

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA

CRISTINA BERGER FADEL

**Aspectos sócio-dentários relacionados à
transmissibilidade materna da cárie dentária e a
percepção das mães sobre suas causas e seu controle**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de DOUTOR.

Orientadora: *Prof^a Dr^a Nemre Adas Saliba*

Araçatuba/SP

2009

Dados Curriculares

Nascimento: 17.04.1974, Ponta Grossa - PR.

Filiação: Elias Zahi Fadel

Sônia Maria Berger Fadel

1992/1996: Curso de Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná - UEPG/PR

2000/2002: Curso de Pós-Graduação em Odontologia Social, nível de Mestrado, na Universidade Camilo Castelo Branco, Campinas, SP

2002/atual: Professora Assistente do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná - UEPG

2006/2009: Curso de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, nível de Doutorado, na Faculdade de Odontologia de Araçatuba, São Paulo - UNESP/SP

Dedicatória

Dedico:

À Deus, aos meus pais Sônia e Elias, aos meus
amigos, aos meus mestres...

Agradecimentos Especiais

À **Sônia Maria Berger Fadel**, pelo apoio, incentivo, conforto, lucidez e amor que só uma mãe especial é capaz de dar.

À **Prof^a Nemre Adas Saliba**, minha orientadora querida, pela confiança e liberdade acadêmica e pelo amor incondicional que dedicou a mim.

Aos **Professores da área de Saúde Coletiva** da Universidade Estadual de Ponta Grossa, por assumirem a totalidade das tarefas em minha ausência.

As **pessoas que constituíram a amostra deste estudo**, por sua disponibilidade, bondade e paciência.

Ao **Prof. Orlando Saliba**, por suas serenas e sábias palavras e pelo delineamento estatístico de meu estudo.

À **Prof^a Suzely Adas Saliba Moimaz**, por me permitir desfrutar de seus conhecimentos e de sua deliciosa amizade.

À Prof^a **Cléa Adas Saliba Garbin**, pelo carinho, apoio e incentivo de todas as horas.

Ao Prof. **Renato Moreira Arcieri**, pelo respeito e pelo prazer de sua convivência.

Aos amigos **Maria Gabriela Haye Biazevic e Edgard Michel Crosato**, por acreditarem comigo que esse sonho seria possível.

À **Gabrielly Hneda Fadel**, minha sobrinha amada, pela compreensão de minha ausência.

As colegas e companheiras de percurso **Lívia Guimarães Zina, Nelly Foster Ferreira e Patrícia Gonçalves**, por me acolherem de forma tão intensa.

Aos colegas e amigos **Luciana Schneider, Karina Tonini dos Santos e Fabiano Tonaco Borges**, pela parceira irrestrita.

À **Nilton César Souza**, por iluminar minhas vivências acadêmicas.

Agradecimentos

À Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG, nas pessoas do Reitor **Prof. João Carlos Gomes**, do Diretor de Ciências Biológicas e da Saúde **Prof. Flávio Guimarães Kalinoski** e da Chefe do Departamento de Odontologia **Profª Denise Stadler Wambier**.

À Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, em especial sua Secretária de Educação, na pessoa de **Zélia Maria Lopes Marochi**.

Aos Professores da Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG, **Márcia Helena Baldani Pinto e Gibson Luiz Pilatti**.

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, nas pessoas do Diretor **Prof. Dr. Pedro Felício Estrada Bernabé** e Vice-Diretora **Profª Drª Ana Maria Pires Soubhia**, à coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, **Profª Drª Nemre Adas Saliba** e à vice-coordenadora, **Profª Drª Cléa Adas Saliba Garbin**.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social **Prof^a Titular Nemre Adas Saliba, Prof. Titular Orlando Saliba, Prof^a Adjunto Suzely Adas Saliba Moimaz, Prof^a Adjunto Cléa Adas Saliba Garbin, Prof. Assistente Dr. Artênio José Isper Garbin, Prof. Assistente Dr. Renato Moreira Arcieri.**

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, **Sônia Maria Batista de Souza Costa (in memorian), Neusa Martins Rovina Antunes, Nilton César Souza e Valderez Freitas Rosa.**

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, **Ana Claudia Grieger Manzatti, Cláudio Hideo Matsumoto, Cláudio Marciel Júnior, Fernando Fukunishi, Ivone Rosa de Lima Munhoz, Izamar da Silva Freitas, Luzia Anderlini e Maria Cláudia de Castro Benez.**

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, **Diogo Reatto, Marina Midori Sakamoto Hawagoe e Valéria Queiroz Marcondes Zagatto.**

À **Capes** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

A todos que contribuíram para o meu crescimento de vida e científico.

Epígrafe

“Ensina-me, ó, Pai

O que eu ainda

Não sei”

Gilberto Gil

Fadel CB. Aspectos sócio-dentários relacionados à transmissibilidade materna da cárie dentária e a percepção das mães sobre suas causas e seu controle [tese] Araçatuba: UNESP - Universidade Estadual Paulista; 2009.

Resumo

Investigar a transmissibilidade da cárie dentária entre mães e filhos, por meio de características sociais e dentárias e verificar a representação social materna a respeito do processo saúde-doença bucal de seu filho constituem-se objetivos deste trabalho. Um estudo de natureza observacional, quanti-qualitativo foi desenvolvido com 272 pares de mães e filhos freqüentadores de Centros Municipais de Educação Infantil da cidade de Ponta Grossa/PR. As informações de interesse foram coletadas por meio de exame clínico bucal e de entrevista, com roteiro semi-estruturado, previamente testado e validado, abordando as seguintes variáveis: estado civil, número de filhos, escolaridade, vínculo empregatício, renda, freqüência de visitas ao cirurgião-dentista, necessidade de tratamento odontológico materna e experiência de cárie infantil. Os resultados mostraram associação entre variáveis sociais e dentárias maternas e a experiência de cárie nos filhos: 93% das crianças cujas mães apresentavam necessidade de tratamento odontológico já haviam experienciado a cárie, ao passo que apenas 38% das crianças de mães sem necessidade de tratamento haviam sido acometidas pela doença ($X^2=94,46$, $gl=1$, $p<0,0001$). Escolaridade, renda, número de filhos, freqüência de visitas ao cirurgião-dentista e necessidade de tratamento odontológico foram as variáveis maternas que apontaram significância estatística. As representações maternas revelaram-se muito similares para a condição e os determinantes gerais de saúde infantil, diferenciando-se no contexto saúde-doença bucal. Conclui-se que os indicadores sócio-dentários maternos desfavoráveis associam-se positivamente à experiência da cárie dentária na criança e as representações sociais maternas constituem-se um importante instrumento de informação em saúde, devendo ser consideradas no processo de formulação de políticas públicas em saúde bucal.

Palavras-chave: Condições sociais. Relações mãe-filho. Saúde bucal. Percepção social.

Fadel CB. Social and dental aspects related to the maternal transmissibility of dental caries and the mothers' perception about the causes and the control [thesis] Araçatuba: UNESP - São Paulo State University; 2009.

Abstract

To investigate the transmissibility of dental caries among mothers and their children through social and dental characteristics and to verify the mother's social representation regarding the oral health and illness process from their sons and daughters were objectives of this work. An observational study, qualitative-quantitative was developed with 272 pairs of mothers and children frequenting Municipal Centers for Child Education from the city of Ponta Grossa/PR. The interest information was collected by means of oral clinical examination and of interview, with half-structured script, previously tested and validated, addressing the following variables: marital status, number of children, schooling, employment, income, frequency of visits to the dentist, maternal's need for treatment and child's experience of dental caries. The results confirmed the association between social and dental maternal variables and the experience of dental caries in their children: 93% of children whose mothers had needed treatment had experienced dental caries, while only 38% of children of mothers without the need for treatment had been affected by the disease ($X^2 = 94,46$, $df = 1$, $p < 0,0001$). Education, income, number of children, frequency of visits to the dentist and need for dental treatment were the maternal variables that showed statistical significance. Maternal representations were very similar to the general condition and the determinants of child health, differentiating itself in the oral health and illness. It is concluded that the adverse social and dental maternal indicators associate positively with the child's experience of dental caries and the mother's social representations consist in an important instrument for health information, that should be considered in the formulation process of public policies in oral health.

Keywords: Social conditions. Mother-child relations. Oral health. Social perception.

Lista de Tabelas

Capítulo 3

- Tabela 1** Associação entre as variáveis sócio-econômicas maternas e sua necessidade de tratamento odontológico (n=272). Ponta Grossa/PR, 2007. 82
- Tabela 2** Associação entre as variáveis sócio-econômicas maternas e a presença da cárie dentária nos filhos (n=272). Ponta Grossa/PR, 2007. 83

Lista de Figuras

Capítulo 3

- Figura 1.** Distribuição percentual dos grupos de mães, segundo o grau de escolaridade (n = 272). Ponta Grossa/PR, 2007. 85
- Figura 2.** Distribuição percentual dos grupos de mães, segundo a renda média mensal - expressa em salários-mínimos (n = 272). Ponta Grossa/PR, 2007. 85
- Figura 3.** Distribuição percentual dos grupos de mães, segundo a frequência de visitas ao cirurgião-dentista (n = 272). Ponta Grossa/PR, 2007. 86

Lista de Abreviaturas

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

FOA: Faculdade de Odontologia de Araçatuba

MG: Minas Gerais

NTO: Necessidade de Tratamento Odontológico

PR: Paraná

RN: Rio Grande do Norte

RS: Representação Social

UNESP: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

WHO = World Health Organization

Sumário

1 Introdução Geral	17
2 Proposição Geral	20
3 Capítulo 1 - "Relação materno-infantil: uma abordagem interdisciplinar e seus desdobramentos para a Odontologia"	21
3.1 Resumo	22
3.2 Abstract	23
3.3 Introdução	24
3.4 Primeiros aspectos da interação materno-infantil	26
3.5 A vital importância da construção de um elo entre mães e filhos	31
3.6 A intensa participação materna nos cuidados à saúde do filho (bucal)	35
3.7 Considerações Finais	40
3.8 Referências	42
4 Capítulo 2 - "As representações sociais como instrumento de informação para a saúde bucal coletiva"	46
4.1 Resumo	47
4.2 Abstract	48
4.3 Introdução	49
4.4 A diversidade das concepções de saúde e de doença revelada através dos diferentes caminhos percorridos pelo homem	51
4.5 As representações sociais como objeto de reflexão e como referencial teórico-metodológico para o campo da saúde bucal coletiva	56
4.6 Considerações Finais	62
4.7 Referências	65

5 Capítulo 3 - "Aspectos sócio-dentais e de representação social da cárie dentária no contexto materno-infantil"	70
5.1 Resumo	71
5.2 Abstract	72
5.3 Introdução	73
5.4 Métodos	75
5.5 Resultados	80
5.6 Discussão	89
5.7 Conclusão	94
5.8 Referências	95
 Anexos	 98

1 Introdução Geral

Há tempos a Odontologia vem debatendo sobre o papel da mãe na transmissão de microorganismos bucais ao filho e o conseqüente desenvolvimento do processo cariogênico. No âmbito microbiológico, não se nega que a colonização precoce por *streptococcus* do grupo mutans aumenta o risco ao desenvolvimento da cárie na primeira dentição e que esta ocorre principalmente através da saliva materna, de forma direta ou indireta. A infectologia aponta a mãe e os que mantêm intensa proximidade física com a criança como principais responsáveis por esta transmissão, considerando o espaço de tempo entre o 19º e 31º mês de vida da criança como o de maior susceptibilidade infantil ao desenvolvimento da cárie dental.

Entretanto, atualmente, uma visão mais ampla da etiologia da doença cárie na primeira infância tem sido apresentada de maneira bastante razoável. Trata-se novamente do intenso envolvimento da mãe, mas agora a associando não somente como transmissora de bactérias, mas também como a principal multiplicadora de modelos, hábitos, valores e atitudes perante o seu filho.

Vários autores admitem que a mãe exerce um papel central na família, também no que se refere às questões de saúde. O âmbito familiar é o meio onde ocorrem e se administram os cuidados básicos com o corpo, estando diretamente

associado à formação e preservação biológica dos indivíduos. É também lugar privilegiado da vivência do afeto e da intimidade, sendo fundamental na formação da identidade do indivíduo e na construção da cidadania na sociedade. Nesse sentido, a família, muitas vezes representada pela forte liderança da mãe torna-se essencial na preservação e transmissão de valores culturais, uma vez que forma, educa e motiva o homem.

Esta nova perspectiva da inserção materna no processo de cura e adoecer dos filhos também está relacionada com a ampla discussão da saúde e da doença serem vistas como processos, ao mesmo tempo, biológicos e sociais. Assim, quando se analisa como a enfermidade ocorre e se distribui na população, descobre-se que o fato de ela se individualizar em determinados grupos humanos - como é o caso de pares de mães e filhos, passa a ser uma consequência de determinadas relações sociais. O olhar agora se afasta da doença como fenômeno meramente natural e incide em problemas sociais, políticos e culturais, os quais assumem relevância etiológica e portanto de interesse investigativo no enfrentamento das doenças bucais.

Esta pesquisa, realizada com pares de mães e filhos frequentadores de instituições públicas de ensino infantil, concentrou-se em dois motes: a investigação de aspectos sociais e dentários associados à experiência da cárie dentária na criança e a representação social de diferentes grupos de mães a respeito do processo saúde-doença bucal de seu filho.

As informações coletadas foram divididas em três capítulos. O primeiro busca na literatura o impacto da interação social entre mães e filhos e sua relação com o processo saúde-doença, o segundo aponta a importância da utilização das representações sociais para a saúde bucal coletiva e o terceiro, apresenta os resultados das investigações sociais e dentárias, maternas e filiais.

2 Proposição Geral

Este trabalho teve como objetivo investigar a transmissibilidade extra-biológica da cárie dentária entre mães e filhos, por meio de características sociais e dentárias e verificar a representação social materna a respeito do processo saúde-doença bucal de seu filho.

3 Capítulo 1

Relação materno-infantil: uma abordagem interdisciplinar e seus desdobramentos para a Odontologia¹

¹ Normatização segundo a revista Arquivos em Odontologia. Aceito para publicação em 23/11/2007 (Anexo E).

3.1 Resumo

A influência das interações sociais sobre o cuidado à saúde infantil tem sido bastante estudada e freqüentemente associada à figura materna, uma vez que, no âmbito doméstico, ela assume o papel de promotora e reprodutora dos cuidados biológico e social, tanto de sua família como de si mesma. A relação que se estabelece precocemente entre mães e filhos, quando integral, intensa e positiva desenvolve na criança habilidades e capacidades físicas e emocionais, que resulta em um estado infantil saudável. Assim, ao admitir-se que atitudes e comportamentos possam ser transferidos de mãe para filho, da mesma forma que pensamentos, valores e crenças, evidencia-se a importância dos saberes e formas de agir maternos sobre a saúde de seus filhos, objeto de interesse do presente estudo.

Descritores: Relações mãe-filho. Apego ao objeto. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

3.2 Abstract

The influence of social interaction on childish health care has been inquired a lot and constantly related to mother's figure, considering that, on domestic field, she is the promoter and reproducer of biological and social responsibilities, of her family as well as of herself. The early relationship between mothers and their children, when integral, intense and positive develops in the child physical and emotional abilities and capacities, that result in a healthful infantile state. Thus, when we assume that attitudes and conducts can be transmitted by mothers to children, in the same way of ideas, significances and believes, it becomes evident the amount of maternal knowledges and behaviors concerning her children's health, focal point of the current study.

Descriptors: Mother-child relations. Object attachment. Health knowledge, attitudes, practice.

3.3 Introdução

A abordagem da criança no processo saúde-doença tem sofrido profundas alterações ao longo do tempo, principalmente em decorrência dos resultados advindos de pesquisas nas áreas da saúde, humana e social. Por meio dessas contribuições, desenvolveram-se diferentes perspectivas de como assistir a criança neste processo, as quais vêm (re)orientando as práticas de atenção à saúde infantil. Essas novas perspectivas têm influenciado a visão dos cuidadores de saúde sobre o ser criança, o papel da família e da comunidade e os processos decorrentes dessas interações.

A influência das interações sociais sobre o cuidado à saúde infantil tem sido bastante estudada e freqüentemente associada à figura materna. Para Tezoquipa et al.²⁷, o saber feminino sobre saúde reflete-se diretamente nos padrões de cuidado que se realizam no âmbito doméstico, uma vez que é o lugar onde se desenvolvem as maiores interações sociais e ocorrem mediações entre indivíduos e sistema de saúde. A detenção de tal conhecimento referencia a mulher como promotora e reprodutora dos cuidados biológico e social, tanto de sua família como de si mesma.

Admitindo-se que o saber feminino constrói-se socialmente, ou seja, que todos os conhecimentos, valores e normas de conduta maternos são produtos adquiridos por meio da socialização e da experiência das mulheres na interação

com diferentes espaços e agentes sociais, edifica-se tal noção também no cuidado à saúde. Sem dúvida, a interação social na vida cotidiana das mulheres é uma realidade compartilhada e naturalmente transferida aos que estão ao seu redor, devendo, portanto, ser profundamente considerada também nos processos de cura e adoecer infantis.

Conforme refere Dytz⁷, na organização familiar comum, a mãe é quem fica encarregada da maior parte dos cuidados relacionados à criação e à educação das crianças pequenas. Em geral, responde por seus hábitos de alimentação, o momento de dormir e a decisão sobre o quê vestir. Quando a criança adoece, ela é quem a leva ao serviço de saúde e adota medidas preventivas ou curativas, de acordo com seu saber e sua experiência de vida. A mãe traz consigo anseios, investimentos, conquistas e noções que serão, ao menos em parte, transferidos para a relação com seus filhos, ainda que de forma inconsciente¹³.

Diante da observação de que as mulheres vão construindo importantes saberes e formas de agir sobre a saúde de seus filhos, repletos de pluralidades e desdobramentos sociais, conduziu-se este estudo, fruto de intensa revisão bibliográfica. A busca do suporte teórico foi realizada nas bases de dados disponíveis e na literatura pertinente ao assunto.

3.4 Primeiros Aspectos Da Interação Materno-Infantil

Tradicionalmente as áreas ligadas ao desenvolvimento humano sempre dedicaram alto grau de importância ao papel das primeiras relações, em particular àquelas estabelecidas com as figuras maternas e paternas. Entretanto, nota-se que tal abordagem é menos freqüente no campo da saúde.

Experiência de importância única para o desenvolvimento da criança, a relação mãe-filho inicia-se bem cedo. Neumann¹⁶ salienta que sendo o ser humano incapaz de desenvolver independência logo após o nascimento, diferentemente dos outros animais, prorroga sua fase embrionária. Segundo o autor, esse período de estreita conexão compreende então, além dos nove meses intra-uterinos, mais um ano de vida pós-uterino. Nessa fase, a qual Neumann¹⁶ chamou de "relação primal mãe-filho", a criança vive e experimenta o corpo da mãe como sendo ela mesma e o mundo, resultando em um estado de total dependência e ligação física e psicológica. Ocorre ainda a ausência de consciência infantil, discernimento, percepção e controle do seu próprio corpo.

Por outro lado, o autor ressalta que apesar desse momento ser ausente de consciência, é possível e provável a ocorrência de experiências, vivenciadas sem a dicotomia sujeito-objeto, mundo interno-externo, tal como ocorre com o adulto. Nesse sentido, a "relação primal" é a expressão máxima da capacidade de

relacionar-se de maneira total, visto que, para uma criança, a falta da mãe pode provocar distúrbios emocionais de ordem tal que culminem em apatia, em idiotia e até mesmo a morte. Enfim, refere o autor, que toda a base do desenvolvimento saudável encontra-se nessa relação, e que só o inquestionável senso de segurança conferido pela proteção no amor de uma mãe é capaz de capacitar a criança a suportar desagradáveis tensões durante a sua evolução, inevitavelmente impostas pelo seu processo de crescimento no mundo e na sociedade.

Winnicott²⁹ também se preocupou em explicar o desenvolvimento da criança em interação com o seu ambiente. Ele se ateve particularmente à díade mãe-filho, na qual estudou as relações e suas conseqüências sobre o desenvolvimento da criança desde os primeiros momentos de vida. Para o autor, a palavra-chave da saúde mental do bebê é a "dependência", uma vez que o potencial herdado pelo mesmo só é capaz de transformá-lo quando emparelhado aos cuidados maternos. Sem dúvida, esses cuidados permitem prevenir distorções precoces e oferecer ao bebê um ambiente favorável. Neste sentido, as características da mãe devem expressar o máximo de segurança possível, despertar na criança a alegria de viver e suscitar o prazer de suas sensações. Para Silva et al.²⁵, a sensibilidade materna frente às necessidades do filho é igualmente um fenômeno relacionado a variáveis socioculturais. Os autores encontraram menor freqüência de "comportamentos sensíveis" entre mães de classe socioeconômica baixa quando comparadas às de classe média - detentoras

de maior nível de escolaridade, de faixa etária mais elevada e com possibilidade da co-responsabilidade pelos cuidados infantis.

Vale lembrar, que quando abordamos as questões maternas, referimo-nos não ao cálculo biológico, mensurado pelas relações filiais consangüíneas, onde parentesco é resultado do reconhecimento social de laços biológicos¹², mas sim aos laços legitimados através da busca do bem-estar de quem está sob cuidado. Para Osório¹⁷, embora reconheça não ser um conceito unívoco, família remete à noção de um grupo doméstico, cujo parentesco pode advir de consangüinidade, aliança ou adoção, apresentando composição e comportamento que variam segundo determinantes sociais, econômicos, políticos, religiosos ou ideológicos.

O estudo conduzido por Muller et al.¹⁵ ratifica tal percepção ao concluir que as experiências vivenciadas pelo contato mãe-filho foram preditores mais intensos de relacionamentos, quando comparadas aos laços consangüíneos. Assim, a presente análise compartilha a idéia de que a ligação humana é uma relação construída, dependente das características agregadas pelas partes envolvidas.

Essa fase inicial, onde a necessidade da presença da mãe é absoluta (em especial sua imagem e atitudes), caracteriza-se também pela formação e fortalecimento do ego. Segundo Giffoni¹¹, a boca e as mãos são fontes de percepções e experiências que permitem a constituição de um dos núcleos iniciais do ego. Essas duas formas de percepção, tátil e visual, são perfeitamente vivenciadas durante o ato da amamentação, quando a criança sente e toca o seio

da mãe, ao mesmo tempo em que vê sua face. Dolto⁶ afirma que a primeira sensação que temos do nosso bem-estar são justamente o rosto e o seio maternos. A princípio, o seio da mãe representa para a criança apenas uma fonte de alimento, porém, com o passar dos dias ela começa a sentir prazer, não só por saciar sua fome, mas também pelo contato físico. Nesse momento, necessidade e desejo são uma experiência única, essencial para o estabelecimento de uma comunicação repleta de cumplicidade.

Pontuar a importância do estabelecimento de apegos seguros na infância para o desenvolvimento saudável do indivíduo foi o objetivo da pesquisa conduzida por Gandra e Aznar-Farias¹⁰. Nessa, o apego aparece como um dos aspectos constituintes da personalidade do indivíduo influenciado por fatores como: as características da mãe, o temperamento da criança e o meio social em que eles interagem. Segundo os autores, o padrão inicial de apego seguro pode favorecer maior autoconfiança e competência na criança. Apego é definido por Bee³ como uma variação do vínculo afetivo, onde existe a necessidade da presença do outro e um acréscimo na sensação de segurança na presença deste.

Desse modo, a reciprocidade da interação mãe-filho dá a ambos a qualidade de agentes no processo, no qual a mãe introduz aspectos de sua história e momento de vida. Portanto, pode-se afirmar que as relações verdadeiramente representativas do vínculo mãe-filho contribuem substancialmente para a formação de adultos realizadores e realizados, assim

como para a evolução, crescimento e desenvolvimento de suas habilidades pessoais e sociais.

3.5 A vital importância da construção de um elo entre mães e filhos

Vários autores têm centrado seus estudos nas relações materno-filiais (elo, cuidado, interação), buscando conferir importância de grau único ao impacto dessas relações na saúde infantil.

Spitz²⁶, pioneiro no estudo da importância vital da interação mãe-filho afirma que o vínculo inicial com a mãe fornecerá toda a estrutura para a futura saúde mental do bebê. Ao analisar o comportamento de bebês submetidos a longos períodos de internação hospitalar, Scochi et al.²² concluíram que o estabelecimento do vínculo e do apego pode ser prejudicado pela falta de oportunidade da mãe interagir com seu filho, gerando desordens no relacionamento futuro de ambos. Os autores mencionam também o método mãe-canguru*, preconizado pelo Ministério da Saúde¹⁴, como estratégia salutar para o aumento da lactação materna, da confiança nos cuidados do filho e para favorecer o estabelecimento do vínculo e do apego. Outro estudo realizado com crianças parcial ou totalmente privadas dos cuidados maternos¹ evidencia o fracasso no desenvolvimento da personalidade infantil frente a essa carência. Para os autores dessa pesquisa, crianças hospitalizadas sofrerão uma quebra

* O método mãe-canguru é definido como “um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele a pele precoce, entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo dessa forma uma participação materna maior no cuidado ao seu filho”.

nesta relação e poderão vir a apresentar graves deformações emocionais, físicas e intelectuais. Afirmam ainda, que a privação materna durante a hospitalização é capaz de ocasionar na criança angústia, necessidade exagerada de amor, sentimento de vingança e, conseqüentemente, culpa e depressão. Indubitavelmente a reação de cada criança frente a essas perturbações, ainda que diferenciada, pode resultar em distúrbios emocionais graves e em uma personalidade instável. Em muitos casos ocorre ainda regressão no processo de maturação psicoafetivo, tais como a perturbação no andar, na linguagem, no controle dos esfínteres, desenvolvimento do terror noturno e do hábito de chupar o dedo¹.

Walsh²⁸ centrou sua pesquisa na comparação entre 100 pares de mães e filhos - crianças diagnosticadas com uma doença grave (neste caso, paralisia cerebral branda ou moderada e epilepsia) e 36 pares de mães e filhos - crianças consideradas sadias. Deu-se também nesse estudo particular importância à influência de traumas maternos (mães que passaram por processos de perdas e/ou rompimentos) sobre a relação com os filhos. Após a análise dos resultados, a autora concluiu que a atitude da mãe frente ao diagnóstico da doença do seu filho foi um preditor significativo para o sentimento de segurança infantil e, ainda, que mães com perdas (passadas ou recentes) refletiam esse sentimento negativo para o processo de interação com seus filhos. Já os resultados alcançados por Sapp²¹ não corroboram o fato de que as experiências maternas negativas

influenciam diretamente a saúde da criança, uma vez que, em seu estudo, a depressão materna não foi um preditor da ligação desestruturada entre mães e filhos.

Contudo, vários trabalhos confirmam o fato de que uma fraca relação entre mães e filhos seja capaz de instituir problemas infantis de ordem cognitiva, física, afetiva e emocional^{18,19,20}.

Freire⁸ acredita que as crianças precisam crescer no exercício da capacidade de pensar, de indagar-se e de indagar, de duvidar, de experimentar hipóteses de ação, de programar e de não apenas seguir os programas a elas impostos, sendo fundamental a demonstração permanente de afeto para que essas habilidades sejam desenvolvidas. Para o autor, as relações pais-filhos refletem, de modo geral, as condições (favoráveis ou não) objetivo-culturais da totalidade de que participam.

Para De Lamare⁴, os estímulos em torno da educação devem estar presentes na vida do bebê desde muito cedo: já nos primeiros meses o recém-nascido deve ser intensamente exposto a "conversas" com a mãe, sendo a qualidade dos estímulos determinante para o desenvolvimento de sua capacidade cognitiva.

Salerni et al.²⁰ estudaram a união materno-infantil através do estímulo lúdico e da competência lingüística em crianças de 18 a 26 meses de idade. Os resultados indicaram que a segurança na união com as mães e as brincadeiras

simbólicas estão associadas e são preditores positivos do desenvolvimento da linguagem infantil. Outro trabalho que buscou pesquisar a interação mãe-filho e o desenvolvimento cognitivo infantil foi conduzido por Perez¹⁸. No estudo, cujo objetivo foi o de avaliar o desenvolvimento da criança durante a realização de uma atividade planejada, com e sem a presença ativa da mãe, os resultados sugerem que as dificuldades apresentadas na realização das tarefas são minimizadas diante às situações em que as crianças contam com o apoio materno.

Pensando ainda na dinâmica desta intensa relação e na certeza de que tanto os bebês quanto as crianças pequenas necessitam vivenciar um relacionamento caloroso, íntimo e contínuo com suas mães, pode-se concluir que quanto mais íntegras estiverem as capacidades infantis e quanto mais disponível internamente estiver a mãe, maior e melhor será o elo que os une. Conclui-se ainda que, como consequência dessa interação, será possível o vislumbamento de crianças com maiores possibilidades de alcançarem um estado físico e emocional saudável.

No entanto, os profissionais da saúde ainda encontram dificuldade em reconhecer e considerar as necessidades afetivas das crianças durante o todo o processo de atenção, fato que, muitas vezes, resulta em ações isoladas e fragmentadas.

3.6 A intensa participação materna nos cuidados à saúde do filho (bucal)

Visto que a participação materna nos cuidados relacionados à saúde dos filhos é permeada pela compreensão da construção social da mulher como agente de cuidado, implica-se também o estabelecimento da responsabilidade sobre o outro. Em termos de saúde, talvez o termo mais adequado seja o da co-responsabilidade, pressupondo não o individual materno, mas a construção do binômio família-serviço de saúde.

As diferentes interações sociais das mulheres ajudam-nas a desenvolverem suas práticas de cuidado com a saúde: na consulta aos serviços, no uso da farmacopéia, no contato com os profissionais de saúde, na transmissão de conhecimentos entre mães e mulheres da comunidade e finalmente, na sua própria observação²⁷. Portanto, os cuidados prestados à saúde, no âmbito da família, são mesclas de interações sociais, de práticas advindas da representação materna sobre saúde e doença e das práticas disseminadas na população pelo modelo médico hegemônico. Partindo-se do princípio de que as mães têm um papel fundamental dentro da família, também quanto à questão saúde, assume-se que o "cuidar" tradicionalmente atribuído à mulher não é biológico nem natural, mas socialmente construído e a ela relegado.

Atualmente, no campo da Odontologia, a promoção da saúde bucal infantil tem merecido atenção especial dos cirurgiões-dentistas, apesar do longo processo percorrido para a adoção de práticas saudáveis. Para muitos autores, estes cuidados deveriam iniciar antes mesmo da concepção, através da educação dos pais e da orientação à futura mãe sobre a importância da alimentação e dos cuidados básicos de higiene bucal do bebê^{5,23,30}.

Serino e Gold²³ acreditam que as informações mais preciosas a serem transmitidas à mãe se relacionam com o início do desenvolvimento dos dentes do bebê (fato que ocorre ainda na vida intra-uterina) e devem abordar questões relativas ao desenvolvimento bucal e dental, ao uso do flúor, aos hábitos bucais não nutritivos (como a sucção do dedo e da chupeta), à importância do aleitamento materno e da higiene bucal e aos efeitos que a dieta pode apresentar sobre a dentição infantil. Julga-se aqui necessária uma ressalva com relação ao emprego da chupeta, tradicionalmente apontada como objeto de conforto infantil e como forte co-adjuvante no desenvolvimento da má-oclusão dentária. É de suma importância remeter a sua utilização aos aspectos psico-afetivos infantis e maternos.

Sertório e Silva²⁴ desenvolveram um estudo para tentar compreender os elementos que compõem a decisão materna de oferecer a chupeta ao filho. Concluíram que além desta atitude representar ao filho uma espécie de consolo, para a mãe esta é uma experiência extremamente significativa, sendo um

elemento capaz de qualificá-la positivamente na sua identidade materna. Face aos resultados encontrados, os autores vêem como urgente e necessária a revisão dos conteúdos e abordagens empregados pelos profissionais da saúde que visam o desestímulo do uso da chupeta pela criança, uma vez que as argumentações utilizadas para esse objetivo não parecem atingir a essência da motivação materna em oferecer a chupeta ao seu filho. Sendo assim, torna-se importante salientar que a mãe deve ser vista como um meio para a conquista da saúde bucal infantil, e não como um fim desta atenção.

Ao assumir que o período de maior desenvolvimento psíquico e biológico do ser humano está centrado nas fases iniciais da vida, este momento torna-se ideal para a inserção de aspectos favoráveis relacionados à saúde bucal. Galimard⁹ acredita que o contato precoce e positivo com possibilidades saudáveis, além de essencial para a saúde da criança, jamais seria possível sem um enorme passo no processo volitivo materno em busca da contínua adaptação às necessidades do filho.

Os modelos de funcionamento interno de uma criança tendem a repetir-se durante toda a sua vida com comportamentos que indicam maior ou menor segurança em si própria e no ambiente¹⁰. A criança aprende um novo esquema imitando os comportamentos de outrem. Para Piaget, a imitação é primordialmente uma acomodação mental, fruto de sucessivas exposições à repetição de uma ação². Quando ela observa sua mãe escovando os dentes, por

exemplo, e depois tenta imitá-la, a criança está se acomodando à escovação; entretanto, a acomodação não ocorrerá se o comportamento a ser imitado for excessivamente novo, necessitando então que a ação seja repetida por diversas vezes. Este é o processo de assimilação, no qual a criança compreende um novo contexto, aumenta o seu repertório de comportamentos e torna-se um pouco mais madura.

Outro componente de destaque são os hábitos de dieta expostos ou, muitas vezes, impostos à criança. Também a alimentação, enquanto prática, se desenvolve no convívio familiar e social vinculada mais especificamente à figura da mãe e da mulher e, portanto, atrelada a uma referência afetiva e cultural. Deste modo, e considerando-se a maioria das publicações existentes sobre o assunto, a presença de uma dieta saudável na educação e formação de bons hábitos alimentares, vem sendo incansavelmente associada à prevenção da cárie dentária na primeira infância, sendo o papel fundamental no cuidado com a dieta e futura saúde bucal do filho atribuído à mãe.

Assim, ao admitir-se que atitudes e comportamentos possam ser transferidos de mães para filhos, da mesma forma que pensamentos, valores e crenças, nos deparamos com a importância das atitudes praticadas em casa, as quais servirão à criança, como fontes de experiências iniciais. Cabe aqui lembrar que, como as atitudes desempenham papéis importantes e decisivos na determinação do comportamento, e que este, uma vez arraigado, torna-se muito

resistente à modificação, as atitudes maternas devem manifestar o máximo de acertos em relação à saúde. Sob este aspecto, a familiaridade, suposta de interação e proximidade, pode então tornar-se uma condição favorável ou desfavorável para o desenvolvimento da saúde infantil.

No saber odontológico cientificamente construído, questões aqui brevemente discutidas, como a amamentação materna, os hábitos de dieta e de higiene bucal constituem elementos essenciais a um desenvolvimento saudável nesse campo. Entretanto, revelam-se de pouca valia quando não incorporados aos saberes e costumes maternos. Só através da educação pode-se contribuir para a adoção de um papel ativo e inteligente na formulação da vida em sociedade, desde as relações pessoais, até o desenvolvimento de atitudes saudáveis. A ação educativa é, acima de tudo, um processo participativo, onde a relação entre mães, filhos e profissionais deve ser transformadora, facilitadora e libertadora.

3.7 Considerações Finais

É necessária a compreensão de que as formas eleitas pelas mães, em se tratando do pensar e do agir frente à saúde (bucal) de seus filhos, relacionam-se intimamente com seus valores culturais, com suas experiências e conhecimentos adquiridos ao longo da vida, frutos de sua inserção social. Assim o ambiente, a família e em especial a mãe tornam-se transmissores em potencial, não só de aspectos biológicos, mas principalmente de atitudes, valores, comportamentos e práticas inseridos no dia-a-dia da de uma criança.

Pressupõe-se então que a mãe, uma vez firmemente articulada com a estrutura social que a cerca e também a seu filho, acolha para si vários papéis (distintos e fundamentais) no processo do "cuidar infantil". A figura materna, enquanto agente legítimo do cuidado em saúde, reproduz de forma única a sua concepção de afeto, dedicação e cuidado ao outro, devendo, portanto, estar profundamente inserida em todos os contextos relacionados à saúde.

Desta maneira, cercados pela força do sentido atribuído ao cuidado materno na saúde, destaca-se novamente a importância da profundidade e da qualidade nas relações, nas interações e no desenvolvimento de novas capacidades entre mães, filhos e profissionais dos campos da saúde.

Ao ignorar a relevância desse aspecto amplo, conjunto e complexo da atenção à saúde infantil, a Odontologia exibe-se como uma prática isolada, lacunar e desconexa, cujas ações incorrem em grave superficialidade.

3.8 Referências

1. Altaminaro EHD, Jereissati L. A fisioterapia respiratória e o processo de hospitalização criança-mãe. *Psicol Teor Prat* 2002; 4: 57-65.
2. Ault RL. Desenvolvimento cognitivo da criança: a teoria de Piaget e a abordagem de processo. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
3. Bee H. A criança em desenvolvimento. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
4. De Lamare R. A Vida do bebê. 38º ed. Rio de Janeiro: Bloch; 1992.
5. Dockhorn DMC, Pretto SM. Escolaridade, condições sócio-econômicas e saúde bucal-relação ente mães e filhos. *Rev Odonto Cienc* 2001; 16: 43-59.
6. Dolto F. Quando surge a criança. Campinas: Papirus; 1998.
7. Dytz JLG. O modo de vida da mãe e a saúde infantil. *Rev. Brasileira de Enfermagem* 2000; 53: 165-166.
8. Freire P. Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP; 2000.
9. Galimard P. A criança de 6 a 11 anos: desenvolvimento físico-psíquico-social. 3ª ed. São Paulo: Paulinas; 1983.
10. Gandra MIS, Aznar-Farias M. A importância do apego no processo de desenvolvimento. *Braz Ped News*, 2000. [citado 2006 Ago 12]. Disponível em URL: <http://www.brazilpednews.org.br/dec2000/bnp0026.htm>

11. Giffoni FAO. O desenvolvimento psicoafetivo: a relação mãe-filho e o contexto social. *Educ Debate* 1999; 21: 125-132.
12. Mair LP. Introdução à antropologia social. 4ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
13. Meneses A. Quality of attachment towards mother and teacher. *Rev Assoc Portug Psicol* 2004; 17: 453-459.
14. Ministério da Saúde. Normas de atenção humanizada ao RN de baixo peso (Método Mãe-Canguru). Brasília; 1999.
15. Muller U, Gibbs P, Ariely GAQ. Adults who were adopted contacting their birthmothers: what are the outcomes, and what factors influence these outcomes? *Adoption Quaterly* 2003; 7: 7-25.
16. Neumann E. A criança: estrutura e dinâmica da personalidade em desenvolvimento desde o início de sua formação. São Paulo: Cultrix; 1992.
17. Osório LC. Família hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
18. Perez SM. Relations among child emotionality, mother-child planning and children's academic adjustment and achievement in the first grade. *Diss Abstr Int, B Sci Eng* 2004; 65: 2128.
19. Ribeiro CS. A influência dos transtornos afetivos do puerpério sobre o recém nascido. 2005. Disponível em URL: [Http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=30&art=109](http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=30&art=109) [2006 Jun 9]

-
20. Salerni N, Calvo V, D'Odorico LG. Influence of affective-relational and cognitive attachment on the development of linguistic competence. *Ital Psicol* 2001; 28: 781-802.
21. Sapp MS. Relationship of maternal depression to disorganized attachment in latency-age children. *Diss Abstr Int, B Sci Eng* 2004; 64: 4088.
22. Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossaquez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Encouraging mother-child attachment in prematurity situations: nursing interventions at the Ribeirão Preto Hospital. *Rev. Latino Am de Enfermagem* 2003; 11: 539-543.
23. Serino RJ, Gold SB. Infant and early childhood oral health care. *NY State Dent J* 1997; 63: 34-35.
24. Sertório SCM, Silva IA. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39: 156-162.
25. Silva SSC, Le Pendu Y, Pontes FAR, Dubois M. Sensibilidade materna durante o banho. *Psicol Teor Pesqui* 2002; 18: 345-352.
26. Spitz RA. O primeiro ano de vida. São Paulo: Martins Fontes; 1993.
27. Tezoquipa IH, Monreal MLA, Santiago RV. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35: 443-450.
28. Walsh AP. Representations of attachment and caregiving: the disruptive effects of loss and trauma. *Diss Abstr Int, B Sci Eng* 2003; 64: 1511.

29. Winnicott DW. Os bebês e suas mães. 2º. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
30. Zanata RL, Navarro MFL, Pereira, JC, Franco EB, Lauris JRP, Barbosa SH. Effect of caries preventive measures directed to expectant mothers on caries experience in their children. Braz Dent J 2003; 14:75-81.

4 Capítulo 2

As representações sociais como instrumento de informação para a saúde bucal coletiva²

² Normatização segundo a Revista Gaúcha de Odontologia. Aceito para publicação em 24/11/2008 (Anexo F).

4.1 Resumo

A Epidemiologia, enquanto ciência básica da Saúde Coletiva tem buscado, além do entendimento da distribuição do processo saúde-doença nas populações, o estudo da causalidade a ele relacionada, desenvolvida pela humanidade ao longo do tempo e a interpretação da historicidade desse campo do saber. A proposta deste estudo é, por meio de criterioso exame na literatura, apontar a importância da utilização do conhecimento popular (senso comum) como estratégia de investigação qualitativa em saúde e desmistificar o uso das representações sociais para o campo da Odontologia.

Termos de indexação: causalidade; epidemiologia; análise qualitativa.

4.2 Abstract

The Epidemiology, while basic science of the Public Health has sought beyond the agreement of process health-illness' distribution in the populations, the study of the causality related to it, developed by the humanity throughout the time and the interpretation of the narrative of this field of knowledge. The purpose of this study is, by means of critic examination in literature, to point the utilization's importance of the popular knowledge (common sense) as health's qualitative inquiry strategy and to demystify the use of the social representations for Dentistry field.

Indexing terms: causality; epidemiology; qualitative analysis.

4.3 Introdução

Desde muito cedo o homem preocupou-se em buscar explicações sobre os processos de cura e adoecer. Os questionamentos a respeito de corpos sãos e corpos doentes instigaram o desenvolvimento de inúmeras teorias ou concepções à procura de um significado para a saúde dos sujeitos e para a ocorrência de doenças ou enfermidades a eles apresentadas.

Cada época da história da humanidade carrega um conceito diferente para a explicação do processo saúde-doença¹, sofrendo variações impostas principalmente pela inserção sócio-cultural de cada povo, seu nível de desenvolvimento e organização social. Como esta compreensão se modifica de uma cultura para outra e de um momento histórico para outro, as noções de saúde e de doença também sofrem alterações e a conceituação do processo saúde-doença condiciona-se pela capacidade intelectual do homem em cada contexto histórico e pelas condições concretas de sua existência².

Esta ação investigativa do significado dos equilíbrios e desequilíbrios em saúde é, em parte, viabilizada pelas representações sociais ou coletivas^{3,4,5,6,7,8,9,10}. Para a sinonímia de "representação" caberiam aqui palavras como "interpretação", "concepção" ou "entendimento" produzidas social, histórica e culturalmente. Igualmente designada como saber comum, ou ainda, saber ingênuo

ou natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico¹¹.

A questão das RS é bastante complexa e seu uso diversificado, uma vez que ela permeia o campo das ciências sociais sob múltiplas e diferentes óticas. Contudo, quando o interesse constitui-se em pesquisas acerca das significações atribuídas pelo homem ao binômio saúde-doença vale uma reflexão crítica a respeito de sua utilização, enquanto referencial teórico metodológico no campo da saúde coletiva.

A proposta deste estudo é, por meio de criterioso exame na literatura, apontar a importância da utilização do conhecimento popular (senso comum) como estratégia de investigação qualitativa em saúde e desmistificar o uso das representações sociais para o campo da Odontologia.

4.4 A diversidade das concepções de saúde e de doença revelada através dos diferentes caminhos percorridos pelo homem

Neste momento tentar-se-á, de maneira bastante simplificada, valer-se do exame de alguns históricos científicos, no que se refere à concepção humana para os estados de saúde e de doença, buscando contextualizar a Odontologia nas etapas deste processo.

As divisões históricas clássicas remetem as condições de saúde e de doença à Medicina Primitiva ou Era Religiosa, Era Hipocrática, Medicina Moderna, Era Bacteriológica e Medicina Social^{1,12}. Modernamente alguns autores¹³ propõem a divisão das concepções estudadas ao longo da humanidade em quatro grandes vertentes, o Modelo Cosmocêntrico, o Modelo Teocêntrico, o Modelo Antropocêntrico e o Modelo Sistêmico e levantam questionamentos sobre a extensão da incorporação do saber da população brasileira, frente à concepção do processo saúde-doença bucal.

A Era Religiosa caracterizou-se pela época em que não havia a escrita e o homem vivia em tribos, estando a doença relacionada à um poder maior, capaz de dominar a pessoa enferma. Este conceito primitivo de doença pertencia a uma época na qual a religião e a Medicina mantinham-se fortemente ligadas e as

doenças eram conseqüências de desarmonias em relação à ordem cósmica (Modelo Cosmocêntrico). Apesar de este parecer um padrão encravado teoricamente numa história longínqua, o Brasil de hoje ainda apresenta pesquisas cujos resultados remetem à conservação deste modelo^{14,15,16,17,18}.

Com a evolução da sociedade novas concepções para a história da saúde e da doença foram trazidas pelo homem. A época agora era a da vida nas cidades, do aparecimento do comércio, do desenvolvimento da escrita e das artes, da arquitetura, da escultura, da pintura e dos grandes pensadores. Este período de efervescência cultural é o chamado período grego da civilização humana, onde se destaca uma tentativa de compreensão da sociedade e de seus problemas, afora as explicações mágicas e mitológicas dominantes até então^{1,2,19}. Neste momento, no qual o homem assume um espírito crítico e um papel ativo no processo do adoecimento, com perda substancial do então dominante caráter mágico e religioso, ganha força a conceituação de que a saúde resulta do equilíbrio dinâmico entre os quatro elementos do universo, também chamados de humores - terra, água, ar e fogo. A doença, por sua vez, seria o desequilíbrio entre estes elementos, decorrente da ação de fatores externos^{2,19,20}. Assim como o universo, também o corpo do homem compunha-se de quatro elementos ou humores - o sangue, a fleuma, a bÍlis amarela e a bÍlis negra. Tecendo uma linha paralela entre os elementos do corpo com os do universo, o sangue era quente e úmido como o

ar, a fleuma era fria e úmida como a água, a bÍlis amarela era quente e seca como o fogo e a bÍlis negra era fria e seca como a terra¹.

Seguindo ainda esse raciocÍnio dos humores corporais e do universo, foram desenvolvidas ações terapêuticas para muitas doenças do organismo humano. Data deste período a Teoria dos Opostos de Hipócrates, a qual se valia da utilização de substâncias frias e secas para o combate de doenças consideradas quentes e úmidas e vice-versa. Neste sentido a Odontologia utiliza-se até hoje deste conhecimento, quando, após uma extração dentária sugere a associação de substâncias frias (água gelada, gelo) em busca do reequilÍbrio (estancamento) da substância quente perdida (sangue). Essa teoria, segundo a qual saúde relaciona-se com um estado de isonomia entre influências ambientais e modos de vida humanos, foi defendida por Hipócrates caracterizando a Era Hipocrática. Assim, novamente as interpretações humanas sobre o mundo e sua dinâmica alimentaram a evolução dos conceitos de saúde e de doença, revelando agora uma visão epidemiológica da questão, uma vez que tais interpretações não se limitavam ao indivíduo, estendendo-se também ao seu ambiente.

Caminhando um pouco mais pela história da humanidade, neste próximo momento nos deparamos com poucos avanços na causalidade da saúde e da doença. Uma época, de um lado revestida pelo pensamento científico, embasado no conhecimento da anatomia humana (Medicina Moderna) e de outro, revestida de caráter religioso, onde há a necessidade da interferência divina para os

processos de cura e adoecer. Estudos relatam a influência do Modelo Teocêntrico¹³ sobre a saúde bucal, mostrando associações de concepções populares entre a fé e a oração com o sofrimento, dor e ritual de cura dental^{15,18,21}.

A busca incessante por explicações consistentes torna-se mais concreta com as descobertas da bacteriologia (Era Bacteriológica) na metade do século XIX e consolida-se a crença no modelo da racionalidade científica como único caminho para obtenção da verdade²². Os avanços na causalidade das doenças relacionam-se então à chamada revolução científica, com a descoberta dos microorganismos, ao papel ativo do homem no processo de cura e adoecer e à noção de multicausalidade, caracterizando o Modelo Antropocêntrico¹³.

Por fim, continuando esse análogo entre a evolução da humanidade e as concepções de saúde e doença, deparamo-nos com a Medicina Social. Esta fase enaltece a revolução industrial enquanto produtora de profundo impacto sobre as condições de vida das populações. É neste período da história que se iniciam as investigações a respeito da influência da inserção do indivíduo na sociedade sobre a saúde, como a condição de trabalho, a moradia, a alimentação, o acesso aos bens e serviços de saúde, o lazer e a participação política, vista como principal estratégia de transformação da realidade em saúde^{23,24}. Passando do campo político novamente para o campo da causalidade visualiza-se agora a saúde

como um fenômeno plural, que envolve aspectos físico, psicológico e social, todos interdependentes.

Ao longo das décadas de 70 e 80 as evidências da associação entre condições de vida e saúde se acumularam, ajustando-se o modelo de multicausalidade aos novos problemas de saúde, visto que, para muitas doenças ainda faltavam os agentes etiológicos específicos. Assim, a saúde passou a ser compreendida não apenas como mera ausência de doenças, mas como resultante de um conjunto de fatores individuais e coletivos, históricos, sociais, econômicos, étnicos, religiosos, culturais, psicológicos, laborais, biológicos e ambientais, entre outros²².

Enfim evidencia-se que a diversidade dos conceitos de saúde e de doença tem, até hoje, revelado os diversos caminhos percorridos pelo homem na sua relação entre si e com o meio em que vive, expondo claramente as relações de cunho político, econômico e social vigentes em uma sociedade.

4.5 As representações sociais como objeto de reflexão e como referencial teórico-metodológico para o campo da saúde bucal coletiva

Atualmente, com o início do delineamento de um novo paradigma para o entendimento do processo saúde-doença bucal, o qual privilegia a idéia de que o mesmo é também resultado de uma produção sócio-cultural, o conhecimento das circunstâncias e do contexto em que o mesmo está inserido torna-se peça fundamental para as ações avaliativas em saúde.

Considerando-se ainda o caráter etiológico complexo das doenças bucais, uma abordagem ampliada, que inclua, além das questões biológicas, os "comos" e os "porquês" desse processo deve ser permanentemente considerada.

Desde a abertura do campo teórico para o estudo das representações sociais³, seus palcos de pesquisa e aplicação vêm se multiplicando. Inúmeros pesquisadores têm se dedicado ao estudo desta teoria, seja em busca do conhecimento de novas representações, seja no desenvolvimento teórico-metodológico do próprio campo.

Como as RS buscam uma compreensão particular daquilo que estuda, o foco de sua atenção é centrado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados^{25,26}. Esta reorientação do cuidado em saúde, na perspectiva do respeito à autonomia e à

cultura humana, em uma interação do cuidar e do ser cuidado²⁷, em muito consegue ser contemplada com a utilização de abordagens qualitativas. Ainda segundo os autores, três são os aspectos que permitem a caracterização destas abordagens. O primeiro é de caráter epistemológico e se relaciona à visão de mundo implícita na pesquisa, isto é, o pesquisador que se propõe a realizar uma pesquisa qualitativa busca uma compreensão subjetiva da experiência humana. O segundo aspecto se relaciona ao tipo de informação que se objetiva coletar, ou seja, dados ricos em descrições de pessoas, situações, acontecimentos, vivências. E o terceiro relaciona-se ao método de análise, o qual na pesquisa qualitativa busca compreensão e significado e não evidências. Em suma, os pesquisadores qualitativistas ocupam-se com os processos e desejam saber como os fenômenos ocorrem naturalmente e como as relações entre estes fenômenos se estabelecem.

Este tipo de análise está baseado em processos de categorização, adotando principalmente técnicas capazes de organizar as condutas e as comunicações sociais^{14,28} e de intervir na difusão e na assimilação dos conhecimentos.

Fundamentar a investigação na produção de um pensamento sobre a experiência vivida significa centrá-la nas representações dos sujeitos, o que, de um lado constitui a opção de se estudar uma realidade social e coletiva por meio de narrativas individuais e vividos singulares²⁹ e de outro, pretende verificar não

apenas o que estes sujeitos percebem de diferentes modos de produção das doenças (bucais), mas a própria existência objetiva destes modos. Trata-se ainda, de acordo com a autora, da escolha de uma modalidade de pesquisa capaz de percorrer a dimensão social; mas simultaneamente, trata-se da capacidade de visualizar a dimensão subjetiva das práticas e a concreta constituição dos sujeitos nas ações.

As práticas educativas pautadas na perspectiva conteudista, normativa e cientificista mostram uma não-correspondência, freqüente, entre saber instituído e mudança de práticas e comportamentos⁹. Este fato, voltado para a Odontologia, evidencia a urgência da integração de valores, costumes, modelos e símbolos sociais (trazidos, em parte, pelas RS) também à atenção educativa, de condutas e práticas em saúde bucal.

Apesar de a Odontologia científica ter avançado no conhecimento das suas doenças, a comunicação com o saber popular deixa muito a desejar, uma vez que grande parte dos cirurgiões-dentistas encontra-se presa somente ao Modelo Antropocêntrico^{13,30}. A opção pela introdução de uma visão sistêmica da saúde não se trata de uma negação absoluta dos modelos anteriores, advertem os autores; ao contrário, todos os modelos contribuíram para a compreensão dessa visão pluralista, como se cada um reunisse em si um fragmento do todo, que durante o processo histórico manteve-se ligado a um fio que a ciência moderna resgatou.

Para a Odontologia, na esperança de romper definitivamente com o fragmentado monopólio cartesiano, no que se refere às ações do fazer e do pensar em saúde bucal, passa a ser vital o encontro com uma forma de acesso ao conhecimento implícito dos indivíduos e da população. Reconstruir, nas origens, a lógica pela qual as representações de saúde e doença bucal foram produzidas e socializadas ao longo do tempo, percorrendo o "caminho de volta" para uma melhor compreensão dos antecedentes dos modelos atuais pode ser considerada uma relevante e produtora finalidade das representações para o âmbito odontológico.

Uma vez ciente das limitações dos métodos normativos utilizados para as pesquisas em saúde bucal³¹, enraizados na epidemiologia clássica, a Odontologia depara-se com alguns importantes desafios. O primeiro deles perpassa pelo reconhecer da necessidade da incorporação de métodos diagnósticos mais abrangentes. Em seguida, a necessidade de considerar a história social e cultural arraigada às populações, a fim de identificar as percepções, os significados e as crenças que influenciam na adoção de condutas e agregam a diversidade de suas práticas. Sob este aspecto, os fenômenos decorrentes do processo saúde-doença bucal somente podem ser entendidos partindo-se da contextualização destes aspectos sócio-histórico-culturais, uma vez que os produzem³², buscando uma aproximação real ao universo de vida dos sujeitos envolvidos, sobretudo, com as questões relativas às doenças bucais.

Cabe então lembrar que quando a doença surge, seja ela de origem bucal ou não, há um forte envolvimento de todas as esferas sócio-culturais dos sujeitos. No estudo das representações concentra-se grande parte do entendimento da doença e de como ela se agrega no dia-a-dia das pessoas³³. Para os autores, a doença age como fator de ruptura de um fluxo cotidiano, fazendo com que o indivíduo afetado e os que o circundam necessitem de nova reorganização de suas atividades diárias.

Esta mudança de perspectiva quanto ao papel disciplinador das teorias da prática e do conhecimento, de um lado legitimando o saber não consubstanciado cientificamente e, de outro, colocando na berlinda o selo de garantia epistemológica, teve um papel fundamental na elaboração do conceito das RS e em suas implicações⁴. Teve, antes de tudo, o efeito de liberar o poder de criação dos conhecimentos práticos, ou das teorias do senso comum, tão freqüentemente aprisionados nos chavões de reprodução e de (re) apresentação. Ou seja, as RS puderam dar vida, reabilitar o senso comum enquanto forma válida de conhecimento e utilizá-lo para efetivamente modificar uma realidade social.

É esta, possivelmente, a contribuição mais valiosa das RS para o campo da Odontologia; a ênfase no processo de elaboração de suas práticas a partir das práticas sociais que as definem e que são por elas definidas, bem como a abertura da possibilidade de se trabalhar um outro campo, no qual se

entrecruzam as representações e as práticas, a subjetividade e a objetividade, o pensamento e a ação.

Desta forma evidencia-se que as práticas odontológicas devam partir de uma necessária articulação entre as RS e a experiência da doença para o diagnóstico e o planejamento de suas ações. Assim, qualquer direcionamento em saúde bucal deveria ser amplamente contemplado, também com indicadores internos aos sujeitos, pensando-se primeiramente na transversalidade das RS, uma vez que se situam na interface dos fenômenos individual e coletivo.

Cabe ainda salientar, que apesar da utilização das RS na pesquisa social em saúde estar aqui sendo evidenciada, acredita-se que seu conceito e utilização devam ser constantemente problematizados. Autores^{34,35} observam em sua análise avaliativa outros aspectos a serem considerados (além das RS), apontando o alto grau de generalidade do nível de análise que ela constitui como principal mote.

Em síntese, a integração das RS com o campo da saúde bucal coletiva, ainda que recente, tem buscado superar a dicotomia histórica entre indivíduo e sociedade, tentando visualizar o indivíduo e suas produções mentais como produtos de sua socialização.

4.6 Considerações Finais

Frente ao exposto, sustenta-se a idéia que a Odontologia não pode mais agir com completa autonomia perante a sociedade; mas encarada, ela própria, como sendo determinada e condicionada, em grande parte, por sua estrutura econômica, cultural e social.

As determinações extrabiológicas da saúde e da doença devem ser incessantemente analisadas, considerando-se os homens - afetados ou não por doenças bucais - não apenas como corpos biológicos; mas, sobretudo como corpos sociais, inseridos em determinadas sociedades, membros de determinadas classes e participantes de relações sociais específicas. É claro que o tratamento de uma doença, agora também entendida como produto social, e não somente biológico, consiste na eliminação e no controle de seus fatores predisponentes, produtores ou mantenedores, entretanto, desta vez, não somente a utilização de recursos curativo-assistenciais deve ser privilegiada, mas o profundo entendimento de toda a sua estrutura social.

Neste contexto, surge a necessidade da utilização de novas estratégias de investigação para se avaliar o processo saúde-doença em grupos populacionais, uma vez que o referencial teórico da epidemiologia clássica, até então isoladamente utilizado, cresce em suas fragilidades e limitações.

O estudo das RS na Odontologia, portanto, afirma a sua relevância em termos de sua capacidade de adaptação aos novos contextos e conseqüentemente o vislumbamento de novos caminhos para o enfrentamento das doenças bucais.

As evidências empíricas obtidas em uma sociedade contemporânea (no caso, a brasileira) demonstram claramente as desarticulações e contradições não resolvidas a respeito das formas como são direcionadas as demandas sociais, a oferta de políticas e serviços (em saúde) pelo Estado e a percepção dos usuários quanto a esses fatos.

A partir destas reflexões reitera-se a afirmação de um novo campo teórico-metodológico para a Odontologia, renovado, múltiplo, dinâmico e constituído a partir de uma produção ateórica de saberes humanos. Torna-se então necessário o conhecimento das RS em toda a sua dinâmica e variabilidade, uma vez que esta apropriação pode inferir em um caminho para a definição de novos direcionamentos e de desdobramentos inéditos no campo da saúde coletiva.

Trata-se também da ampliação do olhar, de modo a visualizar o senso comum não mais como informação de baixa relevância, mas como conhecimento legítimo e motor das transformações em saúde, no contexto social.

Deste modo, o planejamento das ações em saúde bucal deveria estar pautado na multiplicidade de instrumentos metodológicos avaliativos, visto que a saúde coletiva só se consolida na integração do campo científico e do âmbito das práticas ao assumir, com clareza, a dimensão cultural e social de seu caráter.

Por fim, torna-se necessário um esclarecimento sobre a não-negação da relevância de avaliações clássicas; mas sim, o interesse pela utilização e efetividade de estratégias plurimetodológicas, uma vez que o delineamento dos métodos tradicionais de pesquisa, quando fundamentado em instrumentos avaliativos isolados, apresentou, até o momento, sérias limitações e questionamentos.

4.7 Referências

1. Carvalho CL, Martins EM. O Significado da saúde e da doença nas sociedades. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde; 1998. v. 1, p. 91-102.
2. Souza ECF, Oliveira AGRC. O processo saúde-doença: do xamã ao cosmos. In: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Odontologia Social: textos selecionados. Natal: Ed UFRN; 1998. p.87-92.
3. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
4. Spink MJ. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. Cad Saúde Pública. 1993; 9(3): 300-8.
5. Cardoso MHCA, Gomes R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. Cad Saúde Pública. 2000; 16(2):499-506.
6. Xavier R. Representação social e ideologia: conceitos intercambiáveis? Psicol Soc. 2002; 14(2): 18-47.

7. Roazzi A, Federicci FCB, Carvalho MR. A questão do consenso nas representações sociais: um estudo do medo entre adultos. *Psicol Teor Pesqui*. 2002; 18(2): 179-92.
8. Espíndula DHP, Santos MFS. Representações sobre a adolescência a partir da ótica dos educadores de adolescentes em conflito com a lei. *Psicol Estud*. 2004; 9(3): 357-67.
9. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(1): 200-206.
10. Sertório SCM, Silva IA. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão das mães. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(2): 156-62.
11. Jodelet D, org. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001.
12. Barros JAC. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde Soc*. 2002; 11(1): 67-84.
13. Nuto SAS, Nations MK, Albuquerque SHC, Costa ICC. O saber popular em odontologia e o processo saúde-doença. In: AD, org. *Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas*. São Paulo: Santos; 2006. p.119-137.
14. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad Saúde Pública*. 1998; 4(4):363-81.

15. Nuto SAS. Avaliação cultural do serviço de saúde bucal de Beberibe-CE: a vez e a voz do usuário [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 1999.
16. Mendonça TCS. A mutilação bucal em foco: um olhar antropológico sobre um objeto da odontologia [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 1999
17. Nuto SAS, Nations MK. O que é cárie dentária? Conflitos entre as percepções populares e profissionais. Rev ABO Nac. 2002; 10(3):184-87.
18. Moreira TP, Nuto SAS, Nations MK. Confrontação cultural entre cirurgiões-dentistas e a experiência de usuários de baixa renda em Fortaleza, Ceará. Saúde Debate. 2004; 28(66):58-67.
19. Barata RCB. A historicidade do conceito de causa. In: Carvalheiro JR, org. Textos de apoio: Epidemiologia 1. 2ª edição. Rio de Janeiro: SDE-ENSP/ABRASCO; 1990. p.13-25.
20. Novaes, H. Maria Ditolh. Tecnologia e saúde: a construção social da prática odontológica. In: Botazzo C, Freitas SFT, orgs. Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. São Paulo: Ed. Unesp; 1998. p.141-158.
21. Nations MK, Nuto SAS. "Tooth worms", poverty tatoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. Soc Sci Med. 2002; 54(2):229-44.

-
22. Teles GS, Martins ALC. Conceito de saúde: uma abordagem histórica. In: Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Ed. Santos; 2007. p.359-65.
23. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev Saúde Pública. 1998; 32(4):299-316.
24. Barata RCB. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. Rev USP. 2001; 51:138-45.
25. Campos PHF, Ronquette ML. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. Psicol Reflex Crit. 2003; 16(3): 435-45.
26. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde Soc. 2004; 13(3):44-57.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde: documento para discussão. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
28. Spink MJ, org. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1995.
29. Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Rev Saúde Pública. 1995; 29(1):63-74.

-
30. Carvalho CL. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica do século XIX. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos*. 2006; 13(1):55-76.
31. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):245-59.
32. Rodrigues MP, Sobrinho MD, Silva EM. Os cirurgiões-dentistas e as representações sociais da Aids. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(2):463-72.
33. Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As representações sociais e a experiência da doença. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(5):1207-14.
34. Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 1991; 1(1):23-26.
35. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus; 1996.

5 Capítulo 3

Aspectos sócio-dentais e de representação social da cárie dentária no contexto materno- infantil³

³ Normatização segundo a Revista Gaúcha de Odontologia. Aceito para publicação em 08/12/2008 (Anexo F).

5.1 Resumo

Objetivos: cientes da relevância da mãe no processo de cura e adoecer bucal infantil, o presente estudo buscou investigar características sociais e dentárias maternas relacionadas à experiência da doença cárie no filho e averiguar a representação social de mães a respeito do processo saúde-doença bucal. **Métodos:** a amostra constituiu-se de 272 pares de mães e filhos freqüentadores de instituições públicas da educação infantil da cidade de Ponta Grossa/PR. As informações de interesse foram coletadas por meio de um questionário estruturado, de exame clínico bucal e de entrevista semi-estruturada. O teste adotado para a análise estatística foi o de qui-quadrado para independência. **Resultados:** os resultados comprovaram a associação entre necessidade de tratamento odontológico das mães e experiência de cárie nos filhos, assim como a sua relação com variáveis sócio-econômicas. Escolaridade, renda, número de filhos e freqüência de visitas ao cirurgião-dentista foram as variáveis que apontaram significância estatística. **Conclusões:** a inserção social materna desfavorável, o número de filhos que a mãe possui, sua necessidade de tratamento odontológico e sua freqüência de visitas ao cirurgião-dentista estiveram associadas à experiência da cárie dentária infantil. Ainda, conclui-se que as representações sociais maternas constituíram um importante instrumento de informação em saúde, devendo ser consideradas no processo de formulação de políticas públicas.

Termos de indexação: condições sociais; fatores de risco; cárie dentária; saúde bucal.

5.2 Abstract

Objectives: conscious of mother's relevance in the process of infantile cure and oral ill, the present study sought to investigate social and dental maternal characteristics related to the child's caries experience and to inquire the social representation of mothers regarding the oral health and illness process. **Methods:** the sample consisted of 272 pairs of mothers and their children that frequent public institutions of early childhood education in the city of Ponta Grossa/PR. The information of interest was collected through a structured questionnaire, oral clinical examination and a semi-structured interview. The test used for statistical analysis was a chi-square for independence. **Results:** the results confirmed the association between mothers' need for dental treatment and the children's dental caries experience as well as its relation with socio-economic variables. Education, income, number of children and frequency of visits to the dentist were the variables that showed statistical significance. **Conclusions:** maternal adverse social inclusion, the number of children that the mother has, their need for dental treatment and their frequency of visits to the dentist were associated with dental caries experience of children. Still, it appears that mother's social representations were an important tool for health information, that should be considered in the formulation of public policies.

Indexing terms: social conditions; risk factors; dental caries; oral health.

5.3 Introdução

Dentre as inúmeras transformações pelas quais a família brasileira vem atravessando ao longo do tempo está o crescimento da participação da mulher como pessoa de referência na família^{1,2}. Neste cenário emerge a figura da mãe assumindo um papel central na formação, transmissão e preservação biológica e social dos indivíduos, em especial de seus filhos.

Esta nova perspectiva da inserção materna estende-se ao processo de cura e adoecer infantil e também se relacionada com a ampla discussão da saúde e da doença serem vistas como processos, ao mesmo tempo, biológicos e sociais. Assim, quando se analisa como a enfermidade ocorre e se distribui na população, descobre-se que o fato de ela se individualizar em determinados grupos humanos, como é o caso de pares de mães e filhos, passa a ser uma consequência de determinadas relações sociais. O olhar agora se afasta da doença como fenômeno meramente natural e incide em problemas sociais, políticos e culturais, os quais requerem a utilização de metodologias mais sensíveis nas formas de tratar os objetos de investigação.

Os questionamentos que norteiam esta pesquisa remetem a uma investigação criteriosa da relação materno-infantil, no campo da epidemiologia social, e suas consequências, capazes ou não de condicionar o aparecimento da doença cárie em crianças.

Constituem objetivos deste estudo investigar a relação entre as características sociais e dentárias maternas e a experiência da doença cárie na criança e averiguar a representação social de diferentes grupos de mães a respeito do processo saúde-doença bucal de seu filho.

5.4 Métodos

Este estudo, classificado como quali-quantitativo, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (Anexo A), segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde³.

Amostragem

O município de Ponta Grossa/PR possui 34 instituições públicas de ensino infantil em funcionamento, atendendo ao universo de crianças com faixa de idade entre 1 e 5 anos. Destas instituições, 28 são gerenciadas pelo próprio município e seis atuam sob competência do governo estadual. A população de matriculados em 2007 era de 5.243 crianças, correspondendo a 27,8% da população total do município nesta faixa etária.

Para a etapa quantitativa, uma amostra probabilística de 360 indivíduos foi selecionada para participar do estudo. O cálculo do tamanho amostral foi realizado pelo programa Epi Info 6.0⁴ considerando-se um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5% além do tamanho da população total de interesse para o estudo. A prevalência considerada da experiência da doença cárie nas crianças foi de 50%. O total calculado foi acrescido de 10% como taxa de não participação.

As crianças foram categorizadas de acordo com as instituições de ensino e sua distribuição em turmas (maternal I e II; jardim I, II e III). Posteriormente procedeu-se a um sorteio sistemático, o qual envolveu o total de turmas encontradas (n=170). Como o número de crianças matriculadas em cada escola e turma revelou-se muito parecido, não foi utilizado o critério da proporcionalidade entre as amostras durante a estratificação. Ao final deste processo, 13 turmas distribuídas em 10 instituições foram selecionadas, com a inclusão na amostra de todos os alunos pertencentes a cada uma delas.

Participaram do estudo as crianças previamente selecionadas e suas respectivas mães, quando em acordo com sua participação e de seu filho(a) na pesquisa (Anexo B). Não houve recusa por parte das escolas sorteadas.

Obtenção dos dados

As informações necessárias para a realização do estudo foram coletadas por um único pesquisador, previamente treinado e padronizado. Foram utilizados dois instrumentos, sendo o primeiro estruturado, elaborado para a pesquisa, previamente validado por meio de estudo piloto e composto de três partes distintas (Anexo C). Na primeira parte deste instrumento, foram abordadas características sociais maternas incluindo-se o nível de escolaridade, a presença ou não de vínculo empregatício, a renda média mensal, a idade, o estado civil e a quantidade de filhos. Além disso, questões relativas ao acesso ao sistema público

de saneamento básico e seu padrão de atendimento ao dentista também estiveram presentes. A segunda parte relacionou-se as condições dentárias maternas observando-se a necessidade ou não de tratamento odontológico, no que se refere à cárie dental, por meio de um exame clínico bucal⁵. Na terceira parte analisou-se a experiência presente e passada da doença cárie na criança, segundo critérios propostos por Fraiz⁶, também por meio da realização de um exame clínico bucal. Os exames bucais foram realizados nas próprias instituições de ensino, com o auxílio de sondas exploradoras, espelhos clínicos planos, espátulas de madeira e gases estéreis, sob luz artificial. A concordância de diagnóstico intra-examinador foi aferida pelo teste Kappa⁷ e o resultado encontrado foi 0,98.

Posteriormente o grupo inicial de mães sofreu uma estratificação, constituindo quatro novos grupos: Grupo 1 - mães com necessidade de tratamento e portadoras de filhos com experiência de cárie, Grupo 2 - mães sem necessidade de tratamento e portadoras de filhos com experiência de cárie, Grupo 3 - mães com necessidade de tratamento e portadoras de filhos livres de cárie, Grupo 4 - mães sem necessidade de tratamento e portadoras de filhos livres de cárie.

O segundo instrumento, um roteiro semi-estruturado também inédito e submetido à pré-teste, foi então aplicado a mães constituintes dos quatro novos grupos formados, visando conhecer os significados por elas atribuídos à condição de saúde, aos determinantes de saúde-doença e, especificamente ao processo

saúde-doença bucal (Anexo D). O roteiro foi elaborado no sentido de orientar uma conversa, visando apreender o ponto-de-vista dos sujeitos entrevistados sobre temas pré-estabelecidos, ou seja, permitiu-se o livre discurso e ao mesmo tempo o delineamento da conversa, buscando manter a entrevista sintonizada com os objetivos da pesquisa.

As entrevistas ocorreram até o momento em que as respostas maternas frente aos temas abordados tornaram-se repetitivas, com enorme similaridade em seu conteúdo. Utilizando-se então o critério de "saturação", proposto inicialmente por Bertaux⁸, no qual o pesquisador verifica a formação de um todo e reconhece a reconstituição do objeto no conjunto do seu material, delimitou-se o grupo de mães exposto à análise qualitativa.

Os relatos maternos foram gravados, transcritos e analisados.

Análise das Informações

O material produzido por meio de entrevista foi tratado de acordo uma das técnicas da Análise de Conteúdo, proposta inicialmente por Bardin⁹, a Análise Temática. Esse procedimento metodológico consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado¹⁰, ou seja, consiste essencialmente numa operação classificatória, que busca categorizar expressões-chave ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A

ordenação dos achados permitiu uma abordagem descritiva do material empírico, o qual, visando a confidencialidade dos sujeitos foi expresso por sentimentos humanos.

A associação entre as variáveis categóricas denominadas: estado civil, número de filhos, escolaridade materna, emprego, renda e frequência de visitas ao cirurgião-dentista e as variáveis necessidade de tratamento odontológico materno e presença de cárie nos filhos foi analisada através do teste qui-quadrado para independência, adotando-se um nível de significância de 5%.

5.5 Resultados

Do universo de mães e filhos proposto por este estudo, 272 pares humanos constituíram amostra final. A perda de indivíduos deu-se pela recusa das mães em participarem (n=67) ou pela ausência da criança na data do exame clínico (n=57).

Para melhor visualização e compreensão dos resultados os dados alcançados serão expostos em quatro segmentos:

Características Sociais Maternas

Com base nos dados sociais verificou-se que a idade média das mães foi de 23 anos e que a maioria declarou-se casada ou sob união estável (80,1%). Com relação à quantidade de filhos 72,8% eram mães de uma única criança. O grau de escolaridade concentrou as maiores frequências nos níveis básico e médio (50,7% e 32,7%, respectivamente). Quanto à existência de vínculo empregatício 95,6% das mães afirmou trabalhar, estando sua renda média mensal concentrada em até três salários mínimos (81,2%).

No que se refere ao saneamento básico, a totalidade das entrevistadas respondeu usufruir de água encanada e de rede de esgoto.

A atenção dedicada à saúde bucal foi refletida na frequência em que as mães frequentavam o dentista: 45,2% asseguraram nunca ter consultado um

profissional, 42,6% freqüentaram raramente, 10,3% uma vez ao ano e 1,9% mais de uma vez ao ano.

Características Dentárias Maternas e Filiais

Das 272 mães examinadas, 184 (67,6%) possuíam filhos que já haviam sido expostos à cárie dentária e 88 (32,4%) eram mães de crianças livres da doença. Dentre as portadoras de filhos com experiência de cárie, 136 (73,9%) apresentaram alguma necessidade normatizada de tratamento odontológico - Grupo 1 e 48 (26,1%) foram consideradas sem necessidade de tratamento, com relação à doença cárie - Grupo 2. Já, entre as mães de filhos livres de cárie, 09 (10,2%) mostraram-se com necessidade de tratamento - Grupo 3 e 79 (89,8%) não expuseram tal necessidade - Grupo 4.

A associação entre necessidade de tratamento odontológico das mães e experiência de cárie nos filhos foi comprovada: 93% das crianças de mães com necessidade de tratamento já haviam experienciado a cárie, ao passo que apenas 38% das crianças de mães sem necessidade de tratamento haviam sido acometidas pela doença ($X^2=94,46$, $gl=1$, $p< 0,0001$).

Características Sócio-Dentárias Maternas

A associação entre as variáveis sócio-econômicas e necessidade de tratamento odontológico (NTO) materno pode ser observada na Tabela 1. Houve

uma associação estatisticamente significativa entre a necessidade de tratamento odontológico (NTO) materno e as variáveis: escolaridade, renda e frequência de visitas ao cirurgião-dentista.

Tabela 1. Associação entre as variáveis sócio-econômicas maternas e sua necessidade de tratamento odontológico (NTO):

Variável sócio-econômica	Mães com NTO		Mães sem NTO		p-valor*
	n	%	n	%	
Estado civil					
Solteira	27	9,9	28	10,2	0,695
Casada	117	43,1	100	36,8	
Número de filhos					
1 filho	102	37,5	96	35,3	0,404
>1 filho	43	15,8	31	11,4	
Escolaridade					
Básico	97	35,7	41	15,1	< 0,0001
Fundamental	34	12,5	7	2,6	
Médio	14	5,1	75	27,5	
Superior	0	0	4	1,5	
Emprego					
Sim	141	51,8	119	43,8	0,261
Não	4	1,5	8	2,9	
Renda					
< 1 sal mínimo	103	37,9	45	16,5	< 0,0001
1-3 sal mínimo	42	15,4	31	11,4	
> 3 sal mínimo	0	0	51	18,8	
Frequência visitas ao CD					
Nunca	79	29,1	44	16,2	0,0018
Raramente	52	19,1	64	23,4	
1x /ano	14	5,2	14	5,2	
>1x/ ano	0	0	5	1,8	

* Teste qui-quadrado

A associação entre as variáveis sócio-econômicas e a experiência da doença cárie nos filhos pode ser observada na Tabela 2. Houve uma associação

estatisticamente significativa entre a presença da cárie nos filhos e as variáveis: número de filhos, escolaridade, renda e frequência de visitas ao cirurgião-dentista.

Tabela 2. Associação entre as variáveis sócio-econômicas maternas e a presença da cárie dentária nos filhos:

Variável sócio-econômica	Crianças com experiência de cárie		Crianças sem experiência de cárie		p-valor*
	n	%	n	%	
Estado civil					
Solteira	43	15,8	11	4,1	0,053
Casada	141	51,8	77	28,3	
Número de filhos					
1 filho	120	44,2	78	28,7	p< 0,0001
>1 filho	64	23,4	10	3,7	
Escolaridade					
Básico	138	50,7	0	0	p<0,0001
Fundamental	39	14,3	2	0,8	
Médio	7	2,6	82	30,1	
Superior	0	0	4	1,5	
Emprego					
Sim	174	64	86	31,6	p=0,383
Não	10	3,6	2	0,8	
Renda					
< 1 sal mínimo	148	54,4	0	0	p< 0,0001
1-3 sal mínimo	36	13,2	37	13,6	
> 3 sal mínimo	0	0	51	18,8	
Frequência visitas ao CD					
Nunca	113	41,5	10	3,7	p<0,0001
Raramente	55	20,3	61	22,4	
1x /ano	16	5,9	12	4,4	
>1x/ ano	0	0	5	1,8	

* Teste qui-quadrado

A correlação entre as variáveis sociais maternas, suas diferentes condições de necessidade odontológica e a experiência de cárie apresentada por seus filhos é apresentada a seguir, obedecendo-se a formação dos quatro subgrupos, por meio de exposição descritiva e gráfica.

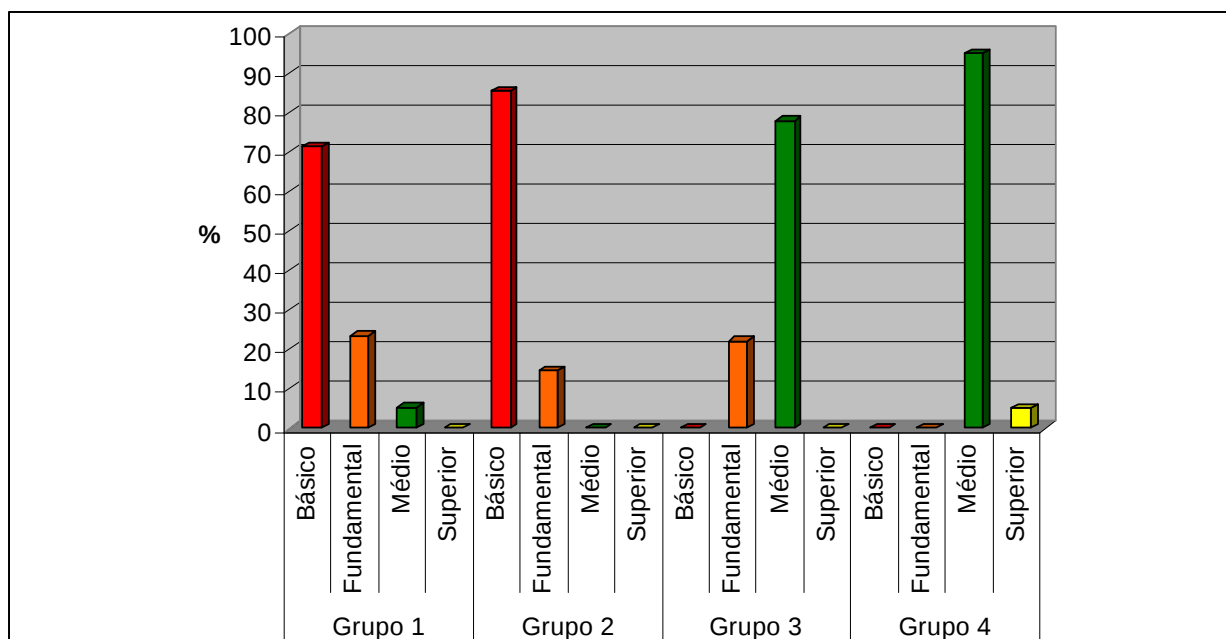
Com relação ao estado civil, variável com somente duas opções de resposta 'solteira/casada', a maioria das entrevistadas declarou-se casada: 80,2%; 66,7%; 100% e 86,1% das mães referentes aos Grupos 1, 2 3 e 4 respectivamente.

As respostas relativas ao número de filhos foram categorizadas em 'somente um filho/mais de um filho', sendo que as maiores porcentagens concentraram-se na segunda opção: 69,8%; 52%; 77,8% e 89,8% referentes aos Grupos 1, 2 3 e 4 respectivamente.

Quanto à existência de vínculo empregatício, a grande maioria afirmou trabalhar formal ou informalmente: 97%; 87,5%; 100%, 97,5% das mães referentes aos Grupos 1, 2 3 e 4 respectivamente.

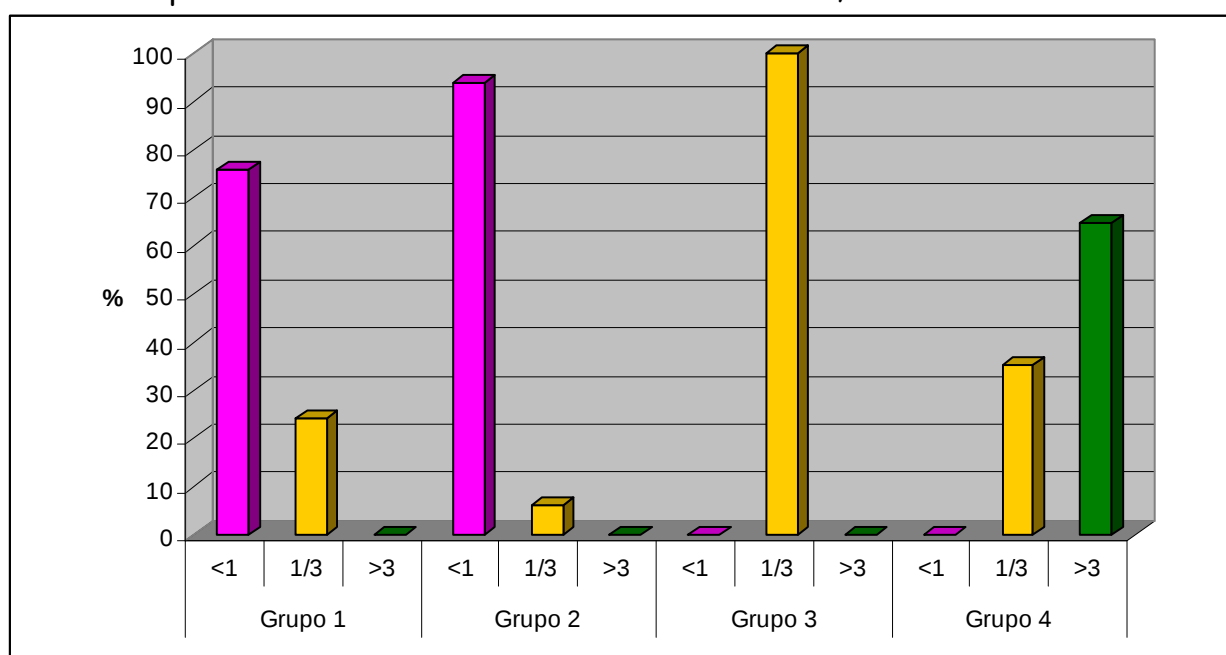
As demais variáveis estudadas, em função do número elevado de opções de resposta, serão expostas por meio de gráficos:

Figura 1. Distribuição percentual dos grupos de mães, segundo o grau de escolaridade. Ponta Grossa/PR, 2007.



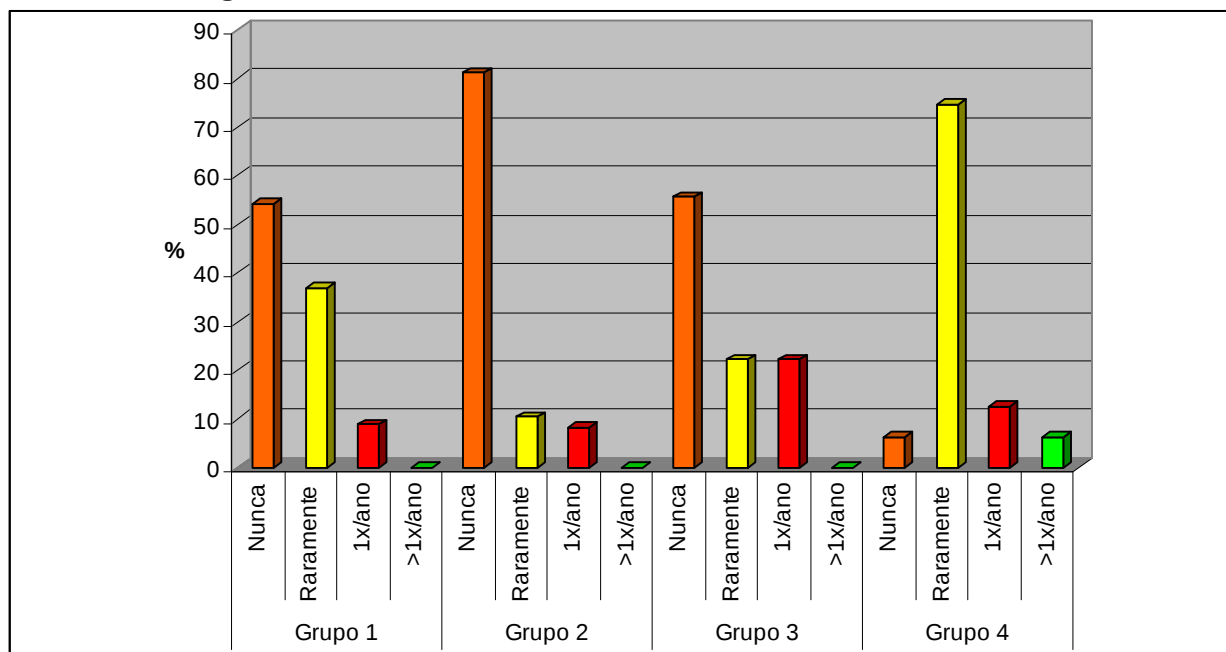
Fonte: Mães de crianças freqüentadoras de instituições públicas de ensino infantil do município de Ponta Grossa/PR.

Figura 2. Distribuição percentual dos grupos de mães, segundo a renda média mensal - expressa em salários-mínimos. Ponta Grossa/PR, 2007.



Fonte: Mães de crianças freqüentadoras de instituições públicas de ensino infantil do município de Ponta Grossa/PR.

Figura 3. Distribuição percentual dos grupos de mães, segundo a frequência de visitas ao cirurgião-dentista. Ponta Grossa/PR, 2007.



Fonte: Mães de crianças freqüentadoras de instituições públicas de ensino infantil do município de Ponta Grossa/PR.

Percepção Materna

Adotando a saturação dos temas como ponto de corte para a limitação do número de entrevistas atingiu-se uma amostra de 25 mães: 5,1%; 8,3%; 55,5% e 11,4% referentes aos Grupos 1, 2, 3 e 4, respectivamente. Os relatos considerados mais reveladores encontram-se abaixo citados, respeitando-se a fala de cada mãe, tal qual ela foi mencionada.

Tema: Condição de saúde

"Meu filho tem muita saúde, nunca foi internado por doença grave". Amor -

G1

"Eu cuido bem dele, dou comida e os remédio sempre na hora certa". Apego - G2

"Saudável? Claro que é...ele quase nunca fica doente, eu nem gasto farmácia com ele". Amizade - G3

"Para meu filho ser mais saudável, ele deveria comer mais verdura, fruta, alimento bom. AH! E também consultar o pediatra quando precisa". Tranquilidade - G4

Tema: Determinantes de saúde X Qualidade de vida

"A comida boa deixa a saúde das criança melhor...". Paz - G1

"Para se ter boa saúde, é preciso comer de tudo um pouco, menos gordura, essas coisas...e fruta também é bom pra criança, tem vitamina, mas é cara".

Ternura - G3

"Alimentação é tudo! Eu, como já tive anemia, dou feijão e bife de fígado para a minha filha e ela nunca teve doença séria". Serenidade - G4

"Se a gente não tivé o posto de saúde, Deus que me livre, o povo fica sem tê pra onde corrê". Compaixão - G2

"Sem médico, dentista, o pessoal fica desamparado. Aí sim que tudo piora de uma vez". Serenidade - G4

Tema: Saúde bucal

"Acho que ela não tem problema de boca, pelo menos nunca chorou de dor".

Alegria - G1

"Tô satisfeita com os dente dela sim, pelo pôco que ela escova, até que tá bom, forte ainda". Alegria - G1

"Eu nunca escovei não, na creche eles dizem que ensinam e em casa, todo mundo tem escova...mas ele como muita porcária, os dente já estão preteando".

Calma - G2

"AH! É difícil não ter cárie hoje em dia...as crianças só querem saber de salgadinho, né? Eu já nem compro outra coisa, porque meu marido almoça fora e ele na creche...". Calma - G2

"Eu sei como faz pra não cariar, mas quem que convence ele a limpar os dente"? Calma - G2

"Nossa, fico feliz que ela tem dente bom, puxou à família do meu marido...ele é preto, tem dente forte pra caramba...eu já sofri muito com esses problemas". Carinho - G3

"Pra não ter cárie hoje tem que ter muito dinheiro...o dentista custa caro e escova boa também". Ternura - G3

"Um sorriso bonito hoje não tem preço. Eu nunca tive problema com trabalho por causa de dente, já minha irmã coitada, não arruma nada". Afeição - G4

"A gente vê na TV que tem que escovar, comer fruta e verdura, essas coisas. Na escola do meu filho mais velho, teve uma vez uma dentista que falou com a gente". Serenidade - G4

5.6 Discussão

Inúmeros estudos têm apontado para uma associação entre determinantes socioeconômicos e a presença da cárie dentária^{11,12,13,14}, entre outros, demonstrando que as piores condições de saúde bucal não podem ser dissociadas, sobretudo, das disparidades de renda e do grau de escolaridade, fatores indicativos do nível social.

Nesta pesquisa as variáveis sociais que mostraram relação com a saúde bucal materno-infantil, além da escolaridade e da renda, foram a frequência de visitas ao cirurgião-dentista e o número de filhos apresentado pelas mães.

Dentre as mães portadoras de filhos com experiência de cárie (G1 e G2), a maioria completou somente o nível básico de ensino e sua renda média mensal não alcançou um salário-mínimo. Já entre as mães com filhos sem cárie (G3 e G4), o nível de escolaridade predominante foi o médio e a renda concentrou-se em valores mais elevados. Renda e a escolaridade materna surgem também como bons indicadores da cárie dental em crianças em outros estudos^{15,16,17,18}.

Do grupo de mães pesquisado 45,2% afirmou nunca ter consultado um cirurgião-dentista. A falta de acesso às ações odontológicas, neste estudo, alcançou valores extremamente maiores do que o exposto pela média nacional, considerando-se a idade adulta¹⁹. Ressalta-se ainda que a frequência de visitas "mais do que uma vez ao ano" incidiu somente no Grupo 4.

No que se refere à quantidade de filhos 34,7% das mães dos Grupos 1 e 2 possuíam mais de um filho e somente 11,3% das mães dos Grupos 3 e 4 expuseram essa mesma situação. Assim como na pesquisa de Galindo et al.²⁰, a maior quantidade de filhos esteve relacionada com a ocorrência mais freqüente de cárie na criança, fato atribuído pelos autores à dificuldade das crianças de pouca idade assumirem responsabilidade com sua higiene bucal.

A necessidade materna de tratamento odontológico também esteve associada a um menor grau de escolaridade, baixa renda e pouca ou nenhuma freqüência ao dentista. No estudo conduzido por Alexandre et al.²¹ a necessidade de tratamento odontológico, representada especificamente pela dor de dente, também se relacionou com o não visitar o dentista para uma revisão de rotina.

É importante considerar que a condição bucal da mãe e o número de consultas ao dentista, os quais sugerem barreiras de acesso à atenção em saúde bucal²², também são reflexos das condições socioeconômicas.

Com base nos temas relacionados à condição de saúde e determinantes de saúde, o relato das mães, e conseqüentemente o seu modo de condução da realidade em saúde de seus filhos, atribui, em maior ou menor grau, a causalidade das doenças ao modelo biomédico e à alimentação. Observam-se, nitidamente, as representações maternas vinculadas ao profissional da saúde, a remédios e à alimentação, independentemente das características sociais ou dentárias por elas apresentadas. Esses resultados vão de encontro aos alcançados por Abreu et

al.²³, os quais, em seu estudo realizado com 29 mães de escolares residentes no meio rural de Itaúna-MG identificaram a alimentação e a utilização de serviços médicos como eixos centrais das representações sociais sobre o processo saúde-doença bucal. Minayo²⁴ salienta que o sistema biomédico penetra em todas as áreas e em todos os grupos sociais, configurando-se, para cada um deles, de forma específica. Salientam-se então as premissas do pensamento biomédico enquanto valores culturais próprios desses grupos sociais. Para Schwartz & Ros²⁵ os valores culturais servem para estabelecer crenças compartilhadas, as quais são capazes de definir um comportamento apropriado para cada situação, além de servir para justificar o motivo de determinada escolha. Paim & Almeida Filho²⁶ ressaltam que a superação do biologismo dominante, da naturalização da vida social, da sua submissão a clínica e da sua dependência ao modelo médico hegemônico representam elementos significativos para o campo conceitual da saúde coletiva.

Com relação ao tema saúde bucal, especificamente à presença de cárie, a percepção das entrevistadas e sua compreensão quanto à causalidade da doença fez referência maior à dor, à fatalidade, à má-alimentação (G1 e G2), à ausência de escovação e à falta de acesso ao dentista (G3 e G4). As variáveis apontadas vão de encontro aos achados de Silva et al.²⁷ e de Bardal et al.²⁸, ambos realizados visando à interpretação dos pais a respeito do estado de saúde bucal infantil. O estudo conduzido por Ferreira²⁹, desenvolvido com a população

residente na periferia de Natal-RN, alcançou resultados semelhantes, encontrando ainda percepções típicas da história do grupo social estudado, como a lagarta que causa cárie e o antibiótico que causa dano ao dente.

Ao realizar-se uma análise entre as representações que as mães possuem a respeito da etiologia das doenças, em especial a da doença bucal, e a presença ou ausência da doença cárie em seu filho verifica-se certa diferença nos elementos de representação por elas utilizados, apesar de todas reconhecerem a presença da doença. Na pesquisa realizada por Talekar et al.³⁰, o real acometimento pela doença cárie e a percepção da necessidade de tratamento foi significativamente associada à percepção dos pais a respeito da saúde bucal de seus filhos, fato que, segundo os autores, podem auxiliar na transposição das barreiras que os pais encontram no acesso ao serviço odontológico para seus filhos. As mães pertencentes aos Grupos 1 e 2, ou seja, aquelas cujos filhos já foram acometidos pela doença cárie, atribuem sua causalidade mais freqüentemente a fatores externos, os quais, de acordo com os relatos, não são passíveis de serem controlados. Já as mães dos Grupos 3 e 4, portadoras de filhos livres de cárie, relacionam, na maioria das vezes, a etiologia da cárie a causas pessoais ou públicas. A sua falta de condição financeira e o descaso dos governos para com a saúde foram várias vezes apontados.

Cabe aqui ressaltar que as representações sociais maternas a respeito da causalidade da doença cárie devem ser consideradas, visando subsidiar o

desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas à realidade social e cultural de cada núcleo familiar.

5.7 Conclusão

Frente à análise dos pares mãe-filho estudados e cientes da relevância materna no processo de cura e adoecer bucal infantil, os resultados encontrados neste estudo sugerem que:

- A inserção social materna desfavorável implica na maior ocorrência da doença cárie na criança, sendo que número de filhos, escolaridade e renda foram as variáveis que apontaram significância estatística;
- A necessidade de tratamento odontológico da mãe e a frequência de visitas da mesma ao cirurgião-dentista também estiveram associadas com a experiência da cárie dentária infantil, evidenciando a existência de barreiras de acesso aos cuidados em saúde bucal;
- A representação social dos diferentes grupos de mães revelou-se muito similar para a condição e os determinantes gerais de saúde de seus filhos, diferenciando-se no contexto saúde-doença bucal.

5.8 Referências

1. Oliveira MLS, Bastos ACS. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicol Reflex Crit* 2000; 13(1): 97-107.
2. Brasil. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD, 2002. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 196/96. *Bioética* 1996, 4 Suppl:15-25.
4. Epi Info 2000. Programa de computador. Versão 2000. Atlanta (GE): CDC; 2000.
5. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4nd ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
6. Fraiz FC. Estudo dos fatores associados à cárie dentária em crianças que recebem atenção odontológica precoce: odontologia para bebês [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
7. Kramer MS, Feinstein AR. Clinical biostatistics: the biostatistics of concordance. *Clin Pharmacol Ther* 1981; 29(1):111-23.
8. Bertaux D. L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potencialités. *Cah Int de Sociol.* 1980; 69:197-225.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9nd ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
11. Holst D, Schüller AA, Aleksejūnienė J, Eriksen HM. Caries in population - a theoretical causal approach. *Eur J Oral Sci* 2001; 109(3):143-8.
12. Ismail A, Sohn W. The impact of universal access to dental care in disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc*; 132(3):295-303.
13. Patussi MP, Marcenes W, Croucher R, Sheiham A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. *Soc Sci Med.* 2001; 53 (7):915-25.
14. Reisine ST, Psoter W. Socioeconomic status and select behavioral determinants and risk factors for dental caries. *J Dent Educ.* 2001; 65(10):1009-16.
15. Gonçalves ER, Peres MA, Marcenes W. Dental caries and socioeconomic conditions: a cross-sectional study among 18 years-old male in

- Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(3): 699-706.
16. Peres MA, Latorre MRDO, Sheiham A, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG, et al. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Ver Brás Epidemiol*. 2003; 6(4):293-306.
 17. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Cárie dentária entre escolares do meio rural de Itaúna (MG), Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 16(5): 334-44.
 18. Peres MA, Peres KG, Traebert J, Zabet NE, Lacerda JT. Prevalence and severity of dental caries are associated to the worst socio-economic conditions: a Brazilian cross-sectional study among 18-year old males. *J Adolesc Health*. 2005; 37(2): 103-9.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB 2000: condições de saúde bucal da população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
 20. Galindo EMV, Pereira JAC, Feliciano KVO, Kovacs MH. Prevalência de cárie e fatores associados em crianças da comunidade do Vietnã, Recife. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2005; 5(2):199-208.
 21. Alexandre GC, Nadanovsky P, Lopes CS, Faerstein E. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(5): 1073-78.
 22. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(6): 1665-75.
 23. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):245-59.
 24. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad Saúde Pública*. 1998; 4(4): 363-81.
 25. Schwartz SH, Ros M. Values in the west: a theoretical and empirical challenge to the individualism-collectivism cultural dimension. *World Psychol*. 1995; 1, 91-122.
 26. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública*. 1998; 32(4): 299-316.
 27. Silva SMB, Rios D, Oliveira AF, Machado MAAM. Comparação da efetividade entre o exame bucal profissional e o de pais no reconhecimento do estado de saúde bucal de seus filhos. *Rev Fac Odontol Bauru* 2002; 10(3):142-8.

-
28. Bardal PAP, Olympio KPK, Valle AAL, Tomita NE. Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 161-7.
 29. Ferreira AAA. Representações sociais da necessidade de cuidados bucais: um estudo com habitantes do bairro de Cidade da Esperança - Natal-RN. [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2002.
 30. Talekar BS, Rozier RG, Slade GD, Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *J Am Dent Assoc*. 2005; 136(3):364-72.

Anexo A

Parecer de aprovação do Comitê de Ética da
UNESP – Campus Araçatuba



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-

OF. 152/2006
CEP
SFCD/bri

Araçatuba, 19 de setembro de 2006.

Referência Processo FOA 2006-01460

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável do relator que analisou o projeto "ASPECTOS SÓCIO-AMBIENTAIS RELACIONADOS À TRANSMISSIBILIDADE MATERNA DA CÁRIE DENTÁRIA E A PERCEPÇÃO DAS MÃES SOBRE AS CAUSAS E O CONTROLE DAS DOENÇAS BUCAIS" expede o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, deverá ser enviado relatório parcial em 14/09/2007 e o relatório final em 14/09/2008.

Prof. Dr. Stefan Fiúza de Carvalho Dekon
Coordenador do CEP

Ilma. Senhora
Dr^a. NEMRE ADAS SALIBA
Araçatuba-SP-

Ciente. De acordo.

Dr^a. Nemre Adas Saliba

Faculdade de Odontologia e Curso de Medicina Veterinária –
Rua José Bonifácio, 1193 CEP 16015-050 Araçatuba – SP
Tel (18) 620-3203 E-mail: diretor@foa.unesp.br

OK - encaminhado para ATA em 07/08

Anexo B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

Meu nome é Cristina Berger Fadel e estou desenvolvendo a pesquisa *Aspectos sócio-dentais relacionados à transmissibilidade materna da cárie dentária a percepção das mães sobre as causas e o controle das doenças bucais*. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a saúde bucal de mães e filhos que freqüentam os Centros Municipais de Educação Infantil de Ponta Grossa, conhecer o que as mães pensam sobre a saúde geral e bucal de seus filhos e verificar suas condições socioeconômicas.

Este estudo é importante para descobrir de que forma a saúde bucal da criança é influenciada pela saúde bucal da mãe e pela sua condição de vida.

Serão realizados, na própria creche, exames bucais simples nas mães e nos filhos com espátulas de madeira descartáveis e entrevistas com as mães utilizando-se gravadores. Quando detectado algum problema na boca dos participantes, eles serão avisados, orientados e encaminhados para o tratamento na Universidade Estadual de Ponta Grossa, se assim desejarem.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (42) 3220-3100.

Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisadora _____

Eu, _____, fui esclarecida sobre a pesquisa *Aspectos sócio-dentais relacionados à transmissibilidade materna da cárie dentária a percepção das mães sobre as causas e o controle das doenças bucais* e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Ponta Grossa, / / .

Assinatura: _____ RG: _____

Anexo C

Questionário Estruturado – Instrumento

Metodológico

1ª PARTE: CARACTERÍSTICAS SOCIAIS MATERNAS

1. Nome _____.
2. Idade (atual) _____ anos. Idade (época do nascimento do filho/a) _____ anos.
3. Estado civil _____. Possui quantos filhos (as)? _____.
4. Qual o seu nível de escolaridade/grau educacional?
 - () Não estudou/básico incompleto
 - () Básico completo (até 4ª série)
 - () Fundamental completo (até 8ª série)
 - () Médio completo (até 3ª série do 2º grau)
 - () Superior completo (universidade).
5. Atualmente possui algum emprego? () Sim () Não
6. Se sim, qual a sua renda média mensal? R\$ _____ reais.
 - () Inferior a 1 salário mínimo.
 - () 1-3 salários mínimos.
 - () Superior a 3 salários mínimos.
7. Você tem acesso à água encanada e à rede de esgoto? () Sim () Não
8. Costuma freqüentar o dentista? () Nunca () Raramente () 1vez/ano () +1vez/ano

2ª PARTE: CARACTERÍSTICAS DENTÁRIAS MATERNAS

- () Com necessidade de tratamento relacionada à cárie dental¹.
- () Sem necessidade de tratamento relacionada à cárie dental².

¹ Pelo menos um elemento dentário com necessidade de tratamento odontológico.

² Nenhum elemento dentário com necessidade de tratamento odontológico.

3ª PARTE: CARACTERÍSTICAS DENTAIS DO FILHO(A) - somente realizar o exame clínico de crianças com dentição exclusivamente decídua.

Idade da criança no momento do exame: _____ anos.

- () Com experiência de cárie.
- () Sem experiência de cárie.

Dente com cárie incipiente

Dente com cárie evidente

Dente restaurado

Dente restaurado com recidiva de cárie

Dente perdido por cárie

Dente hígido

Dente com cárie questionável

Anexo D

Roteiro para Entrevista – Instrumento

Metodológico

TEMA 1 - CONDIÇÃO DE SAÚDE

1. O seu filho é uma criança saudável?
2. O estado atual de saúde do seu filho se deve a que?
3. O que poderia acontecer para melhorar a saúde do seu filho?

TEMA 2 - DETERMINANTES DE SAÚDE X QUALIDADE DE VIDA

4. Qual o papel das águas de abastecimento públicas sobre a saúde?
5. Qual a importância dos serviços de saúde (UBS, dentista, médico, etc.) sobre a sua saúde?
6. Qual a relação entre a alimentação e a saúde?

TEMA 3 - SAÚDE BUCAL

7. O seu filho tem algum problema na boca?
 - Você está satisfeita com os dentes do seu filho?
 - Para você, qual o valor de um sorriso perfeito em seu filho?
 - O que poderia ser feito para melhorar a saúde bucal do seu filho?
8. Você costuma escovar os dentes do seu filho?
 - Quantas vezes ele tem a sua ajuda para escovar os dentes?
 - O que você utiliza para a higiene da boca do seu filho?
9. Qual seria a dieta ideal para que seu filho não tenha cárie?
10. Você tem alguma "receita" para que seu filho não tenha cárie?
11. Você já recebeu alguma orientação sobre os cuidados necessários para que o seu filho não tenha cárie?

Anexo E

Normas e aceite para publicação – Revista

Arquivos em Odontologia

A revista Arquivos em Odontologia, órgão do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da FO-UFMG, de publicação trimestral, objetiva a divulgação científica e tecnológica em Odontologia. Publica prioritariamente pesquisas originais sobre temas relevantes e inéditos.

1. NORMAS GERAIS

1. Podem ser submetidos trabalhos para as seguintes seções:
 1. **Revisão** - revisão crítica sistemática da literatura;
 2. **Artigos originais** - resultado de pesquisa de natureza experimental ou observacional;
 3. **Relato de caso clínico**.
2. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Arquivos em Odontologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico (nacional ou internacional) tanto no que se refere ao texto como quanto às figuras e tabelas.
3. Recomenda-se um limite máximo de 6 (seis) autores.
4. Os autores devem assinar e encaminhar uma **Declaração de Responsabilidade**.
5. A revista Arquivos em Odontologia reserva todos os direitos autorais dos trabalhos publicados. São recebidos para publicação artigos redigidos em inglês, espanhol e português, ficando a sua revisão bem como o conteúdo dos textos das citações e das referências bibliográficas sob inteira responsabilidade dos autores. As opiniões e conceitos emitidos são de responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a opinião da Comissão Científica e Editorial.
6. Não serão publicadas fotos coloridas, salvo em caso de absoluta necessidade e somente após o parecer favorável da Comissão Científica e Editorial.
7. Os artigos e ilustrações NÃO serão devolvidos aos autores, sendo descartados após 1 (um) ano da publicação. Artigos recusados pela Comissão Científica e Editorial serão descartados de imediato.
8. Os **critérios éticos da pesquisa** deverão ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em "Métodos" que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela declaração de Helsink e aprovada pelo comitê de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.
9. Os artigos serão também publicados no [site da Faculdade de Odontologia da UFMG](http://www.odonto.ufmg.br), de onde é permitido o *download* dos mesmos (<<http://www.odonto.ufmg.br>>).

2. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

1. Os artigos e textos serão encaminhados à Editoria Científica para análise preliminar. Aceitos nessa fase, os manuscritos serão avaliados por relatores externos que, por parecer de um relator designado, avalia e decide sobre sua publicação. Os nomes dos relatores permanecerão em sigilo, bem como os nomes dos autores perante os primeiros. A Comissão Editorial poderá introduzir alterações na redação dos originais, visando a clareza e qualidade da publicação, respeitando, neste caso, o estilo e as opiniões dos autores.
2. Os trabalhos serão avaliados primeiramente quanto ao cumprimento das normas de publicação, sendo que, no caso de inadequação, não serão (serão devolvidos antes mesmo de serem) submetidos à avaliação quanto ao mérito.
3. Após aprovados quanto às normas, os trabalhos serão submetidos à apreciação quanto ao mérito científico e precisão estatística. Serão analisados por pelo menos dois relatores de unidades distintas à de origem do trabalho, além do Editor.
4. A Comissão Científica possui autoridade para decidir sobre a conveniência da aceitação do manuscrito; podendo, inclusive, devolvê-lo aos autores com sugestões para que sejam feitas as alterações necessárias no texto e/ou ilustrações. Nesse caso, é solicitado ao autor o envio da versão revisada contendo as devidas alterações. Aquelas que porventura não tenham sido adotadas deverão estar justificadas através de carta encaminhada pelo autor. Essa nova versão do trabalho será reavaliada pela Comissão de Publicação e pelo Conselho Editorial.

3. 3 PREPARO DO MANUSCRITO

1. O artigo deverá ser apresentado em folha de papel branco, **modelo A4**, com **letras arial**, **corpo 12**, mantendo **margens laterais de 3 cm**. Deverá conter espaço duplo em todo o texto, inclusive página de identificação, resumos, agradecimentos e referências. Todas as páginas deverão ser numeradas a partir da página do título. O artigo deverá ser digitado em *Word*, com um limite máximo de 20 (vinte) páginas, incluindo tabelas e ilustrações (gráficos, fotografias e outros).
2. Página _____ de _____ rosto:
A primeira página de cada cópia do artigo deverá conter:

1. Título do artigo - Deve ser apresentada a versão do título para o **idioma inglês**. (Deve ser conciso e completo).
2. Nome dos autores na ordem direta seguido da sua principal titulação e filiação Institucional.
3. Endereço completo do autor principal a quem deverá ser encaminhada eventual correspondência (telefone, fax e e-mail);
4. E-mail de todos os autores.

4. ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. **Página** **do** **título**
Deverá conter apenas o título do artigo:
 1. artigos redigidos em português: títulos em português e inglês;
 2. artigos redigidos em inglês: títulos em inglês e português;
 3. artigos redigidos em espanhol: títulos em espanhol e inglês.
2. **Resumo:** deverá incluir o máximo de **300** palavras, ressaltando-se Introdução, Objetivo, Materiais e Métodos (explicitando a análise estatística utilizada), Resultados e Conclusões. O Abstract deverá ser incluído antes das Referências. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado resumo nesse idioma. **Descritores:** palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Para consulta, verificar a lista "Descritores em Ciências da Saúde" no endereço eletrônico <<http://decs.bvs.br>>.
3. **Texto: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Abstract, Agradecimentos (quando houver) e Referências .**
 1. Os nomes dos autores citados no texto devem ser omitidos e substituídos pelo número correspondente ao da citação bibliográfica, sobrescrito.
 2. As **tabelas** devem ser numeradas em algarismos arábicos e os respectivos títulos colocados em sua parte superior . A sua referência no texto é feita em algarismos arábicos. Devem ser apresentadas em folhas separadas (final do artigo). Deverá ser indicado o local no texto onde serão inseridas.
 3. As **ilustrações** (gráficos, desenhos e fotografias) devem ser aquelas estritamente necessárias à compreensão do texto. Devem ser numeradas em algarismos arábicos e os respectivos títulos colocados em sua parte inferior. Devem ser apresentadas em folhas separadas (final do artigo). Deverá ser indicado o local no texto onde serão inseridas.

Gráficos, desenhos e fotos escaneadas deverão estar gravados em CD (formato TIFF ou JPEG em alta resolução - 300 dpi- em separado). No verso das fotografias impressas deverá constar seta indicativa de direção e também o nome do (s) autor (es).

4. **Referências:** A revista adota as normas de publicação do International Comittee of Medical Journal Editors.
- o A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.
 - o Comunicações pessoais, trabalhos em andamento e inéditos não deverão ser citados na lista de referências e sim, em notas de rodapé.
 - o As referências devem ser listadas por ordem alfabética dos autores.



Faculdade de Odontologia - UFMG
Colegiado do Programa de Pós-Graduação

Av. Antônio Carlos, 6627 - Pampulha
31.270-901 Belo Horizonte - Minas Gerais
Tel. (31) 3499-2470 - Fax (31) 34992472

E-mail: posgrad@mail.odonto.ufmg.br



Ofício nº 124/2007

Revista Arquivos

Belo Horizonte, 23 de novembro de 2007

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Cristina Fadel

Prezada Cristina,

Informamos que o artigo intitulado "**RELAÇÃO MATERNO-INFANTIL: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR E SEUS DESDOBRAMENTOS PARA A ODONTOLOGIA**" foi aceito para publicação na Revista Arquivos em Odontologia.

Na oportunidade, queira aceitar votos de cordiais saudações.

Maria Letícia Ramos-Jorge

Editora Assistente – Arquivos em Odontologia - UFMG

Cristina Berger Fadel

Anexo F

Normas e aceites para publicação – Revista

Gaúcha de Odontologia

Diretrizes para o autor

A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia é um periódico de periodicidade trimestral que tem por objetivo disseminar e promover o intercâmbio de informações das várias áreas às quais se dedica a pesquisa odontológica, proporcionado à comunidade científica nacional e internacional, um canal formal de comunicação, contribuindo desta forma para o avanço do conhecimento.

1 A Revista publica trabalhos inéditos nas seguintes categorias:

- a) Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de natureza empírica, experimental ou conceitual de pesquisas inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa.
- b) Especial: artigos a convite sobre temas atuais.
- c) Revisão Sistemática: síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa. Serão publicados até dois trabalhos por fascículo.
- d) Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, subsidiando o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema.
- e) Ensaio: trabalhos que possam trazer reflexão e discussão de assunto que gere questionamentos e hipóteses para futuras pesquisas.
- f) Caso Clínico: São artigos que representam dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplos. Apresenta as características do indivíduo humano ou animal estudado, com indicação de suas características, tais como, gênero, nível socioeconômico, idade entre outras.

2 Registros de Ensaio Clínicos

2.1 Artigos de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

3 Comitê de Ética

3.1 Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos devem ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro órgão credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde. Além disso, deverá constar, no último parágrafo do item Métodos, uma clara afirmação do cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2000), além do atendimento a legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada.

3.2 Não devem ser utilizados no material ilustrativo nomes ou iniciais do paciente.

3.3 Nos experimentos com animais devem ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidado dos animais de laboratório.

Orientações para publicação

4 Avaliação

4.1 Os originais que deixarem de cumprir qualquer uma das normas aqui publicadas relativas à forma de apresentação, serão sumariamente devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e à conveniência de sua publicação. A devolução será acompanhada de um ofício contendo o código do item desrespeitado.

4.2 O Conselho Editorial dispõem de plena autoridade para avaliar o mérito do trabalho e decidir sobre a conveniência de sua publicação.

4.3 Os manuscritos aprovados quanto à forma de apresentação serão encaminhados ao Conselho Editorial, que considerará o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados aos revisores ad hoc previamente selecionados pelo Conselho.

4.4 Cada manuscrito será enviado para dois relatores de reconhecida competência na temática abordada.

4.5 O processo de avaliação por pares é o sistema de blind review, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. O nome dos autores é, propositalmente, omitido para que a análise do trabalho não sofra qualquer influência e, da mesma forma, os autores, embora informados sobre o método em vigor, não fiquem cientes sobre quem são os responsáveis pelo exame de sua obra. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos revisores, o Conselho Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor ad hoc.

4.6 A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores, aos quais é reservado o direito de proceder a ajustes de gramática necessários. Na detecção de problemas de redação, o

manuscrito será devolvido aos autores para as alterações devidas; o trabalho reformulado deve retornar no prazo máximo determinado.

4.7 Os prazos fixados para nova submissão dos originais corrigidos serão informados no ofício que acompanha os originais e deverão ser rigorosamente respeitados.

4.8 A nova submissão fora dos prazos estipulados acarretará o cancelamento definitivo do processo de avaliação e a devolução definitiva dos originais.

4.9 Os trabalhos que, a critério do Conselho Editorial ou de Assessores ad hoc, não forem considerados convenientes para publicação na RGO - Revista Gaúcha de Odontologia serão devolvidos aos autores em caráter definitivo.

5 Submissão de trabalhos

5.1 São aceitos trabalhos acompanhados de declaração assinada por todos os autores de que o trabalho está sendo submetido apenas à RGO - Revista Gaúcha de Odontologia e de concordância com a cessão de direitos autorais.

6 Autoria

6.1 O número de autores deve ser coerente com as dimensões do projeto. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

6.2 Os manuscritos devem conter, ao final, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores.

Apresentação do manuscrito

7 O texto deverá ser digitado em fonte Times New Roman tamanho 12, espaço 1,5 cm, e limite máximo de 25 páginas para Artigo Original ou de Revisão e 10-15 páginas para Comunicação, Ensaio, Especial e Caso Clínico, incluindo tabelas, quadros, figuras e respectivas legendas.

7.1 Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação. Para esclarecimentos de eventuais dúvidas quanto à forma, sugere-se consulta a este fascículo.

7.2 Aceitam-se trabalhos escritos em português, espanhol ou inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês.

7.3 Um máximo de 6 imagens poderão ser submetidas, desde que

necessárias ao registro científico e à compreensão do assunto.

8 Tabelas e quadros

8.1 As tabelas e quadros devem ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos e devem vir no corpo do texto.

8.2 As legendas de tabelas e quadros devem ser colocadas na parte superior dos mesmos.

8.3 Todas as tabelas e quadros, sem exceção, devem ser citados no corpo do texto.

8.4 As tabelas e quadros devem ser posicionados diretamente sob suas citações no corpo do texto.

8.5 Os quadros terão as bordas laterais fechadas e as tabelas terão as bordas laterais abertas.

9 Ilustrações

9.1 As ilustrações (figuras e gráficos, desenhos etc.) devem ser enviadas individualmente, em formato JPG (300 dpi).

9.2 As ilustrações devem ser apresentadas individualmente, cada uma com sua respectiva legenda, que devem ser colocadas na parte inferior das mesmas.

9.3 Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e serem suficientemente claras para permitir sua reprodução.

9.4 Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

9.5 Os gráficos devem sempre ser acompanhados dos respectivos valores numéricos que lhes deram origem.

9.6 O autor responsabiliza-se pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que devem permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente).

10 Nome de medicamentos, termos científicos, comerciais

10.1 Os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes símbolos abreviados. Incluem-se nessa classificação: nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica.

10.2 Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do

nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula.

11 Disposição dos elementos constituintes do texto

11.1 Os elementos constituintes do texto devem ser dispostos segundo a sequência apresentada abaixo:

- a) Especialidade ou área enfocada na pesquisa
- b) Título no primeiro idioma
- c) Título no segundo idioma
- d) Nome(s) do(s) autor(es)
- e) Resumo no primeiro idioma
- f) Descritores no primeiro idioma
- g) Resumo no segundo idioma
- h) Descritores no segundo idioma
- i) Introdução
- j) Métodos
- k) Resultados
- l) Discussão
- m) Conclusão(ões)
- n) Agradecimentos (se houver)
- o) Referências

12 Conteúdo dos elementos constituintes do texto

- a) Especialidade ou área da pesquisa: uma única palavra que permita ao leitor identificar de imediato a especialidade ou área à que pertence a pesquisa.
- b) Título no primeiro idioma: a) o título deve ser conciso (limitado a duas linhas de no máximo 60 caracteres cada), contendo somente as informações necessárias para a identificação do conteúdo; b) short title (título abreviado) com até 40 caracteres (incluindo espaços).
- c) Título no segundo idioma: idem ao item anterior.
- d) Nome do(s) autor(es): a) nome de todos os autores por extenso, indicando a afiliação institucional de cada um; b) será aceita uma única titulação e uma única afiliação por autor. O(s) autor(es) deverá(ão), portanto, escolher dentre suas titulações/afiliações aquela que julgar(em) a mais importante; c) todos os dados de titulação e afiliação devem ser apresentadas por extenso, sem nenhuma abreviação; d) endereço completo para correspondência de todos os autores, incluindo o nome para contato, telefone, fax e e-mail. Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.
- e) Resumo no primeiro idioma: a) consiste na apresentação concisa e

seqüencial, em um único parágrafo de forma estruturada, destacando objetivos, métodos; resultados e conclusões; b) deve ter no mínimo 150 palavras e máximo 250 palavras; c) não deve conter citações e abreviaturas.

f) Descritores no primeiro idioma: correspondem às palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme.

g) Resumo no segundo idioma: idem ao item anterior. Sua redação deve ser paralela à do resumo no primeiro idioma. Deficiências lingüísticas não justificam a falta de paralelismo e devem ser previamente resolvidas.

h) Descritores no segundo idioma: idem ao item anterior.

i) Introdução: deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo.

j) Métodos: identificar os métodos, equipamentos (entre parênteses dar o nome do fabricante, cidade, estado e país de fabricação) e procedimentos em detalhes suficientes para permitir que outros pesquisadores reproduzam os resultados. Dar referências de métodos estabelecidos, incluindo métodos estatísticos; oferecer referências e descrições breves que tenham sido publicadas, mas ainda não sejam bem conhecidas; descrever métodos novos ou substancialmente modificados, dar as razões para usá-los e avaliar as suas limitações. Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nome(s) genérico(s), dose(s) e via(s) de administração.

k) Resultados: devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

l) Discussão: deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas. Não repetir em detalhes dados ou outros materiais já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.

m) Conclusão: parte final do trabalho baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo. As conclusões devem ser precisas e claramente expostas, cada uma delas fundamentada nos objetos de estudo, relacionado os resultados obtidos com as hipóteses levantadas. Evidenciar

o que foi alcançado com o estudo e a possível aplicação dos resultados da pesquisa; podendo sugerir outros estudos que complementem a pesquisa ou para questões surgidas no seu desenvolvimento.

n) Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

o) Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

p) Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas às usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

13 Referências

13.1 Devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors no "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (<http://www.icmje.org>). A ordem de citação no texto obedecerá esta numeração.

13.2 Os artigos devem ter em torno de 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50.

13.3 Nas referências com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguido da expressão latina et al.

13.4 Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o "List of Journals Indexed in Index Medicus" (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências.

13.5 Deve-se evitar a citação de comunicações pessoais, trabalhos em andamento e os não publicados; caso seja estritamente necessária sua citação, não devem ser incluídos na lista de referências, mas citados em notas de rodapé.

13.6 A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor.

13.7 Exemplos de referências:

a) Livros

Stahl SM. Essential psychopharmacology: neuroscientific basics and practical application. 2nd ed. New York: Cambridge University Press; 2000.

b) Capítulos de livros

Freitas L, Freitas U. Idade óssea. In: Freitas L. Radiologia bucal: técnicas e interpretação. 2a ed. rev. e ampl. São Paulo: Pancast; 2000. p. 335-53.

c) Artigo de periódico

Morgado LMC, Sagreti OMA, Guedes-Pinto AC. Reimplantes dentários. Rev Bras Odontol. 1992; 49(1): 38-44.

d) Artigo de periódico em suporte eletrônico

Guedes CG, Machado CEP. Afastamento gengival: uma visão atual dos especialistas em prótese dentária. RGO [periódico eletrônico] 2007 [citado em 2007 Dez 8]; 55(4). Disponível em: www.revistargo.com.br

e) Dissertações e Teses

Carvalho PL. Estudo radiográfico comparativo das ampliações de segmentos ósseos cranio-faciais em crânios, nas ortopantomografias e elipsopantomografias [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1993.

f) Trabalho apresentado em congressos, simpósios, encontros, seminários e outros

Araújo VC, Loducca SVL, Sobral APV, Kowalski LP, Araujo NS. Salivary duct carcinoma - cytokeratin 14 as a marker of in-situ intraductal growth. In: Congress American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology; 2002; New Orleans; 2002.

g) Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2051/GM, de 08 novembro de 2001. Novos critérios da norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2001 nov 9; Seção 1:44.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1990 set 20; Seção 1:18055-9.

14 Citação das referências bibliográficas no texto

14.1 Utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto.

14.2 Deverá ser colocada em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.



RG0 – Revista Gaúcha de Odontologia / RG0 – South Brazilian Dental Journal
Indexada nas bases de dados *Index to Dental Literature*; *BBO*; *Lilacs*; *Latindex*; *Portal de Periódicos Nacionais da CAPES*
Qualis B – NACIONAL (Odontologia e Medicina II) e Qualis C – INTERNACIONAL (Saúde Coletiva)
ISSN 0103-6971

Porto Alegre, 8 de Dezembro de 2008

Prezada Cristina Bergel Fadel,

Vimos por meio desta cumprimentá-la e, na oportunidade informar a V.Sa. que o artigo intitulado "Aspectos sócio-dentais e de representação social da cárie dentária no contexto materno-infantil", autoria de Cristina Bergel Fadel, Nemre Adas Saliba protocolo 913, foi aprovado para publicação na revista RG0 – Revista Gaúcha de Odontologia.

Oportunamente, comunicaremos em qual volume será publicado.

Valho-me do ensejo para agradecer sua valiosa colaboração, esperando contar com futuras contribuições.

Atenciosamente

p/

Ney Soares de Araújo
Editor
RG0 – Revista Gaúcha de Odontologia



RGO – Revista Gaúcha de Odontologia / RGO – South Brazilian Dental Journal
Indexada nas bases de dados *Index to Dental Literature*; *BBO*; *Lilacs*; *Latindex*; *Portal de Periódicos Nacionais da CAPES*
Qualis B – NACIONAL (Odontologia e Medicina II) e Qualis C – INTERNACIONAL (Saúde Coletiva)
ISSN 0103-6971

Porto Alegre, 24 de Novembro de 2008

Prezada Cristina Berger Fadel,

Vimos por meio desta cumprimentá-la e, na oportunidade informar a V.Sa. que o artigo intitulado "As representações sociais como instrumento de informação para a saúde bucal coletiva", autoria de Cristina Berger Fadel, Nemre Adas Saliba protocolo 845, foi aprovado para publicação na revista RGO – Revista Gaúcha de Odontologia.

Oportunamente, comunicaremos em qual volume será publicado.

Valho-me do ensejo para agradecer sua valiosa colaboração, esperando contar com futuras contribuições.

Atenciosamente

p/

Ney Soares de Araújo
Editor
RGO – Revista Gaúcha de Odontologia