

CATARINA SOARES DE SOUZA

**O PAPEL DOS AVÓS NO CUIDADO COM A SAÚDE
BUCAL DOS NETOS: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2016

Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa

T

Souza, Catarina Soares, 1964-
S729p O papel dos avós no cuidado com a saúde bucal dos netos :
2016 um estudo de caso / Catarina Soares Souza. – Viçosa, MG, 2016.
xiv, 131f. : il. ; 29 cm.

Inclui anexos.

Inclui apêndices.

Orientador: Lilian Perdigão Caixêta Reis.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f.111-124.

1. Avós e netos. 2. Crianças - Cuidado e tratamento.
3. Saúde Bucal. I. Universidade Federal de Viçosa.
Departamento de Economia Doméstica. Programa de
Pós-graduação em Economia Doméstica. II. Título.

CDD 22. ed. 649.4

CATARINA SOARES DE SOUZA

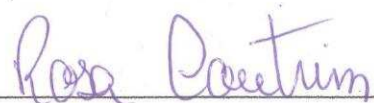
**O PAPEL DOS AVÓS NO CUIDADO COM A SAÚDE BUCAL
DOS NETOS: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.


APROVADA: 26 de fevereiro de 2016.



Neusa Maria da Silva



Rosa Maria da Exaltação Coutrim



Lilian Perdigo Caixeta Reis
(Orientadora)

*O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.*

Guimarães Rosa

Às minhas avós:

Vovó Leleta

Vovó Mena, *é tudo que abraça, acha graça e ama a gente.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, o meu mais valioso agradecimento.

À Universidade Federal de Viçosa, instituição que presto serviço há mais de 20 anos e proporcionou a oportunidade de aprimorar-me profissionalmente.

À chefia e aos colegas da Divisão de Saúde da Universidade Federal de Viçosa por terem me concedido condições de chegar à conclusão desse trabalho.

À minha orientadora, professora Lílian Perdigão Caixêta Reis, pela acolhida ao meu desejo de embrenhar pela pesquisa, de aprender de uma forma mais teórica o que vivo na prática e por ter acreditado em meu potencial.

Às professoras Neusa Maria da Silva e Rosa Maria da Exaltação Coutrim, por terem aceitado o meu convite para participarem da defesa de projeto, pelas contribuições que propuseram e agora aqui novamente pela disponibilidade e gentileza em participar da banca examinadora.

Aos meus familiares que de uma forma ou de outra sempre me ajudaram, em especial ao André e às minhas amadas filhas Clarice e Lívia, como vocês são importantes para mim!

Às minhas coleg@s de Mestrado que eu tive o prazer de conviver, algumas por pouco tempo, mas com todas compartilhando grandes momentos de muita aprendizagem, grandes desafios e trocas valiosas. Com certeza iremos algum dia nos encontrar, lembrar e rir.

À todas as professoras que participaram da minha formação acadêmica durante o curso de Mestrado, com certeza transmitiram conhecimentos que foram importantes para o término desse trabalho.

Às colegas do Grupo "Família, Cultura e Desenvolvimento Humano", foram momentos de estudo, mas também de descontração.

Ao pessoal do grupo Gerar, pela acolhida e, em especial, à professora Ana Louise de Carvalho Fiúza, ela me fez achar graça, poesia e a entender a estrutura de uma pesquisa.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Economia Doméstica, sou muito agradecida a Aloísia e Beatriz, pelo profissionalismo.

Um Muito Obrigado de coração à Suellen dos Santos, Alessandra Vieira, Emília Pio e Sônia Lelis, que foram minhas primeiras guias e também no final desta etapa devo

um agradecimento muito especial à Vanessa Barros e Edna Miranda, que sempre me ajudaram a desvendar os caminhos da pesquisa.

À Jessilene Freitas, bolsista do PIBIC, pela grande ajuda com as transcrições e que sempre correu atrás de alguma coisa para mim.

Aos avós, participantes da pesquisa, que me dedicaram parte do seu tempo para subsidiar a parte essencial desse trabalho, os dados.

A todos que, direta e indiretamente, me ajudaram.

SUMÁRIO

	Página
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE QUADROS	viii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	ix
RESUMO.....	xi
ABSTRACT	xiii
INTRODUÇÃO	1
1. REVISÃO DE LITERATURA	6
1.1 O papel dos avós na família contemporânea.....	6
1.2 Saúde bucal no âmbito familiar.....	20
1.3 Contribuições da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano	29
2 METODOLOGIA	36
2.1 Tipo de pesquisa.....	36
2.2 Local do estudo	37
2.3 Critérios de escolha dos participantes do estudo.....	39
2.4 Procedimentos de coleta de dados.....	39
2.5 Questões éticas	41
2.6 Análise de dados	42
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
3.1 Descrição dos participantes.....	47
3.2 Os avós e o cuidado dos netos.....	53
3.2.1 Análise de conteúdo	53
3.2.2 Análise textual do programa computacional Alceste©	55
3.3 Vivências dos avós quanto aos cuidados com a saúde bucal	59
3.3.1 Experiências passadas	59
3.3.1.1 Cuidado- Infância marcada pelo não cuidado à saúde bucal.....	71
3.4 Cotidiano dos avós	73
3.4.1 Práticas cotidianas de cuidado à saúde bucal e suas implicações	73
3.4.2 O costume dos avós de oferecer guloseimas aos netos	88
3.5 Crenças e valores	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ANEXO A – ROTEIRO DA ENTREVISTA N° _____	125
ANEXO B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	126
APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	128
APÊNDICE B – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFV.....	129
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	130

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – O resgate de vivências do passado, o não cuidado com a saúde bucal na infância e a vivência cotidiana com os netos.....	54
Figura 2 – Os significados, os valores e as crenças expressos pelos avós em relação à saúde bucal a partir de suas vivências.....	54
Figura 3 - Dendograma com a Classificação Hierárquica Descendente das Entrevistas.	56

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Perfil demográfico e socioeconômico dos participantes do estudo.	47
Quadro 2 – Nível de instrução dos participantes do estudo.	51
Quadro 3 – Número de netos dos participantes do estudo.	52

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Análise de Conteúdo
AGROS	Instituto UFV de Seguridade Social
ALCESTE	Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto
ANS	Agência Nacional de Saúde
CHA	Classificação Hierárquica Ascendente
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CPI	Cárie Precoce na Infância
DAS	Divisão de Saúde
ESAV	Escola Superior de Agricultura e Veterinária
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCD	Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários da Universidade Federal de Viçosa
PGP	Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal de Viçosa
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica e Tecnológica da Universidade Federal de Viçosa
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNBS	Política Nacional de Saúde Bucal
PPCT	Processo-Pessoa-Contexto-Tempo
PPGED	Programa de Mestrado do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa
SESC	Serviço Social do Comércio
SESC/FPA	Fundação Perseu Abramo
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública

SUS	Sistema Único de Saúde
TBDH	Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UFV	Universidade Federal de Viçosa
χ^2	Qui-Quadrado

RESUMO

SOUZA, Catarina Soares de, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2016. **O papel dos avós no cuidado com a saúde bucal dos netos: um estudo de caso.** Orientadora: Lílian Perdigão Caixêta Reis.

Entre as muitas funções que os avós desempenham está a de cuidar dos netos, inclusive da sua saúde bucal. A doença cárie dentária é considerada um problema de saúde pública de etiologia complexa. Nesse sentido, torna-se relevante entender o papel dos avós no âmbito familiar e sua relação com a saúde bucal dos netos. Supõe-se que a vivência dos avós pode contribuir com a saúde bucal infantil. Diante dessa realidade surgiu o questionamento: de que forma as experiências passadas, as atitudes, as crenças e os valores dos avós podem influenciar no cuidado com a saúde bucal dos netos no cotidiano familiar? O presente estudo objetivou compreender o papel desempenhado pelos avós em relação à saúde bucal dos netos no cotidiano familiar e especificamente, descrever as atitudes e os cuidados com a saúde bucal que os avós vivenciaram no passado e os cuidados com a saúde bucal dos netos realizados por eles, além de investigar o significado, a motivação dos avós, bem como identificar suas crenças e seus valores referentes à saúde bucal. Optou-se pela pesquisa qualitativa, do tipo estudo de casos múltiplos, ancorada na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH). A pesquisa foi realizada no Setor Odontológico da Divisão de Saúde da Universidade Federal de Viçosa (DSA/UFV) com 19 avós, sendo 14 mulheres e 5 homens. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e para a análise utilizou-se a técnica de Análise Categorical Temática e análise textual pelo *software* Alceste[®]. Os objetivos do estudo foram alcançados e com base nos resultados conclui-se que os avós participantes da pesquisa constituem um grupo heterogêneo, com idade média de 59 anos, pertencentes a famílias com estabilidade salarial. As experiências passadas dos avós foram de uma infância marcada pela falta de conhecimentos e orientações dos pais sobre saúde bucal; precariedade de recursos materiais e de assistência odontológica; sendo que o medo odontológico ainda os acompanha. Os avós participam dos cuidados com a saúde bucal dos netos, com destaque para os avôs; entretanto, eles foram mais permissivos em relação ao consumo

de guloseimas pelos netos, o que gera conflito entre os avôs e os seus filhos. O contato próximo, o comportamento dos netos e o contexto familiar interferem na realização da higiene oral infantil pelos avós. O desempenho do papel das avós teve uma relação direta com o limite que elas determinaram em suas atribuições em relação ao cuidado dos netos. As crenças em relação à saúde bucal se mantêm na vivência dos avós e são sempre acompanhadas de uma dúvida sobre sua veracidade ou não. Percebeu-se que os avós adquiriram conhecimentos sobre os cuidados com a saúde bucal a partir das experiências que tiveram com os filhos e não a partir de suas próprias experiências passadas. Eles valorizam a saúde bucal e usufruem das oportunidades que lhes são apresentadas em termos de tratamentos odontológicos e a estendem aos filhos e aos netos. Por fim, o estudo indica a necessidade de mais pesquisas com os avós, com os “avós precoces” e aos pertencentes de famílias de baixa renda e reitera que as políticas públicas estimulem e reconheçam os avós como promotores da saúde bucal infantil.

ABSTRACT

SOUZA, Catarina Soares de, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2016. **The role of grandparents in the care of the oral health of grandchildren: a case study.** Adviser: LÍlian Perdigão Caixêta Reis.

Among the many functions that grandparents play is to take care of the grandchildren, including your oral health. Dental caries has a complex etiology and is considered a public health problem. In this sense, it is crucial to understand the role of grandparents in the family and their relationship with the oral health of grandchildren. It is assumed that the experience of grandparents can contribute to children's oral health. Given this reality the question arose: how past experiences, attitudes, beliefs and values of grandparents can influence the care of the oral health of their grandchildren in family life? This study aimed to understand the role of grandparents in relation to the oral health of their grandchildren in family life and specifically describe the attitudes and care for oral health that experienced grandparents in the past and the care of the oral health of grandchildren performed by them, and to investigate the meaning, the motivation of grandparents, as well as identify their beliefs and values related to oral health. It was opted the qualitative research, study type of multiple cases, anchored in Bioecological Theory of Human Development (BTHD). The survey was conducted in Sector Dental Division of Health of the Federal University of Viçosa (DSA / UFV) with 19 grandparents, 14 women and 5 men. Data were collected through semi-structured interviews and the analysis used the thematic categorical analysis and textual analysis by Alceste © software. The study objectives were achieved and based on the results it is concluded that the survey participant's grandparents are a heterogeneous group, with a mean age of 59 years from families with wage stability. Past experiences of grandparents were a childhood marked by a lack of knowledge and parental guidance on oral health; precariousness of material resources and dental care; being that the dental fear still accompanies them. It is found that grandparents participate in the care of the oral health of grandchildren, especially grandfathers; however, they were more permissive in relation to consumption of sweets by his grandchildren, which creates conflict between the grandparents and their children. Close contact, behavior of

grandchildren and family background influence the realization of children's oral hygiene by grandparents. The role of grandparents performance had a direct relationship to the limit they determined in their duties in relation to the grandchildren of care. Beliefs regarding oral health remain in the experience of grandparents and are always accompanied by a doubt about its veracity or not. It was noticed that the grandparents acquired knowledge on the care of the oral health from the experiences with the children and not from their own past experiences. They value the oral health and enjoy the opportunities presented to them in terms of dental treatments and extend to children and grandchildren. Finally, the study indicates the need for further research with the grandparents, with "early grandparents" and belonging to low-income families and reiterates that public policies encourage and recognize grandparents as children's oral health promoters.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 1985 concluí o curso de graduação em Odontologia e retornei à minha cidade natal, Teixeiras, Minas Gerais, onde iniciei minhas atividades profissionais. Meus primeiros clientes foram crianças, mas também atendia adultos. Pelo fato de a demanda por tratamento odontopediátrico ser grande, decidi buscar aprimoramento profissional em um curso de Especialização em Odontopediatria em Bauru, interior de São Paulo. Durante todo o curso dediquei-me exclusivamente ao atendimento odontopediátrico.

Em 1988 retornei para Minas Gerais e iniciei minhas atividades profissionais em um consultório particular na cidade de Viçosa. Em 1992 ingressei no serviço público federal no Setor Odontológico da Divisão de Saúde da Universidade Federal de Viçosa (DSA/UFV). Durante muito tempo a demanda por esse tipo de serviço foi grande e os atendimentos eram preferencialmente de filhos dos servidores. Com o passar dos anos o público foi se diferenciando, principalmente devido a três fatores: possibilidade do servidor, tanto ativo como inativo, incluir seus netos como dependentes na DSA/UFV, maior número de estudantes universitários com filhos e implantação do plano odontológico institucional.

Na rotina diária de trabalho na DSA/UFV e também no consultório particular, deparei-me com uma realidade bem diferente de antes, o grande envolvimento dos avós no tratamento odontopediátrico dos netos, seja auxiliando, cuidando, pagando ou simplesmente acompanhando a criança ao atendimento odontológico. O interesse em realizar uma pesquisa envolvendo a temática avós, netos e saúde bucal teve uma vinculação direta com meu exercício profissional. Sob essa perspectiva Minayo (2010,

p. 173) ressalta que “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido em primeiro lugar, um problema da vida prática”.

Essas explicações pessoais foram necessárias, pois contribuíram para a escolha de realizar uma pesquisa qualitativa na forma de um estudo de caso, dentro de uma perspectiva fenomenológica, na qual pudesse sair da condição de odontopediatra, reclusa às quatro paredes do consultório odontológico, para a posição de pesquisadora interessada em ampliar o entendimento do contexto familiar da criança, com foco nas vivências dos avós.

A experiência profissional advinda de alguns anos de trabalho com crianças e a interação muito próxima com os responsáveis que as acompanham durante o tratamento odontológico, em especial os avós, certamente foram relevantes para transformar o cotidiano da clínica odontopediátrica em uma pesquisa científica, entretanto demandaria outros conhecimentos teóricos, dedicação e persistência.

Esse fato motivou o ingresso no Programa de Mestrado do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (PPGED), no qual são privilegiados estudos sobre família e sociedade, que abarcam, entre outros temas, o desenvolvimento humano, as mudanças no âmbito familiar e as transformações decorrentes das diferentes etapas do ciclo de vida como o processo do envelhecimento.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e o Brasil segue essa tendência demográfica desde os anos de 1970. Os idosos já alcançaram a marca de 26,3 milhões, número que representa 13% do total da população brasileira, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); a previsão é que esse porcentual aumente ainda mais e que em 2060 chegue a 34% do total da população (IBGE, 2014).

Ao longo dos anos, diante de tantas transformações de ordem sociodemográfica, econômica, política, cultural, entre outras, o quadro estrutural do grupo dos idosos na sociedade brasileira vem se modificando. De acordo com recentes dados sobre a população brasileira, os idosos foram descritos como: maioria mulher, predomínio da cor branca, residentes em áreas urbanas, inserção no domicílio como a pessoa de referência da família (64% das mulheres e em torno de 80% para os homens), com média de 4,7 anos de estudo, 76% recebiam algum benefício da previdência social, sendo 75% dos homens e 59% das mulheres aposentados (IBGE, 2014). Para Camarano e Pasinato (2004, p. 2), a população idosa é considerada um grupo heterogêneo e complexo, apresenta características e necessidades bastante diferenciadas, perde papéis sociais, assim como assume novos papéis, principalmente o de “serem avós”.

Vários estudos abordam a mudança de papéis dos avós e os efeitos dessa nova condição para a vida familiar dos idosos (LINS DE BARROS, 1987; PEIXOTO, 2000; COUTRIM, 2004; PEDROSA, 2006; CARDOSO, 2011). Eles estão deixando a situação de dependentes e assumindo novas funções, pois aumentaram a responsabilidade financeira com os filhos adultos e netos, além de ajudarem em outros serviços (GOLDANI, 2004; SAAD, 2004; LINS DE BARROS, 2006). Os atuais avós têm uma atuação cada vez mais ativa, dinâmica e participativa na organização familiar.

Entre as muitas funções que os atuais avós desempenham está a de cuidar dos netos. Um em cada cinco europeus é avô ou avó e dedica maior número de anos ao cuidado dos netos (THELEN; LEUTLOFF-GRANDITS, 2010). No Brasil, em um estudo realizado com mais de 2.000 idosos, Alves (2007) constatou que 16% dos pesquisados criavam os netos e que entre as mulheres idosas 50% ajudavam a cuidar dos netos, 20% delas os criavam e 14% cuidavam deles uma parte do dia.

Diante do grande número de avós que cuidam dos netos e considerando que a saúde, em especial a saúde bucal inscreve-se como uma das competências básicas da família (FERREIRA; GAIVA, 2001), torna-se relevante compreender o papel que os avós desempenham nas ações de promoção e prevenção da saúde bucal infantil. Segundo Ferreira et al. (2013) as relações familiares adquirem importância nas questões relativas ao desenvolvimento de hábitos e comportamentos que possam ser favoráveis à manutenção da saúde oral. Nesse sentido Castilho et al. (2013) acrescentam que deve ser dada uma atenção especial a toda a família da criança em relação ao seu estilo de vida e aos hábitos de saúde bucal.

A cárie dentária e a doença periodontal são as principais doenças bucais, embora a prevalência da cárie no Brasil tenha diminuído, Roncalli (2011, p.4) ressalta que, continua “persistente”. Perante essa doença, com a complexidade de seus determinantes biológicos, não biológicos e comportamentais, Canalli et al. (2011) identificaram em sua pesquisa diversos fatores que interferem na saúde bucal da criança, entre os quais, ausência e/ou deficiência de higiene oral, estresse dos cuidadores, nível baixo de conhecimento sobre saúde bucal, hábitos alimentares inadequados e inexistência de colaboração dos diversos membros da família.

Foram encontrados apenas dois trabalhos brasileiros envolvendo o assunto saúde bucal, avós e netos. No estudo de Souza (2005), a autora constatou que as avós que não cuidavam de sua própria saúde bucal preocupavam-se menos com a do neto. Já Moraes (2008) concluiu que existem para os avós vários significados como proteção,

afetividade e preocupação em relação ao cuidado com a saúde bucal do neto, verificou que há conflito intergeracional interferindo na saúde bucal infantil e que os avós oferecem açúcar como transferência de amor e carinho, o que é prejudicial à saúde bucal das crianças.

Segundo Bulgarelli (2010, p. 191), a saúde bucal do idoso é resultante dos agravos e dos cuidados que vivenciaram ao longo da sua vida, no entanto constatou que eles têm “conhecimento da importância de cuidar da saúde bucal e promover a saúde bucal do outro (neto e/ou bisneto)”. Sendo assim, supõe-se que os avós podem contribuir com a saúde bucal infantil.

Diante dessa realidade surgiu o questionamento: de que forma as experiências passadas, as atitudes, as crenças e os valores dos avós podem influenciar o cuidado com a saúde bucal dos netos no cotidiano familiar?

O presente estudo teve como objetivo geral compreender o papel desempenhado pelos avós em relação à saúde bucal dos netos no cotidiano familiar.

Pretendeu-se alcançar os seguintes objetivos específicos:

- Descrever as atitudes e os cuidados com a saúde bucal que os avós vivenciaram no passado.
- Descrever os cuidados que os avós têm com a saúde bucal dos netos.
- Investigar o significado e a motivação dos avós em relação à saúde bucal dos netos.
- Identificar as crenças e os valores dos avós referentes à saúde bucal.

A presente dissertação foi dividida em três capítulos. No primeiro capítulo tem-se a revisão da literatura sobre o papel dos avós na contemporaneidade e a saúde bucal no contexto familiar, englobando os aspectos sobre envelhecimento populacional, família e relação entre avós e netos e os dados relacionados à saúde bucal no Brasil. Como suporte teórico destaca-se a contribuição da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.

No segundo capítulo estão descritos o quadro técnico-metodológico com a explicitação do tipo de pesquisa, o local de estudo, os critérios de escolha dos participantes, as questões éticas, os procedimentos de coleta de dados e a análise dos dados.

No terceiro capítulo tem-se a interpretação dos dados estudados por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática e do programa computacional Alceste®, momento no qual o estudo foi relacionado à Teoria Bioecológica, buscando

compreender melhor as interações estabelecidas entre a vivência dos avós, o cuidado dos netos e o seu meio ambiente.

No final, algumas considerações são tecidas acerca das implicações dos resultados da pesquisa para a prática, tanto para o entendimento do papel desempenhado pelos avós na contemporaneidade quanto para a saúde bucal dos netos.

1. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão da literatura foi dividida em três tópicos. O primeiro traz uma visão geral sobre o papel dos avós na família contemporânea, discorrendo sobre envelhecimento populacional, família e relação entre avós e netos. O segundo tópico refere-se ao cenário no qual a saúde bucal brasileira está inserida. No terceiro tópico apresenta-se a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.

1.1 O papel dos avós na família contemporânea

O modelo de família que se consolidou no início do século XX foi concebido pela sociedade burguesa como uma unidade centrada no casamento, com caráter patriarcal e hierarquizado. A partir da Revolução Industrial, surge a família moderna. Desde então têm sido constatadas a diminuição da hierarquia e a crescente liberdade de escolha, e a família tornou-se o lugar onde a vida privada pode ser vivida em sua plenitude, permitindo a seus membros perceberem-se como indivíduos, exteriorizando seus desejos, sentimentos e sonhos (SINGLY, 2007).

A Antropologia, a Sociologia e a Psicologia, dentre outras áreas do conhecimento, vêm tentando definir o termo família, assim como compreender as questões polêmicas que a cercam (MARTINS; SZYMANSKI, 2004). Segundo Bourdieu (1993, p. 1), família é “um conjunto de indivíduos aparentados ligados entre si pela aliança (o casamento), seja pela filiação, seja mais excepcionalmente, pela adoção (parentesco), e vivendo sob um mesmo teto (coabitação)”. Durham (1983, p. 27) define

família como aquela em que as relações de consanguinidade, afinidade e descendência se articulam em um núcleo de reprodução social.

É importante destacar a consideração que Zamberlam (2001, p. 107) faz sobre o desafio de conceituar família, pois “família não abarca um único significado”, não sendo possível a sua conceituação, mas sim a descrição de suas várias modalidades e estruturas assumidas na atualidade. Donati (2008, p. 55) acrescenta que as dificuldades de definir família devem-se à sua característica “suprafuncional”, pois ela não existe para atender a uma ou algumas funções específicas, e sim a uma gama de funções indefinidas. Para o autor ao ser considerada “uma relação social plena”, implica em todas as dimensões da vida humana, compreendendo desde as biológicas até as jurídicas, passando pelo âmbito econômico, social, político e religioso.

Segundo Singly (2007), as modificações nas relações de gênero tornaram-se mais evidentes com a inserção da mulher no mercado de trabalho e com o advento da pílula anticoncepcional. Conseqüentemente, observa-se a ocorrência de vários outros fenômenos sociais, como baixa taxa de fecundidade, aumento da expectativa de vida, declínio da instituição do casamento e a crescente aceitação do divórcio e das uniões livres.

Em vários países esses fatores também estão afetando as relações entre as gerações no âmbito familiar, surgindo o “conflito cooperativo”, entretanto, os seus impactos não promoveram o enfraquecimento da instituição família (CAMARANO et al., 2004, p. 138), pois observa-se o surgimento de novas formas de recomposições familiares (SINGLY, 2007), brotando a “solidariedade intrafamiliar” (GOLDANI, 2004, p. 221) como uma forma de se adaptarem às novas circunstâncias. Trad (2010) ressalta que os debates sobre as transformações e implicações que incidem sobre a família contemporânea se revestem de valor estratégico, pois a mesma representa o eixo norteador de políticas e programas de saúde pública no Brasil.

Para Petrini e Dias (2013) a família representa um espaço de convivência humana, que se configura em um grupo de pessoas unidas pela reciprocidade entre os sexos e entre as gerações e o que rege o universo familiar é a cooperação entre os seus membros. Ela constitui uma rede de relacionamentos onde se estabelecem vínculos familiares complexos e profundos de tal forma a definir os papéis representados pelos seus membros, seja como pai ou mãe, esposa ou esposo, filho ou filha, irmão, neto ou avô, homem ou mulher. Os autores afirmam que para os membros familiares, o

complexo simbólico da família é torná-la o ponto de apoio, a referência simbólica que determina o vivido psíquico e o sentido existencial das pessoas.

De acordo com Trad (2010) as mudanças na família não se limitam à sua estrutura, modificam-se os papéis e as relações familiares, que se tornam menos hierarquizados e mais flexíveis. Para Szymanski (2002), o que conta é a maneira como os membros familiares cuidam da relação entre si, pois cada um carrega suas subjetividades nas experiências vividas no dia a dia, sendo interpretadas de forma contínua no contexto dos sentimentos e dos laços afetivos. Esse modo de proceder refere-se, numa perspectiva existencial, ao cuidado que se manifesta nas práticas cotidianas.

Em quase todo o mundo, a partir da segunda metade do século XX, houve a redução da mortalidade em todas as idades, o que resultou no aumento da expectativa de vida, conseqüentemente mais pessoas alcançaram as idades avançadas. Essa mudança foi seguida da queda da fecundidade, tendo ambas ocorrido em um curto período de tempo, o que ocasionou transformações rápidas no ritmo de crescimento da população e na distribuição etária (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). O envelhecimento populacional tornou-se um fenômeno mundial e acarreta uma série de implicações em todas as esferas da sociedade.

Diante da crescente onda de aumento da longevidade humana instituída a partir da acelerada urbanização das cidades, bem como da melhoria das condições de trabalho e de vida, principalmente a partir do avanço da medicina (DINIZ; COSTA, 2004), a família, em muitos países, aparece como a única fonte de apoio informal para os idosos, tornando-se um espaço de compartilhamento de recursos e de vulnerabilidades (CAMARANO et al. 2004, p.137). De acordo com as autoras, diante do impacto das mudanças, as famílias são as primeiras a sentirem que precisam se reorganizar para absorverem seus idosos na acelerada vida moderna e redefinirem os papéis desempenhados por cada membro.

No Brasil, a partir de 1990, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), ocorreram importantes movimentos em prol dos idosos, o que resultou na criação de políticas públicas de valorização desse grupo etário, que passou a ter vários benefícios, como melhores condições de saúde, renda financeira e qualidade de vida, redundando no aumento da autonomia e da expectativa de vida (IPEA, 2012). Em consequência disso, segundo Camarano et al. (2004) os idosos tornaram-se alvo de

conferências, planos governamentais, políticas públicas e privadas, como também passaram a ter grande visibilidade nos meios de comunicação.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idosos nos países desenvolvidos os indivíduos com 60 anos ou mais e nos países em desenvolvimento os que têm idade igual ou acima de 65 anos. No Brasil, como definido pela Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994) e pelo Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), idoso é todo aquele que tem 60 anos ou mais (BRASIL, 2003).

Apesar de o envelhecimento humano ser um processo biológico contínuo, vários aspectos caracterizam a última fase do ciclo de vida humana, como o “declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 4), os processos patológicos, a aparência física, a perda de papéis sociais, o nascimento de netos (CAMARANO, 2011) e, conseqüentemente, o surgimento de novas demandas sociais, financeiras e de serviços.

Diante dos inúmeros modos de expressar a etapa da vida caracterizada como velhice, Schneider e Irigaray (2008, p. 592) ressaltam que a idade é apenas um dos aspectos presentes no processo de desenvolvimento humano, e mesmo diante de vários critérios para demarcar cada fase do ciclo de vida afirmam que:

As medidas de idade cronológica, biológica, psicológica e social são relevantes e importantes para a compreensão do processo de envelhecimento, mas não para a sua determinação, pois a velhice é apenas uma fase da vida, como todas as outras, e não existem marcadores do seu começo e do seu fim.

Novas terminologias e novos conceitos vão surgindo para classificar o grupo populacional que vive a última etapa do ciclo vital, a população idosa, e isto representa um progresso no sentido de distinguir a heterogeneidade desses indivíduos (CAMARANO; PASINATO, 2004) e a possibilidade de melhor considerá-la. A fim de que não se crie qualquer tipo de estereótipo e de preconceito em relação ao que é ser idoso, Lopes e Park (2007) apontam a necessidade de disponibilizar informações mais realísticas sobre a heterogeneidade desse grupo populacional.

Britto da Motta (2010b, p. 449) apresenta a geração intermediária ou pivô, constituída pelos “idosos jovens”, sendo considerados mais que cinquentões e cinquentonas. São os filhos dos muitos idosos (centenários), que além de desempenharem o papel de cuidadores dos seus pais, também apoiam seus filhos e

netos. A duplicidade de papéis geracionais acompanha essa geração, que busca novas atuações sociais, participa de variados processos sociais e extrafamiliares da sociedade contemporânea, pratica o lazer em grupo, retorna ao mercado de trabalho e se habilita ao uso de novas tecnologias, de forma que a redireciona e ressocializa para o desempenho de novos papéis sociais.

Diante desse contexto destaca-se a questão de gênero na velhice com predomínio das mulheres em comparação com os homens na população idosa (CAMARANO, KANSO; MELLO, 2004; ALMEIDA et al., 2015). Segundo Camarano, Kanso e Mello (2004) há uma predominância feminina entre os idosos nas áreas urbanas, com maior probabilidade de viuvez e em pior situação financeira do que os homens, pois não tiveram um trabalho remunerado na fase adulta, entretanto participam mais da vida social e assumem mais papéis e funções no âmbito familiar com sobrecarga física e emocional (BRITTO DA MOTTA, 2010b). A maior longevidade feminina coincide com o aumento da violência e discriminação contra as mulheres e de uma preocupação maior sobre as políticas sociais para esse grupo que se destaca (ALVES, 2007).

De acordo com as especialistas da dinâmica populacional brasileira, Camarano e Pasinato (2004, p. 2), a população idosa brasileira é considerada heterogênea e complexa, pois o processo de envelhecimento é diferenciado por sexo, grupo social, cor/raça e localização geográfica. É composto por um grupo com necessidades bastante diferenciadas, onde encontramos pessoas com total autonomia, contribuindo para o desenvolvimento econômico e social e que desempenham papéis importantes no âmbito familiar, enquanto outras apresentam total dependência, tanto física, quanto econômica, e até mesmo psicológica. Consequentemente, reforçam que diante do envelhecer aumentam as vulnerabilidades físicas e mentais, assim como há a proximidade da morte, e que os idosos perdem papéis sociais, mas assumem novos papéis. Como parte da experiência de viver mais está a de ser avó e avô.

Tornar-se avó/avô é uma experiência de todas as culturas (GOODMAN; SILVERSTEIN, 2002). O bem-estar dos avós é condicionado pelo contexto cultural, pelas normas e pelas tradições, aspectos que fazem diferença quando os avós assumem o cuidado dos netos. Para Fung (2013), essa fase da vida é vista como um processo de tomada de significado e os padrões de envelhecimento diferem entre as culturas, principalmente nas áreas da personalidade, das relações sociais e da cognição.

Contudo, tornar-se avó/avô poderá não ser um processo tão natural e não está isento de conflitos e angústias relacionadas à posição, apresentando uma conotação

diferente para as mulheres em relação aos homens (PEDROSA, 2006), pois os avós não são um grupo homogêneo (GOODFELLOW; LAVERTY, 2003). Segundo Attias-Donfut e Segalen (1998) as mulheres criam fortes expectativas diante da possibilidade de se tornarem avós. Já Cardoso e Brito (2014) ressaltam que não existe um modelo exato e nem regras precisas sobre o que é ser avós, havendo uma dificuldade em defini-los.

Leopol e Skopek (2015), ao analisarem dados retrospectivos dos Estados Unidos e de países europeus, apresentaram um perfil demográfico internacional sobre o período de tornar-se avó/avô nas sociedades contemporâneas. As autoras constataram que esse período varia muito entre os países. Na Alemanha Oriental e nos Estados Unidos o tempo de vida partilhado entre as avós e seus netos foi de 35 anos, enquanto na Alemanha Ocidental e na Espanha esse tempo foi menor, de apenas 21 anos. Em todos os países a fase de tornar-se avó/avô raramente se sobrepôs à fase da parentalidade ativa, mas frequentemente com o papel de trabalhador e o papel filial.

No relatório do Ipea, denominado “Tendências Demográficas Mostradas pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2011”, aproximadamente 15 milhões de idosos chefiavam famílias, devendo ser ressaltado que em 6,5 milhões delas estavam presentes filhos adultos e em 2,2 milhões havia netos. Nesse tipo de arranjo familiar, o idoso contribui com 52,9% da renda. Com esses dados, o Instituto concluiu que os idosos brasileiros estão deixando a situação de dependentes e assumindo a função de provedores, mesmo nos casos em que dependem de cuidados (IPEA, 2012).

De acordo com Goldani (2004) e Lins de Barros (2006), os idosos aumentaram sua responsabilidade financeira com os filhos adultos e netos, pois nesses últimos anos a renda das famílias com filhos pequenos retraiu muito em relação à renda das famílias de idosos, estabelecendo assim uma forma de solidariedade familiar. Leal (2006), analisando a participação e a importância das transferências feitas por 96 idosos às suas respectivas famílias, averiguou que 80% dos participantes do estudo ajudavam seus familiares com dinheiro e outros serviços. Encontrou um número significativo de idosos que cuidavam dos netos, o que contribui positivamente para o bem-estar familiar. No entanto, Britto da Motta (2010b) resalta que muito da solidariedade intergeracional no âmbito familiar se realiza à custa do esforço emocional e do trabalho não remunerado das mulheres.

Em estudos realizados na cidade de Viçosa, MG, Freitas et al. (2013) e Oliveira (2013) constataram que as idosas também eram muito importantes no apoio às suas

famílias. As mulheres entrevistadas por Freitas et al. (2013) relataram que ofereciam assistência aos filhos e netos ou a outros familiares. A maior parte dessa ajuda era de ordem financeira, seguida do cuidado com os netos.

Entre os idosos aposentados pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), Oliveira (2013) constatou que muitos decidiram sair definitivamente do mercado de trabalho para dedicar o tempo livre principalmente ao cuidado dos netos enquanto os filhos trabalhavam. Um dos tipos de ajuda mais frequente estava relacionado à saúde, mais precisamente ao pagamento de plano de saúde para as crianças. Este fato pode ser explicado pela possibilidade desse idoso incluir filhos e netos como seus dependentes no plano de saúde institucional, médico e odontológico.

A maior vulnerabilidade das famílias com a falta de emprego para os mais novos, a deterioração salarial e o aumento do número de divórcios trazem os filhos para a casa dos pais. A solidariedade familiar se consolida com a ajuda dos idosos como provedores da família, devido ao aumento de sua renda, proporcionado pelas aposentadorias, pelas pensões e pelos benefícios (LINS DE BARROS, 2006). Alves (2007) constatou que os idosos têm vida familiar e social ativas, com trocas entre as gerações de forma bidirecional, focadas no intercâmbio de dinheiro e de serviços, o que os torna essenciais no âmbito doméstico. A ajuda dos idosos caracteriza as “transferências de apoio informal entre idoso e família como um processo de intercâmbio recíproco entre gerações” (SAAD, 2004, p. 203), entretanto esses filhos adultos estão se tornando cada vez mais dependentes dos recursos de seus pais idosos.

Segundo Dias et al. (2005), os avós que eram vistos no meio familiar como autoritários, velhos, enrugados e com cabelos brancos deram lugar a pessoas mais calorosas, saudáveis e participativas, assumindo responsabilidades de cuidado com os netos por prazer. Paula et al.(2011) concluíram que no passado havia bom relacionamento dos idosos com seus netos, uma vez que as regras eram claras e havia forte autoridade, com diferenciação de papéis e hierarquia devidamente definidas. Entretanto, os avós perceberam que ocorreram mudanças nas relações intergeracionais. Eles se sentem respeitados, embora sem capacidade de mando, expressa pelo sentimento de que os netos não têm medo deles e que sua autoridade é confundida como simples troca de favores e bom convívio.

Muitos avós não só conhecem seus netos crianças, como seus netos adultos, são mais dinâmicos, socialmente mais ativos e com melhores condições financeiras do que os avós de outrora, e essas diferenças se traduzem em novas e melhores maneiras de se

relacionar com os netos (ARATANGY; POSTERNAK, 2006). Alguns se dispõem a cuidar dos netos voluntariamente, outros só quando solicitados e há aqueles que são obrigados a cuidar por diversos motivos. Vitale (2005) enfatiza que poucos são os avós que nunca cuidaram dos netos em algum momento da vida. Entretanto não se exclui o fato de que há tantos outros avós, homens e mulheres, que se negam a colaborar ou assumir responsabilidades com filhos e netos. Em alguns casos, eles podem ser até considerados destrutivos para a vida familiar.

Os avós do século XXI são mais do que apenas transmissores da herança simbólica familiar, eles se tornaram parceiros dos pais na educação. Oliveira (1998) chamou essa relação de conhecimentos transmitidos dos mais velhos aos mais jovens, e Vitale (2000) a conceituou de Legados Geracionais, que são classificados em: Legados de Ordem (ocorre transmissão dos valores como a responsabilidade, a organização e a educação), Legados de Solidariedade (transmissão de sentimentos como amor, senso de justiça e respeito) e Legados de Fé (transmissão da fé e religiosidade). Cardoso (2011) considera os avós membros ativos e participantes no dia a dia das crianças, proporcionando apoio afetivo e financeiro aos filhos e netos, assumindo, portanto, uma nova função no âmbito familiar.

De acordo com Leopol e Skopek (2015), o papel que os avós desempenham em nossa sociedade é muito sensível a fatores contextuais, pois as diferenças de idade e de ciclo de vida no período da transição de tornar-se avó/avô podem influenciar o significado, o desempenho e as consequências de exercer o papel de avós. O estereótipo dessa fase como feliz e despreocupada foi observado entre os avós da Europa Ocidental, pois eles assumem esse papel após o fim da parentalidade ativa e pouco antes de se aproximarem da idade da aposentadoria. Com mais frequência esses avós podem usufruir os benefícios de uma fase enriquecedora, marcada pelo papel gratificante capaz de promover um estilo de vida mais ativo. No entanto, entre os avós da Europa Oriental e dos Estados Unidos, considerados mais jovens, há uma exigência maior em relação ao seu desempenho. Os autores acrescentam também que esses avós estão mais predispostos a iniciar e a continuar cuidando dos netos, assim como a assumir mais funções e a vivenciar mais conflitos familiares com menos recompensa (LEOPOL; SKOPEK, 2015).

Ser avó ou avô por um período maior de vida pode trazer como consequência mudanças nos laços intergeracionais e até no significado do papel a ser desempenhado no relacionamento com os netos, pela possibilidade de maior convivência entre as

gerações (BRITTO DA MOTTA, 2010a). Cardoso (2011) constatou que as avós revelaram ambiguidade na vivência dos papéis: elas entendem que a tarefa de cuidar dos netos traz muitas satisfações, no entanto reclamaram que os pais dos netos são ausentes.

De acordo com Ramos (2011), os avós acabam tornando-se uma importante fonte de suporte familiar, ajudando principalmente a filha na criação dos netos. Nesse sentido Lopes et al. (2005) ressaltam que em virtude de diferentes situações, os avós acabam tornando-se o ponto de referência no cuidado dos netos, assumindo o papel de pais, em alguns casos, com todas as funções pertinentes, deixando de viver a experiência de serem simplesmente avós.

Os efeitos da mudança de papel dos avós configuram-se em um quadro amplo e complexo de aspectos positivos e negativos. Os sentimentos de prazer em prover os netos, acompanhados com o senso de renovação pessoal, de dever cumprido e de satisfação da convivência, contrapõem-se aos sentimentos de perda da qualidade de vida, pela sobrecarga física, emocional e financeira (LOPES et al., 2005). A saúde mais frágil e a proximidade da finitude são os pontos negativos dessa experiência. Para Goldfarb e Lopes (2006), a modificação no papel dos avós provocou uma crise de identidade dos avós, entretanto a convivência próxima com um neto gera uma experiência emocional positiva, seja pelo preenchimento da ausência de um filho através do neto, ou pela companhia, pelo carinho, pela alegria, pelo bem-estar e por ter um objetivo para viver (ARAÚJO; DIAS, 2010; MAINETTI; WANDERBROCKE, 2013).

As avós destacam-se na maternagem, na socialização infantil e nas práticas educativas cotidianas para a internalização de saberes, o que, segundo Lins de Barros (1987), ocorre em razão de sua experiência, sua autoridade e do vínculo afetivo. Às avós cabe o cuidado cotidiano com a alimentação, higiene, escola e maior atenção. Já os avôs contribuem mais nas despesas financeiras. Atualmente percebe-se a maior inclusão desse avô nas tarefas domésticas do cotidiano familiar (DIAS et al., 2005).

Vitale (2005), ao traçar o perfil da relação entre avós e netos com base nas relações de gênero, constatou que sobressai o papel da mulher como cuidadora das crianças e até mesmo da geração mais velha, e que as avós da classe média, trabalhadoras e com melhores condições financeiras se dividem nos papéis de mulher-avó, mulher-mãe e mulher-indivíduo, enquanto as avós da classe mais baixa, com menos escolaridade e com mais idade tornam-se chefes de família, provedoras de um grupo familiar.

Os avós atuais chegam até mesmo a desempenhar um papel considerado maternal, estão mais envolvidos com a dinâmica familiar e têm maior participação nas tarefas domésticas (DIAS et al., 2005). Vitale (2005 p. 101) define que ser “avô é ser pai com açúcar”. Oliveira et al. (2010) concordam com Dias e Silva (1999) quando elas afirmam que os avós exercem um papel diferente no âmbito familiar em relação às avós, de modo que o envolvimento dos avós com seus netos necessita de mais pesquisas. Por outro lado, Aratangy e Posternak (2006, p. 13) enfatizam que os avós recebem pouca atenção dos pesquisadores, reflexo da posição que ocupam de apenas figurante, “obscurecido pela figura majestosa da avó”.

A relação que as avós mantêm com seus netos ainda crianças gera um alto grau de contentamento e felicidade, pois as avós participam de atividades como passear, levar à escola e ver televisão. Essa relação é intensa e forte, pois têm um vínculo emocional de proximidade, com maior tempo e número de atividades executadas em conjunto, o que vai se modificando à medida que os netos crescem e adquirem outros significados (OLIVEIRA et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2010). Ao desempenharem a função social de cuidadoras, as avós participam ativamente do desenvolvimento dos seus netos (CARDOSO, 2011), o que assegura a transmissão de modelos culturais e contribui para a reprodução social.

A convivência entre avós e netos é benéfica para a socialização das crianças que não têm os pais como única referência (LINS DE BARROS, 1987) e não se configura em uma relação de permissividade nociva para as crianças (COUTRIM et al., 2007), mesmo levando-se em conta as dificuldades, os conflitos de geração e as diferenças de opinião. As relações entre avós e netos acontecem de forma bidirecional e interativa. Ao estudarem esse relacionamento, Triadó et al. (2000) destacaram que se deve atentar para a perspectiva de ambos nessa interação, em que se observa um intercâmbio bilateral de informações e influências entre as duas gerações.

A qualidade do vínculo intergeracional colabora no processo interativo e coeducativo no qual tanto os mais velhos quanto os mais novos aprendem e ensinam (LINS DE BARROS, 1987; PEIXOTO, 2000; VITALE, 2005). De acordo com Oliveira et al. (2009) há uma preocupação das avós estudadas quanto a formação da personalidade dos netos e em ensinar o que é moralmente correto, portanto elas participam da educação, das decisões e da proteção das crianças. Coutrim et al. (2007) desmistificam a ideia de que a convivência entre avós e netos se traduz em uma relação na qual os limites e as regras são mais frouxas.

Por outro lado, Coutrim et al. (2007) verificaram que diante da ausência dos pais, as crianças se apegam muito aos avós, o relacionamento dos netos com suas avós é melhor do que com suas mães, nesse sentido há manifestações de revolta e mágoa em crianças pequenas que foram criadas pelos avós, entregues desde bebês, sem auxílio afetivo ou financeiro dos pais (COUTRIM et al., 2007). Essa constatação também foi observada na pesquisa de Araújo e Dias (2010), em que entre as dificuldades encontradas pelos avós guardiões está a de impor limites na criação dos netos e o fato de a maioria dos pais não colaborar e nem tão pouco interferir na criação dada por eles.

O relacionamento entre avós e netos também pode ser mesclado por situações que geram conflitos e solidariedades. Coutrim (2004) relatou que quando há contato intenso entre avós e netos, estes ocupam um lugar importante para os avós, da mesma forma que desejam compensar os netos com o que não fizeram para os filhos. No entanto ser “avó de profissão” ou “avó tempo integral” é o ponto negativo dessa convivência (LINS DE BARROS, 1987).

A preferência dos avós pelos netos se constrói ao longo da infância das crianças e diante de vários fatores, como frequência de contato, se vivem uma relação de cuidado ou se é por guarda temporária ou definitiva, por sua posição na família, pelo sentimento de afinidade, pela troca de serviços ou presentes e por questões de gênero (PEIXOTO, 2000). As avós que criam os netos demonstram maior apego a eles do que aos outros netos, em virtude da convivência, e se referiram a um sentimento de culpa pela preferência e à dificuldade de deixá-los sair de sua companhia (ARAÚJO; DIAS, 2010).

Diante da possibilidade de maior convívio das crianças com seus avós, Dias e Silva (1999), em uma revisão sobre o papel dos avós nos últimos 30 anos, encontraram diversas pesquisas em que os netos tinham uma percepção favorável sobre os avós, valorizavam mais o aspecto emocional do que o instrumental e relataram que, quando necessário, deveriam prestar ajuda aos avós sem esperar recompensas. Nesse sentido, Lopes e Park (2007), ao avaliarem a representação social de crianças acerca do velho e do envelhecimento, verificaram que as percepções estavam mais associadas ao significado social e simbólico que os avós assumiam, do que à posição geracional que ocupavam.

Todaro (2008) avaliou a atitude de crianças entre 7 e 10 anos em relação aos idosos e constatou que essa foi considerada positiva entre as que moravam e realizavam maior número de atividades com seus avós. Peixoto (2000) e Oliveira et al. (2010), ao analisarem o sentimento dos netos em relação aos avós, verificaram que os netos

também fazem suas próprias escolhas em relação à avó ou ao avô, preferindo os do lado materno ao paterno. Ao opinarem a respeito do significado da velhice, os netos relataram sentir medo, mas querem ser como a avó, e em relação ao benefício desse relacionamento afirmaram ter satisfação e afeto no convívio com suas avós.

Na pesquisa de Araújo e Dias (2010) os motivos mais frequentes que levaram os avós a criarem seus netos foram a violência, entendida como abandono e negligência dos pais, seguida de gravidez na adolescência. Confirmando esses dados, Mainetti e Wanderbroocke (2013) acrescentam que as avós que já participavam com mais proximidade da criação dos netos vêm assumindo as responsabilidades paterna e materna definitivamente diante da irresponsabilidade e negligência dos pais, provocada por fatores como pais falecidos, pais despreparados por serem adolescentes ou adultos imaturos, pais negligentes, pais desconhecidos, pais dependentes químicos, abusadores, portadores de deficiências físicas e de transtornos mentais e nos casos em que os netos estavam com outros representantes legais.

Ao investigar as vivências e percepções de avós que criam os netos, Araújo e Dias (2010 p. 233) verificaram a alta prevalência de “avós precoces”, com menos de 60 anos, ou seja, não idosos. A maioria das avós pesquisadas relatou satisfação e felicidade, contrapondo-se às dificuldades financeiras e de educação dos netos. Surgem sentimentos ambíguos, pois apesar da responsabilidade que a criação dos netos exige, muitas vezes parte delas a iniciativa de criá-los. Mesmo diante desse quadro de incertezas, as avós se consideram as principais substitutas para essa função (OLIVEIRA et al., 2010).

As avós pertencentes à classe desfavorecida, ao assumirem a criação dos netos em uma fase de vida mais tardia, tiveram de rever sua vida profissional, financeira e familiar, e o trabalho tomou novo sentido de responsabilidade com os netos, devido ao aumento das despesas e das tarefas domésticas. O perfil financeiro dos avós muda em virtude da redução salarial após a aposentadoria e do aumento do número de pessoas convivendo em sua residência (CARDOSO; COSTA, 2012), o que determina a necessidade de reorganização da vida como um todo e até mesmo o retorno ao mercado de trabalho. Para as avós se adaptarem aos novos papéis simultâneos de mãe e de profissional, elas dependiam de outros cuidadores para ajudar-lhes nas tarefas diárias (MAINETTI; WANDERBROOCKE, 2013).

Um fenômeno que ocorre com muita frequência em nossa sociedade, mas ainda pouco conhecido, é quando os avós requerem a guarda dos netos em processos judiciais,

o que configura em disputa com seus filhos. A pesquisa de Cardoso e Costa (2012) revelou que os processos mantêm de forma velada conflitos familiares em relação ao tempo e ao dinheiro e que a sentença judicial não necessariamente trará a solução. Outro fator relevante desse fato é o grande desafio de adaptação que os idosos enfrentam em razão de seu momento no ciclo de vida. Vitale (2005) retrata a difícil condição, os conflitos, as dúvidas e o desamparo do poder público que os avós vivenciam diante dessa situação. Apesar das dificuldades e dúvidas enfrentadas pelos avós, Osterne (2001) constatou que eles, cada vez mais, requererem a guarda judicial dos netos.

Os padrões de cuidado e relação entre avós e netos ainda crianças são construídos cultural e socialmente. Alguns idosos pesquisados por Oliveira (2013) consideraram a atividade de cuidar dos netos como obrigação, enquanto para outros, era prazer. Ku et al. (2013) avaliaram o impacto do cuidar dos netos na saúde dos avós e concluíram que entre os muitos papéis que eles desempenham o cuidado com os netos parece ser benéfico, especialmente entre os que pertencem a famílias multigeracionais e que prestam cuidado há mais tempo, quando comparados com aqueles que recentemente começaram a cuidar de seus netos, nos quais foram observados mais problemas depressivos. Ramos (2011) observou que a reação dos avós diante do cuidado com os netos vai depender do momento de suas vidas em que esse processo ocorre, quando acontece muito cedo, os mesmos podem sentir-se despreparados.

Cardoso (2011) fez uma pesquisa com mulheres cariocas com idade entre 51 e 82 anos e constatou a ambiguidade que elas vivenciam entre a educação e os cuidados com os netos e suas realizações como mulher, esposa, mãe e profissional. As entrevistadas apresentavam boas condições financeiras e disposição para outras atividades, como aulas de pintura, clubes de terceira idade e reuniões com as amigas. Experimentavam uma complexidade de sentimentos, reclamavam do tempo gasto com os netos, do cansaço físico e de terem que desempenhar o papel de pais, no entanto reconheciam a satisfação e a afetividade na convivência próxima com seus netos e a dificuldade em diferenciar o papel de avó do que desempenhavam de cuidadoras dos netos.

Segundo Goodfellow e Lavery (2003), o cuidado de uma criança é dividido em duas categorias, o formal, que se refere a serviços especializados para esse fim, e o informal, que engloba, entre outras formas, o cuidado por familiares e em particular pelos avós. Diante do cuidado dos avós, a confiança e a reciprocidade são os pontos fundamentais, porém fatores como a distância geográfica e o trabalho dos avós podem

interferir. Os autores classificam quatro tipos de cuidadores: os cuidadores ávidos, cujas vidas giram em torno de seus netos; os cuidadores flexíveis, que embora tenham escolhido viver em torno dos netos também colocaram prioridade em seu tempo pessoal; os cuidadores seletivos, que mesmo que os netos sejam uma parte importante de suas vidas, não querem ser definidos simplesmente como avós; e os cuidadores hesitantes, que reconheceram a necessidade de equilíbrio, mas queriam a vida preenchida com múltiplos papéis.

Muitos avós dividem a mesma moradia com filhos e netos, um fenômeno que cresceu nos últimos anos, e conforme aumenta o tamanho da família, intensifica-se a ajuda deles no cuidado das crianças. Entre avós e netos, a coabitação pode acontecer na ausência ou na presença de um ou dos dois genitores. Esse fato engloba motivações e circunstâncias de vida bastante diferentes. Os avós, diante da ausência dos genitores, se encarregam do cuidado integral de seus netos, assumindo o papel de pais. A coabitação pode contribuir para uma relação privilegiada entre avós e netos (VITALE, 2005).

Mainetti e Wanderbroocke (2013) verificaram que a coabitação entre avós e netos resultou em redistribuição de tarefas, e os netos passaram a ter mais responsabilidades com os afazeres domésticos, apesar de vivenciarem uma educação mais flexível do que aquela que os pais promoveriam. A situação é mais comum entre a população de baixa renda, devido à dificuldade financeira de contratar outras pessoas para a organização do lar e para o cuidado das crianças. Diante da situação em que os avós são os únicos provedores do domicílio, os problemas se agravam quando há escassez de recursos materiais que garantam a estabilidade financeira e a independência das famílias (COUTRIM et al., 2007).

Oliveira (1998) pesquisou crianças cuidadas pelos avós e pertencentes às classes populares e constatou que todos os netos estudavam e que este é um ponto de honra para os avós. No entanto a pesquisa não excluiu a participação dos netos em tarefas domésticas, que desde cedo são aprendidas na prática da vida cotidiana. Essas atividades não só representam ajuda, cooperação e partilha das incumbências, como contribuem para que as crianças tenham a noção do que é “*saber fazer as coisas*” e desenvolvam senso de responsabilidade.

Diante das diferentes adversidades enfrentadas pelas famílias, percebe-se que os avós, principalmente os maternos, são a referência social para os netos ainda crianças ou adolescentes (LINS DE BARROS, 1987) e que eles promovem a estabilidade familiar (VITALE, 2005), assim como participam ativamente da sua organização. A literatura

consultada evidencia a grande participação dos avós na vida cotidiana dos netos e ressalta que este é um campo amplo que merece e pode ser objeto de muitas pesquisas.

Mesmo diante da grande participação dos avós no cotidiano da família contemporânea, vários autores enfatizam a escassez de estudos envolvendo tanto as avós quanto os avôs e seus netos no Brasil, o pouco reconhecimento que ainda lhes é conferido, bem como o fato de que as pesquisas realizadas ressaltarem a figura da avó (VITALE, 2005; DIAS et al., 2005). Pouco se conhece sobre a influência dos avós no desenvolvimento da criança ou sobre a relação entre eles (REIS; RABINOVICH, 2012). Pacheco e Alves (2012) acrescentam ainda que pouco é debatido sobre o tema com outros profissionais das diversas áreas do conhecimento.

1.2 Saúde bucal no âmbito familiar

Neste tópico não há intenção de fazer uma descrição detalhada da evolução dos paradigmas odontológicos, das ações e das políticas públicas destinadas à promoção e prevenção da saúde bucal, e sim são enfatizados aqui apenas alguns apontamentos e dados para ilustrar o cenário da saúde bucal no Brasil e no mundo. Esses fatos ilustram bem o cenário em que as famílias, mais especificamente os avós, vivenciaram e vivenciam dentro do contexto dos cuidados com a saúde bucal.

Com o intuito de desmistificar a ideia de que saúde bucal se restringe apenas ao cuidado dos dentes, Botazzo (2013, p. 280) explica que para a cavidade bucal cabe o tripé anatomia, fisiologia e patologia, sendo constituída pelas mucosas, glândulas, músculos e dentes, cujas funções são a mastigação, o erotismo e a linguagem, exercendo a um só tempo a realização biológica, social e psíquica. Botazzo (2013) ressalta que a boca é a parte do corpo que medeia a relação do sujeito com o mundo.

Saúde bucal é um conceito complexo que envolve aspectos objetivos e subjetivos, e não pode significar apenas a saúde dos dentes e nem se restringir a uma ou duas doenças mais comuns da cavidade bucal, a cárie dentária e a doença periodontal, pois elas resultam de diversos fatores, como fatores biológicos, psicológicos e sociais (NARVAI; FRAZÃO, 2008). Nesse sentido, Faustino-Silva et al. (2008) acrescentam que a saúde oral pode ser também expressa pelas condições do meio no qual o indivíduo está inserido, por suas experiências e, principalmente, pela forma com que são estabelecidos os relacionamentos interpessoais e familiares. Sendo assim, torna-se

indispensável o envolvimento da família nas ações de promoção e prevenção da saúde bucal.

Sobre o fato de o ato odontológico, na maioria das vezes, ficar restrito apenas aos dentes e às suas estruturas vizinhas, Botazzo (2013, p. 280) adverte de que só isso não é o suficiente para compreender o indivíduo em seu meio ambiente, com os “seus modos de ser, seus conflitos, sua relação com o próprio corpo e sua própria boca”. Diante disso, Teixeira (2006, p. 48) argumenta ser necessária uma transformação, centrada no diálogo, no qual o dentista veja o usuário como um ser integral, e não apenas o procedimento a ser executado, e que o usuário sinta confiança e o reconheça como “uma referência de cuidado”, constituindo assim uma nova forma de prática odontológica.

Historicamente a prática odontológica predominante no Brasil no século XX privilegiou a esfera privada, com tratamentos odontológicos de alto custo, o que beneficiou o acesso a esse modelo de assistência apenas a uma elite econômica que podia pagar pelos serviços. Diante dessa constatação, Moysés (2013), junto com outros colaboradores, faz uma apresentação da conjuntura sócio-histórica brasileira dos séculos XX e XXI, explicitando que a ela não favoreceu a implantação de uma odontologia destinada a toda a população.

No Brasil, no início do século passado a oferta, o uso de ações e os serviços de saúde bucal eram precários. A partir de 1923 observou-se uma oferta esporádica de serviços odontológicos restritos a alguns trabalhadores urbanos. Nas décadas seguintes esse tipo de assistência foi mantido, além de haver poucos registros de ações curativas destinadas às gestantes, a pré-escolares e a escolares. Já nas décadas de 1950 e 1960, com a criação do Ministério da Saúde (MS), a atenção odontológica ganhou expressão pública no Brasil, assim como em outros países da Europa (MOYSÉS, 2013).

A partir desse contexto, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) criou uma modalidade de atendimento odontológico denominada modelo incremental, destinado a escolares da rede pública de ensino (MOYSÉS, 2013), e deu-se início também à fluoretação da água de abastecimento público como parte da estratégia de prevenção da cárie dentária (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Contudo, como ressalta Moysés (2013, p. 43), a “odontologia de mercado seguia majoritária”, o modelo de atenção odontológica era maciçamente de caráter privado e a assistência pública era restritiva, excluindo a grande maioria da população brasileira. A previdência social oferecia assistência odontológica somente a trabalhadores privados

urbanos inseridos no mercado de trabalho formal, por meio da assistência do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e à população rural incluída no Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) (VIEIRA, 2012), serviços que ofereciam apenas o atendimento odontológico básico.

Nessa conjuntura de erros e acertos, vale ressaltar que em 1986, no Brasil, durante a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, discutiu-se a saúde bucal como direito de todos e dever do Estado, e afirmou-se ser ela parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação. Nesse sentido a saúde bucal tem sido considerada de forma mais ampla como:

Conjunto de condições, objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, pela dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento [...] contribuindo desta forma para sua saúde geral (NARVAI; FRAZÃO, 2008, p. 18).

Mediante a evolução histórica da saúde bucal no contexto brasileiro, ela só adquiriu destaque a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. Segundo Moysés (2013), a partir da década de 1980 teve destaque a fragilidade do setor saúde bucal e houve articulação para inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde (SUS). Durante a década de 1990 pouco se avançou na implementação de ações inovadoras em relação à saúde bucal brasileira e os diagnósticos foram sombrios. A partir de 2004 foi proposta a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com o objetivo de dar outra direção à atenção em saúde bucal, vinculando-a ao SUS e respeitando os seus princípios de universalidade, integralidade e equidade (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Desde essa época ocorreram significativas mudanças no modelo de atenção odontológica. O foco é garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, com a ampliação do acesso aos serviços. O programa prioriza ações às famílias, tendo como princípio norteador o conceito de cuidado, e pretende ainda estimular o usuário a fim de que ele adquira conhecimento, responsabilização e autonomia sobre a sua saúde bucal, e não apenas oferecer atendimentos e consultas (BRASIL, 2004).

O último levantamento epidemiológico na área de saúde bucal realizado no Brasil, intitulado SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal analisou a situação da população urbana brasileira com relação à cárie dentária, à doença periodontal, a necessidades de próteses dentais, à má-oclusão e ocorrência de dor de dente, entre outros aspectos. De acordo com os resultados obtidos, o País saiu de uma condição de média prevalência de cárie dentária em 2003 para uma condição de baixa prevalência em 2010 (BRASIL, 2011). Entretanto, constatou-se que essa redução não foi uniforme, devendo ser ressaltado que as crianças e as famílias expostas a privações econômicas e sociais apresentaram maiores índices de problemas bucais.

Dentre as doenças bucais que afetam adultos e crianças, a cárie dentária representa um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2011). Sendo considerada a principal causa de dor, perda dentária e conseqüentemente, segundo Antunes; Narvai e Nugent (2004), de problemas na escola e faltas ao trabalho. Sua etiologia está associada a fatores biológicos que incluem estrutura dental, saliva, higiene oral deficiente, hábitos alimentares inadequados e até mesmo mutações genéticas (BEZERRA, 2006). Os fatores ambientais, como o comportamento e o estilo de vida do indivíduo, também estão envolvidos. O baixo nível socioeconômico familiar e de instrução escolar da mãe destacam-se entre os fatores não biológicos (CANALLI et al., 2011) considerados de risco para o surgimento da cárie.

Os avanços da Odontologia, em especial da Cariologia, provocaram mudanças de paradigmas em relação à cárie dentária, pois foram surgindo novos critérios de diagnóstico e filosofias de tratamento com abordagem dentro de um contexto mais atual e embasado em evidências científicas. Nas últimas décadas o uso do fluoreto na água de abastecimento público e nos dentifrícios associados às ações educativas e preventivas tem ajudado a diminuir a prevalência de cárie no Brasil (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

De acordo com Vasconcelos e Fratucci (2013, p.4) para o planejamento de ações coletivas e individuais de promoção à saúde é fundamental a ideia de risco, assim sendo fatores de risco “são atributos de um grupo que apresenta maior incidência de uma dada patologia, em comparação com outros grupos populacionais”. Os autores apresentam a seguinte classificação: a) risco individual que considera os determinantes biológicos do processo saúde-doença; b) risco familiar no qual considera a forma de organização, hábitos comportamentais e culturais e relações sociais estabelecidas pelas famílias e c) o risco coletivo que considera os determinantes socioeconômicos e culturais do processo saúde-doença.

Entre os principais cuidados gerais e de higiene bucal para a prevenção das doenças bucais na criança, Macedo (2010) enumera o controle da dieta observando a frequência e consistência dos alimentos, a escovação dos dentes e o uso do fio dental, pois desorganizam a placa cariogênica, impedindo o aparecimento das lesões de cárie. O uso do flúor como importante aliado contra o aparecimento da cárie, pode ser de uso domiciliar ou profissional. Quanto ao tipo de técnica de escovação a ser adotada, a ideal é aquela que tanto as crianças como os pais e ou responsáveis se adaptem melhor.

Atualmente, o sistema de saúde odontológico brasileiro está dividido em um subsistema público, que depende diretamente da ação governamental, por meio da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com o Programa Brasil Sorridente, e o subsistema privado, que engloba os planos privados odontológicos regulados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) e o desembolso direto pelo indivíduo para a compra dos serviços de saúde bucal (VIEIRA, 2012).

Vieira (2012), citando diferentes autores, constatou que há muito pouco investimento do governo brasileiro em assistência odontológica, transferindo para os cidadãos a responsabilidade de pagar pela sua própria saúde, e simultaneamente observa-se um elevado crescimento do número de clientes, principalmente da classe média, que adquirem os planos de saúde odontológicos privados. O aquecimento desse setor ocorreu mais em virtude do aumento de oferta dos planos odontológicos para os empregados do setor privado, como também para o funcionalismo público, como forma de solucionar os problemas de saúde bucal.

Analisando o panorama internacional, Narvai e Frazão (2008) advertem que tanto no Brasil como em outras partes do mundo observa-se a omissão do Estado em relação às políticas públicas de saúde bucal, forçando os cidadãos a se organizarem em prol da obtenção de adequados serviços odontológicos. No mesmo sentido, Vieira (2012) cita que os governos não implantaram programas de assistência odontológica universal, e sim focalizaram a ação pública em políticas voltadas para os grupos de alto risco e com dificuldades financeiras. Silvestre, Aguiar e Teixeira (2013, p. 37), ao analisarem o processo de evolução das políticas públicas de saúde bucal, afirmam que elas foram marcadas por “uma política voltada para o lucro e o descaso social, e sua grande maioria refletida ao longo da história na mutilação de bocas e vidas”.

Durante muito tempo as pessoas pensavam que a perda de seus dentes fosse natural e uma característica do avanço da idade. Mas hoje, com o desenvolvimento da sociedade e o aumento do nível educacional, as pessoas são orientadas a mantê-los de

forma saudável. A valorização e as decisões referentes ao tratamento e/ou à prevenção do processo saúde-doença bucal vão sendo moldadas de acordo com as “histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do sujeito, que requer soluções social e culturalmente sustentadas” (BARROS, 2007, p.33). A cultura de um povo vem expressar os valores e as crenças que seus membros compartilham, portanto exerce grande influência na visão de mundo, nos hábitos, nos costumes e no comportamento das pessoas em relação às demandas de saúde (SOUZA et al., 2008).

A população idosa experimentou, em tempos passados, dificuldades de acesso ao tratamento odontológico pela escassez de profissionais, pelo alto custo do tratamento odontológico (BULGARELLI, 2010) e até pela concepção, tanto da população quanto dos dentistas, de que a melhor conduta diante da dor seria a extração precoce dos dentes (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A dor, considerada um sintoma biológico, reflete uma condição individual e subjetiva com repercussão no bem-estar e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos indivíduos (PIUVEZAM; FERREIRA; ALVES, 2006). O medo do tratamento odontológico é uma realidade, e a maioria dos indivíduos o desenvolve quando ainda são crianças ou adolescentes, diante de histórias de experiências dentárias negativas, o que pode gerar um ciclo vicioso (MILGRON et al. 2010). Dor e medo são sentimentos ligados à imagem do cirurgião-dentista, ainda que se reconheça a evolução da Odontologia, tanto em relação aos equipamentos, aos materiais e às técnicas utilizadas, quanto à formação e conduta profissional (HIRAMATSU et al., 2007). Conseqüentemente, as pessoas trazem consigo uma carga de medo e ansiedade muito grande em relação ao tratamento odontológico.

Em um estudo sobre as representações sociais das perdas dentárias para um grupo de idosos, emergiram como categorias a dificuldade socioeconômica, a dificuldade de comer, a dor e a estética, revelando as limitações fisiológicas e as implicações psicológicas que eles vivenciam, pois pertencem a uma geração que sofreu as conseqüências de um modelo odontológico mutilador e elitista do passado (PIUVEZAM; FERREIRA; ALVES, 2006). Portanto, diante da dor de dente, a única solução pontual era a extração dentária.

Oliveira et al. (2012) constataram que os indivíduos que recordaram de experiências negativas durante o primeiro atendimento odontológico na infância associaram-no significativamente com o alto medo diante do tratamento na idade adulta. A instrumentação utilizada pelo cirurgião-dentista, como o fórceps, a seringa de

anestesia e o motor, e a relação paciente-dentista parecem estar intimamente relacionadas com a sua imagem, o que infere uma associação negativa com esse profissional. Os dados reforçaram a importância de condutas adequadas durante o tratamento odontológico, o que contribui para a promoção da saúde.

O dentista deve receber uma formação profissional adequada para abordar o indivíduo como um todo, com o intuito de diminuir o medo e a ansiedade e evitar a dor. A interação entre paciente e dentista é fundamental para a prevenção e o controle do medo odontológico (OLIVEIRA et al., 2012), assim como para proporcionar um ambiente de confiança recíproca entre ambos.

“O homem age de acordo com os seus padrões culturais” (LARAIA, 1986, [s.p.]). Segundo o autor, a cultura é um processo acumulativo que determina o comportamento humano, age de maneira direta e indireta nas ações e reações do indivíduo, pode ser modificada ou conservada e é resultante de toda a vivência de gerações anteriores. Tal importância deve ser dada aos padrões culturais de um indivíduo sobre o processo saúde/ doença, que de acordo com Dela Coleta (2010, p.77) os estudos mostram que as “crenças comportamentais (benefícios e barreiras percebidos) têm um papel mais importante na predição de comportamentos de saúde do que a percepção de severidade e de susceptibilidade às doenças”. Diante do exposto, é fundamental entender como os indivíduos adoecem e tratam as doenças e os seus conceitos de qualidade de vida, pois eles refletem o seu modo de vida, suas crenças, seus mitos, seus valores e seus anseios (PETRY; PRETTO, 1997).

Fazendo um recorte do tema até agora abordado e partindo do princípio de que o cuidado com a saúde bucal é uma construção cotidiana, um processo dinâmico e contínuo (MELLO, 2005), faz-se necessário apresentar algumas considerações sobre o cuidado.

Nas ciências da saúde e nas ciências nas sociais, a noção de cuidado tem vários sentidos, perspectivas e definições (LÓPEZ, 2012), mas confirmam que ela seja inerente à vida humana (COELHO; FONSECA, 2005). Bilibio (2010, p. 66) cita Heidegger para explicar o significado de cuidado, que vai além de cuidar de algo ou de alguém, pois implica necessariamente a ideia de responsabilidade e de compartilhamento, e não apenas uma atitude isolada do ser. Acrescenta dizendo que o “ser enquanto ser no mundo, é essencialmente cuidado”, contudo não determina um modo de ser, mas é o alicerce de todos os prováveis modos de ser.

Para Waldow (2008), o ato de cuidar só se torna verdadeiramente cuidado quando, além de envolver a atividade, está acompanhado de um comportamento emocional, um sentimento. Ao ser analisado deve-se captar o seu sentido mais amplo, pois,

o cuidado é um fenômeno existencial, relacional e contextual. Existencial porque faz parte do ser, lhe confere a condição de humanidade; relacional porque ocorre em relação com outro ser, se revela na coexistência com outros seres; contextual porque assume variações, intensidades, diferenças nas maneiras e expressões de cuidar conforme o meio em que ocorre (WALDOW, 2008, p. 86).

Em qualquer situação, Coelho e Fonseca (2005) afirmam que o processo de cuidar é uma experiência significativa para os envolvidos e não implica necessariamente reciprocidade, pois poderá haver receptividade assim como resistência, dependendo do contexto e das condições particulares de quem é cuidado. Sena et al. (2011) associam a relação de cuidar com experiências de sofrimento e de desgaste físico e emocional, com consequentes efeitos nas interações sociofamiliares, bem como apontam para um sentido benéfico na vivência do cuidar, revelando sentimentos de amor, afeto, corresponsabilidade, entre outros. Daí a importância de compreender que a experiência de cuidar abrange a intersubjetividade dos envolvidos no processo que favorece o compartilhamento de vivências.

Nas famílias estudadas por López (2012), as mulheres é que sustentam as cadeias de cuidado, pois este é considerado um ato inerente às mulheres, devido à maternidade (COELHO; FONSECA, 2005). O cuidado na prática dessas famílias, em muitos casos, ficou a cargo das avós e englobou as condições que facilitam o crescimento e o desenvolvimento humano. O ato de cuidar pressupõe uma classificação de gênero e de gerações; no âmbito familiar, nesse sentido Britto da Motta (2010b) alerta que o papel de cuidador, geralmente recai sobre as mulheres e culturalmente espera-se que a avó desempenhe essa função.

O modo como uma pessoa se preocupa com a outra é chamado de solicitude (SZYMANSKI, 2002; GRAÇAS; SANTOS, 2009). No cotidiano familiar ela se manifesta nas práticas educativas, que segundo Szysmanski (2001, p. 87) pode ser entendida como:

...ações contínuas e habituais, realizadas pelos membros mais velhos da família, nas trocas intersubjetivas, com o sentido de possibilitar a

construção e apropriação de saberes, práticas e hábitos sociais pelos mais jovens, trazendo, em seu interior, uma compreensão e uma proposta de ser-no-mundo com o outro.

Ao considerar a família como espaço primário de socialização, Prestes et al. (2013) dão relevância ao papel da mãe como agente multiplicador do conhecimento no núcleo familiar. Além disso, Szymanski (2002) afirma que a família assume sua missão socializadora de acordo com os modos de ser dos seus membros familiares, que buscam uma adaptação entre os valores herdados, os partilhados com os pares e os adquiridos, conforme sua composição, história e pertencimento social. Segundo Trad (2010) as práticas domiciliares de saúde que os membros familiares adotam refletem também aspectos importantes de sua estrutura sociocultural, como as relações de gênero ou posição social.

Já Luz (2014, p.51) ao levantar o questionamento porque existem famílias submetidas às mesmas condições sociais em que as crianças apresentam cárie e outras em que as crianças estão livres da doença, propõe um modelo conceitual para melhor compreensão da ocorrência da Cárie Precoce na Infância (CPI). No primeiro nível, os Determinantes Distais incluem a renda, escolaridade, ocupação, moradia e rede de apoio social; no segundo nível, os Determinantes Intermediários compreendem os conhecimentos dos cuidadores sobre a CPI, as atitudes e os comportamentos de saúde dos cuidadores relativos à CPI, os fatores psicológicos dos cuidadores e a saúde bucal dos cuidadores; já no terceiro nível, os Determinantes Proximais abarcam o tempo de aleitamento natural, o uso de mamadeira para dormir, a higiene bucal e o acesso a fluoretos. A autora ressalta que esses fatores se retroalimentam, além de ter usado o termo cuidador por abranger outras pessoas que também são responsáveis pela criança.

Nesse sentido, é no âmbito familiar que se desenvolvem hábitos e comportamentos que influenciam a saúde de seus membros e é onde as crianças aprendem e adotam comportamentos e atitudes saudáveis pelo processo de socialização. Uma criança criada em um ambiente que não valoriza os cuidados com a saúde bucal provavelmente irá se tornar um adulto negligente com a sua própria saúde bucal (ABEGG, 2004). O conhecimento e a compreensão da realidade socioeconômico-cultural da família são importantes, pois só assim pode-se direcionar de modo eficiente o modo de atuação, na tentativa de obter melhor qualidade de vida. Neste sentido, incluir os avós é um fator de grande importância para a promoção e a manutenção adequada da saúde bucal infantil.

1.3 Contribuições da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano

Ancorada na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH) (BRONFENBRENNER, 1996; 2012), esta pesquisa busca a compreensão do indivíduo no contexto familiar, usando uma abordagem sistêmica e interativa capaz de compreender de forma abrangente e contextualizada o papel dos avós a partir da interpretação de dados subjetivos sobre aspectos culturais, sociais e afetivos de suas experiências passadas e de sua vivência cotidiana com os netos, tendo como pano de fundo os cuidados em relação à saúde bucal. Nesse tópico é apresentada a perspectiva bioecológica, por entender que essa teoria ajuda melhor esclarecer os objetivos propostos no estudo.

Urie Bronfenbrenner, autor da TBDH, nasceu em 1917 na antiga União Soviética, durante a Revolução Russa, e faleceu em 2005 nos Estados Unidos da América. Em apenas uma frase Koller (2012, p.15) traduz muito bem a biografia desse grande teórico da Psicologia do Desenvolvimento, que sempre se mostrou muito preocupado com o futuro dos seres humanos: “Bronfenbrenner viveu uma vida de diversidades e de adversidades”. Justamente por isso o autor enfatizou tanto a relevância de se considerar a pessoa na sua singularidade, com suas experiências, suas percepções e significados, suas relações interpessoais e as influências que sofre e exerce no contexto ao qual está inserida, com atenção ao seu processo de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida. Seus pressupostos teóricos são tão importantes que permanecem até hoje e têm servido de modelo de investigação em diferentes áreas do conhecimento.

Um aspecto importante que Bronfenbrenner (1996) destaca em seus estudos é a concepção de desenvolvimento humano como um processo que envolve a mudança nas características da pessoa em desenvolvimento, tanto no domínio da percepção como no da ação, que tem continuidade ao longo do tempo e do espaço. Recentemente a definição de desenvolvimento humano no modelo bioecológico foi complementada e apresentada como um

fenômeno de continuidade e mudança das características biopsicológicas dos seres humanos como indivíduos e grupos. Esse fenômeno se estende ao longo do ciclo de vida humano por meio das sucessivas gerações e ao longo do tempo histórico, tanto passado quanto presente (BRONFENBRENNER, 2012, p. 43).

Bronfenbrenner (2012), ao incluir as características biológicas e psicológicas do indivíduo, enfatiza a contribuição desses aspectos para o desenvolvimento humano e nos alerta sobre a necessidade de mais pesquisas com outros segmentos, como os adultos e os velhos. Lerner (2012) explica que o autor, ao abordar os aspectos biológicos, psicológicos e comportamentais do indivíduo de forma dinâmica com os sistemas ecológicos, reforçou a denominação de bioecológico que apresentou em sua teoria.

Em 1979, Urie Bronfenbrenner delineou o primeiro modelo da teoria denominado “ecológico”, em que coloca em destaque o ambiente para a compreensão de como o indivíduo se desenvolve. Já no início da década de 1990 esse modelo fica um pouco mais detalhado, abrangendo aspectos do desenvolvimento vinculados à pessoa, e ganha a denominação de Teoria dos Sistemas Ecológicos que abrange o *Microsistema*, o *Mesosistema*, o *Exossistema* e o *Macrossistema* (BRONFENBRENNER, 1996; 2012).

O *microsistema* é definido como um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento dentro do ambiente imediato e com os quais ela estabelece relações face a face, que fornecem as primeiras influências para o indivíduo. O *mesosistema* é considerado um grupo interligado de microsistemas e inclui as inter-relações entre dois ou mais ambientes, no qual a pessoa em desenvolvimento estabelece uma interação íntima com profunda influência no desenvolvimento do ser humano, mesmo que o contexto seja externo ao núcleo familiar. Já o *exossistema* diz respeito a ambientes que talvez a pessoa em desenvolvimento não tenha um contato direto, não é um participante ativo, mas que indiretamente irá influenciar o que acontece no seu ambiente imediato. Por último, o *macrossistema* diz respeito ao que especifica o modo de vida do indivíduo em uma determinada cultura ou subcultura, composto pelos padrões globais de ideologia e organização das instituições sociais presentes no cotidiano das pessoas que influenciam seu desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996; 2012).

Na proposta mais recente, Urie Bronfenbrenner e colaboradores expandem as proposições iniciais, sem negá-las ou descartá-las (NARVAZ; KOLLER, 2004), e propõem uma estrutura mais complexa e mais dinâmica ao apresentar o Modelo PPCT com seus quatro elementos interligados, *processo-pessoa-contexto-tempo*, recebendo a denominação de Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH). Tudge

(2008, p. 214) esclarece que Bronfenbrenner, ao usar os termos “ecologia” ou “ecológico”, demonstra a interdependência do indivíduo e do contexto. Sua teoria focaliza o indivíduo e suas disposições, levando em conta a dimensão do tempo e a interação recíproca entre a pessoa e o contexto.

Os quatro elementos conceituais de relevância que constituem o Modelo Bioecológico ou Modelo PPCT são: (a) o *processo* de desenvolvimento, envolvendo a fusão e a dinâmica de relação entre indivíduo e o contexto; (b) a *pessoa*, com seu repertório individual de características biológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais (características biopsicológicas da pessoa, suas interações); (c) o *contexto* do desenvolvimento humano, definido como níveis ou sistemas entrelaçados da ecologia do desenvolvimento humano; e (d) o *tempo*, conceituado como envolvendo as dimensões múltiplas da temporalidade (por exemplo, tempo ontogênico, tempo familiar e tempo histórico), construindo o cronossistema que modera as mudanças ao longo do ciclo de vida (BRONFEBRENNER, 2012, p. 24). O autor sugere que para obter adequadas informações sobre a compreensão do desenvolvimento humano deve-se investigar o papel desses quatro elementos do Modelo PPCT, pois eles estão presentes e atuam de forma dinâmica na vida cotidiana de cada pessoa.

Esse modelo incorpora os seguintes aspectos: a natureza ativa dos seres humanos, as características do contexto e o tempo. De acordo com esse modelo, as características de uma pessoa em desenvolvimento em um determinado momento da sua vida resultam de uma série de interações entre os aspectos biológicos, psicológicos e ambientais, em que funciona “ao mesmo tempo como um produto e um produtor” do seu próprio desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996, p. 22). As interações recíprocas entre o indivíduo e o meio são “sempre revestidas de significados inerentes à cultura e aos ingredientes sociais e econômicos ali presentes” (BENETTI et al., 2013, p. 96), de modo que a partir de suas escolhas o indivíduo torna-se um ser atuante em relação ao seu próprio desenvolvimento.

O quarto elemento do Modelo Bioecológico, o *tempo*, também denominado cronossistema, tem sua relevância para o embasamento da referida pesquisa. Segundo Neiva-Silva, Alves e Koller (2004, p. 144), o elemento *tempo* foi ampliado e analisado em três níveis: *microtempo*, *mesotempo* e *macrotempo*. O *microtempo* faz referência à relação de continuidade e descontinuidade das ocorrências dos processos proximais. Já o *mesotempo* refere-se à periodicidade dos eventos, que envolve as rotinas e os horários, por meio de certo intervalo de tempo. Já o *macrotempo* enfoca as mudanças de

expectativas e os eventos da sociedade, dentro e através das gerações, conforme afetam e são afetadas pelos processos e resultados do desenvolvimento ao longo do curso da vida. Entende-se que essa noção da temporalidade é pertinente para favorecer a compreensão da relação estabelecida entre avós e netos, pois a história vivenciada por cada um dos avós em seu processo de desenvolvimento repercute nas atitudes que adotam em seu cotidiano, assim como nas expectativas que criam em relação ao futuro dos netos.

Segundo Bronfenbrenner (2012, p. 278), os contextos do desenvolvimento humano funcionam um encaixado no outro, cada um expandindo em direção ao maior, mas também contendo o menor, como um conjunto de bonecas russas. “Qualquer fator que influenciar algum contexto maior influenciará, também, a unidade mais íntima, a família”. Os contextos também influenciam e são influenciados simultaneamente uns pelos outros e estão dentro do amplo contexto da cultura. Essas interconexões entre os diferentes ambientes são tão decisivas para o desenvolvimento quanto os eventos que ocorrem separadamente em cada ambiente (BRONFENBRENNER, 1996). O autor considera o aspecto da bidirecionalidade em relação à pessoa e ao ambiente em que ela atua, caracterizada pela reciprocidade.

Entre as várias proposições sugeridas por Bronfenbrenner (1996) para o delineamento de pesquisas, e voltando-se para os elementos do *microsistema*, foram selecionados os conceitos de “experiência”, “papel”, “díade” e “transição ecológica”, termos importantes para explicar o papel desempenhado pelos avós no cotidiano familiar, mais especificamente com o cuidado com a saúde bucal dos netos.

Na definição do conceito de *experiência*, o autor utiliza o referencial da fenomenologia de Husserl para explicar que o termo pertence à esfera subjetiva dos sentimentos, como pressentimentos, dúvidas ou crenças pessoais, pois expressa a forma como as experiências são vivenciadas subjetivamente pelas pessoas que vivem em determinado ambiente, fatores tão relevantes para a pesquisa científica como as questões objetivas (BRONFENBRENNER, 2012, p. 44), sendo ambos interdependentes e influenciando-se mutuamente. O aspecto que melhor distingue as qualidades experienciais é aquele que tem uma carga “emocional e motivacional”, englobando ao mesmo tempo e em graus diferenciados várias ambiguidades. Diante de muitas pesquisas, Bronfenbrenner (2012, p. 45) esclarece que esses aspectos positivos e negativos que envolvem o passado podem contribuir de forma marcante para o desenvolvimento humano futuro.

Com base nas teorias sociológicas de Mead e de Thomas, a definição de *papel* na TBDH é considerada como “*uma série de atividades e relações esperadas de uma pessoa que ocupa uma determinada posição na sociedade e de outros em relação àquela pessoa*” (BRONFENBRENNER, 1996, p.68). Os papéis são diferenciados, em termos cronológicos, pelo sexo, pela relação de parentesco, pela ocupação ou *status* social numa determinada cultura, dentre outros, como etnia ou opção religiosa. Eles são identificados por rótulos de acordo com a perspectiva de uma pessoa que a conhece ou pelo contexto social em que está inserida. De acordo com o autor, não diz respeito apenas à atividade, ele acrescenta o elemento da reciprocidade, no qual abrange as expectativas sociais que uma pessoa tem em relação à outra e vice-versa.

O conceito de papel envolve a integração dos elementos de atividade e relação em termos de expectativa da sociedade. Para Bronfenbrenner (1996), as *expectativas de papel*, como uma determinada pessoa deve agir e como as outras pessoas devem agir em relação a ela, não se referem apenas ao *conteúdo da atividade*, mas também em termos dos parâmetros diáticos estabelecidos entre as partes: grau de reciprocidade, equilíbrio do poder e relação afetiva. As expectativas de um indivíduo são formadas de acordo com a cultura como um todo, de modo que o *papel* que funciona como um elemento do *microsistema* tem, então, suas origens no amplo *macrossistema*. A partir desta ótica, Bronfenbrenner (1996) esclarece:

É a inserção dos papéis nesse contexto mais amplo que lhes dá o poder especial de influenciar – e inclusive compelir – a maneira pela qual a pessoa se comporta numa determinada situação, as atividades nas quais ela se engaja e as relações que se tornam estabelecidas entre aquela pessoa e as outras presentes no ambiente (BRONFENBRENNER, 1996, p. 69).

Nesse sentido, Bronfenbrenner (1996, p. 46) postula que “sempre que uma pessoa em um ambiente presta atenção às atividades de uma outra pessoa, ou delas participa, existe uma relação”. Diante dessa relação interpessoal, em ambas as direções, a *díade* ou o sistema de duas pessoas, por si só tem um grande poder desenvolvimental, além de possibilitar a formação de estruturas interpessoais mais amplas, como as tríades, as tétrades, e assim por diante.

A *díade* pode assumir três formas funcionais diferentes: díade observacional, díade de atividade conjunta e díade primária, que podem ocorrer separadamente ou ao mesmo tempo. No entanto, quando combinadas apresentam um impacto

desenvolvimental mais forte do que quando isoladas. A partir de resultados de várias pesquisas, Bronfenbrenner (1996, p. 3) levanta a proposição de que “se um membro de uma *díade* sofre uma mudança desenvolvimental, é provável que o outro também mude”. Dar a devida consideração à relação avós-netos é a chave para as mudanças desenvolvimentais não apenas nas crianças, mas também dos avós.

Segundo Bronfenbrenner (1996), a *díade observacional* ocorre quando uma pessoa presta atenção de forma contínua e cuidadosa à atividade de outra pessoa, e esta por sua vez percebe o interesse sendo demonstrado; a *díade de atividade conjunta* é quando as duas pessoas se percebem como participantes de algo em conjunto, porém podem estar realizando atividades diferentes, um completando o outro, um motivando o outro; já a *díade primária* é aquela que continua a existir para os participantes mesmo quando eles não estão juntos. Bronfenbrenner (1996, p. 48) ressalta que essa *díade* “continua a existir fenomenologicamente para ambos os participantes”, pois até mesmo separados exercem uma poderosa influência no comportamento do outro.

Bronfenbrenner (2012) apresenta certas propriedades que são características de todas as *díades*, como *reciprocidade*, *equilíbrio de poder e relação afetiva*, entretanto a *díade de atividade conjunta* apresenta esses fatores em grau mais acentuado no que se refere ao poder desenvolvimental. A *reciprocidade* representa as influências mútuas ou recíprocas entre as pessoas que participam ou compartilham de uma atividade, promovendo um padrão de interação cada vez mais complexo. A segunda propriedade diz respeito ao *equilíbrio de poder*, quando um dos participantes exerce mais influência sobre o outro em um determinado tempo, atividade ou ambiente. Já a terceira, *relação afetiva*, mostra que à medida que os participantes se envolvem em interações diáticas mais complexas há a possibilidade de desenvolverem relações afetivas.

Ao considerar o processo desenvolvimental como um sistema, os resultados de várias pesquisas indicam que a capacidade de uma *díade* de apresentar um contexto efetivo está na dependência de uma terceira pessoa (*tríade*), que pode perturbar ou apoiar o processo. Além disto, Bronfenbrenner (1996, p.50) apresenta um único termo, *díades desenvolvimentais*, para designar as *díades* que proporcionam as condições ótimas para o desenvolvimento e que contenham as propriedades e os princípios diáticos de “reciprocidade, complexidade progressivamente crescente, mutualidade de sentimentos positivos e alteração gradual no equilíbrio do poder”.

Outra definição que Bronfenbrenner (1996, p.22) apresenta e que embasa esta pesquisa é que a *transição ecológica* ocorre “sempre que a posição da pessoa no meio

ambiente ecológico é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente, ou ambos". É um processo que ocorre durante todo o período de vida da pessoa, sendo analisado tanto como consequência quanto como estímulo para os processos desenvolvimentais. O resultado desenvolvimental dessas mudanças de papel se torna mais visível quando elas ocorrem em ambientes da vida cotidiana, pois revelam grandes alterações de comportamento, que só terão critério de validade desenvolvimental se ficar comprovado que a mudança se transfere para outros ambientes em outros momentos (BRONFENBRENNER, 1996, p. 82).

Visto que na contemporaneidade os avós se destacam em número, na sobreposição de papéis ou funções, na organização social e familiar e que a saúde bucal implica em uma visão ampla do ser humano considerando as interações com outros seres humanos, os profissionais de saúde e as orientações advindas das políticas públicas supõe-se que as experiências passadas, os conhecimentos, as práticas e atitudes dos avós possam ser resignificados e reconstruídos a ponto de contribuir com a saúde bucal infantil.

2 METODOLOGIA

Neste capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados no estudo, que se estruturam da seguinte forma: Tipo de Pesquisa; Local de Estudo; Critérios de Escolha dos Participantes do Estudo, Questões Éticas, Procedimentos de Coleta de Dados; e Técnicas de Análise dos Dados.

2.1 Tipo de pesquisa

Como forma de abordar o problema e alcançar os objetivos propostos, optou-se por uma pesquisa na forma de um estudo de casos múltiplos, de natureza qualitativa, caracterizada como exploratório-descritiva. O universo das investigações qualitativas é o cotidiano, e segundo Minayo (2010) ele se aplica bem ao estudo das relações, das crenças, das opiniões e das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam.

Essa modalidade de pesquisa propõe investigar as experiências humanas vividas e compreendê-las sem se prender a explicações causais ou a generalizações (GRAÇAS, 2000), portanto se caracteriza pela flexibilidade (GIL, 2010). Uma característica marcante da pesquisa qualitativa é que os fenômenos sociais são vistos de forma holística (CRESWELL, 2007, p. 187). Para Chizzotti (2008), a pesquisa qualitativa segue uma tendência atual ao adotar multimétodos de investigação, assumindo tradições ou multiparadigmas de análise para o estudo de um fenômeno humano, procurando encontrar sentido desse fato e interpretar os significados que as pessoas atribuem a ele.

Segundo Yin (2010, p.39) o emprego do estudo de caso é adequado quando se “investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes”. Para o autor o propósito do estudo de caso é um estudo intensivo, dentro de uma lógica que guia as sucessivas etapas de coleta, análise e interpretação dos dados. O autor acrescenta que ao realizar o estudo de vários casos seu objetivo é a generalização analítica baseada em uma orientação teórica.

Para melhor compreender o papel que os avós desempenham no âmbito familiar em relação à saúde bucal dos netos, sob a ótica contextualizada e ampla, adotou-se uma perspectiva teórico-metodológica baseada na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner (1996, 2012).

2.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Setor Odontológico da Divisão de Saúde da Universidade Federal de Viçosa (DSA/UFV), localizada na cidade de Viçosa, MG, na Zona da Mata mineira, situada a 225 km da capital mineira, Belo Horizonte. Segundo o IBGE (2015), a área da unidade territorial do município é de 299,4 km² e altitude de 649 metros, com uma população estimada em 77.318 habitantes, a maioria residindo no perímetro urbano (CENSUS, 2014). Viçosa é uma cidade universitária, e sua economia está centrada em torno da renomada Universidade Federal de Viçosa e também do comércio local, da prestação de serviços, da indústria da construção civil e, nos últimos anos, tornou-se um pólo educacional (CENSUS, 2014), com grandes investimentos em escolas particulares do ensino fundamental, médio e superior.

A Universidade Federal de Viçosa (UFV) é uma instituição de ensino superior que possui 3.606 servidores ativos, entre técnicos administrativos e docentes, e 2.983 servidores inativos. Segundo o Serviço de Registro e Movimentação da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PGP), a Instituição não tem acesso ao número exato de netos dos seus servidores. Consta em seus registros o número daqueles que têm a guarda judicial da criança ou do adolescente e de seus dependentes econômicos, entretanto esses dados não incluem somente netos, podendo ser crianças adotadas, sobrinhos, enteados e outras situações (UFV, 2012).

A Divisão de Saúde (DSA), órgão vinculado à Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários da Universidade Federal de Viçosa (PCD/UFV), é considerada um ambulatório que oferece assistência médica, odontológica, nutricional, psicológica e fisioterápica aos seus estudantes, docentes e servidores técnico-administrativos, incluindo como dependentes os cônjuges, filhos e netos (UFV, 2015). Para dar melhor suporte e qualidade aos atendimentos, conta com laboratório de análises clínicas, serviço radiológico e de vacinas, setor de enfermagem equipado com eletrocardiógrafo e medicamentos básicos, onde são realizadas as triagens de urgências e emergências, assim como pequenas cirurgias (UFV, 2015).

Existem registros que mostram que esse órgão já teve vários nomes e moldes de funcionamento. Em 1926, com a implantação da Escola Superior de Agricultura e Veterinária (ESAV), que deu origem à atual UFV, já havia uma preocupação com a saúde dos seus operários (JORNAL UFV, 2012). No Arquivo Histórico da UFV encontram-se documentos datados de 1951 que mostram a movimentação para a apresentação de um projeto de regimento da Divisão de Saúde. Oficialmente o prédio onde hoje funciona a DSA foi inaugurado em 2/7/1982 e recebeu nessa ocasião o nome de Ambulatório Médico-Odontológico. Entre os usuários é também comum receber a denominação de Serviço de Saúde. A Divisão de Saúde tornou-se uma referência em termos de assistência à saúde e é o local onde a pesquisadora exerce suas atividades profissionais como odontopediatra desde 1992.

O Setor Odontológico da Divisão de Saúde é composto por quatro dentistas clínicos que atendem os adultos e uma odontopediatra para o atendimento das crianças. O local foi escolhido justamente por oferecer aos servidores ativos e inativos a oportunidade de incluir seus netos como dependentes, a fim de usufruir de todos os serviços prestados pela unidade.

Em seu relatório anual das atividades odontopediátricas realizadas durante 2014, exceto em abril e maio, a DSA registrou o número de 254 crianças atendidas, com a idade de até 12 anos. Destas apenas 27 eram dependentes de estudantes, as demais, 227, se enquadram entre filhos e netos de servidores com vínculo institucional (UFV, 2014). Já em 2015 foram atendidas apenas 136 crianças, devido ao grande período de greve dos servidores técnico-administrativos (UFV, 2015).

2.3 Critérios de escolha dos participantes do estudo

Os participantes foram convidados a fazer parte da pesquisa a partir do vínculo profissional da pesquisadora com os avós, porém seguindo os seguintes critérios: ser avós, de ambos os sexos; cuidar ou auxiliar a cuidar de netos, ainda crianças, com idade até 12 anos; ser usuários da Divisão de Saúde da UFV; não ser incapaz de responder por si próprio; e dentro dos quesitos anteriores o participante tinha também de apresentar interesse em participar da pesquisa. Adotou-se como referência para os netos o que determina o Estatuto da Criança e do Adolescente: considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até 12 anos de idade incompletos (BRASIL, 2012). Foram excluídos os que não contemplaram os critérios de inclusão para esta pesquisa, entre eles: não ser avó ou avô; não ter netos com idade igual ou inferior a 12 anos; não ser capaz de responder à entrevista e não desejar participar da pesquisa.

Os avós participantes do estudo e seus respectivos netos pertencem às famílias que possuem acesso ao serviço odontológico próprio da Instituição, assim como ao Plano de Saúde Odontológico, mantido pelo Instituto UFV de Seguridade Social (AGROS), um convênio com vasta rede de serviço odontológico, além de poder usufruir do serviço público de saúde bucal do município de Viçosa, Minas Gerais.

Dentro dos critérios acima estabelecidos, vinte e seis avós foram convidados a colaborar com o estudo, entretanto foram entrevistados dezenove, os demais apresentaram variadas justificativas para não participar do referido estudo, como dificuldade para conciliar os horários, doenças na família, viagens, dentre outras.

2.4 Procedimentos de coleta de dados

No presente estudo explorou-se a perspectiva dos avós, por meio da coleta de dados com a aplicação dos seguintes instrumentos: a) questionário sociodemográfico (Anexo A); e b) entrevista semiestruturada (Anexo B). O roteiro da entrevista apresentou perguntas que englobam os seguintes temas centrais: atitudes e cuidados com a saúde bucal no passado e com a dos netos incorporados no cotidiano, crenças e valores em relação à saúde bucal. As entrevistas foram realizadas após o término do preenchimento do questionário.

Segundo Yin (2010, p.133) “uma das fontes mais importantes de coleta de informações para o estudo de caso é a entrevista”. Para Jovchelovitch e Bauer (2008) a entrevista é considerada uma técnica especial que apreende a subjetividade dos participantes e exige interação entre pesquisador e pesquisado para contextualizar as experiências, as vivências e os sentidos. Por meio deste método, “as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma sequência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social”, a ideia básica é reconstruir fatos cotidianos a partir da perspectiva do entrevistado, uma vez que ele usa suas próprias palavras para expressar suas atividades diárias (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2008, p.91).

O participante tem a liberdade de responder sobre o assunto questionado sem se prender à pergunta feita, enquanto a figura do pesquisador é valorizada, pois oferece todas as condições para favorecer essa liberdade e espontaneidade, enriquecendo a pesquisa (TRIVINÕS, 2012). Como vantagem da entrevista, Creswell (2007, p. 191) cita a possibilidade que o pesquisador tem de “controlar” a linha de raciocínio do questionamento, além de obter informações históricas do participante, e como limitação ressalta que sua presença pode influenciar as respostas.

De acordo com Graças (2000, p. 31), nessa modalidade de pesquisa, “o número de participantes fica condicionado à compreensão do fenômeno”, de forma que tendo realizado 14 entrevistas percebeu-se as repetições das falas e das experiências. A decisão em interromper a coleta de dados pautou-se no entendimento metodológico de que o objetivo geral definido para a pesquisa é muito restrito, objetivando responder a questões pontuais, além de ter sido observado uma homogeneidade das respostas dos participantes do estudo (FONTANELLA; RICA; TURATO, 2008). Contudo ainda realizou-se mais 5 entrevistas com o intuito de compensar uma entrevista na qual a transcrição foi parcial pela dificuldade de entender a dicção do participante e de outras duas em que as gravações não foram efetivadas, entretanto nesses casos foram utilizados os registros feitos no caderno de anotações, perfazendo um total de 19 entrevistas.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no período de julho a outubro de 2015, tiveram em média duração de 30 minutos e foram agendadas com antecedência, tendo os horários sido escolhidos de acordo com a disponibilidade dos participantes. Todas as entrevistas foram gravadas e registradas por escrito em um caderno de anotações.

O local para realização das entrevistas foi escolhido livremente pelos participantes, porém foram apresentadas como sugestão as dependências do Setor Odontológico da DSA/UFV, como forma de preservar a privacidade dos participantes em seus lares. Entretanto, a pedido dos participantes, três entrevistas aconteceram em suas residências e quatro no consultório particular da pesquisadora, pois foram realizadas no período de greve dos funcionários da UFV e coincidiu com a necessidade de tratamento odontológico das crianças. Cabe explicitar que, neste último caso, foram tomadas as devidas providências para que não houvesse ruídos ou outras pessoas no local que pudessem interferir.

A maioria, doze entrevistas, ocorreram no local em que os netos usualmente recebem o tratamento odontológico, o que permitiu que a pesquisadora apreendesse um nível de detalhes maior sobre os avós e estivesse altamente envolvida nas experiências reais dos participantes do estudo. À medida que ia terminando uma entrevista a pesquisadora voltava a ouvi-la e fazia algumas leituras simultâneas de mais de uma entrevista.

As entrevistas, transcritas com o auxílio de uma bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica e Tecnológica da Universidade Federal de Viçosa (PIBIC), totalizaram 215 páginas de dados e compuseram um rico, vasto e extenso conteúdo a ser analisado. Visando garantir o anonimato dos participantes, foram atribuídos às falas nomes fictícios, seguidos da idade verdadeira como código de identificação dos participantes.

Os dados coletados por meio das entrevistas permitiram o contato muito próximo entre a pesquisadora e os participantes do estudo, de modo que as risadas, os engasgos, os olhos cheios de lágrimas e as ênfases em algumas falas foram percebidos e contribuíram para a interpretação dos dados.

2.5 Questões éticas

Inicialmente, foi feito contato com a chefia da DSA/UFV, solicitando Autorização para a realização da pesquisa (Apêndice A), visando o uso dos prontuários odontológicos das crianças atendidas no Setor Odontológico, a fim de obter os contatos telefônicos dos avós, participantes do estudo, e para que a realização das entrevistas ocorresse dentro de suas dependências físicas.

Contudo, tendo em vista a natureza desta pesquisa, é importante destacar que antes de realizar qualquer procedimento metodológico, ela foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFV (Apêndice B), tendo sido aprovada no dia 6/5/2015, número do parecer: 1.057.640. Previamente à realização das entrevistas, foi apresentado aos participantes do estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), para fins de adesão espontânea à pesquisa e consentimento de todos os procedimentos da entrevista.

2.6 Análise de dados

A análise dos dados qualitativos foi realizada por meio do método de Análise de Conteúdo (AC), proposta por Laurence Bardin (2011). Entre as diversas técnicas de análise de conteúdo foi utilizada a Análise Categrorial Temática, por ser uma análise dos “significados” (BARDIN, 2011, p. 41). Segundo a autora, a AC é um conjunto de técnicas que, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, busca a descrição do conteúdo das mensagens emitidas no processo da comunicação, seja por meio de falas ou de textos que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não), permitindo a inferência de conhecimentos.

Seguindo o método da AC, a análise textual foi feita em três etapas: a) a pré-análise; b) a exploração do material; e c) o tratamento dos resultados, com inferência e interpretação. Como proposto por Bardin (2011, p. 126), durante a pré-análise, ou fase de organização dos dados, foi realizada a leitura “flutuante”, em que houve um contato direto e intenso com o material obtido em cada entrevista individual, o que permitiu constatar a existência de temática comum a todas as entrevistas.

Nesta etapa, análise de dados, o pesquisador identifica os temas ou as categorias e, finalmente, faz a interpretação ou tira conclusões sobre seu significado, tanto o pessoal quanto o significado teórico (CRESWELL, 2007, p. 186). Na análise de dados qualitativos, Creswell (2007, p. 187) ressalta que “não é possível evitar as interpretações pessoais”, pois o papel do pesquisador e o momento sociopolítico e histórico em que está inserido filtram os dados.

Richardson (2012, p. 243) enfatiza que o processo é lento, pois essa técnica exige do pesquisador tempo disponível no desenvolvimento do código até alcançar um nível aceitável de confiabilidade, enquanto Creswell (2007) ressalta que é um processo

contínuo na pesquisa qualitativa. Para Minayo (2010, p. 337), a compreensão aproximada da realidade é dada pelo limite da nossa capacidade de objetivação e tem a característica de ser provisória e aproximativa. Além disso, a autora sintetiza dizendo que “compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções”. Para alcançar a compreensão de algo, o pesquisador precisa olhar, em primeiro lugar, como as pessoas vivenciam esse algo e apreender a multiplicidade de estruturas no emaranhado da vida para depois apresentá-los.

Segundo Bardin (2011), a partir do momento que o pesquisador, por meio da AC, decide codificar o seu material, ele deve produzir um sistema de categorias. As categorias são “rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (...) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos” (BARDIN, 2011, p. 145). O critério de categorização das classes temáticas pode ser semântico, em que todos os temas que significam determinado elemento ficam agrupados sob determinado título conceitual. A categorização tem como primeiro objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados brutos para dados organizados, de modo que o pesquisador possa fazer inferências e produzir conhecimentos.

Destaca-se que a categorização realizada neste estudo segue a recomendação de Bardin (2011), sendo uma operação de classificação do material coletado mediante entrevistas, por caracterização dos temas encontrados nas falas, e o seu reagrupamento é feito de acordo com o assunto ao qual se referem.

As categorias selecionadas devem possuir as seguintes qualidades: *a exclusão mútua* (cada elemento não pode existir em mais de uma divisão); *a homogeneidade* (um único princípio de classificação deve governar a sua organização); *a pertinência* (a categoria deve estar adaptada ao material de análise escolhido e pertencer ao quadro teórico definido); *a objetividade e fidelidade* (princípios que o pesquisador deve seguir ao precisar os índices que determinam a entrada de um elemento numa categoria); e *a produtividade* (fornecer índices de inferências férteis) (BARDIN, 2011).

Na preparação do material para análise, as entrevistas foram integralmente transcritas, respeitando a forma de falar dos participantes do estudo, assim como hesitações, risos, silêncios e os estímulos da pesquisadora. O material de áudio foi arquivado em *pendrive*, para garantia da fidelidade das transcrições, e o caderno de anotações foi mantido para futuras consultas, tendo ambos sido consultados sempre que necessário.

Com base na explicação de Minayo (1994) de que os dados quantitativos e qualitativos não se opõem, se complementam e interagem, excluindo qualquer dicotomia, associou-se à Análise de Conteúdo Temática uma ferramenta de análise quantitativa, o *software* Alceste©¹.

Segundo Nascimento e Menandro (2006), enquanto a Análise de Conteúdo¹ identifica a pluralidade temática do material estudado e pondera a frequência desses temas, sejam palavras ou frases com significados mais próximos, o que viabiliza a formação de categorias, o *software* Alceste© realiza cálculos quantitativos sobre a coocorrências de palavras em segmentos de texto, de forma a organizar e sintetizar informações consideradas relevantes.

O *software* Análise de Dados Textuais foi criado na França, na década de 1970, por Max Reinert, e é intitulado ALCESTE© (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto). Apresenta-se como um programa computacional que considera a palavra como unidade, realiza a organização dos dados por meio de análises estatísticas e matemáticas, fazendo as divisões das unidades de contexto inicial (UCI) em unidades de contexto elementar (UCE) até a formação de classes, mostra as formas radicais e as palavras associadas com seus respectivos valores de qui-quadrado (χ^2), fornecendo o número de classes e as relações existentes entre elas, além do contexto semântico de cada classe (CAMARGO, 2005; ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006). Utiliza principalmente duas técnicas estatísticas: Classificação Hierárquica Descendente e a Análise Fatorial de Correspondência.

O Alceste© tem sido cada vez mais utilizado quando o material a ser analisado é volumoso, pois faz uma organização dos dados textuais dando ênfase aos “mundos lexicais” das palavras utilizadas pelos participantes do estudo e não objetiva o cálculo do sentido (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). Para Camargo (2005, p. 511), a análise quantitativa realizada pelo programa computacional “não deixa de considerar a qualidade do fenômeno estudado”.

Para o ótimo funcionamento do Alceste©, o programa toma como base um único arquivo, o *corpus*, constituído do material textual a ser analisado, sendo consideradas as Unidades de Contexto Inicial (UCI). Alguns pré-requisitos devem ser seguidos para a formatação do *corpus*: a) o conteúdo do material analisado deve se restringir a um tema, apresentando coerência entre si; b) o número total de vocábulos deve constituir no

¹ ALCESTE© (Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte). Todos os direitos reservados à © IMAGE 1986-2010.

mínimo de 10.000 palavras digitadas em formato no *Word for Windows 2000* e em espaçamento simples, contendo em torno de 1.000 linhas de 70 caracteres, totalizando 70.000 caracteres ou aproximadamente 20 páginas de texto; c) fazer a criação de uma pasta de análise no computador e salvar o *corpus* a ser analisado em um arquivo com quebra de linha, sem formatação, gerando um arquivo com extensão txt; e d) cada UCI deve ser acompanhada de uma linha de comando ou “linhas com asteriscos”, com as variáveis-atributos (sexo, idade, escolaridade, entre outras) escolhidas pelo pesquisador de acordo com os objetivos propostos no estudo (CAMARGO, 2005, p. 513; SARAIVA; COUTINHO; MIRANDA, 2011).

Embora seja o pesquisador que seleciona as unidades de contexto inicial (UCI), nem sempre é ele que controla a divisão do *corpus* em segmentos de texto, ou seja, é o programa que divide o *corpus* nas Unidades de Contexto Elementar (UCE). Elas são segmentos de texto, as frases das entrevistas, mais ou menos do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo programa, respeitando o tamanho do *corpus* e a pontuação. Camargo (2005, p. 513) argumenta que o pesquisador pode configurar a divisão das unidades de contexto elementar, entretanto ressalta que o programa “é sensível à estruturação do estímulo que produz o material textual”, sendo um motivo importante para invalidação das conclusões.

Após o início da análise, o programa realiza quatro etapas (A, B, C, D), cada uma contendo três operações, devendo ser ressaltado que a etapa D possui cinco operações. Com base em Camargo (2005), apresentam-se a seguir, de forma resumida, as etapas de análise mencionadas.

Na etapa A o *software* prepara o corpus, reconhece as UCIs, realiza uma fragmentação inicial do texto, agrupa a ocorrência de palavras às suas respectivas raízes e em seguida calcula a frequência dessas formas reduzidas. A etapa B é a do cálculo e utiliza-se do *qui-quadrado* de associação das formas reduzidas e das UCes às classes. Já na etapa C são fornecidos os resultados mais importantes, é possível descrever as classes obtidas e o programa apresenta o dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que ilustra a relação entre as classes. A etapa D nada mais é do que um prolongamento da etapa C, pois com base nas UCes escolhidas o programa calcula e fornece a UCes mais representativas de cada classe e apresenta a Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) para cada classe. Além disso, o *software* também fornece os resultados da análise de segmentos repetidos nas UCes e a exportação dessas UCes para outros programas informáticos.

Para o processo de sistematização dos dados coletados analisou-se em separado as falas de cada participante, localizou os assuntos, os quais foram nomeados de acordo com a temática a que se referia em seguida fez-se o registro das impressões iniciais do pesquisador com a posterior construção de categorias e subcategorias estabelecidas para a análise. A partir dessa etapa realizou-se a interpretação dos dados e os resultados foram apresentados em forma de descrições discursivas acompanhadas das falas dos participantes do estudo e discutidos de acordo com o referencial teórico proposto.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Descrição dos participantes

Participaram do estudo dezenove avós, sendo quatorze mulheres e cinco homens. A pesquisa, *a priori*, não objetivou a direção de gênero, uma vez que avós são homens e mulheres, no entanto sobressaiu o número de mulheres em relação ao de homens (Quadro 1).

Quadro 1 – Perfil demográfico e socioeconômico dos participantes do estudo

Características		Número	
Gênero	Feminino	14	
	Masculino	5	
Faixa etária	Abaixo dos 60 anos	11	
	Acima de 60 anos	8	
Situação conjugal	Casado (a)	15	
	Viúva (o)	3	
	Separada	1	
Composição domiciliar	Casal	5	
	Casal com filhos	2	
	Casal com netos	2	
	Casal com filhos e netos	5	
	Avó com filhos e neto	1	
	Casal com filho, neta e bisavó	1	
	Unipessoal	3	
Renda mensal (em salário mínimo) ^{1/}		Avó	Avô
	Acima de 1 até 3	3	-
	Acima de 3 até 5	1	1
	Acima de 5 até 7	3	4
	Sem renda mensal	7	-

Fonte: dados da pesquisa. Viçosa, MG, 2015.

^{1/} O valor vigente do salário mínimo no período de realização das entrevistas, de julho a outubro de 2015, era de R\$788,00.

O resultado acima corrobora com a literatura brasileira de que há predominância das mulheres na população idosa (CAMARANO, KANSO; MELLO, 2004; BRITTO DA MOTA, 2010b), e que o processo de feminização da velhice é uma tendência nacional (IBGE, 2015). Almeida et al. (2015) confirmaram essa ocorrência no município de Viçosa, MG, observando um número significativo de idosas octogenárias, viúvas, com estado de saúde relatado por elas como bom, de baixa renda e pouca escolaridade. Vale salientar que Dias e Silva (1999) já apontavam a preferência pelas mulheres nas pesquisas, por se destacarem no estabelecimento das relações familiares, por sua longevidade, além de se mostrarem mais disponíveis para participar dos estudos.

Quanto à faixa etária, constatou-se que as idades mínima e máxima foram, respectivamente, 49 e 74 anos, com um valor médio de 59 anos, tendo oito avós e três avôs com idade inferior a 60 anos, estes, segundo o Estatuto do Idoso não são considerados idosos (BRASIL, 2003). Com base em Dias e Silva (1999), esse resultado vem a confirmar a visão limitada da sociedade em associar a imagem dos avós às pessoas idosas. Britto da Motta (2010b, p. 438) considera esses cinquentões e cinquentonas como a geração intermediária ou “pivô”, que são os “filhos dos mais velhos, pais de adultos ou adolescentes, divididos entre cuidados e apoios aos pais idosos, mas também a filhos e/ou netos e bisnetos”, aqueles que assumem novas experiências em atividades e papéis superpostos.

Eles podem ser considerados como “avós precoces” (ARAÚJO; DIAS, 2010, p. 233), pois, de acordo com Britto da Motta (2010b), “estão sendo ressocializados em direção à naturalidade”, em que se observa uma crescente necessidade das mulheres de participarem do mercado de trabalho e dos homens de desempenharem atividades do lar antes consideradas de exclusividade da mulher.

Nos Estados Unidos a idade média da mulher tornar-se avó é de 49 anos e para o homem é de 52 anos, enquanto na Europa Oriental esse fato ocorre três anos mais cedo e na Europa Ocidental oito anos mais tarde (LEOPOL; SKOPEK, 2015). Esses resultados indicam que o papel dos avós é geralmente caracterizado por uma forte sobreposição, com o período de trabalho e pouca sobreposição com a fase da parentalidade ativa, sendo também mais fortemente influenciados pela taxa de fertilidade dos filhos do que pela expectativa de vida.

Quanto à situação conjugal, quinze dos participantes eram casados, sendo três avós viúvas e apenas uma avó separada. Esses dados reforçam as análises que Alves

(2007) faz sobre a relevância do vínculo conjugal e afirma que o casamento e os filhos são a garantia de atenção na posteridade. Camarano et al. (2004) argumentam que a variável situação conjugal é determinante para o tipo de composição familiar. Quanto à viuvez, Neri (2007, p. 56) ressalta que diante da tendência da feminização da velhice no Brasil “as mulheres têm maior probabilidade de ficarem viúvas”.

O que se observa hoje é que a composição das famílias é influenciada pelas mudanças sociais, demográficas e na legislação e tem recebido várias denominações, como arranjos familiares com parentesco, sem parentesco, arranjo unipessoal, famílias sem idosos/de idosos/com idosos (IBGE), coabitação ou coresidência (CAMARANO et al., 2004), família multigeracional (BRITTO DA MOTTA, 2010b), entre outras.

Neste estudo destacam-se cinco famílias com a composição do tipo casal e outras cinco de casal com filhos e netos, seguidos de três avós que moram sozinhas, dois casais com filhos, dois casais com netos, uma avó sem cônjuge com filha e neto e um casal com filho, neta e bisavó. Os números apresentados reforçam os resultados da PNAD 2004/2013, que mostram que a consanguinidade é o eixo principal de composição das famílias brasileiras, representado pelo fato de que 86,2% dos arranjos eram compostos por pessoas com parentesco (IBGE, 2014). Os dados fortalecem a ideia de que as novas configurações familiares são marcadas por lares multigeracionais (BRITTO DA MOTTA, 2010b), onde foi constatada a presença de oito famílias compostas de três gerações residindo juntas, e até a quarta geração em uma das famílias.

Cabe destacar que uma das avós participantes, de 49 anos, relatou ter a guarda judicial de duas netas há cerca de três anos e que no processo judicial não houve conflito com os pais das crianças. Apesar de esse fato não ser objeto de estudo para esta pesquisa, vale ressaltar que a literatura mais recente reporta os crescentes casos de avós como requerentes da guarda judicial dos netos e os consequentes conflitos que envolvem tempo e dinheiro (OSTERNE, 2001; VITALE, 2005; CARDOSO; COSTA, 2012), o que se configura em disputa com seus filhos.

Entre as avós que moravam sozinhas, destacou-se a que apresentou a maior idade do grupo, 74 anos, o que significa uma velhice bem-sucedida, ativa e sem patologias (NERI, 2007). Já na grande maioria dos países europeus e nos Estados Unidos, Leopol e Skopek (2015) constataram que a fase do ninho vazio começou após o período que os idosos tornaram-se avós.

Em relação à distância da residência dos avós à moradia dos netos, do total, nove participantes relataram que os netos moravam na mesma residência, outros três

disseram que a moradia dos netos era perto de suas casas, em ruas ou bairros da mesma cidade. Outros quatro participantes declararam que os netos moravam próximo, sendo as residências das crianças abaixo ou acima de suas casas. Três participantes tinham netos que moravam perto e também em outras cidades vizinhas, porém com contato muito frequente.

No estudo de Schmidt (2007) sobre o convívio intergeracional entre avô e neto, constatou-se que o convívio constante entre eles é um fator importante para haver reciprocidade, ou seja, para o cuidado e a ajuda mútua entre as gerações no contexto familiar. Esse é um dado relevante, uma vez que a família é a fonte de apoio informal, o que indica que a periodicidade de contato com os netos é maior e potencializada pela proximidade da residência dos avós à dos netos.

Quanto ao resultado apresentado no Quadro 1 sobre a renda dos participantes do estudo, vale ressaltar que todos os cinco avôs apresentavam vínculo com a UFV, sendo três deles ainda servidores ativos, enquanto os outros dois já eram aposentados. Entre as mulheres, apenas duas foram servidoras da Instituição e já estavam aposentadas. Outras cinco avós tinham renda própria, além de serem dependentes de servidores da UFV. Sete avós apresentavam vínculo com a UFV, como dependentes de seus cônjuges, sem renda formal.

As sete avós que declararam não ter renda própria disseram ser donas de casa, e destas três dependiam exclusivamente da renda do marido, enquanto duas ainda contavam com a ajuda dos filhos e as outras duas dependiam da pensão que recebia do marido. Ainda citaram que faziam artesanato e vendas em domicílio para ajudá-las nas despesas extras que gostavam de arcar. Britto da Motta (2010b) considera essas mulheres como a geração intermediária ou pivô, que foram criadas e educadas para o exercício dos papéis tradicionais, sobretudo de gênero – os homens, como provedores e as mulheres para serem essencialmente cuidadoras.

O evento aposentadoria para esse grupo não foi relevante, apenas dois avôs e quatro avós estavam aposentados. Esse dado pode ser bem explicado pela média de idade dos participantes de apenas 59 anos, idade pouco provável para obter esse benefício tanto para os homens como para as mulheres. A partir dos dados da pesquisa Idosos no Brasil, a aposentadoria atinge 64% dos idosos, sendo bastante diferenciada por gênero: 80% dos homens e 52% das mulheres. Outro dado complementar é que os homens apresentam mais dificuldades de adaptação à rotina de aposentado (NERI, 2007, p. 105), além de ter a tendência de continuar com os atributos que lhes são

impostos socialmente do que buscar novas atribuições (FERNANDES; GARCIA, 2010).

Em relação ao nível de instrução dos avós pesquisados (Quadro 2), os resultados são apresentados de acordo com as respostas dos participantes, respeitando o entendimento que tinham sobre até que período estudaram, tentando adequá-las à classificação oficial dos graus de escolaridade atuais no Brasil, segundo o IBGE. Do total de dezenove entrevistados, dois disseram ter o curso superior completo, quatro tinham o ensino médio completo, um estudou até a 8^a série, sete relataram ter estudado até o 4^o ano primário e cinco tinham o curso primário incompleto. Os dados encontrados reforçam a estatística dos resultados que Britto da Motta (2010b) também encontrou em décadas de estudo, de que o nível de instrução entre os idosos é relativamente baixo, principalmente entre as mulheres.

Quadro 2 – Nível de instrução dos participantes do estudo

Nível de Instrução	Mulher	Homem
Fundamental incompleto	10	2
Fundamental completo	1	-
Médio completo	2	2
Superior completo	1	1

Fonte: dados da pesquisa. Viçosa, MG, 2015.

Vale ressaltar que os homens, apesar de serem em menor número, apresentam melhor nível de instrução, fato que pode ser bem explicado pelo incentivo que os funcionários do serviço público federal obtiveram nos últimos anos quanto à qualificação, com conseqüente melhoria salarial. O único avô que declarou ter curso superior admitiu que obteve o diploma de graduação há menos de dois anos e foi motivado pela possibilidade de uma aposentadoria melhor no futuro.

Os avós participantes do estudo apresentaram uma média de 2,73 netos com idade menor de 12 anos, desse total, nove avós cuidam de apenas uma criança. Uma pequena parcela, seis avós, cuidam de dois netos; uma avó se destaca por ter cinco netos menores de 12 anos, ajudando a cuidar de quatro deles; e outro avô tem sete netos com idade inferior a 12 anos, no entanto ajuda a cuidar de apenas dois, conforme o Quadro 3. Alguns desses avós entrevistados também têm outros netos maiores de 12 anos, que não foram objeto de estudo, no entanto relataram experiências anteriores de cuidado com eles.

Sobre o tempo de dedicação dos avós ao cuidado dos netos, nove avós relataram que cuidam integralmente das crianças, pois moram com elas, enquanto outros quatro avós cuidam diariamente dos netos como apoio aos filhos que trabalham fora, três avós admitiram que oferecem ajuda somente uma parte do dia, enquanto outras três avós prestam uma ajuda esporádica, apenas quando solicitadas (Quadro3). Entre essas últimas, uma delas ainda trabalha fora, outra disse que mora mais longe, porém os pais das crianças se organizaram de tal forma que sua ajuda é pequena e a terceira admitiu que já cuidou mais dos netos, no entanto está com 74 anos, o que justifica sua pouca ajuda.

Quadro 3 – Número de netos dos participantes do estudo

Participantes	Idade	No de netos menores de 12 anos	No de netos cuidados pelos avós	Tempo de dedicação aos netos
D. Elza	63	3	-	Esporádica
D. Maria	55	5	4	Diária
D. Luzia	55	2	1	Integral
Sr. Juarez	57	7	2	Algumas atividades diárias
D. Ana	60	4		Esporádica
D. Lúcia	58	2	1	Algumas atividades diárias
D. Helena	53	2	2	Diária
D. Irene	69	6	2	Diária
D. Márcia	66	2	1	Diária
D. Rute	64	2	2	Integral
D. Luci	49	2	2	Integral
D. Leila	57	2	2	Integral
D. Vera	52	1	1	Algumas atividades diárias
D. Leda	74	2		Esporádica
Sr. João	54	2	1	Integral
D. Rosa	55	1	1	Integral
Sr. Jairo	59	1	1	Integral
Sr. Juca	65	1	1	Integral
Sr. Jorge	66	5	1	Integral

Fonte: dados da pesquisa. Viçosa, MG, 2015.

Avós cariocas, pesquisadas por Cardoso (2011, p.164), classificam o ato de cuidar dos netos como uma “ajuda” que oferecem aos filhos por considerarem que eles trabalham muito e ficam ausentes, entretanto informaram que cuidar dos netos não fazia parte dos seus planos e não estão satisfeitas com essa atribuição. A autora também constatou que aquelas avós que conseguiram limitar o tempo de cuidado das crianças

disseram que se ficassem mais com os netos poderiam surgir estresses na relação com eles ou com seus pais. Já aquelas que admitiram que “criam os netos” asseguraram que é uma atribuição que vai além do cuidar, pois assumem todas as responsabilidades inclusive a educação (CARDOSO, 2011, p. 168).

Em relação ao gênero das crianças, houve certa equivalência entre o número de meninas e o de meninos, e a idade foi muito variada, incluindo desde bebês até o limite dos 12 anos de idade. Outro dado interessante foi o de uma avó com idade de 60 anos que já tem dois bisnetos, mas raramente tem contato com eles.

Dos cinco avós pesquisados, todos oferecem cuidado aos netos maternos, sete avós participam do cuidado dos netos maternos, quatro dos netos paternos e três participantes auxiliam tanto os netos maternos quanto os paternos. Lins de Barros (1987) afirma que os avós maternos são a referência social no cuidado dos netos.

A pesquisadora, em suas anotações, classificou todos os participantes como de cor branca e residentes em área urbana. Esse último dado pode ser bem explicado pelos dados oficiais de que a taxa de urbanização, medida pela proporção de pessoas que viviam em áreas urbanas, foi de 85,1% para o Brasil, em 2014 (IBGE, 2015b).

O grupo estudado constituiu-se de maioria mulheres, metade delas não tem renda formal e é dependente de seus cônjuges; apresenta uma diversificada composição familiar, destacando-se o casal residindo com os netos; presta cuidado aos netos da linhagem materna; e tem em média 59 anos de idade. O evento aposentadoria não foi relevante. Sobressai o baixo nível de escolaridade das mulheres, com melhor índice de instrução para os homens, o que pode ser explicado pelo incentivo à qualificação promovido pela empregadora UFV.

3.2 Os avós e o cuidado dos netos

3.2.1 Análise de conteúdo

Na Análise de conteúdo foram identificadas duas categorias principais: a primeira, denominada Vivências, que engloba as experiências passadas, com destaque para o não cuidado na infância e o cotidiano dos avós que abarca as práticas de cuidado à saúde bucal oferecidas aos netos, suas implicações e o costume de oferecer

guloseimas; e a segunda categoria, designada de Crenças e Valores em relação à saúde bucal, na qual incluem as demonstrações daquilo que eles acreditam e valorizam. Para melhor compreensão da construção das categorias de análise, são apresentadas as Figuras 1 e 2.

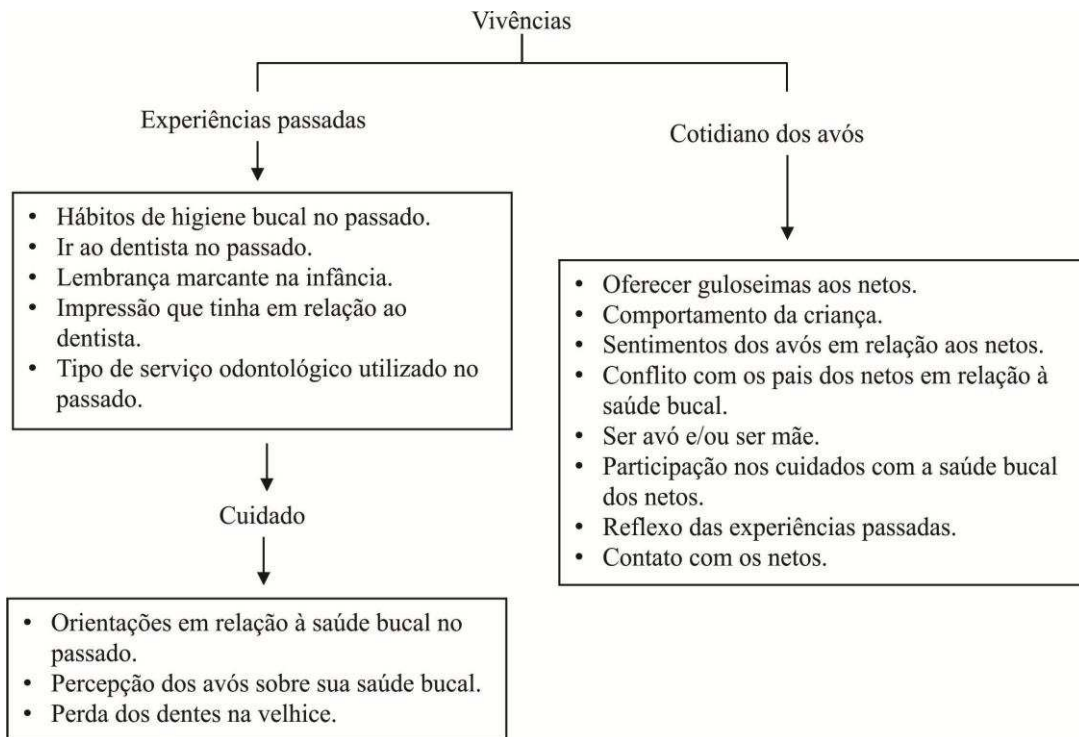


Figura 1 – O resgate de vivências do passado, o não cuidado com a saúde bucal na infância e a vivência cotidiana com os netos.

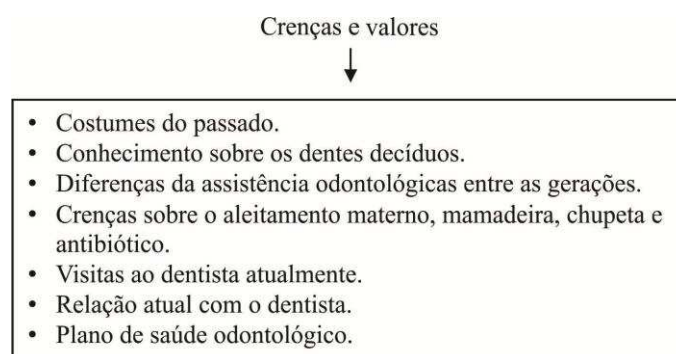


Figura 2 – Os significados, os valores e as crenças expressos pelos avós em relação à saúde bucal a partir de suas vivências.

3.2.2 Análise textual do programa computacional Alceste©

No processamento, o *corpus* da presente pesquisa foi constituído de 16 unidades de contexto iniciais (UCI), totalizando 33 ocorrências, sendo 1.808 palavras diferentes, tendo em média de 18.46 ocorrências por palavra. Para a análise que se surgiu, foram consideradas as palavras com frequência igual ou superior à média e com $\chi^2 \geq 3,84$. Após a redução dos vocábulos às suas raízes, foram encontradas 332 palavras reduzidas e analisáveis, com um total de 253 unidades de contexto elementar (UCE). A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) reteve 81% do total das UCE do *corpus*, distribuídas em quatro classes, formadas por no mínimo de 16 UCE.

O Dendograma (Figura 3) representa a distribuição das quatro classes do *corpus* analisado, que sofreu duas partições a partir do processamento do programa computacional, por meio da Análise Hierárquica Descendente. Houve a primeira partição do *corpus* em dois *subcorpus*, ficando de um lado a Classe 1 e do outro as Classes 2, 3 e 4. Num segundo momento, o primeiro *subcorpus* foi dividido em dois e houve a segunda partição, originando de um lado as Classes 3 e 4 e de outro a 2. No terceiro momento, o segundo *subcorpus* foi dividido em dois e ocorreu a terceira partição, de um lado a Classe 3 e de outro, a Classe 4.

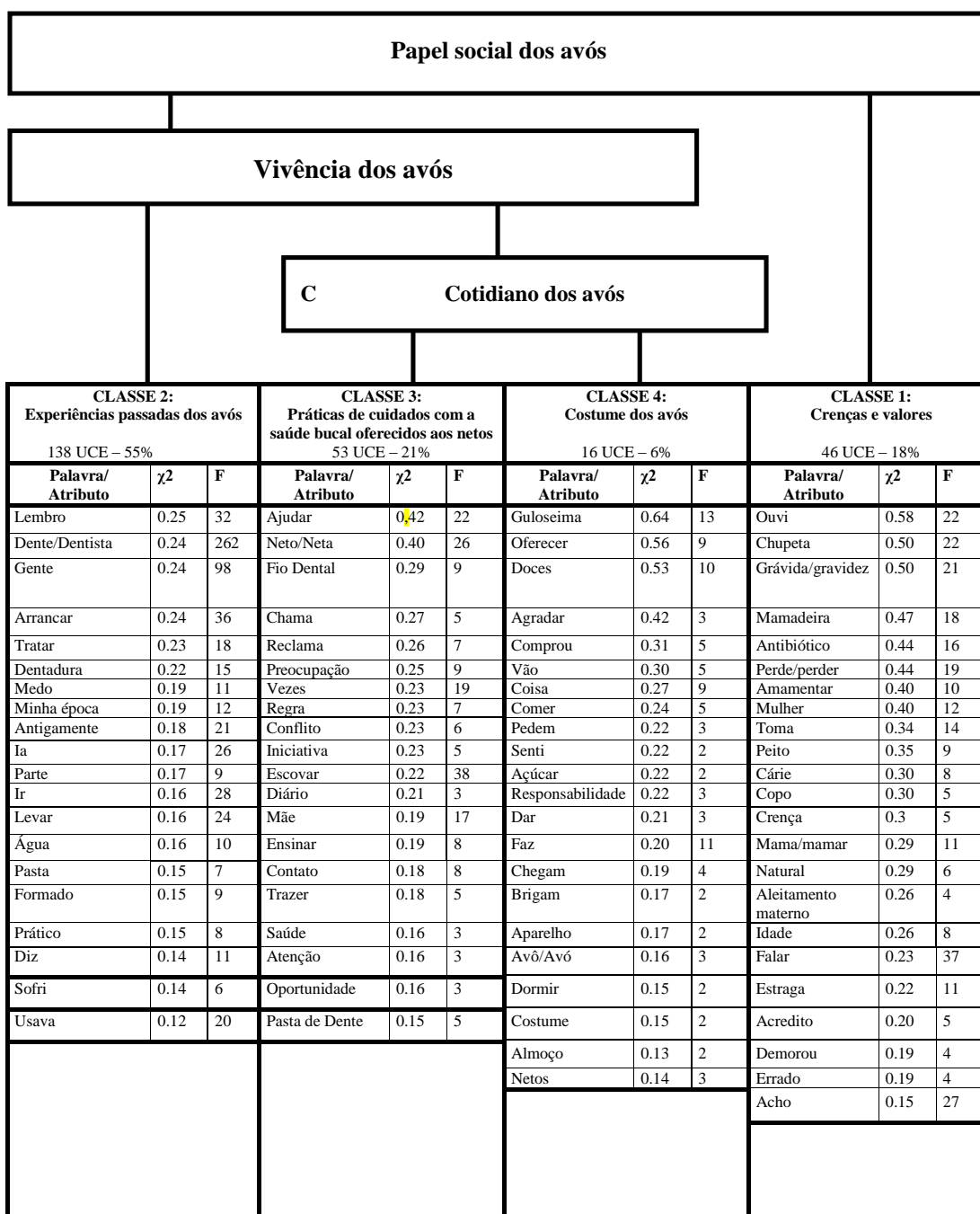


Figura 3 – Classificação Hierárquica Descendente das Entrevistas

No dendograma observa-se o título dado a cada classe, seguido pelo número de UCE que a compõe, a descrição da classe, bem como as variáveis descritivas e as palavras de maior associação com a classe, levando-se em consideração o coeficiente obtido no teste de associação χ^2 . Ao analisarmos o conceito semântico das formas reduzidas, agrupadas nas Classes 1, 2, 3 e 4, foi possível interpretar cada uma, nomeando-as para fins do estudo, como Classe 1, as Crenças; Classe 2, as Experiências

Passadas; Classe 3, as Práticas de cuidado à saúde bucal e a Classe 4, o Costume dos avós.

A Classe 1 surge em oposição às demais por salientar aspectos diretamente relacionados às crenças dos avós. A Classe 3 refere-se às práticas de cuidado à saúde oferecidas pelos avós aos netos. E a Classe 4 abarca os costumes dos avós, que se associam por apresentar dados sobre as atitudes cotidianas dos avós em relação à saúde bucal dos netos. A Classe 2, maior dentre o *corpus*, apresenta um contexto das experiências passadas dos avós em relação à saúde bucal. As Classes 2, 3 e 4 se interligam, convergindo para expressarem as vivências dos avós, e essas, ao se unirem às crenças e aos valores dos avós, apresentam um panorama do papel desempenhado pelos avós. A seguir estão as descrições das Classes e as respectivas interpretações.

A Classe 1, denominada “Crenças”, envolveu 46 UCEs, com 47 palavras, significando 18% do *corpus*. As palavras que contribuíram para a discussão dessa classe foram “Ouvi”, “Falar”, “Chupeta”, “Grávida/Gravidez”, “Mamadeira”, “Acho”, “Antibiótico”, “Cárie”. Em seguida foram listados os recortes de algumas UCEs que constituíram essa classe, em que os avós expõem aquilo que eles já ouviram falar ou não em relação às crenças populares que permeiam o cotidiano e que apresentam estreita relação com a saúde bucal infantil:

uce n° 104 Phi = 0,09 uci n° 6 : *et_07 *id_01 *sx_01 *ap_02 *es_01
*nt_5

(já) (ouvi) (falar) e (eu) (acredito) posso (até) está (errada) (mas/) (já)
(ouvi) (falar) (sim) se(tomar) (muito) (antibiótico) (estraga) os dentes.

uce n° 257 Phi = 0,09 uci n° 13 : *et_16 *id_01 *sx_01 *ap_02 *es_01
*nt_4

(tempo) no (copo) ele (não) (pegou) (mamadeira) se fosse (olhar) ele
queria (amamentar) (mais) (ainda) no (peito). (eu) (acho) que (não) e
(natural) com a (idade) (perder) os dentes.

A Classe 2, nomeada “Experiências Passadas”, envolveu o maior número de UCE, totalizando 138, com 73 palavras, que correspondem a 55% do *corpus*. As palavras que se destacaram nessa classe foram “Lembro”, “Dente/Dentista”, “Arrancar”, “Tratamento”, “Dentadura”, “Medo”, “Minha Época”, “Antigamente”. Por ser a maior, destaca-se que as variáveis-atributos que mais contribuíram para essa classe foram os avôs e os considerados idosos, acima de 60 anos. As UCEs a seguir exemplificam as experiências passadas dos avós entrevistados em relação à saúde bucal.

uce n° 264 Phi = 0,07 uci n° 14 : *et_17 *id_01 *sx_02 *ap_01 *es_03
*nt_4 *K_2

eu desmaiei muito (sofrimento) (quando) eu extrai eu (lembro) que eu (coloquei) compressa de (água) quente (ao) redor (do) (rosto) (quando) (inchava) e vazou eu (estava) fazendo (uma) prova de quarto_ano_primário.

uce n° 154 Phi = 0,07 uci n° 8 : *et_10 *id_02 *sx_01 *ap_01 *es_01
*nt_5 *K_2

(antigamente) (dentista) não (conversava/) não (explicava) nada se (tivesse) que (morrer) eu (morria) então é muita (diferença) (era/) (dentista) como (diz) (prático) e só sabia (arrancar) os (dentes) da (gente) (hoje) tem mais/ informação nem se compara.

A Classe 3, intitulada “Práticas”, envolveu 53 UCEs, com 50 palavras, equivalentes a 6% do *corpus*. As falas das P1 e P13 foram mais identificadas nas UCEs dessa classe, sendo uma delas já aposentada e a outra não. As palavras que contribuíram para a discussão foram “Ajudar”, “Neto”, “Fio Dental”, “Reclamam”, “Preocupação”, “Escovar”, “Mãe”, “Às”, “Vezes”. Em seguida, aparecem as UCEs representativas dessa classe, as quais revelam a maneira como os avós ajudam os netos nas práticas de cuidado à saúde bucal.

uce n° 8 Phi = 0,08 uci n° 1 : *et_01 *id_02 *sx_01 *ap_01 *es_04
*nt_6 *K_4

(às) (vezes) eu (ajudo) com o (fio_dental) mas (escovar) elas/ (escovam) muito (bem) converso com elas sobre (os) dentes sempre eu (acabo) (ensinando/) mais detalhes sobre (como) (cuidar) (bem).

uce n° 201 Phi = 0,07 uci n° 10 : *et_13 *id_01 *sx_01 *ap_02 *es_01
*nt_4

não (tem/) (conflito) com (os) (pais) e nem com o (neto) a (ponto) (dele) (reclamar) (olha) (ele) (tem) (hora/) (que) (às) (vezes) (você) (chama) (para) (escovar) o dente (ele) (fica) fazendo (hora) isso e coisa/ de (criança) mesmo-que faz (aquela) (hora) e coisa de (criança) (mesmo).

A Classe 4, denominada “Costume dos avós”, envolveu 16 UCEs, com 51 palavras, equivalentes a 6% do *corpus*. As palavras que trazem ligação para a discussão foram “Guloseima”, “Oferecer”, “Doce”, “Agradar”, “Comprar” e “Comer”, “Faz”. Os recortes a seguir exemplificam essa classe:

uce n° 300 Phi = 0,11 uci n° 16 : *et_19 *id_02 *sx_02 *ap_01 *es_01
*nt_7

(compro) um (doce) (coloco) lá minha (esposa) (foi) lá um dia (desse) que eu (tenho) dois/ potes (pequeninho) (ela) (foi) lá (e) (compro)

(meio) quilo (de) (guloseimas) (e) botou (num/) vidro (em cima) da mesa (todo) dia os netos (chegam) lá (e) pega (duas) três (guloseimass/).

uce n° 54 Phi = 0,11 uci n° 4 : *et_05 *id_02 *sx_01 *ap_02 *es_01 *nt_9

não (tenho) que (oferecer) (guloseimas) (elas) já (chegam) (mascando) (sempre) (chega) (inclusive) eu falo para (ela) os médicos (estão) pedindo para não (dar) esses (negócios) mas (elas) (gostam) (de) (doce) demais quando vejo que não tem limite para os (doces) aviso por/.

Também na análise textual realizada com o *software* Alceste©, houve confirmação dessas categorias. O programa Alceste© possibilitou a análise de um volume considerável de dados textuais das entrevistas, com o único intuito de dar validade e rigor ao procedimento e aos resultados. É válido ressaltar que ao comparar os resultados da Análise de Conteúdo com os obtidos pelo programa computacional Alceste©, constata-se que ambos se complementaram, oferecendo melhor entendimento do material coletado, visto que as categorias preestabelecidas pela AC foram identificadas na análise realizada pelo *software* Alceste©.

Segue-se a descrição das categorias, trazendo recortes das falas dos avós, sua interpretação e a discussão de acordo com o referencial teórico.

3.3 Vivências dos avós quanto aos cuidados com a saúde bucal

3.3.1 Experiências passadas

A partir das falas dos participantes emergiram vários fatores interligados que compõem as vivências do passado, aqui agrupados na categoria “Experiências passadas”, na qual constam os relatos da infância sobre as atitudes, as práticas, as lembranças marcantes e as orientações vivenciadas em relação à saúde bucal e ao tipo de serviço odontológico utilizado e de assistência odontológica recebida, com destaque para o medo odontológico.

Englobando esses aspectos emergiu uma subcategoria, o cuidado, que esteve sempre presente quando os participantes se expressaram em relação à sua saúde bucal e às perdas dentárias.

Partindo-se do princípio de que no senso comum a saúde bucal é vista como o cuidado dos dentes e baseando-se em Bronfenbrenner (1996, p. 19), de que as experiências relatadas são aquelas que apresentam “significado para a pessoa numa dada situação”, a pergunta *como cuidava dos dentes na infância* foi o ponto de partida para que os avós pudessem narrar suas experiências passadas relacionadas à saúde bucal.

O mesmo autor, valendo-se dos conceitos de Lewin, contribui para melhor entender como se enquadra também o contexto ambiental dentro da vivência dos participantes do estudo.

O meio ambiente de maior relevância para o entendimento científico do comportamento e desenvolvimento não é a realidade conforme ela existe, mas conforme ela aparece na mente da pessoa – ela se centra na maneira pela qual o meio ambiente é percebido pelos seres humanos que interagem dentro dele e com ele (BRONFENBRENNER, 1996, p. 19).

Os relatos dos avós entrevistados em alguns momentos foram engraçados, entretanto, em outros, carregados de sentimento de tristeza e até mesmo de pavor diante do fato de terem sentido muita dor.

Entre os vários aspectos abordados sobre o passado, alguns participantes mencionaram o fato de terem tido que trabalhar muito na infância como um dos motivos de justificativa da ausência de cuidados com os dentes. Logo no início da conversa, D. Vera (52 anos) foi dizendo que começou a trabalhar muito cedo, pegava pesado no trabalho na roça e já com 12 anos foi trabalhar na casa de outra família, que a orientou e só a partir dessa época começou a cuidar de sua saúde bucal. Outra participante falou como a infância era diferente: *tinha que trabalhar pra ajudar em casa* (D. Luzia, 55 anos), enquanto Sr. João (54 anos) disse que não teve infância e precisou trabalhar desde cedo, *no pesado, num ter tido amor*; nesse momento expressou um sentimento de tristeza e chegou a chorar.

Bronfenbrenner (2012, p. 45) explica que a coexistência de “forças subjetivas positivas e negativas envolvendo o passado”, como os sentimentos ambíguos de orgulho por começar a trabalhar cedo e de tristeza relatados pelos participantes, pode contribuir para o desenvolvimento humano no futuro. Éclea Bosi (1994), em seu livro *Memórias Sobre Velhos*, registra que o trabalho traz dignidade pessoal e cita que dos oito velhos entrevistados cinco precisaram trabalhar desde a infância para ganhar a vida.

Sr. Jair (59 anos) explicou bem como as coisas foram se modificando ao longo dos tempos: *de primeiro só pensava em trabalhar... hoje não, hoje cê preocupa com filho, com neto, estudar né, cuidar da saúde*. O contexto político brasileiro da época em que os participantes do estudo viveram a infância, décadas de 1950 e 60, foi marcado por um interesse no desenvolvimento econômico, sem incentivo ao desenvolvimento social (COTTA, 2013), portanto, as famílias precisavam da força da mão de obra de seus filhos, mesmo que fossem crianças.

Nos relatos ficou evidente que nesse período não era costume atribuir importância à higiene bucal, alguns nem se lembravam de ter escova de dente e nem de receber orientações quanto à saúde bucal. O recorte de algumas falas retrata bem a situação dessa época de falta de orientações e até mesmo de recursos materiais para a realização da higiene bucal: *pois às vezes a gente tinha uma escovinha lá, sumia, se tava lá não ligava*. (D. Márcia, 66 anos), *mandavam passar bicarbonato, mas com o dedo, não dava escova pra gente não*. (D. Lúcia, 58 anos). Já D. Helena (53 anos) considerou que na infância, escovar os dentes, ter escova e creme dental era *muito difícil*, e D. Luzia (55 anos) disse: *Eu conheci escova eu tava mocinha*. D. Rosa (55 anos) e Sr. Juca (65 anos) também não se lembravam de ter escova de dente e muito menos creme dental.

Mesmo com o elevado avanço tecnológico das técnicas e dos procedimentos odontológicos, Dean e Hughes (2011) ressaltam que a relevância dos cuidados básicos de higiene bucal realizados no cotidiano domiciliar e o enfoque principal sempre serão em relação ao controle das duas doenças bucais mais prevalentes: a doença cárie e a doença periodontal. A limpeza da boca inclui os métodos mecânicos de controle da placa como a escovação dos dentes e o uso do fio dental, assim como os coadjuvantes, dentre os quais se destacam os dentifrícios, os enxaguatórios bucais com e sem flúor, as espátulas para limpeza da língua, entre outros.

Sobre os tipos de produtos de higiene bucal utilizados pela família no passado, D. Maria (55 anos), quando disse: *o que era dos pais era da gente, não tinha essa diferença*, foi possível verificar a intenção de realçar que o creme dental era o mesmo para toda família, o que agora é muito diferente. Dean e Hughes (2011) citam que tem sido cada vez mais comum a divulgação pelos veículos de comunicação de propagandas dos produtos indicados para a manutenção da saúde bucal em casa. Existem no mercado diferentes produtos de higiene bucal para os adultos e os específicos para as crianças.

Com essas novas alternativas a família empenha-se em obter o que considera ser melhor para a higiene bucal de suas crianças.

Constatou-se nas falas dos avós uma variedade de métodos alternativos para a higiene bucal utilizados na infância. O hábito de usar o bicarbonato foi muito citado pelos participantes do estudo. Entre risos, D. Helena (53 anos) lembrou-se desse costume e até mesmo do uso do carvão para limpar os dentes e admitiu *até já fiz isso*, enquanto D. Márcia (66 anos) recordou que quando criança ouvia falar muito da cinza para limpeza dos dentes, entretanto falou: *não cheguei a usar cinza*, porém usava o bicarbonato e o sal com frequência. D. Rute (64 anos) explicou que na época da infância *não era pasta* que se utilizava para a higiene bucal, que o hábito era usar o carvão, e contou que a mãe é que ensinava a passar, sendo enfática ao dizer que os dentes ficavam *bonito mesmo*.

Vale ressaltar que as orientações recebidas da mãe eram de acordo com o costume da época, provavelmente com o conhecimento e com os recursos de que dispunham:

Carvão também (risos), é minha mãe falava assim: “Aqui ó CEIS tem que passar um pouquinho de carvão”, pegava lá no fogão de lenha, né? (risos)... E nós pegava, aí ela passava, ensinava a gente a passar, mas aqui os dentes da gente ficava bonito mesmo...” (D. Rute, 64 anos).

Verifica-se que prevaleceu o fato de que no passado os pais não orientavam e nem ensinavam. Nesse caso específico, mesmo com o uso de produtos inadequados para a saúde bucal, destaca-se o fato de a mãe ensinar, ajudar a fazer, e ficou implícito a necessidade da higiene. Para Bronfenbrenner (2012, p. 46), a forma, o poder, o conteúdo e a direção da interação entre mãe e filho produzem o desenvolvimento humano, pois “gera a capacidade, a motivação, o conhecimento e a habilidade para exercer essas atividades com outras pessoas e consigo mesmo”. Rauen (2006) afirma que os hábitos de higiene e a condição bucal parecem ser influenciados pelo contexto familiar. Nesse sentido, Dean e Hughes (2011), assim como Abegg (2004), advogam a importância de a criança ser supervisionada durante as práticas de higiene bucal, o que será benéfico para a sua saúde bucal durante a infância e, conseqüentemente, para a vida adulta.

Além desse ambiente familiar em que viviam, marcado pela falta de conhecimento, orientação e precariedade de recursos materiais para a higiene bucal, cabe apresentar o tipo de serviço de saúde bucal que essas pessoas tiveram na infância.

Os que moravam na zona rural, como D. Rosa (55 anos), contaram que vinham à cidade de Viçosa (MG) para terem acesso ao serviço de saúde bucal, muitos citaram os serviços oferecidos pelo FUNRURAL ou da UFV, além do Posto de Saúde Municipal, embora alguns nem lembrassem qual o tipo de serviço utilizado. Quanto ao atendimento no Posto de Saúde Municipal, D. Leda (74 anos) o definiu da seguinte forma: *tinha vez que marcava rapidinho, tinha vez que demorava*. O relato de D. Luci (49 anos) exemplifica bem a situação:

Pra pagar não tinha jeito mesmo, então quando eles trouxeram a gente no dentista era no FUNRURAL, no serviço público, a gente como morava na roça tinha que sair de casa cedo, tipo assim duas e meia, três horas da manhã pra poder vir pra cidade a pé, pra poder conseguir ficha.

Segundo Vieira (2012), a constituição do FUNRURAL tinha como objetivo oferecer ao homem do campo condições de igualdade às do trabalhador urbano. Para o acesso aos benefícios ele deveria pertencer à categoria de segurado rural, entretanto a autora cita estudos que demonstram que a assistência odontológica praticada pelo órgão não produziu resultados efetivos em relação à saúde bucal para o trabalhador rural e seus dependentes. Constata-se no presente estudo que diante da dificuldade para custear o tratamento odontológico e devido ao fato de que na época da infância e adolescência muitos dos avós moravam na zona rural, a única forma de assistência odontológica oferecida a eles era através do FUNRURAL.

Mesmo nos dias atuais, diante da ausência do Estado em prover os serviços de saúde bucal em condições adequadas, Botazzo (2013, p. 51) acrescenta que o modelo de prática odontológica vigente no Brasil caracteriza-se por dar ênfase ao biológico e ao curativo, ter baixa cobertura, fazer uso de tecnologia sofisticada em procedimentos básicos, apresentar ineficiência e ineficácia, ser iatrogênico e mutilador e ter pouco ou nenhum impacto, além dos altos custos, o que ainda gera muitas reclamações e grande demanda.

A relação entre o tipo de serviço de saúde bucal utilizado na infância e a situação financeira dos pais foi frequentemente citada. D. Helena (53 anos) relatou a dificuldade

para fazer um tratamento odontológico: *muito difícil, né? Dentista naquele tempo era uma coisa muito difícil*. Quanto à assistência odontológica privada, apenas uma avó disse que se lembrava do pagamento à prestação referente ao tratamento odontológico recebido.

Os resultados do estudo de Catani, Cypriano e Sousa (2010) demonstram a forte influência dos fatores socioeconômicos na determinação da doença cárie, pois revelaram associação estatística significativa a pais que não possuíam carro e tinham renda familiar inferior a R\$500,00. E quanto ao maior uso dos serviços de saúde, Gomes et al. (2014) encontraram estreita relação com as pessoas que apresentam melhor nível de escolaridade e satisfatória percepção da sua saúde bucal. O contrário também foi constatado: pessoas com menor renda e escolaridade, residentes em regiões pobres, utilizam menos o serviço de saúde.

Comparando a vivência de anos atrás relatada pelos avós participantes do estudo com a literatura consultada em 2015, constata-se que ainda persiste a desigualdade social no Brasil, com efeitos devastadores em vários aspectos da vida humana, sendo bem visível em relação à condição da saúde bucal.

Como consequência ao tipo de serviço de saúde bucal utilizado no passado, seguem os relatos dos participantes, com suas vivências e experiências, que caracterizam bem a assistência odontológica recebida na infância.

Os participantes do estudo foram unânimes em afirmar que era comum o costume de ir ao dentista apenas quando tinha dor de dente, o que comprova as afirmações de Ferreira et al. (2006) de que desde o passado os serviços públicos de saúde se estruturam com práticas essencialmente curativas. Apenas D. Luci (49 anos) disse que chegou a ir ao dentista sem dor de dente, porém o dente já estava cariado. A seguir destacam-se algumas falas que retratam bem esse quadro.

Não ia constantemente, a gente só ia no dentista quando doía (D. Elza, 63 anos).

Eu fui só na hora que o bicho pegava. Num tinha aquele cuidado, aí quando chegava a ir no dentista o trem já tava feio... aí queria alívio, né? O alívio era extrair o dente (D. Ana, 60 anos).

Dentista... dente doía ia lá e rancava tudo e pronto, minha fia... (D. Rosa, 55 anos).

Os participantes do estudo apresentaram um panorama do tipo de prática odontológica recebida, a de que no passado as visitas ao dentista eram apenas para obter alívio. Esses avós vivenciaram uma época em que havia deficiência na assistência odontológica e a Odontologia era essencialmente curativista, não havia preocupação com a prevenção em saúde bucal, o que pode ser constatado claramente pelo recorte dos seguintes comentários:

Não doeu, não precisa de ir no dentista não minha filha. “Seus dentes TÁ bom pra quê, ir no dentista, falava o pai e a mãe. Aí doeu? Corria com a gente, era uns dentista que punha eles mais doendo ainda (D. Rute, 64 anos).

Era só quando era uma coisinha muito pequenininha que obturava mesmo, que fazia obturação, mas era arrancar mesmo... (D. Rosa, 55 anos).

Para Ferreira et al. (2006, p. 712), historicamente a perda dentária denuncia a existência de uma prática mutiladora rudimentar que marcou os primórdios da Odontologia. Essa prática ainda continua sendo imposta pelos serviços de saúde públicos e provoca no indivíduo inúmeras mudanças biológicas, físicas e emocionais, com implicações psicossociais, como intimidação e acanhamento.

Segundo Botazzo (2013), a Odontologia brasileira, em certos aspectos, é até melhor ou mesmo comparável à dos países desenvolvidos, entretanto com mais de 100 anos de existência continua não sendo capaz de solucionar ou apenas manter controlado os problemas de saúde bucal da sua população. Além disso, o autor alerta para a necessidade de priorizar o desenvolvimento de técnicas e procedimentos destinados à prevenção e, conseqüentemente, de aumentar a cobertura e usar tecnologia menos sofisticada para diminuir os custos, tornando-se mais eficaz e menos iatrogênica. Todas essas ações devem ser apropriadas à realidade brasileira.

Ao serem questionados sobre a formação do dentista, D. Leda (74 anos) e Sr. Jairo (59 anos) até disseram: *o meu era prático*, mas muitos admitiram não saber e só faziam menção ao local em que eles trabalhavam. D. Rute (64 anos) argumentou que mesmo sendo o dentista prático a única opção, diz que perdeu os dentes quando nova por causa da falta de cuidado, entretanto justifica que os pais não eram pessoas ruins e cita a dificuldade de acesso ao dentista, pois morava na zona rural e o dentista atendia na cidade.

Sanchez e Ciconelli (2012) discorrem que o conceito de acesso à saúde tem variado ao longo dos anos, e que já na década de 1970 indicava uma forte relação do acesso com o aspecto geográfico (disponibilidade) e financeiro (capacidade de pagamento). Atualmente, o termo apresenta múltiplas dimensões e aborda aspectos menos tangíveis, como cultural, educacional e socioeconômico, incorporando nas análises o elemento aceitabilidade e a capacidade de informação do usuário, de modo a dar-lhes maior autonomia na tomada de decisão. Esclarecem que acesso não significa a simples utilização do serviço de saúde, e também como a “oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos” (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 264).

Outro ponto associado ao tipo de assistência odontológica recebida referiu-se a época da primeira visita ao dentista. Alguns afirmaram terem ido apenas por volta de 10 anos de idade, muitos admitiram que a primeira visita ocorreu quando já tinham por volta de 13 a 14 anos e outros quando já eram jovens, casados, iam entrar ou estavam no mercado de trabalho:

Pequeninha eu não lembro de ir no dentista. Que... quando eu ouvi falar alguma coisa foi lá na Universidade, mas aí eu já tava casada (D. Ana, 60 anos).

A Odontologia vem tentando, por meio da disseminação de conhecimentos, instituir uma atenção precoce mediante a orientação às gestantes e às mães de recém-nascidos, capacitando-as e motivando-as dentro de uma filosofia educativo-preventiva, objetivando a promoção da saúde bucal (OLIVEIRA; BOTTA; ROSELL, 2010). Faustino-Silva et al. (2008) verificaram que apenas 30% dos pais ou responsáveis avaliados relataram que a criança deveria ser levada à primeira consulta odontológica antes do primeiro ano de vida. O atendimento ao bebê ainda nos primeiros seis meses de vida é de extrema importância para o maior envolvimento dos pais quanto aos cuidados com a dieta, ao aleitamento materno, aos hábitos de higiene, bem como aos hábitos deletérios para a saúde bucal da criança, repercutindo de forma positiva em toda a sua vida.

Ao serem questionados sobre as lembranças marcantes que tiveram em relação aos tratamentos odontológicos no passado, as falas a seguir foram recorrentes:

Doeu demais... eu chorei demais (D. Maria, 55 anos).

Doeu demais da conta (...) Nossa Senhora (...), foi terrível (D. Lúcia, 58 anos).

Ele era bruto (D. Helena, 53 anos).

D. Rute (64 anos) e Sr. Jairo (59 anos) lembraram que ficavam com o dente doendo e devido a um quadro grave de infecção formava-se um abscesso dental, o rosto ficava inchado, e o costume era fazer bochechos com água morna e sal. Diante dessa situação, relataram a grande preocupação das pessoas de que o abscesso perfurasse a pele do rosto e como consequência tinha a formação de uma fístula externa. Disseram que no passado esse fato era muito comum, e os participantes exprimiam o medo *de furar por fora* de forma bem exaltada.

Segundo Viccari et al. (2014), as infecções odontogênicas, principalmente devido à necrose da polpa dentária resultante da cárie profunda, são situações clínicas graves e de ocorrência relativamente comum entre a população com alta incidência de cárie e doença periodontal, caracteriza-se pela rápida disseminação do processo infeccioso para os tecidos adjacentes e áreas faciais na região da cabeça e do pescoço, o que pode levar o paciente à morte. Atualmente essa informação poderia até ser compreendida como uma crença, entretanto a literatura odontológica reporta essa fase clínica da doença cárie dentária como possível de acontecer.

Outro fato marcante descrito por D. Luzia (55 anos) ocorreu quando já tinha uns 13 anos e sofreu uma queda do cavalo. Ela teve que ir ao dentista em virtude da fratura do dente da frente, entretanto ela enfatizou que nessa época já tinha perdido quase todos os dentes de trás. D. Márcia (66 anos), ao falar de um fato marcante, disse que ia até contar...

uma história até chata. Eu tive uma fase nos meus 10 anos que eu fui tirar dente (...), um dente já permanente, e me seguraram, em cima de mim, não esqueço disso(...). Mas não esqueço de me seguraram, o dentista um senhor velho (...), aí puxou a força eu até gritei... eu gritei demais...

Entretanto, outros contaram e alertaram ser difícil as pessoas imaginarem como eram as coisas no passado, às vezes nem acreditam quando contam determinados acontecimentos:

Elas ficam perguntando, pergunta por que hoje tudo é muito mais fácil, né?, do que antes. Então eu gosto de contar, não só do dentista, mas de todo o resto (D. Luci, 49 anos).

Era diferente... tudo era diferente... a gente conta pros meninos o que a gente passou, eles nem acredita porque era tão diferente (D. Leda, 74 anos).

Ah, mais conta e elas morrem de rir (D. Rute, 64 anos).

É cada coisa, minha fia, que acontecia, cê nem imagina (D. Márcia, 66 anos).

Bosi (1994, p. 68), citando William Stern e Henri Bergson, explica que “a lembrança é a história da pessoa e seu mundo, enquanto vivenciada”, e complementa dizendo que o passado é trabalhado qualitativa e quantitativamente pelo sujeito na forma mais apropriada a ele. Halbwachs (2006, p. 84), ao explicar os modos de ser e de pensar dos avós, como pessoas mais velhas “de seu tempo”, afirma que a presença do idoso se destaca quando ele revive o passado para nós.

Para Jovchelovitch e Bauer (2008) contar histórias tornam familiares acontecimentos e sentimentos que confrontam a vida cotidiana. Lins de Barros (1987, p. 118), citando Mead e Heyman (1965, p. 122), explica que por meio dos avós, ao relatarem suas experiências passadas, os netos compreendem alguma coisa sobre a realidade do mundo, bem antes do nascimento dos pais, fornecendo-lhes o meio de imaginar o futuro. Peixoto (2000) afirma que os avós têm muito a transmitir.

Nas lembranças marcantes relatadas, a questão do medo diante do tratamento odontológico sempre foi citada, com destaque de uma forma ou de outra.

Porque o dentista que tinha (...) eu ia nele, mas quase morria de medo... Aí minha mãe falava assim: “Mas ele é bom minha filha”, vai... ah muito bonzinho mamãe, mas aqui tô com um pavor dele eu não volto lá mais não... “Mas por que minha filha?” Aí meu pai: “Uê por que, mas o dentista é tão bom”. Ah mamãe, nem eu e nem minha irmã mais nova... Eu tinha levado ela sabe (...) Aqui aí eu fui com ela, eu fui levar ela, ela não queria ir de jeito nenhum... Que ela viu um menino, o menino tava rancando dente e ele tava chorando muito, gritando lá. Aí eu fui e vi uma menina que tava lá, que ele tinha atendido na minha frente, tinha engolido agulha que ele aplicou anestesia. (D. Rute, 64 anos).

Mesmo tendo o fato sido descrito de uma maneira tão enfática, ele gerou dúvida, mas ao mesmo tempo a história souu engraçada e acabou provocando um questionamento: seria apenas uma criação da imaginação para explicar tamanho medo de uma determinada situação? Jovchelovitch e Bauer (2008, p. 92) explicam que “a

narrativa não é apenas uma listagem de acontecimentos, mas uma tentativa de ligá-los, tanto no tempo, como no sentido”. A ideia básica do presente estudo é reconstruir fatos cotidianos a partir da perspectiva dos avós, uma vez que eles usam suas próprias palavras para expressar suas vivências e seus sentimentos.

Nas falas foram expressos claramente os sentimentos e as impressões que os participantes tinham em relação ao dentista que os atendeu na infância. D. Lúcia (58 anos), ao trazer à memória a impressão que tinha do profissional, referiu-se a ele como *aquele mãozão*, e mesmo com risos foi enfática ao dizer que *não esqueço disso de jeito nenhum*. D. Rute (64 anos) também fez a mesma referência: *Não quero não, esse homem não põe a mão em mim mais não*. Esclareceram que no passado a forma encontrada para avaliar se o dentista era bom, era em relação à sua mão, o bom profissional tinha a mão leve.

O sentimento de medo do dentista também foi associado ao *motorzinho*: *Aquele motorzinho assustava a gente muito*. (D. Helena, 53 anos). D. Lúcia fez a seguinte constatação: *De que todo mundo tinha pavor e até hoje é assim, antigamente a gente tinha muito medo de dentista* e ressaltou que a situação até atrapalhava o andamento do tratamento odontológico, pois a sua mãe fazia o pagamento do tratamento, mas ela não retornava para concluí-lo. Por isso, quanto ao tratamento dos dentes ela definiu como *complicado* e recordou que o dentista chamava a atenção pela falta de compromisso em seguir o tratamento direito. Esse fato é destacado nas falas a seguir:

Mas aí eu fiquei com pavor dele que eu vi (...) arrancava praticamente a força, com pouca anestesia (...). Não volto mais, vou ficar sem tratar de dente (D. Rute, 64 anos).

Ah, lembro muito sofrimento (...). Quem sabe não é tanto o bolso é mesmo um pouco de medo, e a gente se sente culpada por não ter cuidado de nenhum, e agora eu podendo, às vezes acho que tem muita coisa pra fazer, então deixa pra amanhã e vou deixando (risos) (D. Márcia, 66 anos).

Esses resultados são consistentes com as observações de Milgrom et al. (2010) de que as experiências odontológicas traumáticas permeadas pela dor, principalmente na infância, resultam no medo odontológico, o que gera um ciclo vicioso, caracterizado pela experiência dolorosa, pela ausência de tratamento, pelo agravamento do problema, pela dor e pelo sentimento de culpa, que pode se prolongar pela vida adulta. Segundo

Oliveira et al. (2012), o fórceps, o motor e a seringa de anestesia são exemplos dos instrumentais mais comumente associados ao medo do tratamento odontológico.

Diante das narrativas dos participantes é frequente a opinião de que no passado não havia interação entre dentista e paciente, o medo era constante e dominava. Este fato pode ser constatado na fala da D. Márcia (66 anos), que resumiu muito bem a situação: *Entrava calada e saía calada, saía com medo, saía correndo de lá*. Desse modo, ela reconheceu que tem medo de ir ao dentista, e até declarou que este sentimento chega a ser um *trauma*: *porque a gente tem esse trauma, eu vou no dentista eu sei que dói pra danar*. Devido à falta de interação, constata-se que a relação com o dentista era tão precária a ponto de não ser possível obter orientação como sugere o relato da D. Rute (64 anos): *Nada nenhuma, se tivesse que morrer eu morria*. Entretanto, D. Luzia (55 anos), ao comparar os dentistas de agora com os que conheceu na sua infância, argumentou que *não é igual na nossa época, dentista era dolorido*, e esclareceu que atualmente até vai ao dentista, no entanto admitiu que ainda tem medo.

A aceitabilidade do usuário e a confiança no profissional influenciam o acesso ao cuidado à saúde, podendo estar relacionadas à adesão limitada ao tratamento ou ao não seguimento do tratamento (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). De acordo com Oliveira et al. (2012), a relação estabelecida entre o dentista e o paciente é fundamental para a prevenção do medo odontológico.

Os aspectos referentes às experiências passadas dos avós em relação à saúde bucal perpassam por uma infância marcada pelo trabalho, pela falta de conhecimento e orientação dos pais sobre os cuidados com a saúde bucal, pela precariedade de recursos materiais para uma adequada higiene oral e pela distância geográfica, assim como a baixa condição financeira como justificativas para a falta de acesso ao serviço de saúde bucal. Denota-se a deficiência da assistência odontológica; o atraso para a primeira visita ao dentista, feita apenas por volta de 10 anos de idade; o tipo de serviço odontológico que era apenas para obter alívio da dor e mutilador, centrado nas extrações dentárias; a atuação do dentista prático marcada por fortes lembranças que exprimiam dor e medo, além de pouca interação entre o profissional e o usuário.

Diante desse contexto, vale salientar que as experiências e as trocas que ocorreram ao longo da vida entre a pessoa e o seu ambiente ecológico são benéficas para ambos (BRONFENBRENNER, 2012), daí a importância da criação de políticas públicas com ações concretas que estimulem a família a exercer seu papel de cuidadora e apoiadora do desenvolvimento humano tanto em nível individual quanto social.

3.3.1.1 Cuidado – Infância marcada pelo não cuidado à saúde bucal

Sobre o questionamento feito aos participantes do estudo de como era o tipo de cuidado que os pais tinham com eles no passado, usaram o seguinte termo *tratava a gente de qualquer maneira (...) e criava todo mundo igual* (D. Ana, 60 anos), e ainda explicaram *que parece que já foi deles lá de trás...* (D. Márcia, 66 anos), *com a mesma coisa que eles faziam... que eles foram criados...* (D. Lucia, 49 anos). Os avós não culparam os pais, apenas mencionaram que eles repetiram o mesmo tipo de criação, de cuidado que tiveram e que a falta de orientação, o não cuidado, já era um costume, vinha dos antepassados.

Além de relatarem a falta de incentivo dos pais no cuidado com a saúde bucal, acrescentaram que *não mandava nem escovar dente não, não tinha cuidado nenhum não* (D. Luzia, 55 anos). D. Ana (60 anos) acrescentou *que com certeza que a gente também não dava importância, ninguém ligava e que ninguém reclamava de nada (...), nem olhava pra boca de ninguém não*. Ademais os avós contaram que agora pensam e agem de forma diferente, querem dar o melhor do que tiveram: *Não é..., hoje a gente já pensa diferente, né? O que a gente não teve a gente quer pros filhos, pros netos*. (D. Luci, 49 anos).

De acordo com Waldow (2008), o homem é um ser de cuidado, portanto é capaz de cuidar e de ser cuidado, porém essa habilidade dependerá da forma como ele foi cuidado ao longo de sua vida, de fatores sociopolíticos-econômicos e culturais, como também do ambiente que interfere nesse processo.

As práticas de cuidado à saúde estão atreladas ao contexto histórico ao qual elas estão sendo produzidas (SILVA; LOPES; CANELLO, 2011), portanto ao analisar as formas de cuidar e os sentidos atribuídos ao cuidado deve-se atentar para uma compreensão mais ampla, considerando-a “como uma forma de ser, de se expressar, de relacionar-se consigo mesmo, com o outro ser e com o mundo” (WALDOW, 2008, p. 86).

D. Lúcia (58 anos), D. Rute (64 anos) e D. Elza (63 anos) ao explicarem o comportamento dos pais diante do cuidado, consideravam que a *mãe era cuidadosa, preocupada com a escovação* e afirmaram que ela importava com os cuidados de saúde bucal, até brigava, mas sem muita insistência, não era de *falar... fazer...levar...* Através

das falas observa-se que os avós participantes do estudo tinham uma boa percepção do papel que a mãe desempenhava em relação aos cuidados com a saúde bucal.

Foi possível verificar com frequência o argumento de que se tivesse cuidado dos dentes desde a infância “*não precisava disso*” (D Lúcia, 58 anos). O mesmo exprimiu D. Helena (53 anos), com uma risada e foi dizendo: *mastigo direitinho, mas não precisava disso, né?* Nesse sentido seguem outras narrativas que também exprimem a importância que os avós demonstraram com o cuidado com a saúde bucal e a consequente relação com as perdas dentárias.

Se cuidar não perde... não, se tiver os cuidado que precisa não perde. Eu acho que se cuidar não perde não (risos) (D. Luzia, 55 anos).

Que se eu tivesse tido a oportunidade desde pequena eu não tinha perdido meus dentes nova, eu foi falta de cuidado mesmo (D. Lúcia, 58 anos).

Ah, eu acho que não, se cuidar desde pequeno eu acho que num perde (D. Helena, 53 anos).

Eu acho que é falta de cuidado, não é? (D. Leda, 74 anos).

Se cuidar direitinho... só se for por acidente... (Sr. João, 54 anos).

E tem dente, eu acho que se for cuidando não vai perder, vai perder se cuidar menos, aí vai cair todos, né? (D. Luci, 49 anos).

Para Pinheiro (2009), a noção de cuidado consiste em um modo de agir na vida cotidiana “que se caracteriza pela ‘atenção’, ‘responsabilidade’, ‘zelo’ e ‘desvelo’ ‘com pessoas e coisas’ em lugares e tempos distintos da sua realização”. No mesmo sentido, Silva, Lopes e Canello (2011, p.386) explicam que ao se propor uma noção de cuidado à saúde, ao mesmo tempo constrói-se o oposto, “aponta-se para um estado de não-cuidado-à-saúde que se denomina doença”.

Na entrevista de uma das avós há uma explicitação clara de que o não cuidado veio acompanhado pelo sentimento de culpa: *A gente se sente culpada por não ter cuidado* (D. Márcia, 66 anos), durante toda a conversa ela exprimia esse sentimento. Lima et al. (2011) verificaram que há uma associação das doenças bucais, devido à sua dimensão biológica, que induz frequentemente ao entendimento de que as pessoas adoecem por descuido próprio, desencadeando nelas um sentimento de culpa.

Em seus relatos os avós demonstraram que o cotidiano de suas infâncias foi cercado pelo não cuidado à saúde bucal, sem culpar os pais, aceitaram como sendo um costume que vinha dos antepassados, expressaram sentimento de culpa e uma relação

direta entre o não cuidado na infância e as perdas dentárias que tiveram, porém confirmaram uma mudança ao desejarem o melhor tanto para os filhos como para os netos.

3.4 Cotidiano dos avós

3.4.1 Práticas cotidianas de cuidado à saúde bucal e suas implicações

Partindo do pressuposto de que as ações de cuidado com a saúde bucal que os avós praticam no dia a dia com seus netos se configuram em práticas, neste estudo apropriou-se do entendimento de Mello (2005, p. 2), de que *práticas de cuidado à saúde bucal é o conjunto de intervenções individuais ou coletivas, resultantes da ação da própria pessoa (...), no exercício do autocuidado, ou de terceiros*, com a finalidade de prevenção e promoção da saúde bucal. A importância atribuída ao cuidado com a saúde bucal reflete sobre a efetivação de suas respectivas práticas de cuidado (MELLO; ERDMANN, 2007).

Ao analisar o maior ou menor comprometimento que os avós possuem nas práticas de cuidado com a saúde bucal dos netos, foram englobados diversos aspectos cotidianos dessa relação, como contato entre avós e netos, colaboração da criança, a execução da prática, a participação do avô, a percepção da responsabilidade sobre a saúde bucal das crianças, os sentimentos que expressaram, entre outros.

A literatura consultada (PEIXOTO, 2000; LINS DE BARROS, 1987; ARAÚJO, DIAS, 2010) reforça a importância do contato em vários aspectos que envolvem o relacionamento entre avós e netos. Destaca-se as seguintes falas que ilustram a relação dos avós participantes do estudo e seus netos:

Vai direto (D. Ana, 60 anos).

Nas férias, todo dia ela fica comigo (D. Lúcia, 58 anos).

Porque a gente se vê mais mesmo é só mesmo no final de semana, que aí ela fica comigo, sempre ela fica (D. Lúcia, 58 anos).

Eles chegam aqui (...) 7 da manhã e vai ali pelas 6 e meia, mas outro dia costuma chegar 7 e meia, dez pra 8 (D. Helena, 53 anos).

Ela fica muito comigo (D. Márcia, 66 anos).

Demais da conta, nossa (Sr. João, 54 anos).

Segundo Oliveira et al.(2010) quanto mais intenso o contato entre avós e netos no período da infância maior o número e o tempo de atividades realizadas em conjunto, o que possibilita que se estabeleça uma interação mais forte. Diante disso, outro ponto mencionado pelos avós foi em relação ao comportamento dos netos. D. Maria (55 anos), ao expressar como eles se comportam diante da sua ajuda, mudou a entonação da voz e disse da seguinte forma: *Não, eu só falo assim que tem que escovar os dentes, tem que passar fio dental*, o que demonstra que ela age com firmeza ao cuidar dos netos e evidencia a sua autoridade sobre eles.

Já D. Márcia (66 anos) pareceu ser bem flexível e disse que tenta contornar o comportamento da criança para haver melhor colaboração, no entanto ressaltou que a neta *reclama muito*. Relatou sua dificuldade em executar determinadas tarefas relacionadas com a higiene bucal da neta, e ressaltou que incentiva a escovação, mas reconheceu ser necessário agir com mais autoridade. A seguir está a explicação apresentada por ela:

Criou caso, ficou nervosa, não tá querendo não falo assim ah, meu bem, é pro seu bem, mas se você não colaborar um pouquinho, eu sempre aperto ela um pouco (...) tem que apertar né? (...), porque que precisa né? (D. Márcia, 66 anos).

Além disso, D. Helena (53 anos) admitiu que não é fácil ajudar na higiene bucal dos netos, principalmente por serem ainda pequenos e imporem muito a vontade deles. Ela citou a falta de colaboração de um dos netos, o que acaba gerando conflito na hora da escovação, pois *tem que pegar à força*, caso contrário não escova, alega que a criança *é de vontade e quando ele bate o pé que não quer escovar dente, não quer mesmo*. Já a outra neta, gêmea, é mais colaboradora e até *gosta*, no entanto acrescentou que *elas são meio teimosinhos*.

Já D. Luzia (55 anos) argumentou que tem de colocar regra para haver colaboração da neta em relação aos cuidados com a saúde bucal, *se eu não colocar regra pra ela como é que faz?* Disse que às vezes ela reclama muito. D. Rute (64 anos) contou que os netos a respeitam muito, o que para ela significa uma boa colaboração. Sr. João (54 anos), mesmo diante da colaboração do neto, relatou a necessidade de auxiliá-lo.

Colabora... a gente escova porque às vezes ele escova dente de qualquer maneira, aí a gente tem que pegar pra escovar, aí fica mais bem escovado (Sr. João, 54 anos).

Diante dos relatos, foi possível verificar que os avós possuem autoridade, atitude firme, colocam regras, mesmo com as reclamações dos netos; observou-se também que alguns avós são flexíveis, divididos perante a imposição dos netos. Assim, observa-se que o comportamento da criança, colaborador ou não, pode interferir na rotina de cuidados dos avós em relação à higiene bucal.

De acordo com Ohlweiler (2014) “as teorias pedagógicas reiteram a necessidade de os pais se firmarem como figuras de autoridade” e ao mesmo tempo se sintam incumbidos de dialogar e transmitir afeto. Acresce a esse fato, retomando Lins de Barros (1987, p. 108), a ideia de que, na família moderna, a articulação entre autoridade e afeto é fundamental para a construção do papel dos avós, tornando-o mais dinâmico. Por outro lado, de acordo com Dias e Silva (1999), o estilo de criação, ser mais flexível ou ser mais exigente, está diretamente relacionado com a sua responsabilidade pessoal em relação ao cuidado dos netos.

Quanto à rotina diária com os netos, os avós em questão reuniram várias reações para expressarem como era realizada a higiene bucal dos netos, motivo pelo qual o material coletado foi extenso. Destaca-se as seguintes falas:

Tem que escovar depois, depois do café da manhã às vezes escova, escova depois do almoço, se comer alguma porcariinha fora de hora escova de novo. Acabou de tomar, de fazer o lanche da tarde tem que escovar (D. Luci, 49 anos).

Molha, coloca um pouquinho da pastinha, leva na frente do espelho. É tão bonitinho. E a gente fica ali do lado auxiliando, vai leva mais no cantinho... é gostoso (D. Vera, 52 anos).

À noite e hora de ir pra escola (escova os dentes), mas de manhã ele tá mais malandro (D. Rosa, 55 anos).

De manhã, depois do almoço tem que escovar (Sr. Jairo, 59 anos).

Ele é tão inteligente, que às vezes eu falo (...) pra ir pro colégio tem que escovar o dente, aí ele já vai no banheiro (Sr. Juca, 65 anos).

Antes de dormir, acabava de almoçar ia pra escolinha, a escovinha a gente não deixa faltar a escovinha pra nenhum deles (D. Rute, 64 anos).

D. Luzia (55 anos) falou que segue as orientações recebidas pelo dentista para o cuidado com a neta, admitiu não ser fácil, descreveu de forma minuciosa toda a rotina

diária da neta. Os participantes também apresentaram as dificuldades que encontraram durante a higiene bucal dos netos, muitos disseram ser a escovação, “*eu acho escovar mesmo*” (D. Luci, 49 anos), enquanto outros até riram quando falaram da dificuldade de passar o fio dental na criança e diziam: “*difícil mesmo é passar o fio dental*” (risos) (D. Rosa, 55 anos). Outra avó já relatou que acha difícil é ensinar a bochechar e cuspir a água, este fato pode ser devido a pouca idade da neta que ainda não tem o controle para fazer o bochecho:

É difícil na hora de enxaguar a boca, fazer a bochecho... aí tem que ensinar agora ela já faz (D. Rute, 64 anos).

A partir dos relatos, com a diversidade de situações, os avós admitiram a participação nas práticas de cuidado e apresentaram suas dificuldades com a higiene bucal dos netos. Encontramos, de forma recorrente, sempre uma manifestação de prazer, de preocupação, ou de superproteção, assim como, de insistência, convencendo-os de que após comer algo têm que escovar os dentes, além de determinarem uma rotina assumiram o compromisso diário com a higiene bucal dos netos.

Lima et al. (2011) observaram que a prevenção de doenças bucais foi, frequentemente, associada às práticas de cuidado, em especial àquelas relacionadas à dieta (controle do açúcar), à higiene bucal (prática da escovação e uso de fio dental) e a visitas regulares ao cirurgião-dentista. No entanto, Almeida et al. (2011) constataram que não houve associação entre a ocorrência de cárie nas crianças de acordo com a frequência de higiene bucal relatados pelas mães. Quanto à relação entre educação e aprendizado com assimilação de conhecimentos em relação à saúde geral e bucal, Cruz et al. (2015) não encontraram uma correspondência efetiva com a adoção de boas práticas para saúde.

Diante do que normalmente é esperado, houve aqui uma inversão, com destaque para o avô, já que D. Lúcia (58 anos) reforçou várias vezes durante a narrativa o empenho e a insistência do marido (avô) em relação aos cuidados com a saúde bucal dos filhos e agora das netas:

Pega no pé até hoje. Ele coloca pasta de dente na escova... e chama atenção, isso aí até hoje. Isso aí sempre ele pegou mais no pé do que eu. Mesmo com as netas é a mesma coisa. Ele tem uma paciência de colocar pasta e colocar lá. (D. Lúcia, 58 anos).

Nos depoimentos da avó também ficou claro que ela participa com a atitude de falar: *Às vezes eu lembro e falo vai escovar dente*, enquanto o avô é que exercia um papel mais atuante junto à família. Zamberlam (2001) explica que a mulher, ao sair para o mercado de trabalho, provocou uma reorganização no funcionamento do grupo familiar e impulsionou uma mudança na condição masculina, sendo benéfica e gratificante principalmente em relação à paternidade. Esse fato pode ser bem entendido quando essa avó disse que sempre teve um trabalho não formal fora de casa.

Na colocação de outro avô, ficou também claro o maior envolvimento do homem em atividades antes exclusivas às mulheres.

Ele fica durante o dia comigo... é, a parte da manhã eu dou banho nele... não, faço primeiro o almoço...(Sr. Juca, 65 anos).

D. Rute (64 anos) ressaltou a participação do avô como uma pessoa muito atuante no âmbito familiar e com os netos.

A escovinha, né? Ela fala: “Vovô, você compra outra escova pra mim?” “Qual escova cê quer?” “Eu quero a do... como é que fala esses bichinhos, (...)ai o vovô compra e põe lá” (D. Rute, 64 anos).

A partir desse relato, mesmo a avó realçando o papel provedor do avô, nos sugere seu maior envolvimento com a neta, observarmos que ela é quem pede e escolhe o tipo de escova dental, o que também demonstra que o avô faz a vontade da criança. Britto da Motta (2010b) destaca a questão do gênero no contexto familiar, onde se observa o exercício de papéis tradicionais, os homens como provedores e as mulheres para serem essencialmente cuidadoras. Dias e Araújo (1999) afirmam que na contemporaneidade, o avô desempenha um papel quase maternal ao se relacionar com os netos sem embaraço; isso foi possível, pois o cotidiano dos pais modernos contribuiu para a aproximação entre avós e netos (PEDROSA, 2006). Enquanto, Oliveira et al. (2010) acrescentam que o papel de avô difere do da avó.

As narrativas dos avós trouxeram algumas reflexões sobre o grau de comprometimento nas práticas de cuidado com a saúde bucal dos netos. Ficou evidente a diferença nos cuidados em relação à idade da criança e que à medida que os netos vão crescendo há a necessidade de desenvolver sua autonomia diante das atividades, como mostram as falas a seguir:

Quando tá pequenininho sempre escovei de uma e da outra como eu fazia com meus filhos (D. Luci, 49 anos).

Quando tava mais pequenininho (Sr. João, 54 anos).

É já ajudei bastante, agora só mando, né? (D. Rosa, 55 anos).

Tem que vez que ajudo, mas mais oriento, ele também pra ele aprender, entendeu? Que a gente não pode ficar escovando pra ele Escovar já ajudei, mas fio dental não (Sr. Jairo, 59 anos).

Não, isso aí eu não faço não...como ele tá com 6 anos, a agora cê tá com 6 anos, ocê tem que começar a escovar e se virar sozinho (Sr. Juca, 65 anos).

Foi possível perceber que o comprometimento vai desde a ausência de ajuda, auxílio sem compromisso, apenas acompanhar e incentivar, até o pegar para fazer; como mostra os comentários:

Não, não cheguei (D. Leda, 74 anos).

Tem vez que ajudo (D. Rosa, 55 anos).

Acompanho, eu acompanho (Sr. João, 54 anos).

Aí a gente tem que pegar pra escovar, aí fica mais bem escovado (Sr. João, 54 anos).

Observa-se que o comprometimento dos avós nas práticas de cuidados à saúde bucal infantil está ligado à idade da criança, visto que os avós ajudavam mais quando os netos eram pequenos e à medida que estão crescendo estimulam a autonomia dos mesmos. Dias e Silva (1999) afirmam que a idade, tanto dos avós quanto dos netos, acarreta mudanças tanto na percepção quanto no relacionamento entre avós e netos. Para Lemos et al. (2014), a adesão às orientações e o empenho dos responsáveis são fatores essenciais para promover a saúde oral infantil.

Uma das avós, que ainda trabalha fora de casa e está prestes a aposentar, revelou seu cansaço:

Não, essa parte eu sempre deixo pra eles memo (...). Ultimamente eu tô tão cansada (risos)...Aí tô tão cansada, não tô querendo nada com a dureza (...), aí eu deixo por conta delas porque eu falo que já fiz a minha parte (...) porque é assim se não eles encosta muito ni mim” (D. Ana, 60 anos).

Um aspecto preocupante mencionado pela avó foi em relação à dependência dos filhos, e várias vezes durante a entrevista ela deixou claro que não tem mais obrigação com o cuidado das crianças e explicou que tem apenas uma filha que é muito responsável em relação à saúde bucal das netas. Oliveira (2013) averiguou que os pais demonstraram satisfação com a ajuda oferecida aos filhos, em contrapartida esses se mostraram acomodados, sem pretensão de deixar de serem ajudados. Tendo em vista a relação avós e netos, Mainetti e Wanderbroocke (2013) verificaram que a saúde frágil e a idade avançada apareceram como pontos negativos da experiência de tornar-se avós.

No âmbito da pesquisa, ao avaliar o comprometimento dos avós nas práticas de cuidado com a saúde bucal, tornou-se importante questionar aos avós a respeito de quem era a responsabilidade pelo cuidado com a saúde bucal da criança. Diferentes respostas foram obtidas. Nas falas a seguir os avós, ao admitirem a responsabilidade com a saúde bucal da criança, relacionaram esse fato diretamente ao tempo de convivência, pois moravam ou ficavam uma grande parte do tempo com os netos.

Na minha casa sou eu (D. Luzia, 55 anos).

Bom eu, por causa de eu ficar com eles o dia todo (D. Helena, 53 anos).

Aqui... eu minha filha (risos) (D. Rute, 64 anos).

Eu... né? Eu levo, tomo conta direitinho, é eu (Sr. João, 54 anos).

Os avós mencionaram que ajudavam com os cuidados da saúde bucal das crianças, entretanto ressaltaram que os pais dos netos são os responsáveis, pois ensinar é uma função dos pais:

É os pais, né? Os pais que têm que pegar mais no pé. Às vezes tem alguma coisa errada eu falo (...) o caso é seu (risos) (D. Lúcia, 58 anos).

Ah é a mãe dela, né? (D. Márcia, 66 anos).

Eu acho que é os pais dele. Eu acho, né?, porque pai e mãe têm que ensinar, porque se eu ensinei pros dois, porque que o pai e mãe também não pode? Eu posso ajudar também incentivar, olha vamos cuidar, entendeu? (D. Vera, 52 anos).

Eu acho que os avós tendo condições têm que ajudar, e ajudar não é só tomar conta, né?, é ensinar, principalmente a higiene bucal, não comer doces, essas coisas, ou quando comer, terminar de comer e escovar os dentes (D. Maria, 55 anos).

Os avós demonstraram ser solícitos e dispostos a ajudar, entretanto deixaram claro que já exerceram a função de pais, relacionaram a responsabilidade dos cuidados de saúde bucal dos netos com educação, sendo assim, como própria dos pais.

Diante da polêmica, Vitale (2005, p. 95) lança a pergunta: “cuidar, educar ou ser responsável?” acrescentando que “quando a convivência entre avós e netos é intensa, os primeiros tornam-se parceiros dos pais na educação das crianças”. Já Araújo e Dias (2010) afirmam que há um consenso de que as atribuições de avós e pais são diferentes. Para Cardoso e Brito (2014, p. 439) “o lugar social de cuidadoras situa as avós em papéis voltados para a educação e socialização dos netos”.

Entre os avós também houve o entendimento de que a responsabilidade pela saúde bucal das crianças é também do dentista, como aparece nas falas seguintes:

É dos dentista, né? (risos). O dentista tá sabendo mais ou menos a data que ela precisa ir (...) vai marcar pra ela, né? Responsabilidade do dentista com elas (D. Leda, 74 anos).

Eu acho que depende dos avós e do dentista também, né? (Sr. Jairo, 59 anos).

Esse dado corrobora com o estudo de Lima et al. (2011), que encontraram referência de que a atuação do dentista é essencial para a boa saúde bucal e acrescentaram que há uma tendência em culpar os pais pelos agravos bucais das crianças, sem responsabilizar o poder público por ações coletivas em prol da saúde bucal.

As experiências anteriores dos avós refletem no cuidado com os netos: *Hoje eu insisto com as crianças.* (D. Maria, 55 anos). D. Rute (64 anos) atribuiu que ter dentes bons é questão de cuidado, explicou que perdeu os dentes quando ainda era muito nova e contou que sempre faz um alerta à neta com a intenção de sensibilizá-la e ao mesmo tempo transmitir suas próprias experiências e o valor que dá à saúde bucal. Sua fala expressa bem o sentido do cuidado como forma de ensinamento para a neta:

Eu olho pra ela eu falo: “Ô Júlia, você vai ter os dentes pro resto da vida, eu não tive, eu perdi meus dentes nova... (risos). Você vai ter pro resto da vida porque tem que ter cuidado”, e ela é meia lerdinha, sabe? (D. Luzia, 55 anos).

Outra avó expressou preocupação com a condição bucal do neto, dizendo que suas experiências passadas refletem no cuidado com ele:

Reflete porque a gente quer o melhor pra eles, a gente preocupa muito, igual eu estou preocupada com os dentinhos dele por ele ser muito novo e estar com o dentinho daquele estado, entendeu? (D. Vera, 52 anos).

Como forma de motivar os filhos e agora os netos em relação à saúde bucal, os avós usavam as suas próprias experiências passadas, dando ênfase às perdas dentárias e ao medo do tratamento odontológico:

E eu mostrava pra eles: “Olha mamãe praticamente, ó mamãe quase não tem dentes, o papai também não tem, escova os dentes (...)” Nunca tiveram uma cárie até hoje, não tiveram uma cárie (D. Vera, 52 anos).

Falo: “Meu filho, ô cê cuida dos seus dentes direitinho, viu?, como a doutora manda, se não cê vai ficar igual vovô aí, usando dente que não é seu” (Sr. João, 54 anos).

Aí eu já falo com ele: “Tem que escovar pra não dá cárie, que depois tem que ir no dentista, vai obturar seus dentes, vocês não vão gostar” (risos) ..., falando assim eles aceitam (D. Maria, 55 anos).

O cuidado se expressa também como um fenômeno relacional, o exercício de cuidar é uma ação, uma atitude moral motivada por interesse ou preocupação, expressos em um movimento em direção a algo ou a alguém, que se revela em relação ao outro ser, com o objetivo de promover o bem-estar (WALDOW, 2008). De acordo com Pinheiro (2009), o ato de cuidar resulta na prática do cuidado, que se reveste de novos sentidos e se faz contextualizada, exercendo ações e reações no modo de viver das pessoas, transformando-se em experiência humana.

A partir desses relatos verifica-se o uso do medo e da falta de dentes, de algo ainda desconhecido da criança como forma de motivação. Essa atitude dos avós, de acordo com Ohlweiler (2014, p. 170), nos remete à memória coletiva, “a uma construção conceitual que perpassa décadas e é transmitida – não intencionalmente” – aos netos que hoje vivem outra realidade. Segundo Petry e Pretto (1997), as práticas educativas no Brasil têm características autoritárias e coercitivas, quando deveriam ser um instrumento de transformação social. A partir disso, denota-se que ainda persiste a falta de conhecimento sobre saúde bucal entre os avós, ao estarem reproduzindo esse modelo de coerção, sem desenvolver a conscientização das causas reais dos agravos bucais.

Na literatura consultada, constata-se que os sentimentos que permeiam as relações entre avós e netos são vários quando os avós estão desempenhando a função de cuidar dos netos (CARDOSO, 2011). No relato da D. Márcia (66 anos) ficou bem visível a diversidade de sentimentos ao cuidar da neta, como pode ser visto a seguir:

É muito...não é muito diferente, mais suave (...) eu canso, que ver a (...) tá comigo esses dias, eu vou lá (...) olho se tá tudo bem, preocupo com os horários do remedim dela, saber se tá comendo se não tá... Aí surge alguma coisa bem assim que precisa de amor, de atenção, alguma coisa que tá errada, né?

D. Rute (64 anos) expressou um profundo sentimento de felicidade por cuidar dos netos: *Nossa, eu sinto feliz demais*, apesar de ter ficado em dúvida em relação à sua responsabilidade: *sinto que..., eu acho que é o meu dever, é o meu dever... eu sou vó igual eu fui sou mãe*. Já D. Helena (53 anos) mencionou que está cansada, mas, devido à recente perda do marido, expressa que essa situação está sendo boa para ela, o que reflete uma ambiguidade de sentimentos ao cuidar dos netos: *Eu me sinto cansada, às vezes tem hora que fico meia cansada, mas pra mim às vezes tem hora que é bom, igual eu perdi meu marido e pra mim foi bom, né?, que aí preencheu meu tempo*.

A avó D. Luzia (55 anos) demonstrou um sentimento de dever ao usar estas palavras: *Todo final de semana ela é minha*, ao mesmo tempo demonstra um amor muito grande pela neta: *Eu amo aquela menina de paixão e gosto, amo o outro também, mas é mais... Só a gente não fala perto pra não criar ciúme, que eles têm muito ciúmes da gente*. D. Luzia (55 anos), e justifica esse amor por ter criado a neta: *Mas o amor mais grande é de (...), porque eu criei ela* (D. Luzia, 55 anos).

D. Elza (63 anos) citou a autonomia dos seus filhos em relação aos cuidados com as netas: *Eles conseguiram conciliar tudo e fazem tudo*. Diante dessa situação, a avó exprime a sua vontade: *Fico doida pra ela precisar*. O sentimento que demonstra é de muita satisfação e solicitude. Outra avó D. Maria (55 anos) se diz muito gratificada: *Então hoje eu me sinto gratificada por poder ajudar as minhas filhas*. No entanto, nesse caso há o fato de a filha retribuir financeiramente o cuidado que a mãe dispensa às netas.

Aratany e Posternak (2006) explicam que o jeito de ser avô ou avó muda ao longo do tempo, à medida que as crianças vão crescendo e os avós envelhecendo. Cardoso (2011) em seu estudo constatou que a interação entre os membros familiares, assim como a disponibilidade das avós, permeia o seu comportamento e os sentimentos

para executar a tarefa de cuidar dos netos. Na presente pesquisa verifica-se a ambiguidade e a diversidade de sentimentos expressos articulados ao contexto familiar e ao tipo de cuidado, que vai desde satisfação, felicidade, solicitude, gratificação por poder ajudar as filhas até o sentimento de preenchimento do tempo devido à viuvez, o cansaço e o dever atrelado ao papel de mãe.

Uma grande parte dos avós relatou não haver conflito entre eles e seus filhos em relação aos cuidados com a saúde bucal dos netos, alguns contaram que os filhos até passam a autoridade das decisões para eles, o que pode ser identificado de acordo com as seguintes falas:

Não, não tem conflito nenhum, elas são bem tranquilas também, elas são bem orientadas, sabe? Então não tem conflito (D. Elza, 63 anos).

Não, e então a mãe dela nunca (D. Lúcia, 58 anos).

Nenhum, graças a Deus..., acho que não existe não (D. Rute, 64 anos).

Não, ao contrário, eles falam a senhora quer tomar conta... senhora chama atenção e cobra (D. Maria, 55 anos).

Constatou-se que o conflito pode até existir, no sentido de que os avós fazem as vontades dos netos.

O que eu faço tá feito, eles aceitam, se eu corrigir tá corrigido, se eu fizer tá feito, a única coisa que eles implicam é de ficar dando tudo que eles querem (D. Helena, 53 anos).

Na fala a seguir, a avó quis se expressar que ela se sente cobrada diante das atitudes que ela tem com a neta, assim como poderá ser julgada e acha que não está com idade para isso.

Tem. Não, tem às vezes (...). Fala: “Mãe, não pode deixar (...) a vontade do jeito que ela quer não, senhora tem que dar de cima um cadinho, joga um pouco de responsabilidade pra gente (...) cobra. Tem hora que eu acho até demais” (D. Márcia, 66 anos).

Que se eu quiser falar qualquer coisa eu ia ter que (...), no caso, a responsabilidade, como se diz me julgando que eu já tô mais pra lá do que pra cá (D. Márcia, 66 anos).

A avó, de acordo com a fala a seguir, explicou que não há conflito, mas demonstra que respeita o papel do pai e deixa na responsabilidade dele quando necessário.

Não, quando elas tão na casa dele aí ele que manda, né? Ele ou a esposa dele (...), ela gosta das meninas então ela manda escovar dente (D. Luci, 49 anos).

O avô relatou que a mãe do neto questiona o seu comportamento, que há conflito no modo como ele trata a criança.

Igual minha filha fica assim: “Ô pai, senhor não pode ficar aí tudo quanto há é netinho pra cá, netinho pra lá não”... “Uai minha filha, única coisa boa que Deus me deu foi ele, que se não viesse neto nenhum não tinha como cuidar” (Sr. Jairo, 59 anos).

Eu lembro que na idade dele (do neto) eu não tinha essa... vamos dizer essa mordomia que ele tem. Que ele é meu agregado... hoje ele tem condições e eu não tinha... então eles falam até que eu passo a mão na cabeça dele, mas não é... que fome a gente nunca passava, mas tinha aquela certa dificuldade, Né?... Hoje as condições tão melhor, aí o que ele pede eu dou, não nego não, depois me dá um remorso danado, Né?... Aí eles falam que eu fico passando a mão na cabeça dele... Tô nada (risos) (Sr. João, 54 anos).

Houve um caso singular, em que D. Luzia (55 anos) relatou a existência de conflito e certa ambiguidade sobre a educação da neta, pois ao mesmo tempo em que deseja passar a responsabilidade para os pais da neta: *mas assim eu não entro muito no meio não porque os dois que têm que se virar, eles pôs no mundo*, recua, e ao explicar melhor a situação apresentou até alteração no tom de voz: *Não implica porque eu não permito, já que não dá conta sozinho então não pode... não pode se meter.*

No estudo constata-se que os avós não relataram conflito com seus filhos em relação ao cuidado com a saúde bucal infantil, os casos de conflito foram devido à educação e em torno da permissividade dos avós em oferecer guloseimas aos netos. Entretanto Moraes (2008) observou conflitos intergeracionais no âmbito familiar, entre as avós e suas filhas em relação ao cuidado com a saúde bucal infantil. Já Cardoso (2011) averiguou que a ausência dos pais no dia a dia com os netos é o principal motivo para o conflito familiar. Enquanto Lins de Barros (1987) explica que a ideia de conflito se apresenta em todas as relações sociais, não é necessariamente destruidor de uma família se persistir o afeto nessas relações.

Quanto ao limite entre ser mãe e avó, algumas avós expressaram claramente a distância entre os papéis, como a seguir:

Eu sempre coloquei o limite de mãe e de vó, igual, tipo assim, ela novinha começou a me chamar de mãe, (...): Não sou sua mãe, sua mãe é (...), eu sou vovó, eu sempre cortei, nunca deixei não. (D. Lúcia, 58 anos).

Porque a gente pode dar ela de tudo... Muito amor, mas o cantinho da mãe é maior... ninguém substitui esse canto da mãe (D. Luzia, 55 anos).

É eu sou avó, não sou mãe dela (D. Luzia, 55 anos).

De acordo com as falas a seguir, observa-se que algumas avós conseguiram conciliar o papel de avó e de mãe:

E faço papel de mãe também, porque o que é certo é certo, o que é errado é errado, não tem esse negócio não..., que eu vejo muita vó: Ah eu sou vó, não tenho que... Lógico que tem que, principalmente hoje você tem que ajudar os pais (D. Lúcia, 58 anos).

É rotina mesmo de uma mãe cuidando de um filho, que ele fica nas férias o período todo é comigo (D. Vera, 52 anos).

Quando a mãe não pode vim, aí eu tenho que ficar...aí sinto muito assim esse negócio, essa responsabilidade...mais pra mim (D. Márcia, 66 anos).

Entretanto, D. Márcia (66 anos) relatou certa ambiguidade ao exercer o papel de avó, pois os pais da neta tendem a vê-la como perfeita.

Eu não quero intrometer, se é que eu posso usar essa palavra, que a gente vê que não é bom mesmo, depois acho que até os pais acaba achando bom... que a vovó é perfeita, né? Aí eu fico nesses dois lados, meio assim sabe (D. Márcia, 66 anos).

Analisando as falas dos participantes do estudo, constata-se que o papel da avó está vinculado à questão de mais carinho, mais tempo para os netos, fazer mais as vontades deles, além de referirem que não puderam fazer para os filhos.

Tem que fazer o que a gente não pôde fazer pros filhos a gente faz pros netos, né? (...). Não sei se é mais carinho, mais tempo, né? Talvez seja mais tempo, que faz mais as vontades dos netos do que dos filhos, é que dos filhos a gente não tinha muito tempo, mas neto tem mais tempo, faz toda a vontade (D. Helena, 53 anos).

Avó faz tudo, né? (risos) (D. Helena, 53 anos).

É...como se fosse filho, né? É... ah, é um amor é muito mesmo (D. Rute, 64 anos).

Hoje em dia nós tem mais tempo na verdade. Ficou mais bobo os avós, mais bobo (D. Rosa, 55 anos).

Cardoso (2011) verificou que as avós ajudam na tarefa de cuidar dos netos por considerarem que os pais das crianças trabalham muito e ficam ausentes, entretanto algumas avós admitiram que essa atribuição não fazia parte dos seus planos, pois interfere no seu tempo livre e até na relação com o seu cônjuge. Entre as avós que conseguiram limitar o tempo de cuidar das crianças, estas disseram que se ficassem mais com os netos poderiam ter conflitos na relação com eles ou com seus filhos.

Outra avó demonstrou responsabilidade em prover os netos: *são meus netos, né? Já mora aqui comigo, aí eu compro.* (D. Helena, 53 anos). Outros avós demonstraram que assumem o papel de mãe, por opção própria, e mostram sua disponibilidade de cuidado por não trabalhar fora.

Ah, ela é mais minha, né? (risos) (D. Lúcia, 58 anos).

É porque eu gosto mesmo, né? Virou, virou filha mesmo (D. Lúcia, 58 anos).

Aí eu não trabalho (fora) (risos), *aí eu que tomo conta* (D. Luzia, 55 anos).

É porque a mãe trabalha, mãe e pai trabalha, aí eu tenho mais condições (Sr. João, 54 anos).

Eu sinto ele mais meu filho do que neto (risos), *entendeu?* (Sr. Jairo, 59 anos).

D. Luci (49 anos) disse que criou as netas desde bebês, devido à irresponsabilidade da mãe, pois das duas netas que cria apenas uma é filha do seu filho. É interessante ressaltar que a avó sempre se refere às crianças como sendo netas da mesma forma, e alega que o seu filho é um pai sempre presente:

Mesmo antes, porque antes quando os pais... O meu filho com a mãe dela tava juntos, eles moravam comigo por uns tempos, depois eles mudaram... Aí as meninas continuaram muito na minha casa... Depois separou... As meninas continuaram quase que comigo mesmo... Depois eu pedi a guarda delas, que tem assim, definitivo, tem três anos (D. Luci, 49 anos).

Para as avós participantes do estudo de Cardoso (2011), criar os netos é uma atribuição que vai além do cuidar, pois assumem todas as responsabilidades. Os avós, ao terem a guarda definitiva, assumem a criação integral de um neto (MAINETTI; WANDERBROOCKE, 2013). A continuação dos discursos de D. Luci (49 anos) retrata bem essa situação:

De levar ao pediatra, e todo o resto, de ir em reunião, tudo eu acho que é de pai e mãe, mesmo assim eu tendo a guarda eu vou ser assim mãe das meninas, de criança de novo... Eles falam que isso não é obrigação. Uê, se eu sou mãe delas e avó então eu tenho que dar as ordens em tudo, eu que tenho que controlar tudo.

No final, ao assumir que desempenha os dois papéis de mãe e de avó, admitiu que foi mais fácil criar os filhos do que está sendo criar as netas:

Mas foi bem mais fácil assim cuidar dos meus, criar os filhos, foi mais fácil do que criar netas (D. Luci, 49 anos).

Peixoto (2000, p. 101) relata que criar “possibilita a construção de uma relação permanente, pois trata-se de manter e educar os netos”, enquanto cuidar pode ser por um período longo, mas não é contínuo. Este dado chama atenção para o fato de o papel dos avós que apenas cuidam diferir daqueles que assumem a criação das crianças, pois precisam impor mais regras e limites, o que para Lins de Barros (1987) significa desempenhar o papel de avós com autoridade e afeto. Com a colocação da avó participante do estudo verifica-se que a responsabilidade relativa ao bem-estar das crianças não é um ato de obrigação, pois ela é a mãe. Esse dado corrobora com o de Mainetti e Wanderbroocke (2013), que relataram que a função materna sobrepôs ao papel de avó.

Baseando-se na Teoria Bioecológica, constata-se que o cuidado com a saúde bucal poderá tornar-se um ato efetivo na produção de novas condutas e hábitos de saúde orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde bucal, se a relação diádica estabelecida entre avós e netos respeitar os requisitos para a formação de uma díade desenvolvimental.

De acordo com Bronfenbrenner (1996, 2012), as seguintes condições devem ser observadas, tais como, o princípio da reciprocidade, que representa as influências mútuas entre o ser cuidador e o cuidado, assim como apresentar complexidade progressivamente crescente, gerando mutualidade de sentimentos positivos, com adequado envolvimento afetivo e alteração gradual no equilíbrio de poder, a partir do qual tanto os avós como os netos se beneficiam do processo de cuidar.

No presente estudo infere-se que os avós podem contribuir de maneira significativa com a saúde bucal dos netos desde que consigam tornar essa relação

avós/netos uma díade desenvolvimental em que se observam os requisitos básicos para o desenvolvimento humano tanto dos avós como das crianças. Dentro do microsistema da vida familiar, essa díade avós/netos pode se expandir com a formação de tríades, os avós/filhos/netos, sendo que as mesmas podem apresentar conflitos, sentimentos ambíguos e até estímulos que promovam mudanças no processo de desenvolvimento das pessoas envolvidas.

Deve-se também estender esses mesmos princípios para as outras interações que possam se formar a partir da díade avós/netos tanto no mesossistema, como no macrossistema, por exemplo, as tríades formadas pelos avós/netos/dentista, avós/netos/profissional da saúde, avós/netos/serviço de saúde, e assim por diante.

Com essa visão ampla de todas as possibilidades de interação e desenvolvimento das pessoas envolvidas, constata-se que diante da multicausalidade dos fenômenos relacionados à ocorrência de problemas bucais em crianças torna-se necessário que as políticas públicas voltadas para a saúde coletiva e os profissionais de saúde no atendimento individual promovam ações efetivas que possam interferir positivamente nessa confluência de fatores em prol de uma adequada saúde bucal.

3.4.2 O costume dos avós de oferecer guloseimas aos netos

Ressalta-se que neste estudo, ao fazer o questionamento sobre o uso das guloseimas pelos netos, não houve intenção por parte da pesquisadora de relacionar diretamente este fato com a ocorrência da cárie dentária, pois teria que estender a pergunta para a frequência, o tipo e até mesmo a consistência dos alimentos; entretanto o objetivo foi apreender se os avós ofereciam ou não guloseimas com o intuito de agradar os netos.

Os avós demonstraram ser mais permissivos em relação às guloseimas, mesmo diante do conflito com os pais dos netos e exprimiram uma vontade de agradar os netos. As falas seguintes ilustram bem esse fato:

Sou uma dessas, a minha filha briga, o pai briga, mas eu não consigo muito não, mas eu preocupo, no fundo eu sou assim, mas eu preocupo, eu tento segurar um pouquinho sabe... (D. Márcia, 66 anos).

Aí minha menina fala assim: “Ô pai, mas eu não cansei de falar com o senhor que não pode ficar agradando muito neto, dando bala,

dando chiclete, dando pirulito..., se o senhor tivesse atendido eu não precisava tá mexendo com dentista agora não” (Sr. Juca, 65 anos).

Ela reclama, ela fala muito: “Ô pai, senhor não pode ficar dando tudo quanto há que seu neto pede não” (Sr. Juca, 65 anos).

Para justificar sua atitude uma das avós, em um dado momento, argumentou que a neta fica *mais feliz*, disse que tenta controlar, apesar das inúmeras reclamações da filha. Outra avó disse que os netos pedem muito, e um pouco antes da entrevista já os havia levado para comprar balas. No entanto, depois de algumas explicações, concluiu: *chegou e já escovou o dente* (D. Ana, 60 anos).

Segundo Lins de Barros (1987), o fato de os avós fazerem a vontade dos netos, num confronto com os pais da criança, é parte de uma aliança entre avós e netos em termos de criar uma confiança entre eles e da construção dessa relação. Essa cumplicidade entre avós e netos levanta a discussão sobre o poder e a autoridade dos avós no momento que exclui os pais da criança. Aratangy e Posternak (2006, p.12) orientam que se estabeleça um vínculo entre os avós e os pais de “ajuda mútua, mais do que de interferência e competições”.

Rossi, Moreira e Rauen (2008) relataram que os pais desempenham um papel crucial no que diz respeito à compra e ao preparo dos alimentos, além do controle da qualidade dos alimentos ingeridos, uma vez que as preferências alimentares das crianças são influenciadas pelas suas escolhas e seus hábitos alimentares. A constatação da influência dos pais na alimentação das crianças implica também as preferências alimentares dos avós, pois eles permanecem um bom tempo com os netos.

Outra avó, D. Elza (63 anos), alegou que fica pouco tempo com as netas e ao oferecer guloseimas não age de forma irresponsável, pois sabe que elas cuidam muito bem da higiene bucal. Entretanto, D. Ana (60 anos) falou que nem é preciso oferecer guloseimas às netas, fez menção ao chiclete, pois *elas já chega mascando*, mas referiu que intervém com advertências apenas quando *os netos estão comendo muitos doces*, na tentativa de colocar limites na ingestão. D. Lúcia (58 anos) citou que no passado, devido à desinformação, *ninguém falava nada* a respeito do consumo das guloseimas, reiterou que não tem costume de oferecer doces e que impõe algum controle para o consumo na família.

Gomes e Da Ros (2008, p. 1083) apresentam um amplo debate teórico de que a cárie pode ser considerada uma doença social e citam vários estudos que consolidam o açúcar como o “arquiinimigo” dos dentes. Albuquerque (2012) encontrou mulheres que

conheciam a relação entre o consumo de açúcar e sua associação com a cárie dentária, porém ofereciam balas e doces como demonstração de carinho e agrado com as crianças. Já Unfer e Saliba (2000) ressaltam que a influência da dieta na ocorrência e na prevenção da cárie dentária adquiriu papel secundário no processo.

A avó D. Helena (53 anos) esclareceu que não é costume da família o consumo de guloseimas e que como regra não permite *esse costume de comer doce à noite*. Ela acrescentou dizendo sobre a neta que fica mais próxima, *a gente não acostumou*, contudo percebe que a neta que é criada mais distante já tem o hábito de consumir mais guloseimas e questiona o filho, que é o pai da criança, sobre esse hábito.

Abegg (2004) explica que as crianças aprendem e adotam comportamentos e hábitos condutores à saúde bucal no ambiente familiar por meio do processo de socialização, este se divide em primário, secundário e terciário, desenvolvendo-se, respectivamente, na infância, adolescência e vida adulta. A socialização primária corresponde a uma fase muito importante, pois é quando as crianças estão ávidas por aprender e se identificam com as atitudes e os hábitos familiares em relação à saúde bucal.

A avó associou a questão do uso das guloseimas pelas crianças como algo errado. (D. Rute, 64 anos) explicou que *não incentivo coisa errada*, porém conta que o avô compra muitas guloseimas: *se deixar ele dá, ele dá*, sugerindo que a resposta foi para impressionar a pesquisadora, tirando dela toda a culpa.

Já outra participante, D. Luci (49 anos) demonstrou uma singularidade em sua resposta, o que pode estar relacionado ao fato de ela ter a guarda judicial de duas netas. Em sua fala associou o consumo das guloseimas como forma de recompensa, e entre risos, portanto com tom autoritário, foi respondendo que não oferece guloseimas para as netas como forma de agrado e muito menos como recompensa, disse que estabelece regras em relação ao consumo de doces. Segue o relato:

Eu não sou mãe com açúcar (...), nunca passei mão na cabeça de filho, de dar docinho é igual quando cê tá estimando um bichinho de estimação, quando ele faz uma coisinha você vai e dá um biscoitinho de ração. Por exemplo, só come doce na minha casa depois que termina de almoçar, só... balinha às vezes, vez ou outra, coisa rara, raríssima, mesmo, bala. Fico corrigindo de comprar bala, porcaria essas coisas, eu não gosto, não dou...(D. Luci, 49 anos).

São inúmeros os apelos publicitários nos meios de comunicação promovendo o consumo de produtos contendo altos teores de açúcares associados à demonstração de carinho, afeto e até mesmo como recompensa, sendo socialmente aceitáveis. Nesse sentido, Unfer e Saliba (2000) ponderam sobre a desvantagem das mensagens educativas de promoção da saúde bucal com o incentivo ao uso racional do açúcar. Luz (2014) sugere que a orientação educacional em saúde deve ter como objetivos a transmissão de informação nutricional e a mudança de costumes, e que ela seja direcionada, principalmente, à família.

Constatou-se nos discursos uma variedade de aspectos que envolvem o costume, já culturalmente aceito, dos avós agradarem os netos oferecendo-lhes guloseimas. Os avós pesquisados admitiram oferecer guloseimas aos netos, com destaque para os avôs que são mais permissivos, mesmo diante do conflito com os pais. Para alguns avós a guloseima foi vista como “coisa errada” e não é usada como recompensa ao neto. Foi possível perceber que em algumas famílias o consumo da guloseima é feito com controle, com regras e responsabilidade.

Em síntese, na análise dos dados que se destacaram na categoria das vivências dos avós, ficou evidente que as experiências passadas foram marcadas pelo não cuidado com a saúde bucal, fator decisivo para motivá-los a tomar atitudes diferentes com filhos e netos. As vivências que os avós tiveram em sua infância foram ressignificadas a partir do momento que passaram a cuidar dos seus filhos, e fortalecidas agora com o cuidado dos netos, o que gerou a construção de novos significados acerca da saúde bucal.

3.5 Crenças e valores

Ao expor e discutir os resultados do último objetivo específico salienta-se como limitação do estudo a dificuldade para identificar as crenças em relação à saúde bucal dos avós estudados. Os questionamentos realizados pela pesquisadora foram muito direcionados para as crenças apresentadas, os participantes do estudo apresentaram pouco entendimento sobre os temas ou não quiseram se expor. O resultado do *software* Alceste© confirmou esta constatação, visto que a palavra de maior ocorrência nessa classe foi “ouvi”, o que significa que os avós se limitaram a responder *já ouvi falar* ou *não ouvi*. Entretanto ressalta-se que os dados obtidos apresentaram aquilo que os avós acreditam e vivenciam em seu cotidiano em relação às crenças avaliadas.

Dela Coleta (2010) realizou estudos na área da saúde com o propósito de identificar incongruências entre as crenças e as condutas que os indivíduos apresentam, assim como, os benefícios percebidos e as barreiras percebidas diante do comportamento ou suas consequências. Na presente pesquisa também foi possível identificar as crenças dos avós sobre determinados comportamentos que podem influenciar a saúde bucal infantil.

Entre as pessoas, no senso comum, existem algumas crenças, confusões e mitos relacionados à saúde bucal das gestantes (PRESTES et al., 2013), o que também pode ser confirmado pelos relatos a seguir.

Bom, eu até o 18 ano tava com meus dentes completo, depois que eu fui perdendo por causa da gravidez, as pessoas perdia muito dente. Eu tive problema na gravidez (D. Ana, 60 anos).

Mulher grávida sente dor de dente, né? (D. Lúcia, 58 anos).

Eu já ouvi falar que fica fraco (dente), não sei mais o que, mas eu acho que não é certo não, né? (D. Ana, 60 anos).

Percebe-se que as avós estudadas relataram problemas bucais durante a gravidez, e provavelmente acompanharam a gravidez das filhas e das noras, porém não apresentaram conhecimento suficiente sobre o assunto, pois durante as falas expressaram muitas dúvidas em relação à saúde bucal das gestantes.

A gestação é um acontecimento fisiológico cujas alterações biológicas como o aumento dos hormônios sexuais femininos têm um importante papel na ocorrência de alterações bucais. Nesse sentido, a gengiva torna-se mais sensível, além do fato de que a menor capacidade estomacal faz com que a gestante diminua a quantidade de ingestão de alimentos durante as refeições e aumente sua frequência. Esse comportamento pode resultar em um incremento de carboidratos na dieta, o que, associado ao descuido com a higiene bucal, aumenta o risco de cárie (PRESTES et al., 2013). Os autores sugerem a disseminação de informações sobre a saúde bucal materno-infantil para maior conscientização e prevenção nessa fase da vida da mulher.

As crenças que envolvem o aleitamento materno quase nem foram citadas neste estudo. As falas se pautaram em torno da sua importância, do tempo que os filhos foram amamentados, assim como demonstraram incentivar as filhas, como a seguir:

A amamentação dele (o neto) foi só peito, ele nunca teve mamadeira. Largou o peito com 1 ano e pronto, não pegou mamadeira de jeito nenhum (D. Rosa, 55 anos).

No peito eu sempre orientei, porque igual eu criei todos os três no peito, todos os três foi até 1 ano, 1 ano e oito meses foi no peito (D. Lúcia, 58 anos).

O leite materno é muito importante, né? Não, eu nunca fiz na mamadeira, era no peito, mamava 1 ano e pouco, assim daí a pouco já era comidinha mesmo (D. Leda, 74 anos).

Marques et al. (2011) verificaram que os mitos e as crenças relacionados ao aleitamento materno são comuns em nosso cotidiano há séculos, e discutiram os mais populares, entre eles, as crenças do leite fraco e “os seios caem com a lactação”, como mito o do leite insuficiente, “o bebê não quis pegar o peito” e o “o leite materno não mata a sede do bebê”. No entanto não abordaram a crença de que o leite materno não tem açúcar, como foi citado pela avó, da seguinte forma: *sem açúcar, sem nada* (D. Maria, 55 anos).

A literatura científica enumera uma série de benefícios da amamentação natural tanto para a mãe quanto para o bebê. Na composição química do leite materno, a lactose representa o “açúcar”, sendo considerado como responsável pelo aparecimento de cárie na primeira infância, entretanto muitos estudos defendem sua não cariogenicidade (LEMOS et al., 2012).

Em virtude de a cárie ser uma doença multifatorial, o que a torna suscetível à presença de fatores confundidores, por exemplo, a introdução precoce da sacarose na alimentação do lactente e o início tardio de hábitos de higiene bucal, constatou-se que não há evidências científicas adequadas que associem o aleitamento materno com a Cárie Precoce da Infância, principalmente quando ele é a única fonte de alimento do bebê (LEMOS et al., 2012). O relato a seguir ilustra bem essa controvérsia:

Engraçado que a (...) mamou até os 3 anos (...), ficava praticamente ficava só no peito. Aí na época a gente não tinha aquela...orientação, meu marido achava que só peito era suficiente, não oferecia... não comprava as fruta pra mim dá as coisas que... de uma alimentação mais forte. Aí eu não sei, eu não entendi porque (...) perdeu os dentes tudo (D. Ana, 60 anos).

Há de se considerar o bom senso por parte da família, dos profissionais de saúde e das políticas públicas quanto ao incentivo ao aleitamento materno, observando que o

período preconizado para que seja exclusivo é durante os seis primeiros meses de vida da criança (OMS, 2016), período que o bebê ainda tem poucos dentes.

O uso da mamadeira e suas implicações gerou um farto material a ser analisado, foram pontuados os aspectos mais significativos, como por exemplo:

Amamentou até depois de grande, mamadeira... Ela mamou até... quer ver, ela tem ela vai fazer 9 ano... ela mamou até 8 ano e chupou bico até 8 ano. O bico custou pra mim conseguir tirar a chupeta dela. Eu mostrava pra ela, falava com ela assim o dente vai ficar todo torto, aí depois tem que por um arame e travar e puxar e dói muito. Assim mesmo ela custou (D. Luzia, 55 anos).

Mamou mamadeira uns tempo, mas sabe como que ela mamava? Dormindo, só dormindo... mas eu incentivo muito igual mamadeira (D. Rute, 64 anos).

Mamadeira sim... (...). Usou mamadeira porque a mãe não tinha juízo, não amamentou nada então... tinha leite, mas a menina pegou mamadeira logo em seguida (D. Luci, 49 anos).

É bom que interte bem a criança, né? Que às vezes fica meio nervoso... Põe na mamadeira... Mas acho que a mamadeira não é muito... Eu acho assim que uma hora às vezes fica mais quente outra hora mais frio, mais temperado. Eu acho que mamadeira é raridade ela ficar igual toda hora e o leite do peito (D. Leda, 74 anos).

De acordo com os relatos, destaca-se como benefício percebido pelas avós, em relação ao uso da mamadeira o fato de que a criança fica mais calma, além de ser uma forma de promover o desmame do peito. Quanto às barreiras desse hábito, citaram os dentes tortos devido ao uso da mamadeira, a irresponsabilidade da mãe por não oferecer o leite materno e até mesmo como um costume da família como D. Vera (52 anos) afirmou: “a gente acabava dando uma mamadeira pra ele”.

Foram diversas as explicações dos avós quanto ao uso da chupeta pelos netos. A seguir têm-se as falas que ilustram bem a opinião dos avós estudados e o benefício percebido por eles em relação a esse hábito, que foi o de acalmar a criança:

Pra começar a chupeta eu dei com três meses (...) chorava tanto eu não esqueço disso e foi uma bronca, quer dizer a (...) foi me cobrar depois isso sabe, que queria tirar a chupeta dela, eu falava assim: Ah não (...), deixa mais um pouquinho, ela fez 2 aninhos vai tirar a chupetinha dela”...O marido dela mesma coisa, nervoso com a chupeta (...), eu falava assim: “Ah meu Deus, por que que não deixa mais um pouquinho, nem que seja um pouquinho... Mas ela parou com 3 aninhos... ela acalmou, porque ela chorava muito” (D. Márcia, 66 anos).

Ele teve foi chupeta, porque ele chorava demais, e o que calou ele foi chupeta (D. Rosa, 55 anos).

Constatou-se que alguns avós não estimularam o uso da chupeta, deve-se ressaltar que a experiência anterior que tiveram com os filhos foi relevante para essa posição.

Chupeta até foi a tia, a outra (...), que deu, porque por mim nem dava, porque o meu mais velho chupou então pra tirar foi uma briga, ele chupou bico até 7 anos, mas aí foi ideia deles lá (D. Helena, 53 anos).

Eu importava que meu filho mais velho chupava chupeta, aí eu nunca gostei de chupeta. A (...) usava, né? Uma na boca e outra pra arrastar pro chão afora (a neta) (D. Luci, 49 anos).

As avós estudadas que vivenciaram essa experiência com os filhos sabiam da dificuldade de tirar o hábito da chupeta, porém não conseguiram influenciar de forma positiva, pois, alguns netos adquiriram o hábito, como pode ser constatado a seguir:

Aí ela (neta de 4 anos) chegou já quero chupeta. Aí eu já peguei e dei, ela acalmou um pouco, na hora que esquece um pouquinho da chupeta a gente vai e tira (D. Helena, 53 anos).

Outras avós reconheceram a importância do controle no uso da chupeta e até sugeriram alternativas, demonstrando ter mais experiência.

Aí depois ela pediu, né? Bem mais tarde. É vovó danada... Cê tomou"... (risos). Ela me chama de danada... você pegou minha chupeta, cadê ela? Aí eu dei, né? Já tava de tardinha aí eu dei... Mas eu já falei pelo menos durante o dia tira a chupeta dela, não tem necessidade, deixa só pra de noite, e mesmo assim dormiu... tirou, porque se não vocês não vão conseguir tirar não (D. Lúcia, 58 anos).

A gente usava trocar as coisas com ela, queria um brinquedo a gente falava eu troco pela chupeta. Não quero (Sr. Juca, 65 anos).

Percebe-se que as avós estimularam o uso da chupeta como forma de acalento para os netos, contudo sentiram-se cobradas na época da retirada do hábito. Entre as que não estimularam o uso da chupeta, a experiência anterior com os filhos foi relevante, porém não foi decisiva quanto ao impedimento da instalação do hábito pelos netos. Já outras reconheceram a importância do controle no uso da chupeta e até sugeriram alternativas.

O uso da mamadeira e da chupeta já está arraigado em nossa sociedade. Segundo Oliveira, Botta e Rosell (2010), a atenção precoce à criança visa reduzir as chances de desenvolvimento de problemas bucais causados por esses hábitos de sucção nocivos, além da criação de hábitos de higiene bucal. Djehizian e Spínola (2005) relataram que a partir do desmame a dieta da criança passa a ser introduzida de acordo com as referências da família, com seus valores e suas crenças. Os autores apresentaram o resultado de um estudo em que as mães eram orientadas a não oferecer nenhum alimento usando a mamadeira como veículo, entretanto 55% destas afirmaram que usaram ou usam a mamadeira para alimentar seus filhos. Verifica-se a importância de estender a atenção aos avós, pois eles, principalmente no início de vida das crianças, são os primeiros responsáveis pelo cuidado infantil.

As avós entrevistadas contaram várias histórias relacionadas à crença popular de que antibiótico provoca cáries nas crianças, todavia sempre com algumas ressalvas e dúvidas sobre esse assunto, como a seguir:

Eu acho que não, porque (...) ele tomou muito antibiótico, era direto tadinho, nossa ele tinha tudo (risos), ele teve problema no dente, mas não foi tanto assim (...), também tomou muito antibiótico (...), não tem nada (D. Lúcia, 58 anos).

Posso até tá errada, mas já ouvi falar, sim, se tomar muito antibiótico estraga os dentes (D. Helena, 53 anos).

Era o tempo todo xarope, dava o xarope e dormia, mas o antibiótico ouvi muito falar que estragava o dente. (D. Rute, 64 anos).

D. Márcia (66 anos) alegou que não acredita que o antibiótico provoca cáries, entretanto cita que a mãe falava sobre isso e que agora recentemente ouviu uma pessoa comentando sobre essa relação. Segue o recorte da sua fala:

Eu não acredito não, né?... Nada né?... Toma antibiótico... Minha mãe mesmo falava, falava com a gente: “É bobo, seus dente é assim... é que vocês não tomam muito antibiótico, quem toma antibiótico, quem toma antibiótico os dentes estraga tudo” E pouco tempo eu vi uma mulher falando isso. Se é verdade não sei, deixa pra lá, hoje não tô querendo nem saber... (risos).

Concluiu expressando que não se importa e nem quer saber se o uso do antibiótico é maléfico ou não para os dentes, demonstrou com ar de graça que agora não precisa se preocupar mais com esse fato. Melo et al. (2007) relataram que a maioria das gestantes pesquisadas acredita que o antibiótico causa cárie, que muitas não sabiam e só

algumas conheciam que o verdadeiro vilão para a saúde bucal é o açúcar contido no antibiótico. Neste estudo constatou-se que os avós têm pouco conhecimento sobre esse tema, pois havia a incerteza explícita nas falas.

Outra temática avaliada foi em relação aos dentes decíduos, popularmente conhecidos como dentes de leite. Vários avós relataram que na infância acreditava-se que não era necessário cuidar dos dentes de leite, como retratam as falas a seguir:

É a gente não dava importância que eles falava assim: “Vai nascer outro, vai cair (...)” Ai a gente não ligava, né? Mas agora a gente vê que tem que cuidar desde novinho... desde que nasce, né? O cuidado, por exemplo, que eu não tive de olhar primeiro (D. Ana, 60 anos).

Nem falava, a gente perdia mesmo, dente estragava, como dizia ia trocar mesmo (D. Helena, 53 anos).

Era dente de leite... caía os dentinhos da gente, a gente mesmo tirava, não lembro nem da minha mãe tirando (D. Luci, 49 anos).

Eu acho bom porque você já tá começando a cuidar, e pra ele saber dos cuidados que têm que ter também, porque ele vai tomar uma responsabilidade, saber que tem que ser cuidado e quando os outros dentes vir também já, né?, já vão vir às vezes sem problema também... Uns dentes mais cuidados também (D. Vera, 52 anos).

Eles falava assim, dente de leite, mas a gente não tinha... Sei lá, não entendia também nada, né? (D. Leda, 74 anos).

Antigamente era uma diferença boa, né? É porque já vai tratando deles e evita de mais pra frente, futuramente estragar (Sr. João, 54 anos).

Aquela época, nossa, não existia esses trem não. Hoje que existe esse negócio de dente de leite, na roça, o dente crescia lá mesmo, caía por lá mesmo, depois nascia de novo... E hoje em dia é tudo diferente. Dente de leite era jogado pro telhado a fora. Hoje nasce um dente de leite a pessoa quer colocar dentro de um copinho de lembrança quando o menino tiver mais grande ver que o dentinho dele tá ali dentro (Sr. Juca, 65 anos).

Eles falavam que não precisava cuidar... Ir ao dentista... Ficar escovando porque com 6, 7 anos trocaria... Então só depois dessa época que ia passar a ter mais cuidado (D. Maria, 55 anos).

Antes a gente não sabia de nada disso... Ah, é dente de leite mesmo pode deixar estragar...É vai cair e vai vim outro, ninguém... a gente nunca teve uma informação, uma explicação que aquele ia estragar o outro (D. Rosa, 55 anos).

Diante da comparação que fizeram com o passado, constata-se que os avós já apresentam uma nova visão da importância do dente decíduo e atribuíram importância ao cuidado deles desde cedo:

Dente de leite que faz diferença (D. Elza, 63 anos).

É importante porque pros próximos que vão vir, né? Crescer... nascer saudáveis (D. Maria, 55 anos).

Muito importante, se cuidar dele vai demorar mais pra cair, pra nascer o outro (D. Luzia, 55 anos).

Acho muito bom..., certinho, tranquilo deve mesmo, acho que se tivesse um jeito de começar o quanto antes seria melhor (D. Márcia, 66 anos).

Porque seria o correto, né?(...), porque geralmente quando nasce os dentinhos de leite são perfeito, os dentes permanentes não são tão perfeitos como os de leite, depois se os pais não cuidam (D. Luci, 49 anos).

Eu acho que é pro bem do outro que vem (Sr. Jairo, 59 anos).

De acordo com os resultados do Projeto SBBrasil (2010), aos 5 anos uma criança brasileira possui, em média, 2,43 dentes com experiência de cárie e menos de 20% deles estavam tratados no momento em que os exames epidemiológicos foram realizados (BRASIL, 2011). Diante desse quadro, as ações educativas devem ser voltadas para o esclarecimento da função e da importância dos dentes decíduos. Eles participam do processo de mastigação e deglutição adequadas dos alimentos e, conseqüentemente, da digestão, o que mantém em equilíbrio harmônico o crescimento de dentes, ossos e músculos. Além disso, um dente de leite comprometido seriamente por um processo de cárie poderá levar a uma infecção e afetar a formação do dente permanente, o que, conseqüentemente, poderá comprometer a estética, a fonação e a qualidade de vida infantil (BARROS, 2007).

Nesta pesquisa constatou-se uma grande mudança de comportamento dos avós diante do tema dentes decíduos. Vale lembrar que eles acompanham seus netos ao serviço de saúde bucal, o que supõe que já receberam algum tipo de informação. No entanto as ações educativas devem promover a conscientização de forma adequada ao entendimento dos responsáveis pela criança, reforçando a importância dos dentes decíduos para a saúde geral e o desenvolvimento da criança.

Muitas são as dificuldades encontradas, tanto por parte dos profissionais da área odontológica como das famílias, diante das crenças e dos mitos, considerados como barreiras culturais e psicossociais (DJEHIZIAN; SPÍNOLA, 2005), em relação à gravidez, ao uso da mamadeira, da chupeta e do antibiótico pela criança e sobre a importância dos dentes decíduos.

Conforme salienta Lins de Barros (2013, p. 3), a partir das narrativas é possível identificar a construção de sentido, “as mudanças significativas de uma geração para outra, apontando o caráter de construção de sentido dado por elas, ao longo da vida, a seu lugar, nos diferentes contextos de interação social”. Averiguou-se na referida pesquisa através das falas que as mudanças percebidas e relatadas convergiram para a construção do sentido de valor à saúde bucal.

Os relatos sempre vinham acompanhados de uma comparação, “*as coisas são melhores*”, “*os netos têm muita mordomia*”, “*os avós são mais bobos*”, porém ficou sempre nítido que apesar das dificuldades com os filhos, a assistência à saúde bucal é melhor. As comparações se iniciaram a partir da forma como foram criados:

Quando cheguei a ir dentista eu tinha perdido os dentes tudo, uai... Não tinha nem condições... Eu sempre eu falo com a (...) que ela mais meus filhos nasceram em berço de ouro, porque ó a gente não sabia nem o que era brinquedo (D. Luzia, 55 anos).

Depois já começaram a reconhecer uma melhora e evolução da assistência odontológica e a falarem em facilidade, citaram que os filhos adquiriram mais conhecimento e consciência sobre a importância da saúde bucal, realçando a diferença de cuidados em cada geração:

Que tinha acesso a dentista na Universidade, então foi mais fácil pros meus filhos do que foi na... meus pais comigo, naquela época era mais diferente, mais difícil, então eu fui sempre levando eles sabe, cuidar, ensinar pra tudo (D. Maria, 55 anos).

É e não era essa facilidade como é hoje...hoje tá bão demais, hoje tem muita assistência (D. Ana, 60 anos).

Ao longo da conversa os avós fizeram uma comparação das suas atitudes com a dos seus pais, reconheceram a diferença de postura dos pais em relação ao cuidado com a saúde bucal, marcada pela falta de incentivo e de tempo. Encontramos nos discursos de D. Maria (55 anos), D. Luci (49 anos), D. Vera (52 anos) e Sr. Jairo (59 anos) considerações relevantes de como adquiriram orientações e conhecimentos sobre saúde bucal:

Acho que mudou demais, uma que a situação era bem mais difícil pros pais, era muitos filhos, tinha pouco cuidado, não tinha nem tempo (Sr. Jairo, 59 anos).

Na escola as professoras já explicava, já ensinava os cuidados com os dentes que a gente deveria ter, e então a gente foi aprendendo (D. Maria, 55 anos).

No início, logo que nasceu os dentinhos de leite, quem orientava era a nutricionista, pra ficar limpando com pontinha de fralda quando... (D. Luci, 49 anos).

Deixa eu te falar, porque a gente teve aquela experiência de filho... Então, aí você passou, cuidou de dois filhos... E ele... Você já tem mais sabedoria pra cuidar dele, da saúde, de tudo você tem mais experiência e mais tranquilidade, porque você já tem experiência (D. Vera, 52 anos).

Ao analisar a fala de D.Vera (52 anos), percebe-se que ela citou que recebeu orientações de como cuidar dos dentes do filho por meio da nutricionista. Esse dado é bem entendido ao atentar para o fato de que na DSA/UFV, desde a sua criação, é desenvolvido um trabalho de atenção materno-infantil, com orientações de puericultura que abrange os cuidados com a saúde bucal (UFV, 2014).

Segundo Petry e Pretto (2008), a aquisição de conhecimentos sobre saúde bucal na primeira infância tem um grande impacto no desenvolvimento de hábitos saudáveis para a saúde bucal infantil. Vale salientar que D. Maria (55 anos) foi a única que citou que recebeu na escola orientações sobre saúde bucal. De acordo com Narvai e Frazão (2008), nos anos de 1950 foi implantado um programa de odontologia escolar, com poucos resultados positivos, devido à precariedade gerencial, à falta de recursos e à ausência de enfoque epidemiológico.

Para os filhos, mencionaram que tinham assistência odontológica e relataram o comportamento diferente dos pais.

Meus filhos nunca foi muito de ter dente estragado... Não pode esperar o dente doer, hoje quase ninguém reclama dor de dente também não (D. Rosa, 55 anos).

Hoje tem um dentista bom pro meu neto. Nossos filhos antes já não tinham aquele dentista assim específico que era só ele e pronto (D. Rosa, 55 anos).

E concluíram que para os netos é ainda melhor.

Esse negócio de dentista de coisas que a gente preocupa hoje, tem que levar no dentista... eu acho que pras netas de repente é até melhor do que para os meus filhos... (D. Luci, 49 anos).

Também relacionaram os cuidados que hoje os filhos dispensam aos netos, com destaque para as seguintes falas:

Aquela preocupação é muito grande, é tudo direitinho, eu vejo com as minhas netas (D. Elza, 63 anos).

Eu vejo essas crianças hoje assim bem cuidada, os pais cuidam, levam ao dentista também, cuida tudo muito bem (D. Márcia, 66 anos).

E completaram dizendo que *hoje em dia é muito diferente, agora a gente incentiva pros netos, pros filhos (D. Helena, 53 anos). Hoje, por exemplo, acho que é bem melhor, claro, do que era antes (D. Luci, 49 anos).*

Denota-se uma evolução, demonstrando que houve grandes mudanças no comportamento das pessoas perante o cuidado dispensado ao outro. Waldow (2008) esclarece que ao longo da história o ser humano foi progredindo em suas necessidades, assim como nos recursos e nos comportamentos, de forma que a humanidade tem se tornado mais exigente e sofisticada diante das formas de cuidado.

Encontramos no discurso dos avós, de forma recorrente, como foi percebida a mudança na assistência à saúde bucal. Quanto à interação usuário/dentista, além de eles demonstrarem conhecimento sobre as modernas técnicas de tratamento odontológico, citaram até a possibilidade de fazer implante dentário, segue as falas:

É difícil você ficar com meia dúzia de dente na boca, mas... (risos), mas hoje você faz implante (D. Márcia, 66 anos).

A gente acha muito interessante como que hoje tem tanta ... tanto jeito de cuidar, os tratamentos mais... mais especial, né? É muito diferente (D. Leda, 74 anos).

Mudança... bastante, né? Evita um pouco de mau hálito, tá sempre fazendo uma limpeza (Sr. João, 54 anos).

Então é muita diferença, né?... Era dentista como diz prático e só sabia arrancar os dentes da gente. E é muita experiência... É muita diferença, né?. Nossa mãe, gente, que diferença dentista de antigamente com hoje! (risos) (D. Rute, 64 anos).

É diferente... É a pessoa também vai. Os dentista de hoje também explica mais as coisas... é já vem lá da escola (D. Rosa, 55 anos).

Foi unânime a consideração que fizeram sobre os benefícios do plano de saúde odontológico para a família. Relataram o fato de considerar o tratamento odontológico muito caro, portanto acreditam que o plano odontológico facilita o tratamento das pessoas de renda mais baixa.

Eu acho que a questão também dos dentistas ser muito caros, né?, porque a gente naquela época não tinha plano de dentista igual hoje existe... Então tudo era particular, e aí a classe, né? A classe mais baixa não conseguia, então preferia arrancar e por dentadura (D. Maria, 55 anos).

A gente não tinha muita condição de pagar. Eu ia lá pro... a gente falava INPS. Eu dormia lá, pegava ficha e eles não têm até hoje cárie. Os dentes deles são um pecado, você precisa ver que dente bom que eles têm. Aí quando surgiu o plano do AGROS, eu já levava constantemente (D. Luzia, 55 anos).

Foi uma maravilha, aí que eu pude cuidar (D. Helena, 53 anos).

Não tinha dentista não (...), porque não existia plano de saúde (D. Rute, 64 anos).

Com esse plano é muito mais fácil, se tornou muito mais fácil (D. Vera, 52 anos).

É, depois que saiu esse plano aí, né? Eu achei mais fácil (Sr. João, 54 anos).

A deficiente qualidade na prestação de serviços públicos de saúde no Brasil fez crescer a demanda por uma assistência privada (VIEIRA, 2012). Diante desse fato, como forma de proteção social aos seus trabalhadores, a UFV criou em 1980 o AGROS – Instituto UFV de Seguridade Social. A missão do Instituto é *promover segurança e bem-estar social dos participantes, por meio dos planos previdenciário e assistencial, com prestação de serviços médico e odontológico*. Desde a criação do Plano de Assistência Odontológico em 2008, os usuários puderam contar com uma ampla rede de serviço de saúde bucal (AGROS, 2016). A partir da sua criação, o Plano Odontológico do AGROS tornou-se uma referência para os servidores da UFV e seus familiares no município de Viçosa (MG) e região na tarefa de prestar assistência à saúde bucal.

A valorização da saúde bucal também pode ser um reflexo da importância que os avós dão às visitas regulares ao dentista. Os seguintes avós demonstraram não ter assiduidade, o que pode ser explicado pelo fato de usarem prótese total ou pelo medo odontológico:

Mais ou menos, igual agora mesmo eu tô em falta que eu fiz há cinco ou seis anos eu fiz implante, então já era pra ter ido desde o princípio do ano, e até hoje...eu não achei espaço (D. Lúcia, 58 anos).

Eu não tenho, porque eu o que eu te falei já não tenho dente, né? (risos) (Sr. Jairo, 59 anos).

Tem um ano e pouco, dois anos que eu não vou no dentista (Sr. João, 54 anos).

Ah como diz o outro, eu também não tenho muito não (dente), só quando eu vejo que tem necessidade mesmo (D. Rosa, 55 anos).

Tenho, tenho o hábito de ir ao dentista, assim, às vezes, eu fico assim um pouquinho de medo, sabe? (D. Márcia, 66 anos).

É bom você sempre tá indo, às vezes surge uma cárie, um tártaro, né? Então é sempre bom fazer uma limpeza (D. Vera, 52 anos).

Nas visitas odontológicas regulares do adulto, atenção especial deve ser dada à prevenção, à busca do tratamento restaurador e ao controle dos fatores de risco, assim como à identificação precoce de determinadas patologias, em especial o diabetes, a hipertensão e o câncer bucal. As cáries em volta das restaurações e na raiz dos dentes tornam-se mais comuns, entretanto deve-se ressaltar que um dos principais problemas bucais para o adulto é a doença periodontal (BARROS, 2007).

Sr. Juca (65 anos) demonstrou preocupação com a dentadura que usa e até questionou fazer outra.

Eu já mandei fazer, é a segunda vez que mandei fazer, mas será que é bom mandar fazer outra de novo? Eu tô achando que tem hora que a gente vai conversar ela costuma querer sair fora, porque ele (o dentista) passou pra mim uma pumada que a gente compra na farmácia, vai passa nela, ela agarra mais... mas eu tô até pensando em mandar fazer outra de novo.

Estudos sugerem que 70% dos idosos necessitam de algum tipo de tratamento odontológico. Entretanto somente 25 a 40% deles percebem isso e apenas 20 a 35% procuram tratamento. Para o atendimento do idoso devem ser considerados os fatores e as características próprias dessa faixa etária, como: consumo de medicação contínua, estado físico e emocional, insegurança, estilo de vida e maior risco a algumas patologias bucais, como o câncer bucal. Para os portadores de prótese total (dentadura), indicam-se também visitas periódicas ao dentista, a fim de que sejam avaliados os possíveis problemas de adaptação da prótese que possam comprometer os tecidos duros e moles da boca, assim como reforços quanto à higienização (BARROS, 2007).

Verifica-se mudanças de comportamento dos avós em virtude das novas interações e experiências com os dentistas.

É tirou o medo, né? Agora eu vou mais sem medo, até pouco tempo mesmo eu fui em um muito bom, e não tem muito tempo não. Mas nesse que eu vou agora eu acho que ele é muito tranquilo (D. Helena, 53 anos).

Eu agradeço muito esse dentista que eu tô indo (...). Ele é muito educado, parece que ele dá alguma coisa assim pra gente (...). Eu senti segurança depois de velha (D. Márcia, 66 anos).

Ah!, hoje é diferente, muito, eu gosto demais daquele dentista (...). Então ele é carinhoso demais com a gente... (D. Rute, 64 anos).

Hoje é mais tranquilo (...) pra gente conversar e tudo porque hoje eu não sei, a gente acha assim a abertura deles com a gente é muito grande, é bem melhor o tratamento. Melhor, a gente se sente mais tranquilo de chegar perto de vocês assim e conversar, entendeu? (D. Vera, 52 anos).

Foi bom que minha dentista sempre é a doutora (...), passa, manda limpar, usar fio dental, pra carne não grudar muito no dente, né? (Sr. João, 54 anos).

Tem que ir antes, não pode esperar o dente doer, né?... Hoje quase ninguém reclama dor de dente também não (D. Rosa, 55 anos).

Tem que ter confiança na pessoa, né?... De primeiro não tinha condição de escolher nem qual dentista ia, a verdade era essa, o que tivesse na frente. Hoje a gente não usa isso mais, né? (Sr. Jairo, 59 anos).

Ressalta-se que os avós reconheceram a grande mudança em torno da saúde bucal. D. Ana (66 anos) mencionou que antes acreditava que com a idade era normal perder os dentes.

Eu achava isso sabe, mas é bom manter mesmo, manter.

Já D. Elza (63 anos) disse que as mudanças foram percebidas no âmbito familiar, de tal forma que se tornaram um costume.

Costume de todo mundo na família, né? De escovar antes de dormir, escovar antes de tal.

Neste estudo, a partir do momento que os avós traçaram uma comparação entre suas experiências passadas e o cotidiano com os netos, eles construíram o significado de valorização da saúde bucal.

Considera-se que ao procurar compreender o papel dos avós no cuidado com a saúde bucal infantil, ficou evidente a interdependência do sistema bioecológico, várias questões emergiram, desde aquelas referentes ao contexto familiar, à relação avós/netos, assim como o passado e a vivência cotidiana dos avós, até a influência das políticas públicas como um todo.

Ao analisar os vários aspectos que descrevem a relação avós/netos/saúde bucal e relacioná-los aos quatro níveis ecológicos da TBDH, foi possível explicitar que o processo de desenvolvimento dos avós como pessoas inseridas em seu contexto social e familiar ocorreu em cada contato com seus netos (microsistema) e nas interações que tiveram com o profissional de saúde, por exemplo, o dentista (mesossistema). E de uma forma entrelaçada ocorreu também através das trocas que os avós estabeleceram com os serviços de saúde bucal (exossistema), pelas influências que receberam das políticas públicas cujas informações e orientações contribuem para as mudanças das crenças e a formação de valores (macrossistema).

Vale ressaltar que “o desenvolvimento humano é facilitado pela interação com pessoas que ocupam uma variedade de papéis, como também pela participação num repertório de papel cada vez mais amplo” (BRONFENBRENNER, 1996, p.83), nesse sentido, constata-se que o papel dos avós sofreu modificações tanto no campo social quanto no familiar na contemporaneidade, eles exercem diferentes papéis e funções na dinâmica familiar ao longo da vida e podem contribuir de maneira significativa e contínua para a promoção da saúde bucal infantil mesmo diante de tantas adversidades que vivenciaram no passado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tecer as considerações finais, nos deparamos com o último desafio desta caminhada acadêmica: a possibilidade de construção do conhecimento a partir da visão ampla de uma realidade, cujo tema específico é o papel dos avós no cuidado com a saúde bucal dos netos; apesar de sua especificidade, as questões abordadas neste trabalho podem ser relevantes para o melhor entendimento desse grupo. Nesse sentido, destaca-se que os confrontos teóricos entre os diversos autores e os discursos dos participantes apontaram um diálogo profícuo para o entendimento dos questionamentos que nortearam este estudo, estabelecendo comparações entre as experiências passadas dos avós e o seu cotidiano familiar com os netos.

Da proposta inicial desta pesquisa, que foi compreender o papel desempenhado pelos avós no cotidiano familiar, com ênfase na saúde bucal dos netos, ficou evidente a necessidade de encontrar as explicações por meio das interações entre as características dos avós e seus ambientes passados e presentes.

Assinala-se que os objetivos do estudo foram alcançados, e, com base nos resultados, conclui-se que se trata de um grupo heterogêneo, com destaque para o fato de as mulheres possuírem renda e nível de escolaridade menor que os homens. Os avós estudados constituem famílias que têm estabilidade salarial e assistência à saúde, devido ao vínculo empregatício com a UFV. Além disso, demonstraram que usufruem desses benefícios, tanto usando o serviço da DSA/UFV, quanto pagando o plano odontológico da Instituição para seus filhos e netos.

Dois aspectos merecem destaque: a diversificada composição familiar, com filhos adultos e netos residindo com os avós e a idade média de apenas 59 anos dos avós

estudados. Observa-se que eles têm boa condição financeira e de saúde, assim como têm a oportunidade de uma convivência bem próxima com os netos, agregando os membros familiares. Evidencia-se que a coabitação entre as gerações é um espaço de apoio aos filhos adultos e netos, reforçando a importância dos avós para a unidade familiar e para a sociedade.

As narrativas dos avós sobre suas experiências passadas em relação à saúde bucal foram similares nos conteúdos e de uma riqueza imensa, retratando toda uma época de várias dificuldades para as famílias brasileiras e uma infância marcada pela falta de conhecimentos e orientações dos pais em relação à saúde bucal, precariedade de recursos materiais para a higiene bucal e de assistência odontológica. Os relatos expressaram uma aceitação da situação como comum para a época, entretanto a dor e o medo do tratamento odontológico foram tão marcantes que persistem até hoje em suas mentes. O não cuidado com a saúde bucal na infância traduziu em perdas dentárias, e isto é usado como forma de motivação, para os filhos e netos, sobre a importância do cuidado com a saúde bucal.

Observa-se que, em suas vivências cotidianas, os avós participam dos cuidados com a saúde bucal dos netos. O contato próximo e o comportamento dos mesmos para a realização das práticas de cuidado à saúde bucal fizeram surgir manifestações de prazer, preocupação, insistência e até mesmo de superproteção. O grau de comprometimento dos avós na higiene bucal dos netos teve grande influência da idade das crianças. Quanto à responsabilidade sobre a saúde bucal infantil, para os avós que ajudavam os filhos de forma temporária, o dever de ensinar era dos pais, já para aqueles que se viram na função de criar os netos de forma integral foi possível verificar uma postura mais firme ao impor mais regras e limites.

No presente estudo verifica-se a ambiguidade e a diversidade de sentimentos expressos pelos avós em relação ao cuidado que dispensam aos netos, articulados ao contexto familiar de apoio aos filhos. Percebe-se a satisfação, a felicidade e a solicitude quando foram relacionados à autonomia dos filhos, à percepção de que eles são responsáveis e gratos e ao fato de serem retribuídas financeiramente pelo trabalho (as avós), e até um sentimento de preenchimento do tempo devido à viuvez, ao cansaço pela dependência dos filhos e netos, assim como de dever atrelado ao papel de mãe. O conflito entre avós e filhos não foi percebido como empecilho para a realização das práticas de saúde bucal infantil.

Como a maioria dos avós estudados eram mulheres, prevaleceu a análise do limite entre o papel de avó e o papel de mãe. Para as avós que estabeleceram um limite, predominou o argumento emocional de que amor maior é o de mãe, não queriam tomar o lugar, para elas o contato materno é importante para o desenvolvimento infantil. Ressalta-se que, ao separar os papéis, suas atribuições diminuíram, pois tinham menos responsabilidades com a educação dos netos.

O outro grupo de avós que desempenham os dois papéis devido às circunstâncias em que estão inseridas, ajudar os filhos enquanto trabalham fora, assumiu a postura de que “se vou tomar conta, tenho que dar conta”. A ambiguidade entre ser mãe e ser avó surgiu imbricada na cobrança dos filhos sobre suas atitudes em relação aos netos, querendo vê-la como perfeita. Percebe-se que essas avós não conseguiram distanciar os papéis e ficam confusas com suas atribuições.

As avós, ao cuidarem dos netos por um período de tempo maior por opção própria, desempenharam o papel de mãe e se sentem na responsabilidade também de prover os netos. Pode-se inferir que, nesse caso, suas atribuições aumentaram e elas se sentem sobrecarregadas. As avós que criam os netos de forma integral exercem os dois papéis, no entanto admitiram que criar os filhos foi mais fácil. Pode-se concluir que quando desempenharam a função de mãe exerceram apenas um papel e ao exercerem os dois papéis, de maneira simultânea, aumentaram suas atribuições, por isso acham mais difícil.

Vale salientar que, neste estudo, os avôs se destacaram no cuidado com a saúde bucal dos netos, seja como provedor ou na execução da higiene bucal infantil, e que eles assumiram um perfil maternal. No entanto eles foram mais permissivos em relação ao consumo de guloseimas pelos netos do que as avós. Foi possível também perceber que os avós continuam oferecendo os doces aos netos, o que evidencia que persiste o costume deles oferecerem guloseimas como forma de agrado, porém com controle.

Os achados sobre as crenças foram limitados, porém se mantêm na vivência dos avós em questão, o que sugere pouco conhecimento sobre a gravidez, aleitamento natural e suas implicações para a saúde bucal materno-infantil, assim como para os usos do antibiótico, mamadeira e chupeta, pois as falas sempre vinham acompanhadas de uma incerteza explícita sobre os temas.

Em se tratando dos dentes decíduos, os avós apresentaram uma clara mudança de postura quando comparavam o entendimento que tinham dos dentes de leite no passado. Constata-se que os avós têm conhecimento sobre a importância dos dentes de

leite, assim como incentivam o cuidado desde cedo. No âmbito do estudo, os avós adquiriram conhecimentos sobre o cuidado com a saúde bucal a partir das experiências que tiveram com os filhos, e não a partir de suas experiências passadas, aquelas que tiveram com seus pais na infância.

As comparações que emergiram de vários aspectos relacionados à saúde bucal do passado e agora a partir da vivência cotidiana com os netos demonstraram que os avós reconhecem as mudanças de forma benéfica, valorizam a saúde bucal, usufruem das oportunidades que lhes apresentam em termos de assistência à saúde oral e a estendem aos filhos e netos de uma forma consciente do papel que podem desempenhar na saúde bucal infantil.

Em determinados momentos, durante as entrevistas, ficou claro que a posição de pesquisadora/dentista influenciou algumas respostas. Como por exemplo, ao identificar as crenças em relação à saúde bucal, quando os avós se limitaram a responder, “já ouvi ou não ouvi falar”, isto ocorreu mais especificamente, quando foram questionados sobre os cuidados que ofereciam em relação à saúde bucal dos netos. Esse fato pode demonstrar certa limitação do estudo, contudo, ao mesmo tempo, reforça que os avós, devido a vários fatores, podem não oferecer a ajuda correta, aquela esperada pelos profissionais, entretanto eles demonstraram ter conhecimento (consciência) sobre o que é pertinente ou não a se fazer.

Como sugestão para a prática, indica-se ações educativas voltadas para os avós a fim de promover uma conscientização adequada, motivando-os e reforçando a importância da saúde bucal para o desenvolvimento integral da criança. Recomenda-se que essas ações levem em conta o nível cultural dos avós, promovendo sua autonomia e buscando melhorar sua autoestima; contribuindo assim para que não persistam algumas crenças que ainda continuam tão arraigadas em nosso cotidiano e que são prejudiciais à saúde bucal das crianças. Outro aspecto a ser ressaltado nesse processo é o fato de realmente reconhecê-los como capazes de exercerem a função de promotores da saúde bucal infantil.

Contudo, de acordo com o estudo, a possibilidade de os avós se tornarem promotores da saúde bucal infantil no âmbito familiar vai depender das exigências dos papéis, dos fatores psicológicos envolvidos, do apoio de outros membros familiares e do ambiente, daí a importância da criação de políticas públicas com ações concretas com enfoque nos avós e que estimulem a família a exercer seu papel de cuidadora e apoiadora do desenvolvimento humano.

Durante a condução da pesquisa emergiram outras questões fundamentais de interesse que poderiam ser exploradas em outros estudos. A mais importante delas é, sem dúvida, a perspectiva dos netos. Sugere-se a retomada dessa questão em outras pesquisas, assim como dar atenção aos avôs, “avós precoces” e aos pertencentes de famílias de baixa renda, entre outros, e a continuação de mais estudos e debates, o que certamente permitirá uma visão mais completa do fenômeno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEGG, Claides. Desenvolvimento de comportamentos e hábitos condutores à saúde bucal. In: BÖNECKER, Marcelo; SHEIHAM, Aubrey (Org.). **Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: Conhecimentos e práticas.** São Paulo: Editora Santos, 2004. p.97-108.

ALBUQUERQUE, Valéria Roberto Frias de. **Saúde bucal na percepção de mulheres-mães de Rio das Ostras, RJ: relações usuárias-serviços de saúde, educação e autonomia.** 2012. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

ALMEIDA, Anderson de Lima; BARBOSA, Amanda Maria Ferreira; MENEZES, Valdenice Aparecida de; GRANVILLE-GARCIA, Ana Flavia. Experiência de cárie entre mães e filhos: influência de fatores socioeconômicos e comportamentais. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v.10, n.4, p.373-379, out./dez., 2011.

ALMEIDA, Alessandra Vieira; MAFRA, Simone Caldas Tavares; SILVA, Emília Pioda; KANSO Solange. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.14, n.1, p.115-131, jan.-jun. 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/19830/13313>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

ALVES, Andréa Moraes. Os idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo/Editora SESC SP, 2007. 288p.

ANTUNES José Leopoldo Ferreira; NARVAI, Paulo Capel; NUGENT, Z. J. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v.32, n.1, p.41-8, Feb. 2004.

ARATANGY Lúcia Rosenberg; POSTERNAK, Leonardo Marcos. **Livro dos avós: na casa dos avós é sempre domingo?** São Paulo: Artemeios, 2006.

ARAÚJO, Cristina Pinheiro; DIAS, Cristina Maria de Souza Brito. Avós guardiões de baixa renda. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 4, n. 2, jul. 2010.

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SANTOS, Maria de Fátima de Souza. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. **Psicologia e Sociedade**, v.18, n.2, p.89-98, maio/ago. 2006.

ATTIAS-DONFUT Claudine, SEGALIN Martine. **Grands-parents. La famille à travers les générations.** Paris: Odile Jacob, 1998.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Laurence Bardin; trad. de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, Cláudia Márcia Santos (Coordenadora). **Manual técnico de educação em saúde bucal**. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007. 132p.

BENETTI, Idonézia Collodel; VIEIRA, Mauro Luís; CREPALDI, Maria Aparecida; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Pensando Psicologia**, v.9, n.16, p.89-99, 2013.

BEZERRA, Ana Cristina Barreto. Pergunte a um expert. Parte I. **Rev. Clín. Ortodon. Dental Press**, Maringá, v. 5, n. 2, abr./maio 2006.

BILIBIO, Evandro. Cuidado e responsabilidade. **Ethic@**, Florianópolis v. 9, n. 3 p.55-67, set 2010.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: Lembranças de velhos**. 3.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994. 484p.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 140, n. 192, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1-6. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal, 2011.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente**. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990. 7. ed. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2012.

BOTAZZO, Carlos. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: Hucitec, 2013. 380p.

BOURDIEU, Pierre. “A propos de la famille comme catégorie realissé”. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, Paris: Maison des Sciences de L’Homme, n.100, p. 32-36, dec. 1993.

BRITTO DA MOTTA, Alda. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v.25, n.2, p.225-250, maio/ago., 2010a.

_____. A família multigeracional e seus personagens. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 31, n. 111, p. 435-458, abr.- jun. 2010b.

BRONFENBRENNER, Urie. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Trad. de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 2ª Reimpr., 1996.

_____. **Bioecologia de desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos.** Porto Alegre: Artmed. 2012. p. 19-36.

BULGARELLI, Alexandre Fávero. **Construindo sentidos sobre saúde bucal com idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto, SP.** 2010. 232p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2010.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO Juliana Leitão. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 77-105. 604p.

_____; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão; PASINATO, Maria Teresa. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros,** Rio de Janeiro, Ipea, 2004. p. 137-167.

_____; PASINATO, Maria Teresa. Introdução. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros, muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 1- 22.

_____, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência. **Revista Coletiva,** Recife, n. 5, jul./ago./set., 2011. Disponível em: <http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=27&Itemid=76&idrev=8>. Acesso em: 15 jan. 2016.

CAMARGO, Brígido Vizeu. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, Antônia Silva Pardes (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.** João Pessoa: UFPB/Universitária, 2005. p. 511-39.

CANALLI, Cláudia da Silva Emílio; CHEVITARESE, Leila; SILVEIRA, Roberto da Gama da; CASANOVA, Edna Gurgel; MIASATO, José Massao. Fatores associados à cárie dentária: uma pesquisa qualitativa na bebê-clínica da Unigranrio/RJ. **Revista Rede de Cuidados em Saúde,** Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 1-15, 2011. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/viewFile/1155/731>>. Acesso em: 10 out. 2013.

CARDOSO, Andréia Ribeiro. **Avós no século XXI.** Curitiba: Juruá, 2011. 254 p.

CARDOSO, Vanessa Silva; COSTA, Liana Fortunato. Guarda judicial de netos: tempo e dinheiro nas interações familiares. **Aletheia,** Canoas, n. 38-39, p. 109-12, maio/dez. 2012.

CARDOSO, Andreia Ribeiro; BRITO, Leila Maria Torraca de. Ser avó na família contemporânea: que jeito é esse? **Psico-USF,** Itatiba, v. 19, n. 3, p. 433-441, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712014000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1º fev. 2016.

CASTILHO, Aline Rogéria Freire de; MIALHE, Fábio Luís; BARBOSA, Taís Souza; PUPPIN-RONTANI, Regina Maria. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **J. Pediatr.,** Rio de Janeiro, v. 89, p. 116-23, 2013.

CATANI, Danilo Bonadia; CYPRIANO, Sílvia; SOUSA, Maria da Luz Rosário de. Determinantes clínicos e sociocomportamentais da cárie dentária nas dentições decídua e permanente em município com concentração ótima de fluoreto na água. **Arquivos em Odontologia**, v. 46, n. 4, out-dez. 2010.

CENTRO DE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DE VIÇOS (CENSUS). **Retrato social de Viçosa V**. Coordenador Geral Tancredo Almada Cruz. Viçosa, MG: CENSUS, 2014. 91 p.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2. ed., Petrópolis: Vozes, 2008.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 2, p. 214-7, mar.-abr. 2005.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre (Org.). **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa: UFV, 2013. 288 p.

COUTRIM, Rosa Maria da Exaltação. **A velhice invisível: o cotidiano dos idosos que trabalham nas ruas de Belo Horizonte**. 2004. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Belo Horizonte, MG, 2004.

_____; BOROTO, Ivonicleia Gonçalves; VIEIRA, Livia Carolina; MAIA, Iara de Oliveira. O que os avós ensinam aos netos? A influência da relação intergeracional na educação formal e informal. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 13., 2007. Recife, PE. **Anais...** Recife, PE: UFP, 2007.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. Trad. de Luciana de Oliveira Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248p.

CRUZ, Marlene Cabral Coimbra da; ASSIS, Mateus Ferreira; FERNANDES, Thaís Costa; SIMONATO, Luciana Estevam; KINA, Mônica; SAKASHITA, Martha Suemi. Método de educação em saúde bucal para estudantes. **Arch. Health Invest.**, v.4, n.5, p.46-54, 2015.

DIAS, Cristina Maria de Souza Brito; SILVA, D. V. Os avós: uma revisão da literatura nas três últimas décadas. In: FÉRES-CARNEIRO, Terezinha (Org.). **Casal e família, entre a tradição e a transformação**. Rio de Janeiro: Nau, 1999. p. 118-149.

_____; COSTA, Juliana Monteiro; RANGEL, Verônica Alves. Avós que criam seus netos: circunstâncias e consequências. In: FERES-CARNEIRO, Terezinha (Org.). **Família e casal: efeitos da contemporaneidade**. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2005.

DEAN, Jeffrey A.; HUGHES, Christopher V. Métodos mecânicos e quimioterapêuticos de higiene bucal domiciliar. In: DEAN, Jeffrey A.; AVERY, David, R.; MCDONALD Ralph E.; [Cristiane Duque *et al.*]. **Odontopediatria para crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 720 p.

DELA COLETA, Marília Ferreira. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 18, n. 1-2, jan-dez, 2010, 69-78p.

DINIZ, Débora; COSTA, Sérgio. Morrer com dignidade: um direito fundamental. In: CAMARANO, Ana Amélia. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 121-134.

DJEHIZIAN, Valquíria de Souza; SPÍNOLA, Aracy Witt de Pinho. Saúde pública: a interferência de crenças, valores sociais e atitudes em odontologia preventiva para bebês. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 13, n. 1, p. 107-150, jan.-jun. 2005.

DONATI, Pierpaolo. **Família no século XXI: abordagem relacional.** Trad. de João Carlos Petrini. São Paulo: Paulinas, 2008.

DURHAM, Eunice R. Família e reprodução humana. **Perspectivas Antropológicas da Mulher**, v.3, Rio de Janeiro: Zahar, 1983. p. 13-44.

FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio; RITTER, Fernando; NASCIMENTO, Iêda; FONTANIVE, Paulo Vinícius Nascimento; PERSICI, Sibila; ROSSONI, Eloá. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Rev. Odonto. Ciênc.**, Porto Alegre, v. 23, n. 4, p. 375-379, 2008.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; GARCIA, Loreley Gomes. O sentido da velhice para homens e mulheres idosos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 771-783, 2010.

FERREIRA, Andréia Regina Corazza; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 22, p. 485-489, nov./dez. 2001.

FERREIRA, Aurigena Antunes Araújo; PIUVEZAM, Grasiela; WERNER, Carlos Wagner de Araújo; ALVES, Maria do Socorro Costa Feitosa. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 211-218, 2006.

FERREIRA, Luale Leão; BRANDÃO, Gustavo Antônio Martins; GARCIA, Gustavo; BATISTA, Marília Jesus; COSTA, Ludmila da Silva Tavares; AMBROSANO, Gláucia Maria Bovi; POSSOBON, Rosana de Fátima. Coesão familiar associada à saúde bucal, fatores socioeconômicos e comportamentos em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2461-2473, 2013.

FONTANELLA, José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FREITAS, Núbia Cristina; FONSECA, Estela da Silva; ALMEIDA, Alessandra Vieira de; SILVA, Emília Pio da; MAFRA, Simone Caldas Tavares. Percepção do processo saúde e doença de idosos participantes do programa municipal da terceira idade do município de Viçosa, MG. In: WORKSHOP DE ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO, 4.; ENCONTRO MINEIRO DE ESTUDOS EM ERGONOMIA, 3.;

SIMPÓSIO DO PROGRAMA TUTORIAL EM ECONOMIA DOMÉSTICA, 8., 2013. Viçosa. **Anais...** Viçosa, MG: UFV, 2013.

FUNG, Helene H. Aging in culture. **The Gerontological Society of America**, v. 53, n. 3, p. 369-377, 2013.

GIL, Antônio Carlos. O projeto na pesquisa fenomenológica. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 4., 2010. Rio Claro, SP. **Anais...** Rio Claro, SP: UNESP, *Campus* Rio Claro, SP. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/IVsipeq/anais/artigos/44.pdf>>. Acesso em: 8 jan. 2015.

GOLDANI, Ana Maria. Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil? In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.) **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 211-250.

GOLDFARB, Delia Catullo; LOPES, R. G. da C. Avosidade: a família e a transmissão psíquica entre gerações. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, v. 2, p. 1375-1381, 2006.

GOMES, Dóris; DA ROS, Marco Aurélio. A etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 1081-1090, 2008.

GOMES, Antonildes Medeiros Mota; THOMAZ, Erika Bárbara Abreu Fonseca; ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de Britto e; SILVA, Antônio Augusto Moura da; SILVA, Raimundo Antônio da. Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 629-640, 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.23252012>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

GOODFELLOW, Joy; LAVERTY, Judy. Grandparents supporting working families: Satisfaction and choice in provision of child care. **Family Matters**, v. 66, p. 14-19, Spring/Summer 2003.

GOODMAN, Catherine; SILVERSTEIN, Merril. Grandmothers raising grandchildren: family structure and well-being in culturally diverse families. **The Gerontological Society of America**, v. 42, n. 5, p. 676-689, 2002.

GRAÇAS, Elizabeth Mendes das. Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: fundamentos que norteiam sua trajetória. **Rev. Min. Enferm. REME**, v. 4, n. 1/2, p. 28-33, jan./dez. 2000.

GRAÇAS, Elizabeth Mendes das; SANTOS, Geralda Fortina dos. Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 200-207, 2009.

HIRAMATSU, Daniel Afonso; TOMITA, Nilce Emy; FRANCO, Laércio Joel. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 1051-1056, 2007.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. Trad. de Beatriz Sidou. São Paulo: Centauro, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais:** Uma análise das condições de vida da população 2014. In: Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 34, Rio de Janeiro, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais:** Uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2015a. 137 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGECidades2015.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317130&search=minas-gerais|vicosa>>. Acesso em: 5 dez. 2015b.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Ipea). **Tendências demográficas mostradas pela PNAD 2011.** Rio de Janeiro: IPEA, 2012. (Comunicado 157).

INSTITUTO UFV DE SEGURIDADE SOCIAL (AGROS). **Missão e Histórico** Disponível em: <http://www.agros.org.br/institucional/historico>. Acesso em 20 dez 2015. Viçosa, 2016.

JORNAL UFV. Divisão de Saúde comemora 30 anos. Viçosa, MG: Reportagem do dia 17 set. 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Clarice/Documents/Universidade%20Federal%20de%20VI%C3%A7osa%20-%20Not%C3%ADcias.html>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

KOLLER, Sílvia H.. Apresentação à edição brasileira. In: BRONFENBRENNER, Urie. **Bioecologia de desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos.** Porto Alegre: Artmed, 2012. p.19-36.

KU, Li-Jung E.; STEARNS, Sally C.; van HOUTVEN, Courtney H.; LEE, Shoou-Yih D.; DILWORTH-ANDERSON, Peggye; KONRAD, Thomas R. Impact of caring for grandchildren on the health of grandparents in Taiwan. **Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 68, n. 6, p. 1009-1021, 2013. Disponível em: <<http://psychogerontology.oxfordjournals.org/>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

LEAL, Sônia Maria Rigueira Andrade. **Importância das transferências e trocas com idosos no contexto familiar social – Teixeira-MG.** 2006. 88 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2006.

LEMOS, Letícia Vargas Freire Martins; CORREIA, Marília Ferreira; SPOLIDÓRIO, Denise Madalena Palomari; MYAKI, Silvio Issão; ZUANON, Angela Cristina Cilense. Cariogenicidade do leite materno: Mito ou evidência científica. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 12, n. 2, p. 273-78, abr./jun., 2012.

LEOPOLD, Thomas; SKOPEK, Jan. The demography of grandparenthood: An international profile. **Social Forces**, p. 1–32, Month 2015. Disponível em: <<http://www.researchgate.net/publication/275644819>>. Acesso em: 29 abr. 2015.

LERNER, Richard M. Urie Bronfenbrenner: Contribuições da carreira de um cientista do desenvolvimento humano pleno. In: BRONFENBRENNER, Urie. **Bioecologia de desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 19-36.

LIMA, Célia Mara Garcia de; PALHA, Pedro Fredemir; ZANETTI, Maria Lúcia; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Experiências do familiar em relação ao cuidado com a saúde bucal de crianças. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 171-178, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2016.

LINS DE BARROS, Myriam Moraes. **Autoridade e afeto: avós, filhos e netos na família brasileira**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

_____. Trajetórias dos estudos de velhice no Brasil. **Sociologia, problemas e práticas**, n. 52, p. 109-132. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292006000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2014.

_____. Transmissão de valores na família e conflitos intergeracionais: experiências femininas. **Cadernos Adenauer**, v. xiv, n. 3, 2013.

LOPES, Ewellyne Suely Lima; NERI, Anita Liberalesso; PARK, Margareth Brandini. Ser avós ou ser pais: Os papéis dos avós na sociedade contemporânea. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro: UNATI-UERJ, v. 8, n. 2, 2005.

_____; PARK, Margareth Brandini. Representação social de crianças acerca do velho e do envelhecimento. **Estudos de Psicologia**, São Paulo: FAPESP, v. 12, n. 2, p.141-148, 2007.

LÓPEZ, Luz María Montaña. El cuidado de las hijas y los hijos durante la migración internacional de los padres y las madres. **Ánfora**, Universidad Autónoma de Manizales Caldas, Colômbia, v. 19, n. 32, enero-junio, p. 117-136, 2012.

LUZ, Patrícia Blaya. Cárie Precoce da infância: influência de variáveis sociais, psicológicas e comportamentais. 2014. 42 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2014.

MACEDO, Cristiane Rufino. Cuidados gerais e higiene oral para prevenção de cáries em crianças. **Diagn. Tratamento**, v. 15, n. 4, p. 191-3, 2010.

MAINETTI, Ana Carolina; WANDERBROOKE, Ana Cláudia Nunes de Souza. Avós que assumem a criação de netos. **Pensando Fam.**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, jul. 2013.

MARQUES, Emanuele Souza; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; PRIORE, Silvia Eloiza. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 5, p. 2461-2468, 2011.

MARTINS, Edna; SZYMANSKI, Heloisa. **A abordagem ecológica de Urie Brofenbrenner em estudos com famílias.** Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v4n1/artigos/Artigo%205.pdf>>. Acesso em: 1^o out. 2014. p. 171-194, 2004.

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos.** 2005. 319 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

_____; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idosos. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 139-156, 2007.

MELO, Juliana Mendes de; BRANDÃO, Eloiza Helena da Silva; DUTRA, Suzana Maria Velloso; IWAZAWA, Alexandre Takeshi; ALBUQUERQUE, Rosemeire Sartori. Conhecendo a captação de informações de mães sobre cuidados com o bebê na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 280-6, abr.-jun. 2007.

MILGROM, Peter; NEWTON, Jonathan T.; BOYLE, Carole; HEATON, Lisa J.; DONALDSON, Nora. The effects of dental anxiety and irregular attendance on referral for dental treatment under sedation within the National Health Service in London. **Community Oral Epidemiology**, v. 38, n. 5, p. 453-459, Oct. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MORAES, Avany Berman. **Significados atribuídos pelos avós no cuidado com a saúde bucal dos netos: um enfoque qualitativo.** 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2008.

MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde coletiva: políticas, epidemiologia da saúde bucal e redes de atenção odontológica.** São Paulo: Artes Médicas, 2013. 128 p.

NASCIMENTO, Adriano Roberto Afonso do; MENANDRO, Paulo Rogério Meira. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia (UERJ)**, Rio de Janeiro, RJ, v. 6, n. 2, p. 72-88, 2006.

NARVAZ, Marta Giudice; KOLLER, Sílvia H. O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In: KOLLER, Sílvia (Org.). **Ecologia do desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

NARVAI, Paulo César; FRAZÃO, Paulo. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca.** São Paulo: Fiocruz, 2008. 147 p.

NEIVA-SILVA, Lucas; ALVES, Paola Biasoli; KOLLER, Sílvia Helena. A análise da dimensão ecológica tempo no desenvolvimento de crianças e adolescentes em situação

de rua. In: KOLLER, Sílvia Helena (Org.). **Ecologia do desenvolvimento humano**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 143-166.

NERI, Anita Liberalesso. Feminização da velhice. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil: vivências e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Perseu Abramo, Edições SESC-SP, 2007. 288 p. [p. 47-64].

NERI, Marcelo Cortes. Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil: vivências e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007. 288 p. [p. 91-108].

OHLWEILER, Mariane Inês. **No labirinto da transmissão: a herança do conceito de autoridade**. 2014. 194 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2014.

OLIVEIRA, Alessandra Ribeiro Ventura; VIANNA, Lucy Gomes; CÁRDENAS; TAVARES, Adriano Bueno. Relação entre avós e seus netos no período da infância. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, n. 12, v. 2, p. 149-58, nov. 2009.

_____; VIANNA, Lucy Gomes; CÁRDENAS, Carmen Jansen. Avosidade: visões de avós e de seus netos no período da infância. **Rev. Bras. Geriatr. e Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 461-74, 2010.

OLIVEIRA, Ana Luísa Botta Martins de; BOTTA, Ana Carolina; ROSELL, Fernanda Lopez. Promoção de saúde bucal em bebês. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 247-53, set-dez. 2010.

OLIVEIRA, Maurício A.; BENDO, Cristiane B.; FERREIRA, Meire C.; PAIVA, Saul M.; VALE, Míriam P.; SERRA-NEGRA, Júnia M. Association between childhood dental experiences and dental fear among dental, psychology and mathematics undergraduates in Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 9, n. 12, p. 4676-4687, 2012.

OLIVEIRA, Márcia Botelho. **Um pai cuida de dez filhos, mas dez filhos não cuidam de um pai: transferências financeiras entre gerações**. 2013. 191 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2013.

OLIVEIRA, Paulo de Salles. Cultura e co-educação de gerações. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 9, n. 2, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641998000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Temas de salud**. Lactancia materna. [s.l.], 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>>. Acesso em: 4 fev. 2016.

OSTERNE, Maria do Socorro Ferreira. **Família, pobreza e gênero: o lugar da dominação masculina**. Fortaleza: EDUECE, 2001.

PACHECO, Maria Eniana Araújo Gomes; ALVES, Sâmea Moreira Mesquita. A função social dos avós na contemporaneidade: uma análise preliminar da estrutura familiar. **Conhecimento e Diversidade**, Niterói, n. 8, p. 93-103, jul./dez. 2012.

PAULA, Flávia Viana de; SILVA, Maria Josefina de; BESSA, Maria Eliana Peixoto; MORAIS, Geridice Lorna Andrade; MARQUES, Marília Braga. Avós e netos no século XXI: autoridade, afeto e medo. **Rev. Rene**, Fortaleza, n. 12, p. 913-21, 2011. (Número especial).

PEDROSA, Aline da Silva. **Homens idosos avôs: significado dos netos para o cotidiano**. 2006. 117 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, 2006.

PEIXOTO, Clarice Ehlers. Avós e netos na França e no Brasil: a individualização das transmissões afetivas e materiais. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers, SINGLY, François; CICCHELLI, Vincenzo (Org.). **Família e individualização**. Tradução de Ângela Xavier de Brito. Rio de Janeiro: FGV, 2000, p. 95-111.

PETRINI, João Carlos; DIAS, Marcelo Couto. **Família no debate cultural e político contemporâneo**. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

PETRY, Paulo C.; PRETTO, Salette Maria. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. (Org.). **Aboprev: Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997, cap. 15, p. 365-370.

PINHEIRO, Roseni. **Cuidado em saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 11 out. 2015.

PIUVEZAM, Grasiela; FERREIRA, Aurigena Antunes de Araújo; ALVES, Maria do Socorro Costa Feitosa. Enfrentando as perdas dentárias na terceira idade: um estudo de representações sociais. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 597-614, 2006.

PRESTES, Ana Cláudia Guterres; MARTINS, Aline Blaya; NEVES, Matheus; MAYER, Rose Teresinha da Rocha. Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa, **RFO**, Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 112-119, jan./abr. 2013.

RAUEN, Michelle Soares. **A condição bucal e o estado nutricional em três gerações**. Florianópolis, 2006. 139 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

RAMOS, Anne Carolina. Meus avós e eu: As relações intergeracionais entre avós e netos na perspectiva das crianças. Porto alegre, 2011. 464f. Tese(Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), 2011.

REIS, Lílian Perdigão Caixêta; RABINOVICH, Elaine Pedreira. Educação compartilhada entre mães e avós. In: MOREIRA, Lúcia Vaz de Campos e CARVALHO, Ana Maria Almeida (Org.). **Família e educação: olhares da psicologia**. 3. ed. São Paulo: Paulinas, 2012. p. 59-76.

RICHARDSON, Roberto Jarry; PERES, J. A. de S. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2012. 334 p.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. Projeto SB Brasil 2010 – pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2015.

ROSSI, Alessandra; MOREIRA, Emília Addison Machado; RAUEN, Michelle Soares. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 6, p. 739-748, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1º Feb. 2016.

SAAD, Paulo Murad. Transferências de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 169-209.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quart. O envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, out.-dez., p. 585-593, 2008.

SARAIVA, Evelyn Rúbia Albuquerque; COUTINHO, Maria da Penha Lima; MIRANDA, Rosane de Sousa. O emprego do software Alceste e o desvendar do mundo lexical em pesquisa documental. In: COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. (Org.). **Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas** João Pessoa: Universitária, 2011. p. 67-94.

SCHMIDT, Cristiane. **As relações entre avós e netos: possibilidades co-educativas?** 2007. 137 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SENA, Edite Lago da Silva; REIS, Helca Franciulli Teixeira; CARVALHO, Patrícia Anjos Lima de; SOUZA, Viviane dos Santos. A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 181-8, jan./mar. 2011.

SILVA, Jerto Cardoso da; LOPES, Clarissa Junqueira; CANELLO, Jéssica Natália. Os sentidos atribuídos ao cuidar na infância. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 11, n. 1, p. 386-390, 2011.

SILVESTRE, José Amilton Costa; AGUIAR, Andréa Silva Walter de; TEIXEIRA, Edson Holanda. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: Um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 7, n. 2, p. 28-39, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/112>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

SINGLY, François de. **Sociologia da família contemporânea**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

SOUZA, Leilane Barbosa de; AQUINO, Priscila de Souza; FERNANDES, Janaína Francisca Pinto; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.107-12, jan./mar. 2008.

SOUZA, Rosana Gonçalves de. **Avaliação do comportamento da avó com relação à saúde bucal do neto**. Monografia. 2005. Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Brasileira de Odontologia (EAP/ABO-MG), Belo Horizonte, 2005.

SZYMANSKI, Heloísa. **A relação família/escola: perspectivas e desafios**. Brasília: Plano, 2001.

_____. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. **Serviço Social e Mudança**, n. 71, p. 9-25, 2002.

TEIXEIRA, Michelle Cecille Bandeira. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 45-51, 2006.

THELEN, Tatjana; LEUTLOFF-GRANDITS, Carolin. Self-sacrifice or natural donation? A life course perspective on grandmothering in New Zagreb (Croatia) and East Berlin (Germany). **Horiz. Antropol.**, Porto Alegre, v. 16, n. 34, p. 427-452, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832010000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2015.

TODARO, Mônica de Ávila. **Desenvolvimento e avaliação de um programa de leitura visando à mudança de atitudes de crianças em relação a idosos**. 2008. Tese [Doutorado] – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

TRAD, Leny A. Bomfim. **Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas**./ Organizado por Leny A. Bomfim Trad. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 380 p.

TRIADÓ, Carme; VILLAR, Feliciano Posada; MARTÍNEZ, Gerardo Criado. El rol y la importancia de los abuelos para sus nietos adolescentes. **Anuario de Psicología**, Espanha, v. 31, n. 2, p. 107-118, 2000.

TRIVINÕS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. reimp. São Paulo: Atlas, 2012. 175 p.

TUDGE, J. A teoria de Urie Bronfenbrenner: uma teoria contextualista? In: MOREIRA, Lúcia V. C.; CARVALHO, A. M. A. (Ed.). **Família e educação: Olhares da psicologia**. São Paulo: Paulinas, 2008. p. 209-231.

UNFER, Beatriz; SALIBA, Orlando. Práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 190-5, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV). **Serviço de Registro e Movimentação**. Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PGP), 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV). **Relatório anual de atividades**. Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários. Divisão de Saúde/PCD, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV). **Relatório anual de atividades**. Viçosa, MG: Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários; Divisão de Saúde/PCD, 2015.

VASCONCELOS, Erico Marcos de.; FRATUCCI, Maristela Vilas Boas. **Práticas de Saúde Bucal**. UNA-SUS: UNIFESP, 2013. Disponível em: www.unasus.unifesp.br. Acesso em 10/01/2016.

VICCARI, Tiago; DONADUZZ, Liziane; RUIZ, Graciele; VILLARREAL RODRÍGUEZ, Lucero Janeth; BARBOZA D' AVILA JR., Valmor; DE CONTO, Ferdinando. Visión Contemporánea de las Infecciones Odontogénicas. **Revista Costarricense de Salud Pública**, v. 23, n. 1, p. 75-79, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292014000100014&lng=en&tlng=es>. Acesso em: 8 fev. 2016.

VIEIRA, Cristine. **Políticas governamentais e planos privados de assistência odontológica no Brasil**. 2012. 210 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

VITALE, Maria Amélia Faller. Socialização e família: uma análise intergeracional. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org.). **Família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2000.

VITALE, Maria Amélia Faller. Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amélia Faller (Org.). **Família redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez Instituto de Estudos Especiais – PUC/SP, 2005. p. 95- 105.

ZAMBERLAM, Cristina Oliveira. **Os novos paradigmas da família contemporânea: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. 176 p.

WALDOW, Vera Regina. Atualização do cuidar. **Aquichan.**, v. 8, n. 1, p. 85-96, 2008.

YIN, Robert K.. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ANEXO A – ROTEIRO DA ENTREVISTA Nº _____

Data: ___/___/___

Hora do início: _____ Término: _____

Dados Sociodemográficos:

Sexo:

Idade:

Situação conjugal:

Mora com:

Escolaridade:

Formação profissional:

Situação Atual: () Do lar () Trabalha fora () Aposentado (a)

Renda média mensal:

Distância da sua casa à do seu (sua) neto (a):

Número de netos com idade igual ou inferior a 12 anos:

Número de netos que cuida, cria, auxilia e acompanha ao tratamento odontológico:

Sexo da criança:

Idade da criança:

Avó: () Materna () Paterna

Avô: () Materno () Paterno

ANEXO B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Conteúdo a ser explorado	Perguntas norteadoras
Resgate de atitudes/cuidados com a saúde bucal no passado dos avós.	<ul style="list-style-type: none"> - Na sua infância como se cuidava dos dentes? - Tem lembrança de algum fato marcante e significativo associado à sua saúde bucal? - Dor e medo interferem na saúde bucal? - Já recebeu alguma orientação sobre saúde bucal?
Cuidados com a saúde bucal dos netos incorporados no cotidiano dos avós.	<ul style="list-style-type: none"> - Como é seu dia a dia com seu (sua) neto (a)? - Quanto tempo passa com ele? - Tem o hábito de oferecer ao seu (sua) neto (a) guloseimas como forma de agrado? - Ajuda seu (sua) neto (a) nos cuidados com a saúde bucal? - Qual o sentimento vivenciado com esse cuidado? - Quem o Sr.(Sra.) acha que é responsável pela saúde bucal do seu (sua) neto (a)? - Qual uma prática fácil e uma difícil de cuidado em saúde bucal que realiza com seu (sua) neto (a)? - Qual o motivo do Sr.(Sra.) acompanhar seu (sua) neto (a) ao tratamento odontológico? - Surge algum conflito com os pais do seu (sua) neto (a) em relação a esse cuidado?

	- Estabelece alguma regra para o seu (sua) neto (a) em relação à saúde bucal?
Crenças e valores	<p>- Qual a importância dos dentes de leite, uma vez que eles serão trocados?</p> <p>- O Sr.(Sra.) acha que é natural com a idade perder os dentes?</p> <p>- O que o Sr.(Sra.) acha do uso da mamadeira, do aleitamento materno e da chupeta pela criança?</p>

APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS
DIVISÃO DE SAÚDE



Campus Universitário - Viçosa, MG - 36571-000 Telefone: (31)3899-2335 Fax: (31)3899-2345 e-mail:ds@ufv.br

Viçosa, 10 de abril de 2015.

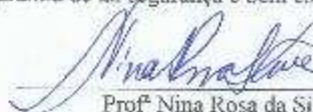
Ao

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa – CEP/UFV

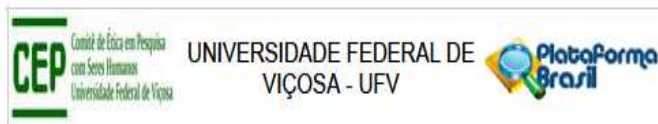
Autorização para realização de projeto de pesquisa

Eu, Nina Rosa da Silveira Cunha chefe da Divisão de Saúde da Universidade Federal de Viçosa (DSA/UFV), venho por meio desta informar que autorizo a pesquisadora Catarina Soares de Souza aluna do mestrado do programa de Pós Graduação do Departamento de Economia Doméstica, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado "Participação dos avós na promoção e manutenção da saúde bucal dos netos", sob orientação da Professora Lilian Perdigão Caixeta Reis do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa - UFV.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como *instituição coparticipante* do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.


Prof.ª Nina Rosa da Silveira Cunha
Chefe da Divisão de Saúde
Mat. 4941-7
Prof.ª Nina Rosa da Silveira Cunha

APÊNDICE B – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFV



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Participação dos avós na promoção e manutenção da saúde bucal dos netos.

Pesquisador: Lillian Perdigão Caixêta Reis

Versão: 1

CAAE: 44185215.4.0000.5153

Instituição Proponente: Departamento de Economia Doméstica

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 032156/2015

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Participação dos avós na promoção e manutenção da saúde bucal dos netos, que tem como pesquisador responsável Lillian Perdigão Caixêta Reis, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal de Viçosa - UFV em 20/04/2015 às 12:47.

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa cujo título é “**Participação dos avós na promoção e manutenção da saúde bucal dos netos**”, desenvolvido pela pesquisadora Catarina Soares de Souza e orientada pela Professora Lílian Perdigão Caixêta Reis do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa - UFV. Todas as informações necessárias sobre a pesquisa encontram-se relacionadas abaixo e caso haja dúvidas, favor esclarecê-las antes da assinatura do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Eu _____ abaixo assinado, declaro que concordo participar da pesquisa acima citada, por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus, com a finalidade de colaborar para o sucesso do trabalho e para elaboração da dissertação de mestrado e artigos para divulgação em publicações e encontros acadêmico-científicos.

Fui informado(a) que o problema da pesquisa é devido ao grande número de avós que participam do dia a dia dos netos e sua relação com a saúde bucal infantil e que os objetivos do estudo são estritamente acadêmicos, em linhas gerais, pretende-se estudar a participação dos avós na promoção e manutenção da saúde bucal dos netos no cotidiano familiar, caracterizar o perfil sócio-demográfico dos avós, identificar crenças, valores, sentimentos e motivações em relação à saúde bucal, descrever as atitudes e os cuidados com a saúde bucal que os avós vivenciaram no passado, assim como, os cuidados com a saúde bucal dos netos realizados pelos avós. Como benefícios, irei fornecer informações que possam contribuir para uma melhor saúde bucal infantil e o reconhecimento do papel dos avós no cotidiano familiar.

Fui informado(a) também que os riscos dessa pesquisa estão relacionados ao desconforto e a inibição em prestar as informações solicitadas, e que nesse caso, poderei me negar a dar qualquer tipo de informação que me constranja ou mesmo desistir da pesquisa à qualquer momento, sem a necessidade de explicar o motivo. Durante a pesquisa terei toda liberdade de fazer qualquer pergunta ou questionamento relacionado ao estudo.

Declaro que aceito participar da entrevista com a pesquisadora, em forma de conversa, porém, de forma anônima para preservar minha identidade, sendo que, poderei escolher um nome fictício e não serão divulgados dados pessoais ou qualquer tipo de informação sem meu consentimento prévio. Meu anonimato será preservado em todas as fases da pesquisa. A entrevista será agendada com antecedência nos horários e locais que eu considerar mais adequados de acordo com a minha disponibilidade no momento, podendo decidir se será gravada ou não, sendo que nesse caso as informações serão anotadas pela pesquisadora e lidas para o(a) entrevistado(a) verificar a veracidade das anotações.

Fui esclarecido(a) que para obter informações e no caso de irregularidades éticas durante a pesquisa poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa-MG- CEP/UFV no seguinte endereço e contatos: Prédio Arthur Bernardes, piso inferior, telefone (31) 3899-2492, correio eletrônico: cep@ufv.br, assim como, entrar em contato com a pesquisadora (Catarina) na Divisão de Saúde da UFV, pelos telefones (31) 3899-2341 ou (31) 8893-8914 e pelo correio eletrônico: cssouza@ufv.br ou com a orientadora da pesquisa (Prof^a Lílian) no Departamento de Economia Doméstica da UFV, pelo telefone (31) 3899-1629 e pelo correio eletrônico: lilian.perdigao@ufv.br.

Declaro que entendi as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que fui informado(a) que o uso dos dados por mim oferecidos serão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) de acordo com a Resolução CNS 466/2012.

Declaro que recebi uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim, pela orientadora e pela pesquisadora. Eu li, compreendi e assino o presente termo.

Nome do(a) Participante: _____

Contato do(a) Participante: _____

Assinatura do(a) Participante: _____

Catarina Soares de Souza
(pesquisadora)

Lílian Perdigão Caixêta Reis
(professora orientadora)

Viçosa, de de 2015.