



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

[cecilia@claves.fiocruz.br](mailto:cecilia@claves.fiocruz.br)

Associação Brasileira de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva  
Brasil

Petinuci Bardal, Priscila Ariede; Polido Kaneshiro Olympio, Kelly; Lins do Valle, Ana Aída; Tomita,  
Nilce Emy

Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 11, núm. 1, janeiro-março, 2006, pp. 161-167

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63011124>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa

Dental caries in children as a natural or pathological phenomenon: emphasis in a qualitative approach

Priscila Ariede Petinuci Bardal <sup>1</sup>  
 Kelly Polido Kaneshiro Olympio <sup>1</sup>  
 Ana Aída Lins do Valle <sup>2</sup>  
 Nilce Emy Tomita <sup>3</sup>

**Abstract** *The aim of this study was to verify the perception of parents about oral health conditions of their sons, from a day nursery in Bauru, São Paulo, Brazil. The study population was compound by 26 2-6 aged year's children and their mothers. The children were examined in their school and it was done an interview with the mother, father or responsible. The parents were asked about the presence of dental caries in their children and the possible causes of this oral disease. The answers were evaluated by means of qualitative analysis. Most of the answers (65.4%) showed concordance with the child clinical examination. The parents' perception about presence of dental caries was related to tooth appearance ("tooth leaky") and to ache. According to the parents, some causes of dental caries were related to the child dental care, dental assistance access, sugar ingestion, and to the fatality ("All people have dental caries"). The perception about oral health may influence the daily practices concerning oral health care. Thus, it is important to understand these ideas and perceptions in order to improve oral attention to children, against the belief that dental caries is a "natural" phenomenon and not a pathological process.*

**Key words** Dental caries, Qualitative research, Preschool

**Resumo** *Analisou-se a percepção de mães ou responsáveis sobre a saúde-doença bucal de seus filhos, com idade de 2 a 6 anos, matriculados em uma creche filantrópica de Bauru (SP). Foram realizadas 26 entrevistas, analisadas por metodologia qualitativa. Os entrevistados foram ouvidos sobre a presença de cárie dentária em suas crianças e como compreendiam sua causalidade. Foi realizado o exame de cárie das crianças, utilizando critérios epidemiológicos para o diagnóstico. Na maioria das entrevistas (65,4%) houve concordância de respostas com a condição bucal verificada no exame das crianças. A percepção dos entrevistados sobre a presença da cárie dentária foi relacionada à aparência do dente ("furadinho") e à dor. A compreensão quanto à causalidade da doença fez referência ao cuidado dispensado às crianças pelos entrevistados, acesso ao cirurgião-dentista, ingestão de doces e à fatalidade ("Todo mundo tem cárie, pelo menos um pouquinho tem"). A maneira pela qual as pessoas percebem o processo saúde-doença influencia as práticas e os cuidados em saúde bucal. Buscar compreender estas construções e valores é essencial para se trabalhar, de forma contextualizada, a falta de informação e os conceitos que ainda persistem, como a crença que a cárie dentária é um fenômeno "natural" e não um processo patológico.*

**Palavras-chave** Cárie dentária, Metodologia qualitativa, Pré-escolar

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Bauru, USP. Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla 9-75, 17015-210, Bauru SP.

netomita@usp.br

<sup>2</sup> Departamento de Planejamento, Avaliação e Controle da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru.

<sup>3</sup> Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Bauru, USP.

## Introdução

A família é um dos contextos mais importantes da realidade de uma criança, pois é através dela que a criança é apresentada ao mundo ao seu redor. É importante observar que os pais exercem um papel fundamental na promoção e manutenção da saúde de suas crianças (Couto *et al.*<sup>1</sup>), e estudo realizado em uma comunidade de baixa renda identificou a mãe como a grande responsável pela saúde da família (Martin & Ângelo<sup>2</sup>).

Quando se desenvolve um programa educativo-preventivo, é fundamental que a família seja envolvida. Em se tratando da creche como um espaço social, no qual um número bastante expressivo de crianças pequenas no Brasil passa grande parte de seu tempo (Bhering & De Nez<sup>3</sup>), vê-se a possibilidade de família e creche, em conjunto, promoverem situações complementares e significativas de aprendizagem que vão ao encontro das necessidades das crianças.

As respostas oferecidas pela ciência para os problemas de saúde bucal têm historicamente focado os seus aspectos etiológicos, eminentemente biológicos, não contribuindo para alterar situações mórbidas que estão intimamente associadas a comportamentos sociais (Vasconcelos & Amaral<sup>4</sup>). Se o conhecimento sobre as causas biológicas das principais doenças da boca permitiu a descoberta de alguns mecanismos de prevenção – utilização do flúor, no caso da cárie dentária, e remoção da placa, no caso da doença periodontal –, o conhecimento sobre os determinantes sociais que tomam parte do processo de adoecimento tem sido foco de estudos recentes.

Os determinantes socioeconômicos têm um marcado e importante papel para a compreensão do processo de adoecimento, com particular destaque para a cárie dentária (Freire *et al.*<sup>5</sup>, Tomita *et al.*<sup>6</sup>, Loretto *et al.*<sup>7</sup>, Peres *et al.*<sup>8</sup>, Baldani *et al.*<sup>9</sup>, Hoffman *et al.*<sup>10</sup>, Lucas *et al.*<sup>11</sup>).

Barreto<sup>12</sup>, ao discutir o coletivo e o individual na epidemiologia, refere que a atividade humana resulta, entre outros fatores, de condições materiais coercitivas: *Essa perspectiva adotada pela epidemiologia, ao lidar com o coletivo, pressupõe a determinação social sobre o sujeito. Nesta perspectiva, recusa aspectos essenciais da coletividade humana: o universo de significados, motivos, aspirações, atitudes, valores e crenças. A constatação faz os autores enfatizarem a necessidade, já apontada nas ciências sociais, de superação dessas duas perspectivas, em*

*uma síntese que leve em conta a objetividade das estruturas e a subjetividade das práticas individuais* (Fernandes<sup>13</sup>).

Botazzo<sup>14</sup> refere a necessidade de considerar os aspectos de natureza cultural e antropológica que determinam os comportamentos da população com relação à saúde bucal.

Contudo, no Brasil, são incipientes as investigações sobre crenças em saúde e sua articulação com as decisões dos indivíduos na busca pelo tratamento quando adoecem (Oliveira & Bastos<sup>15</sup>).

O pressuposto teórico que norteia o presente estudo é a presença de correspondência entre o diagnóstico objetivo de cárie em crianças e o olhar materno dirigido ao objeto “boca”, tomada sob o aspecto da saúde-doença dos dentes de seus filhos.

Visando oferecer contribuições ao entendimento da percepção dos responsáveis sobre a saúde-doença bucal de seus filhos, tendo a cárie dentária como objeto de estudo, o presente trabalho foi delineado.

Constituem objetivos específicos deste estudo analisar sua compreensão sobre a cárie, as representações sobre o processo de adoecimento bucal e seus determinantes, e realizar uma comparação entre o olhar “leigo” do responsável pela criança e o diagnóstico objetivo realizado pelo cirurgião-dentista.

## Método

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB-USP), segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A creche filantrópica selecionada para a realização da pesquisa está localizada na periferia do município de Bauru (SP) e atende crianças de 2 a 6 anos de idade, em turnos da manhã ou da tarde. As matrículas são efetuadas de acordo com uma análise prévia da situação socioeconômica da família, sendo que é dada prioridade àquelas pertencentes aos níveis baixo inferior e/ou baixo superior, e que sejam moradores de bairros localizados no entorno da creche.

### Seleção dos participantes da pesquisa

A partir de 56 matrículas, 26 pais/responsáveis por crianças de 2 a 6 anos de idade foram

convidados a participar do estudo, juntamente com seus filhos. Os indivíduos entrevistados apresentavam como vínculo familiar em relação à criança a seguinte situação: mãe (n=22), pai (n=1), prima (n=1) e avó (n=2). Constituiu critério de inclusão estar vinculado a somente uma criança matriculada na creche e passar a maior parte do tempo com ela, quando no espaço domiciliar.

### Realização das entrevistas

As entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas com auxílio de gravador e fita cassete. O roteiro semi-estruturado, tendo por foco a percepção sobre saúde-doença bucal, orientou as perguntas, que tiveram por objetivo saber qual é a visão que os pais têm da presença ou ausência de cárie dentária em seus filhos, sua compreensão sobre a causalidade da cárie e algumas características do cuidado e do olhar do entrevistado em direção ao objeto “boca da criança”.

A investigação foi desenvolvida segundo o enfoque qualitativo orientado pelo método etnográfico indicado por Spradley<sup>16</sup>. O método consiste em uma abordagem que possibilita verificar como as pessoas vivem em seu ambiente natural e que crenças e valores guiam os modos de elas agirem em relação a algo. Sendo a análise etnográfica uma proposta ampla, não se pretendeu neste estudo desenvolver todos os seus passos, mas apenas a questão etnográfica e as etapas iniciais dessa análise.

### Exame bucal

Os exames bucais das crianças foram realizados por dois examinadores previamente padronizados, com auxílio de sondas CPI, espelhos clínicos planos e espátulas de madeira, sob luz natural.

Foram adotados critérios de diagnóstico utilizados em levantamentos epidemiológicos, conforme a recomendação da Organização Mundial da Saúde<sup>17</sup> para o exame de um grupo de crianças nessa amostra de conveniência.

Foi priorizada a abordagem qualitativa, acrescida de uma avaliação da condição de cárie, de caráter quantitativo, caracterizando um procedimento que pode ser considerado uma triangulação metodológica, com integração das abordagens quantitativa e qualitativa de pesquisa.

### Ordenação e classificação dos depoimentos

Foi realizada a entrevista gravada, a partir de um roteiro semi-estruturado contendo perguntas direcionadas ao familiar responsável pelo cuidado da criança no domicílio, tendo como questões norteadoras: *A criança tem cárie? Quais os cuidados para evitar a cárie?*

Esse procedimento visou coletar depoimentos através da fala de atores sociais, de modo a permitir o acesso a dados da realidade de caráter subjetivo, como idéias, crenças ou maneiras de atuar (Minayo<sup>18</sup>).

Após a transcrição integral dos depoimentos, as expressões-chave e as idéias centrais de cada entrevistado foram identificadas e agrupadas de acordo com o mesmo sentido, sentido equivalente ou complementar (Lefèvre & Lefèvre<sup>19</sup>). As idéias centrais foram identificadas por meio da apreensão dos significados contidos no texto/discurso e resultam no agrupamento de informações de significados semelhantes ou códigos. Os códigos determinam a organização dos dados, à medida que a leitura vai sendo realizada o pesquisador destaca certas palavras, frases, formas dos informantes pensarem e agirem. Através da codificação dos dados, buscamos compreender o significado cultural, dado pelo uso de símbolos na linguagem, em que símbolo é o objeto ou evento que se refere a algo (Martin & Ângelo<sup>2</sup>).

Foi adotada a metodologia qualitativa, que é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (Minayo<sup>18</sup>). Optou-se por seguir a proposta de Lefèvre & Lefèvre<sup>20</sup> na construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), um procedimento metodológico próprio de pesquisas sociais de caráter qualitativo, que consiste numa forma de representar o pensamento de uma coletividade, agregando, em um discurso-síntese, conteúdos discursivos de sentido semelhante emitidos por pessoas distintas, como respostas a perguntas abertas de um questionário (Lefèvre & Lefèvre<sup>19</sup>).

Esse procedimento metodológico pressupõe a definição, a partir de uma perspectiva empírica, de que o caráter coletivo do pensamento social é a quantidade de escolhas de um determinado conjunto de indivíduos pertencentes a uma determinada comunidade e, apesar de expresso de forma individualizada, é socialmente compartilhado, traduzindo a natureza do pensamento coletivo (Lefèvre & Lefèvre<sup>20</sup>).

A ordenação dos achados permitiu uma abordagem descritiva do material empírico. Guardando a confidencialidade, a transcrição de algumas expressões é feita a seguir, com objetivo de subsidiar a discussão. A identificação dos discursos utiliza letras para os diferentes indivíduos entrevistados.

### Identificação de domínios culturais

Cada código foi submetido a uma análise mais acurada, buscando-se a apreensão do significado contido naquele material agrupado. Este procedimento possibilitou a identificação dos domínios culturais, a primeira e mais importante unidade de análise na etnografia, por conter elementos essenciais ao conhecimento cultural (Martin & Ângelo<sup>2</sup>). Os domínios culturais encontrados nesses relatos expressam a percepção da mãe/pai/responsável quanto à saúde bucal infantil, em termos de diagnóstico, causalidade e cuidados necessários para evitar a cárie.

### Discussão

É sabido que a maioria dos responsáveis, quando questionados sobre a condição bucal de suas crianças, possui noções básicas sobre cárie e sua relação com a dieta cariogênica (Silva et al.<sup>21</sup>).

Na população em estudo, 65,4% dos entrevistados responderam de forma concordante ao diagnóstico dado pelo cirurgião-dentista, ao passo que 26,9% responderam diferentemente e 7,6% não souberam opinar.

Algumas hipóteses explicativas para a concordância entre a percepção dos pais/responsáveis e o diagnóstico objetivo pautado em critérios epidemiológicos podem ser exploradas, a partir do desfecho cárie infantil.

O critério epidemiológico para detecção de cárie utiliza como parâmetros para considerar um dente cariado aquele com [...] *sulco, fissura ou superfície lisa que apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária. Na dúvida, considerar o dente hígido* (World Health Organization<sup>17</sup>). O olhar leigo parece apresentar condições de detectar tais alterações, e considerar o dente como portador de cárie.

Contudo, a maior concordância ocorreu na situação de ausência de cárie (Tabela 1), em que a percepção da mãe/pai/responsável e o dado objetivo produzido pelo olhar odontológico apresentaram convergência.

Na análise do discurso relativo à atenção que o entrevistado dispensa à criança, observou-se que há uma preocupação e certa rotina em realizar a observação visual da boca da criança: *Eu sempre olho porque [a criança] não escova direito (Y) .... Então eu fui ver e eu ainda pensei que fosse sujeirinha da comida, mas não é não. Fica preto!! Escova, escova e não adianta, não sai! (U). Pela escovação, eu acompanho sempre assim, olhando (N). A gente orienta a escovar (V). Quando faz as refeições eu ponho [a criança] pra escovar os dentes, tudo direitinho (B). Eu ajudo e incentivo (M). Ai, eu abro a boca, olho dos lados e vejo todos os dentes! (Z).*

Este discurso reflete a família como modelo, em um contexto que auxilia a criança a cuidar de seus dentes (Ferreira & Gaíva<sup>22</sup>). Dentro da estrutura familiar, a figura materna, em especial, representa papel de destaque no cuidado com a saúde geral, incluindo-se nesta os primeiros cuidados com a saúde bucal da criança, no estabelecimento de rotinas de higienização do corpo e da boca (Martin & Ângelo<sup>2</sup>).

Levar a criança ao cirurgião-dentista para receber instruções e/ou tratamento para sua

**Tabela 1**

Semelhança entre as respostas dos depoimentos dos pais e a prevalência de cárie dentária em crianças de 2 a 6 anos de idade. Bauru (SP), 2003.

Percepção dos pais/responsáveis	Diagnóstico clínico	Semelhanças nas respostas	
		n	%
Presença de cárie	Presença de cárie	4	15,4
Ausência de cárie	Ausência de cárie	13	50,0
Presença de cárie	Ausência de cárie	4	15,4
Ausência de cárie	Presença de cárie	3	11,5
Não sabe informar	Presença de cárie	1	3,8
Não sabe informar	Ausência de cárie	1	3,8

saúde bucal pode ser categorizado como uma dimensão adicional valiosa à visão dos pais ou responsáveis no cuidado oferecido pelos mesmos, sendo, entretanto, frustrada pela dificuldade de acesso aos serviços assistenciais (Ramos & Lima<sup>23</sup>, Tomita & Torres<sup>24</sup>).

*No posto é difícil pra pegar [ficha]... dá muito trabalho pra pegar, não é fácil (E). Eu sempre tô levando [a criança] no dentista, bom, no posto (K). Eu passo na minha dentista e a minha dentista dá uma olhadinha pra mim... ensinando a escovar direitinho, assim, arredondadinho... Daí ela que falou que é muito importante depois das refeições escovar os dentinhos pra não ter cárie (D). Toda vez que leva pra tomar vacina, ela [cirurgiã-dentista] falou que tava em ordem (K).*

De acordo com Lee et al.<sup>25</sup>, o reconhecimento de lesões cariosas em sua fase inicial, ou de lesões aparentemente paralisadas, é um passo fundamental para a prevenção. Observa-se que os respondentes detectaram a cárie dentária em seu estágio mais avançado (“dente furadinho”, “dor”), repercutindo que a falta de informação sobre os sinais clínicos da doença e as maneiras de preveni-la não foram os únicos fatores responsáveis por este comportamento. *Do ponto de vista sincrônico, a doença é um sofrimento, uma dor, uma ameaça, uma agressão, uma invasão, uma violência de que padecem corpos de indivíduos que experimentam essas sensações (Lefèvre<sup>26</sup>).*

A compreensão de que o consumo de açúcar tem associação com a presença de cárie foi verificada nas falas dos entrevistados. De algum modo, determinados discursos evidenciam a doença como sintoma de desequilíbrios causados pelas escolhas humanas inadequadas, [o que] implica algo intensamente não desejado, como as transformações nos estilos individuais de vida e o questionamento das sociedades fundadas no consumo (Lefèvre<sup>26</sup>).

*Tem [cárie]... ah, dá pra ver, né? Eu sempre olho porque [a criança] não escova direito (Y)... é bem visível! (C). Eu não acho os dente [da criança] branquinho (W), tá escuro, furadinho (Y), abertinho (S)... Ah, num sei dizer se tem [cárie], né... Ele ficou se queixando que tava doendo e eu levei [a criança] lá no dentista, aí o dentista olhou e obturou o dente (O)... Não [não tem cárie], porque [a criança] não reclama assim, de dor, nada né (H)...*

Segundo Lefèvre<sup>26</sup>, faz parte da semiótica da saúde e da doença, além da dimensão estritamente significativa do problema, também uma importante dimensão pragmática relativa a sen-

*sações orgânicas que cercam as idéias de saúde e doença [...], ou seja, faz parte integrante do entendimento dominante do que é saúde e doença o experimentar a sensação de dor, isto é, de doença e de alívio de dor, isto é, de saúde<sup>26</sup>.*

*Eu acho que não [não tem cárie]... Também [a criança] não é de comer muito doce, então eu acho que não tem por este fato, né? (A) Eu procuro não dar muito doce (K)...*

O conceito de saúde que o responsável possui, sua inserção histórico-social e as experiências que viveu, ou com as quais teve contato durante sua vida, irão também interferir nos cuidados direcionados às suas crianças (Martin & Ângelo<sup>2</sup>). Oliveira & Bastos<sup>15</sup> observaram que na família de segmento social médio, a preocupação com a saúde faz parte do planejamento de vida, predominando atitudes preventivas; ao passo que, na camada popular, a família apenas consegue responder a problemas de maior gravidade e quando já estão instalados, recorrendo ao profissional de saúde se o sintoma é agravado ou quando há emergências.

De acordo com Lynch & Tiedje<sup>27</sup>, famílias pobres possuem características relativas à estrutura e aos papéis familiares, processos de comunicação familiar e socialização dos filhos, que são peculiares de sua classe. As interações entre pais e filhos visam à resolução de problemas e não à prevenção desses; ou seja, decisões não são tomadas antes que algo aconteça, há apenas a tentativa de solucionar um problema mediante sua concretização (Martin & Ângelo<sup>2</sup>).

Diante dessa realidade, os pais devem ser estimulados a zelar pela saúde bucal de seus filhos (Silva et al.<sup>21</sup>) nos cuidados com a alimentação, atuando nos fatores de risco comuns a outras doenças (Sheiham & Moyses<sup>28</sup>). De forma intensiva, o cuidado com a higienização bucal deve ser estimulado, principalmente por se tratar de crianças de pouca idade e, conseqüentemente, com psicomotricidade insuficiente para realizar o controle do biofilme dental (Lemos et al.<sup>29</sup>).

Pelo fato de as doenças bucais mais frequentes – cárie e doença periodontal – não serem letais, observa-se certa naturalização do processo patológico (Vasconcelos & Amaral<sup>4</sup>).

Minayo<sup>18</sup> refere que na aparente simplicidade de uma manifestação sobre saúde, os sujeitos individuais projetam sua visão da sociedade e da natureza, a historicidade das relações e condições de produção inscritas no seu corpo, seu espaço hodológico, sua temporalidade social, seus infini-

*tos culturais [...] de modo que a abordagem qualitativa reconhece o sujeito como autor, sob condições dadas, capaz de retratar e refratar a realidade* (Minayo<sup>18</sup>).

*Ah, certeza, né....eu acho que todo mundo que come tem [cárie]...Deve tá cheinho!!! (J). Todo mundo tem cárie...eu acho que pelo menos um pouquinho tem (W). Não [não tem cárie]... porque [a criança] é pequenininha, né... não sei quantos anos que começa a ter cárie (P). Ai...por enquanto, não (R).*

Essa percepção de naturalidade da doença foi evidenciada nos discursos que referem a cárie dentária como fenômeno comum a todo ser humano. A contribuição teórica de autores da epidemiologia social latino-americana, ao estabelecer uma ruptura no pensamento médico dominante – cujo postulado fundamental é o caráter natural e a-histórico do processo saúde-doença (Fernandes<sup>13</sup>) –, ainda passa ao largo do saber popular.

Considerando que, em populações de baixa renda, o adoecimento constitui um evento incapacitador, na medida em que é, muitas vezes, incompatível com o trabalho, “doença” seria aquilo que representasse forte ameaça à subsistência da família (Herzlich<sup>30</sup>).

Conhecer os conceitos e atitudes sobre saúde bucal expressos pela população estudada merece atenção, de modo a mediar a construção de práticas de saúde entre essas famílias. Na medida em que se compreende saúde e doença como fenômenos sociais e biológicos vividos culturalmente, isto demanda o conhe-

cimento dos valores, atitudes e crenças do grupo para o qual as ações de prevenção, tratamento e/ou planejamento são direcionadas (Minayo<sup>18</sup>).

*A tomada de consciência da importância de compreender a complexidade das relações sociais que criam, alimentam, reproduzem e transformam as estruturas, a partir do ponto de vista dos atores sociais envolvidos nessas relações* (Minayo<sup>18</sup>), constitui um momento dessa trajetória.

### Considerações finais

Alguns discursos expressam uma construção histórica da inevitabilidade da ocorrência da cárie dentária, vista como algo “natural”, e não como uma doença.

A forma como as pessoas percebem o processo saúde-doença influencia diretamente suas práticas. Buscar compreender essas construções é essencial para favorecer escolhas saudáveis. Enfrentar a carência de informação e propiciar a construção de alguns conceitos, como a cárie dentária como uma doença que pode (e deve) ser evitada, mostra-se um desafio.

A partir do desvendamento das percepções sobre a cárie dentária e os cuidados com a boca, o planejamento de ações/estratégias para a promoção de saúde e a prevenção de doenças deve incluir os responsáveis pela criança em seu contexto histórico, seu meio social e suas relações com as crianças e os espaços sociais que as abrigam.

### Colaboradores

PAP Bardal e KPK Olympio realizaram as entrevistas e a transcrição das respostas, efetuaram o exame bucal e participaram na discussão dos achados. AAL Valle contribuiu no planejamento do estudo. NE Tomita trabalhou na concepção teórica, na orientação da discussão e na redação.



## Referências

1. Couto CMM, Rio LMSP, Martins RC, Martins CC, Paiva SM. A percepção de mães pertencentes a diferentes níveis socioeconômicos sobre a saúde bucal dos seus filhos bebês. *Arq Odontol* 2001; 37(2):121-32.
2. Martin VB, Ângelo M. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. *Rev Lat Am Enfermagem* 1999; 7(4):89-95.
3. Bhering E, De Nez TB. Envolvimento de pais em creche: possibilidades e dificuldades de parceria. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2002; 18(1):63-73.
4. Vasconcelos MCC, Amaral JS. A sociedade brasileira e a prevenção em saúde bucal. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1992; 6(3/4):133-9.
5. Freire MCM, Melo RB, Silva, AS. Dental caries prevalence in relation to socioeconomic status of nursery school children in Goiânia-GO, Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24:357-61.
6. Tomita NE, Bijella VT, Lopes ES, Franco LJ. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância dos fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Pública* 1996; 30(5):413-20.
7. Loretto NRM, Seixas ZA, Jardim MC, Brito RL 2000. Cárie dentária no Brasil: alguns aspectos sociais, políticos e econômicos. *Rev ABO Nac* 2000; 8(1):45-9.
8. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Cad Saúde Pública* 2000; 34(4):402-8.
9. Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(3):755-63.
10. Hoffman RHS, Cypriano S, Souza MLR, Wada RS. Experiência de cárie dentária em crianças de escolas públicas e privadas de um município com água fluoretada. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2):522-28.
11. Lucas SD, Portela MC, Mendonça LL. Variações no nível de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1):55-63.
12. Barreto ML. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1(2):104-22.
13. Fernandes RCP. Uma leitura sobre a perspectiva etnoepidemiológica. *Rev C S Col* 2003; 8(3):765-74.
14. Botazzo C. Democracia, participação popular e programas comunitários. *Rev Saúde Debate* 1986; 18:36-41.
15. Oliveira MLS, Bastos ACS. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicologia Reflexão e Crítica* 2000; 13(1):97-107.
16. Spradley JR. *Participant observation*. New York: Wolt, Rinehalt and Winston; 1980. [apud Martin & Ângelo<sup>2</sup>]
17. World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods*. 4th edition. Geneva: WHO; 1997.
18. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.
19. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O pensamento coletivo como soma qualitativa*. 2004 [acessado 2004 abr 26]. Disponível em: <http://hygeia.fsp.usp.br/~lefevrel>.
20. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul: Educs; 2003.
21. Silva SMB, Rios D, Oliveira AF, Machado MA. 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.
22. Ferreira ARC, Gaíva MAM. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. *J Bras Odontoped Odontol Bebê* 2001; 4(22):485-89.
23. Ramos DD, Lima MADs. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(1):27-34.
24. Tomita NE, Torres FC. Saúde bucal de pré-escolares: as iniquidades sociais e a subjetividade da dor. *Rev Bras Odontol Saúde Coletiva* 2000; 1(1):35-41.
25. Lee C, Rezaiaimira N, Jeffcott E, Oberg D, Domoto P, Weinstein P. Teaching parents at WIC clinics to examine their high caries-risk babies. *ASDC J Dent Child* 1994; 61(5-6):347-9.
26. Lefèvre F. *Mitologia sanitária: saúde, doença, mídia e linguagem*. São Paulo: Edusp; 1999.
27. Lynch I, Tiedje LB. Working with multiproblem families in intervention model for community health nurses. *Public Health Nurs* 1991; 8(3):147-53.
28. Sheiham A, Moysés SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: Buischi Y. *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
29. Lemos CLS, Gonçalves LMG, Rink MCM. Motivação e educação em odontologia: influência de idade na habilidade de remoção de placa bacteriana de crianças de 7, 8 e 9 anos. *Biosci J* 2000; 16(1):31-43.
30. Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis – Rev Saúde Col* 1991; 1(2):23-4.

Artigo apresentado em 23/11/2004

Aprovado em 12/09/2005

Versão final apresentada em 17/10/2005