

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**Faculdade de Ciências de Saúde**  
**Departamento de Odontologia**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Concepções de crianças e adolescentes sobre cárie: uma escuta de narrativas**

**Ana Beatriz Souza Silva**

**Brasília, 24 de junho de 2024**

**Ana Beatriz Souza Silva**

**Concepções de crianças e adolescentes sobre cárie: uma escuta de narrativas**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de

Odontologia da Faculdade de Ciências da  
Saúde da Universidade de Brasília, como  
requisito parcial para a conclusão do curso  
de Graduação em Odontologia

Orientadora: Emília Carvalho Leitão Biato

Brasília, 2024

**Ana Beatriz Souza Silva**

**Concepções de crianças e adolescentes sobre cárie: uma escuta de narrativas**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia, Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Data da defesa: 24 de junho de 2024

Banca examinadora:

---

Profa. Dra. Emília Carvalho Leitão Biato (Orientadora)

---

Profa. Dra. Eliana Mitsue Takeshita Nakagawa (Membro titular)

---

Profa. Dr. Tiago Araújo Coelho de Souza (Membro titular)

---

Profa. Dra. Nailê Damé Teixeira (Membro suplente)

*A Deus, a minha família e aos meus amigos que estiveram e estão ao meu lado  
todos os dias.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, que abriu essa porta na minha vida, me guiou e me deu forças em todos os momentos e me mostrou o real significado de resiliência.

Aos meus pais, Francilene e Washington, dedico minha mais profunda gratidão pelo imenso apoio, incentivo e amor que recebi desde o início até o fim dessa longa jornada. Como educadores me ensinaram desde nova o valor da educação e o seu poder de transformar vidas. Aos meus irmãos, Felipe e Gabriela, meus portos seguros, que trazem consolo e paz para minha vida. Agradeço a toda a minha família por estarem sempre ao meu lado.

Agradeço às minhas amigas e mulheres da minha vida, Ana Gabriela, Rafaela, Mariana, Vitória, Emanuela, Ruth, Helena e Ana Clara vocês enchem a minha vida de alegria e amor e ao meu amigo Felipe Fontenele, sua amizade deixa a minha vida mais feliz. Aos meus amigos da graduação, em especial Andressa, André, Júlia e Vitória que trazem leveza e alegria a nossa rotina que é tão pesada.

Em especial, agradeço a minha dupla da faculdade, Mariana Carreiro, que desde o início esteve comigo nessa louca jornada, estamos juntas a mais de 5 anos, como num casamento aprendemos a lidar uma com a outra, criamos uma linda amizade e hoje tenho a certeza que não chegaria aqui se não tivesse você ao meu lado, te admiro demais amiga.

Por fim, agradeço a minha orientadora professora Emília Biato, que aceitou o desafio de me guiar e orientar ao longo da realização desse trabalho, e mesmo a milhares de quilômetros de distância se fez sempre presente.

## RESUMO

As transformações no entendimento sobre etiopatogenia e curso da doença cárie e também de outras condições da cavidade oral impulsionaram a busca por novas estratégias de promoção da saúde, focadas no autocuidado e no correto manejo das suas consequências. Essa necessidade de modificação das práticas da odontologia tradicional veio em conjunto com o conceito de Odontologia de Mínima Intervenção (OMI). Conforme a Organização Mundial da Saúde, a doença cárie é considerada uma das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes em todo o mundo e, nesse quesito, o cenário brasileiro não difere do cenário global: apresenta prevalência bastante elevada, especialmente em indivíduos que se encontram na dentição decídua. A partir desse cenário, o presente estudo teve, por objetivo, levantar e discutir as concepções de crianças e adolescentes acerca da doença cárie e da atenção em saúde bucal, a partir do pensamento articulado entre a filosofia de mínima intervenção e uma leitura da noção nietzschiana de Grande Saúde. Esse estudo qualitativo constituiu-se da realização de ações educativas relacionadas à saúde bucal na forma de oficinas de transcrição, em uma escola pública rural em Brazlândia no Distrito Federal. Partiu-se do princípio de que esse tipo de ação serve a práticas pedagógicas criativas e instigantes e, simultaneamente, gera produções potentes ao processo investigativo. O material escrito, as falas e relatos produzidos em cada um dos encontros foram estruturados na forma de “histórias patográficas”, como narrativas de vivências dos participantes. A análise dos relatos colhidos, as diferentes vivências narradas pelos alunos durante as oficinas de transcrição, proporcionaram distintas formas de contar e entender o processo saúde-doença-cuidado na odontologia, permeadas por elementos sócio-culturais, singulares e por influência de profissionais da área. Percebe-se que a atenção e a escuta durante os encontros permitiu o levantamento de dois pontos importantes: se, por um lado, os participantes demonstram competência na composição de conceitos relacionados aos necessários cuidados de si para a manutenção da saúde bucal, por outro, apresentam uma certa submissão culpabilizadora por suas mazelas. Por meio desse estudo foi possível perceber que ainda há uma notável persistência de uma visão biomédica e de práticas baseadas no ciclo restaurador repetitivo. A consideração das diversas formas de composição dos conceitos em questão pode auxiliar a expandir a noção de saúde que compõe a práticas profissionais de atenção a população.

**Palavras-chave:** Educação em saúde; Odontologia de mínima intervenção; Processo saúde-doença-cuidado

## ABSTRACT

Changes in the understanding of the etiopathogenesis and course of caries and other oral cavity conditions have led to the search for new health promotion strategies focused on self-care and the correct management of its consequences. This need to modify traditional dentistry practices came together with the concept of Minimal Intervention Dentistry (MIO). According to the World Health Organization, caries is considered one of the most prevalent non-communicable oral diseases in the world and, in this respect, the Brazilian scenario is no different from the global scenario: it has a very high prevalence, especially in individuals who are in the deciduous dentition. Based on this scenario, the aim of this study was to survey and discuss children's and adolescents' conceptions of caries disease and oral health care, based on the philosophy of minimal intervention and a reading of the Nietzschean notion of Great Health. This qualitative study consisted of educational activities related to oral health in the form of transcreation workshops in a rural public school in Brazlândia in the Distrito Federal. It was based on the principle that this type of action serves creative and thought-provoking pedagogical practices and, at the same time, generates powerful productions for the investigative process. The written material, speeches and reports produced in each of the meetings were structured in the form of "pathographic stories", as narratives of the participants' experiences. The analysis of the stories collected, the different experiences narrated by the students during the transcreation workshops, provided different ways of telling and understanding the health-disease-care process in dentistry, permeated by unique socio-cultural elements and the influence of professionals in the field. Attention and listening during the meetings enabled two important points to be raised: while on the one hand the participants demonstrated competence in composing concepts related to the necessary self-care required to maintain oral health, on the other hand they showed a certain submissiveness, blaming themselves for their problems. Through this study, it was possible to see that there is still a notable persistence of a biomedical vision and practices based on the repetitive restorative cycle. Considering the various ways in which the concepts in question are composed can help to expand the notion of health that makes up professional practices in caring for the population.

**Keywords:** Health education; Minimal intervention dentistry; Health-disease-care process

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 APONTAMENTOS TEÓRICOS .....	12
3 MÉTODO .....	15
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS .....	30
ANEXOS.....	34



## 1 INTRODUÇÃO

As transformações no entendimento sobre etiopatogenia e curso da doença cárie e também de outras condições da cavidade oral impulsionaram a busca por novas estratégias de promoção da saúde, focadas no autocuidado e no correto manejo das suas consequências, tanto a nível individual como coletivo [1]. Essa necessidade de modificação das práticas da odontologia restauradora tradicional e de alterações quanto a condutas e materiais usuais, vieram em conjunto com o conceito de Odontologia de Mínima Intervenção (OMI), introduzido inicialmente na década de 1980 [2]. De acordo com a World Dental Federation (FDI), a Mínima Intervenção consiste em uma filosofia baseada na prevenção, em avaliações de risco personalizadas, na identificação precoce e precisa de doenças da cavidade oral — como a doença cárie — e em esforços e estratégias que visem a remineralização de lesões cariosas não cavitadas com a provisão imediata de cuidados preventivos a fim de reduzir intervenções de caráter mais invasivo [3].

Conforme a Organização Mundial da Saúde, a cárie é considerada uma das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes em todo o mundo [4], e, nesse quesito, o cenário brasileiro não difere do cenário global. Segundo a literatura, a prevalência de dentes permanentes cariados na população brasileira foi de 37,46% em 2017 [5].

De acordo com dados obtidos no último SB Brasil<sup>1</sup>, realizado em 2010, a análise do cenário nacional trouxe ao foco a população de crianças que se encontram na dentição decídua (dos 2 aos 6 anos de idade). De acordo com este censo, os resultados evidenciaram uma prevalência bastante elevada para essa parcela de indivíduos [6]. Torna-se, portanto, imprescindível buscar formas de atingir esse grupo

---

<sup>1</sup>O Projeto SB Brasil compõe a atual Política Nacional de Saúde Bucal e caracteriza a continuidade de uma série histórica de informações epidemiológicas em saúde bucal. As informações colhidas nos levantamentos colaboram para elaboração de uma base de dados consistente em saúde bucal da população brasileira. Dois levantamentos nacionais em saúde já foram realizados, o Projeto SB Brasil 2003 e 2010, esses levantamentos permitem realizar a caracterização do perfil epidemiológico bucal da população brasileira o que é essencial para que seja possível identificar os principais agravos bucais e para que se ofereçam subsídios para criação de políticas públicas, ações e estratégias intersetoriais de promoção, proteção e recuperação da saúde.

específico de maneira eficiente, que contribua para a manutenção de dentes funcionais ao longo de toda a vida, que evite, ao máximo, a necessidade da realização do primeiro procedimento restaurador em boca — e consequentes terapêuticas ainda mais invasivas ao decorrer da vida do indivíduo [1] —, atuando de forma efetiva para a melhoria da saúde bucal desse grupo.

Por se tratar de uma doença de natureza crônica, que é mediada pelo estilo de vida, a cárie possui semelhanças com outras doenças não transmissíveis, dentre elas, o vínculo com o problema da desigualdade social. A forma como se distribui entre diferentes grupos sociais, econômicos, étnicos e educacionais é altamente desigual. A prevalência de cárie em indivíduos em uma posição social baixa é maior do que a de indivíduos socialmente mais favorecidos. Esse desequilíbrio está associado a vários fatores sociais, estruturais e/ou institucionais [6]. O aumento da aplicação de medidas no âmbito de políticas sociais e de saúde pública, como as políticas relacionadas à promoção de saúde, torna-se a melhor alternativa para reduzir esse contraste socioeconômico [1].

Tão importante quanto a percepção do caráter sociocultural da cárie, é a consideração de que esta envolve, ainda, uma experiência singular, que não pode ser tratada de forma generalizada, sob o risco de deixar de lado importantes diferenças de perspectivas e modos de lidar com o problema, conforme vemos em Biato, Costa e Monteiro [7]:

A aproximação com concepções singulares acerca da doença pode ser potente instrumento para a definição de ações de promoção da saúde, tanto em espaços individuais quanto coletivos de atenção.

É nesse sentido que importa reconhecer perspectivas da doença no contexto de cuidado das crianças, de forma a atuar com mais efetividade em ações de promoção e prevenção de saúde, especialmente com a redução da prevalência da doença nesse grupo, que como anteriormente citada, ainda é alta.

Tendo em vista a realização de uma discussão sobre composições acerca dos conceitos ligados a saúde bucal, levanta-se a hipótese de que os temas da Odontologia de Mínima Intervenção e a noção de Grande Saúde em Nietzsche podem ser promissores.

Portanto, o presente estudo tem, como objetivo, levantar e discutir concepções de crianças e adolescentes acerca da doença cárie e da atenção em saúde bucal, em

articulação com uma compreensão sobre OMI e a noção nietzschiana de Grande Saúde.

## 2 APONTAMENTOS TEÓRICOS

### A doença cárie e a OMI

A doença cárie é compreendida como uma disbiose biofilme-açúcar dependente, ou seja, a doença causa um desequilíbrio no ciclo de remineralização e desmineralização dentária, desencadeado por uma alta ingestão de açúcares [8]. Sabe-se também que o processo de formação das lesões é altamente complexo, mas não é irreversível, o que sustenta a conduta de que, em muitos casos, é possível realizar intervenções que visem paralisar o processo de formação da lesão, e quando essas intervenções são realizadas, devem ser o menos invasivas possíveis, removendo a menor quantidade possível de estrutura dentária sadia [1].

A tomada de decisão baseada na mínima intervenção na odontologia se relaciona diretamente com a manutenção do elemento dental funcional ao longo de toda a vida, evitando dessa forma, que o dente entre em um ciclo restaurador repetitivo, necessitando de intervenções cada vez mais complexas e invasivas que levam à morte do elemento dental, ou seja, de sua extração propriamente dita [1,9]. A OMI tem como principal objetivo atrasar e/ou evitar que restaurações sejam realizadas [2], a partir do entendimento de que a realização dessas intervenções, de forma isolada, está longe de ser a solução ou a cura da doença. Pelo contrário, tais procedimentos são gradativamente mais entendidos como parte e perpetuadores do problema, pois suscitam a demanda por retratamentos e reintervenções consecutivas [9].

Portanto, ao seguir a filosofia de mínima intervenção, o foco volta-se para trabalhar no sentido de evitar o surgimento e o desenvolvimento de lesões cariosas que, por conseguinte, levarão à necessidade da realização da primeira restauração, do primeiro procedimento invasivo em boca, estendendo-se a vida do elemento dental em boca, aumentando sua longevidade [2].

Neste contexto, a filosofia da OMI se propõe a manejar de forma mais eficaz a Cárie na Primeira Infância (CPI) [10], compreendida como a presença de uma ou mais lesões cariosas cavitadas ou não em crianças na dentição decídua que possuem menos de seis anos de idade. Pretende, ainda, combater os impactos negativos das más condições de saúde bucal na qualidade de vida das mesmas no âmbito familiar

e social. Neste sentido, diversas medidas podem ser adotadas, tanto a nível individual quanto coletivo. A chave para diminuir a alta prevalência da doença se encontra na prevenção e no correto manejo da mesma [10]. São três os níveis de prevenção atuantes no combate a cárie: a prevenção primária engloba intervenções tanto a nível individual quanto de comunidade, com ações voltadas ao conhecimento e informação de familiares e profissionais de saúde, por exemplo. A prevenção secundária compreende o controle efetivo de lesões iniciais não-cavitadas e na paralisação de lesões mais avançadas, quando viável. Por último, a prevenção terciária compreende as intervenções que atuem na paralisação de lesões cariosas cavitadas e o tratamento restaurador adequado [10].

Iniciar a prevenção antes mesmo do início da formação de lesões cariosas, por meio da utilização de múltiplas estratégias preventivas em associação com abordagens de participação cultural competentes e flexíveis baseadas na comunidade são meios eficazes para a gestão da cárie em nível coletivo [11]. A literatura mostra que a educação e conscientização de crianças e/ou pais e responsáveis é capaz de efetivamente reduzir a prevalência da doença. A realização de ações educativas a nível primário de prevenção, como aquelas com o intuito de aprimorar o conhecimento dos indivíduos acerca da doença cárie, a fim de reduzir e restringir um consumo infantil elevado de açúcares e garantindo correta exposição ao flúor, tem o potencial de serem eficazes no combate à doença [11].

Diante dessas considerações é possível compreender que a literatura atual é sólida quanto ao assunto: são inúmeros os benefícios de adotar-se a filosofia da mínima intervenção nas práticas odontológicas, bem como de se lançar mão de novas técnicas e manejos no tratamento da doença cárie, e em ações coletivas de promoção de qualidade de vida. Importa que esses avanços em conhecimentos científicos sejam capazes de produzir, não somente ampliação e aprofundamento do conhecimento sobre a cárie, mas também melhoras significativas na saúde bucal de indivíduos e da população como um todo [1,2,3].

### **A grande saúde em Nietzsche**

A produção de conhecimento em saúde, desejada nos trabalhos educativos em saúde bucal, envolve a concepção que se tem acerca do processo saúde-doença.

Parte-se do princípio de que será mais efetiva uma visão que se distancia daquela que compreende os conceitos de saúde e doença como puramente antagônicos e vistos através dos modelos imperativos concebidos na biomedicina. Parece necessário superar a perspectiva normatizadora de saúde, como simples oposição ao adoecimento e a cura como a resposta mais desejada. Trata-se, portanto, de investir em ações educativas mais efetivas, a partir de uma aproximação aos modos de constituição das noções de saúde pela população, e da consideração dessas noções e experiências, para o desenvolvimento das ações do profissional [7].

Isto posto, ao adotar-se o entendimento do processo de saúde-doença como múltiplo e entrelaçado pela experiência humana [12], pode-se fazer uma tomada do conceito de saúde em um sentido macro, que se expande, não se limita a normas e nem mesmo ao objetivo único de cura, quando a doença está presente. A saúde, conforme uma leitura que se pode fazer da obra de Nietzsche, não se limita a um conceito único, um registro ímpar, mas abrange e acolhe as multiplicidades e integralidades, pois está associada à vontade de potência — como vida que anseia por mais vida. O filósofo apresenta o conceito de *grande saúde*, como um estado que continuamente é conquistado pelos indivíduos [12]:

Para isso necessita mais e antes de tudo uma coisa, a *grande saúde*— uma tal que não apenas se tem, mas constantemente se adquire e é preciso adquirir, pois sempre de novo se abandona e é preciso abandonar.

Essa noção nietzschiana distancia-se da compreensão dualista da doença como sendo simplesmente antagônica à saúde, envolta por um modelo que a categoriza como bem ou mal, sendo o bem, o estado saudável e o mal, a condição do indivíduo que se desvia da saúde, portador de doença [7]. Esse conceito traz a reflexão de que, como profissionais de saúde, é necessário adotarmos uma perspectiva que perceba o outro e as suas singularidades, contemplando o ser e suas vivências, suas diferentes impressões e sentimentos, em via de fuga a um modelo puramente biomédico. Trata-se de ampliar a visão do profissional da saúde, para que tenha a multiplicidade e as singularidades como referências para basear suas decisões terapêuticas e planejamento do cuidado [7].

### 3 MÉTODO

O presente estudo qualitativo se insere numa pesquisa mais ampla desenvolvida no contexto de um grupo de estudos e pesquisas em educação em saúde. Aborda, portanto, oportunidades de encontros com um grupo de estudantes de uma escola rural em Brazlândia, no Distrito Federal, com o desenvolvimento de atividades educativas, levantamento epidemiológico, atendimento com realização de tratamento restaurador atraumático (ART) e encaminhamento à unidade de saúde de referência, em casos que não poderiam ser tratados no ambiente escolar.

Para o recorte deste estudo, a população participante compreendeu 3 alunos estudantes do 6º ano do ensino fundamental 2, com idades que variaram de 11 até 14 anos. Desses 3 participantes dois eram do sexo masculino e uma do sexo feminino. No contexto da realização de ações educativas relacionadas à saúde bucal, foram compostos dados sobre a concepção das crianças acerca da doença cárie e de saúde bucal tanto a nível individual, de como elas próprias entendiam esse conceito, como a nível coletivo, de como as mesmas compreendem essa noção na comunidade na qual se inserem, sendo essas duas dimensões indissociáveis e articuladas entre si.

Partiu-se do pressuposto de que os espaços educativos em saúde são potentes para contribuir com a composição de diferentes maneiras de pensar acerca do processo saúde-doença e deliberar sobre modos de conduzir a vida e cuidar de si. Nesse sentido, o foco deste estudo foi o andamento das atividades educativas, que aconteceram no formato de oficinas de transcrição.

Ao conectar arte, ciência e filosofia por meio da experimentação — sendo esta, componente indispensável para a aprendizagem — é que ocorrem as oficinas de transcrição. Essas ações têm como pressuposto fazer um convite a escrita e a leitura de histórias, desenhos, pinturas, poemas e/ou músicas aqueles que dela participam, tais como alunos e professores, dessa forma estimula-se o exercício do pensamento de modo a transpor inventivamente os objetos de conhecimento [13].

Pode-se elucidar esse conceito através da definição trazida por Biato e Nodari [13]:

Oficinas de transcrição são espaços-tempos didáticos de aula, dedicados a possibilidades criadoras e à fluidez do pensamento. Podem ser de artes,

filosofia, movimentos corporais, música, e sempre pretendem provocar o pensamento de forma inaugural, tendo em vista a produção de sentidos novos, mesmo para signos antigos e já conhecidos.

Deste modo, essa forma de conduzir o processo educativo consiste em um meio que estimule e incentive a liberdade de expressar sentimentos e ideias, possibilitando a criação do novo na forma de diferentes linguagens, através da elaboração de textos ou produtos que sejam traduzíveis ou escrevíveis de diversas maneiras continuamente acessíveis às intervenções daquele que os lê [14].

Essas ações funcionam como um método investigativo e didático usado em espaços de aula, no qual a condição de experimentação e a escrita criadora são objetos essenciais e indispensáveis desse processo criativo que se dá dentro do ambiente educacional [13]. Assim as oficinas estimulam a produção de outros meios de conexão com a leitura, a escrita e com a vida, já que essa permeia e não se dissocia do autor, sendo matéria principal das oficinas, dessa forma há também uma transposição da autoria de sujeitos, o leitor e o escritor, fazendo com que a elaboração de textos configure uma prática de pensamento criativo e criador [14,15]. Especificamente neste estudo, as oficinas de transcrição foram recursos estratégicos no processo de educação em saúde bucal.

Os participantes foram inseridos em rodas de conversas, com estímulo ao diálogo da forma mais natural possível, a fim de coletar, na linguagem adequada à idade e ao contexto, a percepção acerca de variados temas, mas sempre retomando ao objetivo principal do estudo, de analisar as concepções de crianças e adolescentes acerca da doença cárie e da atenção em saúde bucal.

Utilizou-se como base um método com enfoque na relação de escuta-acolhimento-vínculo, fundamentado no artigo “Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social”[16].

O estudo em questão resultou de uma pesquisa de intervenção realizada em uma unidade básica de saúde em um município de São Paulo, na qual foram feitas entrevistas com os usuários atendidos naquele local, essas entrevistas foram realizadas na forma de rodas de conversas. Para estruturarem seu estudo os autores colheram os relatos dos usuários na forma de *histórias patográficas*. Esse recurso é composto pelas narrativas dos próprios usuários, narrativas que são estruturadas por meio de suas falas que trazem à tona as vivências de cada um, boas e/ou ruins, desconfortos, queixas, experiências vividas consciente e inconscientemente e que



tornam cada indivíduo singular e único. Foi através da construção dessas narrativas na forma de *hestórias patográficas* que os autores construíram a discussão e elaboraram reflexões acerca do cuidado em saúde bucal como método de qualificação da Atenção Básica e também sobre a dicotomia existente entre saúde coletiva e clínica [16].

Em se tratando da pesquisa desse trabalho, a mesma também estruturou os relatos e as falas produzidas durante cada encontro no qual a oficina de transcrição aconteceu na forma de *hestórias patográficas*, as narrativas foram construídas por meio da contribuição e participação dos alunos que fizeram parte das ações educativas. As narrativas produzidas serviram como material gerador e fomentador da discussão do estudo que buscou aprofundar-se em temas como o entendimento do processo saúde-doença, com foco na doença cárie, no papel do profissional cirurgião dentista na prevenção e promoção de saúde bucal e nas vivências e subjetividades dos alunos que integraram a oficina.

Nesse momento inicial da pesquisa realizou-se a oficina de transcrição “Ciclo da Vida”. Esses encontros aconteceram com alunos que possuíam por volta dos 11 a 12 anos de idade, já que demandou um nível de maturidade que permitisse a criação de um diálogo com caráter mais reflexivo acerca de temas como vida e morte e os componentes que permeiam esses conceitos. Essa oficina teve como objetivo buscar entender como esses adolescentes compreendiam a importância da manutenção de dentes saudáveis, articulando essa noção ao ciclo natural da vida. Essa ação se estruturou na forma de uma roda de conversa permeada por questionamentos sobre a vida e o que a constitui, os processos de saúde-doença e a morte. A leitura e elucidações acerca do que fora pensado ou vivido por cada um atuaram como fomentadores da produção textual e/ou de desenhos dos participantes. Logo, a produção resultante de uma das oficinas, entendida como necessariamente biográfica – relativa a ou própria da biografia — foi explorada posteriormente, na análise dos materiais produzidos.

Inicialmente foi pedido a cada participante da oficina que, exercitando o pensamento ou a memória, escolhesse algo que pudesse simbolizar o conceito de vida, e que após essa escolha, elaborasse acerca dessa noção através da escrita e/ou ilustração. Durante e após esse processo foram feitas perguntas aos alunos baseadas no tema da ação proposta. As questões foram as seguintes: O que você entende por ciclo da vida? O que há no fim de um ciclo da vida? Você acha que os dentes também

possuem um ciclo de vida? No caso dos dentes, o que levaria o mesmo a atingir o fim do seu ciclo de vida?

Dentre os pressupostos utilizados a fim de atuarem como subsídio teórico à realização da oficina de transcrição Ciclo da vida, destacam-se: 1. A noção elaborada por Derrida [17] de *dynamis* do texto, como fronteira imprecisa entre vida e obra e manifestação de força e movimento nos escritos; 2. Os dizeres de Nietzsche [18] sobre vivências: “Importa dizer que essas (vivências) servem de alimento aos instintos e ao tornar-se o que se é”; 3. As ponderações de Monteiro [17] : “Logo, investigar as produções humanas - mais do que nas ciências humanas - significa instalar o sentido vetorial das forças que mobilizam o conhecimento ou as forças das vivências que produzem o texto. A interrogação que põe em movimento a reflexão nietzschiana é: “o que quer?” De outro modo: o que querem as forças das vivências ao produzir um texto, um escrito, um conceito, uma ideia, uma teoria, uma interpretação etc.?”; 4. A noção de espiral da morte do elemento dentário, que representa o ciclo restaurador repetitivo que acontece ao longo da vida em dentes que já foram restaurados. O elemento dental entra nessa espiral porque essas restaurações falham, e ao falhar são substituídas por outras ainda mais complexas e maiores e essa sucessão de fatos com o passar do tempo leva a perda do elemento dentário [19].

A dinâmica dessa oficina se deu a partir de uma problemática - a vida cíclica construída e permeada pelas vivências individuais e coletivas de cada um dos participantes – a qual atuou como gatilho à prática do pensar de forma criadora, a esmiuçar e a formar o diálogo por meio do que foi produzido em forma de textos ou ilustrações.

A dinâmica de cada um dos encontros realizados foi gravada integralmente com consentimento prévio dos alunos e as falas vistas como relevantes – que acordassem com o objetivo de analisar as particularidades de vivências ligadas ao conceito de saúde-doença relacionados a saúde bucal e a doença cárie — foram posteriormente transcritas e estruturadas na forma de histórias. O material escrito resultante desses encontros com as crianças foi tomado como elemento de análise.

Para fazer a tomada do material produzido durante a oficina de transcrição Ciclo da Vida utilizou-se a noção de “*hestórias patográficas*”, conforme proposta por Barros e Botazzo [16]. Os autores se ocuparam das conversas entre profissional e paciente, geradas na anamnese e as acolheram como histórias, que são, simultaneamente estórias.

Ao compreender a inseparável relação das histórias narradas em relação às vivências, também se faz possível pensar que só podemos dissociar um texto da vida de seu autor de forma artificial [17]. É importante enfatizar que nesse estudo a autoria do que fora produzido não é somente daqueles que participaram de cada encontro da oficina de transcrição, mas esse papel também é desempenhado pelo pesquisador. Dessa forma, se faz possível entender também que não é possível posicionar o pesquisador num lugar de neutralidade, já que não se toma a escrita apenas como quem lê passivamente, e sim o oposto: o pesquisador faz do ato da leitura um meio de produzir simultaneamente um novo texto e assume um papel de “escreitor”. Esse termo advém da noção de *Escreituras*, conceito fundado por Corazza [14]: estabelece-se uma ligação inseparável da escrita-pela-leitura ou da leitura-pela-escrita, processo esse que é estimulado por meio das oficinas de transcrição [14, 20].

Foi por meio desse método que o foco voltou-se para o texto, já que as diferentes vivências narradas pelos alunos durante a oficina de transcrição proporcionaram distintas formas de entender o processo saúde-doença, o que faz com que esse caminho seja ímpar e subjetivo [20]. Esse texto se torna então constantemente exposto às intromissões de quem lê e dessa maneira ele se torna escrevível ou traduzível de múltiplas formas [14].

Os participantes e seus responsáveis foram informados e esclarecidos quanto à natureza do projeto, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por aqueles que compreenderam e se dispuseram a participar da pesquisa, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) também foi assinado pelos alunos participantes da oficina previamente a realização desta. O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília com o número CAAE: 73437023.5.0000.0030.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### ***Hestória 01: Autonomia e criação***

Naquela tarde, dois alunos do 6º ano foram convidados e se dispuseram a participar de mais uma atividade educativa. Os alunos foram deslocados ao local destinado a realização das oficinas de transcrição, e nesse espaço, foram informados sobre o tipo de oficina que seria realizada durante aquele período. Da discussão realizada, surgiram considerações como essas:

*“Os dentes de leite eu acho que são meio que uma preparação”. Mariana complementa dizendo: “Os dentes de leite seriam o início da vida”. André que fez a primeira consideração continua seu raciocínio: “Quando vem o permanente, se a gente cuidar ele vai morrer com a gente e se não cuidar ele pode ficar podre, com cárie e outras coisas... Ou ele morre com você ou morre apodrecendo. Por exemplo, a gente tem um tempo estimado de vida, têm pessoas que podem morrer antes do esperado, pelo mau uso da vida, do mesmo jeito com os dentes”.*

Esse relato permite notar que, apesar de serem alunos novos, encontrando-se na fase da pré-adolescência, os mesmos já possuem uma noção racional acerca do ciclo de vida dos dentes e também sobre saúde bucal e cuidados em relação à higiene oral. As afirmações de André nos dizem muito sobre o que é a OMI e também como a própria odontologia evoluiu ao longo do tempo.

Retomando-se ao objetivo central da filosofia de mínima intervenção, que é a manutenção de dentes funcionais durante toda a vida de um indivíduo, um ponto relevante pode ser levantado: antigamente, o dente de um indivíduo no Brasil deveria permanecer funcional em boca durante somente cerca 40 anos, o que muda drasticamente nos tempos atuais, nos quais esse mesmo dente deve manter sua funcionalidade por, no mínimo, 60 anos [21,22].

No decorrer da oficina, um dos assuntos discutidos foi a importância de se manter um dente vivo em boca. Mariana decidiu se manifestar usando um exemplo de um familiar seu: *“Pode fazer muita falta para quem precisa. Igual meu avô. Meu avô colocou uma prótese com parafuso, aí ele arrancou vários dentes para conseguir fazer, aí ele colocou em cima e embaixo. Tava machucando muito ele, não ficou boa,*

*só a de baixo. Aí ele pegou e foi lá no médico de novo e falou tudo, aí teve que trocar a de cima e a de baixo. Fizeram a nova e não deu certo, ficou larga. Tão fazendo outra agora, ele tá só com a parte de cima e a de baixo não colocou ainda.*” Finalizado o relato, comentou-se sobre ter que lidar com as consequências da “morte” dos dentes, fato que ocorreu com o avô de Mariana, e o impacto daquele acontecimento na vida de seu familiar. A mesma finalizou dizendo que o fato de seu avô ter perdido todos os dentes afetava não só sua estética, mas também sua qualidade de vida.

A partir do relato compartilhado por essa aluna é possível notar o impacto substancial que a falta dos dentes exerce sobre o avô dessa participante. Estudos comprovam que a perda dentária, independente da causa, está intimamente associada à incidência de diversas doenças não transmissíveis, como enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral isquêmico e a morte por todas as causas, além de comprovadamente reduzir a qualidade de vida dessas pessoas [23, 24].

No caso relatado, a conduta desse cirurgião dentista fez com que esse indivíduo saísse de um quadro parcialmente dentado, com a falta de alguns elementos dentários para um quadro de edentulismo, ou seja, sem nenhum dente natural em boca [25]. Essa prática por mais que realizada com o objetivo da posterior colocação de uma prótese protocolo (fazendo referência a “*prótese com parafusos*” relatada pela menina) – aparato com finalidade de substituição de dentes naturais, na qual realiza-se a colocação de implantes em mandíbula e maxila cirurgicamente e posteriormente é utilizado uma infraestrutura metálica e uma base de resina afim de uni-la aos dentes de resina acrílica [26] – vai totalmente contra a ciência e a ética da odontologia atual [27]. Nenhum material restaurador ou dispositivo protético inserido na cavidade oral de um indivíduo será capaz de substituir efetivamente a função que um dente natural possui, pois a perda dentária afeta funções como a mastigação, a fala e pode resultar também em uma estética deficiente. Todos esses fatores sozinhos ou acompanhados impactam profundamente o modo de viver dessas pessoas [23, 28].

Esse profissional cirurgião dentista, ao optar por adotar uma conduta clínica tão radical, a de extração de todos os elementos dentários restantes na boca desse paciente, foi em direção completamente oposta ao que se prioriza dentro da odontologia atual, que é justamente uma filosofia baseada na mínima intervenção [1]. A OMI surge justamente para suprir um modelo de cuidados adotado por décadas por profissionais de saúde, uma prática puramente restauradora, que tem, como ponto central, um tratamento curativo somente dos sintomas da doença e não da doença de

fato [29]. A prática odontológica baseada na mínima intervenção tem como objetivo principal a manutenção do(s) elemento(s) dental(ais) vital(ais) o maior tempo possível em boca, evitando dessa forma que se entre num ciclo restaurador repetitivo, a própria espiral da morte de um dente [1,8]. Infelizmente a espiral da morte dos dentes do avô dessa menina foi substancialmente acelerado, chegando ao seu ponto mais crítico. Pode-se descrever esse ponto, como o marcador final do ciclo de vida do elemento dental, a sua morte propriamente dita – a extração [30, 19].

Afinal, que práticas e conceitos podem ter moldado a carreira desse dentista para que o mesmo exercesse essa prática odontológica ultrapassada? Podemos de fato afirmar que a saúde foi alcançada após essa conduta? Para responder a esses questionamentos é necessário fazer uma reflexão acerca dos conceitos de saúde-doença que permeiam a formação profissional na área da saúde. Quando nesse percurso adota-se o conceito de uma saúde apequenada, vista através do olhar de modelos imperativos biomédicos, reduzimos a noção de saúde como meramente oposta à doença. Saúde essa que é limitada a convenções impostas pela coletividade em massa, que materializam a odontologia dentro e fora dos consultórios, de forma a generalizar e massificar desde sintomas e diagnósticos até procedimentos coletivos e clínicos de maior complexidade. A saúde apequenada baseia suas práticas num modelo curativo limitado que tem por objetivo a universalização de diversos conceitos. Noções como qualidade de vida, bem-estar e longevidade se apequenam e se aprisionam a práticas do tipo diagnóstico-prescrição, que acabam silenciando as singularidades [7].

Um olhar para a grande saúde parece valorizar minúcias singulares dos modos de ver e viver, ao ampliar saberes como os mobilizados por André no trecho “*se a gente cuidar, ele vai morrer com a gente*”. Ao assumir uma função competente para cuidar de si e também ser cuidado, André parece materializar a noção nietzschiana de uma saúde “nova, mais forte, alegre, firme, audaz” [12] – que supere a simples antagonicidade dos processos saúde-doença. Torna-se importante que, como profissionais de saúde, adotemos a promoção da saúde como “uma arte de despertar potencialidades e de criação de novas formas ou modos de agir no mundo” [31] (p.159-160), percurso esse que demanda do profissional, um cuidado, um buscar sensível e verdadeiro em relação ao outro.

É através de um processo criador singular, que cada indivíduo define para si parâmetros que o tornam capaz de afirmar se tem ou não uma boa saúde. Pode-se visualizar essa afirmação a partir de uma leitura de Canguilhem [32]:

O homem só se sente em boa saúde – que é, precisamente, a saúde – quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas, também, normativo, capaz de seguir novas normas de vida .

É perceptível que Mariana tem uma concepção acerca da saúde bucal do seu avô bem estabelecida e firmada no bem estar, que percebe que foi perdido com a realização de um, dois, três procedimentos odontológicos em sequência. De forma crítica, ainda que discreta, a participante demonstra seu questionamento e sua capacidade normativa no que se refere à saúde e aos modos de fazer da odontologia tradicional.

Reforça-se, portanto, o valor da odontologia de mínima intervenção, em que a figura principal é o paciente, já que essa filosofia admite e reconhece o papel que o mesmo exerce sobre sua saúde e nos processos de saúde-doença. A OMI busca empoderar aquele que recebe os cuidados, na busca por desenvolver e estimular habilidades e motivação para que esse se torne autônomo e responsável por sua própria saúde bucal, ao mesmo tempo em que pode contar com apoio do serviço de atenção à saúde. Dessa maneira, futuramente será necessária a realização apenas de intervenções mínimas da parte do profissional cirurgião dentista [19].

### ***Hestória 02: Culpa e dever***

O segundo encontro da oficina de transcrição Ciclo da Vida, se deu também no período vespertino, com Felipe, aluno da turma do 6º ano, que voluntariamente se dispôs a participar da atividade proposta. O funcionamento dessa oficina ocorreu de forma similar à que foi realizada no primeiro encontro com uma dupla de alunos. O local, materiais disponibilizados e a forma como a proposta da oficina fora explicada também foi semelhante àquela feita no primeiro encontro.

Após um breve momento de apresentação pessoal do próprio aluno, a oficina teve seu início. Durante a discussão acerca do tema da oficina, o tópico “*fim do ciclo da vida do dente*” foi abordado e sobre esse tópico surgiu o seguinte relato: “*Dizemos que os idosos perdem os dentes né... Eu não sei o motivo específico, eu acho que os*

*dentes deles são bem fracos né? Eu me lembro que um dia o meu avô tava todo mundo comendo goiaba, aí tavam mastigando e meu avô pegou uma colher e ficou tirando só a polpa, e mastigando devagar para virar uma papa e ele engolir. Parece que os dentes dele eram muito fracos, eram moles, sei lá. O ciclo da vida dos dentes dele foi que ele não cuidou... O dente pode morrer se a gente não cuidar, não escovar, não limpar. Se não cuida, eles estragam. Tem que cuidar deles”.*

Mais tarde, quando a discussão se voltou para alimentação, o aluno acrescentou: *“eu prefiro doce do que salgado, mas eu acho assim, na minha opinião para os dentes, os doces fazem mais mal do que o salgado, porque tem o negócio do açúcar. Eu não sei muito bem..., mas eu acho que tem relação com a cárie. O dente é como se fosse um filho, a gente tem que cuidar deles.*

O trecho no qual o aluno cria sua linha de raciocínio acerca de seu entendimento sobre a doença cárie, configura uma afirmação que nos permite discorrer mais profundamente sobre a mesma. Atualmente entende-se a cárie dentária como sendo uma doença não transmissível, que se desenvolve como resultado da combinação de diferentes fatores: genéticos, fisiológicos, ambientais e/ou comportamentais. A doença cárie é consequência de uma disbiose que ocorre na microbiota oral, uma alteração deletéria acontece na composição do biofilme dentário, que passa a ser dominado por uma comunidade microbiana composta de uma microbiota tolerante e produtora de ácido, com níveis reduzidos de bactérias benéficas. Esse desequilíbrio é impulsionado por determinantes sociais, tais como grau de escolaridade, acesso a educação e a saúde e status socioeconômico e fatores de risco modificáveis, semelhantes aos de todas as principais doenças não transmissíveis, em especial uma dieta pobre e um elevado teor de açúcares livres. Na doença cárie, o consumo excessivo de açúcar é o fator de risco isolado mais importante, responsável por conduzir o microbioma oral de um estado de equilíbrio simbiótico saudável com o hospedeiro para um cenário de desequilíbrio disbiótico [8].

O fato de a doença cárie compartilhar fatores de risco semelhantes com outras doenças crônicas, oferece a possibilidade de se desenvolverem estratégias coletivas de prevenção e promoção de saúde, atuando-se sobre os fatores de risco da doença. É importante que a prevenção e o controle da cárie dentária sejam integrados em todos os níveis de prevenção, e vale ressaltar que essas ações têm o poder também de ajudar no controle de outras doenças não transmissíveis, já que compartilham fatores de risco similares [8].



A partir de um fragmento retirado da discussão — “...*O dente pode morrer se a gente não cuidar, não escovar, não limpar. Se não cuida eles estragam. Tem que cuidar deles*” —, é possível fazer uma retomada aos princípios da OMI numa tentativa de elucidar como é possível evitar a “morte” de um dente. Sabe-se que o foco principal dessa filosofia é assegurar dentes funcionais ao longo de toda a vida de um indivíduo. Ao adotar-se essa conduta é possível evitar que um elemento dental entre em um ciclo restaurador repetitivo, no qual intervenções cada vez mais invasivas são demandadas por conta da falha da restauração anterior. Ao entrar nesse ciclo, o dente acaba caindo em uma “espiral da morte”, na qual a perda de estrutura dental sadia, devido a reintervenções consecutivas, fragiliza gradativamente esse dente ao longo do tempo, até que, em uma idade mais avançada, a única solução restante para ele seja a sua extração [8, 19].

Para assegurar que o objetivo da OMI seja alcançado, romper com o ciclo re-restaurador e prolongar a longevidade dos dentes, é preciso que se trabalhe com ações focadas na promoção de saúde bucal e na prevenção de doenças orais. Dessa forma, o foco é atuar sobre os fatores de risco modificáveis (comportamentais) e trabalhar numa gestão baseada em uma abordagem interdisciplinar. A adoção de medidas preventivas e de promoção de saúde implicam na redução de fatores de risco associados, evitando e\ou retardando o aparecimento de doenças bucais, como por exemplo a própria doença cárie [8].

A adoção dessas estratégias é comprovadamente eficaz no combate não só da doença cárie, mas também de diversas outras condições de saúde que estão associadas a hábitos e estilos de vida deletérios. Além de evitarem intervenções mais invasivas, de custo mais elevado, também possuem um caráter acessível a nível de comunidade [8].

Outro trecho destacado da discussão: “*O ciclo da vida dos dentes dele foi que ele não cuidou*”, diz respeito ao impacto que a falta de uma boa saúde bucal possui na vida do avô de Felipe. Como já explorado anteriormente, são diversos os efeitos negativos que a falta de uma boa saúde oral exerce na vida de uma pessoa, afetando autoestima, estética e funções como fala e mastigação, ou seja, sua qualidade de vida de maneira geral [27]. No caso do avô é possível perceber que a saúde bucal debilitada que ele aparenta ter, segundo o relato do aluno, afeta sua saúde como um todo, tanto física quanto psíquica e social.

É possível considerar, a partir da narrativa compartilhada por esse aluno, que seu avô por diversos fatores como talvez econômicos, sociais e/ou pela falta de um conhecimento adequado acerca dos cuidados necessários em saúde bucal ao longo de sua vida, o fizeram chegar a condição oral que o mesmo possui nos dias de hoje. No entanto, o discurso de Felipe afirma, categoricamente, que a culpa pelo estado de não saúde localiza-se na própria pessoa “que não cuidou”. Cabe aqui questionar-se: É possível que diante de diferentes dificuldades envolvidas na vida do avô, ele obtenha saúde? O que é e o que compõe esse conceito, nesse cenário real? O que temos ensinado, como profissionais de saúde? Como assumir, de fato, uma parceria na manutenção da saúde bucal da população?

Para problematizar esses questionamentos, parece promissor tomar a saúde com um olhar de quem a vê em um sentido macro, permeada pelas diversas facetas da vida. A partir de uma leitura sobre a grande saúde [12], é possível entender como a dor e o sofrimento se relacionam com o conceito de saúde, ao que os altos e baixos do corpo compõem o estado saudável. Fazendo uma alusão a um fragmento de Nietzsche de 1881, o francês Pierre Klossowski [33] faz a seguinte observação:

Nietzsche se libera do critério do mórbido e do são; entretanto, na medida em que ele próprio sabe que é doente e fraco, ele revaloriza esses estados da existência e dessa forma modifica, e portanto, enriquece, trazendo-lhe nuances.

Libertar-se do critério do mórbido e do são parece dizer menos sobre ignorar os efeitos da doença e mais sobre a necessidade de rompermos com as classificações morais sobre os estados de saúde e doença, que terminam por culpabilizar aqueles que precisam receber cuidado.

Procurar alcançar a saúde parece exigir que se desvencilhe dessas categorias morais que permeiam um entendimento simplista da doença como o mal, sustentado por um processo que se baseia em um tripé: medo-culpa-dever [7]. Importa superar os valores que se apresentam de forma imposta em relação à vida e à saúde, num ato de transvaloração de valores pensado por Nietzsche. Essa transvaloração não se define como simples negação ou fuga, mas constitui-se como crítica – questionar o valor dos valores. Desse modo, é possível adotar os valores e modos de conduzir a vida como múltiplos, inovadores e singulares [34].

O profissional, ao abraçar os anseios, as vivências, necessidades e preocupações do próximo, acolhe também a imprevisibilidade da vida. Caminha para um movimento que toma o cuidado e a promoção da saúde como um processo

entremeado pela vida, constituído pelo individual e o coletivo. O vivente ao se aproximar à grande saúde, supera e transborda modos de vida apequenados, faz de seu passado criador de possibilidades, ressignifica o cuidado em saúde permeado por suas vivências, faz de seu corpo uma expressão de sua potência [7].

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução do conhecimento científico acerca de diversas patologias orais, ao longo dos anos, demandou uma necessidade de modificação das práticas da odontologia conservadora. Essa mudança fomentou a criação de novas estratégias e terapêuticas voltadas para prevenção e promoção de saúde, a nível individual e de saúde coletiva. Seguindo esse avanço dentro da odontologia, surgiu a OMI, filosofia que busca a manutenção de elementos dentais funcionais ao longo de toda a vida de um indivíduo, evitando e/ou postergando que o dente entre em um ciclo restaurador repetitivo, a espiral da morte, na qual a demanda por intervenções cada vez mais complexas e invasivas levam à morte do elemento dental, à sua extração propriamente dita.

A proposta desse estudo foi a de explorar as concepções de crianças e adolescentes acerca da doença cárie e da atenção em saúde bucal através da realização de uma oficina de transcrição. Os relatos e trechos colhidos em cada um dos encontros estruturam-se na forma de histórias patográficas, e posteriormente foi possível estabelecer uma relação entre as histórias produzidas e a compreensão acerca da OMI, da doença cárie e a noção nietzschiana de Grande Saúde.

A análise destacou aspectos pertinentes quanto a compreensão da saúde e da forma como esse conceito é percebido e se insere e permeia as vivências dos alunos. A pesquisa tornou possível adotar um olhar ao conceito de saúde como quem a observa através dos eventos e sensações vivenciadas pelo corpo, como alguém que cria inúmeras saúdes, em sua natureza diversificada. Ao abordar-se o conceito de saúde, parece valioso considerá-lo como um pensamento que emerge no contexto da vida, repleto de inúmeras sutilezas e subjetividades, marcado por incertezas e novas possibilidades.

A OMI se achega a noção de grande saúde ao se distanciar de uma odontologia restauradora tradicional. Sua aplicação na rotina clínica permite uma colaboração mútua entre cirurgião-dentista e paciente/população, visando aprimorar a saúde bucal de uma maneira mais coerente. Busca evitar a realização de consecutivas intervenções progressivamente mais complexas, e a realização de terapêuticas desnecessárias, priorizando uma regularidade no acompanhamento e na

manutenção, direcionando os esforços para a verdadeira resolução das doenças e promoção da saúde, ao invés de apenas temporariamente mitigar seus sinais e sintomas.

Diante das vivências colhidas e analisadas nesse estudo, nota-se que a atenção e a escuta durante os encontros permitiram o levantamento de dois pontos importantes: se, por um lado, os participantes demonstram competência na composição de conceitos relacionados aos necessários cuidados de si para a manutenção da saúde bucal, por outro, apresentam uma certa submissão culpabilizadora por suas mazelas. As condições de vida e saúde passam, necessariamente, por parcerias entre Estado e população e entre equipes de saúde e comunidades e essas relações não devem ser estabelecidas com base em preceitos morais e julgamentos sobre certo e errado. As vivências carregadas por singularidades e experiências prévias, funcionaram como subsídio à forma como foram percebidos e estruturados os processos de saúde-doença.

## REFERÊNCIAS

1. Innes NP, Chu CH, Fontana M, Lo EC, Thomson WM, Uribe S, Heiland M, Jepsen S, Schwendicke F. A Century of Change towards Prevention and Minimal Intervention in Cariology. *J Dent Res* [Internet]. 20 maio 2019 [citado 20 out 2023];98(6):611-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034519837252>
2. Leal SC, Dame-Teixeira N, Barbosa CD, Kominami PA, Raposo F, Nakagawa EM, Banerjee A. Minimum intervention oral care: defining the future of caries management. *Braz Oral Res* [Internet]. 2022 [citado 20 out 2023];36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0135>
3. Tyas MJ, Anusavice KJ, Frencken JE, Mount GJ. Minimal intervention dentistry — a review. *Int Dent J* [Internet]. Fev 2000 [citado 20 out 2023];50(1):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1875-595x.2000.tb00540.x>
4. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, Abbastabar H, Abd-Allah F, Abdela J, Abdelalim A, Abdollahpour I, Abdulkader RS, Abebe Z, Abera SF, Abil OZ, Abraha HN, Abu-Raddad LJ, Abu-Rmeileh NM, Accrombessi MM, Acharya D, Acharya P, Ackerman IN, Adamu AA, Adebayo OM, Adekanmbi V, Adetokunboh OO, Adib MG, Adsuar JC, Afanvi KA, Afarideh M, Afshin A, Agarwal G, Agesa KM, Aggarwal R, Aghayan SA, Agrawal S, Ahmadi A, Ahmadi M, Ahmadi H, Ahmed MB, Aichour AN, Aichour I, Aichour MT, Akinyemiju T, Akseer N, Al-Aly Z, Al-Eyadhy A, Al-Mekhlafi HM, Al-Raddadi RM, Murray CJ. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* [Internet]. Nov 2018 [citado 20 out 2023];392(10159):1789-858. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32279-7)
5. Nico LS, Andrade SS, Malta DC, Pucca Júnior GA, Peres MA. Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Cienc Amp Saude Coletiva* [Internet]. Fev 2016 [citado 20 out 2023];21(2):389-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.25942015>
6. Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cad Saude Publica* [Internet]. Jan 2011 [citado 20 out 2023];27(1):4-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011000100001>
7. Biato EC, Costa LB, Monteiro SB. Pequenas e grandes saúdes: uma leitura nietzschiana. *Cienc Amp Saude Coletiva* [Internet]. Mar 2017 [citado 20 out 2023];22(3):965-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18412015>

8. Pitts NB, Twetman S, Fisher J, Marsh PD. Understanding dental caries as a non-communicable disease. *Br Dent J* [Internet]. 17 dez 2021 [citado 15 dez 2023];231(12):749-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41415-021-3775-4>
9. Elderton RJ. Clinical Studies Concerning Re-Restoration of Teeth. *Adv Dent Res* [Internet]. Jun 1990 [citado 20 out 2023];4(1):4-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/08959374900040010701>
10. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. Maio 2019 [citado 20 out 2023];29(3):384-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ipd.12490>
11. Tinanoff N, Baez RJ, Diaz Guillory C, Donly KJ, Feldens CA, McGrath C, Phantumvanit P, Pitts NB, Seow WK, Sharkov N, Songpaisan Y, Twetman S. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. Maio 2019 [citado 20 out 2023];29(3):238-48. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ipd.12484>
12. Nietzsche F. A gaia ciência. São Paulo: Companhia das Letras; 2001.
13. Biato ECL, Nodari K. Ler, escrever, pesquisar: uma metodosofia. *RT* [Internet]. Dezembro 2020 [citado 28 de fevereiro de 2024];21(63):282-96. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistateias/article/view/53881>
14. Nodari KE, Corazza SM. Um drama no currículo - oficinas de transcrição. *Educ (UFSM)* [Internet]. Janeiro 2019 [citado 19 dez 2023];44:3. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/1984644431380>
15. Betina S. FILOESCRITURAS COM KAFKA: experimentações no ensino fundamental. In: Gonçalves RC. Caderno de notas 5 Oficina de escrituras: arte, educação, filosofia. 5ª Edição. Pelotas: RS. Editora e Gráfica Universitária; 2013. p 17-28.
16. Barros RS, Botazzo C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. *Cienc Amp Saude Coletiva* [Internet]. Nov 2011 [citado 20 out 2023];16(11):4337-48. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011001200006>
17. Monteiro SB. Otobiografia como escuta das vivências presentes nos escritos. *Educ Pesqui* [Internet]. Dez 2007 [citado 20 out 2023];33(3):471-84. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1517-97022007000300006>
18. Nietzsche F. *Ecce homo: como alguém se torna o que é*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
19. Duarte D, Hilgert L, Leal SC. *Odontologia de Mínima Intervenção*. 1.ed. São Paulo: Napoleão; 2020. Capítulo 1, Odontologia de mínima intervenção: o que é?; p. 18-25.

20. Corazza SM. Os cantos de Fouror: Escrileituras em filosofia e educação. Porto Alegre, Brasil: UFRGS: Sulina, 2007.
21. Roser M. World in data. Life expectancy. Acesso em 21 abr 2024. Disponível em: <https://ourworldindata.org/life-expectancy>.
22. Bomfim W, Camargos M. Mudanças na expectativa de vida no Brasil: analisando o passado e o futuro, de 1950 a 2095. Rev NUPEM [Internet]. 28 abr 2021 [citado 21 abr 2024];13(29):210-23. Disponível em: <https://doi.org/10.33871/nupem.2021.13.29.210-223>
23. Lee HJ, Choi EK, Park JB, Han KD, Oh S. Tooth loss predicts myocardial infarction, heart failure, stroke, and death. Dent Res J [Internet]. 2019 [citado 21 de abr 2024]; 98:164–70. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034518814829>
24. Antunes LA, Martins AC, Guimarães L, Campos C, Küchler E, Pereira DS, Maia L, Antunes L. The effect of complete dentures on edentulous patients' oral health-related quality of life in long-term: A systematic review and meta-analysis. Dent Res J [Internet]. 2021 [citado 21 abr 2024];18(1):65. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/1735-3327.324024>
25. McGarry TJ, Nimmo A, Skiba JF, Ahlstrom RH, Smith CR, Koumjian JH. Classification System for Complete Edentulism. J Prosthodont [Internet]. Mar 1999 [citado 21 abr 2024];8(1):27-39. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-849x.1999.tb00005.x>
26. Rocha SS, Souza DR, Fernandes JMA, Garcia RR, Zavanelli RA. Próteses totais fixa do tipo protocolo bimaxilares. Relato de caso. Revista Odontológica do Brasil Central [Internet]. 2013 [citado 8 mar 2024];22(60). Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/743>
27. Calache H, Hopcraft M, Martin J. Minimum intervention dentistry - a new horizon in public oral health care. Aust Dent J [Internet]. 31 maio 2013 [citado 30 abr 2024];58:17-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/adj.12046>
28. Qvist V. Longevity of restorations. In: Fejerskov O, Kidd EAM, editors. Dental Caries: the disease and its clinical management. 2nd ed. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2008. p. 443–56.
29. Meyer-Lueckel H, Tyas MJ, Wicht MJ, Paris S. Tomada de decisão na gestão/control do processo de cárie. In: Meyer-Lueckel H, Paris S, Ekstrand KR, editors. Cariologia: Ciência e Prática Clínica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. p. 292–310.
30. Steinberg S. A paradigm shift in the treatment of dental caries. Gen Dent [Internet]. 2002 [citado 30 abr 2024]; 50(4):333-338. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12640849/>



31. Moreira A. Nietzsche e Espinosa: fundamentos para uma terapêutica dos afetos. *Cad Espinosanos* 2010; 24:141-165.
32. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
33. Klossowski P. Nietzsche e o círculo vicioso. Rio de Janeiro: Pazulin; 2000.
34. Biato EC, Leão LH, Monteiro SB. Uma leitura crítica sobre saúde-doença e suas noções. *Physis* [Internet]. 2020 [citado 6 mar 2024];30(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300410>

## ANEXOS



Revista Signos

[Início](#) / [Submissões](#)

## Submissões

A revista não está aceitando submissões neste momento.

### Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- ✓ Os artigos, resenhas e comunicações científicas devem estar vinculados à natureza da publicação e à temática de cada edição.

- ✓ Os artigos devem ter de 08 até 30 páginas (incluindo notas de rodapé, anexos e referências), digitadas em fonte Arial ou Times New Roman, tamanho 12, com espaço entre linhas de um e meio.

Os artigos devem respeitar a seguinte estrutura: a) título; b) nome(s) do(s) autor(es) com nota de rodapé informando referências acadêmicas (formação, titulação, instituição) e profissionais (cargo que ocupa); c) resumo; d) palavras-chave; e) título, resumo e palavras-chave em língua estrangeira (uma delas deve ser obrigatoriamente o inglês); f) introdução; g) desenvolvimento; h) conclusão; i) referências; j) apêndice(s) (se houver); k) anexo(s) (se houver).

Os originais devem ser submetidos em FORMATO EDITÁVEL (.doc, .odt...). Opcionalmente pode-se adicionar uma versão do trabalho em formato fechado (.pdf), na etapa Documentos suplementares. O tamanho máximo por arquivo é 10MB.

As referências bibliográficas devem seguir os padrões da ABNT (NBR 6023/2018) e estarem dispostas em ordem alfabética, de acordo com o sistema utilizado para citação no texto (SISTEMA AUTOR-DATA, NBR 10520/2002), no final do trabalho. As notas de rodapé são utilizadas EXCLUSIVAMENTE para notas explicativas, devendo ser numeradas e inseridas na página em que estiverem alocadas.

Mais orientações podem ser obtidas no Manual da Univates para trabalhos acadêmicos, disponível em ["https://www.univates.br/editora-univates/publicacao/402"](https://www.univates.br/editora-univates/publicacao/402), essas orientações são baseadas, em sua maioria, nas normas ABNT.

- ✓ Conselho Editorial da Revista reserva-se o direito de aceitar, ou não, os trabalhos enviados, informando ao autor se o artigo será ou não publicado. A publicação não implica em espécie alguma de remuneração.

- ✓ A qualidade da apresentação do trabalho bem como seu conteúdo e originalidade, são responsabilidades exclusivas do(s) autor(es). O(s) autor(es), ao encaminharem os trabalhos, cedem à Univates os respectivos direitos de reprodução e publicação. Os casos omissos serão resolvidos pelos editores científicos do periódico.

## Diretrizes para Autores

Os autores, na submissão de artigos e resenhas, devem verificar criteriosamente a política editorial da Revista Signos. Os estudos que não se adequarem à política editorial, normas e formato de submissão serão devolvidos pela análise *desk-review* aos autores. A análise *desk-review* é realizada pela Equipe Editorial da Revista. A avaliação dos estudos aceitos pelo *desk-review* serão encaminhados para a avaliação de pares por meio do *double blind-review*, sendo realizada por dois *ad hoc*. A revista conta com a colaboração de avaliadores *ad hoc* externos alheios à Equipe Editorial e à Instituição Editora. Se necessário, o escrito poderá ser encaminhado para um terceiro *ad hoc*. Caso o escrito tenha observações sobre correções linguísticas, ortográficas ou de conteúdo, o autor deverá realizá-las no prazo máximo de 30 dias. O não envio da versão ajustada no prazo estipulado, implica no arquivamento do artigo. Nota: A Revista não solicita valores no decorrer dos trâmites de encaminhamento, análise e publicação de trabalhos.

## **Declaração de Direito Autoral**

**Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:**

1 - Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a [Licença Creative Commons Atribuição - Não Comercial 4.0 Internacional](#).

2 - Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.

3 - Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado (Veja [O Efeito do Acesso Livre](#)).

**Termo de Declaração e Autorização (direitos autorais relativos ao artigo). Sob às penas da lei:**

1 - Declaro que sou autor exclusivo do artigo, ou, foi feito em co-autoria com a(s) pessoa(s) relacionada(s) no Passo 3: Inclusão de Metadados;

2 - Declaro que sou titular dos direitos autorais relativos ao artigo, podendo firmar livremente a presente autorização;

3 - Responsabilizo-me plena e exclusivamente pelo conteúdo, citações, referências, arte e imagens utilizadas na obra, respondendo plena e exclusivamente no caso de infração de direito autoral, nome ou imagem de terceiro, eximindo a Fuvates\Univates de toda e qualquer responsabilidade;

4 - Autorizo a edição, a reprodução parcial ou integral sem limitação de exemplares e a publicação, em território nacional ou exterior, por todo e qualquer meio, inclusive digital, do artigo acima identificado, sem que me caiba qualquer pagamento, remuneração, ressarcimento, indenização ou qualquer outra forma de contraprestação ou compensação;

5 - A autorização não caracteriza a transferência dos meus direitos autorais nem dá exclusividade à Fuvates\Univates;

6 - A presente autorização é válida e eficaz até aviso de revogação expresso e assinado, com 30 dias de antecedência, contados da data do recebimento do aviso, não prejudicando as reproduções e as publicações realizadas até a revogação da autorização, não tendo o autor o direito de retirar de circulação ou de suspender qualquer forma de utilização já autorizada, salvo na hipótese de ofensa à sua reputação ou imagem;

7 - A presente autorização obriga as partes e seus sucessores, a qualquer título e tempo;

8 - O disposto no presente instrumento se aplica integralmente aos autores listados, cientes e de acordo.

9 - Elege-se o foro de Lajeado-RS.

## **Política de Privacidade**

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.