e frequência, e cárie dentária, apenas entre crianças que escovavam os dentes menos de duas vezes ao dia (GIBSON E WILLIAMS, 1999).

Estudo semelhante foi realizado em Recife-PE, com 510 crianças de 29 creches para avaliar a associação entre a adoção de guia alimentar sobre açúcar em creches, consumo de açúcar e incidência de cárie em crianças de três anos de idade. Após 12 meses de seguimento, as crianças matriculadas nas creches que adotaram o guia para redução de consumo de açúcar tiveram incidência de cárie menor que aquelas matriculadas em creches que não adotaram as diretrizes. Recomenda-se que políticas de promoção da saúde para reduzir o nível de cárie em crianças matriculadas em creches adotem as diretrizes para a redução de consumo de açúcar, propostas pela OMS (RODRIGUES, 1999; RODRIGUES; WATT; SHEIHAM, 1999).

O padrão de consumo de açúcar e o nível de saúde bucal de crianças têm sido associados aos de suas mães. Elas são as principais responsáveis na determinação do padrão de consumo de açúcar dos filhos, pois raramente oferecem aos filhos alimentos de que não gostam. Como a preferência por alimentos doces tem sido relacionada à presença de cárie, pesquisa realizada em Maringá-PR, um dos Estados do Brasil que mais produz açúcar, analisou a relação entre preferência por sabor doce e experiência de cárie em pares de mãe/filho. Participaram 298 crianças de quatro e cinco anos, atendidas em creches públicas, e suas mães. Os resultados mostraram uma alta preferência pelo sabor doce nos pares mães/filhos, o que reflete o nível de disponibilidade de açúcar e seu alto consumo no Brasil, que é estimado em 44-50 kg/pessoa/ano⁵. O grau de similaridade encontrado entre o padrão de preferência por doces e a experiência de cárie entre mães e filhos sugere que a mãe ocupa um importante papel no estabelecimento das preferências dietéticas e no padrão de saúde bucal dos filhos (MACIEL et al., 2001).

O leite, importante alimento na dieta da criança, presente em quase todas as sociedades também é apontado como indicador para o desenvolvimento da cárie (WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996).

⁵ A recomendação da OMS é que o consumo de açúcar seja de 10-15 kg/pessoa/ano (FREIRE, 2000b).

Há controvérsias na literatura quanto à associação entre aleitamento materno e cárie dentária. Revisão sistemática da literatura a partir de 151 artigos investigou a relação entre aleitamento materno e ECC. Desses artigos, 28 preencheram os critérios de inclusão e receberam valores de acordo com sua força de associação. A falta de rigor metodológico aliado à falta de definição precisa da ECC e do significado de prática de amamentação não permitiu estabelecer uma associação consistente entre aleitamento materno e desenvolvimento da ECC (VALAITIS et al., 2000).

Por outro lado, vários estudos têm estabelecido associação entre a ECC e o freqüente e prolongado uso da mamadeira contendo leite ou outro líquido adoçado, o aleitamento materno com livre demanda e o aleitamento durante o sono. Esses estudos referem que os fatores que predisõem o desenvolvimento de lesões de cáries, nessas situações, relacionam-se à estagnação do líquido sobre a superfície dos dentes, à redução do fluxo salivar e à presença de um meio de cultura ideal para a proliferação de microrganismos (BERKOWITZ, 2003; MELO SANTOS et al., 2000; WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996).

Estudo realizado com pré-escolares da Califórnia mostrou que, após controlado o nível socioeconômico, crianças que usualmente adormeciam mamando leite ou outro líquido adoçado, até os 12 meses de idade, apresentaram quatro vezes mais chance de desenvolver ECC, quando comparadas àquelas que não exibiram tal hábito (SHIBOSKI et al., 2003).

Um outro estudo realizado em Recife-PE com 468 crianças com 12 a 36 meses de idade avaliou a associação da cárie com o tipo de alimentação. Quatro tipos de alimentação foram analisados: leite com adição de açúcar oferecido na mamadeira, leite com adição de açúcar oferecido no copo, aleitamento natural mais mamadeira (leite com açúcar) e somente aleitamento natural. Os resultados mostraram que não houve associação entre os diferentes tipos de alimentação e presença de cárie. Porém, a presença de dieta suplementar cariogênica e a freqüência na ingestão de alimentos açucarados, mais de cinco vezes ao dia, foram

fortemente relacionadas à ECC (ROSENBLATT; ZARZAR, 2004; ROSENBLATT; ZARZAR, 2002).

Em síntese, é preciso cuidado com a simplificação causal entre ECC e práticas alimentares e de higiene bucal impróprias, pois outras questões, relacionadas ao desenvolvimento da doença, precisam ser consideradas, incluindo: as nutricionais, as ambientais, as socioeconômicas, a conscientização dos pais e a predisposição genética (HUNTINGTON; KIM; HUGHES, 2002; KING; WU; TSAI, 2003; ROSENBLATT; ZARZAR, 2004; SCHROTH et al., 2005; TINANOFF, 1998).

Um outro aspecto relevante a considerar são os efeitos da saúde bucal sobre a saúde geral da criança e sua qualidade de vida. Estudos apontam a ECC afetando adversamente o crescimento e desenvolvimento da criança no que se refere ao peso e à altura (ACS; WAI, 2002; ACS, et al., 1992; ROSENBLATT; ZARZAR, 2002). O aumento da produção de glicocorticóide em função da dor, a diminuição na secreção do hormônio de crescimento, em respostas ao distúrbio do sono, e a diminuição do metabolismo geral, durante o curso da infecção, podem conspirar para o retardo do crescimento e desenvolvimento normal da criança. A dor e a infecção, geralmente, alteram os hábitos alimentares com a diminuição da ingestão de alimentos, contribuindo, dessa forma, para a mudança do padrão de crescimento.

Um estudo com 115 crianças norte-americanas, idade $3,2 \pm 1$ ano, realizado no período de 1987 a 1991, revelou que crianças portadoras de ECC apresentavam peso significativamente menor que o grupo controle e maiores chances de pesarem menos de 80% do seu peso ideal (8,7% das crianças pesavam 80% menos que seu peso normal), comparadas com 1,7% do grupo controle. Observou-se que, com o aumento da idade cronológica, ocorreu um aumento significativo na proporção de percentis mais baixos. Uma possível explicação para esse fato é que crianças de mais baixa idade com lesão de cárie inicial continuam alimentando-se, normalmente, até o momento em que as lesões começam a provocar

desconforto e, assim, com o início da dor, a criança diminui a ingestão de alimentos, resultando em alteração na sua curva de crescimento (ACS et al., 1992).

Em contrapartida, pesquisa com crianças norte-americanas com ECC avaliou as condições das crianças após receberem completa reabilitação oral: 1) se apresentavam menor peso no pré-operatório ao tratamento, comparado com o parâmetro nacional e 2) se havia melhora pós-operatória com relação ao ganho de peso em percentis e/ou nos indicadores de qualidade de vida. O valor para comparação dos percentis no pré e pós-operatório foi baseado no parâmetro nacional, de acordo com idade e gênero e, a mudança na qualidade de vida foi avaliada a partir do relato dos pais ou cuidadores. Os resultados não confirmaram percentil mais baixo que o normal no pré-operatório, quando comparado com o parâmetro nacional, nem o ganho de peso após a reabilitação. Porém, houve uma significativa melhora na qualidade de vida das crianças, conforme relato dos pais. Nos relatos, os pais afirmaram que freqüentemente as crianças se queixavam de dor, tinham problemas para mastigar, comiam pouco, dormiam mal e viviam irritadas e, após a reabilitação, houve melhora significativa desses indicadores (THOMAS; PRIMOSCH, 2002).

Mais uma vez destaca-se que os diferentes resultados nessas pesquisas se devem a diferenças metodológicas, conforme apontam Acs e Wai (2002). Esses autores concluem que um quilograma a mais ou a menos não deve ser considerado isoladamente, e que é preciso levar em conta, também, o sofrimento vivido pelas crianças pontuado pela dor, incapacitando-as a comer, dormir e viver com qualidade.

A criança de baixa idade, portadora de cárie grave, dificilmente consegue verbalizar sua dor. As dificuldades em avaliar o grau de dor ou desconforto se dão, principalmente, em função do nível cognitivo e do estágio de desenvolvimento da linguagem na qual a criança se encontra. A dor causada pela doença pode se manifestar de diferentes maneiras: dificuldades na alimentação – a criança come pouco, evita alimentos frios, duros ou doces –, problemas

durante o sono – dificuldade para dormir, acorda com frequência durante a noite – ou por meio de comportamentos negativos – muito quieta, agressiva ou agitada. Esses comportamentos deixam claro que a cárie dentária tem relação direta com a qualidade de vida da criança (LOW; TAN; SCHWARTZ, 1999).

Estudo desenvolvido com 114 crianças para avaliação da saúde bucal, realizado em Recife-PE, em 2002, investigou a percepção de crianças de cinco anos de idade, com cárie grave, em relação a sua qualidade de vida, abordando os domínios autonomia, função, família e lazer. Destas, 46 constituíram a amostra, sendo 33 crianças livres de cárie alocadas no grupo controle e 13 com cárie grave no grupo de estudo. Os resultados apontaram que a cárie grave pode ser considerada um fator de impacto negativo na qualidade de vida da criança (RIBEIRO et al., 2004).

A literatura epidemiológica geral é farta em evidências de que muitas doenças afetam grupos socialmente mais carentes da sociedade, destacando fatores como privação de acesso a políticas públicas, privação de coesão social, dentre outros, como fenômenos que podem contribuir para o desenvolvimento das doenças. A cárie dentária não é exceção (MOYSÉS, 2000).

Um estudo randomizado com 400 crianças, realizado na cidade de Pelotas-RS, investigou a relação entre condições sociais e biológicas experienciadas nos primeiros anos de vida e presença de cárie em crianças aos seis anos de idade, utilizando o enfoque do curso de vida. Para o exame de saúde bucal, utilizaram-se os critérios de diagnóstico de cárie preconizados pela OMS. As variáveis estudadas foram fatores biológicos (relacionados à saúde perinatal e infantil) e a condição social das famílias (dados relatados pelas mães). Os dados foram coletados ao nascimento, no primeiro, terceiro, sexto e décimo segundo mês de vida da criança e aos seis anos de idade. Os resultados mostraram que os principais fatores associados à cárie dentária foram: pais desempregados ou subempregados e com menos de

oito anos de estudo no nascimento da criança, baixo peso da criança aos 12 meses de idade, crianças fora da creche ou da escola aos seis anos, e consumo de açúcar ao menos uma vez ao dia e ausência de escovação diária aos seis anos de idade. Portanto, fatores de risco biológicos e sociais nocivos, acumulados no início da vida contribuem para o alto nível de cárie na infância. Conclui-se que mudanças estruturais, expressas na forma de políticas sociais e de saúde, mostram-se mais importantes para redução da cárie dentária que tratamentos específicos e medidas preventivas, comumente, usadas pela Odontologia (PERES M. et al., 2005).

Em estudo desenvolvido com 15.385 crianças do Estado de São Paulo, com idades entre cinco e seis anos, investigou-se a associação entre cárie dentária e índices de desenvolvimento socioeconômico local. Foram utilizados como parâmetros o índice ceo-d e o índice de cuidado – proporção de dentes restaurados entre os cariados. As variáveis explicativas foram: Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) – informações sobre renda, nível educacional e saúde da criança; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – renda, longevidade da população e grau de maturidade educacional; taxa de analfabetismo entre maiores de 20 anos; renda familiar; coeficiente de Gini – renda, mortalidade e distribuição dos serviços de saúde; abastecimento público de água fluorada; número de dentistas por 10.000 habitantes; número de dentistas no serviço público por 10.000 habitantes e número de horas trabalhadas por semana pelos dentistas do serviço público por 10.000 habitantes (PERES et al., 2003).

Os resultados desse estudo revelaram que houve associação entre índice ceo-d elevado com baixo IDI, elevado índice de analfabetismo e ausência de abastecimento de água fluorada. O IDI foi significativamente associado com o índice de cuidado, enquanto o número de dentistas no serviço público por 10.000 habitantes mostrou associação marginal com esse índice. O estudo mostrou o efeito benéfico da fluoretação da água de abastecimento na redução

da prevalência da cárie dentária e que estratégias para tratamento e prevenção das doenças bucais devem ser planejadas, dentro de um contexto geral de promoção de saúde infantil (PERES et al., 2003).

Um levantamento sobre a condição dentária de 26.641 crianças de cinco anos de idade foi desenvolvido no Brasil em 2003, com o objetivo de estabelecer associação entre prevalência de cárie não tratada e características sociodemográficas das crianças e condições geográficas das cidades participantes. As regiões com melhores indicadores sociais foram as que apresentaram perfil mais favorável de saúde bucal. Crianças negras e pardas e aquelas que estudavam em áreas rurais e em pré-escolas públicas apresentaram chance, significativamente, mais elevada de terem dentes decíduos cariados não tratados (ANTUNES; PERES; MELLO, 2006).

O impacto de problemas de saúde bucal na sociedade é definido como resultado de limitações na *performance* e na capacidade funcional dos indivíduos. Acredita-se que o tempo perdido no trabalho e os dias perdidos na escola são dados úteis que podem mensurar o impacto social da saúde bucal. As doenças bucais podem restringir as atividades na escola, no trabalho e no lar, causando milhões de horas perdidas de estudo e de trabalho no mundo todo (PETERSEN, 2003).

Estudo norte-americano avaliou as conseqüências sociais relacionadas à manutenção da saúde bucal e ao tratamento das doenças bucais. Os dados analisados foram baseados na *National Health Interview Survey (NHIS)* de 1989. Os resultados apontaram que em função de visitas ao dentista, para tratamento de rotina ou urgência, para cada 100.000 trabalhadores e para cada 100.000 escolares foram perdidas 148.000 horas de trabalho e 117.000 horas de atividade escolar, respectivamente. No geral, o impacto social de tais problemas é maior no grupo “desprotegido” (GIFT; REISINE; LARACH, 1992).

Pesquisa abrangendo quatro levantamentos nacionais realizados entre 1988 e 1997, nos Estados Unidos da América, mostrou que, em função de problemas dentais, crianças de famílias de baixa renda sofrem, aproximadamente, 12 vezes mais restrições de atividades por dia, tais como dias perdidos na escola, do que crianças mais favorecidas (GAO, 2000).

A escola pode representar um espaço importante para questões relacionadas à saúde bucal. Estudo com crianças de cinco e seis anos de idade, moradoras de um bairro de baixo nível socioeconômico no município de Bauru-SP, avaliou a influência da falta de uma rotina escolar na ocorrência de cárie na dentição decídua. Os resultados mostraram que crianças excluídas do sistema educacional apresentaram menores percentuais de isentos de cárie na idade de seis anos, maior percentual de dentes cariados e um percentual de restaurações próximo a zero, quando comparadas com crianças que freqüentavam a escola infantil. De certa maneira, os resultados retratam o perfil de exclusão social, mostrando que a ausência de acesso à educação vem acompanhada de acesso limitado ao tratamento odontológico restaurador (TOMITA; TORRES, 2000).

Estudos de associação entre cárie dentária e fatores familiares são escassos na literatura. Embora seja difícil identificar um perfil familiar único que predisponha o surgimento da ECC, uma condição comum, encontrada nas famílias de crianças com essa doença, é o excesso de indulgência e/ou falta de restrições dos pais com relação a hábitos alimentares e de higiene dos filhos (HUNTINGTON; KIM; HUGHES, 2002).

Estudo longitudinal, na Finlândia, com 1.443 gestantes nulíparas, cujos filhos foram acompanhados até os cinco anos de idade, avaliou os hábitos relacionados à saúde bucal e a prevalência e preditores da cárie, com ênfase na família. Vale destacar que nesse país, o serviço odontológico preventivo e curativo é oferecido sistematicamente a todas as crianças, contudo, tem se observado que o índice ceo-d tem permanecido inalterado nos últimos anos. Os resultados mostraram que os principais fatores associados com índice ceo-d > 0 na idade

de cinco anos foram mães jovens no nascimento da criança, coabitação dos pais – sem casamento oficial –, ambiente rural, pais que somavam mais de duas novas lesões de cárie por ano, mães com hábitos impróprios de higiene bucal e consumo precoce de açúcar – a partir dos 18 meses de vida. O estudo mostrou, ainda, que famílias nas quais as crianças estão mais propensas a desenvolver cárie são, principalmente, aquelas em que os pais são imaturos e utilizam a oferta de doces no sentido de confortar os filhos. Conclui-se que a prevenção centrada, apenas, na saúde bucal da criança é inadequada, esta deve ser direcionada a toda a família (MATTLA et al., 2000).

No estudo, realizado em Massachusetts, entre 1999 e 2000, identificou-se o perfil das famílias hispânicas com relação a ECC, dada a alta incidência da doença nessa população. Participaram 60 famílias que tinham pelo menos uma criança com diagnóstico de ECC e, como grupo controle 60 famílias com crianças da mesma idade, vivendo na mesma área geográfica, porém livres da doença. As características das famílias hispânicas com crianças portadoras de ECC mostraram que os pais visitavam o dentista com menor frequência; não tinham seguro de saúde; a escovação praticada pelas crianças era realizada sem supervisão e em menor número de vezes ao dia e a maioria das crianças adormecia mamando, quando comparadas com as famílias com crianças livres da ECC. As diferenças encontradas entre essas famílias sugerem que a consciência e o interesse com relação à saúde bucal e, não o tamanho da família, influenciam a susceptibilidade a ECC (HUNTINGTON; KIM; HUGHES, 2002).

Em síntese, a literatura aponta que o adoecimento bucal de crianças tem interfaces com dimensões mais amplas, como sociais, econômicas e demográficas, como também tem relação com o cuidado dispensado no domicílio.

Uma consideração a ser feita, refere-se ao tipo de estudo predominante no campo da odontologia, expresso na forma de pesquisas de natureza quantitativa. Revisão realizada em

bases eletrônicas de dados, abrangendo o período de 1990 a 2003, apontou a utilização incipiente de técnicas de pesquisas qualitativas em saúde na área da odontologia, no Brasil. Esses resultados são atribuídos ao desconhecimento e às dificuldades técnicas e operacionais de possibilidades para seu uso em pesquisas (LIMA; COSTA; MEDEIROS, 2003). Porém, quando se deseja avaliar o universo das subjetividades, o método estatístico não se mostra suficiente para abarcar tal dimensão na profundidade necessária (ABREU, 2004; DESLANDES; ASSIS, 2002).

Como recorte do tema, até aqui desenvolvido, o objeto deste estudo diz respeito ao cuidado à saúde bucal da criança na primeira infância, na perspectiva do cuidador familiar.

É importante que se defina, neste estudo, o que está se tratando por cuidado e por cuidador familiar. Toma-se aqui o cuidado à saúde da criança, como um conceito que não reduz o cuidar ao atendimento das necessidades básicas – alimentação, higiene – nem o restringe a medidas que busquem tratar ou curar as doenças – assistência –, mas sim como um conceito atrelado à promoção do desenvolvimento da criança em suas várias dimensões. Também, quando se reporta à noção de cuidado, esse não se apreende apenas como procedimentos técnicos, mas como uma ação integral que possui significados e sentidos. Ou, como refere Ayres (2002) *"um tratar preocupado com a vida"*.

Tomar como referencial o cuidado à saúde da criança é compreender, além da teoria e da técnica, a prática, onde opera um tipo de saber fundamental, a sabedoria prática, que envolve o correr da vida, o modo de estar no mundo, a tomada de decisão, as escolhas, os planos, os sentidos, enfim, um conjunto amplo de aspectos da vida, das relações no mundo e com o mundo, implicando inter-relações com questões éticas, morais, políticas, culturais e sociais (AYRES, 2001; GADAMER, 1993; MELLO, 2006).

Ao reportar-se ao cuidador, considera-se aquele que toma o cuidado para si, independente da condição do outro. Para Santos (2003), cuidador é a pessoa que se envolve

no cuidar do outro e vivencia um processo de aprendizagem mútua, desvelando potencialidades tanto dele como do outro. Entende-se aqui como cuidador aquele familiar que toma a responsabilidade do cuidado à criança para si e encarrega-se das questões de alimentação, lazer, higiene, educação e saúde.

1.3 Justificativa e objetivos

Tem-se como hipótese que, na Odontologia, as atividades preventivas têm se centrado na abordagem individual e nos determinantes de risco, que por sua vez não têm sido suficientes para modificar de forma mais radical o quadro atual de saúde bucal de crianças na primeira infância. O risco, principal conceito do saber epidemiológico, oferece informações probabilísticas importantes, porém não amplia a compreensão sobre os determinantes que se relacionam ao adoecimento bucal.

A intenção do presente estudo é contribuir na direção do cuidado em saúde dispensado às crianças. Sendo assim, busca-se apreender como se dá o encontro desses determinantes no cotidiano do cuidador familiar e os modos como os mesmos enfrentam tais situações.

Assim, este estudo tem como **objetivo geral** compreender as experiências do cuidador familiar de crianças na primeira infância, relativas ao cuidado à saúde bucal. São **objetivos específicos**:

- conhecer os significados atribuídos pelos cuidadores ao cuidado à saúde bucal;
- identificar, nas experiências cotidianas do cuidado à saúde bucal de crianças na primeira infância, elementos protetores e potencializadores do adoecimento bucal.

Espera-se, com o desenvolvimento deste estudo, trazer reflexões para o campo da Odontologia e oferecer elementos que auxiliem os serviços de saúde a reorganizarem o cuidado à saúde bucal de crianças na primeira infância.

2. Metodologia

2.1 Quadro teórico-metodológico

A preocupação deste estudo é tentar superar o conceito de risco como perspectiva única para pensar as ações de prevenção em saúde bucal, para tanto, ele pode ser considerado como inscrito no quadro conceitual compreensivo da vulnerabilidade (AYRES et al., 2003, 2006, 2007).

Por outro lado, o caráter interpretativo que obriga a busca de significados atribuídos a concepções e práticas de saúde bucal, elaborados por determinados sujeitos sociais, remete a se adotar, como estratégia de investigação, a abordagem qualitativa, apoiada na perspectiva hermenêutica filosófica de Gadamer, como base para a produção e interpretação do material empírico.

No campo da saúde, muitos aspectos relacionados às práticas de saúde podem ser estudados na abordagem hermenêutica, por ser um campo com constantes tarefas de interpretações e síntese de saberes, voltado para aplicação a aspectos práticos [AYRES, 2006].

A seguir explicita-se o quadro teórico adotado.

2.1.1 Vulnerabilidade

Especificamente, na área da saúde, o quadro analítico da vulnerabilidade surge no início da década de 1980, como possibilidade de interpretação à epidemia da Aids, na perspectiva de reconceituar a tendência individualizante da doença (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). O sucesso do emprego do conceito de vulnerabilidade no campo da Aids relaciona-se ao fato de se ter percebido que os determinantes da epidemia estavam além da ação patogênica de um agente viral (AYRES et al., 2003). As bases científicas e

tecnológicas da saúde não devem ficar restritas às ciências biomédicas e à lógica cognitiva-comportamentalista da compreensão das suscetibilidades (AYRES, 2004).

O conceito de vulnerabilidade traz implícito que as intervenções exigem um marco referencial diverso do utilizado, historicamente, pela Epidemiologia Clássica. A perspectiva da vulnerabilidade privilegia, como unidade analítica, o plano do coletivo cuja estrutura é marcada por um referencial ético-filosófico que busca a interpretação crítica dos dados, ampliando o horizonte para além da tradicional abordagem das estratégias de risco, do comportamento individual, das abordagens biomédicas e das correspondentes formas de respostas científicas e técnicas, apontando para abordagens de caráter social e estrutural (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

De forma geral, a noção de vulnerabilidade refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para que se protejam contra enfermidades (AYRES et al., 2003; 2007). As análises de vulnerabilidades envolvem a avaliação articulada de três eixos interligados: individual, social e programático (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993):

A dimensão individual da vulnerabilidade refere-se ao grau e à qualidade da informação de que as pessoas dispõem sobre problemas de saúde, sua elaboração e aplicação prática; a vulnerabilidade social avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições e; por fim, a dimensão programática da vulnerabilidade consiste na avaliação dos programas para responder ao controle das enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas, nos diferentes níveis de atenção (AYRES et al., 2003; 2006).

Enquanto o risco epidemiológico busca expressar as “chances matemáticas” de adoecimento de um indivíduo qualquer, desde que portador de um certo traço identitário específico, a vulnerabilidade procura expressar os “potenciais” de adoecimento e não-adoecimento relacionados a todo e cada indivíduo que vive em um certo conjunto de condições (AYRES et al., 2003; 2007).

As análises de caráter probabilístico trabalham com racionalidade analítica na qual os fenômenos em estudo precisam ser partidos, isolados, comparando-se variáveis, o mais possível, independentes entre si. As análises de vulnerabilidade, ao contrário, trabalham com uma racionalidade sintética, na qual se busca a construção de significados, a agregação de elementos diversos que contribuam para que os fenômenos em estudo sejam compreendidos como uma totalidade dinâmica e complexa (AYRES et al., 2006).

O foco da análise epidemiológica está na identificação de variáveis associadas – com maior probabilidade ou de risco – a um determinado desfecho, consideradas preditoras ou causais, em função do tipo de estudo. Esta análise, geralmente, é usada para determinar a magnitude de fenômenos de saúde e as variáveis associadas, permitindo identificar grupos populacionais a serem priorizados para a prevenção ou cuidados de saúde (FRANÇA-JÚNIOR, 2003).

Em síntese, os estudos epidemiológicos atuais indicam que a cárie dentária em crianças na primeira infância:

- é de grande magnitude em vários países, inclusive no Brasil (BERKOWITZ, 2003; BRASIL, 2004a; GUSSY et al., 2006);
- afeta, principalmente, minorias étnica, cultural e populações de baixa renda (BERKOWITZ, 2003; GUSSY et al., 2006; MILNES, 1996; MOURADIAN, 2001);
- apresenta-se como polarizada, isto é, pequenos grupos “desprotegidos” acumulam alta carga da doença (NARVAI et al. 2006; GUSSY et al., 2006);

- tem determinantes, na maior parte, conhecidos e passíveis de intervenções (BERKOWITZ, 2003; GUSSY et al. 2006) e
- tem a prevalência, significativamente, aumentada com a idade (ROSENBLATT; ZARZAR, 2004; TWETMAN; GARCIA-GODOY; GOEPFERD, 2000).

O conceito de risco tem presença significativa nas ações individualizadas de prevenção em saúde bucal e opera mediante a identificação de fatores associados às doenças bucais e à preconização de medidas de controle desses fatores (ASSAF; PEREIRA, 2003; LIMA, 2001). Com base na determinação de risco de cárie, por exemplo, o indivíduo pode ser classificado como de alto risco, o que justificaria a instituição de cuidados específicos, estruturando-se, assim, a estratégia de alto risco. Porém, para essa abordagem ser efetiva, primeiramente, pessoas de alto risco precisariam ser identificadas, e a Odontologia não dispõe de instrumento efetivo nesse sentido. Após a identificação, seria necessário que as pessoas fossem acompanhadas de perto, com tratamento preventivo específico, gerando, naturalmente, uma estratégia custo/benefício questionável (NADANOVSKY, 2000).

Para ampliar o espectro das ações baseadas em estratégia de risco, alguns documentos de agências oficiais, como *The World Oral Health Report 2003* da OMS e as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, do Ministério da Saúde no Brasil, apontam para a abordagem de fatores de risco comuns para doenças bucais e para doenças crônicas (PETERSEN, 2003; BRASIL, 2004b).

Chor e Faerstein (2000) citam as concepções de Geoffrey Rose sobre estratégias de prevenção de doenças, na qual o epidemiologista inglês parte da diferenciação entre a causa dos casos e a causa das incidências de um dado problema de saúde, isto é, distingue o significado prático de apreender a determinação de um risco no plano individual ou apreender esse risco no plano de coletividades. Assim, afirma que muitos indivíduos expostos a um risco baixo podem gerar um número maior de casos do que poucos indivíduos expostos a um risco

alto de adoecer. Algumas medidas de promoção da saúde são, necessariamente, de aplicação coletiva, como é o caso da fluoretação das águas de abastecimento público. Por outro lado, quando são adotadas medidas individuais e, grande parte da população está sujeita a risco, mesmo que baixo, estratégias restritas a grupos de alto risco produzem baixo impacto no nível populacional (CHOR; FAERSTEIN, 2000).

Com o declínio na prevalência da cárie, alguns autores sugerem o enfoque do alto risco, como estratégia de prevenção da cárie dentária. Contudo, estudos referem que a mudança observada na experiência de cárie tem ocorrido na população em geral e não em subgrupos específicos, o que direciona a ênfase das ações de promoção da saúde para a abordagem populacional (BATCHELOR; SHEIHAM, 2002, 2006).

Para tentar tornar mais claro os limites do enfoque de risco na apreensão dos determinantes da cárie na infância e, conseqüentemente, no desencadeamento de intervenções adequadas de cuidado à saúde bucal, relata-se, a seguir, uma experiência vivida por um dentista que trabalha em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ribeirão Preto e atua no programa de prevenção “Clínica do Bebê”.

Trata-se de uma criança, hoje com três anos de idade, que participa da Clínica do Bebê desde os primeiros meses de vida. No início, a mãe levava a criança regularmente aos retornos, quase sempre bimensais. Desde a primeira consulta a mãe recebeu orientações quanto à higiene e práticas alimentares, que eram reforçadas a cada retorno. Porém, nesses retornos, a mãe, com frequência, relatava dificuldades em retirar as mamadas (peito) do meio da noite, sendo que, o profissional repetidamente procurava mostrar a importância dessa medida.

Ao mesmo tempo em que a mãe dizia que estava melhorando, isto é, a criança estava mamando menos vezes no meio da noite, as lesões de cárie começavam a surgir. Quando a mãe procurou o serviço dizendo que seu filho já estava com queixa de dor foi pedido a ela que reproduzisse todas as orientações que foram passadas durante as dez consultas em que levou seu filho, o que ela fez sem nenhuma dificuldade.

Nesse momento, procurando conhecer melhor sua realidade de vida foi compreendida sua dificuldade em seguir as orientações, pois ela relatou que dormia na mesma cama que o filho e que esse não podia chorar durante a noite porque a família toda dormia no mesmo espaço. Assim, o silêncio no meio da noite era condição para que eles permanecessem naquela casa.

Onde estava o risco perceptível para essa mãe: na bactéria que provoca a cárie ou na ameaça de não ter um teto? Qual foi a eficácia da intervenção baseada no “risco”? De que recurso essa mãe dispunha, efetivamente, para encontrar uma alternativa de escolha entre o aparecimento da cárie no seu filho e a possibilidade de uma “cama” para os dois? É justo afirmar que a cárie na criança foi em função do comportamento “inadequado” da mãe? Esse relato deixa claro que o discurso de risco expressa somente um pedaço da história do processo saúde-doença e cuidado (CAMPOS, 2007), pois aparece desconectado das reflexões sobre condições humanas – emoções, vontades, interesses – e das condições sociais – vida, trabalho, dinheiro – que têm seu peso diante das alternativas dos modos de viver (OLIVEIRA, 2006).

Com o conceito de vulnerabilidade não se quer desprezar o conceito de risco da epidemiologia, mas atentar para os limites de seu uso nas ações de prevenção e promoção à saúde, pois as associações identificadas nem sempre conseguem apreender a complexidade dos fenômenos em saúde, deixando ocultos valores, necessidades e significados culturais (CZERESNIA, 2003).

A inovação estaria em, sem abandonar as medidas de risco, contextualizá-las em uma perspectiva mais abrangente e complexa, articulando às diferentes dimensões da vida humana (AYRES et al., 2007; 2003; BARATA, 2005). A análise de vulnerabilidade, ao conduzir o raciocínio determinístico, do nível individual e orgânico ao coletivo e social e vice-versa, possibilita um diálogo entre as diferentes disciplinas e áreas técnicas envolvidas na saúde:

fisiopatologia, epidemiologia, psicologia, sociologia, antropologia, entre outras (MARQUES et al., 2006).

Em termos práticos, sob a perspectiva da vulnerabilidade, amplia-se a compreensão das práticas de saúde das pessoas para além do fruto da sua vontade e do seu grau de esclarecimento. É preciso atentar para as condições concretas – emocionais, morais, culturais, econômicas – com as quais se deparam os indivíduos, que os levam a adotar ou evitar comportamentos mais saudáveis. *"Quando só se pode escolher entre ser feliz correndo risco ou não ser feliz, o que a maioria de nós escolheria?"* (AYRES et al., 2003, p.126).

É isso que o raciocínio, a partir do conceito de vulnerabilidade, permite. Ele articula a percepção de que comportamentos ou experiências, opiniões ou crenças, sentimentos, conhecimentos, condições de vida, valores e cultura podem ser fatores de facilitação ou de obstáculo na realização dos projetos pessoais. Esse enfoque parte, fundamentalmente, do pressuposto de que é preciso pensar nas pessoas sempre como agentes e protagonistas de suas histórias, e que a diversidade do mundo e dos outros é sempre maior do que aquela que situamos numa primeira observação, num primeiro olhar, num primeiro raciocínio (ADORNO, 2001).

Espera-se, com o aporte da vulnerabilidade, uma ampliação e aprofundamento da abordagem do risco, pela adição da dimensão social e programática, considerando a impossibilidade de se promover saúde trabalhando, apenas, o nível individual.

A seguir, são apresentados alguns elementos da hermenêutica filosófica, a fim de orientar a produção e interpretação do material empírico.

2.1.2 Abordagem hermenêutica

O estudo hermenêutico tem por base a análise compreensiva-interpretativa-aplicada que segue um caminho, encontrado pelo pesquisador, para realizar uma construção discursiva

específica (AYRES, [2006]). Atualmente, vários estudos qualitativos têm adotado a perspectiva hermenêutica para a compreensão de discursos e de ações (AYRES, 2005; AYRES et al., 2006; CRACO, 2006; MARQUES et al., 2006; OLIVEIRA, 2006; RIBEIRO, 2005).

A hermenêutica é considerada a disciplina básica que se ocupa da arte de compreender textos e tem a “compreensão” como categoria metodológica mais potente no movimento e na atitude de investigação (MINAYO, 2002).

O filósofo alemão Hans-Georg Gadamer (1900–2002) pode ser considerado como um dos maiores estudiosos da hermenêutica. Para Gadamer, hermenêutica é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central (MINAYO et al., 2005).

A hermenêutica tem como pressuposto que o homem é um ser histórico e finito que se completa na comunicação, e que a compreensão dessa comunicação é condicionada pelo tempo e espaço (MINAYO et al., 2005), ou seja, a compreensão das situações tem limites dados pela historicidade humana, e cada situação tem um horizonte próprio.

Gadamer propõe a superação da dicotomia entre sujeito e objeto na compreensão dos fatos e obras humanas, pois quem conhece se inclui no que quer conhecer, aí reside a essência do compreender (AYRES, 1997). Na compreensão hermenêutica, isso se reflete na influência do contexto do intérprete, uma vez que ele se insere num grupo social, num ponto do tempo, trazendo uma certa formação (MINAYO, 1998).

O traço essencial do compreender reside no fato de que o sentido peculiar é sempre resultante do contexto e, em última análise, do todo. Do ponto de vista lógico, aqui se aplica um raciocínio circular já que o todo, a partir do qual se deve compreender o individual, não pode ser dado antes do individual. O compreender é sempre mover-se nesse círculo e, portanto, é essencial o constante retorno do todo às partes e vice-versa. A isso se acrescente

que este círculo está sempre se ampliando, já que o conceito do todo é relativo e a integração em contextos cada vez maiores, afeta sempre também a compreensão individual (GADAMER, 1997).

A interpretação dos significados é dada pelo círculo hermenêutico:

Recordamos aqui a regra hermenêutica, segundo a qual tem-se de compreender o todo a partir do individual e o individual a partir do todo [...] A antecipação de sentido, na qual está entendido o todo, chega a uma compreensão explícita através do fato de que as partes que se determinam a partir do todo determinam, por sua vez, a esse todo (GADAMER, 1997, p.436).

Gadamer parte do pressuposto de que interpretar significa constituir um projeto, o qual se encontra em constante reelaboração devido ao persistente embate de hipóteses interpretativas em relação ao texto, hipóteses essas que se multiplicam através da infinidade de lentes ou horizontes que o abordam, logo, produzindo distintos efeitos (COSTA, 2004).

Na hermenêutica de Gadamer, o interpretado suscita questões inéditas para o intérprete e é através da complexa “dialética de perguntas e respostas”, sempre intermediada pela linguagem, que se realiza o compreender (AYRES, 2005). Nesta lógica de pergunta e resposta, um texto acaba sendo um acontecimento ao se atualizar na compreensão que representa uma possibilidade histórica. Nesta concepção dialógica, os conceitos usados pelo Outro, no texto, ganham nova força, por se inserirem na compreensão do intérprete. Ao entendermos as perguntas colocadas pelo texto, formulamos perguntas a nós mesmos e, por conseguinte, abrimos novas possibilidades de sentido (BLEICHER, 1992).

Uma condição indissociável da compreensão, segundo Gadamer, é a existência de preconceitos. Para o filósofo, preconceito representa o juízo que se forma antes da prova definitiva de todos os momentos determinantes e, não significa falso juízo, pois está em seu conceito que ele possa ser valorizado positiva ou negativamente. “Pré-conceito” e/ou pré-concepção não se referem a algo que deva ser neutralizado ou deixado de lado, mas sim a algo do qual não podemos nos abster e que, por sua vez, torna-se a própria condição de

possibilidade de qualquer pretensão à "verdade" em ciência (GADAMER, 1997). Assim, para compreender, não é necessário descartar as opiniões próprias, apenas abrir-se à opinião do outro, e essa abertura implica colocar as opiniões do outro em alguma relação com as próprias opiniões.

Uma pessoa que procura compreender um texto deve estar preparada para que este lhe diga algo; por isso, uma mente preparada pela hermenêutica deve ser, desde o princípio, sensível à novidade do texto. No entanto, esse tipo de sensibilidade não implica “neutralidade” com relação à questão do objeto, nem a anulação da personalidade dessa pessoa, mas a assimilação consciente dos significados prévios e dos preconceitos. O que importa é estar consciente da sua própria predisposição para que o texto possa se apresentar com toda a sua novidade e conseguir, assim, afirmar a sua própria verdade por oposição aos próprios sentidos (BLEICHER, 1992).

A noção de preconceito sugere a idéia de que o intérprete não é uma *tabula rasa*; ao contrário, inserido em uma tradição, o intérprete põe em jogo os seus próprios preconceitos na tentativa de fazer justiça à proclamação da verdade do texto, ultrapassando, deste modo, o seu ponto de vista inicial e isolado (COSTA, 2004).

Outros dois conceitos importantes na proposta da hermenêutica de Gadamer são a tradição e a autoridade. A tradição determina as instituições e comportamentos, e os costumes são válidos com base nela e na herança histórica. Ela não diz respeito à defesa do anterior, mas à continuação da vida moral e social em geral. É algo não estranho, algo dentro do qual os sujeitos têm crescido, algo do qual os sujeitos se apropriam por meio da vivência compromissada (AYRES [2006]; GADAMER, 1997; RIBEIRO, 2005).

A autoridade, por sua vez, está relacionada a reconhecimento e dissociada de obediência, com a qual não tem nenhuma relação imediata:

[...] autoridade é, em primeiro lugar, um atributo de pessoas. Mas a autoridade das pessoas não tem seu fundamento último num ato de

submissão e de abdicação da razão, mas num ato de reconhecimento e de conhecimento: reconhece-se que o outro está acima de nós em juízo e perspectiva e que, por consequência, seu juízo precede, ou seja, tem primazia em relação ao nosso próprio. Junto a isso dá-se que autoridade não se outorga, adquire-se [...] (GADAMER, 1997, p. 419).

A compreensão hermenêutica implica, também, fusão de horizontes. Assim, aquele que interpreta não decodifica uma experiência externa a si, a seu horizonte lingüístico, mas decodifica a sua própria experiência a partir de necessidades e possibilidades trazidas pelo horizonte lingüístico do Outro (GADAMER, 1997). Quanto mais se percebe em contato com o Outro, não necessariamente concordando com ele, ou coincidindo com ele, mas efetivamente entendendo-se com ele sobre algo, mais próximo se está da verdade desse encontro (AYRES, [2006]). A fusão de horizontes implica que não há um critério *a priori* de interpretação.

Quando se fala em fusão de horizontes, como ideal de um encontro dialógico, é no sentido de permitir que diferentes experiências de “ser-no-mundo”, isto é a compreensão que cada um tem de sua existência, toquem-se e sejam fundidas, transformando o horizonte de ambos, de forma que o universo descortinado seja algo novo e enriquecedor para a compreensão de todos.

A interpretação é uma mediação hermenêutica entre diferentes mundos da vida, atada aos movimentos da história, razão pela qual sua validade estará sempre sob crítica, reconstruída e reavaliável a cada momento, em cada contexto (McCARTHY, 1995). Sua validação no contexto de uma pesquisa dependerá, portanto, da capacidade do intérprete em face do contexto em que se encontra, do sentido de aplicação prática de suas questões e da especificidade de seus interlocutores – atuais ou potenciais – de encontrar evidências empiricamente consistentes e argumentos lógicos e pragmaticamente coerentes, a fim de que elucide o significado dos discursos sobre os quais se debruça (AYRES, 1997).

Sob a ótica da hermenêutica, entender a realidade que se expressa num texto é também entender o Outro, é entender-se no Outro, movimento sempre possível, por mais difícil que pareça à primeira vista (MINAYO, 2002). É nesta perspectiva, que a hermenêutica filosófica é tomada neste estudo, destacando alguns de seus principais conceitos, no sentido de que eles auxiliem a apreender e interpretar o material empírico.

2.2 Quadro técnico-metodológico

2.2.1 Escolha do campo de pesquisa

Para a configuração do espaço da pesquisa, inicialmente, são descritos aspectos gerais do município de Ribeirão Preto, como dados demográficos e características dos serviços de saúde.

O município de Ribeirão Preto possui população estimada de 504.923 habitantes, segundo dados demográficos do IBGE de 2000, e apresenta projeção de 559.650 habitantes para o ano de 2006. Ribeirão Preto é a 9ª cidade mais populosa do Estado de São Paulo (IBGE, 2001; RIBEIRÃO PRETO, 2005).

O município, desde 04 de maio de 1998, está qualificado como Gestão Plena do Sistema Municipal da Saúde (GPSM). Para o período 2005-2008, o plano de saúde tem os seguintes objetivos: aperfeiçoar e consolidar a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo a gestão colegiada, de modo a efetivar o comando único do sistema em nível municipal; aprimorar os processos de negociação e pactuação, contribuindo para o atendimento segundo as necessidades e demandas locais, mediante observação e execução das diretrizes de fortalecimento dos Distritos de Saúde; implantar a gestão colegiada nas unidades de saúde; readequar a rede assistencial com fortalecimento da atenção básica; realizar mutirões para determinadas necessidades e demandas reprimidas de atendimento; estabelecer convênios com as instituições de ensino no município para complementação e qualificação da

atenção nos Distritos de Saúde; captar recursos financeiros junto ao Ministério da Saúde, Governo Estadual e organismos internacionais; estruturar o complexo regulador de sistema de atenção básica, secundária e terciária do município, bem como orientar a população sobre a organização do sistema público de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

Ribeirão Preto apresenta uma ampla rede pública de prestação de serviços, tanto em atenção básica quanto em atenção especializada e de alta complexidade. A rede básica atualmente conta com 05 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 22 Equipes de Saúde da Família (ESF), 11 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 01 Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59), 01 Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAMII), 02 Centros de Referência de Moléstias Infectocontagiosas, 01 Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF), 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Droga (CAPS-ad) e 03 Ambulatórios de Saúde Mental. O setor hospitalar conta com 14 unidades, sendo que, dessas, 09 são conveniadas ao Sistema Único de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

Na tentativa de compatibilizar as necessidades advindas do crescimento do município com a melhora do acesso da população aos serviços de saúde, organizou-se a assistência em cinco regiões, denominadas Distritos de Saúde. Estes estão localizados nas Regiões: Norte – Distrito do Simioni, Sul – Distrito de Vila Virgínia, Leste – Distrito de Castelo Branco, Oeste – Distrito de Sumarezinho e Região Central – Distrito Central.

Os Distritos de Saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias UBSs, que têm como finalidade prestar atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem, para a população de sua área de abrangência. A distribuição das unidades em distritos visa a oferecer aos munícipes um atendimento, básico e de pronto-atendimento em urgências,

próximo à sua residência além de tornar mais acessível o atendimento de algumas especialidades encontradas nas UBDSs (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

A rede odontológica do município é composta por 94 Atendentes de Consultório Odontológico (ACD) e 232 cirurgiões-dentistas – 139 em Unidades de Saúde, 74 em escolas e convênios e 19 em funções administrativas. A Divisão Odontológica da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto está estruturada para dar ao munícipe condição de realizar tratamento odontológico da seguinte maneira:

- atendimento básico em unidades de saúde: profilaxia, restaurações de amálgama e resina, exodontia, aplicação tópica de flúor, aplicação de selante e procedimentos de urgência;
- atendimento básico ao escolar: oferecido em 59 escolas da rede oficial de ensino – 14 EMEI, 20 Escolas Municipais e 25 Escolas Estaduais –, onde o escolar conta com atendimento básico curativo-preventivo e emergencial;
- atendimentos especializados: Ambulatório Regional de Especialidades (NGA) – atendimento a pacientes portadores de HIV, Programa ao Portador de Fissura Lábio-Palatal (PRODAF) – atendimento a crianças portadoras de deficiência auditiva e fissura palatal, Centro Odontológico de Pediatria (COP) – atendimento a crianças de zero a quatro anos, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) – oferece serviço de endodontia, cirurgia, periodontia e prótese à população em geral;
- convênios: Centro de Educação Especial Egydio Pedreschi, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Creche Modelo, Escola de Primeiro Grau Paulo de Tarso, Superintendência do Desenvolvimento de Ribeirão Preto (Suderp), Departamento de Água e Esgoto de Ribeirão Preto (Daerp), Cadeia Pública e Creche Nave da Saudade e
- plantões: nas UBDSs Central, Vila Virgínia e Simioni (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

A Divisão Odontológica instituiu, em 1996, nas UBDSs, UBSs e Creches Municipais o programa Clínica do Bebê⁶. Porém, de acordo com dados de 2003 da Divisão Odontológica, passados sete anos, apenas cerca de 25% dos profissionais da rede municipal continuavam disponibilizando esse tipo de atenção às crianças (RIBEIRÃO PRETO, s/d).

São poucos os dados epidemiológicos sobre saúde bucal do município de Ribeirão Preto, disponibilizados atualmente. Em uma pesquisa realizada durante a campanha nacional de vacinação, em agosto de 2002, examinaram-se no município 1.629 crianças entre 12 e 59 meses de idade. Os resultados mostraram que mais de 77% das crianças encontravam-se livres de cárie. Tabela 4 (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

Tabela 4 – Número de crianças examinadas, ceo-d, e % livre de cárie, por faixa etária, Ribeirão Preto-SP, 2002.

Faixa Etária (meses)	Nº de examinados	ceo-d	Livres de Cárie (ceo-d = 0)	% ceo-d=0
12-23	394	0,11	372	94,42
24-35	415	0,49	348	83,85
36-47	406	1,09	286	70,44
48-59	414	1,49	259	62,56
Total	1.629	-	1.235	77,65

Fonte: RIBEIRÃO PRETO (2007).

Em um outro levantamento, em 2002, realizado em 33 estabelecimentos oficiais de ensino do município, participaram 980 escolares com idades entre cinco e 14 anos. Os resultados apontaram aos 12 anos CPO-D de 1,65 e, aos cinco anos ceo-d de 2,89 (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

⁶ **Clínica do Bebê ou Bebê Clínica** – programa implantado, inicialmente, na Universidade Estadual de Londrina em 1986, destinado à saúde bucal do bebê e tem como objetivo proporcionar atenção odontológica à criança a partir do nascimento (WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996).

Dentre os Distritos de Saúde do município, optou-se por desenvolver a presente pesquisa no Distrito de Saúde Leste. Fazem parte deste distrito, a UBDS Castelo Branco, UBS Santa Cruz, UBS Jardim Zara, UBS Vila Abranches, UBS Jardim Juliana, UBS São José e UBS Bonfim Paulista. No sentido de evitar algum viés, a UBS Bonfim Paulista, não foi incluída na pesquisa, por este ser o local de trabalho da pesquisadora. Sendo assim, o campo de pesquisa foi composto por seis unidades de saúde, sendo uma UBDS e cinco UBSs.

A opção por esse distrito, como campo de pesquisa, justifica-se pelo fato de esse distrito ser reconhecidamente heterogêneo, isto é, fazem parte dele, bairros como: Santa Cruz, City Ribeirão, Ribeirânia, Jardim Canadá e Castelo Branco, onde residem pessoas de classe média-alta contrastando com: Vila Abranches, Jardim Juliana e Jardim Zara, que ainda abrigam áreas de favelamentos. Portanto, tratou-se de uma escolha intencional. Alguns dados dos bairros que compõem esse distrito, como: tipo de instalação sanitária e abastecimento de água dos domicílios, anos de estudo e rendimentos em salários mínimos dos chefes dos domicílios ilustram essas diferenças (Anexo A). Os distritos de saúde do município podem ser visualizados graficamente na Figura 1.

O Distrito de Saúde Leste possui população estimada de 116.740 habitantes, conforme apresentado no Quadro 2. É o segundo distrito do município em nível populacional (RIBEIRÃO PRETO, 2003).

Unidades	População
UBDS Castelo Branco	45.222
UBS Santa Cruz	23.491
UBS Jardim Zara	10.032
UBS Vila Abranches	11.690
UBS Jardim Juliana	7.835
UBS São José	7.632
UBS Bonfim Paulista	10.838
Total	116.740

Fonte: RIBEIRÃO PRETO (2003).

Quadro 2 – Dados populacionais do Distrito de Saúde Leste do município de Ribeirão Preto, 2003.

O Distrito Leste (excluindo a UBS Bonfim Paulista) apresenta os seguintes equipamentos sociais (Quadro3):

	Santa Cruz	Castelo Branco	São José	Jardim Juliana	Jardim Zara	Vila Abranches
Escola Estadual	0	3	1	0	1	0
EMEI*	1	2	1	0	0	1
EMEF*	1	2	1	4	1	2
EMEFEM*	0	0	0	0	0	0
Creche Estadual	1	0	0	0	0	0
CEI*	0	0	1	0	1	1
EMEI particular	4	15	1	0	2	1
Escola particular	6	10	0	0	0	0
Faculdade	1	3	0	0	0	0
Hospital	1	1	0	0	0	0
ONG*	5	11	0	0	3	0
Centro comunitário	0	2	1	0	0	0

Fonte: RIBEIRÃO PRETO (2003).

Quadro 3 – Número de instituições presentes no Distrito Leste de Saúde. Ribeirão Preto, 2003.

* EMEI – Escolas Municipais de Educação Infantil, EMEF – Escolas Municipais de Ensino Fundamental, EMEFEM – Escola Municipal de Ensino Fundamental e Médio, CEI – Centro Educacional Infantil (creche), ONGs – Organizações não-governamentais.

Nas unidades do Distrito Leste, excluindo a UBS Bonfim Paulista, trabalham 22 dentistas: UBDS Castelo Branco (5), UBS Santa Cruz (4), UBS Jardim Zara (2), UBS Vila Abranches (3), UBS Jardim Juliana (4) e UBS São José (4).

A Secretaria Municipal da Saúde encontra-se informatizada. Assim, todo usuário que necessita receber atendimento, nas UBDSs e UBSs do município, inicialmente tem seu cadastro realizado na sua unidade e, a partir daí, recebe um número de prontuário que o acompanhará por todos os serviços de saúde disponibilizados pelo município.

Para cada atendimento realizado nas unidades de saúde na área médica, odontológica e de enfermagem, é feita uma guia de recepção para o usuário onde o profissional que o atendeu anota os procedimentos realizados durante a consulta. Esta guia é, então, retida em seu prontuário e os procedimentos são arquivados no computador por meio do Sistema Hygia⁷. Assim, o prontuário do usuário é um instrumento que fornece seu histórico de saúde e permite conhecer a sua trajetória dentro do sistema de saúde do município.

2.2.2 Participantes do estudo

Todas as pessoas interessadas no desenvolvimento e no progresso das crianças aguardam as “grandes” decisões: as conclusões do G8 sobre ajuda e dívidas; o desfecho das negociações de comércio da Rodada de Doha; as declarações das organizações internacionais e dos líderes mundiais sobre as iniciativas e as posições mais importantes. Não há dúvidas quanto à importância dessas negociações como determinantes para os desenvolvimentos futuros. Mas há outras decisões, mais próximas de casa, que podem ter impacto maior e mais direto sobre a vida da criança: como será dividida entre pais e filhos a comida já escassa? Que crianças irão à escola e quais trabalharão no campo? Quantos graus a febre deve atingir para justificar uma longa e custosa viagem ao consultório médico? Para a criança, os atores mais importantes do mundo não são os líderes políticos e os diretores das agências de desenvolvimento, mas sim os pais e cuidadores que tomam essas decisões familiares cruciais diariamente (UNICEF, 2007, p. 17).

⁷ O Hygia sistema de Gestão da Saúde interliga todas as unidades da rede de atendimento assistencial. Os módulos Hygia abrangem atendimento de ambulatorio, exames de laboratório, controle de estoque e movimentação nas farmácias, controle de vacinas, faturamento para o SUS ou qualquer outro convênio e controle de leitos (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

Embora o foco central deste estudo seja a saúde bucal de crianças na primeira infância, o substrato empírico foi obtido a partir de entrevistas com cuidadores familiares. Para tanto, foram selecionadas crianças com a ajuda da Divisão de Informática da Secretaria Municipal da Saúde – optou-se por selecionar crianças na faixa etária de cinco anos e com condições distintas de saúde bucal. Este setor forneceu uma relação com nome de crianças com idades entre cinco anos e cinco anos e 11 meses, atendidas nas seis Unidades de Saúde do Distrito Leste, nos meses de agosto e setembro de 2006, número de seus prontuários, nome da mãe, endereço, telefone e tipo de atendimento – médico ou odontológico –, totalizando 445 crianças.

A partir dessa lista optou-se por selecionar duas crianças de cada unidade, uma que tivesse somente atendimentos odontológicos preventivos – não invasivos – e outra com atendimentos odontológicos por razões curativas – invasivos. Os dados disponibilizados no Sistema Hygia permitiram a identificação destas duas condições descritas. Iniciou-se a seleção pela última criança da lista e, quando não foi possível localizar a criança e o cuidador, a opção foi pela criança seguinte da lista.

Destas 12 crianças (duas de cada uma das seis unidades de saúde), buscaram-se os cuidadores familiares os quais foram os sujeitos da pesquisa. Esse número de participantes foi definido a princípio, não como possibilidade fechada, uma vez que o objetivo primeiro foi estabelecer o critério de suficiência, isto é, quando julgou-se que o material empírico já permitia traçar um quadro compreensivo da questão investigada.

Dessa forma, os participantes deste estudo foram 12 cuidadores familiares de crianças menores de seis anos do Distrito de Saúde Leste.

2.2.3 Estratégias de investigação

As estratégias de trabalho de campo escolhidas foram a entrevista com cuidadores familiares, complementadas pela consulta aos prontuários das crianças e pela observação.

2.2.3.1 Entrevista semi-estruturada

A entrevista, como instrumento de coleta de dados, tem a vantagem de poder criar uma relação de interação, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde, permitindo assim a captação imediata e corrente da informação desejada (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

A entrevista representa conversa intencional, entre pelo menos duas pessoas, dirigida por uma delas, com o objetivo de obter acesso às narrativas dos participantes. Essa forma de coletar dados possibilita ao pesquisador conhecer algumas idéias do entrevistado (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Neste estudo, utilizou-se a entrevista semi-estruturada, elaborando-se um roteiro a fim de norteá-la (Apêndice A). Triviños (1995) privilegia a entrevista semi-estruturada porque:

Esta, ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. Dessa forma o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal e dos questionamentos básicos colocados pelo investigador, apoiados em teorias e hipóteses, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1995, p.146).

O roteiro incluiu questões, de forma a permitir a abordagem de possíveis elementos, presentes no cotidiano dos cuidadores, a qual pudesse interferir na vulnerabilidade da criança ao adoecimento bucal. Esse roteiro foi composto por duas partes: a primeira refere-se aos aspectos socioeconômicos e condições de moradia das crianças, e a segunda relaciona-se aos aspectos relevantes para análise da vulnerabilidade, abordando as três dimensões:

- Individual: questões referentes à cognição, conhecimento, comportamento, atitudes, valores, desejos, interesses, habilidade e crenças.
- Programática: questões relacionadas aos serviços de saúde (acesso, tipo de cuidado, suporte, ações programáticas, qualificação profissional, intersetorialidade, integralidade, resolubilidade, longitudinalidade, acolhimento, satisfação).
- Social: questões referentes ao acesso a redes sociais; aos meios de comunicação; à educação; à cultura, ao lazer; à participação política; ao *status* socioeconômico e a questões relacionadas aos direitos humanos: poder de influenciar políticas públicas, reconhecimento de direitos.

2.2.3.2 Consulta a prontuários

A consulta aos prontuários das crianças foi utilizada previamente à entrevista, para a busca de informações quanto à saúde geral, idade da primeira consulta, número de atendimentos e tipo de procedimentos realizados nas consultas odontológica e médica.

2.2.3.3 Observação

A observação foi uma outra estratégia para a coleta de dados. Esta permite a observação direta de um fenômeno, levando o pesquisador a se envolver na situação estudada, possibilitando acompanhar *in loco* as experiências dos sujeitos, ou seja, coloca o pesquisador em contato direto com o fenômeno observado para a obtenção de informações sobre a realidade dos participantes do estudo (MINAYO, 1998). A observação possibilitou visualizar e retratar parte do contexto familiar dos participantes: as condições de moradia; as relações entre familiares e a situação aparente de saúde bucal dos participantes. Para o registro das observações, utilizou-se um diário de campo.

2.2.4 Teste-piloto

O teste-piloto foi realizado em um outro Distrito de Saúde, a fim de adequar o instrumento a ser utilizado na pesquisa de campo. Participaram desta etapa quatro cuidadores, três no próprio domicílio e um na unidade de saúde de referência do entrevistado, durante o mês de janeiro de 2006. Após as entrevistas, pequenos ajustes no roteiro foram necessários buscando melhorar a comunicação com os entrevistados.

2.2.5 Coleta de material empírico

O primeiro contato com a mãe ou o pai da criança foi feito por telefone. Nesse contato, a pesquisadora foi apresentada como estudante do curso de pós-graduação e dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP. Os cuidadores foram esclarecidos quanto os propósitos do estudo – objetivo, finalidade, benefícios e riscos – e que sua participação seria por meio de uma entrevista.

Na seqüência, foi solicitado que discutissem com seus familiares o interesse em participar do estudo e, também, foram informados sobre a garantia de sigilo das informações e da liberdade de escolha em participar. Ao final do contato telefônico, os cuidadores foram comunicados que, passados dois dias, eles receberiam um novo telefonema para saber sobre a decisão de participar ou não da pesquisa e, no caso afirmativo, a data e o horário para a realização da entrevista seriam agendados no seu domicílio ou em local de sua conveniência.

Após o prazo estipulado, foi realizado um novo contato telefônico no qual foi manifestado o interesse dos cuidadores em participar do estudo. Cabe destacar que uma das mães indicou o seu pai – avô da criança –, alegando que esse era o cuidador principal. Nas outras situações, as próprias mães se identificaram ou foram identificadas como cuidadoras.

Após os cuidadores aceitarem participar da pesquisa, foi realizada consulta aos prontuários das crianças visando à obtenção de informações que pudessem contribuir no desenvolvimento da entrevista.

Antes de cada entrevista, os objetivos do estudo foram retomados, sendo reforçada a garantia de confiabilidade das informações e do direito de recusa ou interrupção da participação a qualquer momento, ao mesmo tempo em que foi solicitada a permissão para que a entrevista fosse gravada. Os cuidadores leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). As entrevistas foram realizadas durante os meses de outubro e novembro de 2006, no próprio domicílio, exceto uma que foi realizada na UBS a pedido de um cuidador. As entrevistas foram gravadas em fitas cassetes totalizando aproximadamente 23 horas de gravação, com duração média de aproximadamente duas horas.

As entrevistas, inicialmente, foram direcionadas ao cuidador principal, porém, nos casos em que, no momento da entrevista, estavam presentes outros membros da família que manifestaram interesse em participar houve concordância da pesquisadora. Assim, houve a participação de mães, pais, avós e da própria criança.

Inicialmente, foram abordadas questões referentes aos aspectos socioeconômicos e condições de moradia da criança, no sentido de “quebrar o gelo”. A seguir, a fim de buscar relações de experiências passadas com o atual cuidado à saúde bucal da criança, foi levantada uma questão disparadora, na qual a pesquisadora solicitou ao cuidador que falasse livremente sobre a forma como ele foi cuidado na infância, suas recordações em relação ao primeiro contato com o dentista, suas lembranças quanto ao cuidado que recebeu, quem cuidou dele, das coisas que viveu, de seus desejos e de suas preocupações. Posteriormente, foram abordados aspectos relevantes para análise da vulnerabilidade, ou seja, questões do cotidiano dos cuidadores, que pudessem condicionar a criança ao adoecimento bucal. Esse roteiro foi

percorrido subordinadamente à dinâmica que o próprio entrevistado deu à narrativa, dessa forma, houve a possibilidade para que discorressem livremente sobre o assunto proposto.

Ao longo da entrevista, buscou-se direcionar as questões à “saúde bucal” em seu sentido amplo e, não a uma patologia específica, no caso a cárie dentária. Os participantes foram orientados que o termo saúde bucal referia-se ao conjunto dente, gengiva, boca, língua, bochecha e palato e não apenas a dentes.

As observações, realizadas no transcorrer das entrevistas, foram registradas em um diário de campo com as percepções não passíveis de transcrições – silêncios, olhares, suspiros –, uma vez que elas auxiliam a composição dos significados das respostas dos entrevistados. As anotações foram feitas logo ao final de cada encontro. Toda a coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora.

O Quadro 4 mostra a composição familiar, idade e escolaridade dos 12 participantes do estudo e a atividade profissional dos familiares. Os sobrenomes das famílias são fictícios, a fim de garantir o anonimato dos participantes:

Famílias Participantes	Familiar(es) entrevistado(s)	Composição familiar	Idade e escolaridade do(s) entrevistado(s)	Atividade(s) profissional(is)
Família Vitorazo	Mãe	Mãe, pai, 04 filhas e 02 filhos	30 anos e 10 anos de estudo (mãe) 28 anos e 08 anos de estudo (pai)	Mãe: do lar Pai: autônomo
Família Fernandes	Mãe e Avó materna	Mãe, pai, 01 filha e 01 filho, avós maternos e 01 irmã da mãe	25 anos e 11 anos de estudo (mãe) 28 anos e 06 anos de estudo (pai) 48 anos e 04 anos de estudo (avó)	Mãe: do lar Pai: desempregado Avó: aposentada
Família Figueiredo	Mãe	Mãe, pai e 02 filhas	30 anos e 11 anos de estudo (mãe) 37 anos e 07 anos de estudo (pai)	Mãe: agente comunitária de saúde Pai: autônomo
Família Galante	Mãe	Mãe, 02 filhas e 02 filhos	39 anos e 04 anos de estudo	Mãe: do lar Pai: falecido
Família Pedrosa	Mãe	Mãe, pai, 03 filhas e 01 filho	42 anos e 05 anos de estudo (mãe) 52 anos e 15 anos de estudo (pai)	Mãe: do lar Pai: professor
Família Pereira	Mãe e Pai	Mãe, pai, 01 filha e 01 filho	32 anos e 09 anos de estudo (mãe) 28 anos e 11 anos de estudo (pai)	Mãe: do lar Pai: trabalha em escritório de contabilidade
Família Dias*	Mãe e filha	Mãe, 01 filha, 01 primo, 01 amiga	30 anos e 08 anos de estudo	Mãe: doméstica Pai: ausente
Família Martins*	Mãe, Avó materna e Avó paterna	Mãe, 01 filho, avós maternos, 03 irmãos	19 anos e 09 anos de estudo (mãe) 44 anos e 05 anos de estudo (avó materna) 48 anos e 06 anos de estudo (avó paterna)	Mãe: desempregada Pai: motoboy Avó materna e Avó paterna: do lar
Família Mendonça*	Mãe	Mãe, 01 filho, 01 irmã da mãe e 01 sobrinho da mãe	34 anos e 08 anos de estudo	Mãe: faxineira Pai: ausente
Família Nogueira*	Mãe	Mãe, pai e 02 filhos	40 anos e 08 anos de estudo (mãe) 42 anos e 05 anos de estudo (pai)	Mãe: doméstica Pai: motorista
Família Reparate*	Avô e Avó maternos	Avós maternos, 01 filha e 01 neto	56 anos e 11 anos de estudo (avô) 53 anos e 05 anos de estudo (avó) 27 anos e 11 anos de estudo (mãe)	Avô: aposentado Avó: doméstica Mãe: secretária
Família Santana*	Mãe	Mãe, pai, 01 filha e 01 filho	42 anos e 05 anos de estudo (mãe) 45 anos e 04 anos de estudo (pai)	Mãe: faxineira Pai: autônomo

Quadro 4 – Participantes do estudo, segundo composição familiar, idade e escolaridade do entrevistado e atividade profissional dos membros da família.

* Famílias cujas crianças tiveram os atendimentos odontológicos, nas unidades de saúde, por razões curativas.

2.2.6 Pressupostos para produção e interpretação do material empírico

Após a realização das entrevistas, procedeu-se à transcrição das fitas pela própria pesquisadora, totalizando 135 páginas de papel A4 digitadas em espaço simples, letra *Times New Roman*, tamanho 12.

Na tentativa de conhecer e compreender as experiências do cuidador familiar com o cuidado à saúde bucal da criança, busca-se ressaltar uma dada situação, tematizando certa prática, levantando significados dessa prática a partir dos relatos, dentro de um conjunto de aspectos da totalidade compreensiva do cuidado em saúde. Nesse sentido, o entendimento é de que as narrativas dão uma certa compreensão, trazendo significados para compreender as pessoas, particularmente, em relação ao cuidado à saúde bucal.

Nesse processo utilizou-se o apoio da hermenêutica filosófica que forneceu os pressupostos para uma aproximação mais adequada da natureza interpretativa da produção empírica. A interpretação respeitou a regra hermenêutica, segundo a qual a compreensão do todo ocorre com base no singular, e o singular, com base no todo, operacionalizada por meio de leituras exaustivas e repetidas que visaram a ampliar a unidade de sentido pela concordância de todas as partes singulares com a totalidade dos resultados (GADAMER, 1997).

Esse exercício buscou alcançar os sentidos e significados fundamentais dos textos como um todo, pois o sentido do todo influenciaria a discussão dos distintos temas – as partes – que emergiram da categorização dos dados. Assim, esses encontros com o texto e, os outros que depois vieram, foram sempre influenciados por uma percepção que já estava desenvolvida na própria pesquisadora, considerando sua tradição e seus preconceitos. Também foi importante atentar para o lugar da autoridade nos discursos estudados (GADAMER, 1997).

Ao final, cinco categorias empíricas configuraram-se: **Quem são os cuidadores familiares, as crianças e suas famílias; Os significados do cuidado à saúde bucal; As**

interações no cuidado à saúde bucal da criança; Em busca das causas e da prevenção do adoecimento bucal e A realidade dos serviços de saúde e da odontologia.

Os resultados estão apresentados sob a forma de recortes das falas dos entrevistados seguidos da interpretação e discussão. No início dos recortes das falas, estará especificado, entre parênteses, o grau de parentesco com a criança e no final, entre parênteses também, o sobrenome fictício do cuidador. A apresentação das falas transcritas respeitou a variedade lingüística utilizada pelos participantes.

2.2.7 Requisitos éticos

Em observância à legislação que regulamenta a pesquisa em seres humanos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Protocolo N° 0589/2005, obtendo a aprovação em 28 de novembro de 2005 (Anexo B).

3. Interpretação e discussão do material empírico

3.1 Quem são os cuidadores, as crianças e suas famílias

Inicialmente faz-se uma apresentação dos cuidadores, das crianças e de suas famílias, com recortes das observações registradas no diário de campo e dados dos prontuários das crianças. Ao final apresenta-se uma síntese das famílias, mostrando o que elas têm em comum e também suas singularidades.

Família Vetorazo

A mãe tem 30 anos, seis filhos com idades entre 13 anos e nove meses, é casada e vivem com renda mensal de R\$ 1.200,00. Preferiu que a entrevista fosse realizada na unidade, alegando que a casa estava em reforma. A mãe relatou, prontamente, um atendimento odontológico traumático, aos 09 anos de idade, realizado por um dentista na escola, no qual foi realizada uma extração dentária que resultou em hemorragia, dor e infecção. Refere que não recebeu orientação sobre cuidados à saúde bucal com os pais, e acredita que se tivesse sido cuidada, saberia cuidar melhor dos filhos porque, segundo ela, "a educação vem do berço". Entende que a responsabilidade pela saúde bucal dos filhos é dela, do dentista e do governo. Dela escovando e cuidando da alimentação, do dentista executando o tratamento e do governo colocando mais profissionais nos serviços. A mãe, de aparência meiga e delicada, sente-se "cansada" em lidar com a tarefa diária de cuidar dos seis filhos e da casa. Pretende voltar a estudar, reformar a casa e tirar a carteira de motorista que deixou pra trás "... mas, se Deus quiser quando eles tiver maiorzinho melhora, tem que melhorar (risos)". A criança já passou por 65 atendimentos médico/enfermagem e por três consultas odontológicas preventivas, sendo que sua primeira consulta ao dentista da unidade foi aos dois anos e dois meses de idade. **A filha mais velha já teve sérios problemas dentários** e nunca utilizou os serviços da unidade, pois o pai (ex-marido) paga um convênio médico e odontológico para ela. Já os outros filhos, do atual marido, quando precisam, procuram o dentista da escola. Ela está

precisando fazer tratamento odontológico, mas não acha tempo para isso, e o marido concluiu tratamento há pouco tempo, em dentista particular.

Família Fernandes

A mãe está grávida, tem uma filha de cinco anos e um filho de um ano e três meses. Estava fazendo o planejamento familiar, quando descobriu a atual gravidez. Em uma mesa de bar, na calçada em frente à casa foi gravada a entrevista. A mãe recorda a primeira experiência odontológica, aos 12 anos de idade, na qual foi submetida a uma extração dentária que resultou em hemorragia e dor pós-operatória prolongada. Diz que até hoje ela e, principalmente, o marido sofrem de dores de dente, enquanto aguardam uma vaga para tratamento odontológico, na unidade de saúde. Durante a entrevista, foi possível observar algumas falhas de dentes e lesões de cárie nos dentes anteriores. A mãe pareceu um pouco desligada com relação às questões de higiene, tanto dela como do filho, que brincava por perto. Durante a entrevista, o filho mais novo comeu bolacha, salgadinho e tomou refrigerante na mamadeira. O marido está desempregado e recebe R\$ 20,00 por dia como ajudante de pedreiro. A avó apareceu e participou da entrevista, fez questão de apontar feitos positivos do governo atual. Constam no prontuário da criança 40 atendimentos médico/enfermagem, sendo que a primeira consulta ao dentista da unidade foi aos três meses de idade. A partir daí, passou por mais 15 atendimentos odontológicos, todos por ações preventivas. O filho mais novo, também, já passou por dois atendimentos odontológicos preventivos, mas ela e o marido estão há tempos na lista de espera para tratamento odontológico.

Família Figueiredo

A mãe é casada, tem duas filhas, uma de cinco e outra com oito anos de idade. Ela relata que sua mãe a levou ao dentista, pela primeira vez, aos 06 anos de idade para avaliação e controle preventivo. Há dois anos é **Agente Comunitária de Saúde (ACS)**, diz que, a partir daí, algumas coisas mudaram no dia-a-dia da família, do cuidado à saúde à alimentação. Está feliz com a nova profissão e, principalmente, com os novos conhecimentos que vem adquirindo a partir dos cursos de capacitação. O marido tem um

bar que fica ao lado da casa, e a renda mensal da família é de R\$ 1.500,00. A mãe fez questão de mostrar os trabalhos de artesanato que faz nas horas de folga. Defende, com veemência, os serviços e os profissionais da unidade e o SUS. A filha mais nova interrompeu a entrevista por várias vezes tentando chamar a atenção, em todos esses momentos a mãe interveio com delicadeza. No prontuário da criança, constam 49 atendimentos médico/enfermagem e três na odontologia, sendo esses para ações preventivas. A primeira consulta da criança ao dentista da unidade foi aos nove meses de idade. Assim que a filha mais nova nasceu, a família deixou de freqüentar a unidade porque aderiram a um convênio médico/odontológico. Porém, depois que ela começou a trabalhar como ACS, a família voltou a utilizar os serviços da unidade. Confessa que, antes, não confiava na qualidade dos serviços oferecidos na unidade, mas, agora, se arrepende por não terem usufruído deles antes.

Família Galante

A mãe está viúva há dois anos, tem quatro filhos com idades entre cinco e 21 anos. Ao redor da mesa da cozinha foi iniciada a conversa, enquanto a mãe fazia café, as duas crianças menores assistiam à televisão na sala, era uma tarde de domingo. A mãe relata nunca ter recebido orientação sobre cuidados de saúde bucal. Diz ter sido criada por uma tia, e que as coisas que sabe, sobre esse tema, aprendeu vendo as colegas de internato, onde morou quando criança. Recorda ter passado por vários episódios de dor de dente e que sua primeira consulta odontológica foi aos 12 anos de idade, para extração dentária. Embora, durante a entrevista, não houvesse interesse no exame clínico bucal, a mãe fez questão de mostrar seus atuais problemas bucais. Nesse momento, foi possível visualizar falhas de dentes e a necessidade de extensa reabilitação oral. A mãe se emocionou ao falar dos conflitos e das dificuldades em cuidar, sozinha, dos filhos. A entrevista foi a mais longa. Ela mostrou-se muito ansiosa e agressiva, fez inúmeras críticas ao serviço de saúde. A criança passou por três consultas odontológicas na unidade para ações de prevenção e por 33 atendimentos médico/enfermagem. Na odontologia, a primeira consulta foi com um ano e sete meses de idade. Os outros três filhos, quando precisam de assistência odontológica, procuram a

unidade, mas ela prefere tratar com uma dentista particular, próxima a sua casa. A família vive com R\$ 900,00 por mês. A entrevista foi interrompida várias vezes pelo telefone e pelas crianças, e a mãe, sem muita paciência, acabou por brigar com as crianças, distribuindo alguns tapas. A entrevista teve tom de desabafo e de tristeza, pois a mãe se sente impotente frente às dificuldades de relacionamento com os filhos adolescentes, à falta de dinheiro, à necessidade de tratamento odontológico reabilitador para ela, à distância dos familiares e à solidão.

Família Pedrosa

A mãe é casada e tem quatro filhos com idades entre cinco e 19 anos. A renda mensal da família é de R\$ 1.500,00. No alpendre, foi realizada a entrevista numa manhã em que todos da família já haviam saído para escola ou para o trabalho, a entrevistadora em uma cadeirinha de criança e a mãe na escada da porta da sala. A mãe relata sua primeira consulta odontológica aos 12 anos, para extração dentária. Diz ter sido criada por uma tia e não recorda de orientações sobre cuidados à saúde bucal, quando criança. A proximidade com a mãe, no momento da entrevista, permitiu a visualização de várias falhas de dentes. A mãe estudou até a 5ª série, e o marido é professor, ela deixou claro que os conhecimentos dos profissionais e do marido, que têm **curso superior**, são inquestionáveis. A criança passou por 98 atendimentos médico/enfermagem e por oito atendimentos preventivos na odontologia. A primeira consulta odontológica da criança na unidade foi com dez meses de idade. Todos da família utilizam a assistência odontológica da unidade e seguem, rigorosamente, os retornos que antes eram a cada seis meses, mas agora estão mais distantes. Durante a entrevista, a mãe mostrou um certo sentimento de inferioridade por não ter avançado nos estudos, diz que gostaria de voltar a estudar, contudo, há três meses começou a trabalhar e, uma vez mais, terá de adiar seu sonho, agora em função dos gastos com o estudo do filho mais velho.

Família Pereira

A entrevista foi realizada na sala da casa e participaram a mãe e o pai. A filha mais velha brincava por perto, e o filho mais novo mamava no peito e dormia no colo da

mãe. A mãe muito tranqüila sempre que tentava se expressar era interrompida pelo pai que concluía o raciocínio dela. O pai, muito exaltado, fez inúmeras críticas: ao serviço de saúde, aos profissionais, ao governo, ao presidente, entre outras. A família vive com salário mensal de R\$ 1.000,00. A entrevista precisou, o tempo todo, ser reconduzida porque o pai tentava, a todo momento, falar sobre os seus problemas, isto é, sobre sua condição de saúde bucal atual e suas urgentes necessidades. A mãe recorda o primeiro atendimento odontológico, aos sete anos de idade, realizado na escola. O pai, também, diz ter feito vários tratamentos com o dentista da escola e, muitas das restaurações que tem, até hoje, são dessa época. Ambos relembrou vários episódios de dor de dente, entre a infância e os dias atuais. A criança já passou por 96 atendimentos médico/enfermagem e por, apenas, uma consulta odontológica, recentemente, aos cinco anos e nove meses de idade, na qual teve caráter preventivo. O filho mais novo, de dois anos, nunca passou pelo dentista, e mãe e pai estão há tempo na lista de espera, aguardando tratamento odontológico.

Família Dias*

A mãe emocionou-se ao lembrar da infância difícil. Mora em uma casa pequena, mas bem organizada, com a filha, um primo e uma amiga. Ela e a filha vivem com R\$ 525,00 por mês, cria a filha sem o pai e diz que **aprendeu sobre “coisas da vida” e cuidados com o corpo com uma antiga patroa** quando morava em Minas Gerais. A mãe me recebeu na sala da casa, enquanto a filha brincava sentada no chão. A criança estava com roupa limpa e com o cabelo enfeitado com tranças e fitas. Revelou que gostaria de voltar a estudar, mas não tem com quem deixar a filha. A mãe refere que foi levada ao dentista pela primeira vez pela patroa, aos 16 anos de idade e, já nessa ocasião, extraiu vários dentes. Recorda de vários episódios de dor de dente, dela própria e, mais recentemente, da filha. Durante a entrevista, a mãe esboçou alguns sorrisos e, embora de maneira tímida, foi possível observar a presença de uma prótese superior. Constam no prontuário da criança 76 atendimentos médico/enfermagem e 37 atendimentos odontológicos, sendo a grande maioria por razões curativas. A primeira consulta da criança ao dentista da unidade foi aos três meses de idade. A mãe diz que,

recentemente, foi atendida na odontologia, como urgência e, agora, está precisando voltar novamente para fazer uma outra extração dentária. A conversa teve tom de conformismo, pois apesar das dificuldades enfrentadas desde a infância, associada às atuais, a mãe mantém a crença de que a vida é assim mesmo.

Família Martins*

A mãe, muito jovem com 19 anos, teve o primeiro filho com 14 anos de idade e agora está grávida do namorado. Ela recorda vários episódios de dor dente, na fase de dentição decídua. A mãe pareceu um tanto dispersa e imatura para lidar com as questões do dia-a-dia, muitos dos questionamentos ela não soube ou não quis responder, estava preocupada com as ligações no celular. O pai paga pensão ao filho, mas a mãe relata não ter renda fixa. Durante a entrevista, a avó materna limpava a casa, mas ao mesmo tempo participava da conversa. A entrevista foi na sala, mas com dificuldade na gravação, em função do som da televisão e do barulho da máquina de lavar roupa. Durante a entrevista, a avó paterna chegou e também participou da entrevista. Mãe e filho moram em um cômodo, no fundo da casa dos pais. No momento da entrevista, estava indecisa se ia ou não morar com o namorado. A criança já passou por 144 consultas médica/enfermagem e por 21 atendimentos odontológicos, sendo a maioria por razões curativas. A primeira consulta odontológica da criança na unidade foi aos dois anos de idade. A criança passa um período com a mãe e outro com os avós paternos, nunca frequentou creche e nem a pré-escola. A mãe diz que não gosta muito de dentista e só vai quando precisa: "[...] vou mais na urgência".

Família Mendonça*

A mãe saiu do Piauí para morar com o pai do seu filho em Rondônia, contra a vontade da família. Não deu certo essa união, então ela e o filho vieram para Ribeirão Preto morar com uma irmã, que tem um filho de 11 meses. Está aqui há nove meses, recebe salário mensal de R\$ 400,00, trabalhando em um posto de gasolina como faxineira. Estudou até a 8ª série e precisou parar para trabalhar, mas pretende voltar a estudar. Seu sonho é juntar dinheiro, comprar uma máquina de costura e voltar para sua

terra para trabalhar como costureira. É lá que pretende criar seu filho. A mãe recorda sua primeira consulta odontológica, aos 16 anos de idade, na qual foi realizada uma extração dentária. Relata que como ela, o filho, também, já vivenciou alguns episódios de dor de dente. A primeira consulta odontológica da criança na unidade foi com cinco anos e um mês de idade, embora a mãe alegue que na sua cidade natal ele já tenha passado por vários atendimentos odontológicos. A criança tem registrado em seu prontuário 11 atendimentos médico/enfermagem e 11 intervenções odontológicas curativas. Além dos desencontros e dificuldades relatadas, a mãe demonstrou muita preocupação com a educação, saúde e futuro do filho e muita saudade dos familiares.

Família Nogueira*

A mãe, casada e com dois filhos, recebeu a entrevistadora numa manhã de domingo. A conversa foi na cozinha enquanto os filhos assistiam à televisão na sala, e o pai fazia algum conserto no carro. A mãe recorda de vários episódios de dor de dente, dela própria, e do filho mais novo. Sua primeira prótese foi colocada aos 14 anos de idade e não se recorda de orientações sobre cuidados à saúde bucal, na infância. Moram em um novo loteamento de difícil localização. A casa, ainda por terminar a construção, foi mostrada com muito orgulho pela mãe. O contrapiso e o tijolo aparentes contrastavam com a toalha bordada na mesa e com a cortina e o quadro na parede. O pai está há mais de um ano afastado do serviço, porque precisa fazer uma cirurgia. A família vive com renda mensal de R\$ 1.000,00. A mãe, durante a entrevista, fez muitas críticas ao serviço de saúde e à escola dos filhos. A criança apresenta em seu prontuário 26 atendimentos médico/enfermagem e 22 atendimentos odontológicos curativos. A primeira consulta da criança ao dentista da unidade foi com quatro anos e dois meses de idade, como atendimento de urgência. Na escola do filho mais novo não há dentista. Já o filho mais velho de oito anos é atendido pelo dentista de sua escola. Ela concluiu um tratamento odontológico recentemente, e o marido não gosta de ir ao dentista.

Família Reparate*

O avô é quem passa a maior parte do dia com a criança, ele assumiu o cuidado do neto e **se orgulha em dizer que “estraga” o neto pelo excesso de zelo**, diz fazer tudo que ele quer. Sua renda mensal é de R\$ 1.200,00 e se sente à vontade pra falar de política e de políticos. Muito falante, diz não estar satisfeito com o novo relacionamento da filha e que o neto ficará com ele, enquanto ele viver. Já no primeiro contato e, depois durante a entrevista, tentou insistentemente que a entrevistadora resolvesse alguns problemas, seus e de sua esposa, relacionados a encaminhamento médico e odontológico. Os avós recordam vários episódios de dor de dente e, dizem que o neto, recentemente, também, vivenciou a dor de dente, em função de um abscesso dentário. O avô relata que, antigamente, na época em que era criança, os pais não se preocupavam com a saúde bucal dos filhos. Atualmente, o avô é portador de prótese e a avó aparenta ter poucos dentes. A criança passou por seis atendimentos médicos e por 13 atendimentos odontológicos curativos. A primeira consulta ao dentista na unidade foi com cinco anos e um mês, em situação de urgência. O avô concluiu o tratamento odontológico na unidade e aguarda encaminhamento para especialidades. A avó está na lista de espera para tratamento. A filha, mãe da criança, quando precisa procura o dentista particular, pois não tem tempo para fazer tratamento na unidade.

Família Santana*

A mãe, casada e com dois filhos, interrompeu os estudos na 5ª série, mas agora está fazendo supletivo e está encantada com essa nova perspectiva. A entrevista foi gravada na sala, enquanto o filho brincava com o cachorro no alpendre da casa. Por várias vezes a mãe repreendeu o filho, de forma enérgica, em função do barulho e das interrupções. A mãe recorda que foi ao dentista pela primeira vez aos 10 anos de idade e, nessa época, extraiu cinco dentes. Entre seus seis irmãos, todos já perderam dentes e uma das irmãs, com 45 anos de idade, já usa prótese total. Relata que como ela, o filho, também, já sofreu e sofre com dores de dentes. A mãe, muito falante e extrovertida fez críticas ao serviço de saúde, aos dentistas, aos professores e ao dentista da escola do filho. A criança já passou por 65 consultas médicas/enfermagem e por 25 consultas

odontológicas para ações curativas, além de ter sido atendido pelo dentista da escola, por inúmeras vezes. O primeiro atendimento odontológico da criança na unidade foi aos três anos e um mês de idade. A filha de 15 anos concluiu tratamento recentemente na unidade, a mãe aguarda encaminhamento para especialidades, e o pai está na lista de espera há tempo.

Os cuidadores entrevistados relatam histórias comuns, de uma infância difícil, permeada por privação, afastamento dos pais e a necessidade do autocuidado desde muito cedo. Dificuldades financeiras e a necessidade do sustento dos filhos faziam com que os pais dedicassem a maior parte do tempo, e da vida, ao trabalho, delegando o cuidado à própria criança.

Apesar das lembranças tristes, eles se mostram satisfeitos em contar suas histórias e partilhar suas dores. Parece que a lógica para tal conduta está no seguinte pensamento: para compreender minha atual condição de saúde bucal e a do meu filho/neto, a pesquisadora precisa saber da minha história de vida. Sendo assim, eles narram, com detalhes, suas histórias desde o início da infância e, prontamente, contam suas primeiras experiências odontológicas, que quase sempre, são relatos de situações traumáticas ou associadas à dor. Todo o tempo, o passado mistura-se com o presente e com as aspirações e desejos do futuro.

O espaço do domicílio mostra-se ideal para o estabelecimento de uma boa conversa, o diálogo flui de maneira mais horizontalizada, uma vez que os cuidadores, em seus territórios, parecem mais à vontade para falar sobre saúde e doença, e também, sobre coisas da vida.

A composição familiar dos cuidadores parece se conformar, de acordo com as necessidades presentes, assim, o espaço do domicílio mostrou-se compartilhado, além de pai, mãe e filhos, por avós, irmãos, primos, sobrinhos e amigos. As famílias são usuárias do serviço público de saúde e, quanto à escolaridade, apenas um pai tem curso superior.

Embora não seja possível identificar um perfil familiar único que caracterize a condição de saúde bucal da criança, vale destacar que, dentre as crianças com “melhor saúde bucal” estão aquelas cuja mãe tem filhos mais velhos que já tiveram problemas odontológicos, o pai tem curso superior e a mãe é ACS. Por outro lado, mãe que foi criada fora do ambiente familiar, criança criada pelos avós que relatam excesso de indulgências e mãe muito jovem foram características entre as crianças com “pior saúde bucal”.

Durante a entrevista, os participantes expressaram inúmeras dúvidas relativas à odontologia, questões pessoais e de outros familiares, necessidades de esclarecimentos sobre

o funcionamento dos serviços de saúde, pedidos particulares, entre outros. Assim, com o intuito de não entrecortar a entrevista, foi avisado que, ao final, estas questões seriam retomadas, procurando respondê-las. Em algumas situações, após ter desligado o gravador, a conversa se estendeu por mais de hora.

3.2 Os significados do cuidado à saúde bucal

O significado que certos conceitos possuem para os indivíduos é determinante para as ações que praticam no dia-a-dia e configuram suas práticas (MELLO, 2005). A compreensão sobre o que os cuidadores consideram como “cuidado” e como “cuidado à saúde bucal” foi apreendida a partir dos seus depoimentos, nos quais revelam suas experiências e sentimentos com relação aos mesmos.

O cuidado possui várias faces, na qual, uma delas é representada pelo cuidado à saúde. Nos depoimentos, os cuidadores referem o cuidado para além da dimensão da saúde. Para exemplificar seguem os relatos:

(mãe) [...] porque filho não é criar, criar a gente cria cachorro, filho a gente tem que cuidar [...] ah, eu acho que criar, você cria ali oh, você larga ali, você põe comida, dá roupa passada, mas larga ali, deixa lá, a vida cria e cuidar não, cuidar do cabelinho, cuidar da criança, tem que pôr pra dormir, você tem que contar uma estorinha, tem que cuidar não é deixar, eu gosto de cuidar deles, eu gosto de cortar unha, eu pinto as unha das menininhas, eu gosto de cuidar, cortar o cabelinho, olhar piolho, todo dia eu olho, então eu gosto (Família Vetorazo).

(mãe) Eu acho que cuidar, pra mim, cuidar dele não é só dar um bocado pra ele comer, não é vestir, calçar, eu acho que pra mim cuidar é dar carinho, dar atenção, sempre quando ele tiver chamando: mãe, mãe! É falar: já vou meu filho, ter mais atenção, dar mais carinho, passear com ele, eu acho que isso aí é cuidar. Eu acho que não é só dar alimentação, dar roupa, calçado não, cuidar, é claro, que influi tudo isso, eu acho que se você desse tudo pra ele, mas não dar o carinho, não dar atenção, eu acho que é o mesmo que você não dar nada, eu penso. Não sei se ta certo, eu acho (Família Mendonça).

(mãe) [...] assim, quando ele ta com problema de saúde ou na escola tem que ta ajudando a criança na escola, olhando a saúde dele, o que come, eu fico muito em cima deles em tudo isso daí, não deixo ir pra rua, não deixo descalço, to sempre chamando atenção: não fica descalço! Eu to cuidando (Família Nogueira).

Aqui, para os cuidadores, o cuidado se apresenta com significados diversos e, embora recaia, muitas vezes, no atendimento das questões de sobrevivência da criança, não se resume a isso, ele perpassa outros territórios. Para eles o cuidar remete, principalmente, a uma relação de proximidade e de afeto com a criança.

O que se opõe ao cuidado é o descuido. Cuidar é uma atitude, abrange mais que momento de atenção, de zelo e de deslevo, representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999). Alguns estudiosos relacionam a palavra com cogitar, pensar, colocar atenção e mostrar interesse. Seja qual for o significado, o cuidado faz parte do ser humano e tudo que tem vida clama por cuidado. O cuidado é mais que um ato singular ou uma virtude, é um modo de ser, é a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Do ponto de vista existencial, se acha *a priori*, antes de toda atitude e situação do ser humano. Sem cuidado nada que é vivo sobrevive (BOFF, 1999).

O cuidar implica algum tipo de responsabilidade e compromisso contínuo, é necessariamente relacional. Essa noção está de acordo com o significado da palavra em inglês: *care*, significativa de carga; cuidar é assumir uma carga (TRONTO, 1999).

Nas falas dos cuidadores, o ato de cuidar adquire singularidades que vão desde ações claras de afetividade, tanto de proteção – segurança física – quanto relacionadas a questões biológicas – com a saúde da criança propriamente dita. Os depoimentos mostram que o ato de cuidar é um permanente alerta sobre o que circunda a criança, algo que requer uma constante vigilância sobre elas. Para exemplificar:

(mãe) [...] não tomar água gelada eu tô cuidando deles, não abrir a geladeira e ficar muito tempo, Eu tô cuidando, eu não quero que fique doente, a hora que dá uma tossinha que eu vejo que ta encatarrada, eu falo: Vou dar uma inalação em você eu prefiro dar, pra no outro dia não precisar levar no postinho. E quantas vezes eu dou medicamento de mato mesmo, em casa, porque eu sei que é ruim, mas é melhor que a injeção, eu tô prevenindo ele de uma gripe, de uma dor de barriga (Família Santana).

Nesse depoimento, o cuidar também engloba a prescrição de medicamentos – auto-medicação –, de acordo com a tradição própria do cuidador, como forma de prevenir e curar problemas de saúde. Essa fala expõe duas situações distintas: uma da tradição, relacionada ao uso de medicamentos caseiros – conhecimento prático –, e outra da incorporação da prática da medicina hegemônica, uma vez que a “inalação” é resultante dessa última – conhecimento científico. Essas duas vertentes de conhecimento parecem ser a base para a tomada de decisão para o cuidado e devem ser consideradas. Somente com a adequada composição de saberes é que se alcança uma clínica que fala da vida real, uma clínica com capacidade terapêutica (CECCIM, 2005).

Nesse sentido, têm-se o conceito de auto-atenção de Menéndez (2003) cujo significado diz respeito às representações e práticas que a população utiliza, subjetivamente e em grupos sociais, para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde, em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de profissionais, ainda que esses possam ser referências. Assim, a auto-atenção implica decidir a autoprescrição e o uso de um determinado tratamento – no caso, o uso de medicamentos de “mato” e inalação –, de forma autônoma ou relativamente autônoma. A auto-atenção se constitui em um processo necessário em toda cultura, por meio de ações de pequenos grupos, no sentido de contribuir e assegurar o processo de reprodução biossocial. A existência de um saber, especialmente dentro de grupos domésticos, que além do certo ou do errado nas explicações causais, dos diagnósticos provisórios ou do tipo de tratamento, implica, sobretudo, a existência desse saber, que se exercita, constantemente, por meio de diferentes padecimentos e doenças. Assim, é necessário fundamentá-la, reorientando as ações de educação em saúde e buscando alterar a relação entre o profissional e o usuário, tornando-a mais simétrica e complementar (MENÉNDEZ, 2003).

A referência feita ao medicamento de mato – plantas medicinais – foi abordada em um estudo sobre a implantação de um programa fitoterápico em um serviço público de saúde do Estado de São Paulo. A recusa de uma parte significativa da população por tratamento à base de plantas medicinais mostrou-se como contraditória, considerando que a maioria da população provém do meio rural, no qual foram criados, em um ambiente em que as plantas medicinais desempenham importante papel. Essa recusa foi associada à inserção da população no sistema produtivo, pois, na grande maioria dos casos, essa inserção exige pronta recuperação do organismo doente para voltar o mais rápido possível ao trabalho, uma condição incompatível com uma forma mais lenta de tratamento, como a proporcionada pela fitoterapia. Assim, o consumo de plantas medicinais mostra-se, apenas, como um coadjuvante secundário, pois quando o paciente vai ao médico ele espera dele um outro tipo de atitude, algo mais forte e radical que só pode ser oferecido pela medicina alopática (QUEIROZ, 2003).

Ainda sobre esse aspecto, a partir do conhecimento prático, os cuidadores falam sobre o uso de diferentes substâncias e medicamentos como tentativa de aliviar a dor de dente dos familiares. Para exemplificar, segue o relato de uma mãe sobre sua experiência:

[...] aliás, com 9 anos eu já precisava ir no dentista, mas eu morava em fazenda, aí ficava sofrendo ali mesmo com alho, com azeite, com coisera no dente [...] minha mãe, ela sempre fazia essas coisa, algodão com remédio, não sei o que no dente [...] alho com óleo quente, ela fazia também um cuejo com mato, ela fazia muita coisa da horta, ela amassava um negócio verde punha dentro e resolvia, parece que não, mas eu e meus irmãos, a gente conseguia dormir (Família Santana).

O uso de produtos e técnicas desconhecidas da prática odontológica foi relatado por esse cuidador, na tentativa de solução para as dores de dente na família. Um estudo, a respeito das representações sociais do processo saúde-doença bucal de mães de escolares moradoras de uma comunidade rural no Estado de Minas Gerais, identificou o uso de recursos caseiros, na tentativa de solucionar problemas de saúde bucal, como prática comum na população rural

(ABREU, 2004). Assim, como esse autor, também as condutas aqui relatadas podem ser relacionadas à falta de acesso ao sistema de saúde, bem como a valores culturais construídos historicamente.

Muitas vezes, os cuidadores apresentam suas histórias, contam fatos de suas vidas e, desse modo, ilustram o significado do cuidado à saúde bucal no sentido mais particular, o da própria experiência:

(mãe) [...] na época eu acho que minha mãe [...] não, era tudo de roça entendeu? Minha mãe nunca assim [...] ficava em cima, sabe? Falando escova dente, isso aquilo outro! Nunca então [...] (Família Galante).

(mãe) Eu tinha os dentes todo estragado aqui na frente. Aí, a primeira vez eu fui trabalhar em São Paulo, a minha patroa viu o estado da minha boca, aí ela foi me levar no dentista e chegou lá eles já arrancaram, fez o tratamento e eu comecei a usar ponte, eu tenho só os de trás, os da frente não são meus (Família Dias).

(mãe) Eu acho, a gente era mais, como eu vou dizer meu Deus! A gente morava na roça, então, a mãe da gente falava só uma vez você tinha que aprender se virar, então eu acho que, quando nós fomos pra cidade e lá os meus primos escovavam, então, a gente escovava, também, mas assim, ninguém falava tem que fazer isso, tem que cuidar, precisa cuidar (Família Dias).

(mãe) [...] em casa só tinha as minhas primas mais novas que eu, então, eu não tinha com quem aprender, eu não tinha mãe, não tinha pai, não tinha ninguém perto de mim, era só eu (Família Pedrosa).

(mãe) [...] aos 10 anos eu já fui no dentista, meu pai me levou na cidade e ele falou: ah, vai ter que arrancar e eu já arranquei, nessa brincadeira eu perdi 5 dentes, aos 10 anos eu já não tinha mais. Nessa época eu vim pra São Paulo, do Paraná eu vim pra capital, meu pai levou todas nós pra capital, foi quando a gente já tinha mais oportunidade de ter dentista próximo, mas assim mesmo fui cuidando devagarinho, já aprendi a escovar os dentes, nessa idade. Aí aos 13 pra 14 anos eu fui trabalhar e tinha mais oportunidade, trabalhar em São Paulo, então eu comecei a cuidar e não arranquei mais nenhum, fiz obturação, fiz canal, mas lá em São Paulo eu comecei a dar uma cuidadinha, mas eu ganhava muito pouquinho. Eu comecei a trabalhar muito nova e meu pai: agora você se cuida, tal e nós começamos a cuidar (Família Santana).

(mãe) [...] eu morava na fazenda e até a cidade estudar era 3 km, a gente ia a pé ou pegava uma carona [...] Depois eu comecei a trabalhar e fui vendo as meninas da minha idade a diferença, que não era do interior, e foi aonde eu aprendi a cuidar dos meus dentes (Família Santana).

Os depoimentos dos cuidadores revelam que o ato de se cuidar, muitas vezes, é relegado ao próprio sujeito que consegue manter um certo cuidado com a saúde, quando

possuidor de alguma clareza ou quando tem alguém de “espelho” que o auxilie a direcionar o seu cuidado. Os relatos das histórias de vida expõem fatos relacionados ao desprovimento dos serviços de saúde, referente à acessibilidade e a sua estruturação. Também, mostram uma ausência de cuidado dos pais com a saúde bucal dos filhos, expondo, possivelmente, uma tradição herdada de antepassados e que, hoje, os cuidadores acabam por repetir com as crianças, perpetuando essa tradição. Para exemplificar, segue o depoimento de uma mãe: “Conciliar tudo, é muita coisa. O seu dia fica tão agitado que na hora que você percebe ele (filho) já dormiu, já saiu sem escovar, esse tipo de coisa” (Família Fernandes).

Possuir saúde bucal permite às pessoas exercerem ações e interações fundamentais no cotidiano. Os cuidadores revelam a importância da boa saúde bucal e apontam limitações e constrangimentos quando essa é deficiente. Para exemplificar:

(mãe) [...] porque a melhor coisa da gente é os dente e eu uso ponte em baixo e em cima [...] não pode ficar comendo certas coisas, mas é muito importante ter os dentes da gente (Família Nogueira).

(mãe) Quando eu tinha o dente estragado, eu vivia de boca fechada, nem falava muito, então as pessoas quase não percebiam. As pessoas que percebiam, já sabia que eu tava com os dentes estragados, mas nunca assim, falava coisa que me magoava [...] porque eu não sorria, não ria e depois que eu coloquei esses dentes, que ela (patroa) mandou pra eu arrumar, mudou porque eu comecei a sorrir (risos) a me olhar no espelho, modificou muito (Família Dias).

(pai) [...] hoje eu tenho até vergonha, eu não abro a boca direito, pra sorrir eu ponho a mão, eu tenho vergonha de entrar num consultório hoje. Aí eu vejo aquelas propagandas que põe aquelas fotos das bocas com aquele suporte, pra abrir a boca (instrumento para afastar lábio e bochecha para fins fotográficos), pelo amor de Deus! (Família Pereira).

(mãe) [...] já, por meus dentes ser mais pra frente, já tive (críticas), elogio nunca, porque não tá com caso de elogio [...] ah, apelidos, falar mesmo que ta feio, que ta muito pra frente, esse tipo de coisa. Mas, mais de casa do que de fora (Família Fernandes).

(mãe) [...] tô com um dente, tratei faz pouco tempo, mas esse dente estragou. Aí todo dia ele (marido) acorda, ele fala: você tá muito feia com esse dente, tem que tratar esse dente! (Família Vetorazo).

Nas falas dos cuidadores, percebe-se que a preocupação estética sobrepõe à função. No nível psicossocial, uma cavidade bucal sadia representa a manutenção da boa aparência, da expressão e da comunicação interpessoal, um fator de grande importância na preservação da auto-estima (WEYNE, 1999).

Cada grupo social atribui ao ser humano as características consideradas adequadas, tanto do ponto de vista físico, quanto moral e intelectual. A imagem que o indivíduo faz de si é construída no contato com o mundo, sempre associada a um padrão imposto pelas exigências sociais. A família tem grande importância na construção desses valores, e a aparência das pessoas pode, inclusive, capacitá-las ou não para o mercado de trabalho (ABREU, 2004). Pesquisa realizada com responsáveis por contratação de funcionários para estabelecimentos comerciais na cidade de Niterói-RJ concluiu que a boa aparência foi um aspecto levado em consideração no processo de seleção dos funcionários (LUZ; VALENÇA, 2000).

Mesmo que a mastigação, uma questão funcional, tenha aparecido entre os cuidadores, com pouca ênfase, ela deve ser considerada, uma vez que a saúde bucal apresenta inúmeros significados que vão desde manutenção e bom funcionamento das estruturas bucais até a realização de projetos de uma vida feliz (OLIVEIRA, 2006).

É fato que a sociedade atual, especialmente em função dos meios de comunicação, supervaloriza a aparência em detrimento de outros valores. Em concordância com alguns autores (ABREU, 2004; ELIAS et al., 2001; OLIVEIRA, 2006), observa-se que situações que afetam o sorriso, considerado esteticamente agradável, tornam as pessoas mais sensíveis a sentimentos de vergonha, inferioridade e insegurança.

Um estudo analisou relação entre a odontologia e a televisão para identificar os vínculos e mecanismos que amarram um padrão estético do sorriso como produto final para consumo, e como o público telespectador interage diante de tantos estímulos visuais

veiculados pela TV. Uma vez que o senso comum percebe a existência de um padrão de beleza estética em odontologia, particularmente com relação à variável cor dos dentes – dentes claros –, esse padrão de sorriso é incutido no inconsciente coletivo por mecanismos psicológicos de projeção e identificação, porém poucas pessoas demonstram ter consciência dessa influência. Conclui-se que essa alienação tática dos meios de comunicação de massa é necessária para que processos de projeção e identificação ocorram estimulando o consumo (AMORIM; BEATRICE; SILVA, 2006).

A atuação dos meios de comunicação foi abordada pelos cuidadores. Eles apontam que as propagandas veiculadas, através da mídia, podem interferir no que a família consome, conforme ilustram os depoimentos a seguir:

(mãe) [...] eu leio muito pouco, muito pouco, minha patroa me diz que eu preciso, porque o ano que vem eu tenho que acompanhar ela (filha) na escola, mas é muito difícil [...] interfere um pouco, principalmente novela (Família Dias).

(mãe) [...] eu costumo assistir televisão, eu gosto de assistir as novelas e às vezes o jornal [...] muita das vezes ele me pede, me pede (alimentos e brinquedos que aparecem na televisão) e enquanto a gente não compra ele não pára de pedir (Família Mendonça).

(mãe) [...] só assisto televisão [...] Que nem o M. ele, passa o negócio do Biotônico, criança que toma e fica forte, e ele fala pra mim: ah mãe, compra pra mim também! Então acho que sim (Família Martins).

(mãe) [...] leio revista, televisão, jornal [...] é tudo que passa na televisão: ah, eu quero isso, ah eu quero aquilo lá, a M. vive nessa (Família Galante).

(mãe) Eu vejo revista, eu vejo televisão também. Meu marido ouve muito rádio, ele ouve rádio o dia inteiro. As crianças, elas gostam também de música, acho que é porque acostumou com o pai, elas gostam de DVD, computador, muito. Fica muito, eu não gosto, jogando, contra minha vontade, eu não gosto [...] porque o que eles vêm eles pedem, brinquedo, coisa de comer eles pedem, porcariada, essas coisara nova, tudo, eles vêm na televisão eles querem (Família Vitorazo).

De maneira geral, existe concordância entre os cuidadores de que a televisão e a publicidade interferem no cotidiano da vida familiar. O padrão de consumo é induzido pela propaganda, principalmente, entre grupos populacionais desprovidos de condições sociais

favoráveis. Um dos aspectos positivos do acesso à informação globalizada, através dos meios de comunicação de massa, é a possibilidade que o indivíduo tem de confrontar suas experiências com outras e, dessa maneira, escolher os fatos com os quais se identifica, deixando de lado aqueles que lhes são impostos ou indiferentes (ADORNO, 2001).

Da mesma forma que os cuidadores percebem sua condição de saúde bucal, eles o fazem com relação às condições de saúde bucal das crianças, associando-as, particularmente, à aparência estética, como ilustram os depoimentos a seguir:

(mãe) [...] às vezes a criança fica até sem jeito, tem vontade de dar um sorriso, mas [...] eu percebo isso nela (Família Galante).

(mãe) [...] e vi aquele negocinho preto na boca e falei: nossa E você ta com um negocinho preto na boca [...] já tava com um furinho, judiação, menino tão novo com o dente podre [...] ta feio a boca dele (Família Santana).

(mãe) A T. tem um problema, os dentes dela é tudo feio, tadinha, pra frente [...] ela não gosta dos dente dela. A G. ta com uma cárie na boca, que até ela me mostrou, que ela comeu e entrou arroz e ela não conseguiu tirar o arroz, então [...] ainda não levei (dentista) (Família Vetorazo).

A preocupação central dos cuidadores com a saúde bucal da criança passa, fundamentalmente, pela questão estética. É provável que a estética e a aparência da criança estejam mais associadas à percepção do próprio cuidador. Perceber situações de problemas de saúde bucal na criança, necessariamente, não reflete em mobilização do cuidador na busca de solução. Isso remete tanto à questão da valorização – ou não – da dentição decídua por eles, até ao não-reconhecimento ou à falta de possibilidade em ter seus direitos de cidadania assegurados.

Assim a importância da dentição decídua, também, foi abordada pelos cuidadores que apontam como razão principal do cuidado, nessa fase, as consequências negativas para a dentição permanente. Para exemplificar:

(mãe) [...] se você cuidar bem dos dentes de leite agora, a probabilidade de o dente vir mais sadio, ele vai vir mais sadio com certeza, se você tratar mal os dentes no começo, o outro vai vir também detonado (Família Reparate).

(mãe) [...] porque se não cuida eu não sei se prejudica os outros que vem, porque o dente de leite não tem raiz, não é isso? Então eu não sei se chega a prejudicar o que vem embaixo, sei lá, se você não cuida fica aqueles dente podre na boca (Família Nogueira).

(avô) [...] os dente dele, tem uns 2, 3 dentes lá, mas não tem como fazer nada nessa idade, a gente tem que ficar cada vez mais atento pra não contaminar os outro, não estrague os outro, pra depois na outra dentição que vim, vem uma dentição mais sadia, né? (Família Reparate).

(mãe) [...] quando mudar, mudar os dentes bonitinhos também, não ser aquele (dente) que você é obrigado a ir no dentista pra poder arrancar porque não dá pra tirar eles fora e, é mais necessário mesmo é cuidar os permanentes (Família Mendonça).

Os depoimentos revelam incertezas e interrogações com relação a um tema de saúde bucal básico: a importância da dentição decídua. É provável que já houve momentos, seja na escola ou nos serviços de saúde, nos quais esse assunto poderia ter sido abordado, uma vez que os cuidadores, também, já passaram por essa fase de dentição decídua. Por outro lado, o profissional, muitas vezes, trata temas relacionados à saúde bucal, que para ele são básicos e corriqueiros, como sendo de conhecimento corrente da população, porém, isso nem sempre se confirma. Uma informação, banal para o profissional, pode não fazer parte da bagagem de vida do usuário e da família. Deve-se aproveitar todas as oportunidades para se estabelecer uma troca de experiências, percebendo a condição do Outro, demonstrando uma atitude de compreensão e aproximação com sua realidade (QUEIROZ; JORGE, 2006). Assim, é imperioso considerar a adequação da formação acadêmica e da educação permanente em saúde, no âmbito dos serviços.

Pode-se observar, nos relatos, que as percepções dos cuidadores com a saúde bucal das crianças estão intrinsecamente ligadas à atenção que recebem nos serviços odontológicos. Para ilustrar, segue a situação de uma mãe cuja filha, até o dia da entrevista, já havia passado por 37 atendimentos no serviço de odontologia na sua unidade e por mais oito atendimentos no COP. Durante a entrevista, a mãe relatou que a criança, atualmente, estava sob tratamento odontológico na unidade. Sendo assim, a entrevistadora pediu à criança que mostrasse seus

dentes. Pôde-se observar a falta de um dente e outros dois com restaurações provisórias, mas bem destruídos. Porém, quando perguntado à mãe como estava a situação de saúde bucal atual da filha, ela respondeu: "da D. ta ótima, muito bom, porque na minha idade, na idade dela que ela tem hoje eu não ouvia falar negócio de dente" (Família Dias). Assim, o fato de a criança ter acesso ao tratamento odontológico na unidade e no serviço de referência – oportunidades que a mãe não teve – aliado ao fato de o dentista tratar bem, tanto a criança quanto a mãe: "[...] conversa, me chama pra ver, me mostra" faz com que a mãe perceba e valorize a saúde bucal da filha como muito satisfatória, embora não esteja.

Foi possível perceber, ao longo das entrevistas, que as experiências pessoais dos cuidadores permeiam o cuidado que eles dispensam à saúde bucal da criança. Essa relação foi observada, freqüentemente nos depoimentos, e também, pode ser apreendida quando eles referem à dor e ao medo na odontologia. Os cuidadores relatam as experiências próprias de dor, dos familiares e as da criança, conforme segue:

(mãe) Ah, eu tenho facinho na minha memória, porque eu sofri muito com problema de dente, tanto que falta 5 dentes na minha boca porque aos 13 anos eu já tive que arrancar dente (Família Santana).

(mãe) Eu já tive um monte de dor de dente, nossa! Que coisa horrível! Que dor terrível! Uma vez eu tive uma dor de dente, foi de canal, o dentista tampou um dente que era canal e quem que agüentava de dor [...] nossa, gente! Que dor de dente terrível (Família Galante).

(mãe) [...] porque logo que eu cheguei eu já tava com dor de dente, era inverno. Mês de junho, ali mesmo, particular e ele (dentista) nem me cobrou nada, quando ele viu nossa situação eu tava com o dente muito doendo (Família Santana).

(mãe) [...] porque eu não sei porque minha gengiva anda inchando e dolorida, porque às vezes eu vou comer alguma coisa e, é dolorida (Família Fernandes).

(mãe) [...] ele (marido) já teve problema sério, dor, canal do dente, inchou ficou enorme, aí ele tratou, então, ele tem o maior cuidado com os dente (Família Vetorazo).

(mãe) [...] de dormir (filho) com dor de dente, dormir reclamando, acordar e falar: mãe ta doendo! [...] do J. ta horrível (dentes) nossa! Mas o do J. pelo menos ta caindo, ta podre, mas vai cair eu sei que vai cair daqui a pouco e vai nascer um bonitinho (Família Santana).

Os relatos mostram situações sofridas de dor de dente e ao mesmo tempo a dor e o desconforto atuais, presentes no momento da pesquisa. Essas situações remetem à falta de acesso ao serviço odontológico, à dificuldade econômica, à conduta profissional inadequada e à pouca valorização da dentição decídua que acabam por potencializar a vulnerabilidade de cuidadores, crianças e familiares ao adoecimento bucal.

Aqui, a razão explícita de uma mãe cuidadora, para com a saúde bucal do filho, é no sentido de evitar a dor da criança ao ser submetida ao tratamento odontológico: "**tá sempre cuidando do dente de leite pra não criar cárie, porque dói quando vai arrumar**" (Família Mendonça).

Esse depoimento deixa claro o reflexo da experiência prévia negativa do cuidador na vida da criança, embora muitas vezes isso ocorra de forma inconsciente. Atitudes e crenças dos pais e o subsequente comportamento dos mesmos podem tanto proteger como colocar em risco a saúde da criança. A pouca valorização nos dentes decíduos e experiências negativas dos pais relacionadas ao tratamento odontológico são aspectos que precisam ser considerados com vista à efetividade dos programas de saúde bucal (RIEDY et al., 2001).

As gerações passadas sofreram com situações traumáticas vividas na odontologia e, esse sentimento se projeta, ainda nos dias de hoje, na figura do dentista, referenciando dor, medo e sofrimento. Esse é um fator que também deve ser levado em conta quando se discutem os motivos pelos quais as pessoas evitam consultar o dentista. A dor e o medo na odontologia se confundem (MELLO, 2005). A seguir, relatos de situações de medo vividas na odontologia pelos cuidadores, familiares e pelas crianças:

(mãe) Sei lá, eu não sei se é porque eu sofri quando era criança, tinha que ir toda semana, então... (Família Martins).

(mãe) Ah, ele (marido) tem muito cuidado, ele morre de medo de dentista, tem muito cuidado, ele escova o dente tudo direitinho de manhã, de tarde, de noite [...] porque ele tem muito medo (Família Vetorazo).

(mãe) [...] principalmente esse negócio de motorzinho é uma coisa de outro mundo (Família Dias).

(avô) [...] mas de dentista eu sempre tive muito medo, porque meu pai um dia foi no dentista e arrancou um monte de dente e inchou de um lado aí ele voltou lá pra mostrar pro dentista: olha como é que está desse lado! Pera aí que nós vamos arrancar do outro lado pra igualar, então parece que era tudo na brincadeira (Família Reparate).

(mãe) [...] às vezes, eu tinha muito trabalho, assim, de ir no dentista, eu não me adaptava de tratar, muitas vezes eu vomitava, sabe? Não tinha aquela [...] não sei se era medo (Família Figueiredo).

(pai) [...] tinha pavor, medo de dentista [...] o único doutor que conseguiu tirar esse medo, porque antes eu só queria tratar com dentista mulher, mas aí o Dr X, ele pegou e foi tirando esse medo (Família Pereira).

(mãe) [...] no começo ele (filho) deu sim (trabalho), agora não, já acostumou, ele tinha medo do motorzinho, agora acostumou (Família Martins).

O medo na odontologia nem sempre tem razões claramente expressas. Sentimentos de aversão à possibilidade de dor e sofrimento, muitas vezes, impõem-se à razão, resultando a opção de não buscar a assistência necessária. É comum a expressão “medo de dentista” como síntese dessa situação (CESAR et al., 1999). Assim, o “medo de dentista”, a experiência da dor de dente prévia, o presenciar a dor de dente de familiares ou conhecidos, a dor sentida no momento do atendimento, o impacto do ambiente do consultório odontológico com seus sons e aparelhos, as histórias ouvidas de casos de sofrimento são situações que geram sentimentos negativos junto à família e à criança.

Embora o conhecimento técnico-científico na odontologia tenha avançado muito nas últimas décadas, tecnologicamente falando, o estigma e os preconceitos a ela relacionados ainda persistem. As atitudes dos pacientes em relação ao dentista e ao próprio tratamento odontológico são construídas por meio de vários canais. Um deles refere-se à mídia que, divulga um grande fluxo de informações ligadas à saúde bucal, mas destinadas, principalmente, à comercialização de produtos odontológicos. Nessas situações, geralmente, o dentista, aparece como uma pessoa de boa aparência, amigo do paciente e interessado em sua saúde. Por outro lado, é comum a veiculação da figura do dentista como torturador e sádico, e o consultório odontológico como um local onde as pessoas, necessariamente, sentem dor.

Parece que os meios de comunicação têm, preferencialmente, veiculado essa imagem estereotipada e negativa da odontologia, o que reflete uma maneira danosa de perceber o atendimento e o tratamento odontológico (MORAES; ONGARO, 1998).

Estudo realizado na cidade de Recife-PE, com crianças pré-escolares de escolas públicas e particulares, avaliou o medo e/ou ansiedade como fator inibitório para a consulta ao dentista. Uma parcela significativa, 17%, dos responsáveis pelas crianças adiaría ou cancelaria a consulta odontológica da criança, caso a mesma mostrasse ansiedade no dia da consulta ao dentista, e 7,8% dos entrevistados já cancelaram ou adiaram a consulta da criança, devido ao medo e à ansiedade apresentados pela criança. Além desses dados, 23% dos entrevistados afirmaram que já adiaram ou faltaram à sua própria consulta por medo (COLARES et al., 2004). Apesar desses achados, um outro estudo revelou que o “medo de dentista” foi referido como motivo para não buscar assistência odontológica, por apenas 3,2% das pessoas entrevistadas. Aproximadamente 56% delas não consultaram o dentista no último ano porque “não tiveram problemas” e cerca de 14% por razões econômicas (CÉSAR et al., 1999).

A partir dos relatos, observa-se que experiências prévias negativas relacionadas à saúde bucal, vividas pelos cuidadores, despertam neles o desejo de que isso não se repita com a criança. Esses achados estão em concordância com Oliveira (2006). Para exemplificar:

(mãe) [...] já que eu tinha sofrido com dor de dente eu não queria que ele passasse por isso, não queria que os dentinhos dele estragasse (Família Mendonça).

(mãe) [...] eu cuido do mesmo jeito [...] porque eu não quero que ela sofra que nem eu e o pai dela com dor de dente, acho muito pequena (Família Fernandes).

Ainda com relação à experiência prévia dos cuidadores relacionada à saúde bucal, a contradição se faz presente em seus depoimentos, e duas situações distintas se destacam. Na primeira, os cuidadores, mães particularmente, revelam que a experiência de cuidado com o

primeiro filho propicia um alerta com a saúde dos filhos mais novos e, sendo assim, mães cujos primeiros filhos tiveram problemas de saúde bucal mostram-se mais motivadas com a saúde bucal dos demais. Para exemplificar:

(mãe) [...] já tem uma diferença uma da outra, porque a R. (1ª filha) a gente deixava mais assim, aí quando veio a I. (2ª filha) a gente viu os problemas que teve dela quando era pequena, de dente, e já com essa a gente seguiu mais rígido (Família Figueiredo).

(mãe) [...] eu falo dele porque ele é o mais velho e, é com o primeiro que a gente aprende [...] o mais velho ensina pra corrigir com os outros, porque eu em casa só tinha as minhas primas mais novas que eu, então, eu não tinha com quem aprender (Família Pedrosa).

A outra situação revela que a experiência com o primeiro filho pode ser a que desperta maior cuidado, se é “marinheiro de primeira viagem”, como no relato a seguir:

(mãe) [...] a M. foi a primeira, tive depois de 4 anos que eu casei, então como ela era a única eu levava ela muito mais no médico, sabe? [...] como era o primeiro filho a gente precisa de mais apoio psicológico porque a gente é “maria” de primeira viagem, então, tudo tem medo (Família Fernandes).

Nesse caso particular em que a mãe cujo primeiro filho não teve problema de saúde bucal mostra pouca motivação no cuidado ao filho mais novo, como segue:

[...] só que ele (2º filho) é pior do que ela (1ª filha), ela deixava escovar os dentes, ele não deixa. Ele dá mais trabalho, mas eu tenho medo de dar cárie porque ele não deixa escovar, fio dental de jeito nenhum. É difícil (Família Fernandes).

De modo geral, de acordo com as falas dos cuidadores, percebe-se que experiências prévias, especialmente negativas, próprias ou com os primeiros filhos, podem modificar, para melhor, as práticas de cuidado à saúde bucal.

A experiência da dor de dente mostra-se como sintoma mais presente nas classes sociais desfavorecidas e, isso se deve, principalmente, a problemas culturais e socioeconômicos (FERREIRA et al., 2006).

Assim, a dificuldade econômica, também, é referida pelos cuidadores que, por meio dos depoimentos, relatam as experiências passadas e as atuais relacionadas a essa questão, como mencionado a seguir:

(mãe) Era muito caro, minha mãe fala, antigamente quando eu era pequena que era muito caro dentista, a gente não tinha dinheiro, então ela nunca levou a gente no dentista. Hoje em dia já é caro, pra mim que tem 6 filhos, se eu for pagar pros 6, vai o pagamento e nem dá, é muito (Família Vetorazo).

(pai) [...] meus dentes são péssimos, não consigo tratamento, meu salário, não consigo fazer uma retirada pra cuidar da minha saúde bucal, não consigo (Família Pereira).

(avô) [...] no meu tempo dentista era luxo [...], então ir no dentista naquela época quem tinha dinheiro, quem não tinha não ia (Família Reparate).

(mãe) Eu tinha uma escova e meu pai trocava uma vez por ano, parecia um escovão [...] Então, com os dedos, às vezes não tinha pasta, só com a escova a gente não queria escovar, às vezes não tinha pasta e então: escova com o dedo! Fazia só assim, ensinava muito fazer isso, a minha mãe, então foi isso (Família Santana).

(mãe) aí eu peguei e levei ela (filha) num dentista particular aqui em baixo, aí eu fiz, falei ta ficando muito caro não ta dando não, levei ela umas duas vezes, ta muito caro, dentista ta mesmo de fato ta um absurdo (Família Galante).

Os cuidadores relatam que a insuficiência de renda pessoal e familiar compromete a saúde bucal da família, por ser barreira ao acesso a tratamento profissional e à aquisição de produtos de higiene bucal. É reconhecido que o acesso a bens e serviços essenciais à sobrevivência, ainda, depende da possibilidade de pagar por eles. Embora a noção de bem-estar não se restrinja ao fator renda, é inegável a sua importância na nossa sociedade (JUNQUEIRA et al., 2006). A partir das afirmações de Mann, Tarantola e Netter (1993) de que as condições de bem-estar social correspondem a um dos aspectos da vulnerabilidade social, considera-se que a dificuldade econômica se mostra como um dos determinantes que potencializa o desenvolvimento das doenças bucais, uma vez que pessoas e áreas de pior nível socioeconômico apresentam, quase invariavelmente, piores condições de saúde (PERES et al., 2003).

Os cuidadores sinalizam que há diferentes soluções para diferentes demandas em saúde bucal e que estas se dão em relação ao nível de renda das pessoas. Assim, quando a resolução para determinado problema de saúde bucal volta-se para procedimentos de custos

diferentes, a escolha acaba recaindo quase sempre no de menor custo, geralmente a exodontia, conforme os relatos a seguir:

(mãe) Que eu me lembre eu tinha 12 anos, foi particular e foi mesmo pra extrair um dente que tinha sido canal, mas ficava muito caro para tratar (Família Fernandes).

(mãe) [...] doeu? Pode arrancar, [...] Ele (marido) não pode fazer um canal, não tem como fazer um canal, então tem que arrancar é mais barato, ele perdeu 4 dente nessa brincadeira (Família Santana).

Os cuidadores relatam a situação de saúde bucal dos familiares relacionadas a perdas de dentes e relembram que alguns dos familiares, desde muito jovens, já usavam próteses, como mencionado a seguir:

(mãe) [...] minha mãe usava dentadura, acho [...] meu irmão mais velho usa ponte, minha irmã também (Família Dias).

(mãe) [...] minha mãe não tinha os dente tudo, acho que não [...] meu pai usou depois de velho, depois de velho que ele fez dentadura [...] meu irmão, minha irmã tem ponte (Família Galante).

(mãe) [...] minha mãe perdeu os dente dela ainda nova, minha mãe vai fazer 58 e faz tempo que ela usa as 2 chapas (próteses), eu tenho uma irmã minha que tem 36 anos, ela colocou chapa faz muito tempo [...] meu pai tem chapa também e faz tempo que usa (Família Mendonça).

(mãe) [...] o meu pai, acho que desde os 30 anos ele já usa dentadura, porque quando eu conheço meu pai já é com as 2 dentaduras, agora a minha mãe foi um, meia dúzia, ficou banguela um tempão sem dente, depois ela mandou fazer uma dentadura embaixo, depois ela mandou fazer uma de cima, e até hoje os dois usam dentadura, em cima e embaixo e já tenho uma irmã que usa [...] Eu, minhas irmãs, as 6 últimas todas perderam dentes, tem uma de 45 anos que usa dentadura (Família Santana).

Embora, nos últimos anos, tenham acontecido avanços da odontologia, tanto em termos de tecnologia quanto no acesso aos serviços e na disponibilização de ações de saúde, os resultados do SB-Brasil, 2003, mostram que a perda dentária precoce, no Brasil, ainda é grave. A necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade (BRASIL, 2004a). Os fatos também confirmam que, em nosso país, o edentulismo é uma marca da desigualdade social, uma vez que ser morador da zona rural em municípios com menos de 10 mil habitantes, ter renda inferior a R\$ 400,00 e baixa

escolaridade – menos de sete anos de estudo – proporciona maior chance de ser edêntulo parcial ou total (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2006a; MENEZES et al., 2007).

Dados do Ministério da Saúde mostram que, no serviço público, as extrações dentárias correspondem, em média, a 14% de todos os procedimentos básicos ofertados, variando a proporção entre 22% no Nordeste e 8% no Sudeste. Em alguns municípios, a extração dentária é o único procedimento de atenção básica disponível (NARVAI et al., 2006). Com vistas a modificar essa situação, a proposta atual do Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004, aponta, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário, de modo a buscar a integralidade da atenção (BRASIL, 2004b).

É provável que essa realidade familiar vivida pelos cuidadores relacionada à perda dos dentes os leve a encarar com dúvidas a possibilidade de envelhecerem com os próprios dentes. Assim, alguns cuidadores relatam com naturalidade a perda dos dentes conforme o envelhecimento, enquanto outros mostram dúvidas e outros ainda discordam dessa naturalização. Para exemplificar, seguem depoimentos:

(mãe) [...] eu acho, natural é, eu não sei, porque tudo cai, cai cabelo, cai pele, cai tudo (risos) então eu acho que os dentes também não vai permanecer sempre. Será com 80 anos vai ter o mesmo dente de 40, mesmo se bem cuidado? [...] não sei, nunca fiz essa pergunta, será que cai? Uma dentista que cuida tão bem dos dentes, que sabe, será que com 80 ainda tem eles na boca? (Família Santana).

(mãe) [...] mas natural é, mas tem que demorar um bocadinho [...] ah, demorar! (Família Mendonça).

(mãe) [...] a maioria das pessoas com a idade vai perdendo os dentes. Agora não sei se é falta de tratar ou se é natural, eu acho que não é natural não (risos) acho que não é não (Família Vetorazo).

(mãe) [...] eu acho que não é natural não, eu acho que você tem que cuidar, [...] você tem que cuidar desde cedo pra ele não cair, não ter problema, porque dente é engraçado, parece que ter problema em um logo depois parece que o outro também tem, eu não sei que coisa é essa (Família Pedrosa).

(mãe) [...] eu acho que não, se ela não tiver cuidado, ela acaba perdendo mesmo, mas tem pessoa que ainda tem os dente, não sei (Família Pereira)

(mãe) Eu acho que não, é relaxo, porque sei lá, apesar das dificuldades que tem, ou por falta de dinheiro, oportunidade. Se procurasse num posto de saúde, uma coisa assim, eu acho que dá pra ficar com o dente, pelo menos arrumado, sem cárie, eu acho que dá sim (Família Nogueira).

(mãe) eu acho que não, eu acho que aí tem algum tipo de problema [...] sei lá, algum tipo de doença no osso ou na gengiva (Família Fernandes).

(mãe) [...] eu acho que não, um bom cuidado, uma boa saúde bucal dá pra conservar bem, cuidando (Família Figueiredo).

Dos depoimentos emerge uma certa contradição entre naturalização e não-naturalização da perda dos dentes. O primeiro depoimento evidencia que o envelhecer com boa saúde bucal – leia-se com os próprios dentes – é questionável, inclusive para dentistas, mesmo eles sabendo como cuidar. A perda dos dentes, no mundo todo, é ainda vista por muitas pessoas como consequência natural da idade (PETERSEN, 2003).

Estudo realizado no Rio Grande do Sul mostrou que 30,8% da população de usuários do serviço público de saúde, com idades entre 21 e 40 anos, não acreditam na durabilidade dos dentes para o resto da vida (UNFER; SALIBA, 2000). A naturalização da perda dos dentes é nociva, na medida em que leva a um certo imobilismo, frente à necessidade de incluir a luta pela promoção da saúde bucal junto a tantas outras reivindicações (LORETTO et al., 2000).

A participação da comunidade em processos de interesse público, como é o caso da saúde, é exercício de cidadania. Contudo, exercer cidadania requer do cidadão comum conhecimento, habilidade e motivação necessárias para uma atuação autônoma e responsável, e isso transfere para os profissionais de saúde a responsabilidade de disponibilizar esses conhecimentos, não limitado ao ato técnico, mas como processo de interação social, pautados nos princípios da bioética (GARRAFA, 1999; SILVEIRA; CAMPOS; BERNDT, 2006).

Os profissionais da saúde, especificamente os dentistas, devem estar aptos a fornecer informações, com metodologia e linguagem apropriadas para a população, no que refere não

só a questões técnicas, mas também aos direitos, relacionados ao conceito ampliado de saúde; às diretrizes do SUS, seus princípios legais e doutrinários e aos mecanismos de participação social. Esses conteúdos devem fazer parte dos programas de educação em saúde bucal, superando, assim, abordagens muitas vezes autoritárias, dos programas tradicionais (SILVEIRA; CAMPOS; BERNDT, 2006).

Para o exercício dessa nova forma de atuação, os profissionais de saúde necessitam estar capacitados. Contudo, de acordo com o relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (2004), o sistema de ensino superior, no Brasil, não tem cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o controle social. A formação atual do aluno da graduação não tem se orientado pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal, e a pós-graduação em saúde bucal reproduz o quadro descrito para a graduação, dando ênfase a especializações que confirmam e aprofundam o modelo mercantilista e elitista da odontologia no país (BRASIL, 2004c). É necessário reverter essa situação, e o relatório é enfático ao mencionar que:

O preceito constitucional regulamentado pela Lei nº 8.080/90 de que cabe ao SUS orientar a formação dos recursos humanos na área da saúde, tanto na graduação como na pós-graduação, tem que se efetivar de forma concreta e imediata onde haja a participação efetiva da população nos conselhos das universidades (BRASIL, 2004c, p. 28).

Contudo, atualmente, a reforma curricular que vem ocorrendo nos cursos de graduação das universidades busca corrigir parte dessas distorções. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia refere o perfil do formando egresso/profissional:

Cirurgião Dentista com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2001).

Um dos entraves à concretização das metas de saúde tem sido a compreensão da gestão da formação como atividade meio, secundária à formulação de políticas de atenção à

saúde (CECCIM, 2005). Faz-se necessária a introdução da Educação Permanente em Saúde como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades e direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2004c).

Os cuidadores narram suas aspirações e desejos relacionados à sua saúde bucal e à da criança. Para exemplificar:

(mãe) Ah! Eu colocaria todos os meus dentes de volta (Família Dias).

(pai) [...] no meu caso eu vou precisar fazer implantes (Família Pereira).

(avô) [...] com certeza, a primeira coisa que eu ia fazer é implante de dente, mas infelizmente eu não posso, o custo é muito alto (Família Reparate).

(mãe) [...] então esse (dente) eu até já falei aqui em casa que ela (dentista) já falou que tem jeito de clarear, então esse eu vou dar um jeito nele, vou na dentista pra ela clarear pra mim. Fica feio porque quando a gente sorri parece que, principalmente de noite, parece que eu estou sem dente ali, dependendo da claridade (Família Pedrosa).

(mãe) [...] eu em mim ia tirar esses pretos dos meu dente, eu acho ridículo, eu pude tirar desses dois aqui que tinha obturação preta, acho ridículo obturação preta Nossa Senhora! Platina. Eu acho horrível. Aí ela (dentista) falou assim: bom, aqui dá pra pôr, ela colocou dois branquinho aqui e eu amei! Ficou lindo, então o que eu queria era os meus dentes brancos e colocar meus 5 dente aqui (Família Santana).

(mãe) [...] eu acho que eu mudaria, sei lá, melhorar mais [...] o N. eu preciso ver se ele precisa usar aparelho na boca. Eu não sei se vai precisar ou não (Família Nogueira).

(mãe) [...] eles (filhos) vão ta com a dentição muito bonita, tudo branquinho, não vai ta faltando um dente na boca deles (Família Pedrosa).

Aqui, o imaginário coletivo é o da saúde bucal esteticamente perfeita, obtida por meio de atendimento em nível de maior complexidade – referências secundária e terciária – como: tratamento cirúrgico-reabilitador, ortodontia corretiva e dentística estética/cosmética, nem todos disponíveis pelo SUS. Esses fatos evidenciam o poder de sedução que a “tecnologia”

exerce sobre as pessoas, levando-as a acreditar que a saúde bucal se dá, somente, a partir dela. Os cuidadores apontam que eles e as crianças precisam de clareamento dental, restaurações estéticas, aparelho ortodôntico e implantes. O aumento da comercialização dos planos de saúde – convênios – e a veiculação de propagandas pelos meios de comunicação, oferecendo a emergente “odontologia cosmética”, para os que podem pagar, têm obscurecido a distinção entre saúde e estética.

Embora alguns cuidadores e crianças, no momento da entrevista, convivam com doenças bucais, como cáries e doenças de gengiva, eles expressam outras necessidades. A desconexão entre as necessidades normativas e as percebidas também pode ser observada em um estudo que avaliou o impacto das necessidades ortodônticas, tecnicamente definidas, sobre a aparência e a mastigação, comparando-as com as autopercebidas em um grupo de adolescentes, com idades entre 14 e 18 anos, da cidade de Florianópolis-SC. Observou-se discrepância entre as necessidades normativas e a percepção dos jovens com relação a problemas ortodônticos, sendo que os critérios normativos identificaram mais problemas que os percebidos pelos adolescentes (PERES; TRAEBERT; MARCENES, 2001).

Percebe-se que a expectativa dos cuidadores com a saúde bucal, inicialmente, é expressa por sua idealização refletida na boa aparência e obtida por meio de atendimento especializado.

(mãe) [...] eu mudaria tudo, eu mandava todos pro dentista arrumar as bocas (risos) [...] em mim, eu ia arrumar meus dentes, ia fazer um clareamento pros meus dentes ficar branquinho, que com o tempo ta amarelando, falta de cuidado, que eu sei. E neles (filhos) a mesma coisa [...] eu precisava muito implantar dois dente aqui (Família Vetorazo).

Porém, quando são levados a pensar em termos de futuro distante, seus desejos minimizam, e o fato de estarem com os próprios dentes quando mais idosos, independente da condição estética, já representa um grande feito. Nesse sentido, segue relato da mesma mãe do depoimento anterior: “Eu espero que eu esteja com meus dentes (no futuro), vamos ver,

até lá, eu espero, desejo" (Família Vetorazo). Essa situação descrita parece expressar a incredulidade do cuidador em ter as necessidades de saúde bucal atendidas pelos serviços de saúde, pois ao mesmo tempo em que expõe suas necessidades – clareamento e implante –, na sequência, contenta-se em, na velhice, estar com os próprios dentes, independente da situação deles.

Em síntese, o cuidar se revela para além do âmbito da saúde, refere-se, sobretudo, a ações de proteção, preocupação e afetividade. A base para a tomada de decisão, para o cuidado à saúde, constitui-se por meio da associação do conhecimento prático e do científico, enquanto, a representação da boa saúde bucal aparece idealizada na boa aparência estética, obtida, principalmente, por meio do atendimento especializado. O cuidado à saúde bucal da criança mostra-se permeado pelas experiências vividas; pela valorização da aparência estética, sobrepondo as questões funcionais; pela pouca valorização dos dentes decíduos e pela contradição entre naturalização e não-naturalização da perda dos dentes com o envelhecimento por parte dos cuidadores. A imagem estereotipada da odontologia, associada à dor e ao “medo de dentista”; a incredulidade em ter as necessidades de saúde bucal atendidas pelos serviços de saúde; a insuficiência de renda pessoal e familiar e a veiculação de propagandas na mídia, reforçando um determinado padrão estético são situações que interferem negativamente no cuidado à saúde bucal da criança e da família. Experiências prévias negativas, relacionadas a problemas bucais, próprias ou com os primeiros filhos, propiciam um alerta com relação aos filhos mais novos, por outro lado, parece haver pouca motivação no cuidado à saúde bucal dos filhos mais novos, quando os mais velhos não tiveram problemas.

A compreensão das experiências, valores e crenças dos cuidadores é fundamental para o estabelecimento do diálogo com a racionalidade científica. É por meio do diálogo horizontalizado entre “sujeitos” que se dá a compreensão, favorecendo um plano de cuidado mais ampliado.

3.3 As interações no cuidado à saúde bucal da criança

O cuidado à saúde da criança se processa no domicílio e fora dele. Quem cuida de outra pessoa estabelece uma relação na ação, e permite-se a interação, estabelecendo

reciprocidade de contatos (MELLO, 2005). Nessa categoria são apresentadas as pessoas envolvidas no cuidado à saúde bucal da criança, tanto no domicílio quanto em outros espaços: serviço de saúde, escola e creche. Inicia-se pela apresentação dos responsáveis e/ou os responsabilizados pelo cuidado de saúde bucal da criança no domicílio.

- **O cuidado à saúde bucal da criança no domicílio**

Os cuidadores referem que as atividades de cuidado à criança, acima de tudo, cabem aos pais. Porém, muitas vezes, os cuidados de saúde bucal são executados ou partilhados por outros membros da família, ou ainda por outras pessoas, não familiares, como mostram os depoimentos abaixo:

(mãe) [...] bom, neste caso é mãe e pai, em primeiro lugar é eles, tem que vir de dentro de casa, em primeiro lugar tem que começar dentro de casa (Família Nogueira).

(avô) [...] cabe ao pai e a mãe, aos pais, mas filho hoje [...] a minha filha saiu de um casamento agora que não deu certo e ta com um que eu também acho que não vai dar certo, eu tomei as rédeas (avô), eu falei pra ela: vou pegar esse muleque, eu vou cuidar dele, ele ta nas minhas responsabilidade, então eu faço tudo, eu cuido de tudo, o que eu puder fazer pra ele, enquanto eu tiver vivo aqui (Família Reparate).

(mãe) [...] é eu (mãe) que cuido, só eu (Família Dias).

(mãe) [...] minha mãe (avó), porque quando eu to trabalhando é ela que cuida dele (Família Martins).

(mãe) Eu lembro, que eu morava com minha avó, e o meu tio pegava muito no meu pé pra escovar dente, de manhã, depois do almoço, depois que comia alguma coisa, ele pegava muito no meu pé, eu lembro disso (Família Pereira)

(mãe) [...] ela chamava G. (patroa), ela foi uma segunda mãe [...] ela me ensinou bastante coisa (Família Dias).

(mãe) [...] deixo ele dormindo, a pessoa que cuida é um senhor que mora aí em frente [...] como é um homem que cuida dele trás na rédea curta, a mãe é mais mole (Família Mendonça).

Embora, tradicionalmente, se atribua aos pais a responsabilidade pelos cuidados de saúde dos filhos, aqui o ato de cuidar se mostra partilhado com avós, tio, patroa e outras pessoas do próprio convívio. Destaca-se que a criança tem necessidade de uma relação íntima,

regular e contínua com uma pessoa, a mãe ou com quem lhe faça às vezes. Nesse sentido, a regularidade e a rotina nos cuidados devem estar centradas em uma pessoa que conheça a criança e compreenda seu modo de ser, sua natureza e a maneira particular de comunicar suas necessidades. Contudo, a relação entre mãe e filho pode tornar-se mais prazerosa e mais completa se a ela somar-se a relação com o pai, com os irmãos e com os demais familiares (BOWLBY, 2002).

Outro aspecto que emergiu no último depoimento refere-se à influência da questão de gênero no cuidado, a expressão enérgica, identificada no ser masculino, é reconhecida como traço apropriado para o cuidado à saúde bucal da criança.

As mães, nos dias de hoje, ainda são reconhecidas como as principais cuidadoras, porém, em função das transformações que vêm ocorrendo em nossa sociedade, especialmente, com a inserção da mulher no mercado de trabalho, essa tarefa tem sido compartilhada com outras pessoas, particularmente, com os pais, conforme exemplificam os depoimentos a seguir:

(mãe) Aqui é os dois, nós dois, ele (pai) já pega mais no pé na parte de escovação de dente, ele cuida do cabelo delas, sabe? Ele olha se tem piolho, quando tem passa remédio, passa o pentinho, sabe? Ele fica mais de manhã com elas, então ele cuida mais (Família Figueiredo).

(mãe) [...] ele (pai) me ajuda olhar, ele olha cabelo, passa remédio, os dente também, sempre ele gosta de cuidar, principalmente do J. de 3 anos, quando ele vai escovar o dele ele leva ele (filho) pro banheiro também, ele até me ajuda um pouco, ele limpa a casa quando tem tempo (Família Vetorazo).

Quando ambos trabalham fora do lar, parece haver uma busca por uma divisão equitativa das atividades e de cuidados entre o casal, principalmente, quando os pais são jovens, motivo pelo qual parecem ter maior preocupação com as questões de igualdade (LEWIS; DESSEN, 1999). No entanto, embora o pai participe nos cuidados, a responsabilidade maior recai sobre as mães, pois são elas, geralmente, que abdicam do

trabalho, que adiam projetos profissionais, ou os interrompem, ou ainda os abandonam para cuidar das crianças (TONELI; CREPALDI; VIEIRA, 2006).

Por outro lado, esse compartilhamento do cuidado, muitas vezes, evidencia uma outra face, a não-responsabilização. Assim, uma tarefa que era para ser também de outro(s) passa a ser de nenhum. O relato a seguir corrobora essa afirmação:

(avó) [...] eu tenho que lavar, tenho que passar, tenho que cozinhar, então o que acontece? Chega a noite e eu to cansada eu vou tomar meu banho e vou dormir, aí ele (criança) fica lá e eu falo pra ele: agora você vai com sua mãe, eu vou dormir, se ela escova ou não escova eu não sei, eu to cansada, to desmaiada (Família Reparate).

Em outros depoimentos, a pouca participação e até a não-participação dos pais – homens – no cuidado à saúde bucal da criança é justificada em função de suas atividades de trabalho, sendo que a mãe introjeta e aceita essa responsabilidade, como expresse nos relatos a seguir:

(mãe) [...] meu marido também tem (responsabilidade), mas como eu que fico em casa então eu que tenho (que cuidar) [...] tem escolha? (risos) Tem que ser a mãe (Família Fernandes).

(pai) [...] é tarefa dela (mãe) eu (pai) corro atrás do din-din (Família Pereira).

A divisão de tarefas nos cuidados destinados aos filhos, no modelo tradicional de família, sinaliza uma divisão entre o que seria o “cuidar de” e o “cuidar com”. O genitor que cuida de sua criança exercendo cuidados de vida diária, *cuida de*, e é geralmente a mãe ou substituta; já a pessoa que colabora no cuidado, mas não exerce a função de forma regular e comprometida, *cuida com*, responsabilizando-se mais por obter o sustento da casa, e é, geralmente, uma figura masculina, o pai ou substituto (TRONTO, 1999).

Outras vezes, o papel do pai no cuidado à criança é expresse mais pela “autoridade” que representa no lar. Para exemplificar segue o depoimento de uma mãe:

[...] às vezes eu falo assim: vai escovar o dente! E eles (filhos) ficam enrolando, vira do lado pra dormir, então eu falo outra vez, aí o N. (pai) vê que eles não levanta e: não ta ouvindo sua mãe (Família Nogueira).

Estudo de cunho etnográfico, com famílias de baixa renda, moradoras do subúrbio de Salvador-BA, focalizou a participação paterna no cuidado de saúde de crianças menores de seis anos. Observou-se que no quesito educação, a participação do pai aparece como fundamental, os cuidados corporais são atribuição feminina e a preservação da integridade aparece como tarefa de todos os membros da família (BUSTAMANTE; TRAD, 2005).

Os pais e os responsáveis pela criança são os atores mais diretamente envolvidos com o cuidado que ela precisa e é importante que tenham suas competências fortalecidas na atenção às crianças para cumprir melhor suas funções. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) enfatiza a importância das competências familiares, entendidas como o conjunto necessário de conhecimentos, práticas e habilidades para promover a sobrevivência, o desenvolvimento e a proteção das crianças (UNICEF, 2005).

Sendo consideradas pelo senso comum como as principais responsáveis pelos cuidados das crianças, as mães, também, são as principais criticadas, inclusive por outras mães, quando algo não está bem em relação à saúde bucal da criança. Para exemplificar:

(mãe) [...] é igual a criança, às vezes você vê crianças de 2, 3 anos e já ta com os dentes da frente todinho cariados e a mãe fala: ah, mas é de leite? Vão cair [...] mas ta ali na boquinha dela, aquilo você olha e você já fala assim: ah, aquela mãe não cuida do dente dela, é um relaxo, a mãe não dá importância, não ta nem aí porque vai cair, mas não é assim, tem que cuidar (Família Figueiredo).

(avó) Mas tem mãe que não leva também (ao dentista), tem mãe que se preocupa (com o cuidado de saúde bucal da criança) e tem mãe que não se preocupa com isso (Família Reparate).

O cuidado à saúde bucal é percebido, pelos cuidadores, como referência para determinar se a criança é bem cuidada de um modo geral. Alguns autores (ABREU, 2004; OLIVEIRA, 2006; TEZOQUIPA; MONREAL; SANTIAGO, 2001), que colocam a liderança da mãe nas questões relativas ao processo saúde-doença, apontam que elas têm um papel social a cumprir, que é, dentre outros, de ser responsável pelas questões sanitárias da família.

Porém, essa cobrança feita às mães pode gerar situações de conflito e desentendimento dentro da família, conforme relato de uma delas:

(mãe) [...] olha, meu marido não ajuda não, ele ajuda assim, ele cobra muito (risos) só cobra [...] de mim, da mãe: a L. ta dormindo ela já escovou os dentes? É verdade ou você está falando [...] a gente vive brigando por causa disso (risos) é verdade ou você está mentindo só porque ela já dormiu? Aí eu fico brava: custa você ir lá também e escovar os dentinhos dela? Por que tem que ser eu todos os dias? Mas todos os dias a gente discute por causa disso (Família Pedrosa).

Como as mães são consideradas as principais responsáveis pelo cuidado de saúde bucal dos filhos e são fortemente cobradas por isso, elas, mais do que qualquer outro membro da família, podem ter a qualidade de vida afetada em função das condições de saúde dos filhos (ABREU, 2004; TEZOQUIPA; MONREAL; SANTIAGO, 2001). A seguir, relato de uma mãe ilustrando essa situação:

(mãe) Às vezes eu sinto que estou muito cansada, de falar, sabe? Criança dá muito trabalho, então nossa! Eu canso de falar. Minha mãe briga comigo muito por causa disso, porque eu sou mole, porque eu não dou uns tapa nos meninos, porque eles fazem o que quer, mas eu falo: mãe do céu, às vezes eu fico rouca de falar, falo com um, falo com o outro é difícil, manda tomar banho, manda escovar dente, não é fácil não, 6 nossa! Então acho que é por isso que eu fiquei mais assim, eu sofro com isso (Família Vetorazo).

No geral, os cuidadores reconhecem que o não-fazer traz consequências negativas para a saúde da criança. Entretanto, esse sentir a responsabilidade nem sempre resulta em práticas de cuidado eficazes e, muitas vezes, o resultado final dessa situação acaba sendo a cobrança e o estresse na vida familiar.

Em função da imaturidade, inerente à criança, atribui-se aos adultos a tarefa e a obrigação moral de observarem se suas necessidades estão sendo atendidas. As crianças são dependentes dos pais ou de responsáveis, tanto para acessar os serviços de saúde quanto para compreender e agir conforme recomendações feitas pelos profissionais. Cabe aos adultos tomarem as decisões necessárias e defenderem os direitos sociais e de saúde das crianças, eles têm autoridade moral e jurídica para agirem em nome da criança (MOURADIAN, 2001).

Embora a sociedade conceda aos pais a responsabilidade pelo cuidado à saúde bucal dos filhos, ela também tem obrigações em garantir que esse cuidado alcance a criança. Uma das maiores barreiras em assegurar o cuidado de saúde bucal a toda criança é a tendência em estruturar os problemas de saúde em termos de responsabilidade dos pais e não de políticas sociais (MOURADIAN, 2001).

No Brasil, o papel da família está expresso na própria Constituição brasileira. De acordo com seu artigo 227, o dever de assegurar os direitos de infância é da família, da sociedade e do Estado (BRASIL, 1988; 2006a). A Declaração dos Direitos da Criança (1959), em seu preâmbulo, diz que a criança, em decorrência de sua imaturidade física e mental, requer proteção e cuidados especiais, quer antes ou depois do nascimento. Condensada em dez princípios cuidadosamente elaborados e redigidos, a referida declaração afirma: o direito da criança à proteção especial e que lhe sejam propiciadas oportunidades e facilidades capazes de permitir o seu desenvolvimento, de modo sadio e normal e em condições de liberdade e dignidade; o direito a um nome e a uma nacionalidade, a partir do nascimento; o direito a gozar os benefícios da previdência social, inclusive alimentação, habitação, recreação e assistência médica adequadas; no caso de crianças portadoras de deficiência ou incapacitadas, o direito a receber o tratamento, a educação e os cuidados especiais exigidos por sua condição peculiar; o direito de se criar-se num ambiente de afeto e segurança e, sempre que possível, sob os cuidados e a responsabilidade dos pais; o direito a receber educação; o direito a figurar entre os primeiros a receber proteção e socorro, em caso de calamidade pública; o direito à proteção contra todas as formas de negligência, crueldade e exploração; e o direito à proteção contra todos os atos que possam dar lugar a qualquer forma de discriminação (UNICEF, s/d).

No Brasil, um outro documento a ser considerado é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), assinado em 1990 (BRASIL, 1991). O ECA foi o primeiro estatuto do mundo a adotar as normas da Convenção dos Direitos da Criança (1989). O documento

propõe a doutrina da proteção integral, rompe com a visão de menoridade e conduz à idéia de criança como cidadã, com direitos e deveres, enquanto prioridade das políticas públicas (SOUZA; TEIXEIRA; SILVA, 2003). A seguir alguns dos seus princípios:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Art 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e a saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência" (BRASIL, 1991).

Considerando que acesso à justiça e ao suporte social são elementos constitutivos da dimensão social da vulnerabilidade, problemas relacionados ao desrespeito aos direitos da criança e o desconhecimento por parte dos cuidadores desses direitos são circunstâncias que condicionam a vulnerabilidade da criança ao adoecimento bucal, situações essas evidenciadas nos depoimentos.

O desconhecimento de direitos garantidos por leis, entre os cuidadores, também foi manifestado, para além da área da saúde. Nesse sentido, uma mãe aponta sua dificuldade em conseguir uma vaga na creche, como no depoimento a seguir:

(mãe) [...] aqui só tem (a creche) a que o filho da minha irmã fica e só pega até os 6 anos e ele já vai fazer, mas se tivesse uma creche que ele ficava o dia todo pra mim era bom, porque às vezes eu tenho receio de perder a hora de pegar ele no colégio (Família Martins).

Conforme já apontado, no Brasil, o direito da criança à saúde e à educação, a partir do seu nascimento, foi estabelecido em lei (BRASIL, 1988; 1996). Porém, esse direito ainda hoje está longe de ser fato. A legislação sanitária brasileira é muito mais avançada que a situação fática do país, contudo, é preciso que a população saiba que saúde e educação são direitos fundamentais individuais e coletivos e não mera concessão de poder estatal ou palavras bonitas escritas na Constituição (BARTOLOMEI; CARVALHO; DELDUQUE, 2003).

Considerando o ECA e os dados epidemiológicos disponíveis, torna-se visível que o Estado não tem efetivado o direito à saúde bucal da criança ao não implementar condições legais, administrativas, orçamentárias e assistenciais necessárias para o cumprimento do disposto no estatuto. Por outro lado, a sociedade, também, tem-se mostrado distante de ajudar a proteger o direito à saúde de crianças, na medida em que não tem ocupado os espaços de democracia participativa como, os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e o Conselho Tutelar para que possa, de fato, influir diretamente nas políticas públicas, essenciais à concretização dessas aspirações.

- **Cuidado multiprofissional à saúde bucal da criança**

São vários os espaços e os profissionais que podem compartilhar o cuidado à saúde bucal da criança. Essa tarefa não pode ser considerada como responsabilidade de somente um profissional, o dentista. Baseado em G. Campos (1997), conceitualmente, a abordagem de questões relativas à saúde bucal constitui um “campo de saberes e responsabilidades” comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades, enquanto “núcleo de competência” corresponde ao conjunto de saberes e de responsabilidade específico da profissão ou especialidade. Assim, os dentistas possuem conhecimentos específicos e executam ações que são de sua exclusiva competência, embora, muitas questões relativas à Odontologia devam estar inseridas em um campo comum a outros profissionais.

O médico pediatra, o ginecologista, os profissionais da enfermagem e os professores são referidos como aliados em potencial no cuidado à saúde bucal da criança. Segundo os cuidadores, esses profissionais podem desenvolver, no limite das suas competências, alguns procedimentos de cuidado à saúde bucal da criança, compartilhando afazeres com os dentistas. Para exemplificar, seguem alguns depoimentos focalizando a atuação dos pediatras:

(mãe) [...] fui conversando com a pediatra e ela me indicou, aí eu fui lá nas meninas (ACD) e marquei a primeira consulta na dentista [...] porque quando engravidei o pediatra já te orienta a procurar um dentista (Família Pedrosa).

(mãe) [...] na época que ela mamava esse leite Nan, então acumulava coisinha na língua, então ela (pediatra) me ensinou como cuidar (Família Pereira).

(mãe) [...] porque o médico (pediatra) do posto falou que era bom tá acompanhando, aí eu levava ele (no dentista) (Família Martins).

Nas falas, os cuidadores reconhecem a importância do médico pediatra como coadjuvante do cuidado à saúde bucal da criança, atuando tanto na orientação quanto no encaminhamento, quando necessário. Nos serviços de saúde, o exame da cavidade bucal das crianças deve ser uma atividade multiprofissional, que Campos (1997) denomina de campo de competência. Médicos, enfermeiros e outros profissionais, ao observarem a presença de lesões nos dentes ou tecidos moles bucais, durante os exames, devem fazer o encaminhamento formal para o serviço odontológico, ou seja, para atendimento específico realizado pelo dentista – núcleo de competência (BRASIL, 2006a).

O médico pediatra, geralmente, é um dos primeiros profissionais a fazer contato com a mãe e com a criança, logo após o nascimento. O fato de a criança, usualmente, visitar o médico antes do dentista, assim como a influência que o primeiro exerce sobre os pais, lhe confere posição privilegiada no cuidado à saúde bucal das crianças. Para exemplificar, segue o relato de uma mãe: “eu acho que logo no começo a pediatra porque até aí eu vou levar (criança) no dentista depois que ele tiver com problema” (Família Santana).

Por outro lado, os cuidadores apontam situações em que o médico pediatra não teve envolvimento algum no cuidado à saúde bucal da criança, como nos relatos a seguir:

(mãe) [...] porque eu não tenho (informação) e eu tinha que passar pra ele (criança), então tem que tá divulgando [...] a pediatra já devia olhar a boca quando olha a garganta e comentar e falar: oh, essa dor de cabeça pode ser dos dentes, nunca falou isso (Família Galante).

(mãe) Então a hora que vai, que é uma vez por mês, eu sempre levei direitinho, porque isso é comentado, você sai do hospital, tem que ver todo mês! Então aquela preocupação, mas de dentição não! Começou a nascer o primeiro dentinho e: ai que bonitinho tá nascendo dentinho! Mas e aí?: olha

mãe, agora você tem que começar cuidar e tal porque o dentinho é assim, assado [...] esse daqui vai cair, mas olha se apodrecer vai doer, incomodar. Não nunca, nunca uma médica falou isso pra mim (Família Santana).

Alguns estudos (CAMPOS et al., 2003; MALTZ; LACERDA, 2001; PANDOLFI et al., 2001) apontam deficiências no conhecimento odontológico dos médicos pediatras, o que limita sua atuação na promoção da saúde integral às crianças. É necessário uma maior integração entre profissionais médicos e dentistas, assim como entre suas áreas de conhecimento.

O pré-natal é um momento importante na vida da futura mãe, porque nesta fase ela está mais susceptível a novas informações. Na prática o curso de gestante mostra-se como um primeiro e, às vezes, único momento formal de orientação quanto aos cuidados com a saúde do bebê. Segundo os cuidadores, os espaços de orientação não são comuns nos serviços de saúde e, quando há, nem sempre o tema saúde bucal é abordado. Para exemplificar:

(mãe) Não, não lembro de curso de gestante não (Família Galante)

(mãe) Eu fiz um curso de gestante do meu primeiro filho, eu fiz lá no HC novo, só do T., dos outros não [...] eu não me lembro, pra ser bem sincera, eu não me lembro (de receber orientação sobre saúde bucal) (Família Pedrosa).

(mãe) [...] como ele era prematuro, no dia que a moça foi dar banho nele, ela foi ensinar como cuidar do umbigo, porque eu tava com medo, ele era muito pequenininho, normal. Ela ensinou dar banho [...] limpar a boquinha não (Família Pereira).

(mãe) [...] tive (curso de gestante) assim que eu ganhei o M. na Mater, aí a gente fez um cursinho porque eles sorteiam roupa lá [...] como limpa o umbigo, como dá banho em criança, essas coisa [...] da boca não, nada (Família Martins).

É importante considerar a forma como os cursos para gestantes são organizados e conduzidos pelos serviços de saúde. É comum que eles apresentem um certo formato padronizado, no qual é repassado um rol de informações às mães, de forma a não permitir o diálogo e a problematização de temas do seu interesse. Para ilustrar, segue a experiência de uma mãe: "ah, sim! No hospital quando eu saía eles falavam pra pegar a fralda limpa e passar na gengiva deles, na boca, na língua, e só" (Família Nogueira).

A literatura corrobora que o cuidado de saúde com gestantes representa uma oportunidade ímpar de educação em saúde e de suporte para as futuras mães (SCHROTH et al., 2005), sendo que a *American Academy of Pediatrics* (2003) recomenda que o cuidado preventivo com a saúde bucal do bebê inicie com a mãe, no período pré-natal (AAP, 2003).

De acordo com as Diretrizes de Atenção Básica e de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à gestante, trabalhar em constante interação com os profissionais responsáveis pelo seu atendimento. Nos grupos operativos, é importante que as gestantes sejam ouvidas acerca de seus problemas, crenças e tabus, cabendo aos profissionais ampará-las e dar respostas claras, mostrando as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez, enfatizando a importância da higiene e estimulando o autocuidado e os hábitos de vida saudáveis (BRASIL, 2006a).

Pesquisa desenvolvida em unidades vinculadas ou conveniadas ao SUS, na cidade de Natal-RN, identificou as representações sociais que permeiam a atenção odontológica à gestante, na visão do médico, do dentista e da paciente. Os resultados apontaram a necessidade de atualização de conhecimentos e de integração profissional, premência de trabalho educativo em saúde bucal dirigido às gestantes e necessidade de institucionalizar a assistência odontológica às gestantes atrelando as consultas ao pré-natal (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002).

A enfermagem, por meio do trabalho de seus profissionais, auxiliares, técnicos e enfermeiros, também, deve se responsabilizar pelos cuidados de saúde bucal da criança em diferentes momentos de atuação. Nos serviços de saúde, os profissionais de enfermagem são os que estão em contato mais direto e freqüente com a criança e sua família. Por isso, acabam por estabelecer uma relação de intimidade reforçada pela particularidade dos procedimentos que ficam a seu cargo nas unidades básicas de saúde como, o teste do pezinho, a vacinação, a

pré e pós-consulta, o curativo, a consulta de enfermagem, entre outros. Esses momentos poderiam ser aproveitados visando à maior integração entre a enfermagem e a odontologia.

Isso nem sempre ocorre, conforme os depoimentos a seguir:

(pai) [...] a enfermeira poderia tá fazendo esse papel, ensinar como escovar o dente, mas ela não faz (Família Pereira).

(mãe) [...] quem deu orientação foi a enfermeira, só do umbigo, da boca não (Família Santana).

Embora os profissionais da enfermagem se mostrem como uma possibilidade de oferecer o cuidado à saúde bucal da criança, alguns cuidadores acreditam que essa tarefa não lhes pertença, como nos exemplos a seguir:

(mãe) [...] eu acho que cada um na sua (Família Fernandes).

(mãe) [...] eu acho que seria mais pelos dentistas, eu acho que eles passam uma orientação melhor, eles mostram mais a realidade (Família Figueiredo).

É possível que os cuidadores estejam se referindo ao núcleo de competência dos profissionais dentistas, que é específico da Odontologia, porém, a educação em saúde representa um campo de competência de todos os profissionais, inclusive dos profissionais da enfermagem.

As ações de cuidado devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde como um todo, de forma a evitar a criação de programas de saúde bucal específicos, verticais e isolados da área médica e de enfermagem. O trabalho de prevenção deve ser direcionado à gestante, aos pais e às pessoas que cuidam da criança (BRASIL, 2006a).

A escola e a creche, também, foram lembradas pelos cuidadores como espaços favoráveis para o cuidado de saúde bucal. Eles alegam que os professores deveriam ensinar e motivar as crianças e os pais com relação aos cuidados de saúde bucal. Para exemplificar:

(mãe) Eles (os professores) tão sempre falando nas reuniões pra não mandar porcariada, eles passam também recomendação que o dentista pede, eles tão sempre pedindo pras mães não deixar levar salgadinho, porcariada pra escola,

sabe eles avisam pras mães as crianças que não comem. Eles falam também de limpeza, porque também é uma higiene, eles falam das crianças que também vai com mau hálito, eles tão sempre passando pra gente (Família Vetorazo).

(avô) [...] os orientadores da escola, ele chega e conta que a tia falou que pra não dar o bichinho no dente tem que escovar, aí é muito rigoroso, a escola é muito rigorosa (Família Reparate).

(mãe) Eu acho que tinha que ter orientação nas pré-escolas, não é só aqui, mas em todas, porque daí a criança toma o gosto de escovar os dente, porque tem aquela criança preguiçosa, então pede uma pasta de dente, uma escova, uma toalhinha e cada 6 meses tem que trocar de escova, então pede aí não custa, o que vai gastar R\$ 3,00, isso daí (Família Nogueira).

(mãe) Às vezes tem palestra lá (na creche) para os pais, o ano passado teve. A irmã I. disse que todo mês ia ter, mas acho que não organizou direito, esse ano não teve não (Família Dias).

(mãe) Eu acho, tava até pensando em comentar, porque eu acho que em escola de pré deveria ter aula de escovação pra essas criança, pelo menos uma vez na semana, ou todo dia, porque lá eles mais brincam do que estudam. Então eu acho que devia começar dali [...] eu acho que toda escola, pelo menos no pré, as professoras deveriam ter uma orientação dentro da escola, começar dali. Com o J. também, ele faz (higiene bucal) na creche, ele fica na creche então elas fazem na creche e elas pedem pra quando chegar em casa pra gente fazer também, pra ele ir se acostumando. A G. também ela fica na escolinha, tudo, eles escovam lá, mas é muita criança, eles ensinam mais ou menos, em casa que a gente tem que fazer (Família Vetorazo).

Os cuidadores reconhecem o papel da escola e atribuem aos professores a função de orientação e, também, de execução de práticas de saúde bucal, mais especificamente, a escovação bucal. De certa forma, essas falas sugerem outras implicações, isto é, a divisão e, até mesmo, a transferência de responsabilidade do cuidado para outro(s), aqui no caso os professores. Contudo, os cuidadores reconhecem que a atenção à saúde bucal não é rotina nas escolas, como comentam:

(mãe) [...] pra mim não, o J., vamos dizer ta há 3 anos na EMEI, nunca eles (professor e dentista) me chamaram pra falar: olha os dente dele precisa de maior cuidado, mãe, é assim, é assado, poderiam ter me chamado já e ter me falado, meu marido chamado e falado pra alguém, mas não teve (Família Galante).

(mãe) Manda levar a escova, mas não usa, lá não usa, não usa porque eu comprei uma escova bonita, ta lá, ganhou uma do dentista: ah, mãe quero levar essa! Mas você ta usando? Eu não, a tia não mandou e eu saí correndo, então não tem aquilo: olha, acabou de comer, vamos escovar o dente, e na própria escola que tem o dentista, não tem o incentivo também, porque se eles

estão lá 8 horas, fica de manhã até a noite, que eu passo pra pegar ele, então quem tem que fazer isso? A escola, porque é muito, não só eu como muitas mães, eu garanto que muitas crianças ficam o dia inteiro na escola, mas não tem incentivo pra escovar o dente, acabou de comer, a paciência pra tirar meia hora só pra higiene bucal, porque é muita criança, não dá, volta pra sala de aula, vão brincar, o J. não ta escovando o dente, que que adianta, você almoça lá tem que escovar o dente lá, então nessa parte mesmo já pega (Família Santana).

No Brasil, as creches e as escolas representam um espaço social no qual um número expressivo de crianças passa grande parte do tempo. Dessa forma, vê-se a possibilidade de famílias, escolas e creches, em conjunto, promoverem situações complementares e significativas de aprendizagem que vão ao encontro das necessidades das crianças (BARDAL et al., 2006). O trabalho educativo com crianças na fase escolar mostra-se produtivo, pois nessa fase elas são receptivas e aprendem rapidamente, o que facilita o ensino de hábitos adequados, principalmente, aqueles relacionados à saúde bucal. A escola é local ideal para o desenvolvimento de programas educativo-preventivos, pois permite que todas as crianças tenham acesso a eles, incluindo aquelas que, por algum motivo, não têm acesso ao profissional dentista. Além disso, a figura do professor de ensino fundamental exerce grande influência sobre o comportamento dos alunos, pelo contato diário e prolongado (SANTOS; RODRIGUES; GARCIA, 2002).

Ao sistema formal de ensino cabe o importante papel de sensibilizar desde cedo as crianças sobre os temas relacionados à saúde e à saúde bucal. Ele deve contribuir com a disseminação de informações, agregando conhecimentos e sustentando as práticas e os hábitos saudáveis de cuidado à saúde bucal ao longo da vida da criança. A escola pode contribuir correta e eficazmente se os professores receberem das instituições de saúde e de educação o apoio e a capacitação de que necessitam para agir de maneira apropriada (SANTOS; RODRIGUES; GARCIA, 2002).

Um estudo investigou os aspectos da legislação em vigor relacionados à educação e saúde que suportam as ações de educação em saúde bucal em escolas de ensino fundamental.

Nesse estudo foram analisados quatro documentos: Constituição da República Federativa do Brasil (1988), Lei de Diretrizes e Bases da Educação (1996), Plano Nacional de Educação (2001) e Parâmetros Curriculares Nacionais. Os resultados mostraram que esses documentos oferecem diretrizes importantes e diversificadas para o desenvolvimento da educação em saúde bucal no ensino fundamental (HILGERET; ABEGG, 2002).

Cabe destacar que no Brasil os programas de saúde escolar, ainda hoje, têm um enfoque assistencialista com o predomínio de subprogramas isolados, tais como odontológico, oftalmológico e psicológico. A saúde escolar reproduz o paradigma de caráter assistencialista da atenção em saúde em geral, que prioriza o indivíduo e partes dele, em detrimento da coletividade e do todo (SUCUPIRA et al., 1989).

Contudo, a progressiva implantação do SUS requer uma reconstrução crítica dos modelos assistenciais no Brasil (NARVAI, 2002b). O autor acrescenta que:

[...] a atenção odontológica voltada exclusivamente a escolares, desvinculada do sistema de saúde e descompromissada com a realidade sócio/política do usuário, independentemente do método e local utilizados para sua execução, parece estar prestes a esgotar-se (NARVAI, 2002b, p.97).

A assistência odontológica prestada junto às escolas tem sido tema controverso entre profissionais e instituições. De um lado, postula-se que o espaço escolar deva oferecer, sob a supervisão do profissional dentista, apenas ações preventivas, como educação em saúde bucal e procedimentos coletivos – escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor –, ficando a assistência odontológica deslocada para as unidades de saúde, gerando, dessa forma, ações com melhor relação custo/benefício.

Essa situação ocorreu na década de 1990, no município de São Paulo, quando os consultórios odontológicos das escolas foram desativados, e os escolares passaram a receber assistência odontológica nas unidades de saúde. Por outro lado, tem-se valorizado a associação da prevenção e da assistência odontológica, no espaço escolar. Nesse sentido, o governo do Distrito Federal, em 2007, implantou o “Programa Dentista na Escola”, o qual

visa a atender 298 mil alunos, com idades entre seis e 15 anos, do ensino fundamental da rede pública, com ações preventivas e de assistência. Foram instalados 97 consultórios odontológicos fixos nas escolas com até mil alunos e, nas escolas menores os alunos são atendidos por uma das 20 unidades odontológicas móveis (MEDCENTER, s/d).

Vale ressaltar que ambas as estratégias podem desencadear melhorias na saúde bucal de escolares, contudo, o importante é que estejam inseridas em uma política ampla de saúde à população.

A merenda e a refeição nas escolas, também, foram abordadas pelos cuidadores, que as reconhecem como saudáveis e nutritivas. Eles relatam que as mesmas são elaboradas por nutricionistas. Para exemplificar:

(mãe) [...] tem lanche lá, costuma ser pão com manteiga e suco, ou se não, pão com carne, bolo, às vezes eles fazem suco de maracujá [...] bolacha, não mais, porque é acompanhada por nutricionista (Família Figueiredo).

(mãe) Tem merenda na escola, de casa eles não levam [...] às vezes a M. fala que toma leite, come bolo, porque ali na escola é uma alimentação balanceada, acho que é. Então cada dia eles servem uma coisa, suco, fruta, tem um cardápio da nutrição ali (Família Galante).

(pai) [...] às vezes é uma fruta, um pão, suco, leite, mas a maioria das vezes, é melancia, é maçã, laranja, tem o dia certo que é o lanchinho de pão e frango (Família Pereira).

(mãe) Não, é proibido levar merenda, mas lá eles dão fruta, leite, na escola do N. tem almoço, à tarde também tem lanche pão, leite, frutas. A do R. tem tanto lá dentro e quando eles saem eles dão sempre uma fruta pras criança levar pra casa (Família Nogueira).

(mãe) Ele gosta muito da comida, é almoço, legumes, arroz, feijão, macarrão, comida mesmo (Família Santana).

A alimentação balanceada oferecida às crianças, nas escolas, mostra-se como um fator de proteção à saúde delas. Estudo realizado com crianças, de uma escola particular da cidade de Araraquara-SP, que levavam lanches de casa ou compravam na cantina da própria escola, constatou um alto consumo de bolachas recheadas (33,4%) e baixo consumo de frutas (3,2%). Dieta inadequada, para crianças e adolescentes, pode ocasionar obesidade, doenças

cardiovasculares, além da cárie dentária. Ao considerar que a alimentação da criança é influenciada pela família, pela escola e pela mídia, é necessário envidar esforços para integração entre as partes, de forma que se estabeleça uma atitude adequada frente à saúde alimentar da criança. A educação nutricional deve ser utilizada como estratégia para modificação da qualidade dos lanches, a fim de favorecer a incorporação de hábitos alimentares saudáveis entre as crianças (CAMPOS; ZUANON, 2004).

Historicamente, as práticas da saúde bucal mostram que ela sempre foi desenvolvida de forma isolada, sendo realizada praticamente entre quatro paredes, restrita à prática do cirurgião dentista com seu equipamento odontológico. Atualmente, a incorporação das ações de saúde bucal pelos profissionais da equipe de saúde visa a transpor esse modelo de organização e prática anterior, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos vários profissionais da equipe. Sendo assim, deve haver empenho de todos para a construção desse novo modo de operar as ações de saúde (BRASIL, 2006a).

Em síntese, a responsabilidade do cuidado à saúde bucal da criança é atribuída, principalmente, à mãe embora tenha se mostrado partilhada com pais, avós e outras pessoas do próprio convívio. A cobrança do cuidado, geralmente, dirigida às mães, acaba por desencadear desentendimentos e conflitos dentro da família, enquanto a pouca participação e a não-participação dos pais no cuidado são justificadas em função das atividades de trabalho.

Nota-se, por parte dos cuidadores, o desconhecimento dos direitos da criança com relação a sua saúde. Por outro lado, a merenda balanceada oferecida às crianças, nas escolas, mostra-se como um fator de proteção à sua saúde. O médico pediatra, ginecologista, profissionais da enfermagem, professores e atendentes de creches são referidos como aliados em potencial no cuidado à saúde bucal da criança. Contudo, o trabalho multiprofissional, nas unidades de saúde e no município, ainda se mostra como uma prática a ser alcançada.

Com as parcerias no cuidado à saúde bucal das crianças entre família, profissionais da saúde e da educação abrem-se inúmeras possibilidades de atuação para os profissionais e de ampliação do cuidado à saúde bucal da criança.

3.4 Em busca das causas e da prevenção do adoecimento bucal

Os questionamentos sobre o cuidado à saúde bucal levam os cuidadores a pensar acerca dos fatores determinantes das condições de saúde bucal, assim como, dos relacionados à sua prevenção. Ao apontar as causas das doenças bucais, são elaboradas justificativas para explicar o seu próprio estado de saúde bucal e o da criança.

- **Fatores determinantes do adoecimento bucal**

Diversos fatores são referidos pelos cuidadores como determinantes das doenças bucais, particularmente, da cárie dentária. Dentre eles estão: alimentação imprópria, higiene bucal deficiente, uso de medicamento, falta de orientação e o chamado “medo de dentista”. Os cuidadores mostram incertezas ao identificar os fatores causais e, muitas vezes, buscam aqueles que não signifiquem “falhas” em suas condutas. A seguir, destacam-se os depoimentos em que cárie dentária foi associada ao consumo de sacarose, associação bem definida na literatura (BRASIL, 2006a; BEZERRA; TOLEDO, 1999; FREIRE, 2000b):

(mãe) Eu acho que foi os doce, as balas, chiclete, acho que foi muito chiclete, ela chupava muito chiclete (Família Dias)

(avó) Eu percebi, a gente percebeu que ele tava chupando muito chiclete, comendo muito doce, não sei se é por aí que dá cárie (Família Reparate).

(avô) Eu acho que é muito doce [...] se você comprar uma caixa de chiclete e falar pra ele assim: essa caixa de chiclete é sua e falar: você pega um hoje, um amanhã, não! Enquanto tem ele tá ali chupando, se você deixar ele põe 3, 4 na boca (Família Reparate).

(mãe) [...] doce, porque doce acaba com o dente, nossa que barbaridade! Chiclete, bala. Aqui não pode ver uma moedinha que fala: posso ir buscar bala? E quando o J. era vivo trazia direto chiclete, bala pra eles, agora não, até que deram uma maneira (Família Galante).

Nas falas dos cuidadores, a causa do adoecimento bucal é o açúcar da dieta. Os cuidadores apontam a ingestão de doces como um dos principais, senão o principal fator determinante pelo desenvolvimento da cárie dentária. De certa forma, essa associação produz um “certo conforto” nas pessoas, uma vez que passa a impressão de que o consumo de açúcar

na dieta não representa, necessariamente, uma “falha de conduta”, como é o caso da higiene bucal deficiente. Além do mais, essa “falha”, também, pode ser partilhada com outras pessoas, conforme o último depoimento, em que a responsabilidade pelos “doces” foi dividida com o pai, já falecido. De maneira emblemática, é menos constrangedor ter cárie devido ao consumo de açúcar do que em função da falta de higiene, o segundo fator determinante referido pelos cuidadores.

Um avô fez questão de reconhecer a sua “culpa”, apontando o consumo exagerado de doce pela criança, talvez, pelo fato de que para avós isso seja permitido, segue seu relato: “*eu acho que é muito doce [...] o culpado é eu (avô), porque tudo que ele pede eu dou, tudo que ele quiser eu compro, tudo*” (Família Reparate).

Já uma mãe entende que o consumo de alimentos doces é hábito mais comum entre populações de baixa renda, segue seu depoimento: “*a criança come tudo que é porcaria, pobre só come chiclete, doce, tudo quanto é coisa besta*” (Família Santana).

Essa percepção é confirmada em estudo com crianças pré-escolares da cidade de Bauru-SP, no qual os achados sustentam a hipótese de que o nível socioeconômico influencia a preferência por açúcar e esta, por sua vez, está associada à prevalência de cárie dentária na dentição decídua. Populações de baixa renda consomem mais açúcar e estão mais sujeitas à cárie dentária (TOMITA et al., 1999). Embora a preferência inata por doces seja relatada em diferentes estudos, ela também é fortemente influenciada pela alta exposição e pela maior disponibilidade de açúcar associada à urbanização. Esses resultados devem ser considerados tanto no desenvolvimento de políticas públicas quanto na orientação de pais, no que se refere à alimentação infantil (MACIEL, et al. 2001).

A dieta de cada indivíduo é estabelecida em função do seu poder aquisitivo e também dos costumes e da tradição da comunidade em que vive. No Brasil, de economia açucareira, populações de baixa renda consomem produtos à base de hidratos de carbono, em proporções

elevadas, porque essa é uma fonte de energia de baixo custo. Já as pessoas de melhor nível socioeconômico consomem porque estão habituadas e têm recursos para comprar os produtos oferecidos com maior apelo mercadológico (PINTO, 2000).

As práticas de higiene, também, foram associadas à cárie dentária, e o foco foi o seu “descuido”, como nos depoimentos a seguir:

(mãe) [...] olha, eu acho que foi por não escovar os dentes, não ter aquele cuidado assim, eu acho (Família Pedrosa).

(mãe) [...] eu acho que também pode ser da minha parte, entendeu? Se eu pegasse mais no pé dela, eu acho que eu pego, mas eu pego pouco, tinha que pegar mais (risos) deixa eu te falar, mais pesado assim quero dizer, de ficar em cima dela, porque ela é terrível pra escovar dente (Família Galante).

(mãe) [...] de não ta escovando os dentes após as refeições, porque eu também às vezes naquela correria, então eu acho que o que levou um pouco foi isso. Hoje eu já cuido mais (Família Figueiredo).

Reconhecer a associação entre higiene bucal deficiente e cárie dentária, no âmbito geral, é comum, porém assumir isso, particularmente, como causa dos seus problemas e dos problemas da criança gera, entre os cuidadores, um misto de constrangimento e de culpa. Práticas moralistas ainda são comuns no campo da saúde e, particularmente, na odontologia. A pessoa que apresenta algum problema de saúde evitável, como é o caso da cárie dentária, passa a ser tratada como se tivesse feito algo errado para ficar assim. E nesse “fazer algo errado”, há obviamente níveis aceitáveis e não aceitáveis que serão julgados, a partir de uma cultura higienista, não apenas do ponto de vista biológico, mas também moral. (BUCHADQUI; CAPP; PETUCO, 2006). Contudo, quando se exime do julgamento moral de determinadas práticas de saúde, ampliam-se as possibilidades de cuidado.

O uso de medicamentos, também, foi associado ao adoecimento bucal, principalmente, os antibióticos. De acordo com a literatura (ABREU, 2004; SILVA; SANTOS, 1994), esse tipo de medicação não exerce efeito sobre a cárie dentária. Para exemplificar:

(mãe) Meus dentes quando eu era criança, eu era muito doente, tomava muito antibiótico, era tudo estragado (Família Dias).

(mãe) Eu não sei se é verdade, como é que eu vou te falar [...] tem gente que fala que muito antibiótico estraga o dente também, eu não sei se isso é verdade ou se isso não é. E, a M. tomou bastante vivia com dor de garganta [...] e só antibiótico e benzetacil. Agora não sei se é verdade ou se não é, será que é? (Família Galante).

(mãe) [...] uns fala que é porque tomou muito antibiótico e realmente ele tomou mesmo, outros falam que é porque não deixa escovar direito, aí então no meio dessa história [...] eu não sei (Família Martins).

(mãe) [...] eu não sei te dizer porque esse menino desenvolve tanta cárie na boca, eu não sei se foi alguma falta de vitamina que eu não tomei quando eu tava grávida, eu não sei, não sei te explicar (Família Nogueira).

A maioria dos medicamentos pediátricos, inclusive os antibióticos, geralmente, é produzida na forma líquida e inclui sacarose na sua formulação com o propósito de tornar seu sabor mais agradável. Dessa forma, o risco de cárie nas crianças pode ser aumentado, principalmente, naquelas que apresentam desordens médicas crônicas e, geralmente, necessitam de medicamentos com esquema de administrações repetidas e por um período de tempo longo (ABREU, 2004; SILVA; SANTOS, 1994). Uma outra questão a ser apontada refere-se à utilização do antibiótico do grupo farmacológico tetraciclina que, quando usado durante o período de formação dos dentes, leva ao aparecimento de manchas em sua superfície, as quais podem ser percebidas pela população como cárie (ABREU, 2004).

A falta de orientação e o “medo de dentista” foram, também, associados ao desfecho cárie, conforme os depoimentos a seguir:

(mãe) [...] acho que foi mais falta de orientação (Família Mendonça).

(mãe) [...] então no primeiro ano já ta com os dentinho podre e, às vezes, por falta de informação (Família Galante).

(mãe) Falta de informação [...] Ninguém nunca falou [...] Escovou porque ele juntou, aí vem: ah, vou dar uma mamadeirinha pra ele tadinho! Aí eu dava achocolatado pra ele, aí mamava ali dormindo continuava [...] mas mamadeira de madrugada sempre dei, nossa eu to com fome, mamadeira e nunca escovou, então ele tem cárie, ta feio a boca dele [...] a dentista falou: nossa, isso é cárie de leite! (Família Santana).

(pai) [...] o meu problema foi medo de dentista, tenho pavor de dentista (Família Pereira).

A falta de orientação revela a tradição dos serviços de saúde no Brasil, marcada por problemas de estrutura e de acessibilidade aos cuidados de saúde bucal. Já o “medo de dentista” expõe a historicidade das práticas odontológicas, originariamente excludente, mutiladora e associável à dor.

As normas de Atenção Básica e de Saúde Bucal do Ministério da Saúde citam como principais fatores de risco para a cárie dentária os fatores culturais e socioeconômicos; a falta de acesso ao flúor; o deficiente controle mecânico do biofilme – placa bacteriana –; o consumo excessivo e freqüente de açúcar e a xerostomia (BRASIL, 2006a).

Nas falas dos cuidadores, percebe-se que os determinantes do adoecimento bucal, apontados por eles, relacionam-se, particularmente, a fatores biológicos e a responsabilização individual. Eles não reconhecem a influência de questões psicossociais, socioeconômicas e culturais tanto na gênese como na possibilidade de resposta ao adoecimento bucal.

- **Prevenção e promoção em saúde bucal**

Nas falas, os cuidadores revelam a importância das medidas de prevenção, mas reconhecem que isso não é freqüente na vida das pessoas, particularmente na área da Odontologia, como mencionado nos relatos a seguir:

(pai) Nós infelizmente, a maioria das pessoas está acostumada sempre a fazer o corretivo invés do preventivo, começa do carro, começa da própria saúde isso é da nossa cultura, da minha cultura, da cultura da maioria da população [...] no dentista também é assim (Família Pereira).

A prevenção de doenças bucais é, freqüentemente, associada às práticas de cuidado, em especial àquelas relacionadas à alimentação – controle do açúcar –, à higiene bucal – prática da escovação e uso de fio dental – e a visitas periódicas ao dentista.

Os cuidadores reconhecem a importância da dieta saudável para a saúde bucal. Foram amplamente mencionadas as dificuldades para se estabelecerem uma dieta saudável no ambiente familiar e o controle do consumo de doces pelas crianças. Para exemplificar:

(mãe) ah, qualquer tipo de doce, chiclete, pode ta no alto, às vezes, ele pega [...] eu parei de comprar, porque eu compro assim só na despesa e compro pouco, eu sei que tem que diminuir (Família Mendonça).

(mãe) [...] doce essas coisas, eu acho sim, meus meninos comem muito doce, nossa! Muito doce [...] porque gosta né, e porque eu também deixo, às vezes, mas eu sei que tem que evitar (Família Vetorazo).

(mãe) [...] doce também eles comem um pouco. Eu já pedi muitas vezes pro N. (pai) evitar, então tão evitando um pouco, porque o R. parece formiga pra doce, se tiver um bolo ele já come meia forma de bolo e já não almoça nem janta, tem que ficar no pé e esconder dele. Comer legumes também é uma vida, o R. põe no prato e você tem que ficar em cima pra ele comer [...] até beterraba eu faço eles comerem porque disse que é bom pra fortalecer os dente, eu ralo ela e tempero, eu faço eles comerem mais vezes (Família Nogueira).

(mãe) Ah! sim eu mudei muito a parte de alimentação, a reeducação alimentar, os hábitos que a gente ta tendo mais com a saúde agora, a parte de boca, melhorou muito (Família Figueiredo).

Para alguns cuidadores, o “doce” não representa “risco” de doença, ele se aproxima muito mais do carinho e da compensação. O que confere *status* de alimento social aos alimentos açucarados é o seu uso como moeda de troca para recompensas e punições (MORAES; ONGARO, 1998). Para explicitar, segue o relato de uma mãe:

[...] ele diz: mãe eu quero comer isso (doce)! Aí eu não gosto dele me pedir muito uma coisa, porque eu penso assim, já que é criado só comigo eu tenho que fazer pelo menos no, mínimo, as vontade dele (Família Mendonça).

O estabelecimento do risco é elaborado e transmitido em termos de proposições probabilísticas. Já, a tendência da população oscila entre considerar as situações ou os fatores de risco como uma quase-doença e a incredulidade. A divulgação que os meios de comunicação, especialmente, a mídia televisiva, fazem dos resultados de estudos epidemiológicos acaba por reforçar os estereótipos. Os resultados são apresentados, comumente, como afirmações com caráter absoluto, totalmente independentes das condições em que foram produzidos. As contradições, aparentes ou reais, entre resultados de investigações conduzidas com metodologias diversas entre populações também distintas,

acabam por confundir as pessoas e diminuir a crença na utilidade das informações transmitidas para a vida cotidiana (BARATA, 2005).

O relatório de Atenção Básica e de Saúde Bucal traz algumas recomendações relacionadas à alimentação e nutrição das crianças: alerta para o fato de que o consumo exagerado e freqüente do açúcar pode constituir fator de risco, para a cárie dentária e outras doenças, e incentiva o consumo de alimentos que contenha açúcar natural – frutas e leite –, por serem saudáveis e menos significativos na etiologia da cárie. O relatório aponta, ainda, que, de acordo com a cultura e os hábitos alimentares de cada local, deve-se incentivar a introdução de alimentos saudáveis que favoreçam a mastigação e a limpeza dos dentes das crianças. A partir dos dois anos de idade, a alimentação da criança torna-se mais parecida com a da família, e na fase pré-escolar é importante a introdução e a oferta de alimentos variados. De fato, a primeira infância é um excelente período para a introdução de hábitos alimentares saudáveis, e para ajudar a criança a entender que isso faz parte de um modo de vida saudável (BRASIL, 2006a).

Quando se amplia a discussão, visualiza-se um problema maior, que está além da dieta saudável e do consumo equilibrado de açúcar, que é a carência alimentar, a desnutrição. A alimentação inadequada e/ou insuficiente é realidade em muitas famílias no Brasil e em boa parte do mundo. Segundo o relatório da OMS publicado em 2000, 49% das mortes de crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento estão relacionadas à desnutrição. Ela também aumenta o risco de uma série de doenças e pode afetar o crescimento e o desenvolvimento da criança. A segurança alimentar e nutricional deve ser uma questão primordial da saúde para a infância e deve estar além do controle de açúcar da dieta. Nesse sentido, o governo brasileiro, atualmente, procura ampliar o acesso da população aos alimentos, com o Programa Bolsa Família, além de apoiar a agricultura familiar, pois segundo

o relatório, o problema da desnutrição infantil se concentra, sobretudo, nas áreas rurais (UNICEF, 2005).

Os cuidadores apontam os hábitos alimentares que, embora tenha havido a orientação, eles não entendem como prejudiciais, conforme segue:

(mãe) [...] ela (dentista) pediu só pra colocar o leite, sem açúcar sem nada [...] porque ela (filha) sempre mamou leite com um tiquinho só de açúcar, então, eu nunca tirei. Até meu filho também é desse jeito, eu nunca tirei, não achei importante (Família Fernandes).

Esse último depoimento mostra a importância da orientação contextualizada, é preciso que essa faça sentido para o Outro, por que só assim ocorrerá a “sinapse” entre o que foi falado e ouvido, caso contrário, essa orientação ecoará e se perderá no espaço, estando, portanto, fadada ao insucesso.

Um estudo ao investigar os significados e expectativas de mães e cuidadores em relação às práticas de educação em saúde bucal revelou que na relação profissional/paciente, no plano da pretensão de verdade, as mães e cuidadores reconhecem a autoridade do profissional até um certo limite. Basta os saberes técnicos se chocarem com os interesses, crenças e valores dos cuidadores para que não sejam mais legitimados por eles. As práticas educativas, rotineiramente, se confrontam com os pensamentos, significados e desejos dos cuidadores e, assim, encontram dificuldades para a construção de acordos, quanto ao que é bom para a vida cotidiana em termos existenciais e de saúde – correção normativa –, além de limitar a possibilidade deles se fazerem sujeitos ativos nos processos educativos – autenticidade expressiva (OLIVEIRA, 2006).

Do ponto de vista das intervenções educativas, as tensões no processo de orientação, para os profissionais, perpassam os três planos – normativo, proposicional e expressivo –, e assemelham-se mais a “ruídos” do que a indicadores das necessidades trazidas pelo Outro. O ruído é deixado de lado, não sendo percebido como um sinal de desacordo ou desencontro, e a prescrição, por sua vez, é reforçada, fazendo com que o profissional retome, mais uma vez, a

intenção de validar intersubjetivamente valores e verdades que podem não fazer sentido para o paciente (OLIVEIRA, 2006). O aprendizado só se efetiva se o conhecimento compartilhado é significativo para os atores envolvidos (BUCHADQUI; CAPP; PETUCO, 2006).

Além da dieta equilibrada, as práticas adequadas de higiene também foram referidas como ações preventivas efetivas. Os cuidadores entendem que, com as práticas de higiene bucal, executadas como rotina, pode-se prevenir o adoecimento bucal. Para exemplificar:

(mãe) [...] ah, um pouco mais de higiene pessoal mesmo (risos) porque orientação, assim a minha irmã também não teve e ela depois que começou trabalhar ela mesmo começou se cuidar, eu mesmo já peguei outro tipo de 'relexo', vamos dizer assim (Família Fernandes).

(mãe) Bom acho que [...] quando a gente tá em casa e tendo a oportunidade depois da gente comer, depois das refeições, eu acho que seria bom, porque evitava muita coisa, cárie, sei lá, bastante coisa, não deixar sujeira nos dentes (Família Dias).

(mãe) [...] procurado escovar mais vezes, porque antes não, o que a gente entendia quando eu morava no interior é que escovasse o dente só de manhãzinha ao levantar ou então se comesse alguma coisa doce. Era assim que a gente sabia (Família Mendonça).

(mãe) Que deve passar fio dental, escovar depois das refeições, principalmente antes de dormir e tratar, agora que a gente tem o hábito de usar o listerine, né (Família Pedrosa).

Os cuidadores reconhecem a importância da higiene bucal como ação preventiva e descrevem a forma como essa prática é realizada no dia-a-dia:

(mãe) [...] por uma gaze no dedo e limpar o dentinho do neném [...] eu fazia com todos eles, até hoje faço no pequenininho (Família Vetorazo).

(mãe) Na primeira consulta a dentista já ensinou a passar a escovinha, aquele negócio de pôr no dedo e limpar o dentinho, principalmente, na hora que a criança vai dormir (Família Pedrosa).

(mãe) [...] eu que escovo primeiro e pra ele não chorar eu falo pra ele: a mãe vai escovar e depois você escova, aí eu ponho ele na minha frente escovo e falo pra ele cuspi (Família Martins).

(mãe) [...] ele (pediatra) falou que tinha que enrolar uma gaze ou então a pontinha da fralda e molhar com água ou **com leite do peito** e passar na boca pra poder limpar aquela massa que ficava, passar na gengiva também, que sempre que ele mamava, eu fazia, porque criava aquela pasta gosmenta na boca e ele (pediatra) falou que era pra limpar pra não criar mal cheiro na boca. Aí eu sempre fazia isso (Família Mendonça).

A partir dos depoimentos, é possível apreender que a informação técnica chegou até os cuidadores, em especial para a faixa etária mais precoce, pois seus discursos são, de certa forma, corretos do ponto de vista do conhecimento científico, desconsiderando o comentário relacionado à limpeza com o uso do leite materno, apontado no último depoimento. Quando o discurso técnico vem descolado do mundo da vida, ele continuará sendo apenas discurso. O depoimento, a seguir, de uma mãe mostra essa situação:

Às vezes você vai lá tem a informação, mas não faz: imagina que eu tenho tempo de ficar limpando dentinho e passar não sei o quê e passar o cotonete, eu não vou fazer nada, essa dentista ta louca! Eu já ouvi mãe falar isso (Família Pedrosa).

É provável que essa fala reflita o próprio sentimento da mãe o qual ela acaba por atribuir a uma outra pessoa. Assim, a indignação, expressa em seu depoimento, traduz a falta de sentido que tal informação lhe produz. Lefèvre (1999) aponta dois tipos de modelos de informação que julga antagônicos. O primeiro pressupõe uma comunicação vetorizada, do centro do saber técnico científico em direção à periferia do não saber ou do saber desqualificado. Já no outro modelo, a informação é trocada nas diversas “arenas” existentes e, assim, é vista como imprescindível para o enfrentamento dos problemas e dificuldades que estão na raiz de quase todos os males, do corpo e do espírito.

A prática da escovação e o uso do fio dental nem sempre são atividades agradáveis para as crianças, conforme depoimentos dos cuidadores:

(mãe) Ele dá mais trabalho, mas eu tenho medo de dar cárie porque ele não deixa escovar, fio dental de jeito nenhum, então [...] (Família Fernandes).

(mãe) [...] é, escovar os dentes não é uma coisa muito fácil de fazer, porque não é todo dia que a L. quer (Família Pedrosa).

(mãe) Às vezes eu vou lá, escovo também, mas ela não gosta que eu escovo os dente dela (Família Dias).

Os cuidadores relatam que as práticas de higiene bucal, muitas vezes, são realizadas pelas próprias crianças, sem supervisão ou acompanhamento de um responsável. Para exemplificar:

(mãe) [...] aí ela que vai escovar os dente, ela escova sozinha. Nem olho, pelo tanto que demora, às vezes vai rapidinho e: já escovei, cheira! Aí cheirinho de pasta, mas vai escovar de novo porque foi muito rápido (Família Fernandes).

(mãe) Não olho, não! Às vezes eu escovo pra L., é muita coisa pra fazer (Família Pedrosa).

(mãe) [...] eu vou com o pequeninho, só com o pequeninho, com os grande não, elas vão sozinhas, eu chego tarde [...] é assim é difícil. Quando tem 6 criança é difícil, não é a mesma coisa, na prática. Quando você tá fazendo com um, o outro já nossa! É difícil (Família Vetorazo).

Em função da dependência e imaturidade da criança, as práticas de saúde bucal, fundamentalmente, devem se dar pela ação ou auxílio de terceiros. De acordo com os relatos, essa experiência não é uma constante entre os cuidadores, percebe-se que, precocemente, o cuidado de saúde bucal vai sendo delegado à própria criança. As dificuldades expressas pelos cuidadores na execução e supervisão dos cuidados de higiene bucal apontam para a questão do “tempo” associado ao excesso de tarefas domésticas e ao trabalho fora de casa. O número de filhos, também, representa problema, uma vez que prole grande demanda tempo maior de cuidado. Quando as atividades de higiene bucal diárias não são valorizadas pelos cuidadores, dificilmente são aceitas, também, pelas crianças.

Segundo normas de Atenção Básica e de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, a limpeza da cavidade bucal deve ser iniciada antes mesmo do irrompimento dental. Recomenda-se o uso de um tecido limpo ou gaze embebida em água filtrada ou soro para esfregar a gengiva. A escovação está indicada a partir da erupção do primeiro dente decíduo, sem o uso de dentifrício fluorado devido à possibilidade de ingestão pelo bebê. A partir da erupção dos primeiros molares decíduos, pode-se usar o mínimo possível de dentifrício fluorado, quantidade equivalente a um grão de arroz cru. Um cuidado particularmente importante é a quantidade e a frequência do uso do dentifrício fluorado, pois a ingestão excessiva do mesmo nessa idade pode ocasionar a fluorose – manchamento na superfície dental. A higienização deve ser realizada ou supervisionada pelo cuidador, pois se sabe que

crianças na primeira infância não apresentam coordenação motora suficiente para exercer atividades de controle de placa bacteriana de forma eficaz (BRASIL, 2006a).

De acordo com *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*, o grau de evidência científica, de escovação com dentifrício fluorado duas vezes ao dia e assistida por um adulto, e a escovação tão logo o dente irrompa na cavidade bucal, apresentam nível de evidência “C” – em uma escala de evidência de A a D. Para o *SIGN*, são considerados estudos com grau de evidência C os estudos de caso controle ou coorte com baixo risco de viés e alta ou moderada probabilidade de relação causal (SIGN, 2005). Um olhar aprofundado, das falas dos cuidadores e da literatura, acerca dos determinantes da cárie dentária remete à reflexão de que nem sempre a ausência de evidência científica é sinônimo de evidência de ineficácia.

De certa forma, os cuidadores em seus depoimentos se reconhecem como “culpados”, pois na medida em que as normas de higiene são prescritas para toda a sociedade, teoricamente, as pessoas adoecem por culpa ou “descuido” da própria pessoa. Isso pode ser evidenciado no depoimento a seguir:

(mãe) [...] eles (profissionais da saúde) falavam pra mim, pegava muito no meu pé, por causa da mamadeira e da chupeta. Por causa de açúcar, muito açúcar no leite também porque ela gosta, sabe? Então eu sempre falava isso, pra eles: eu não consigo, não! E não consegui mesmo, deixei até que [...]. agora ela (filha) que ficou com os dentes ruim (Família Vetorazo).

Em concordância com os achados de Abreu (2004), o discurso dominante entre os cuidadores associa o adoecimento bucal às normas de higiene e dietéticas, ou seja, a saúde bucal para eles não é um estado, ela se resume à atividade de cuidar do corpo. Assim, eles se percebem como responsáveis pelos seus problemas bucais e, particularmente, pelos das crianças que estão sob seus cuidados.

Os cuidadores referem que a atuação do dentista é fundamental, para uma boa saúde bucal. O vínculo entre as condições de saúde bucal e o contato com o profissional, seja com objetivos informativos, preventivos ou curativos, revela a dependência que eles identificam

entre condição de saúde bucal e a consulta ao dentista. Há o entendimento, também, de que o contato com esse profissional deva ser a cada seis meses. Para exemplificar:

(mãe) [...] de prevenção de ir pelo menos de 6 em 6 meses no dentista pra fazer uma limpeza [...] ta procurando o dentista periodicamente pra ta acompanhando pra não complicar (Família Fernandes).

(avó) [...] que ele fosse mais vezes no dentista, mais limpeza [...] a limpeza tem que ser feita de 6 em 6 meses em adulto. Criança tinha que ser menos (Família Reparate).

(mãe) [...] eu estraguei meus dentes muito cedo, morava no interior não tinha muito essa oportunidade de ir no dentista (Família Mendonça).

(avô) [...] vocês profissionais (dentistas) têm toda aparelhagem, vocês enxergam as coisa nos mínimos detalhes, nós a olho nu é muito difícil, vocês colocam o aparelho lá dentro e já vêem onde é que ta, nós a olho nu é difícil, então se tivesse [...] se a criança fosse muito mais vezes no dentista, com certeza ajudaria mais, muito mais (Família Reparate).

É provável que a busca pela assistência seja fruto do que é preconizado pelo senso comum, uma vez que o modelo biomédico tem enfatizado ao longo dos anos essa necessidade. Porém, a associação que os cuidadores fazem entre melhores condições de saúde bucal e consulta periódica ao dentista não condiz com o que a literatura tem postulado. Sabe-se que a assistência odontológica tem contribuído muito pouco para a melhoria das condições de saúde bucal das populações. Uma pesquisa revelou que a contribuição dos serviços odontológicos na redução de cárie em crianças de 12 anos em vários países industrializados foi de apenas 3%, enquanto os aspectos socioeconômicos contribuíram entre 35 e 50% (NADANOVSKY; SHEIHAM, 1995). Apenas com a atuação dos serviços de saúde é difícil enfrentar, com êxito, as causas fundamentais das doenças bucais (JUNQUEIRA et al., 2006).

Para ampliar a discussão, é preciso ir além das questões biológicas e individuais identificadas pelos cuidadores como únicos fatores associados do adoecimento bucal, e caminhar em direção às questões coletivas, relacionando seus determinantes à dimensão político-social, isto é, a questões relativas à política, direito e participação social que inter-relacionadas condicionam a vulnerabilidade da criança ao adoecimento bucal.

A redução da prevalência da cárie dentária na população, em geral, precisa ser pensada, analisada, discutida, prevenida e tratada além da dimensão biológica, sobretudo, em seus aspectos políticos, sociais, culturais e econômicos (LORETTO et al., 2000).

Observa-se, no Brasil, que de acordo com a Constituição Nacional Brasileira de 1988, o Estado é responsável pela formulação e execução de políticas públicas e a ele é imputada a responsabilidade para com a saúde da população (BRASIL, 1988). Perceber a saúde como direito individual e coletivo é passo para a conquista da cidadania, o que significa defesa de ações que beneficiem toda a população. Porém, a percepção da saúde como um direito é apenas tangenciada pelos cuidadores, eles mostram incertezas ao firmarem o papel do Estado em relação à saúde da população. Os depoimentos a seguir ilustram esta constatação:

(mãe) [...] é uma coisa que eu não sei te dizer porque todo mundo fala: ah, tem que cobrar do governo, o governo tem que dar isso, tem que dar assistência não só do dentista, mas remédio [...] é tanta coisa que eu não sei te dizer se o governo tem essa obrigação mesmo, eu não tenho essa certeza (Família Pedrosa).

(mãe) A saúde tá tão precária no Brasil, no mundo inteiro eu nem sei como te responder, eu não sei, nem sei quem tem direito, quem tem obrigação porque cada um tira o dele da reta, então tá difícil (Família Martins).

A Constituição da República do Brasil proclama o entendimento de que a saúde é um direito advindo da condição da pessoa humana, independente de quaisquer outras condições, e afirma o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. O texto constitucional reconhece a essência coletiva do direito à saúde, condicionando sua garantia à execução de políticas públicas como consta no Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Os cuidadores, em seus depoimentos, reduzem o papel do Estado, associando simplesmente o direito à saúde ao fato de pagarem impostos:

(pai) [...] nosso governo, a gente paga o maior imposto do mundo, líder de imposto e não dá condições pra gente, pro povo em geral (Família Pereira).

(mãe) Eu não sei, eu acho que quando a gente trabalha de carteira registrada eu acho que é a gente que paga (serviço de saúde público), a gente paga porque é INPS essas coisas, e já vem descontado do salário da gente, então eu acho que não é de graça, eu acho que é nós que pagamos, não é de graça não (risos) (Família Dias).

Os cuidadores relatam que a contribuição do governo à saúde da população deve se dar por ações pontuais, isto é, contratando mais profissionais e reduzindo o tempo de espera para a marcação de consultas, como mencionado abaixo:

(mãe) [...] eu acho que é obrigação [...] o governo de ta pondo mais dentista pra trabalhar, pra ajudar (Família Vetorazo).

(mãe) [...] eu acho que eles deveriam fazer sempre coisas boas pra nossa saúde, pra nós, sempre ta melhorando principalmente a área da saúde [...] pôr mais médico, pôr vários médicos, porque só tem 2 médicos de manhã e a tarde, sei lá, intercalar, pôr mais médico pra não ficar sobrecarregado só pra dois (Família Dias).

(mãe) [...] ele (governo) é responsável por tudo, eles deveriam se preocupar mais com a saúde, saúde de criança principalmente, saúde da humanidade inteira, não vou falar que é só da criança [...] mas eles tinha que pensar mais desse lado dos pobres, não é só do lado do bolso dele [...] Eu acho que tinha que se preocupar mais, com mais saúde, pôr mais gente também nos posto pra trabalhar. Eu acho que precisa. Você concorda comigo? (Família Galante).

(avô) [...] a criança eu acho que deveria ter prioridade em tudo, a criança e o idoso, deveria ter prioridade [...] desde que você levou uma criança no dentista, ta levando um idoso no médico é porque ele necessita é naquele momento, não é pra marcar daqui 30, 40 dias, eu acho que nossos governantes deixa muito a desejar (Família Reparate).

As falas revelam que os cuidadores pautam as questões de provimento do Estado por situações específicas e limitadas, ações mais amplas fogem do rol de expectativas e de seus horizontes. Porém, isso não poderia ser diferente, pois é assim que a população brasileira tem sido tratada nas últimas décadas: um padrão mínimo para o mínimo. É provável que isso já faça parte do inconsciente coletivo. Essa pontualidade no padrão de atenção à saúde mostra-se como problema, pois a consciência do valor da saúde bucal mais a consciência cidadã do direito à saúde são fortes alavancas para impulsionar a vontade política de mudanças e apostar em um novo estágio, diferente e melhor (MELLO, 2005).

A participação social foi outro assunto que emergiu das falas dos cuidadores. A representação da população nas instituições e conselhos populares, para discutir e/ou deliberar em benefício da saúde e, mais especificamente, da saúde bucal, é fundamental, contudo, os cuidadores, ainda, se mostram pouco atuantes nessa área, conforme mencionado em seus relatos:

(mãe) Não, (participa de movimentos sociais) você sabe que até teve um tempo aqui [...] eu até peguei esse abaixo assinado pro pessoal assinar, só que eu acho que isso aí não resolveu nada, quem tá ganhando é eles lá, eu não tô ganhando nada com isso (Família Galante).

(mãe) Não, do negócio aqui do bairro eu nunca fui em nenhuma reunião, geralmente é na escola, eu nunca participei (Família Pedrosa).

(mãe) [...] participava de uma associação de bairro, mas muito pouco porque foi desmanchando, foi saindo e aí não teve mais (Família Figueiredo).

Um traço marcante, particularmente do primeiro depoimento, consiste na reprodução de uma velha cultura no Estado brasileiro, o clientelismo, na qual se espera sempre algo em troca. Embora sem muito engajamento, a participação em ações sociais foi relatada por dois cuidadores, um avô e uma mãe, como nos relatos a seguir:

(avô) [...] de bairro eu fui vice-presidente de bairro em Orlândia, mas não tenho saudade não, você faz um grande movimento, você faz um grande trabalho e a hora que você precisa de uma coisa, pede um ofício, faz um ofício, manda pedindo e, seja pedindo material didático [...] nunca tem, então eu desanimei, brigar pra que? (Família Reparate).

(mãe) [...] eu participei mais ou menos um ano só que era de voluntário e a gente tinha uma contribuição pras despesas era aquela alfabetização solidária [...] eu dava aula (Família Mendonça).

Uma mãe que só cursou o primário e agora voltou a estudar se mostra mais aberta e disposta a novos conhecimentos e, assim, mais participativa, conforme segue seu relato:

(mãe) eu tô tendo a oportunidade de conhecer, de tá na escola e sempre ali a gente tá vendo que vai ter um negócio aqui, uma coisinha ali, então essas atividades são muito boas (Família Santana).

No que tange à saúde, a pressão dos movimentos sociais sanitários, realizada a partir da Constituinte, introduziu novos instrumentos de participação social na formulação,

execução e fiscalização das políticas públicas. O mecanismo de controle e participação social está previsto na lei infraconstitucional 8.142/90. Os conselhos de saúde surgem como diretrizes do SUS e significam hoje bem mais que uma prescrição legal de alcance duvidoso, eles trazem consigo novos atores sociais e a participação sistemática de milhares de pessoas no debate e na busca de soluções para os problemas de saúde (BARTOLOMEI; CARVALHO; DELDUQUE, 2003). As falas dos cuidadores, no entanto, revelam um distanciamento da participação em movimentos sociais.

O campo da promoção da saúde, voltado para iniciativas comunitárias e programas de saúde, reconhece que melhorias nas condições de saúde e na qualidade de vida pressupõem uma visão integradora das políticas sociais, onde o diálogo interdisciplinar, as ações intersetoriais e a participação das comunidades envolvidas adquirem centralidade (POTVIN, HADDAD; FROHLICH, 2001).

A presença de lazer na vida dos cuidadores e das crianças foi outro assunto emergente, mas que se mostrou pouco freqüente e limitado, principalmente, pela questão financeira. Para exemplificar, seguem os depoimentos:

(mãe) [...] quando dá a gente vai, não vou falar que a gente não vai, mas agora a gente construiu tudo aqui, então a gente tá meio apertado, então tem que economizar, então quando dá a gente passeia sim (Família Nogueira).
caminhar, as vezes eles vão comigo (Família Galante).

(mãe) Lazer aqui em casa é assim, meu marido como ele levanta muito cedo ele gosta de chamar a S. e a L., porque os outros dois já não vão mais, vamos lá na pracinha passear, o negócio dele é caminhar, então o passeio é esse, eu às vezes à tarde vou com as meninas no curupira. Eu detesto shopping, mas às vezes tenho que ir porque as meninas querem passear [...] então passeio é assim, quando dá a gente vai no cinema, a gente adora um cinema, mas como tá muito caro eu tenho ido no Cauim no sábado a tarde (Família Pedrosa).

Abordagens avaliativas em torno de um conjunto amplo de experiências de promoção da saúde têm mostrado a importância das iniciativas de educação, cultura e lazer, quando as metas são mudanças efetivas e sustentáveis. Na literatura, a temática sobre promoção da saúde aparece tanto vinculada a uma esfera individual quanto a um processo coletivo ou comunitário

e, portanto, como política pública. Iniciativas nas áreas de lazer, cultura e esporte possuem centralidade no fortalecimento da cidadania e nas redes de solidariedade. Tais iniciativas possuem um potencial de sociabilidade que amplia o campo de possibilidades, abrindo caminhos e opções, diante das dificuldades do contexto social. Desse modo, atividades culturais e de lazer em sentido amplo merecem figurar na agenda de desenvolvimento social e de promoção da saúde (PERES, F. et al., 2005).

Dentro das estratégias de prevenção e promoção de saúde, a educação em saúde ocupa um importante espaço. Saúde e educação são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Ações educativas em saúde referem-se às atividades voltadas ao desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas (ASSAF; PEREIRA, 2003).

As ações educativas são reconhecidas, pelos cuidadores, como um modo de cuidar, sugerem que estas sejam realizadas visando a reforçar hábitos saudáveis e a alterar comportamentos de práticas impróprias, como constatado nos depoimentos a seguir:

(mãe) [...] ou na escola, ou nos centros comunitários que tem nos bairros, ou no próprio posto. Um dia, assim, falar: hoje nós vamos fazer uma palestra sobre saúde bucal lá pro pessoal que ta aguardando uma consulta, aguardando um curativo, eu acho que isso é muito importante [...] Pra mim foi muito bom, eu aprendi muita coisa que nunca tinha passado pela minha cabeça, aprendi muito com palestras, orientação, aulas, aprendi muito [...] Eu acho que o meio de comunicação também porque eu acho que eles estão sempre assistindo muito a televisão eu acho que teriam que investir mais nessa parte ta mostrando, fazer uma campanha sobre saúde bucal, ta mostrando na televisão cada hora passa um tema assim, uma vez como escovar, outra como passar o fio dental, como fazer o bochecho, eu acho que deveria ser assim. Eu acho que mostrando também a realidade de muita das coisas, igual outro dia eu assisti uma palestra de saúde bucal e eu tava vendo bocas diferentes, uma boca limpinha e uma mais que não cuida de uma pessoa que não cuidou como tava os dentes, eu acho que você mostrando a realidade já foca mais, entendeu? Eu mesmo, na palestra eu descobri coisas que eu nem sabia (Família Figueiredo).

(mãe) [...] mas eles (dentistas) vão (na escola) fazem palestra, teatrinho, de vez em quando, esse ano acho que teve umas duas vezes, eu acho que ela falou, ganhou escovinha duas vezes. Isso é muito bom (Família Pereira).

(mãe) [...] mas quanto mais explicar, quanto mais falar pra gente é melhor porque a gente quer sempre saber e aprender coisas novas, é bom pra gente (Família Dias).

As falas sinalizam que as práticas educativas devem acontecer em vários espaços, de forma repetida para melhor assimilação e por meio de diferentes métodos, como: palestras, teatrinhos ou, ainda, veiculadas nos meios de comunicação. Porém, “educar” não significa simplesmente transmitir e adquirir conhecimentos. Tanto a abordagem do processo ensino-aprendizagem, na qual o educador é visto como único responsável e condutor desse processo – pedagogia tradicional –, quanto a que se concentra no modelo da conduta mediante um jogo de estímulos e recompensas – pedagogia por condicionamento – apresentam limitações em promover transformações nos sujeitos. Já na pedagogia da problematização ou construtivismo, a educação se mostra como uma atividade em que educadores e educandos são mediatizados pela realidade que apreendem e, assim, o ensino se baseia na relação dialógica entre os atores, permitindo a transformação social (ASSAF; PEREIRA, 2003).

É indiscutível que a prática educativa norteadada pela atitude construtivista é a que melhor parece concorrer para que as pessoas possam, de fato, buscar e se apropriar de informações que façam sentido para elas, se mobilizar autenticamente e achar as alternativas práticas que permitam superar as situações que as tornam vulneráveis (AYRES et al., 2007). Para tanto, os cuidadores precisam se sentir sujeitos de sua saúde bucal e capazes de transformar sua vida e sua história.

A educação em saúde bucal deve fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e cuidado e na condução de seus hábitos. A finalidade é difundir elementos, respeitando a cultura local, de forma a contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde-doença, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida (BRASIL, 2006a).

Os cuidadores revelam que as informações e conhecimentos que possuem sobre saúde bucal partiram de pessoas, meios e locais diversos como: a família, o trabalho, a escola, a mídia e os serviços de saúde, como relatados nos depoimentos a seguir:

(mãe) [...] sempre quem cuidava da minha dentição era minha **mãe** [...] e aí depois ela foi ensinando e eu fui aprendendo (Família Figueiredo).

(mãe) [...] quem me orientou mais [...] era meu **marido**, porque meu marido era formado, tinha faculdade, ele tinha mais orientação (Família Pedrosa).

(mãe) Ela falava (**patroa**) que a gente tinha, eu era menina tava ficando mocinha tinha que cuidar dos dente, que era feio, tinha que escovar (Família Dias).

(mãe) [...] lembro, na **escola** ensinava, a professora falava, tudo, então foi assim que aprendi (Família Nogueira).

(pai) [...] só informação de **televisão**, eu já ouvi falar, limpar com gaze a gengiva. A gente tem o privilégio de ter uma TV paga [...] existem canais que falam disso, cirurgia que é o Discovery Health, o GNT, a própria Futura, a gente tem esse privilégio (Família Pereira).

(mãe) Eles iam uma vez por mês levar escova pra gente escovar os dentes e tal, e dava aula sobre escovar os dentes, as bactérias [...] acho que tavam começando na profissão de **dentista** e eles iam lá dar aula pra gente (Família Martins).

(mãe) [...] quando eu acabei de ter o neném, eles ensinam a gente cuidar [...] na Mater me ensinaram cuidar do dentinho [...] a **médica** que passa falando (Família Vetorazo).

A prevenção de doenças bucais e a promoção da saúde serão mais efetivas se as várias instituições, como: a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo e outras organizações importantes estiverem envolvidos no processo (NADANOVSKY, 2000). As práticas intersetoriais possibilitam uma maior integralidade de atuação de diferentes setores que se complementam e interagem para uma abordagem mais complexa dos problemas da saúde (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006). A intersetorialidade surge como proposta de uma nova forma de trabalho, de governo e de construção de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

A falta de informação nas ações de saúde foi sinalizada por uma mãe, que apontou consequências negativas para o governo quando isso ocorre, como no seu relato:

[...] porque pra eles (governo) seria melhor ainda se já tem essa informação, a televisão mostrando, se já tem isso daí eles já vão crescer com essa informação e aí vai ser melhor pro governo porque eles não vão ter tanto problema de saúde, dentadura [...] é tanta coisa aos 20, 30 anos, igual aconteceu comigo, com os meus pais, minhas irmãs e outras pessoas; menina aí de 20 anos perdendo os dente, então, e fora os problema de saúde, então pro governo isso é ruim [...] porque eles vão gastar mais, não vai dar produção, nosso trabalho não vai render, eu ia trabalhar e voltava com dor de dente, não poderia ta acontecendo isso, eu poderia ta dando produção (Família Santana).

Apesar de o enfoque desse depoimento centrar-se no poder público, o mesmo remete à idéia de que a saúde bucal é um componente essencial da saúde geral do trabalhador, influenciando diretamente o seu desempenho profissional. Um estudo com servidores públicos municipais de São Paulo, submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 a 2000, analisou a incidência de absenteísmo e o tempo médio de afastamento do trabalho por motivos odontológicos. A maior prevalência de absenteísmo foi entre mulheres, média etária de 42,2 anos e tempo médio de afastamento 5,4 dias. (MAZZILLI, 2004).

O absenteísmo por razões médicas e odontológicas, nos serviços público e privado, foi analisado na cidade de Araçatuba-SP, no período de janeiro a junho de 2002. A falta por motivos odontológicos teve pouco peso sobre o total de faltas por motivo de doença, além de provocarem o afastamento do trabalhador por um período menor (MARTINS, 2002). É provável que, no âmbito geral, o menor absenteísmo por razões odontológicas se dê em função da “banalização” do adoecimento bucal pelos indivíduos, isto é, a convivência com doenças bucais por longos períodos e a busca de solução somente a partir de situações extremamente críticas.

Em muitas situações, o indivíduo para ser considerado realmente doente tem de apresentar um alto grau de incapacidade para executar as atividades sob sua responsabilidade.

Já os problemas “menores” que não chegam a impedir o desempenho normal não são considerados doenças, uma vez que não impedem o exercício do trabalho (QUEIROZ, 2003).

Os cuidadores consideram que possuir informação não garante mudança de comportamento, mas cumpre um importante papel no desempenho das práticas de cuidado à saúde bucal, como emerge dos relatos a seguir:

(mãe) Ah! é meio complicado você dizer porque quando a gente é pequena a gente obedece os pais, depois a gente cria uma certa idade e a gente tem preguiça e não quer nunca escovar os dentes é a última coisa pra fazer, então não sei, eu acho que seria a mesma coisa de hoje (se tivesse tido orientação quando pequena). Agora se eles fossem mais rígido, esse tipo de coisa, às vezes um pouquinho a mais, tipo se você escova uma vez só no dia, aí ia escovar umas duas vezes (risos), esse tipo de coisa (Família Fernandes).

(mãe) Então eu acho assim que não adianta só você ter a informação, tem que ter um pouco de cultura, um pouco de consciência também (Família Pedrosa).

Possuir informação é fundamental para a realização das práticas de cuidado, mas não constitui elemento suficiente. É necessário mais que informação disponível e de qualidade, a pessoa possuidora da informação precisa processá-la, incorporá-la para que seja transformada em ação. Portanto, mudança de comportamento para uma atitude mais protetora não resulta, necessariamente, de informação acrescida à vontade, ela passa por coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até de ordem policial desigualmente distribuídos entre gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias (GUPTA⁸ 1996 apud AYRES et al., 2007, p. 395).

Os cuidadores acreditam que pessoas que careceram de informações estão em desvantagens, pois não foram orientadas a realizar adequadamente práticas de cuidado à saúde bucal. Eles justificam as falhas no autocuidado e, mais especificamente, no cuidado à saúde bucal da criança, pela falta de conhecimento advindo dos pais, de outras pessoas do seu círculo de convivência e dos profissionais – dentista, médico, enfermeira, professor. Assim,

⁸ GUPTA, G.R. Strengthening Alliances for Sexual Health: a Framework for action. Cambridge, II International Conference on health and Human Rights, 1996 (mimeo).

associam o déficit de informações e conhecimentos sobre o cuidado à saúde bucal a sua má condição de saúde bucal atual e a da criança. Para exemplificar:

(mãe) Agora é muito tapado essa parte de dentista, eu acho [...] eu nem sabia que cárie fazia um estrago tão horroroso desse. Então nasceu o dentinho, mas eu nem cuidava, assim, do J. também não daquele cuidado de pequenininho, nunca tive isso: olha, mãe você tem que cuidar dos dente dele, tá amarelinho ou coisas assim (Família Santana).

(mãe) Eu acho que o meu problema foi um pouco de não ter cuidado, de não ter orientação, nem nada, minha mãe é bem ignorante, sabe aquela pessoa difícil mesmo (Família Nogueira).

(mãe) [...] mas sei lá, acho que era porque minha mãe trabalhava muito, então não tinha muito essas coisas não. Era escovar e pronto (Família Vetorazo).

(mãe) [...] não tinha esse negócio de o pediatra falar: leva na clínica do bebê, não tinha essa orientação, eu nem sabia (Família Figueiredo).

(mãe) [...] minha mãe só trabalhava, não tive orientação nenhuma, nem na escola, nem no posto, nem nada. Quando a gente ia no posto é porque estava totalmente cariado mesmo, pra extrair mesmo. E da escola o que eu lembro era uma aguinha que era flúor que eles passavam toda semana (Família Fernandes).

(avô) [...] naquela época era diferente! Era um dentista só na escola pra atender 2 mil, 3 mil alunos e dificilmente, só atendia quando doía mesmo, a gente não teve esse tipo de informação que tem hoje, a condição hoje é outra (Família Reparate).

(mãe) [...] é falta de informação, gente cárie, o que que é cárie? Sei lá! [...] então não sei, é um bichinho, sei lá, sei que faz um dano feio na boca da gente, então é muita falta de informação, pra quem não tem estudo, nomes estranhos que colocam aí que eu nem sei o que que é aquilo, **fala o português claro, pra gente entender** (Família Santana).

A educação em saúde representa uma prática capaz de ajudar na promoção da saúde. Sendo assim, no processo de educação em saúde todas as oportunidades devem ser aproveitadas. É necessário, nas práticas educativas, o uso de linguagem acessível, de diálogo constante e de escuta sensível para facilitar a formação de vínculos e de confiança entre usuários e profissionais. Compreender e, principalmente, incorporar atitudes favoráveis ao processo de cuidar e ensinar pressupõe o empreendimento de aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser, conforme recomenda a *United Nations*

Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) quanto às práticas de educação (QUEIROZ; JORGE, 2006).

Correntemente, alguns cuidadores acreditam que se tivessem recebido orientação, ainda na infância, tanto eles quanto as crianças estariam, hoje, com melhor saúde bucal, como mencionado nos depoimentos a seguir:

(mãe) [...] porque eu acho que, acho que vem, que nem fala: vem de berço, sabe? Ela sempre estaria cuidando e eu taria também [...] eu faço, eu sei que ela não fez comigo (mãe) então eu procuro sempre fazer com eles (filhos), mas faria mais, tinha mais [...] acho que vem de pequena, faltou isso (Família Vetorazo).

(avó) [...] eu seria outra com certeza, olha os dentes dos meus filho que eu cuidei de criança, que dentes bom que eles têm, é porque antigamente não tinha nada disso, quando eu era criança, era difícil as coisa pros pais, mas quando chegava ir no dentista era pra arrancar, já arrancava e falava: vamos arrancar e os pais concordavam, pode arrancar (Família Reparate).

É equivocado exigir hábitos que não foram transmitidos pelas gerações passadas. Os programas de saúde bucal, extremamente mutiladores, que influenciaram fortemente as características epidemiológicas brasileiras até a década de 1980, contribuíram para essa situação. Historicamente, a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil caracterizou-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativa e mutiladora, com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, seis a 12 anos. Os adultos e idosos tinham acesso apenas ao serviço de urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma área da saúde com extrema exclusão social (BRASIL, 2006a).

Ainda quanto à orientação, houve divergências entre os cuidadores em relação a dificuldades em seguir as orientações fornecidas pelos dentistas. Esse panorama ilustra o antagonismo – o fácil e o difícil –, como propriedade simultânea do cuidado à saúde bucal, como consta nos depoimentos:

(mãe) [...] olha assim, as orientações deles (dentistas) até que foram fáceis, não foram orientações trabalhosas, difícil, porque de higiene não é difícil, é só

o trabalho da gente ficar no pé deles, porque é filho mesmo e tem que ficar em cima (Família Nogueira).

(mãe) [...] às vezes a gente fala é impossível, mas não tem não, dá pra fazer (Família Vetorazo).

(mãe) [...] pra mim era fácil fazer, não tinha dificuldade assim pra fazer (Família Dias).

(mãe) [...] sei lá tem umas coisa que eles mandam a gente fazer, coisa que a gente já sabe (Família Galante).

Considerar fácil a realização das práticas de cuidado à saúde bucal é compará-las a qualquer outro procedimento básico, transformando-as em ações cotidianas e reduzindo-as à simplicidade de outros procedimentos (MELLO, 2005). As falas revelam que as orientações preconizadas pelos profissionais dentistas, quanto à prática de higiene bucal diária, são de fácil execução. Porém, a compreensão de simplicidade não traduz, nem garante a efetivação da ação.

Ainda que as técnicas de cuidado sejam simplificadas e, portanto factíveis, são várias as dificuldades que rodeiam o processo, no nível pessoal e interpessoal e que, muitas vezes, frustra o acontecer do cuidado. Alguns cuidadores relacionam as dificuldades em seguir as orientações fornecidas pelos profissionais à carência de suporte, de habilidade manual e à falta de tempo. Nesse sentido seguem os depoimentos:

(mãe) [...] então, a mesma coisa, igual ele chora a noite toda, ele quer mamar e quer dormir no peito comigo, aí meu marido, aí todo mundo fala, realmente, até conversei com a T. (médica) e ela falou: G. deixa ele chorar, põe no berço e deixa ele chorar, senão ele não vai acostumar, mas ali é difícil, como que eu deito na cama e deixo ele chorar desse jeito? Não consigo, eu tento pegar ele e pôr do meu lado na cama, é muito difícil, você pegar ele e deixar ele chorar pra acostumar, eu sei se eu pegar ele vai querer ficar a vida inteira querendo dormir comigo, se eu não deixar ele chorar um pouco. Mas você deitar na cama e deixar ele lá chorando, eu não consigo deixar, é 5 minuto e eu já peguei. E ela briga comigo, toda vez que eu venho: ele parou de mamar à noite? Ele não tem que mamar à noite, mas aí eu falo pra ela: T., mas você falando é fácil, mas vai lá na minha casa pra você ver, eu não consigo fazer, na prática é totalmente diferente, é difícil demais de fazer (Família Vetorazo).

(mãe) [...] quando ela me deu a primeira orientação, pra mim foi difícil, eu cheguei em casa e falei: como que eu vou fazer isso, como que eu vou mudar o hábito alimentar aqui agora, porque a gente tá acostumado de um jeito, como que eu vou mudar de repente. Você recebe um papel e lá você vê coisas totalmente diferente do que você come (Família Figueiredo).

(mãe) [...] que eu acho um pouquinho (difícil) é passar o fio dental. Eu não gosto muito de passar fio dental, me incomoda muito, então eu não gosto [...] em mim eu também não gosto muito não, porque machuca muito, sai sangue. Dela pra mim é complicado, ela gosta de fazer, mas não faz direito. Então uma coisa que eu acho complicado é o fio dental, de resto [...] (Família Dias).

(mãe) [...] essa coisa de escovar a língua ele dá trabalho, dá ânsia de vômito, chora [...] ele chora um pouco sim na hora que ele acorda pra escovar (Família Martins).

(mãe) [...] o que eu acho mais difícil é ficar mais tempo escovando o dente, a gente corre tanto eu achava que era pa-pa e acabou, mas não é, é uns 5 minutos mais ou menos, pode escovar, é como um banho, é que eu não tenho 2 dentes na boca. Tem trinta e [...] ele contou lá quantos dente eu tinha e: é um por um, tem que ter paciência, nossa será que consigo? (Família Santana).

(mãe) [...] mas às vezes eles pedem pra gente passar, pôr o coiso no dedo e passar, como chama aquele negócio? Acho que é água boricada, é água boricada [...] no dedo e passar. Aí é difícil, com um monte de filhos! (Família Vetorazo).

As falas mostram um distanciamento, um vácuo entre o mundo real e o mundo profissional, com maior valorização das normas e dos protocolos, pelos profissionais, que do diálogo e da possibilidade de compreensão do mundo do Outro. Essas situações evidenciam a importância da ausculta e do diálogo entre usuário e profissional, quando se deseja sucesso nas intervenções. Nessa relação, o que faz a diferença não é, simplesmente, a qualidade da ausculta – boa ou ruim –, mas a natureza dessa ausculta, daquilo que se quer escutar. Quando se torna possível o diálogo entre a normatividade morfofuncional das tecnociências com a normatividade de outra ordem, oriunda do mundo da vida, é que se efetiva o encontro terapêutico. Nessa perspectiva, é fundamental a criação de um espaço relacional que extrapole e sobreponha o saber-fazer científico e tecnológico, no sentido de sua suficiência, ainda que nele se estabeleçam apoios (AYRES, 2004).

Nas narrativas dos cuidadores, estão dispostos alguns elementos que condicionam a vulnerabilidade da criança ao adoecimento bucal: dificuldade de alterar práticas já consolidadas e convenientes, como a retirada da amamentação no peito; mudança nos hábitos

alimentares; condições materiais insuficientes; longa jornada de trabalho da mãe cuidadora; falta de habilidade manual e situações familiares em que a prole é numerosa.

Transpondo-se o conceito de Cuidado para o plano mais concreto das práticas de saúde, tem-se que a atitude “cuidadora” implica que cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar, há que se considerar e construir projetos, é necessário saber qual é o projeto de felicidade que está ali, em questão (AYRES, 2001). Assim, “[...] a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude ‘cuidadora’ precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde.” (AYRES, 2001, p.71).

Retomando o relato de caso descrito no capítulo 2 e o primeiro depoimento acima mencionado compreende-se que quando se busca a efetividade do cuidado, há necessidade do encontro entre profissional e cuidador no sentido de perseguirem objetivos de um projeto comum (AYRES, 2006). A partir de escuta sensível e do diálogo, os profissionais necessitam refletir sobre os projetos de felicidade dos cuidadores que, por suas vez, precisam problematizar os pressupostos das ações de saúde bucal, isto é qual é o “projeto de odontologia”. Dessa forma, os dois projetos se complementam, pois a felicidade, em termos de saúde, é também construída pelo trabalho dos profissionais, assim como o projeto odontológico de manter a saúde bucal conta com a participação dos indivíduos. Quando os pressupostos trazidos pelos cuidadores e pelos profissionais são problematizados, as interações educativas ganham novas feições (OLIVEIRA, 2006).

Oliveira (2006) fundamenta seu raciocínio, a partir dos estudos de Ayres (2006), e aponta que a interação entre cuidador e profissional da saúde se mostra imersa no mundo da vida, pano de fundo de consensos partilhados e não-tematizáveis. As identidades do paciente e a autoridade profissional, respectivamente, não são questionadas no momento da consulta, uma vez que se trata de condições já dadas. No entanto, cada identidade traz seus

pressupostos, suas concepções de vida e de saúde, seus saberes e suas proposições. Como não são objetos de questionamentos, os pressupostos permanecem imperceptíveis, à margem de críticas, e não são postos em validação, escapando-se, assim, a oportunidade do desacordo surgir e determinar uma mudança na interação. A autora segue afirmando que uma interação limitada em tornar disponíveis os meios de prevenção e tratamento e a possibilidade de acesso a estes, para profissionais e cuidadores, respectivamente, parece não ser suficiente para que se criem vínculos efetivos. Conhecer os projetos de vida dos cuidadores pode propiciar sentidos às medidas preconizadas, uma vez que o projeto de cuidar de si próprio e da criança pode ser ressignificado e resgatado, não em prol somente de uma boa saúde, nem no sentido abstrato de controle de riscos, mas de construção efetiva de projetos concretos de uma vida feliz.

Uma outra situação a ser considerada é a que ilustra o poder conferido ao dentista em função da sua formação profissional e de seu saber científico, segue o relato de uma mãe:

Então a pessoa além de ir lá e receber as informações, ela tem que ter consciência que tem que fazer também, se a pessoa (dentista) é formada e tá explicando para ela, que ela tem que fazer isso, é porque é importante (Família Mendonça).

Essa fala ilustra a representação do profissional, dada pelo cuidador, expressa na detenção do saber e nas ações limitadas à transmissão de conhecimento. A mãe, por sua vez, submete-se à dependência do profissional, pois o considera como detentor do saber. Nesse sentido, o cuidador porta-se, de fato, muito mais como um objeto da intervenção, porque compactua com ela e com seus objetivos fundamentados no êxito técnico (AYRES, 2006). Compactua, no sentido de que acata, graças à atribuição de autoridade concedida ao profissional (GADAMER, 1997). É possível que o cuidador não tenha consciência da sua submissão às normas prescritas, em função da tamanha concessão de autoridade do discurso odontológico que o cerca (OLIVEIRA, 2006).

Ainda com relação à disponibilidade de informação, os cuidadores expuseram seus conhecimentos sobre o flúor: o que é, para que serve, mecanismo de ação e modo de usar. O

flúor, lembrado e citado pelos participantes foi o de uso tópico, aplicado pelo profissional dentista e o utilizado na forma de bochecho. Para exemplificar:

(mãe) [...] na escola fizeram (bochecho). Eu também da última vez que eu fui no dentista, fiz aplicação de flúor [...] não, nem também perguntei (Família Galante).

(mãe) [...] eu sei que ele evita cárie, mas não sei não [...] a G. já usou lá na EMEI, todos eles já usaram sabe por quê? Todos eles já ficaram lá, na creche eles fazem, só o R. que ainda não. O R. ainda não, ele pode usar? (Família Vetorazo).

(mãe) O flúor quando eu estudava eu passava na escola [...] Eu não sei se usa em casa, eu nunca perguntei, mas usa no posto quando eu levo a L. e, faz aqui na escola também, a dentista [...] eu acho que é pra fortalecer os dente, ah, não sei! Eu sei que enxágua a boca (Família Pedrosa).

(pai) [...] lá na escola eu fazia flúor, era a cada 6 meses, não sei se era bimestral, era horrível, a gente começava a fazer e rir, engolia metade (risos) (Família Pereira).

(mãe) [...] da escola o que eu lembro era uma aguinha que era flúor que eles passavam toda semana e aplicavam, mas assim a gente não podia comer durante meia hora e dava o sinal, a gente comia porque era horário de recreio, essas coisas (Família Fernandes).

Nas falas dos cuidadores, o flúor, como recurso terapêutico, está fora de seu universo cultural. As evidências, uma vez mais, revelam a falta de diálogo entre usuário e profissional, pois em várias situações o profissional dentista não explicou ao cuidador o que é e nem para que serve o flúor e, por outro lado, o cuidador também desconhece e não questiona. Isso reflete exatamente o processo de educação a que a maioria da população é submetida pelos profissionais.

Apenas um cuidador reconheceu o flúor presente no dentifrício e na água de abastecimento público. Esse cuidador é o participante mais idoso, o avô de 56 anos de idade, que também se destacou nessa pesquisa, como sendo um dos poucos, a exercer algum tipo de participação social, isto é, ele foi vice-presidente de uma associação de bairro e também candidato a um cargo público em sua cidade de origem. Essa situação sinaliza que o engajamento político-social é uma possibilidade de expandir horizontes, além de auxiliar as pessoas a olhar criticamente para o que é veiculado na mídia rotineiramente.

O flúor, eu estudei isso aí na química, o flúor evita a cárie. É um custo muito baixo, mas a maior parte dos prefeitos não põe, só põe o cloro na água [...] eu uso creme dental normal, em casa assim não, na água, eu compro água mineral (Família Reparate).

O *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* identificou a fluoração das águas de abastecimento público como uma das dez maiores invenções do século XX. A associação da efetivação da fluoração das águas de abastecimento público e a introdução de dentifrícios fluorados no mercado com o declínio da cárie é fato amplamente aceito, tanto por especialistas em saúde pública quanto pela comunidade odontológica, no Brasil e em nível internacional (NARVAI et al., 2006).

A fluoração das águas se mostra como uma ação de alta eficiência, baixo custo relativo e grande benefício social. Um estudo de caso desenvolvido na cidade de São Paulo apontou que o custo médio do uso de flúor *per capita*/ano foi de R\$ 0,08 (US\$ 0,03), em 2003 (FRIAS et al., 2006). A fluoração das águas de abastecimento público é uma das medidas mais amplas de promoção de saúde na área de saúde bucal, pois associa ao benefício da água tratada o seu impacto epidemiológico na redução da prevalência e gravidade da cárie dentária.

É importante ressaltar que os aspectos positivos da fluoração da água de abastecimento dependem da manutenção e estabilidade dos teores de flúor dentro dos níveis adequados, o que exige uma vigilância constante nos sistemas de abastecimento de água – heterocontrole (RAMIRES et al., 2006).

Em síntese, a alimentação imprópria enfocando o consumo de doces; a higiene bucal deficiente, associada à falha na escovação e no uso do fio dental; o uso de medicamentos, principalmente, antibióticos; a falta de orientação sobre cuidados à saúde bucal, seja de pais, profissionais ou professores e o chamado “medo de dentista” são referidos como fatores determinantes do adoecimento bucal. A saúde não é reconhecida como direito, e a obrigação do Estado, com a saúde da população, é compreendida como ações pontuais. A participação social, em instituições e conselhos populares, e o lazer da família são práticas citadas com pouca frequência. Reconhece-se que o controle no consumo de açúcar, práticas adequadas de higiene bucal e consultas periódicas ao dentista são ações preventivas efetivas.

As doenças bucais são associadas, particularmente, à dimensão biológica, o que induz o entendimento de que as pessoas adoecem por “descuido” próprio, desencadeando nelas sentimentos de culpa. O conhecimento sobre cuidados à saúde bucal mostra-se proveniente da família, trabalho, escola, mídia e dos serviços de saúde. Possuir informações sobre cuidados de saúde bucal não garante mudança de comportamento, mas acredita-se que quando a informação é obtida na infância, a situação de saúde bucal, no presente, é referida como melhor. Carência de suporte e de habilidade manual, falta de tempo, prole numerosa e dificuldade de diálogo e de linguagem acessível com o profissional são algumas dificuldades apontadas pelos cuidadores referentes ao cuidado à saúde bucal da criança. Por fim, compreende-se que as doenças bucais interferem no desempenho profissional dos trabalhadores, gerando gastos para o governo.

Para ampliar as possibilidades de cuidado à saúde bucal da criança na primeira infância, é preciso extrapolar o risco biológico e contextualizá-lo em uma perspectiva mais abrangente e complexa, articulando-o às diferentes dimensões da vida humana.

3.5 A realidade dos serviços de saúde e da odontologia

O cuidado à saúde bucal é visto como intrinsecamente ligado ao sistema de serviços de saúde públicos e privados. Para os cuidadores, a condição de saúde bucal da população depende diretamente da acessibilidade aos serviços de saúde e da disponibilidade de tratamento. A falta de recursos financeiros que garantam atendimento por dentista particular faz com que as pessoas de menor poder aquisitivo dependam, exclusivamente, dos serviços públicos. O atendimento prestado por um profissional particular é visto pelos cuidadores como de melhor qualidade. Os cuidadores mencionam que:

(mãe) [...] a maioria dos que procuram o posto é aqueles que não pode pagar um particular, eu acho que é assim (Família Mendonça).

(mãe) [...] é diferente, porque num você ta pagando. Você paga e ali (serviços público) você não paga, vamos fazer assim rapidinho (Família Galante).

(mãe) [...] eu não posso ta pagando um dentista particular, entendeu? Então o que que eu faço? Quando eu podia eu levava as crianças no dentista particular, mas como eu não posso as coisas são difíceis então eu tenho procurado o posto, fazer o que? [...] ela (dentista particular) falou que daí 6 meses, 4 meses eu tinha que levar a L. pra fazer o selante, ela falou se você: quiser vir aqui, só que o preço é tal, [...] mas eu acho que a dentista particular,

sei lá, ela quer que você volte exatamente 4 a 6 meses, já o dentista do posto [...] (Família Pedrosa).

(avô) [...] tinha convênio médico na época, eu trabalhava, hoje não tenho mais, que nem hoje você vai no dentista marcar no posto de saúde, marca pra daqui 15 dias, 20 dias, 1 mês, não, lá não, a gente chegava e já na hora era atendido (Família Reparate).

Nas falas, os cuidadores fazem uma clara distinção entre o serviço público de saúde – SUS – e o serviço privado – Saúde Suplementar. Apontam que o serviço público é para quem não pode pagar um convênio particular e que, além da demora no atendimento, o serviço é de pior qualidade. No contexto ideológico, há uma separação quase intransponível entre ser usuário do sistema público ou consumidor do sistema privado, que se estrutura em opostos: preventivo x curativo; rede básica x hospital; ações coletivas x ação individual; saúde pública x medicina; liberdade de escolha x controle e agilidade e, eficiência x burocracia, descaso e filas. A essa separação se acoplam clichês que afirmam o predomínio de valores positivos e negativos para um ou outro sistema, respectivamente (ACIOLE, 2006). Na área odontológica, os convênios são mais recentes que os médicos e, ainda, se encontram pouco organizados, necessitando de maiores regulamentações com vistas a estabelecer suas reais atribuições e garantir os direitos dos usuários.

Embora, entre os cuidadores, haja uma valorização do serviço particular, houve relatos em favor do serviço público. Contudo, é importante esclarecer que o relato partiu de uma cuidadora que é ACS. Para exemplificar:

(mãe) [...] as pessoas chegam lá (posto) e acham assim, que tá esperando muito, mas se ela vai no convênio ela tem que esperar do mesmo jeito, não é chegar lá no convênio e já vai ser atendida, eu acho que às vezes eles confundem. Outro dia a dentista foi fazer (raspagem sub-gengival) em mim no posto e eu falei que nunca tinha feito [...] mas, toda vez que eu ia no dentista do convênio no orçamento vinha essa raspagem e eu nunca sabia o que era. A primeira vez que eu fiz foi aqui então quer dizer, eu to com 30 anos e fui fazer aqui e, de 6 em 6 meses que eu ia no convênio ela colocava raspagem da gengiva e eu nunca tinha feito. Eu falei pra ela se eu morresse hoje eu ia morrer sem saber. [...] A atenção é diferente. Eu acho que é assim, no convênio você não tem a orientação, a atenção que eles dão no posto, eu acho que no posto eles dão muito mais atenção, é acompanhamento pra gestante, é gestante que quando descobre que tá grávida já passa pelo dentista, coisa que no convênio você não tem esse tipo de orientação. O médico não te

fala assim: você tá no terceiro mês começa a acompanhar com o seu dentista, não! Quando nasce você vai no pediatra: oh, quando ela tiver 3 meses você tem que levar ela no dentista, não tem (Família Figueiredo).

Deve-se considerar que esses depoimentos carregam um viés, pois é de um profissional do serviço. Assim, a cuidadora refere que a demora no atendimento também ocorre nos convênios, questiona a qualidade do atendimento oferecido por esses serviços em favor do público, e aponta que os programas de saúde do serviço público oferecem um melhor acompanhamento, principalmente, às gestantes. A posição em favor do serviço público aparece contestada em pesquisa a qual investigou as desigualdades em saúde bucal entre usuários atendidos nos serviços odontológicos público, privado e de sindicatos. Os resultados revelaram que os usuários do serviço privado mostraram-se mais satisfeitos com a aparência e com a mastigação, perceberam menos necessidades atuais de tratamento odontológico e receberam, com mais frequência, tratamentos restauradores e preventivos na última consulta ao dentista que os usuários dos serviços públicos (MATOS et al., 2002).

A mesma cuidadora, ainda, refere que grande parte da população tem visão negativa do SUS, por desconhecimento e, entende que isso poderia ser modificado por meio de divulgações informativas, segue seu relato:

(mãe) [...] com cartilhas, distribuir ou fazer uma propaganda na televisão, tá passando, como é o sistema SUS, o que é, sabe? O que oferece pra população, porque tem muita gente ainda que não sabe o que é, o que tem no SUS. Tem gente que acha que é só pra pobre e não é. O SUS é pra todo mundo é um convênio médico também. Às vezes, muitas vezes é melhor que o sistema particular, porque tem muitos exames que o particular não cobre e o SUS cobre, eu acho que é isso que a população precisa saber do SUS (Família Figueiredo).

Os cuidadores apontam uma melhora nos serviços, nas unidades em que houve mudança para PSF. Relatam que os profissionais passaram a conhecer as famílias e a fazer o seguimento delas, além de realizarem visitas domiciliares. Essas mudanças trazidas pelo PSF foram percebidas e relatadas pelos cuidadores, alguns se mostram satisfeitos com as transformações do modelo de saúde, conforme os depoimentos a seguir:

(mãe) Agora mudou, ta saúde da família, um dia eu vim tratar meu menino, e a médica falou: seu marido não veio na consulta. Então ela já ta conhecendo todo mundo da família [...] Então achei legal ela ta sabendo da família inteira, da saúde da família inteira [...] percebi, agora ela é médica da família, ela me explicou e eu gostei (Família Vetorazo).

(mãe) Agora é a promoção da saúde [...] pra gente tentar prevenir as doenças [...] Educação, trabalha diferente, não com aquela coisa só ali, o paciente vai lá no médico, ele pega o remédio e vai embora, ele toma o remédio e acabou [...] melhorei, e não é assim, as pessoas tem sempre que ta acompanhando (Família Figueiredo).

(avô) [...] mas eu já ouvi comentários no bairro que o médico já foi consultar em casa de paciente [...] eu falo pra ela que esse posto é uma referência (Família Reparate).

Por outro lado, o fato de o mesmo médico atender a várias especialidades gera estranheza entre os cuidadores, conforme o relato a seguir:

(mãe) Porque acham assim, ah, mas ela é ginecologista! Eu não gostei da médica ginecologista vai lá mexe nas mulher e mexe no meu filho, muitos falam assim (Família Vetorazo).

Para solucionar conflitos e esclarecer dúvidas, é preciso que a população seja informada sobre o que representa essa mudança de modelo na saúde, e, assim, os profissionais dos serviços são pessoas indicadas para fornecer esses esclarecimentos. Para exemplificar segue o relato de uma mãe: "eu percebi a diferença, agora ela é médica da família, ela me explicou e eu gostei" (Família Vetorazo).

A priorização política do modelo assistencial e de organização de serviços públicos de saúde, no Brasil, é a Estratégia de Saúde da Família. O documento que define as bases desta estratégia destaca que, ao contrário do modelo tradicional centrado na doença, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e comunidade, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (TRAD; BASTOS, 1998).

Já, a atuação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) não deve limitar-se exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Além de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas para ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto sócio-econômico-

cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas. A ESB deve ser, e se sentir, parte da equipe multiprofissional em serviços de saúde de qualquer nível de atenção (BRASIL, 2006b).

O acesso ao serviço odontológico foi tema amplamente abordado pelos cuidadores. Eles apontam inúmeras dificuldades e relatam que, geralmente, há lista de espera para tratamento odontológico, mas os casos de urgências são prontamente atendidos. Embora o acesso aos serviços de saúde tenha melhorado nos últimos anos, a insuficiência e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal públicos são apontadas como fatores que comprometem as condições de saúde bucal, seguem relatos:

(mãe) [...] aí no posto tem uma lista de espera imensa que leva quase um ano (Família Vetorazo).

(mãe) Agora eu coloquei meu nome na lista de espera eu to no 1.480 e pouco, então tem que esperar [...] ela falou que já está chegando no mil, então tem ainda 480 e pouco na minha frente (Família Fernandes).

(mãe) Logo quando foi pra começar foi colocado o nome pra lista, pela primeira vez, eu nunca tinha usado nenhum serviço do posto, mas depois não, era só chegar e entregava o cartão (Família Mendonça).

(mãe) [...] fiquei esperando mais de ano e nunca chamaram e começou a doer um dente aqui atrás, formou até tártaro, um pelótico que eu tenho na boca até hoje, aí paguei pra um dentista particular, paguei uma nota na época (Família Nogueira).

(avô) [...] agora pra nós é mais difícil, pra ela (esposa) não marcou nenhuma vez, pra mim eu já marquei. Lá funciona assim, o mês de outubro tava marcando, agora em novembro não, tem que esperar dezembro. Às vezes você chega lá no terceiro dia já esgotou, aí você tem que ficar esperando o outro mês e aí vai indo, vai empurrando com a barriga (Família Reparate).

(mãe) [...] não, tem a lista de espera, você dá o nome, e em 1 mês, 1 mês e meio eles tão chamando. Antes tava mais demorada a lista era muito grande às vezes demorava (Família Figueiredo).

(mãe) [...] é tem lista de espera, eu consegui rápido lá também, eu coloquei o nome dele e não deu nem um mês e eles me chamaram (Família Martins).

Alguns cuidadores afirmam que, em suas unidades, não há lista de espera, a marcação de consultas acontece de imediato:

(mãe) A gente vai lá pede pra marcar eles já marcam, não tem não esse negócio de lista de espera (Família Dias).

(mãe) [...] aí eu perguntei pra ela: vocês estão marcando na lista de espera? Ela falou: a gente não ta marcando mais, a gente já marca direto na agenda, já marca quando tiver vaga, agora a gente ta fazendo assim, eu falei: tudo bem então você marca pra mim! Aí ela marcou pra mim e eu comecei tratar, acho que daí uns 15 dias, se eu não me engano (Família Nogueira).

Observa-se que, na rede pública do município, não há uma forma padronizada de acesso ao serviço odontológico, a lista de espera é uma das formas de acesso, e o tempo de espera é variado entre as unidades. O acesso em cada unidade de saúde, geralmente, é determinado pelo Gestor de Saúde Local – gerente da unidade – ou pelo próprio profissional. De acordo com as normas da Divisão Odontológica do município, cada profissional dentista, no período de quatro horas de trabalho deve atender cinco usuários agendados e até três urgências, quando houver. A fim de eliminar a lista de espera, em 2006, a Divisão Odontológica do município apresentou uma proposta, mais como sugestão, a qual foi adotada em algumas unidades. Pela proposta em três dias da semana – segundas, quartas e sextas-feiras – dever-se-iam agendar quatro retornos e um caso novo e nos outros dois dias da semana – terças e quintas-feiras –, cinco retornos. O atendimento para três casos de urgências seria mantido todos os dias da semana. A intenção dessa estratégia é a eliminação da lista de espera, assim, todo usuário que busque a assistência odontológica tem consulta marcada de imediato, porém, de acordo com a disponibilidade da agenda do profissional (RIBEIRÃO PRETO, 2006).

Apontar soluções para a questão do acesso ao serviço odontológico no município, deveria ser tarefa dos Grupos Gestores de cada unidade de saúde, de acordo com as necessidades locais. Grupo Gestor é um colegiado formado por representantes das categorias profissionais presentes nas unidades que assumem a tarefa de desenvolver a equipe de saúde;

cabe a ele disponibilizar subjetividades, capacidades de análise, de planejamento e intervenção e, objetividade operacional requerida no trabalho em saúde (RIBEIRÃO PRETO, s/d).

O acesso ao serviço odontológico de urgência foi apontado pelos cuidadores como de imediato, isto é, os casos de dor se resolvem no pronto-atendimento, como nos depoimentos a seguir:

(mãe) [...] ele mandou eu esperar o último que tava marcado, eu esperei e ele arrancou o meu dente, eu fui a última nem precisou marcar, tava doendo, tava inchado, era um pedaço e tava batendo na gengiva de cima. Eu conversei com ele, ele arrancou (Família Dias).

(mãe) Eu já precisei uma vez de urgência, o dentista mexeu no meu dente, depois eu tive dor, aí eu procurei, mesmo sem ter hora marcada ele me atendeu (Família Pedrosa).

(mãe) Agora se tiver com muita dor eles fazem na hora, mas senão se for uma coisinha à toa eles dão uma olhada passam um remédio e agendam (Família Vetorazo).

Casos de dor na odontologia, normalmente, não têm como ser triados e, sendo assim, todo relato de dor pelos usuários precisa ser considerado. Porém, muitas vezes, a primeira “triagem” é feita já na porta, conforme depoimento a seguir:

(pai) [...] a recepcionista do dentista, o dentista não, porque quando ela (esposa) chegou no dentista ele falou: não pera aí, entra aqui. Mas, o leão de chácara (ACD) que põe na porta é terrível, ela olha assim pra você com uma cara de esnobe, como se você tivesse chegando ali pedindo esmola e não é por aí [...] ela é o quê? (Família Pereira).

Aqui, a ACD figura como uma das barreiras enfrentadas pelos cuidadores para acessar o serviço odontológico. Esse tipo de seleção prévia impõe uma disputa injusta e acaba por ser uma forma tensa de regular o acesso ao serviço odontológico, contrapondo-se ao princípio da universalidade.

As Normas de Atenção Básica e de Saúde Bucal devem reger os serviços de saúde bucal de forma que acolham a demanda espontânea e os casos de urgência, de maneira a dar respostas às necessidades sentidas da população, se mostrando como um importante caminho

para resolubilidade da atenção. O acolhimento pode contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Assim, a porta de entrada da unidade de saúde precisa ser alterada, para assimilar a ruptura de todo aparato que signifique dificuldade de acesso dos usuários, tais como o cartaz definindo o número de consultas disponíveis, fichas e triagem. Além de garantir o acesso, é necessário reorganizar e qualificar a recepção nos serviços de saúde, essa deve apenas orientar o fluxo do usuário no serviço, a ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente. Neste sentido, é que se prioriza o atendimento a qualquer urgência, quando esta estiver ocasionando dor ou sofrimento ao usuário. O acolhimento é uma ação que deve ocorrer em todos os locais do serviço, não devendo limitar-se ao recebimento da demanda espontânea. Acolher é receber bem, com atenção e disponibilidade para escutar, valorizar as particularidades de cada caso, buscar uma forma de compreender e solidarizar-se com o Outro e de se responsabilizar pela resolubilidade da situação (BRASIL, 2006a).

Os cuidadores apontam que, em alguns horários, o acesso ao serviço odontológico nas unidades de saúde é mais difícil. Mencionam que no período vespertino a espera para tratamento odontológico é maior:

(mãe) [...] é assim, você dá o documento pra ela e falam você aguarda que a gente vai ligar, ta aqui já, ta no computador. O meu marido vai fazer 2 anos, não já fez 2 anos e ele não foi chamado até hoje. A E. demorou uns 8 meses pra chamar ela e ela já fez o tratamento [...] a noite, tem, mas demora 2 anos, acabamos o nosso e ele não foi chamada até hoje (Família Santana).

Isso remete à discussão da reorganização do atendimento em função das necessidades dos usuários. O acesso, também, não se mostra igualitário, os cuidadores relatam que para crianças que estudam em escolas que tenha dentista, o acesso ao serviço odontológico nas unidades é dificultado e até mesmo negado, mais uma vez contrapondo com o princípio da universalidade e da equidade:

(mãe) [...] se você chega lá no dentista e diz: oh, o menino ta com dor de dente, se você quer marcar pra fazer um tratamento ali, eles não marcam eles

falam assim: quantos anos ele tem? Tem dentista na escola? Então manda pra lá, você, vai lá na escola. Nem que ele ta com dor, a obrigação é passar na escola (Família Nogueira).

Por outro lado, o adiamento do tratamento odontológico pelo cuidador, pela criança e por familiares serve para ilustrar situações de prioridade e/ou dificuldade no cuidado à saúde bucal. Para exemplificar:

(mãe) Por quê? (ainda não foi ao dentista) por causa dos filho, tempo pra ir, quando você pensa que vai, você vai indo, vai indo e vai deixando, preciso marcar [...] o pai sempre vai, a mãe é que corre, pra variar (Família Vetorazo).

(mãe) O N. (pai) é mais relaxado, ele começou tratar no dentista lá, mas como ele é motorista viaja aí nunca ta pra fazer esse tratamento, aí deixou de lado, ele é meio relaxado pra isso (Família Nogueira).

(mãe) [...] mas aí, depois deu ter pegado muito, muito no pé dele (marido), aí com muito custo eu levei ele no dentista, porque ele não era de ir assim em dentista, era difícil [...] ele já sofreu muito, tem muito medo (Família Galante).

(mãe) Meu marido nem vai (ao dentista) porque ele não tem paciência, nem tempo [...] os dentes dele ta horrível, mas ele não falta do serviço, ele não gosta de faltar (Família Martins).

(mãe) [...] ele (marido) não vai (ao dentista) aí com o dinheiro compra um negócio e coisa e tal e prefere que cuida dos filhos e diz: faz pra eles e deixa eu! Tadinho vai deixando, se bobear daqui a pouco ele ta de dentadura (Família Santana).

(avó) [...] quando eu peço pra ele ir lá, (agendar consulta) já não tem jeito dele marcar pra mim, aí eu falo: larga a mão, deixa então (Família Reparate).

(mãe) Mas ta com uma cárie no dente (filho), eu já vi, mas não teve dor ainda, mas pode vir a ter, é cárie [...] não, não fui atrás não [...] a moça que dá vacina, vacinação que falou pra mim marcar, mas não marquei ainda não (Família Vetorazo).

(mãe) [...] a boca do J. (filho) ta horrível! Ele tem um monte de coisa, ele (dentista) só vinha fuçando, mexendo na boca dele [...] agora há três meses atrás eu escrevi na agenda que não era pra mexer mais na boca dele, aí ficou tudo bem, ele mandou falando que não ia mais tratar (Família Santana).

Embora os cuidadores apontem necessidades de tratamento odontológico, nem sempre essa ação ocupa lugar prioritário na pauta das atividades da família. As razões dos adiamentos às consultas e ao tratamento odontológico são justificadas pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde; sentimento de medo e de ansiedade ao tratamento; tipo de percepção a

respeito do serviço público de saúde; dificuldades econômicas; conflitos entre o horário de trabalho e o funcionamento das unidades; falta de resolubilidade das ações de saúde; significado que o cuidado à saúde bucal assume para as pessoas, e questões culturais que acabam por condicionar a vulnerabilidade da criança e familiares ao adoecimento bucal.

Alguns cuidadores relatam seu desapontamento com a falta de acesso ao serviço odontológico, suas frustrações são expressas em seus depoimentos:

(pai) [...] eu to precisando urgentemente, eu fui até na AORP (associação de dentistas), deixei meu nome lá também (Família Pereira).

(mãe) [...] e eu não consegui fazer a limpeza, porque pra pôr o aparelho você tinha que ter a limpeza nos dente eu não consegui, aí desisti do aparelho (Família Pereira).

(mãe) vai na urgência (marido), porque não guenta de dor e aí o que eles fazem? Só arranca dente. Nisso que ele tá com uma ponte ele falou que tá especialista de colar ponte, porque a ponte vive quebrando e não tem jeito nem de fazer uma manutenção (Família Fernandes).

Nas falas, as necessidades de saúde dos cuidadores são proclamadas mais em tom de desabafo que de reconhecimento de direitos. Percebe-se que eles não crêem que os serviços de saúde responderão a suas necessidades e, de certa forma, mostram uma conformação com a situação já dada. Desse modo, quando conseguem ter suas necessidades, mesmo que parcialmente atendidas, é compreendido mais como “sorte” e não como um direito respeitado.

Os parâmetros de cobertura assistencial para o SUS, utilizados pelo Ministério da Saúde para o planejamento de recursos odontológicos, são de uma consulta a cada dois anos até duas consultas odontológicas ao ano (BRASIL, 2006a), sendo que o ingresso no sistema de saúde deve acontecer, no máximo, a partir do sexto mês de idade (BRASIL, 2004b). Porém, dados do IBGE de 2003 revelam que, aproximadamente, 15% da população brasileira nunca teve acesso ao dentista e, apenas, 33,2% dos brasileiros consultaram o dentista no último ano, com diferenças entre regiões e grupos populacionais (BRASIL, 2006a; IBGE, 2005).

Um estudo analisou a relação entre as características dos indivíduos e do contexto em que vivem, no uso dos serviços odontológicos no Brasil, entre os anos de 1998 a 2003. Os resultados mostraram que a chance de nunca ter consultado o dentista, nesse período, foi maior para os homens, idosos – em comparação aos outros adultos –, os não-brancos, bem como, os mais pobres, os de menor escolaridade, os sem planos de saúde, os residentes em áreas rurais e em regiões mais pobres, de menor estrutura e de menor oferta de serviços: odontológicos, médicos e serviços de maior complexidade (PINHEIRO; TORRES, 2006).

A longitudinalidade do cuidado, isto é, o acompanhamento da população nos serviços de saúde, parece pouco valorizada pelos serviços de Odontologia, observando-se que o “re-agendamento” não obedece à padronização, com retornos marcados segundo a particularidade de cada profissional. Esta situação foi mencionada pelos cuidadores:

(mãe) [...] funciona assim, que nem, por exemplo, se eu fui em fevereiro agora só vou voltar em fevereiro do ano que vem (Família Pedrosa).

(mãe) [...] ela falou assim, quando fosse em maio era pra levar ele novamente que ia começar tudo de novo, aí era pra mim ir um dia de antecedência, como assim, em abril pra marcar pra maio (Família Mendonça).

(avô) [...] depois eu levei mais umas 3 vezes, agora quero marcar outra vez, acho que ta tendo uma coisinha (Família Reparate).

(mãe) [...] a primeira vez que ela foi ela tinha 3 meses, depois eu acho que eu fui quando ela tinha 6 meses, aí eu já não me lembro muito não [...] eu pergunto pra ela: doutora quando precisa voltar, o que que eu tenho que fazer? Aí ela marca (Família Dias).

Os relatos sinalizam a fragmentação da atenção à saúde. A manutenção ou retorno programado caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que visam a manter a saúde bucal e o controle das patologias identificadas. Os usuários que concluíram seus tratamentos clínicos, ou os que vêm se mantendo saudáveis, devem ser agendados para acompanhamento periódico. Os retornos para manutenção devem ser instituídos como rotina, ter frequência definida pela avaliação da atividade de doença e fatores de risco individuais e agendados de

acordo com cada situação. Nas consultas de manutenção, as ações educativo-preventivas devem estimular a autonomia no cuidado à saúde (BRASIL, 2006a).

A longitudinalidade está associada a diversas vantagens, incluindo menor utilização de serviços, melhor atendimento preventivo, atendimento mais precoce e adequado, menos doenças preveníveis, maior satisfação com o atendimento e custo total dos serviços mais baixo (STARFIELD, 1992).

A integralidade em saúde é um outro princípio que, com a universalidade e a equidade, forma a base do SUS. Entende-se por integralidade de assistência um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (MACHADO et al., 2007). Carvalho (2006) cita duas dimensões da integralidade, a vertical, que inclui a visão do ser humano como um todo, único e indivisível – bio-psico-social –, incluindo órgãos e sistemas de maneira integrada e não-dicotomizada, e a horizontal que se relaciona à dimensão da ação de saúde na qual abrange todos os níveis, do primário ao quaternário e, todas as áreas – promoção, proteção e recuperação.

Os cuidadores relatam que as unidades de saúde só oferecem atendimento básico e, segundo eles, esses locais também deveriam ofertar ações especializadas, como ortodontia e endodontia, seguem recortes desses relatos:

(mãe) [...] só que eu acho que devia ter mais, não só extrair os dentes lá e fazer obturação e uma limpeza que eles fazem, devia ter mais facilidade de você pegar e ser encaminhada, se você precisa por um aparelho, fazer outras coisa (Família Nogueira).

(mãe) [...] porque aí (na unidade) só trata cárie, o meu deu canal, eu demorei muito (Família Pereira).

(mãe) [...] apesar que eles não fazem canal no posto, só mesmo coisas mais fáceis, como obturação esse tipo de coisa (Família Fernandes).

(mãe) [...] porque no dentista aqui não tem muita coisa pra fazer, aqui eles fazem limpeza, extraem dente e faz obturação, qualquer outra coisa eles te mandam pra Unaerp e lá eu não sei como é que é (Família Pedrosa).

Os cuidadores apontam dificuldades em conseguir seqüência nos encaminhamentos, quando referenciados para atendimento em nível de maior complexidade. A queixa maior foi com relação à demora:

(mãe) [...] aí ela (a médica) me deu um exame pra mim fazer na Unaerp, pra ver o que é que ela tem, que incha, o ouvido vaza, tem problema sério. To esperando isso [...] até hoje, nunca mais, mas eu to esperando, isso já inchou e já desinchou umas 4 vezes e eles não ligam, não marcam. Eu e meu marido tava até pensando em pagar pra fazer esse exame, mas disse que é muito caro pra fazer, então nós estamos esperando pra ver até quando que vai (Família Vetorazo).

(mãe) [...] agora sobre encaminhamento eu acho demorado, porque faz mais de um ano que eu to esperando (Família Martins).

(avô) A prótese de baixo o Dr J. pediu uma prótese pra mim, mas até hoje não foi liberado, faz uns 4, 5 meses (Família Reparate).

Historicamente, no Brasil, a saúde bucal não tem sido contemplada a contento, entretanto no momento se aponta a nova política de saúde bucal nacional, o “Brasil Sorridente”, como uma iniciativa que pode modificar esta realidade, com injeção de recursos específicos para saúde bucal. É a primeira vez, na história, que o governo federal propõe desenvolver uma política nacional de saúde bucal, ou seja, um conjunto de ações que vão além do que apenas os incentivos isolados a essa área (PUCCA JÚNIOR, 2006).

Além do atendimento básico, pelo “Brasil Sorridente”, a população passa a ter acesso, também, a tratamento especializado na rede pública, por meio de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Esses estabelecimentos de saúde oferecem à população acesso a serviços de periodontia, endodontia, cirurgias orais, diagnóstico de câncer bucal e atendimento a pacientes com necessidades especiais. Até o lançamento do “Brasil Sorridente”, em 2002, apenas 2,8% dos procedimentos odontológicos realizados no SUS eram de tratamento especializado. A quase totalidade relacionava-se a procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração e aplicação de flúor. Em 2003, o percentual dos procedimentos de tratamento odontológico especializado aumentou para 16% (PUCCA JÚNIOR, 2006).

Os cuidadores relatam dificuldades enfrentadas na assistência odontológica às crianças. Apontam dúvidas quanto à competência do profissional e reconhecem dificuldades de várias ordens no atendimento às crianças. Foram questionadas sua capacidade profissional, habilidade e boa vontade no exercício da profissão. Conforme relatos a seguir:

(mãe) [...] vou encaminhar ele (filho) pra rua Minas porque não tem condição, mas parece que com má vontade. Ele tentou uma ou duas vezes só, ele não deixava, e aí marcava pra daqui 15 dias, aí voltava, entendeu? Aí não deixava: ah, não vou dar anestesia! Ah não vou não sei o quê [...] (Família Nogueira).

(mãe) [...] ela (sobrinha) consegue ser atendida, mas não consegue ser tratada, porque se chora, se faz alguma coisa o dentista não quer pôr a mão [...] não é feito nada, volta pra casa. Tentar convencer a criança, aí você tenta convencer e demora mais um tempão pra poder chamar de novo (Família Fernandes).

(mãe) [...] às vezes eu cobro porque eu penso nisso com o bebê, porque eles dão trabalho e se dão trabalho eles não cuidam. Às vezes choram e eles falam que não pode pegar a força porque senão traumatiza a criança. Mas eles é bebezinho é raro acontecer isso, não vai traumatizar (Família Fernandes).

(mãe) [...] ele falou que se ele ficasse quietinho podia trazer, com 4 anos, isso mesmo com 4 anos, se ele ficasse quietinho podia senão não, aí eu falei: eu queria tanto que ele viesse fazer um tratamento, ele tá com a boca tão feia: olha mãe é assim, se ele ficar quieto, se ele deixar atender, a gente atende senão não. Aí eu falei: não o J. é grandão, ele deixa e deixou, ele é bonzinho, mas um atendimento péssimo, sabe como ele atendia o J.? uma criança de 4 anos, eu achava um absurdo aquilo, sentado assim, como eu to aqui, e ele assim: ah, meu pescoço tá doendo mãe, meu pescoço! Abre a boca J. senão não vai adiantar nada! E eu via o outro dentista atendendo a outra pessoa deitada, relaxada, conversando. Eu continuei indo lá, mas não tava bom, eu acho um absurdo ele atender a criança com o pescoço pra cima, sentado nessa posição, ele não deita a cadeira pra criança, não relaxa, como vai fazer um negócio daquele. E anestesia, deu muita anestesia nele, e ele deixou, ele é bonzinho, não é uma criança ruim pra atender e eu: oh, se reclamar é pior, vai doer de noite, tem que ficar quietinho, tadinho, mas foi péssimo (Família Santana).

(mãe) [...] o dentista da escola também foi péssimo acabou com a boca dele, só chegava com a boca fedendo [...] como é que chama a massinha? Tem um cheiro forte [...] não, que canela! Cheiro horroroso de dentista que tem, todo dia eu falava: J. você tá com a boca fedendo de dentista! É porque hoje ele mexeu, aquele cheiro de dentista! Aí tava piorando eu mudei pro posto [...] Agora esse ano eu falei: gente, a boca do J. tá horrível, ele tem um monte de coisa, ele só vinha fuçando, mexendo na boca dele, ele nunca me chamou pra conversar, eu assinei a autorização que veio na agenda dele, mas nunca veio falando nada: olha, faz assim ou faz assado! (Família Santana).

(mãe) [...] tem dentista que não cuida de crianças, porque o Dr J. eu acho que ele deve cuidar só de adulto. A outra que fica com ele a tarde é que cuida de criança (Família Pereira).

Os cuidadores reclamam da falta de interesse e de responsabilização dos profissionais, mostrando-se inseguros, desamparados e desrespeitados. Resgatar a humanidade do atendimento é ir contra a violência, pois esta representa a antítese do diálogo, a negação do Outro em sua humanidade (DESLANDES, 2004). A autora ressalta a humanização em oposição à violência e enfatiza a “violência simbólica” que se apresenta pela dor de não ter a “compreensão de suas demandas e suas expectativas”. Com vistas a uma prática de saúde humanizada, sugere a conjugação da tecnologia e do fator humano, ampliando o olhar sobre a produção do cuidado em saúde, incluindo as, chamadas por Merhy et al. (1997), tecnologias leves – implicadas com a produção das relações entre sujeitos, que só têm materialidade em ato –, no arsenal dos saberes e competências de saúde. Ou como refere Ayres (2004), um cuidado voltado para uma prática responsável e comprometida com a construção de projetos de felicidade.

Falar de competências no campo da saúde é complexo, pois estas estão em constante construção, considerando, ainda, que as necessidades de saúde variam conforme os grupos sociais e as diferenças econômicas e culturais. Quatro competências são apontadas, na atenção primária em saúde, como mais relevantes e apropriadas para o cirurgião-dentista: competência técnica e de serviço – conhecimento técnico-científico com intervenção clínica humanizada –; competências pessoais e comunicativas – criatividade, iniciativa, flexibilidade, liderança, segurança e confiança –; competência do cuidado e organizacionais ou metódicas – acolhimento, humanização, planejamento, gerenciamento e organização – e competência sociopolítica – responsabilidade social (GONTIJO, 2007).

Os cuidadores, ao mesmo tempo em que apontam falhas dos dentistas na assistência à saúde bucal das crianças, reconhecem as dificuldades do profissional no atendimento propriamente dito. Relatam que, algumas vezes, as crianças choram, há necessidade de contenção e outras vezes não é possível realizar o tratamento. Para exemplificar:

(mãe) [...] no início era (difícil), agora ele fica calminho (risos), mas no início minha filha do céu! Juntou a S. (mãe) e a enfermeira, a que ajuda, e não conseguiu teve que voltar pra casa com a boca anestesiada, ele não deixou mesmo. Aí eu falei, quer saber de uma coisa? Vamos fazer o seguinte! Eu vou trazer ele e aí ele entra com a tia dele, aí quando ele começou não deixar com a tia, então vamos ver um horário que o pai dele pode, porque com o pai dele parece que ele fica mais [...] aí deu certo, aí sempre que o pai dele leva ele fica quietinho, ele começa [...] olha pra pai dele assim e fica quietinho (Família Martins)

(mãe) [...] ele foi e não deixou botar a formiguinha, aí eu falei pra ele que ia dar uma surra nele se ele não deixasse, e ele não deixou mesmo, aí quando eu cheguei em casa, quando foi de noite doeu o dente aí eu digo: ta vendo, porque você não deixou? Mas dói, eu prefiro essa dor, aí eu fiquei assim, então ta bom! Eu sei que ficou marcado retorno pra ele com 15 dias, aí eu disse: ta bom já que você não quer, então eu não vou te surrar, eu vou te tirar o que você mais gosta na vida: assistir desenho, e tirei o desenho dele. No próximo retorno ele chegou lá e: oh tia é pra fazer e pode pôr a formiguinha porque eu passei esses dias todinho sem assistir desenho, aí ele deixou e pronto (Família Mendonça).

(avó) [...] dava um pouquinho de trabalho, mas deixava fazer, mas era comigo (mãe), com ele (pai) não, porque ele já era mais molão, eu não eu já era mais dura, entrou no dentista tinha que deixar fazer o que tem que fazer (Família Reparate).

(avô) Aí ele entrou com a mãe dele dentro da sala e [...] que? Não deixou ele nem encostar, eu não entrei, ele não deixou pôr a mão. Aí o dentista marcou pra outro dia, eu levei, ele entrou, sentou, deixou fazer tudo, não deu um choro nada, passou o motorzinho, limpou, passou a massinha (Família Reparate).

É comum encontrarmos na literatura internacional a descrição de atendimento odontológico à criança de baixa idade com o uso de sedação e anestesia geral (ACS et al., 1992; THOMAS; PRIMOSCH, 2002). Reconhecidamente, o atendimento à criança exige do profissional dentista habilidades específicas, particularmente, quanto aos aspectos emocionais e psicológicos das crianças. Segundo o professor M. Bönecker (IMPULSO PROFISSIONAL, 2006), a Odontopediatria brasileira é reconhecida no exterior pela forma como conduz o tratamento do paciente infantil, é uma das poucas no mundo que desenvolve um trabalho de alta qualidade, sem a utilização de sedação e anestesia geral de forma rotineira.

A atuação e a competência da ACD também foram questionadas pelos cuidadores, segue relato de um pai:

[...] então ela não tem nenhuma faculdade e vai perguntar pra você se você ta com dor? Ah, não pera aí, ela ta com dor? deixa eu ver aqui! Só um momentinho, ela vai lá no livro: dor, mas dor do que? Dor no dente, mas que tipo de dor? É aquela que fica batendo assim ou é agulhada? Ah, não dá! (Família Pereira).

Pelo exposto, vê-se a necessidade de o serviço oferecer aos profissionais educação permanente que incluam noções técnicas, mas principalmente, conteúdos humano e ético, necessários para uma atuação adequada dos profissionais às crianças. Assim, cabe às instituições de ensino a parceria com o serviço de saúde na elaboração de tais tarefas de educação permanente em saúde.

Os cuidadores queixam-se das atitudes dos profissionais nos serviços de saúde e referem-se à falta de atenção, à indelicadeza e ao mau humor. Para exemplificar:

(mãe) Desde o atendimento de enfermagem, porque tem pessoa ali que trabalha por trabalhar, porque às vezes a gente vai conversar, a pessoa vira as costas, não toma nem conhecimento, tanto com a gente, como eu já vi com várias pessoa ali dentro [...] todo médico tem no posto as consulta marcada e mais 5 consulta, eles não fazem isso, eu não sei se é o médico que não quer ou se é a recepção ali na frente, a enfermeira chefe que é desse jeito aí (Família Nogueira).

(mãe) [...] é do jeito deles, porque enfermeiro é assim, cada dia ta de um jeito. Porque o serviço de enfermagem também é estressante, então cada dia eles tão com um humor, um dia eles tão te tratando bem, um dia eles não tão te tratando bem [...] eu acho que naquele dia eu tava sem sorte [...] porque às vezes você vai falar coisa pra uma pessoa do posto, a pessoa não gosta que você fala, você tem que engolir e ficar quieta, porque se você for falar ela vai querer brigar com você e ainda é desacato e você que acaba levando ainda, você não tem nada com o pato e acaba levando (Família Galante).

(avô) [...] respeito, dignidade, porque hoje a pessoa ta formando ela é uma coisa, depois que ele pegou o diploma na mão é outra, então hoje ele me dá a mão me cumprimenta depois que ele pega um diploma e um consultório ele pensa primeiro nisso aqui (dinheiro), isso é meu modo de pensar e é a realidade, a vida é essa (Família Reparate).

(mãe) O cliente chega ali e ta marcada pra 7h, o dentista chega 7h, 7:15h e vai começar atender 8 horas da manhã, tem que trabalhar, entendeu? E aí você fica lá, é chegar e bater o cartão, não é pra ficar batendo papo, conversando, colocando as conversa em dia, vem e já atende porque a pessoa que ta ali, uma que precisa trabalhar, a outra tem sua vida normal, mas você fica plantada, esperando ali, eu acho isso errado, teria que melhorar isso aí (Família Nogueira).

(mãe) [...] sei lá é da pessoa mesmo, não adianta também você ter mil pessoa pra trabalhar e a pessoa não ter, às vezes você vai num lugar e o médico não tem nem vontade de te olhar na sua cara, o médico nem te olha, ele marca e te manda embora (Família Vetorazo).

(mãe) No postinho quando eu chego e vejo aquele mau humor, acho que as pessoas tinham que ta alegre trabalhando, aumentar o salário deles talvez, diminuir carga de trabalho deles, porque são pessoas que cuidam de pessoas então eu acho que eles tem que ta melhor que eu pra cuidar de mim, porque se eu chego com uma dor, igual eu cheguei lá, e a mulher me olhar bem feio e falar: oh deita lá, vê se tem lugar pra você. É terrível, então: vamos embora porque eu tomo dipirona e melhoro [...] o atendimento devia ser muito bom como de uma loja, atender bem, chegar: você já foi atendida, bem? Precisa de que? Te atendeu bem? Ah, nem preciso mais vou embora (risos) fui tão bem atendida, obrigada! Assim, minha cabeça tava doendo tem 6 horas, melhorou, o atendimento sabe? Pegar no colo mesmo. Vai pesar, uma grosseria, aquela coisa corrida, muito rápido, talvez era só uma conversa: vou pra casa! Mas não, a gente fica tão mal, eu tava só com dor de cabeça, mas demorei 2 horas pra ser atendida que eu já to com dor no pescoço, dor nas perna, eu já preciso tomar um medicamento mais forte (Família Santana).

Ao analisar os elementos que compõem a dimensão programática da vulnerabilidade, pode-se compreender, a partir dos depoimentos, que a forma de atuação dos profissionais durante o processo da assistência constitui um dos condicionadores da vulnerabilidade da criança ao adoecimento bucal. As falas revelam o despreparo dos profissionais para lidar com as subjetividades dos usuários, inerentes às práticas de saúde. Cabe lembrar três dos princípios norteadores das ações de saúde, de acordo com as Diretrizes das Políticas de Saúde Bucal (2004): acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional. **Acolhimento** pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. O **vínculo** é a expressão-síntese da humanização, da relação com o usuário, é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta, clínica ou não, recebida pelo usuário. A **responsabilização do profissional** corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais (BRASIL, 2004b).

O Humaniza/SUS, como política prioritária federal, apresenta a proposta de uma nova relação entre usuário, profissionais e comunidade; todos juntos trabalhando para que o SUS seja mais acolhedor e mais ágil, de forma que atenda bem a toda comunidade (BRASIL, 2004b). É preciso que haja uma nova cultura de atendimento onde os valores de solidariedade e alteridade norteiem as mudanças culturais da assistência. Porém, não se muda uma cultura de assistência unicamente com capacitação dirigida aos profissionais, mas com investimentos desde a formação do futuro profissional (DESLANDES, 2004).

Os cuidadores apontam, ainda, outros problemas relacionados ao atendimento nas unidades de saúde: a qualidade e a falta de material odontológico, problemas com a biossegurança, limpeza, e higiene das unidades e dos consultórios odontológicos. Sobre os materiais odontológicos seguem os relatos:

(mãe) [...] é um absurdo [...] não ter uma resina pra fazer um dente, não tem aquele treco que seca rapidinho, como chama? [...] não adiantava porque uma hora não tem resina, uma hora não tem outra coisa e sei lá parece que não [...] (Família Galante).

(mãe) [...] ou é o material do posto que não [...] é diferente, não sei (Família Nogueira).

Os cuidadores apontaram a higiene e a biossegurança das unidades de saúde e, particularmente, dos consultórios odontológicos como precárias.

(mãe) [...] você entra no banheiro ali é tudo fedido, apesar de ter bastante gente, mas se o banheiro tivesse uma higiene melhor, porque tem faxineira ali, na parte de limpeza ali, dá até medo de usar e com criança (Família Nogueira).

(mãe) [...] que nem eu te falei, limpeza também eu acho que tem que ser muito mais limpo o posto [...] às vezes você chega e olha, tá tão limpinho, bonitinho, você não sabe a hora que você sai de lá, o que que acontece? [...] você vai lá arranca um dente, vai lá lava tudo que foi usado na sala, ela vai lá dá uma enxaguadinha, bota lá na estufa e pronto. Eu acho que não tem que ser assim, você tem que deixar de molho em alguma coisa mais forte, tipo roupalin e pôr na estufa, deixa na estufa pra não pegar nenhuma infecção. Pra não passar de um pro outro. E como que ponha a água dentro de uma garrafa pet? Me fala? Quer dizer, você vai no posto e tem 2 cadeira, e de um lado tem uma garrafa e do outro já tá num galão que você não sabe o que é! Tem consultório que você vai, que não adianta você falar que é tá limpo porque não tá (Família Galante).

Nas falas, os cuidadores apontam a falta de higiene nas unidades de saúde, como um todo, e mostram dúvidas com relação à biossegurança dos consultórios odontológicos. O último depoimento revela, mais uma vez, a dificuldade de comunicação entre profissional e usuário, pois as dúvidas que acompanham a usuário poderiam ser solucionadas a partir de uma conversa esclarecedora. Por outro lado, o controle de infecção através da observância das normas de biossegurança é uma necessidade moral e legal e uma obrigação perante o usuário e a sociedade.

- **O ontem e o hoje nas práticas de saúde bucal e na Odontologia**

Em seus depoimentos, os cuidadores procuram contextualizar e comparar no tempo os motivos da consulta ao dentista, os procedimentos odontológicos realizados e as condutas profissionais, considerando um momento passado e outro atual, melhor e mais evoluído.

Muitas vezes, e ainda hoje, os motivos que levam os cuidadores a buscarem a assistência odontológica estão relacionados à presença de sintomatologia dolorosa, ou seja, situações na qual a patologia já está presente. Uma das razões sinalizadas por uma mãe, para justificar tal situação, foi a dificuldade de acesso ao serviço odontológico para o filho, segue seu relato:

[...] não tinha vaga. Aí depois eu vi que ele não agüentava mais (de dor) peguei e levei ele de novo daí uns meses, Aí oh, ele não agüenta mais [...] então traz ele, o dentista falou, aí peguei e levei ele (Família Nogueira).

Outras vezes, essa foi a forma que os cuidadores aprenderam e apreenderam com seus antepassados, isto é, procurar o dentista a partir da presença da dor ou do desconforto, seguem alguns depoimentos:

(mãe) [...] ela reclamava de uma dorzinha, uma coisinha eu já levava (Família Dias).

(mãe) [...] porque ele tava com 4 dentinhos cariados, o que me fez mais procurar o posto é porque um dos dentinho que tava obturado caiu a obturação e ele falou que tava começando a doer, aí foi onde eu fui procurar o posto (Família Mendonça).

(mãe) [...] vou mais na urgência [...] ah, sabe, eu não gosto muito de dentista (Família Martins).

(avô) [...] porque quando cramava a gente já corria e já levava [...] mas a C. eu levei com uns 4 anos de idade porque ela já tinha, os dentes dela tava criando umas “carinha” preta, então eu peguei e levei ela pra ver o que era (Família Reparate).

(avô) O C. eu levei agora, ele tava com a boca inchada [...] ele começou clamar que o dente tava doendo (Família Reparate).

Entretanto, já se percebe uma mudança gradual nesta postura, e as consultas odontológicas têm sido pensadas como ações preventivas, particularmente entre as crianças. Os cuidadores apontam que a primeira consulta da criança ao dentista tem sido mais precoce, principalmente, quando comparam com a própria experiência. Para exemplificar:

(mãe) [...] é que como eu fiquei sabendo dessa prevenção no posto, do nenê, então desde os 3 meses que começou a sair dentinho nela que eu comecei levar ela. Então o dela foi mais prevenção mesmo [...] ele eu levei 2 vezes só, porque ele tem 1 ano e 3 meses, então ela só me ensinou o jeitinho de limpar, a primeira vez não fez nada e a segunda vez passou o flúor no dentinho dele [...] que eu me lembre eu tinha 12 anos (Família Fernandes).

(mãe) [...] mas a criança que eu mais cuidei quando era menorzinha foi as duas últimas, desde bebezinha, acho que com 6 meses a L. já começou ir no dentista, agora os outros deviam ter uns 2, 3 anos por aí quando eu comecei a ir [...] A primeira vez que eu lembro que eu fui no dentista era porque eu tava com dor de dente, eu devia ter uns 12 anos, eu morava com uma tia (Família Pedrosa).

(mãe) [...] desde bebezinha que eu levo ela (ao dentista) [...] a primeira vez que ela foi ela tinha 3 meses [...] agora sobre a primeira vez, negócio de dente, que eu fui a primeira vez, eu tinha uns 17 anos quando eu fui no dentista (Família Dias).

(mãe) [...] a R. começou ir no dentista com 3 anos e a I. começou ir na clínica do bebê com 4 meses (Família Figueiredo).

Evidências sugerem que o sucesso na prevenção das doenças bucais depende de intervenções preventivas, precocemente, já no primeiro ano de vida. Na medicina existem exemplos de prevenção precoce efetiva e com menores custos. Um exemplo é o cuidado pré-natal, aceito como um procedimento efetivo na redução dos custos de saúde e de melhora na saúde de mãe e filho. Mães que não fazem o acompanhamento pré-natal têm três vezes mais

chances de ter filhos com baixo peso e para cada dólar gasto no pré-natal, o serviço de saúde economiza entre U\$ 2,57 a 3,38. Na mesma lógica, espera-se que com a visita precoce da criança ao dentista haja redução do risco para doenças bucais e, portanto, uma melhor saúde bucal com menor custos em saúde. Crianças que realizam a sua primeira consulta odontológica preventiva, com a idade de um ano, provavelmente, terão as consultas subseqüentes preventivas e não por razões curativas ou de urgências (LEE et al., 2006).

Na Escandinávia, a recomendação é que a primeira consulta ao dentista aconteça no primeiro ano de vida, teoricamente, antes da necessidade de qualquer tipo de intervenção invasiva. As ações preventivas devem direcionar-se à orientação sobre higiene bucal, correção de hábitos alimentares impróprios, informação a respeito de hábitos não-nutritivos e suas conseqüências e orientações sobre injúrias traumáticas. O objetivo da primeira consulta não significa apenas a redução dos fatores de risco para o adoecimento bucal, mas também, a familiarização da criança com o ambiente do consultório e o estabelecimento de uma boa relação entre profissional, criança e pais ou cuidadores (POULSEN, 2003).

No Brasil, dados, de 2003, revelam que entre menores de cinco anos, 81,8% das crianças nunca consultaram um dentista (IBGE, 2005). Nesse sentido, a facilitação do acesso ao serviço odontológico a essa população é questão fundamental, porém, é preciso que os outros profissionais como médicos e enfermeiras que, geralmente, fazem os primeiros contatos com a gestante e as mães/bebês tenham como diretriz promover o encontro dessas(es) com o serviço odontológico.

Outra mudança sinalizada pelos cuidadores foi a constatação da ampliação do campo de ação da odontologia. Eles consideram que a odontologia está mais avançada tecnologicamente, o que traz benefícios quanto às opções e modalidades de tratamento e, ressaltam que a nova postura visa à preservação dos dentes, tanto dos permanentes quanto dos decíduos. Assim relatam:

(mãe) [...] mas antigamente era diferente, ela me levou pra sala e tinha uma cárie no meu dente, ela arrancou, eu lembro até hoje, ela arrancou o dente assim (Família Vetorazo).

(mãe) [...] porque aos 13 anos eu já tive que arrancar dente porque naquele tempo não tinha o tratamento que tem hoje (Família Santana).

(mãe) [...] hoje eles pra extrair um dente da criança tem mais “burocracia” porque falam que tem jeito de tratar, esse tipo de coisa (Família Fernandes).

(mãe) [...] no meu tempo, aos 3, 4, 5 anos se eu tivesse isso que eles estão tendo, não teria perdido 5 dente na minha boca, meu marido, minhas irmãs, não estaria porque: não, não vamos arrancar o dente não, imagina! Porque hoje tem isso, tem aquilo [...] hoje já tem muita facilidade (Família Santana).

Apesar das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, já apontadas, alguns cuidadores referem que, atualmente, o acesso ao serviço odontológico está mais fácil do que tempos atrás. Há relatos, também, de que a qualidade do serviço está melhor, seguem alguns relatos:

(mãe) [...] nos posto mesmo, porque eu lembro o quanto era difícil eu conseguir uma consulta pra extrair o dente (Família Fernandes).

(mãe) [...] não era como agora que tem essa facilidade, eu marco e daqui 15 dias já ta marcado, por exemplo. Aqui em Ribeirão eu não posso reclamar não [...] Agora no meu tempo que eu to falando, não tinha essa facilidade de jeito nenhum, há uns 30 anos (Família Santana).

(mãe) Antes a gente pensava: vai lá e vai tratar de qualquer jeito e eu vi que é totalmente diferente e eu nunca tinha tratado o dente no posto, entendeu? Eu acho que foi uma realidade totalmente diferente, eu não imaginava que era assim, pra mim eu falava: ah, como é do município, o governo não ta nem aí, se não ta nem aí pra saúde muito menos pra boca, e eu vi que é diferente (Família Figueiredo).

(pai) [...] eu gostei do tratamento, o dentista tem tudo pra fazer aí no posto, faz perfeitamente, eu mostrei pra A. E a gente fala posto e a gente sempre acha que é uma coisa mal feita [...] Eu gostei muito do ambiente lá, você fala que é outro lugar, não dá impressão que você ta dentro de um posto de saúde, tudo bem organizado, tudo novinho, não sei se tem ar condicionado, mas é bem mais fresco (Família Pereira).

Os cuidadores apontam mudanças, para melhor, na relação profissional e usuário e reconhecem que, embora não seja uma prática constante, o diálogo tem acontecido. Para exemplificar:

(mãe) A primeira vez que eu fui no dentista ele simplesmente arrancou e eu não me lembro dele ter conversado, dado orientação alguma (Família Pedrosa).

(mãe) [...] conversa (o dentista) me chama pra ver, me mostra onde que é e o que ela ta fazendo (Família Dias).

(mãe) [...] aí depois que ele foi no dentista que o dentista conversou com ele, ele veio e pegou mais aquele hábito de querer escovar sem eu ta sempre ali no pé dele (Família Mendonça).

(mãe) [...] da M. a dentista interage com ela, fala que o dentinho dela ta bonitinho, se ela ta escovando, pergunta essas coisa pra ela e trata (Família Fernandes).

Os cuidadores reconhecem e valorizam a interação com o profissional. É importante, porém, que o profissional esteja atento para que essa relação usuário e profissional não seja de monólogo onde um dotado de saber – profissional – passe orientação para o outro desprovido de qualquer informação – usuário (FREIRE, 1993). A propagação de uma prática odontológica mais humanizada beneficia enormemente todos e, particularmente, a criança, pois propicia uma identificação positiva dela com o profissional e com sua atividade.

Na relação usuário e profissional, deve haver algo mais que aspectos específicos ligados à saúde e à educação, deve haver o afeto, entendido em sua dimensão ampla. Um “deixar-se afetar” que promova proximidade, empatia e carinho ao invés do distanciamento próprio das ciências médicas, que implica diálogos burocráticos, frios e desprovidos de sentido simbólico: “Sem vínculo nada é possível” (BUCHADQUI; CAPP; PETUCO, 2006).

Em síntese, o serviço público odontológico de saúde é visto como alternativa para quem não pode pagar um convênio ou o serviço particular e é avaliado como de pior qualidade. Contudo, questiona-se, também, a eficiência dos convênios, com relação à demora no atendimento e à falta de programas e de seguimento, principalmente, às gestantes. Há desconhecimento, por parte dos cuidadores, quanto ao uso do flúor como medida preventiva de saúde, e do SUS como política nacional de saúde pública. O município não possui forma padronizada de acesso ao serviço odontológico, embora, a lista de espera seja uma das formas de acesso. No período vespertino, o tempo de espera para tratamento odontológico é maior, porém, os casos de dor são resolvidos no pronto-atendimento. O acesso ao serviço odontológico não se mostra igualitário, pois para crianças que estudam em escolas que têm

dentistas, o acesso ao serviço odontológico, na unidade de saúde, é dificultado e, até mesmo negado. A ausência de retornos para acompanhamento, a falta de resolubilidade das ações e a dificuldade de acesso a serviços de maior complexidade são situações referidas que comprometem a integralidade da atenção. Competências técnica, humana e ética dos profissionais foram questionadas, assim como a qualidade dos materiais odontológicos, a biossegurança e limpeza dos consultórios e das unidades de saúde. Foram comparados, no tempo, o motivo da consulta ao dentista, o tipo e a qualidade dos procedimentos odontológicos realizados, a dificuldade de acesso ao serviço odontológico e a conduta profissional, considerando um momento passado e outro atual, mais evoluído e melhor.

Frente a essas questões observa-se a necessidade de revisão e reorganização do serviço odontológico no município, além da educação permanente em saúde para os profissionais dentistas cuja maioria é fruto da antiga formação acadêmica, essencialmente técnica.

4. Considerações Finais

A realização deste estudo possibilitou compreender as experiências cotidianas do cuidador familiar de crianças na primeira infância, relativas ao cuidado à saúde bucal, e identificar elementos protetores e potencializadores do adoecimento bucal.

Para ancorar tal discussão, utilizou-se o conceito de vulnerabilidade. Foi possível observar, ao longo do estudo, que o cuidado à saúde bucal da criança mostrou-se, continuamente, permeado pelas experiências prévias do cuidador familiar e, ao mesmo tempo, por suas experiências cotidianas, advindas das relações com outros sujeitos que, de alguma forma, influenciam esse cuidado.

No conjunto de elementos potencializadores do adoecimento bucal, destacaram-se a pouca valorização à dentição decídua e a naturalização da perda dos dentes relacionada ao envelhecimento, traduzindo crenças e valores transmitidos de geração em geração; a procura por tratamento odontológico somente em casos de presença de sintomatologia dolorosa; a desvalorização do serviço público em favor do privado; a descrença em ter as necessidades de saúde bucal atendidas pelo serviço de saúde; o ato de cuidar relegado à própria criança; a representação da saúde bucal relacionada, particularmente, à estética e à ausência de dor; a supervalorização das especialidades em detrimento das ações básicas; a imagem negativa da odontologia associada à dor e ao “medo de dentista”; a transferência da responsabilidade do cuidado à saúde bucal da criança para outro(s) ou para os profissionais; o desconhecimento do uso do flúor como medida preventiva, e do SUS como política nacional de saúde pública; a “banalização” do adoecimento bucal; a cobrança de cuidado dirigida, principalmente, às mães; prole numerosa; o excesso de tarefas domésticas associado ao trabalho fora de casa; a associação de melhores condições bucais, particularmente, à assistência odontológica e a associação da cárie dentária apenas a fatores biológicos.

Ainda como aspectos facilitadores do desenvolvimento de doenças bucais podem ser apontados a maior valorização de normas e de protocolos, pelos profissionais, que do diálogo e da possibilidade de compreensão do mundo do Outro; programas de saúde bucal padronizados e com abordagem autoritária; triagem realizada no lugar do acolhimento; horário de atendimento não compatível com as necessidades dos usuários; ausência de retornos para acompanhamento, falta de resolubilidade das ações e dificuldade de acesso a serviços de maior complexidade, comprometendo a integralidade da atenção; dúvidas quanto à competência técnica, humana e ética do profissional dentista; desconfiança com a biossegurança dos consultórios odontológicos; dificuldade de acesso ao serviço odontológico; acesso não igualitário, discriminando alunos de escolas; insuficiência de renda pessoal e familiar; compreensão de que a contribuição do Estado à saúde se dá por ações pontuais; desconhecimento dos direitos garantidos por lei e a interferência dos meios de comunicação, estimulando o consumo de produtos com maior apelo mercadológico, geralmente, alimentos não nutritivos e cariogênicos.

Por outro lado, entre as situações identificadas que protegem do adoecimento bucal estão a responsabilidade de cuidado compartilhada no lar; a representação do cuidado como uma atitude de preocupação e de envolvimento afetivo e as experiências prévias ou com filhos/crianças mais velhas.

Destacaram-se, ainda, como elementos protetores as práticas educativas com o uso de linguagem acessível, diálogo constante e escuta sensível; a valorização do conhecimento prático do cuidador; a atualização periódica – noções de saúde bucal – de médicos, enfermeiros, professores e atendentes de creches; ações de saúde pautadas no acolhimento, vínculo e na responsabilidade profissional; alimentação balanceada oferecida às crianças nas escolas; programas com enfoque em cuidados preventivos; implantação de uma Política Nacional de Saúde Bucal; trabalho multiprofissional e interdisciplinar; desenvolvimento de

ações intersetoriais; exercício do controle social; possibilidade de práticas de lazer; reformulação dos cursos de graduação e pós-graduação em Odontologia e a introdução sistemática da educação permanente para os profissionais.

Essas questões retratam a complexidade do cuidado à saúde da criança e apontam para o “risco” de ações de saúde bucal padronizadas e uniformes. Deve-se considerar que as crianças, famílias e populações possuem singularidades e diferem em termos de desejos, condições de vida, possibilidades de escolhas, que, na maior parte das vezes, confrontam com a lógica das estratégias tradicionais de saúde.

A negociação sobre o que se deseja em termos de saúde bucal, e os caminhos para buscá-la, ou seja, a construção conjunta de projetos de cuidado à saúde bucal é aspecto essencial e deve embasar as estratégias de prevenção e promoção à saúde voltada para as crianças.

Entende-se que cuidado à saúde bucal da criança, compartilhado por diferentes profissionais – médicos pediatras, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, professores e atendentes de creche –, favorece a atenção integral à saúde da criança nas diferentes etapas da sua vida. Assim, a integração de ações entre os diversos profissionais deveria ser uma diretriz firmada nos serviços de saúde e de educação, de forma que cada um assumisse sua responsabilidade no cuidado à saúde da criança. Acredita-se que com a instituição dessas parcerias abrem-se possibilidades de atuação para os profissionais e de ampliação do cuidado à saúde bucal da criança.

Por outro lado, a institucionalização da consulta odontológica durante o período pré-natal, associada às consultas médicas e de enfermagem, pode favorecer o cuidado precoce à saúde bucal da criança. Essa nova estratégia pode representar para a mãe um momento de revelação, o despertar precoce para as necessidades de cuidado bucal do filho, além da

mudança de olhar para a prática odontológica, direcionada à prevenção e promoção da saúde e não às ações curativas.

O olhar sobre a criança menor de seis anos revela sua dependência com relação ao cuidado de saúde, e sua inserção em um contexto familiar e social. Criança, cuidador e grupo familiar, geralmente, vivem em um mesmo ambiente e seguem uma mesma tradição e costumes relacionados a cuidados de saúde. Assim, o cuidado centrado apenas na saúde bucal da criança mostrou-se limitado, uma vez que a saúde da criança está imbricada à do cuidador e à de outros familiares. Essa situação remete à necessidade de atuar junto a família, com vistas a diminuir sua vulnerabilidade, mediante intervenções que promovam o seu fortalecimento. É preciso que o profissional amplie o olhar para a família, conheça e partilhe de seus projetos. A Estratégia Saúde da Família caminha nesta direção, uma vez que o foco da atenção se volta para o contexto familiar.

De forma objetiva, os achados deste estudo sinalizaram para a necessidade, premente, de revisão e de reorganização do serviço odontológico e, da introdução da educação permanente direcionada aos profissionais dos serviços de saúde do município.

Vale ressaltar a confirmação da hipótese deste estudo de que as atividades preventivas centradas na abordagem individual e nos determinantes de risco não são suficientes para modificar de forma mais radical o quadro atual de saúde bucal de crianças na primeira infância.

Para ampliar as possibilidades de cuidado à saúde bucal da criança, é preciso extrapolar o risco biológico e contextualizá-lo em uma perspectiva mais abrangente e complexa, articulando-o às diferentes dimensões da vida humana. Como questão fundamental, visualiza-se, como imprescindível, o reconhecimento do Outro na sua singularidade, respeitando suas experiências, crenças e valores buscando, por meio de escolhas compartilhadas e responsáveis, o verdadeiro encontro que é o sentido essencial do “Cuidado”.

Por fim como última consideração, destaca-se a necessidade de aprofundamento da temática no sentido de ultrapassar os limites deste estudo, assim como a ampliação de espaços de discussão e de pesquisas, procurando dar voz a outros sujeitos – profissionais e gestores – expandindo as reflexões para outras dimensões do conhecimento humano.

Referências⁹

⁹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) – NBR 6023. Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: Documento eletrônico e impresso. Universidade de São Paulo, Sistema Integrado de Bibliotecas-SIBi. São Paulo, 2004.

- AALTONEN, A.S.; TENOVUO, J. Association between mother-infant salivary contacts and caries resistance in children: a cohort study. **Pediatr. Dent.**, v.16, n.2, p.110-6, 1994.
- AAP. American Academy of Pediatric. Policy Statement: Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. **Pediatrics**, v.111, n.5, p.1113-6, 2003.
- AAPD. American Academy of Pediatric Dentistry 2004-05. **Oral health policies and clinical guidelines**. Early childhood caries (ECC): classifications, consequences and preventive strategies. 2004-2005. Disponível em: <[http:// www.aapd.org/media/policies.asp](http://www.aapd.org/media/policies.asp)>. Acesso em 16 fev. 2005.
- ABREU, M.H.N.G. **Dimensões epidemiológicas da saúde bucal da população rural de Itaúna, Minas Gerais, 2002**. Tese (Doutorado) – Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
- ACIOLE, G.G. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. Campinas: Hucitec, 2006.
- ACS, G.; WAI, N.M. Early childhood caries and well being. **Pediatr. Dent.**, v.24, n.2, p.288, 2002.
- _____.; LONDOLINI, G.; KAMINSKY, S.; CISNEROS, G.J. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. **Pediatr. Dent.**, v.14, n.5, p.302-5, 1992.
- ADORNO, R.C.F. **Capacitação solidária: Um olhar sobre os jovens e sua vulnerabilidade social**. São Paulo, Associação de Apoio ao Programa Capacitação Solidária, 2001.
- ALALUUSUA, S.; MÄTTÖ, J.; GRÖNROOS, L.; INNILÄ, S.; TORKKO, H.; ASIKAINEN, S.; JOUSIMIES-SOMER, H.; SAARELA, M. Oral colonization by more than one clonal type of mutans streptococcus in children with nursing-bottle dental caries. **Arch. Oral Biol.**, v.41, n.2, p.167-73, 1996.
- AMORIM, C.C.S.; BEATRICE, L.C.S.; SILVA, C.H.V.S. Influência da mídia televisiva sobre o padrão estético odontológico. **Odontol. Clín. Científ.**, v.5, n.2, p.163-6, 2006.
- ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A.; MELLO, T.R.C. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.79-87, 2006.
- ASSAF, A.V.; PEREIRA, A.C. Avaliação de risco em Odontologia. In: PEREIRA, A.C. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.310-25.
- AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- _____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.63-72, 2001.
- _____. Tão longe, tão perto: o cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde. VII Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e VI Encontro de Especialistas em enfermagem Psiquiátrica. In: SAEKI, T.; SOUZA, M.C.B.M. (Org). **Cuidar: tão longe... tão perto**. Ribeirão Preto: Maxicolor & Gráfica, 2002a. p.13-26.
- _____. **Do processo de trabalho em saúde à dialógica do cuidado: repensando conceitos e práticas em saúde coletiva**. São Paulo, 179f. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002b.
- _____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.8,

n.14, p.73-92, 2004.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.549-60, 2005.

_____. **Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação**. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. [2006]. 33p. (mimeo).

_____. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S.F. (Org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.49-83.

_____.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-39.

_____.; PAIVA, V.; FRANÇA JÚNIOR, I.; GRAVATO, N.; LACERDA, R.; DELLA NEGRA, M.; MARQUES, H.H.S.; GALANO, E.; LECUSSAN, P.; SEGURADO, A.C.; SILVA, M.H. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **Am. J. Public Health**, v.96, n.6, p.1001-6, 2006.

_____.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA JÚNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2007. p.375-417.

AZEVEDO, R.V.P.; NELSON FILHO, P.; ASSED, S.; ITO, I.Y. Estreptococos do grupo mutans: isolamento, identificação e prevalência das espécies na saliva de pares mãe/filho. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, v.12, n.1, p.46-50, 1998.

BALDANI, M.H.; NARVAI, P.C.; ANTUNES, J.L.F. Cárie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.3, p.755-63, 2002.

BARATA, R.B. Ética e epidemiologia. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, v.12, n.3, p.735-53, 2005.

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. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.161-7, 2006.

BARTOLOMEI, C.E.F.; CARVALHO, M.S.; DELDUQUE, M.C. A saúde é um direito! **Saúde em Debate**, v.27, n.65, p.184-191, 2003.

BATCHELOR, P.A.; SHEIHAM, A. The limitations of a 'high risk' approach for the prevention of dental caries. **Commun. Dent, Oral Epidemiol.**, v.30, n.4, p.302-12, 2002.

_____. The distribution of burden of dental caries in schoolchildren: a critique of the high-risk caries prevention strategy for populations. **BMC Oral Health** 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6831/6/3>>. Acesso em 05 mai. 2007.

BATTELLINO, L.J.; CORNEJO, L.S.; CATTONI, S.T.D.; YANKILEVICH, E.R.L.M.; CALAMARI, S.E.; AZCURA, A.I.; VIRGA, C. Evaluación del estado de salud buco dental em preescolares: estudo epidemiológico longitudinal (1993-1994), Córdoba, Argentina. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.3, p.272-81, 1997.

- BERKOWITZ, R.J. Etiology of nursing caries: a microbiologic perspective. **J. Public Health Dent.**, v.56, n.1, p.51-4, 1996.
- _____. Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective. **J. Can. Dent. Assoc.**, v.69, n.5, p.304-7b, 2003.
- BEZERRA, A.C.B.; TOLEDO, O.A.T. Nutrição, dieta e cárie. In: KRIGER, L. (Org). **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas/ABOPREV, 1999. p.45-67.
- BLEICHER, J. **Hermenêutica contemporânea**. Lisboa: Edições 70, 1992.
- BOFF L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994.
- BÖNECKER.; CLEATON-JONES, P. Trends in dental caries in Latin-American and Caribbean 5-6 and 11-13-year-old children: a systematic review. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v.31, p.152-7, 2003.
- _____.; GUEDES-PINTO, A.C.; WALTER, L.R.F. Prevalência, distribuição e grau de afecção de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade. **Rev. APCD** 1997, v.51, n.6, p.535-40, 1997.
- BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final. **8ª Conferência Nacional de Saúde, 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 11p.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Imprensa Nacional. 1988.
- _____. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Brasília: Ministério da Saúde. Ministério da Criança/Projeto Minha Gente. Brasília: Ministério da Criança/Projeto Minha gente, 1991. 110p.
- _____. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as **Diretrizes e Bases da Educação Nacional**, Brasília.
- _____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. Parecer CNE/CES 1.300/2001, Brasília: Ministério da Educação, 2001.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB-Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- _____. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- _____. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social**. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 84p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica/Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica nº 17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. **A Política Nacional de saúde Bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Ministério da Saúde, 2006b. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11.

BUCHADQUI, J.A.; CAPP, E.; PETUCO, D.R.S. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. **Rev. Bras. Educ. Médica**, v.30, n.1, p.32-8, 2006.

BURT, B.A. Trends in caries prevalence in North American children. **Int Dental J**, v.44, p.403-13, 1994.

BUSTAMANTE, V.; TRAD, L.A.B. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1865-74, 2005.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.229-66.

_____. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2007. p.41-80.

CAMPOS, J.A.D.B.; ZUANON, A.C.C. Merenda escolar e promoção de saúde. **Ciênc. Odontol. Bras.**, v.7, n.3, p.67-71, 2004.

CAMPOS, S.F.F.; OLIVEIRA, S.A.L.; LOPES, G.; REGO, M.A. Conhecimento de médicos pediatras e ginecologistas/obstetras sobre prevenção. **Rev. Odontol. UNICID**, v.15, n.3, p.173-82, 2003.

CARVALHO, G. Os governos trincam e trancam o conceito de integralidade. **Radis Comunicação em Saúde**, v.49, p.16, 2006.

CAUFIELD, P.W.; CUTTER, G.R.; DASANAYAKE, A.P. Initial acquisition of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. **J. Dent. Res.**, v.72, n.1, p.37-45, 1993.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n.16, p.161-8, 2005.

CÉSAR, C.L.G.; NARVAI, P.C.; GATTÁS, V.L.; FIGUEIREDO, G.M. Medo de dentista e demanda aos serviços odontológicos. **RGO**, v.47, p.191-4, 1999.

CHAN, K.M.; KING, N.M.; KILPATRICK, N.M. Can infants catch caries? A review of the current evidence on the infectious nature of dental caries in infants. **N. Z. Dent. J.**, v.101, n.1, p. 4-11, 2005.

CHAVES, M.M. **Odontologia social**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1986.

CHOR, D.; FAERSTEIN E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.1, p.241-244, 2000.

COLARES, V.; CARACIOLO, G.M.; MIRANDA, A.M.; ARAÚJO, G.V.B.; GUERRA, P. Medo e/ou ansiedade como fator inibitório para a visita ao dentista. **Arq. Odontol.**, v.40, n.1, p.59-72, 2004.

COMITÊ DA PRIMEIRA INFÂNCIA: uma estratégia de coordenação de políticas em favor da criança pequena. Secretaria-Executiva do Programa Comunidade Solidária. Comitê da Primeira Infância. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infan.**, v.2, n.3, p.319-322, 2002.

COSTA, J.C.C. A hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer

e sua contribuição à heurística das Ciências Sociais. **Rev. Eletrônica Ciências Sociais** – CAOS 2004. Disponível em: < <http://chip.cchla.ufpb.br/caos/index.html>>. Acesso em: 11 abr. 2005.

COSTA, I.C.C.; SALIBA, O.; MOREIRA, A.S.P. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. **RPG: Rev. Pós-Graduação**, v.9, n.3, p.232-43, 2002.

CRACO, P.F. **Ação comunicativa no cuidado à saúde da família**: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CRALL, J.J. Rethinking prevention. **Pediatr. Dentist.**, v.28, n.2, p.96-101, 2006.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M.(Org). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39 -53.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

_____.; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças, In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. (Org). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.195-223.

ELIAS, M.S.; CANO, M.A.T.; MESTRINER JUNIOR, W.; FERRINI, M.G.C. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.9, n.1, p.88-95, 2001.

FDI. Fédération Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. **Int. Dental J.**, v.32, n.1, p.74-7, 1982.

FEJERSKOV, O.; LUAN, W.M. Caries prevalence in Africa and the people's Republic of China. **Int. Dent J.**, v.44 (Supl 1), p.425-33, 1994.

FERREIRA, A.A.A.; PIUVEZAM, G.; WERNER, C.W.A.; ALVES, M.S.C.F. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.211-8, 2006.

FILSTRUP, S.L.; BRISKIE, D.; FONSECA, M.; LAWRENCE, L.; WANDERA, A.; INGLEHART, M.R. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. **Pediatr. Dent.**, v.25, n.5, p.431-40, 2003.

FRANÇA-JÚNIOR, I. Abuso sexual na infância: compreensão a partir da Epidemiologia e dos Direitos Humanos. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.7, p.23-37, 2003.

FREIRE, M.C.M. Prevalência de cárie e fatores sócio-econômicos em pré-escolares: revisão de literatura. **Rev Bras Odontol Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.35-41, 2000a.

_____. Dieta, saúde bucal e saúde geral. In: BUISCHI, Y.P. (Org). **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas/APCD/EAP, 2000b. p.249-78.

_____.; MELO, R.B.; SILVA, S.A. Dental caries prevalence in relation to socioeconomic status of nursery school children in Goiânia-GO, Brazil. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v.24, p.357-61, 1996.

- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- FREITAS, L.B.L.; SHELTON, T.L. Atenção à primeira infância nos EUA e no Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.21, n.2, p.197-205, 2005.
- FREYSLEBEN, G.R.; PERES, M.A.A.; MARCENES, W. Prevalência de cárie e CPO-D médio em escolares de doze a treze anos de idade nos anos de 1971 e 1997, região Sul, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.3, p.304-8, 2000.
- FRIAS, A.C.; NARVAI, P.C.; ARAÚJO, M.E.; ZILBOVICIOS, C.; ANTUNES, J.L.F. Custo da fluoretação das águas de abastecimento público, estudo de caso Município de São Paulo, Brasil, período de 1985-2003. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.6, p.1237-46, 2006.
- GADAMER, H.G. **O mistério da saúde**: o cuidado da saúde e a arte da medicina. Lisboa: Edições 70, 1993.
- _____. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1997.
- GAO. United States General Accounting Office. **Oral health**: dental disease is a chronic problem among low-income populations, 2000.
- GARRAFA, V. Bioética e Odontologia. In: KRIGER, L. (Org). **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas/ABOPREV, 1999. p.467-75.
- GIBSON, S.; WILLIAMS, S. Dental caries in preschool children: associations with social class, toothbrushing habits and consumption of sugars and sugar-containing foods. **Caries Res.**, v.33, p.101-13, 1999.
- GIFT, H.C.; REISINE, S.T.; LARACH, D.C. The social impact of dental problems and visits. **Am. J. Pub. Health**, v.82, n.12, p.1663-8, 1992.
- GONTIJO, L.P.T. **Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- GUSSY, M.G.; WATERS, E.G.; WALSH, O.; KILPATRICK, N.M. Early childhood caries: Current evidence for aetiology and prevention. **J. Paediatr. Child Health**, v.42, p.37-43, 2006.
- HARRIS, R.; NICOLL, A.D.; ADAIR, P.M.; PINE, C.M. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. **Commun. Dent. Health**, v.21 (Supl1), p.71-85, 2004.
- HATTAB, F.N.; AL-OMARI, M.A.O.; ANGMAR-MANSSON, B.; DAOUD, N. The prevalence of nursing caries in one-to-four-years-old children in Jordan. **J. Dent. Child**, v.66, p.53-9, 1999.
- HAUGEJORDEN, O.; BIRKELAND, J.M. Evidence for reversal of the caries decline among norwegian children. **Int. J. Paediatr. Dent.**, v.12, p.306-15, 2002.
- HILGERT, E.C.; ABEGG, C. Suportes teóricos para educação em saúde bucal nas escolas: uma abordagem qualitativa. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, v.43, n.2, p.65-71, 2002.
- HOBDELL, M.H.; MYBURG, N.G.; KELMAN, M.; HAUSEN, H. Setting global goals for oral health for the year 2010. **Int. Dent. J.**, v.50, n.5, p.245-9, 2000.
- HUNTINGTON, N.L.; KIM, I.J.; HUGHES, C.V. Caries-risk factors for Hispanic children affected by

early childhood caries. **Pediatr. Dent.**, v.24, n.6, p.536-42, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro. 2001. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 jun. 2006.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD). **Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, 2003**. Rio de Janeiro. 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 jun. 2005.

IMPULSO PROFISSIONAL. Muito além da saúde bucal. **Impulso profissional**, v.5, n.11, p.22-3, 2006.

JIN, B.H.; MA, D.S.; MOON, H.S.; PALK, G.I.; HAHN, S.H.; HOROWITZ, A.M. Early childhood caries: prevalence and factors in SEUOL, Korea. **J. Pub. Health Dent.**, v.63, n.3, p.183-8, 2003.

JOSE, B.; KING, N.M. Early childhood caries lesions in preschool children in Kerala, India. **Pediatr. Dent.**, v.25, n.6, p.594-600, 2003.

JUNQUEIRA, S.R.; ARAÚJO, M.E.; ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Indicadores socioeconômicos e recursos odontológicos em municípios do Estado de São Paulo, Brasil, no final do século XX. **Epidemiologia e Serviços de Saúde – Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v.15, n.4, p.41-53, 2006.

KING, N.M.; WU, I.I.M.; TSAI, J.S.J. Caries prevalence and distribution, and oral health habits of zero-to-four-year-old children in Macau, China. **J. Dent. Child.**, v.70, n.3, p.243-9, 2003.

LEE, J.Y.; BOUWENS, T.J.; SAVAGE, M.F.; VANN, W.F. Examining the cost-effectiveness of early dental visits. **Pediatr. Dent.**, v.28, n.2, p.102-5, 2006.

LEFÉVRE, F. Aids (por exemplo): o que quer dizer “eu tenho informação”? **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.3, n.4, p.177-8, 1999.

LEITE, I.C.G.; RIBEIRO, R.A. Dental caries in primary dentition in public nursery school children in Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.3, p.717-22, 2000.

LEWIS, C.; DESSEN, M.A. O pai no contexto familiar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.15, n.1, p.9-16, 1999.

LIMA A.R.A., COSTA, L.R.R.S., MEDEIROS, M. Pesquisa qualitativa na odontologia brasileira. **Arq. Odontol.**, v.39, n.3, p.231-54, 2003.

LIMA, C.M.G. **Prevenção da cárie precoce na infância: uma visão através da vulnerabilidade e da promoção da saúde**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

_____. WATANABE, M.G.C. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa a ser desempenhada pela equipe do Programa Saúde da Família – PSF. In: ALMEIDA, M.C.P. (Org). **Coletânea de trabalhos do I Curso de Especialização em Saúde da Família**. Ribeirão Preto: EERP/USP, 2003.

_____. WATANABE, M.G.C.; PALHA, P.F. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. **Rev. Pediatria**, v. 28, n. 3, p. 191- 8, 2006.

LORETTO, N.R.M.; SEIXAS, Z.A.; JARDIM, M.C.; BRITO, R.L. Cárie dentária no Brasil: alguns aspectos sociais, políticos e econômicos. **Rev. ABO Nac.**, v.8, n.1, p.45-9, 2000.

- LOW, W.; TAN, S.; SCHWARTZ, S. The effect of severe caries on quality of life in young children. **Pediatr. Dent.**, v.21, p.325-6, 1999.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- LUZ, S.A.A.; VALENÇA, A.M.G. A avaliação da importância da estética bucal na seleção de funcionários, em estabelecimentos comerciais da cidade de Niterói – RJ. **RPG: Rev. Pos Graduação**, v.7, n.4, p.303-10, 2000.
- MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. A integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-42, 2007.
- MACIEL, S.M.; MARCENES, W.; WATT, R.G.; SHEIHAM, A. The relationship between sweetness preference and dental caries in mother/child pairs from Maringá-Pr, Brazil. **Int. Dental J.**, v.51, p.83-8, 2001.
- MALTZ, M.; LACERDA, P. Conhecimento do pediatra na área da saúde bucal. **Rev. ABO Nac.**, v.9, n.4, p.210-6, 2001.
- MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. (Org). **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará-Abia-IMS/Uerj (História social da AIDS), 1993.
- MARCENES, W.; BÖNECKER, M.J.S. Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais. In: BUISCHI, Y.P. (Org). **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas/EAP/APCD, 2000, p.75-98.
- MARQUES, H.H.S. et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.3, p.619-29, 2006.
- MARTINS, R.J. **Absenteísmo odontológico e médico no serviço público e privado**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia e Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, 2002.
- MATOS, D.L.; LIMA-COSTA, M.F.; GUERRA, H.L.; MARCENES, W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicatos. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.2, p.237-43, 2002.
- MATTILA, M.L.; RAUTAVA, P.; SILLANPÄÄ, M.; PAUNIO, P. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. **J. Dent. Res.**, v.79, n.3, p.875-81, 2000.
- MATTOS-GRANER, R.O.; LI, Y.; CAULFIELD, P.W.; DUNCAN, M.; SMITH, D.J. Genotypic diversity of Mutans Streptococci in brazilian nursery children suggests horizontal transmission. **J. Clin. Microbiol.**, v.39, n.6, p.2313–2316, 2001.
- MAZZILLI, L.E.N. **Análises dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 a 2000**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- McCARTHY T. **La teoría crítica de Jürgen Habermas**. Madrid: Tecnos; 1995.
- MEDCENTER. **Saúde bucal ameaçada**. Disponível em: <<http://www.Odontologia.com.br/noticias.asp?id=1225&idesp=12&ler=s>>. Acesso em: 07 ago 2007.
- MEDEIROS, U.V. Atenção odontológica para bebês. **Rev. Paul. Odontol.**, v.6, p.18-27, 1993.

- MELLO, A.L.S.F. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso:** revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência. Tese (Doutorado), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- MELLO, D.F. **Entre a prática e a técnica:** a experiência de mães e de profissionais no cotidiano de serviços de atenção primária. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- MELO SANTOS, L.; FORTE, F.D.S.; BOSCO, V.L.; ROCHA, M.J.C. Aleitamento materno e cárie dental. **Rev. Fac. Odontol. UFBA**, v.20, p.34-6, 2000.
- MENEGHIM, M.C.; KOZLOWSKI, F.C.; PEREIRA, A.C.; AMBROSANO, G.M.B.; MENEGHIM, Z.M.A.P. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 523-9, 2007.
- MENÉNDEZ, E.L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.8, n.1, p.185-207, 2003.
- MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M.E.; SANTOS, C.M.; RODRIGUES, R.A.; OLIVEIRA, P.C.P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde, In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde:** Um desafio para a saúde pública. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-150.
- MILNES, A.R. Description and epidemiology of nursing caries. **J. Public Health Dent.**, v.56, p.38-50, 1996.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1998.
- _____. Hermenêutica-dialética como caminho social, In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. (Org). **Caminhos do pensamento:** epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.83-107.
- _____.; SOUZA, E.S.; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N.C. Métodos, técnicas e relações em triangulação, In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.71-103.
- MORAES, A.B.A.; ONGARO, S. Contribuição da psicologia da saúde à Odontologia. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S.F.T. (Org). **Ciências sociais e saúde bucal.** São Paulo/Bauru: Editora Unesp/EDUSC, 1998. p.87-103.
- MOURADIAN, W.E. The face of a child: children's oral health and dental education. **J. Dent. Education**, v.65, n.9, p.821-31, 2001.
- MOYSÉS, S.J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. **Rev. Brás. Odontol. Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.7-17, 2000.
- _____.; MOYSÉS, S.T.; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.627-41, 2004.
- MUÑHOZ SANCHES, A.I.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.319-24, 2007.
- NADANOVSKY, P. Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In: PINTO, V.G. **Saúde**

Bucal Coletiva. São Paulo: Santos, 2000. p.293-310.

_____.; SHEIHAM, A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-years-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v.23, n.6, p.331-9, 1995.

NARVAI, P.C. **Há metas em saúde bucal para 2010?** Jornal do Site, 2002a. Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br>>. Acesso 15 dez. 2002.

_____. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos, 2002b.

_____.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A.G.; ANTUNES, J.L.F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am Public Health**, v.19, n.6, p.385-93, 2006.

ODPHP. Office of Disease Prevention and Health Promotion. **Health People 2010**. 2000. Disponível em: <<http://www.healthpeople.gov/publications>>. Acesso em: 09 jun. 2004.

OLIVEIRA, A.G.R.C.; ARCIERI, R.M.; UNFER, B.; COSTA, I.C.C.; MORAES, E.; SALÍBA, N.A. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v.2, p.9-14, 1999.

OLIVEIRA, K.K.C. **Comunicação e educação em saúde: o desafio da promoção da saúde bucal na atenção primária**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PANDOLFI, M.; MAEDA, F.H.I.; TORRES L. P.; GOMES, M.J. Perfil de médicos pediatras do Estado do Espírito Santo diante da saúde bucal. **UFES Rev. Odontol.**, v.3, n.1, p.80-7, 2001.

PERES, F.F.; BODSTEIN, R.; RAMOS, C.L.; MARCONDES, W.B. Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção as saúde em Manguinhos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.757-69, 2005.

PERES, K.G.; TRAEBERT, E.S.A.; MARCENES, W. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.2, p.230-6, 2001.

PERES, M.A.; PERES, K.G.; ANTUNES, J.L.F.; JUNQUEIRA, S.R.; FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. The association between socioeconomic development at the town level and the distribution of dental caries in Brazilian children. **Pan. Am. J. Public Health**, v.14, n.3, p.149-57, 2003.

_____.; LATORRE, M.R.D.O.; SHEIHAM, A.; PERES, K.G.A.; BARROS, F.C.; HERNADEZ, P.G.; MAAS, A.M.N.; ROMANO, A.R.; VICTORA, C.G. Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v.33, p.53-63, 2005.

PERETZ, B.; KAFKA, I. Baby bottle tooth decay and complications during pregnancy and delivery. **Pediatr. Dent.**, v.19, p.34-6, 1997

_____.; RAM, D.; AZO, E.; EFRAT, Y. Preschool caries as an indicator of future caries: a longitudinal study. **Pediatr. Dent.**, v.25, n.2, p.114-18, 2003.

PETERSEN, P.E. The Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21 st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v.31, (Supl 1), p.3-24, 2003.

- PETERSSON, G.H.; BRATTHALL, D. The caries decline: a review of reviews. **Eur. J. Oral Sci.**, v.104, n.4, p.436-43, 1996.
- PINHEIRO, R.S.; TORRES, T.Z.G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.999-1022, 2006.
- PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2000.
- POULSEN, S. The child's first dental visit. **Int. J. Paediat. Dent.**, v.13, p.264-5, 2003.
- POTVIN, L.; HADDAD, S.; FROHLICH, L. Beyond process and outcomes evaluation: a comprehensive approach for evaluating health programs, In: ROOTMAN, I.G; HYNDMAN, B.; MACQUEEN, D.V.; POTVIN, L.; SPRINGETT, J.; E ZIGLIO, E. (Ed). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. World Health Organization, Copenhagen, 2001, p.45-62.
- POWELL, L.V. Caries prediction: a review of the literature. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v.26, n.6, p.361-71, 1998.
- PUCCA JÚNIOR, G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.243-6, 2006.
- QUEIROZ, M.S. **Saúde e doença: um enfoque antropológico**. Bauru (SP): Edusc, 2003. 230p.
- QUEIROZ, M.V.; JORGE, M.S. Estratégias de Educação em Saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.117-30, 2006.
- RAMIRES, I.; MAIA, L.P.; RIGOLIZZO, D.S.; LAURIS, J.R.P.; BUZALAF, M.A.R. Heterocontrole da água de abastecimento público em Bauru, SP, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.5, p.883-9, 2006.
- REISINE, S.; DOUGLASS, J.M. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v.26 (Supl 1), p.32-44, 1998.
- REISINE, S.T.; PSOTER, W. Socioeconomic status and selected behavioral determinants as risk factors for dental caries. **J. Dent. Educ.**, v.65, n.10, p.1009-16, 2001.
- RIBEIRÃO PRETO. Secretaria de Planejamento e Gestão Ambiental. Divisão de Desenvolvimento Social. Dados **Censo 2000 IBGE, por sub setores e unidades censitárias**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde, 2003.
- _____. Secretaria Municipal da Saúde. **Proposta de gestão dos serviços da Secretaria Municipal da Saúde**, Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde; s/d. (mimeo).
- _____. Divisão Odontológica **Normas operacionais básicas para o atendimento odontológico na rede assistencial odontológica e encaminhamentos (Escolas, UBS e UBDS)**, Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde, 2006. (mimeo).
- _____. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto: período 2005 – 2008**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde, 2005.
- _____. Departamento de Atenção à saúde das pessoas. **Divisão odontológica**. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/index.html>>. Acesso em: 25 mai. 2007.
- RIBEIRO, J.T.; COSTA, M.M.N.F.G.; FEITOSA, S.V.H.S.; COLARES, V. Avaliação da qualidade de vida de pré-escolares portadores de cárie severa. **Arq. Odontol.**, v.40, n.2, p.111-206, 2004.

- RIBEIRO, R.L.R. **Enfermagem e famílias de crianças com Síndrome Nefrótica: novos elementos e horizontes para o cuidado**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- RIEDY, C.A.; WEINSTEIN, P.; MILGROM, P.; BRUSS, M. An ethnographic study for understanding children's oral health in a multicultural community. **Int. Dental J.**, v.51, p.305-12, 2001.
- RODRIGUES, C.S. Guia alimentar e incidência de cárie dentária em crianças matriculadas em creches públicas do Recife, Brasil. **Rev. Fac. Odontol. Pernambuco**, v.17, n.1-2-3, p.11-8, 1999.
- _____.; WATT, R.G.; SHEIHAM, A. Effects of dietary guidelines on sugar intake and dental caries in 3-year-olds attending nurseries in Brazil. **Health Promotion Int.**, v.14, n.4, p.329-35, 1999.
- ROSENBLATT, A.; ZARZAR, P. The prevalence of early childhood caries in 12-to-36-month-old children in Recife, Brasil. **J. Dent. Child.**, v.69, n.3, p.319-24, 2002.
- _____. Breast-feeding and early childhood caries: an assessment among Brazilian infants. **Int. J. Paediat. Dent.**, v.14, p.439-45, 2004.
- SANTOS, P.A.; RODRIGUES, J.Á.; GARCIA, P.P.N.S. Avaliação do conhecimento dos professores do ensino fundamental de escolas particulares sobre saúde bucal. **Rev. Odontol. UNESP**, v.31, n.2, p.205-14, 2002.
- SANTOS, S.M.A. O cuidado a idosos fragilizados no ambiente da família. In: Duarte YAO, Diogo MJD. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. Campinas: Alínia, 2003.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado de São Paulo. Centro Técnico de Saúde Bucal. **Estudo exploratório das condições de saúde bucal dos pré-escolares durante a 2a etapa da Campanha Nacional de Multivacinação, em 24 agosto de 2002**. Relatório final, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.sp.gov.br>>. Acesso em: 06 mai. 2005.
- SCHROTH, R.J.; SMITH, P.J.; WHALEN, J.C.; LEKIC, C.; MOFFATT, M.E.K. Prevalence of caries among preschool-aged children in a Northern Manitoba Community. **J. Can. Dent. Assoc.**, v.71, n.1, p.27-27f, 2005.
- SEOW, W.K. Biological mechanisms of early childhood caries. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v.26, (Supl 1), p.8-27, 1998.
- SHIBOSKI, C.H.; GANSKY, S.A.; RAMOS-GOMES, F.; NGO, L.; ISMAN, R.; POLLICK, H.F. The association of early childhood caries and race/ethnicity among California preschool children. **J. Public Health Dent.**, v.63, n.1, p.38-46, 2003.
- SILVA, S.M.B.; SANTOS, C.F. Medicamentos pediátricos e risco de cárie: uma revisão. **Rev. Fac. Odontol. Bauru**, v.2, n.4, p.15-21, 1994.
- SILVEIRA, J.L.G.C.; CAMPOS, M.L.; BERNDT, R.L.E. Educação em saúde como estratégia para o controle social em saúde bucal. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integ.r**, v.6, n.1, p.29-34, 2006.
- SIGN, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. **Prevention and management of dental decay in the pre-school child: a national clinical guideline**, 2005. Disponível em: <<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign83.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2007.

- SOUZA, M.P.R.; TEIXEIRA, D.C.S.; SILVA, M.C.Y.G. Conselho Tutelar: um novo instrumento social contra o fracasso escolar? **Psicol. Estudos**, v.8, p.71-82, 2003.
- SPENCER, A.J.; DAVIES, M.; SLADE, G.; BRENNAN, D. Caries prevalence in Australasia. **Int. Dental J.**, v.44, p.415-23, 1994.
- STARFIELD, B. **Primary care**: concept, evaluation and policy. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- SUCUPIRA, A.C.S.L.; CAPUERI, P.F.; RANA, W.; ZUCOLOTO, S.M.C.; GIORA, M.J.; ZARO, A.P.; CARVALHO, P.R. **A Saúde Escolar e a Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde. 1989 (mimeo).
- SWEENEY, P.C.; NUGENT, Z.; PITTS, N. B. Deprivation and dental caries status of 5-years-old children in Scotland. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v.27, p.152-9, 1999.
- TEZOQUIPA, I.H.; MONREAL, M.L.A.; SANTIAGO, R.V. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.5, p.443-50, 2001.
- THOMAS, C.W.; PRISMOSCH, R.E. Changes in incremental weight and well-being of children with rampant caries following complete dental rehabilitation. **Pediatr. Dent.**, v.24, n.2, p.109-13, 2002.
- TINANOFF, N. Introduction to early childhood caries conference: initial description and current understanding. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v.26, (Supl 1), p.5-7, 1998.
- TOMITA, N.E.; TORRES, F.C. Saúde bucal de pré-escolares: as iniquidades sociais e a subjetividade da dor. **Rev. Bras. Odontol. Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.35-41, 2000.
- _____.; NADANOVSKY, P.; VIEIRA, A.L.F.; LOPES, E.S. Preferências por alimentos doces e cárie dentária em pré-escolares. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.6, p.542-6, 1999.
- TONELI, M.J.F.; CREPALDI, M.A.; VIEIRA, M.L. **Paternidade e Cuidados**: diferentes olhares teórico-metodológicos em Psicologia. Relatório Final de Pesquisa (CNPq). Florianópolis – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sociocultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.2, p.429-35, 1998.
- TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.
- TRONTO, J.C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, A.M.; BORDO, S.R. (Org). **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1999. p.186-203.
- TWETMAN, S.; GARCÍA-GODOY, F.; GOEPFERD, S. Infant oral health. **Pediatric Dent.**, v.44, p.487-505, 2000.
- UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.2, p.190-5, 2000.
- UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação da Infância Brasileira 2006**. Brasília; 2005. p. 233.
- _____. **Situação mundial da infância 2007, mulheres e crianças: o duplo dividendo da igualdade**

de gênero. 2006. Disponível em <<http://www.unicef.org/brazil>>. Acesso em: em 12 mar. 2007.

_____. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Declaração Universal dos Direitos da Criança**. Disponível em <<http://www.unicef.org/brazil>>. Acesso em: 09 set. 2006.

VALAITIS, R.; HESCH, R.; PASSARELLI, C.; SHEEHAN, D.; SINTON, J. The systematic review of the relationship between breastfeeding and early childhood caries. **Can J Public Health**, v.91, p.411-7, 2000.

WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

WATT, R.G. Introdução. In: BÖNECKER, M.; SHEIHAM, A. (Org). **Promovendo saúde bucal na infância e adolescência**: conhecimento e práticas. São Paulo: Santos, 2004. p.1-12.

_____.; STILLMAN-LOWE, C.; MUNDAY, P.; PLIMLEY, W. The development of a national oral health promotion programme for pre-school children in England. **Int. Dent. J.**, v.51, p.334-8, 2001.

WENDT, L.K.; CARLSSON, E.; HALLONSTEN, A.L.; BIRKHED, D. Early dental caries risk assessment and prevention in preschool children: evaluation of a new strategy for dental care in a field study. **Acta Odontol. Scand.**, v.59, p.261-6, 2001.

WENNHALL, I.; MATSSON, L.; SCHÖDER, U.; TWETMAN, S. Caries prevalence in 3-year-old children living in a low socio-economic multicultural urban area in southern Sweden. **Swed. Dent.**, v.26, n.4, p.166-72, 2002.

WEYNE, S.C. A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L. (Org). **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas/ABOPREV, 1999. p.1-26.

WHO. World Health Organization. **Dental disease and oral health**. 2003. Disponível em: <http://www.who.int/oral_health/publications/en/orh_fact_sheet.pdf> Acesso em: 25 fev. 2003.

_____. **Oral Health Country/Area Profile Programme**. 2005. Disponível em: <<http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>>. Acesso em: 06 jul. 2005.

WIMMER, G.F.; FIGUEIREDO, G.O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.145-54, 2006.

YENGOPAL, V.; PATEL, N.; SIEDFRIED, N.; HARNEKER, S.Y.; NAIDOO, S. Dental fillings for the treatment of early childhood caries (protocol for a Cochrane Review). **COCHRANE LIBRARY, ISSUE 2**, Oxford: Update Software, 2004.

Apêndices

Apêndice A: Roteiro das entrevistas

Aspectos socioeconômicos e condição de moradia:

Nome:

Grau de parentesco com a criança:

Data de nascimento:

Escolaridade do pai e da mãe:

Ocupação do pai e da mãe:

Número de irmãos:

Composição familiar:

Renda familiar:

Presença de água encanada:

Banheiro dentro ou fora de casa:

Doenças referidas (criança):

Aspetos relevantes para análise da vulnerabilidade:

1. Pré-natal

- onde foi realizado?
- recebeu orientação sobre saúde bucal? (de quem? em que momento?)

2. Orientação

- quem já conversou com você sobre saúde bucal? (o que foi falado? em que momento?)
- possibilidades de realização das orientações
- descreva uma orientação fácil e uma difícil de executar
- quem tem a tarefa de orientar você? e seus filhos?
- qual o papel da escola na orientação? E de outros profissionais além do dentista?
- Na creche ou na escola tem alguma rotina direcionada a cuidados de saúde bucal?

3. Amamentação

- você amamentou?
- como é a alimentação de vocês?
- o que seu filho leva de merenda na escola?

4. Experiências e interesses

- primeira consulta da mãe ou cuidador (quando foi? quem levou? como foi?)
- primeira consulta da criança (quando foi? quem levou? como foi?)
- descreva um dia de rotina diária da família
- você e os outros membros da família já tiveram cárie?
- você acha que a cárie pode ser evitada? (como? você faz alguma coisa para evitá-la?)
- o que você sabe sobre o flúor?
- situação atual de saúde bucal da família
- quem você acha que é responsável pela saúde bucal dos seus filhos? Por que?

5. Sentimentos e desejos

- você se lembra de alguma situação em que sua boca tenha chamado a atenção (elogio ou crítica)? E a dos seus filhos? E a do seu marido?
- Se você pudesse mudar alguma coisa na sua boca ou na do seu filho o que mudaria? Por que?

6. Crenças e valores

- qual a importância dos dentes de leite uma vez que eles vão ser trocados?

- você acha que com a idade (adulto) é natural perder os dentes?

7. Relação com o serviço de saúde

- como é o serviço de saúde que você frequenta (acesso, lista de espera, encaminhamentos, retornos, satisfação)

8. Questões sociais

- participa de algum movimento social (igreja, escola, clube, associações)? de que forma? com que frequência? há quanto tempo?
- vocês assistem TV, lêem jornais e revistas? com que frequência?
- o que você acha das propagandas da TV?
- vocês têm algum tipo de lazer?
- qual o papel do governo na sua saúde bucal e na dos seus filhos? e do dentista? quem tem direito a saúde?

Apêndice B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: “A vulnerabilidade de crianças pré-escolares a cárie dentária a partir do olhar das mães de um Distrito de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Célia Mara Garcia de Lima – doutoranda do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, CROSP. 23174

Meu nome é Célia, sou dentista e estou fazendo uma pesquisa sobre saúde bucal de crianças menores de seis anos, pelo curso de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. A cárie é uma das doenças mais comuns da infância e pode ocasionar uma série de transtornos na vida das crianças (dor, dificuldade para se alimentar, problemas na aparência, entre outros). A finalidade desse trabalho é conhecer os problemas que você enfrenta para cuidar da saúde bucal do seu filho. Será necessário, então, uma entrevista (conversa) com você, para que fale livremente sobre algumas questões (a rotina diária de vocês com os cuidados com a saúde bucal, se vocês já tiveram algum problema nos dentes e na gengiva, quem te ensinou os cuidados de higiene bucal, entre outras). Essa conversa será gravada, se você permitir e sua duração será de aproximadamente 40 minutos. É provável que haja necessidade de mais de um encontro. O prontuário do seu filho também será analisado, se você assim concordar, para que eu possa identificar a idade da primeira consulta e o número e tipo de atendimentos realizados na unidade.

Pelo tipo de pesquisa não estão previstos desconfortos nem riscos físicos. Suas informações têm garantia de sigilo (segredo) e sua identidade será preservada (não será mencionado seu nome).

Saber sobre sua experiência é importante para nós, profissionais de saúde, pois a partir dela poderemos melhorar o cuidado de saúde bucal de seu filho nos serviços de saúde, na escola e no seu domicílio, de tal forma que realmente atenda as necessidades de vocês.

Durante nossa conversa, se seu filho (a) precisar de atendimento odontológico é só me dizer que farei o encaminhamento. A qualquer momento, se quiser interromper a nossa conversa, terá toda liberdade.

Para participar deste estudo, eu estou ciente que:

1. Minha participação é voluntária e se eu não quiser participar isso não acarretará prejuízo no atendimento odontológico do meu filho na unidade de saúde nem na escola.
2. As informações que eu fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, mas minha identidade será preservada (meu nome nem o do meu filho serão mencionados).
3. Caso eu aceite, será realizada uma entrevista, isto é, conversarei sobre algumas questões relacionadas com a saúde bucal de meu filho. Esta conversa será realizada em minha casa ou em outro local de minha preferência, de acordo com minha disponibilidade.
4. A entrevista será gravada só com minha permissão.
5. Eu sou livre para desistir da participação no trabalho em qualquer momento.
6. Caso queira falar com a pesquisadora, posso encontrá-la nos telefones (16) 3635-6597 (residência), na Escola de Enfermagem (3602-3949), 9994-5772 ou na Rua Primo Tronco, 129 – apto 34 em Ribeirão Preto-SP.

Após ter tomado conhecimento destes fatos, aceito participar da pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para isso:

EU _____, aceito participar deste estudo, ciente de que minha participação é voluntária e estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar com a pesquisa, sem nenhuma espécie de prejuízo; também concordo que a entrevista seja gravada.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2006.

Assinatura do entrevistado

Célia Mara Garcia de Lima (Doutoranda)

Dr. Pedro Fredemir Palha (Orientador)

Anexos

Anexos

Anexo A - Dados dos bairros que compõem o Distrito de Saúde Leste do município de Ribeirão Preto-SP, com relação ao tipo de instalação sanitária e de abastecimento de água dos domicílios, anos de estudo e rendimentos em salários mínimos dos chefes dos domicílios.

Bairro	Rede de esgoto	Fossa séptica/rudimentar, Vala, Rio/Lago, sem esgoto	Total
Santa Cruz	7.841	14	7.855
Castelo Branco	13.431	75	13.506
São José	1.720	207	1.927
Jardim Juliana	2.833	696	3.529
Jardim Zara	2.145	289	2.434
Vila Abranches	2.318	708	3.026

Fonte: Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Ambiental

Quadro 5 – Distribuição dos domicílios particulares permanentes, segundo o tipo de instalação sanitária. Ribeirão Preto, 2003.

Bairro	Sem instrução/ – de 1 ano	1 a 3	4 a 7	8 a 10	11 a 14	15 a 17	Não determinado	Total chefes
Santa Cruz	141	301	915	683	2.263	3.546	6	7.855
Castelo Branco	154	599	2.067	1.492	4.473	4.707	14	13.506
São José	64	159	530	364	563	246	1	1.927
Jardim Juliana	158	560	1.289	695	648	171	8	3.529
Jardim Zara	89	273	705	359	688	318	2	2.434
Vila Abranches	194	403	1.097	570	545	211	6	3.026

Fonte: Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Ambiental

Quadro 6 – Distribuição dos chefes de domicílios particulares permanentes, segundo os anos de estudo. Ribeirão Preto, 2003.

Bairro	Até ½	½ a 1	1 a 2	2 a 3	3 a 5	5 a 10	10 a 15	15 a 20	Mais 20	Sem rend.	Total chefes
Santa Cruz	6	160	282	332	757	1.803	1.055	1.090	2.192	178	7.855
Castelo Branco	6	348	532	676	1592	3.913	1.931	1.751	2.380	377	13.506
São José	5	68	176	216	398	596	188	116	77	87	1.927
Jardim Juliana	9	187	493	630	888	790	140	79	66	247	3.529
Jardim Zara	8	128	240	253	480	757	223	146	101	98	2.434
Vila Abranches	4	209	400	521	760	649	134	74	93	182	3.026

Fonte: Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Ambiental

Quadro 7 – Distribuição dos chefes de domicílios particulares permanentes, segundo o rendimento em número de salários mínimos. Ribeirão Preto, 2003.

Bairro	Rede geral			Poço nascente				Outra forma
	Total	Canalização interna	Canalização externa	Total	Canalização interna	Canalização externa	Sem canalização	
Santa cruz	18.007	17.998	9	194	190	3	1	0
Castelo Branco	13.475	13.461	14	23	15	3	5	8
São José	1.756	1.729	27	167	166	1	0	4
Jardim Juliana	3.128	3.127	1	267	264	0	3	134
Jardim Zara	2.426	2.421	5	3	3	0	0	5
Vila Abranches	2.817	2.814	3	7	7	0	0	202

Fonte: Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Ambiental

Quadro 8 – Distribuição dos domicílios particulares permanentes, segundo o tipo de abastecimento de água. Ribeirão Preto, 2003.

Anexo B

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
 FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0152/2005

Ribeirão Preto, 28 de novembro de 2005.

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua **81ª Reunião Ordinária**, realizada em 24 de novembro de 2005.

Protocolo: nº **0589/2005**

Projeto: **A Vulnerabilidade de Crianças Pré-Escolares à Cárie Dentária a Partir do Olhar das Mães de um Distrito de Saúde do Município de Ribeirão Preto – SP .**

Pesquisadores: **Pedro Fredemir Palha (Orientador)**
Célia Mara Garcia de Lima (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Claudia B. Santos
Profª Drª Claudia Benedita dos Santos
 Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP