

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**Faculdade de Ciências da saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Odontologia**



Dissertação de Mestrado

**(Re) Significando a Vulnerabilidade no Campo: diálogos entre Saúde Bucal e processos participativos como dispositivo de reflexão**

Pedro Henrique Santos Vitoriano

Brasília, 07 de abril de 2025

Pedro Henrique Santos Vitoriano

**(Re) Significando a Vulnerabilidade no Campo: diálogos entre Saúde Bucal e processos participativos como dispositivo de reflexão**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Dra. Emília Carvalho Leitão Biato

Brasília, 2025

Pedro Henrique Santos Vitoriano

**(Re)Significando a Vulnerabilidade no Campo: diálogos entre Saúde Bucal e processos participativos como dispositivo de reflexão**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, Programa de Pós Graduação em Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Data da defesa:

Banca examinadora:

---

Profa. Dra. Emília Carvalho Leitão Biato (Orientadora)

---

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim (Membro titular)

---

Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Junior (Membro titular)

---

Profa. Dra. Nicole Aimee Rodrigues José (Membro suplente)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me conceder força, saúde e discernimento ao longo desta caminhada. Agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta dissertação. À minha família, pelo apoio constante, em especial a minha amada mainha, Marilene Cordeiro, cuja admiração pelo conhecimento e desejo de cursar um mestrado sempre me inspiraram — esta conquista é nossa; à minha orientadora Profa. Dra Emília Biato, pela orientação generosa, paciência e dedicação ao longo de todo o processo; aos colegas, amigos e participantes da pesquisa, pela colaboração e troca de saberes. E por fim, estendo também meu reconhecimento às instituições envolvidas, pelo suporte durante todo o processo.

## EPÍGRAFE

*"A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar."*

*Eduardo Galeano, 1994.*

## Resumo

A discussão sobre vulnerabilidade em saúde no contexto das populações do campo demanda a consideração de fatores históricos, sociais e culturais que estruturam desigualdades e limitam o acesso a direitos fundamentais. Inseridas em territórios marcados por precariedades institucionais e por invisibilidades políticas, essas populações enfrentam múltiplos desafios que repercutem nas formas de cuidar e ser cuidado. Este estudo teve como objetivo analisar como práticas educativas que articulam participação, linguagem e sensibilidade territorial podem contribuir para o fortalecimento do cuidado em saúde bucal junto a grupos socialmente vulnerabilizados, por meio da análise otobiográfica, que propõe uma escuta das narrativas, reconhecendo o sujeito como produtor de sentido a partir de sua própria experiência. Trata-se, portanto, de uma abordagem qualitativa, ancorada na articulação entre fundamentos teórico-conceituais da vulnerabilidade e saúde e uma experiência pedagógica desenvolvida por meio de uma Oficina de educação em saúde. Essa estratégia buscou provocar processos de reflexão crítica, expressão simbólica e criação coletiva de sentidos sobre o cuidado, a partir da escuta de narrativas e da produção estética dos participantes. Os resultados evidenciam que práticas formativas que rompem com modelos prescritivos e verticais, promovem deslocamentos significativos na forma como os sujeitos se percebem em relação ao cuidado em saúde bucal. Emergiram narrativas que revelam experiências de exclusão, resiliência e pertencimento, além de tensionamentos em torno de discursos técnicos hegemônicos. Sendo assim, a incorporação de metodologias participativas e sensíveis ao território é essencial para a elaboração de estratégias de cuidado que reconheçam as singularidades dos sujeitos e favoreçam a justiça social. Outrossim, a valorização dos saberes locais, aliada ao compromisso com a escuta e com a transformação das condições de vida, mostrou-se como um caminho potente para o enfrentamento das desigualdades em saúde bucal nos territórios do campo.

**Palavras-chave:** Vulnerabilidade e Saúde; População rural; Escolares; Saúde bucal coletiva; Educação em saúde.

## Abstract

The discussion on health vulnerability in the context of rural populations demands consideration of historical, social and cultural factors that structure inequalities and limit access to fundamental rights. Inserted in territories marked by institutional precariousness and political invisibility, these populations face multiple challenges that have repercussions on the ways of caring and being cared for. This study aimed to analyze how educational practices that articulate participation, language and territorial sensitivity can contribute to strengthening oral health care among socially vulnerable groups, through otobiographical analysis, which proposes listening to narratives, recognizing the subject as a producer of meaning based on his or her own experience. It is, therefore, a qualitative approach, anchored in the articulation between theoretical-conceptual foundations of vulnerability and health and a pedagogical experience developed through a health education workshop. This strategy sought to provoke processes of critical reflection, symbolic expression and collective creation of meanings about care, based on listening to narratives and the aesthetic production of the participants. The results show that training practices that break with prescriptive and vertical models promote significant shifts in the way individuals perceive themselves in relation to oral health care. Narratives emerged that reveal experiences of exclusion, resilience and belonging, in addition to tensions around hegemonic technical discourses. Therefore, the incorporation of participatory and territory-sensitive methodologies is essential for the elaboration of care strategies that recognize the singularities of individuals and promote social justice. Furthermore, the appreciation of local knowledge, combined with the commitment to listening and transforming living conditions, proved to be a powerful path to addressing oral health inequalities in rural territories.

**Keywords:** Vulnerability and Health; Rural population; Schoolchildren; Collective oral health; Health education.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Primeira etapa da oficina <i>Entre olhares, vozes e sorrisos</i> - A árvore de problemas (Grupo 1).....	10
<b>Figura 2:</b> Primeira etapa da oficina <i>Entre olhares, vozes e sorrisos</i> - A árvore de problemas (Grupo 2). .....	15
<b>Figura 3:</b> Segunda etapa da oficina <i>Entre olhares, vozes e sorrisos</i> - Matriz de Priorização. ....	21
<b>Figura 4:</b> Terceira etapa da oficina <i>Entre olhares, vozes e sorrisos</i> - Cenário de Alternativas.....	27
<b>Figura 5:</b> Quarta etapa da oficina <i>Entre olhares, vozes e sorrisos</i> - Rotina diária. ....	32

## LISTA DE ABREVIASÕES/SIGLAS

AM - Arco de Maguerez

ART - Tratamento Restaurador Atraumático

CEF - Centro de Ensino Fundamental

DF - Distrito Federal

DRP - Diagnóstico Rural Participativo

ESF - Estratégia de Saúde da Família

MA - Metodologias Ativas

MP - Método da Problematização

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSIPCFA - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

PSE - Programa Saúde na Escola

PP - Políticas Públicas

SUS - Sistema Único de Saúde

TALE - Termo de assentimento Livre e Esclarecido

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1 - A Interdependência entre Vulnerabilidade e Saúde nas Populações do Campo: uma discussão teórico-conceitual .....12**

Introdução.....	14
Da vulnerabilidade à Multiatorialidade .....	19
O Sujeito e/ou o território, onde está a vulnerabilidade? .....	24
Para quem e para quê servem as políticas públicas? .....	31
Considerações Finais .....	36
Referências Bibliográficas .....	39

### **CAPÍTULO 2 - (Re) Criações sobre Saúde Bucal: uma estratégia para explorar perspectivas da vulnerabilidade por meio de oficinas .....44**

Introdução.....	46
Método .....	48
Resultados e Discussão .....	53
Entre olhares, vozes e sorrisos .....	53
Considerações Finais .....	74
Referências Bibliográficas.....	80
Reflexões Finais.....	83

APÊNDICE A - Press Release.....	85
---------------------------------	----

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	87
---	----

APÊNDICE C - Termo de assentimento Livre e Esclarecido - TALE.....	89
--	----

ANEXO 1- Documento de aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade de Brasília.....	91
---	----

;

## APRESENTAÇÃO

As desigualdades sociais, históricas e territoriais interferem diretamente nas condições de vida e saúde das populações do campo. A vulnerabilidade dessas populações não é apenas resultado da pobreza econômica, mas também de um conjunto de exclusões políticas, culturais, geográficas e institucionais. A saúde bucal, como parte indissociável da saúde integral, expressa de forma contundente essas desigualdades.

O propósito desta dissertação é analisar, de maneira crítica e aprofundada, a relação entre vulnerabilidade e saúde e as práticas de cuidado em saúde bucal no contexto das populações do campo. Essa investigação parte da premissa de que as iniquidades em saúde, especialmente no meio rural, são estruturadas por determinantes sociais e de que forma práticas educativas baseadas nas Oficinas de educação em saúde, podem se configurar como estratégias potentes para a promoção da equidade em saúde bucal.

Sendo assim, a presente dissertação está em formato multipaper, dividida em dois artigos. No primeiro, discute-se sob uma perspectiva teórico-conceitual, a interdependência entre vulnerabilidade e saúde nas populações do campo, a partir de uma análise crítica dos determinantes sociais, buscando evidenciar como os contextos do campo são atravessados por múltiplas formas de exclusão que repercutem diretamente nas condições de saúde e no acesso aos serviços. A intenção é lançar luz sobre as especificidades dessas populações, que são historicamente negligenciadas nas políticas públicas de saúde, situando-as como sujeitos de direitos que enfrentam barreiras estruturais, simbólicas e institucionais.

Por sua vez, o segundo artigo apresenta e analisa uma experiência pedagógica desenvolvida por meio de uma oficina de educação em saúde voltada à temática da saúde bucal. Compreendida como estratégia de educação crítica e dialógica, essa oficina buscou explorar, junto aos participantes, as múltiplas dimensões da vulnerabilidade relacionadas ao cuidado odontológico em territórios do campo. A proposta aqui é compreender como práticas educativas baseadas na escuta, na arte e na participação podem expressar saberes silenciados, tensionar discursos hegemônicos e favorecer a elaboração de abordagens mais sensíveis às realidades vividas pelos sujeitos em situação de vulnerabilidade.

## **CAPÍTULO 1 - A Interdependência entre Vulnerabilidade e Saúde nas Populações do Campo: uma discussão teórico-conceitual.**

### **Resumo**

O conceito de rural não possui uma definição capaz de abranger sua complexidade, o que limita a compreensão das realidades vividas no campo. As discussões sobre o tema têm negligenciado, em grande parte, as especificidades dessas populações, especialmente no que diz respeito às suas vulnerabilidades. Este ensaio teórico tem como objetivo analisar a relação entre vulnerabilidade, qualidade de vida e saúde das populações rurais, com ênfase nas singularidades desses grupos e suas coletividades. Para tanto, parte-se da noção de *Multiatoralidade*, que permite analisar as interações dinâmicas entre sujeitos e territórios e como essas relações influenciam as condições de vida no campo. Nesse contexto, a relação entre sujeito e território é interdependente, uma vez que o espaço molda as experiências humanas ao mesmo tempo em que é continuamente transformado pelas ações e práticas sociais. A vulnerabilidade, portanto, não surge apenas das condições estruturais do território, mas também das capacidades individuais de adaptação e enfrentamento das adversidades. Sendo assim, a intersecção entre políticas públicas de saúde, educação e desenvolvimento econômico deve orientar ações que garantam o direito à saúde, respeitando as particularidades das populações do campo.

**Palavras chaves:** Vulnerabilidade, Saúde; População rural.

## Abstract

The concept of rurality does not have a definition capable of encompassing its complexity, which limits the understanding of the realities experienced in the countryside. Discussions on the topic have largely neglected the specificities of these populations, especially with regard to their vulnerabilities. This theoretical essay aims to analyze the relationship between vulnerability, quality of life, and health of rural populations, with an emphasis on the singularities of these groups and their communities. To this end, we start from the notion of Multiactorality, which allows us to analyze the dynamic interactions between subjects and territories and how these relationships influence living conditions in the countryside. In this context, the relationship between subject and territory is interdependent, since space shapes human experiences while being continually transformed by social actions and practices. Vulnerability, therefore, arises not only from the structural conditions of the territory, but also from individual capacities to adapt and cope with adversity. Therefore, the intersection between public policies on health, education, and economic development should guide actions that guarantee the right to health, respecting the particularities of rural populations.

**Keywords:** Vulnerability, Health; Rural population.

## Introdução

O que se considera como rural não possui uma definição que dê conta de sua complexidade. Este conceito costuma ser projetado a partir da localização e da densidade populacional, e toma-se, como principal referência, aquilo que não é urbano. É possível afirmar que há um empobrecimento na compreensão do tema, especialmente quando se pensa na vida que ocorre em espaços do campo. Neste sentido, torna-se relevante retomar a discussão sobre o assunto, com o objetivo de contemplar sua representatividade territorial, aumentando assim a idoneidade de sensos e Políticas Públicas (PP)<sup>1</sup>.

Essa definição do campo emerge a partir de uma construção popular que reflete a luta de grupos contra diversas formas de violação de direitos, com destaque para o acesso à saúde e as condições sociais. Ela evidencia, assim, a necessidade de articulação política contra a mercantilização da vida, ressaltando a importância de incluir as práticas culturais e as formas tradicionais de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>2</sup>.

A consolidação ocorreu por meio de um intenso processo de mobilização e debates, como os realizados nas Conferências Nacionais de Saúde, que resultaram na criação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). Deste processo, destaca-se a estreita conexão entre as condições de saúde e a forma como as comunidades se relacionam com a natureza, representando um panorama do esforço coletivo para garantia e reconhecimento dentro do sistema de saúde<sup>2</sup>.

Importa destacar que as populações do campo vivenciam rotineiramente um cenário com desafios e barreiras complexas para acessarem os serviços de saúde quando comparadas às comunidades urbanas. Portanto, é de extrema importância promover ações que atendam às singularidades desses territórios, com o objetivo de assegurar um cuidado integral e, assim, promover melhores condições de vida e saúde<sup>3</sup>.

No Brasil, essas comunidades são marcadas por uma diversidade que reflete as singularidades, tanto em aspectos econômicos, quanto culturais e ambientais de seus territórios. Esses espaços são habitados por comunidades que variam de pequenos agricultores familiares a povos indígenas, quilombolas e outros grupos tradicionais, cada um com práticas de vida e subsistência próprias. Essa diversidade está intrinsecamente ligada aos ecossistemas locais e às formas de ocupação e uso do solo, que influenciam as dinâmicas sociais e econômicas dessas comunidades<sup>4</sup>.

Essa diversidade de grupos e realidades que compõem a população do campo está diretamente associada a diferentes formas de vulnerabilidade, resultantes de barreiras estruturais e sociais. A distância dos centros urbanos e a precariedade da infraestrutura limitam o acesso a serviços básicos, além disso, a carência de transporte público adequado e a limitação das redes de comunicação intensificam o isolamento geográfico. Esse cenário reforça a exclusão social e econômica, aumentando a desigualdade e a marginalização dessas comunidades<sup>5</sup>.

Um fator que agrava essa vulnerabilidade é a dependência do clima para a produção agrícola. Eventos extremos, como secas e enchentes, impactam diretamente a renda e a segurança alimentar dessas comunidades. Esses desafios são agravados pela ausência de políticas públicas efetivas voltadas à mitigação de riscos climáticos e à promoção de uma agricultura sustentável, que respeite as especificidades dos territórios rurais<sup>6</sup>.

Outrossim, a escassez de serviços de saúde próximos às suas comunidades e a falta de profissionais especializados refletem a vulnerabilidade associada ao acesso à saúde. Em muitos casos, o deslocamento até os centros urbanos para atendimento médico é inviável para as populações do campo, principalmente para grupos específicos como idosos e pessoas com

deficiência. Essa dificuldade agrava as condições de saúde da população e impede a promoção de um cuidado integral<sup>7</sup>.

A exclusão social nas áreas rurais manifesta-se de forma acentuada em aspectos como a conciliação de atividades escolares com o trabalho, para auxiliar suas famílias ao manejo da terra e ao cuidado com os animais, o que pode dificultar o desempenho escolar e contribuir para situações de reprovação, repetência e abandono. Esse panorama é agravado pela carência de infraestrutura básica, como sistemas de saneamento e transporte eficientes, que dificultam a conectividade dessas comunidades com o restante da sociedade. Tais fatores contribuem para a ampliação das desigualdades e vulnerabilidades sociais e reforçam a marginalização de populações que já enfrentam desafios estruturais históricos<sup>8</sup>.

Isto posto, a noção de vulnerabilidade, amplamente empregada no campo da Saúde Coletiva, surgiu na década de 1990 em resposta à epidemia de HIV/Aids. Inicialmente, o termo foi utilizado para designar grupos ou indivíduos fragilizados do ponto de vista político ou jurídico, em sua capacidade de promover, proteger e garantir os direitos de cidadania. Esse conceito emergiu das interseções entre os movimentos de direitos humanos e o ativismo no combate à epidemia. Naquele período, as políticas de saúde frequentemente categorizam esses grupos como "grupos de risco", abordagem que, sob um viés epidemiológico, mostrou-se inadequada e contraproducente. Em vez de proteger, tais estratégias reforçaram as iniquidades e o preconceito, perpetuando vulnerabilidades sociais e de saúde<sup>9</sup>.

No contexto da saúde coletiva, a epidemia de HIV/Aids evidenciou a necessidade de repensar as estratégias de prevenção e promoção da saúde, indo além da simples identificação de comportamentos de risco. Pesquisadores e profissionais da saúde começaram a considerar fatores sociais, econômicos e culturais que influenciavam a suscetibilidade das populações à doença<sup>10</sup>.

A partir dessa perspectiva ampliada, o conceito de vulnerabilidade passou a englobar três dimensões inter-relacionadas: individual, social e programática. A dimensão individual refere-se às características pessoais que podem aumentar a suscetibilidade a agravos; a social diz respeito às condições socioeconômicas e culturais que influenciam a exposição ao risco; e a programática envolve a capacidade das políticas e programas de saúde em atender às necessidades da população<sup>11</sup>.

Essa abordagem multidimensional permitiu uma compreensão mais abrangente do processo saúde-doença, reconhecendo que a vulnerabilidade não é determinada apenas por fatores individuais, mas também por contextos sociais e estruturais. Dessa forma, tornou-se possível identificar as desigualdades que afetam diferentes grupos populacionais e desenvolver intervenções mais equitativas e eficazes<sup>11</sup>.

Atualmente, o conceito de vulnerabilidade em saúde é amplamente utilizado para analisar e intervir em diversas situações, desde doenças infecciosas até condições crônicas e questões de saúde mental. Ele serve como ferramenta para identificar populações em situação de desvantagem e orientar políticas públicas que visem à redução das iniquidades em saúde<sup>12</sup>.

Além disso, a noção de vulnerabilidade tem sido incorporada em áreas como a assistência social, reconhecendo que as fragilidades não se restringem ao campo da saúde, mas permeiam diversos aspectos da vida social. Essa integração reforça a importância de abordagens intersetoriais na promoção do bem-estar e na garantia dos direitos de cidadania<sup>12</sup>.

É importante destacar que o conceito de vulnerabilidade continua em evolução, adaptando-se às mudanças sociais e aos novos desafios em saúde pública. A compreensão das múltiplas dimensões permite o desenvolvimento de estratégias mais inclusivas e sensíveis às necessidades específicas de diferentes grupos populacionais<sup>11</sup>.

E apesar das limitações enfrentadas, essas populações são conhecedoras de suas realidades e demandas específicas. Esse conhecimento local é essencial para a construção de PP que respeitem as peculiaridades culturais e sociais desses grupos, por possuir práticas tradicionais de manejo de recursos naturais e cuidados em saúde que podem ser incorporadas de forma complementar às estratégias convencionais, promovendo um cuidado integrado e efetivo<sup>13</sup>.

Desta feita, insta destacar que intervenções públicas são indispensáveis para mitigar as desigualdades em saúde no meio rural. A ampliação da atenção primária, por meio da implementação de equipes de Saúde da Família em áreas remotas, tem sido uma das principais estratégias para alcançar essa população. No entanto, essas ações precisam ser complementadas com programas intersetoriais que considerem os determinantes sociais supracitados, para que sejam sustentáveis e de impacto duradouro<sup>14</sup>.

Foucault dispõe a população como conhecedora das necessidades e expectativas daquilo que quer: “o interesse individual — como consciência de cada indivíduo constituinte da população — e o interesse geral — como interesse da população”<sup>15</sup> (p.28). Deste modo, planejar e gerir políticas públicas perpassa as necessidades e expectativas da sociedade, apontadas pelas características quantitativas das demandas, como também principalmente, para assegurar a sua sustentabilidade<sup>15</sup>.

Partindo desta premissa e entendendo as especificidades das populações do campo, a relevância do tema para construção de PP que as incluam, foi desenvolvido este ensaio teórico que objetiva identificar elementos e estreitar relações do conceito de vulnerabilidade com a vida das pessoas e, especificamente, a saúde das populações do campo.

Trata-se de reconhecer suas singularidades e coletividades, pela compreensão de si mesmas como parte do fluxo das PP, de modo a compor uma dimensão dessas relações

estabelecidas, a partir da noção definida por Rosana Boullosa como Multiatorialidade, em que destaca a colaboração desses atores sociais na formulação e implementação de PP, podendo contribuir com este estudo ao possibilitar discussões mais inclusivas e eficazes para as especificidades do campo<sup>16</sup>.

Dessa forma, a discussão será organizada em três tópicos principais: Da vulnerabilidade à multiatorialidade, O Sujeito e/ou o território, onde está a vulnerabilidade? e Para quem e para quê servem as políticas públicas? Abordando as barreiras estruturais e sociais enfrentadas, os impactos dessas vulnerabilidades na saúde e as estratégias para a construção de políticas públicas mais equitativas.

### **Da vulnerabilidade à Multiatorialidade**

Compreender sobre a vulnerabilidade em saúde é destacar a relação intrínseca e articulada com a educação, com diferentes representações e liberdades referentes ao modo de atender às necessidades de saúde do sujeito, bem como o seu cuidado, que por meio da compreensão dos seus direitos, deveres e benefícios, induzem a percepção da necessidade de cobrança do governo por condições melhores de trabalho e promoção do bem-estar.

No campo de atuação da Epidemiologia, a formação do conceito de vulnerabilidade está associada a uma forma de superar preconceitos relacionados à identificação de grupos de risco e à responsabilização individual, centrado no risco comportamental. Estudar o caráter hermenêutico da vulnerabilidade em saúde e direitos humanos, é buscar uma maneira de compreender um problema de saúde e ir além de uma análise limitada ou fragmentada dos fatores contextuais em diversos aspectos<sup>9, 17</sup>.

Nesta perspectiva, e entendendo que o sujeito é parte do processo, quando retomamos o período do surgimento do termo vulnerabilidade, os movimentos sociais que iniciaram a discussão sobre o “*empowerment*”, termo este que não existe tradução, mas se aproxima de

algo relacionado ao empoderamento, que representava aqueles que estavam expostos ao adoecimento decorrente de características não só individuais, como também coletivas, contextuais, e que tem como consequência a suscetibilidade ao adoecimento e infecção de maneira particular, interligados em três eixos de análises, quanto a um maior ou menor acesso aos recursos para proteção<sup>9</sup>.

O primeiro eixo está relacionado ao componente individual, quando condiz com a qualidade da informação de que o indivíduo tem ciência do problema, incorporando suas preocupações ao seu cotidiano à medida que transforma essas preocupações em ações preventivas. O segundo, trata-se do componente coletivo, em que a aquisição destas informações não depende de um só indivíduo, sendo necessário o acesso a outros meios como os de comunicação e de decisões políticas incorporadas às análises de vulnerabilidade. E por último, o eixo programático, no qual os recursos das informações para a não exposição do indivíduo e para sua proteção, sejam disponibilizados de forma efetiva e democrática, fortalecendo-o diante das situações<sup>9</sup>.

Sendo assim, numa análise no âmbito individual, a pessoa se reconhece enquanto sujeito de direito e comprehende sua trajetória pessoal de modo a associar aspectos de sua vida ao seu nível de conhecimento, ao acesso à informação, às suas relações e às redes de apoio. Outrossim, a dimensão social se entrelaça nesta análise que conforma a vulnerabilidade individual, em aspectos como o acesso a saúde, educação, cultura e lazer, e as questões raciais, gênero ou religião, que mantém e/ou inclui os sujeitos no cenário das desigualdades<sup>9</sup>.

Disto isso, questiona-se sobre como problematizar e superar as relações de vulnerabilidade na busca por respostas. Neste sentido, a dimensão programática fundamenta-se na análise de como o governo protege e promove os direitos desses indivíduos, e em seus modos de atuar para garantia de elementos que possam reproduzir, reduzir ou intensificar as condições de vulnerabilidade em seus contextos<sup>9</sup>.

A participação de múltiplos atores, como lideranças comunitárias, organizações da sociedade civil e instâncias governamentais, possibilita a criação de redes de apoio e a implementação de políticas intersetoriais que atendam de forma mais abrangente às necessidades das populações do campo<sup>18</sup>. O que reforça a relação entre a multiatorialidade e vulnerabilidade, especialmente no contexto das populações rurais, onde a formulação de políticas públicas voltadas a grupos em situação de vulnerabilidade social enfrenta desafios específicos.

Desta feita, aprofundar o conceito de multiatorialidade torna-se necessário, sendo referido como a atorização entre os sujeitos, num determinado fluxo, dinamizado por relações complexas, incertas e de posicionalidade, numa busca de aproximação do conceito à prática da democracia radical<sup>19</sup>. Isto posto, enquanto “*construto interpretativo sociocêntrico*”, para superar a esfera estadocêntrica do ator, como único protagonista de uma ação em políticas públicas, da mesma forma no qual qualifica a própria ação, ou seja, se a política é pública, isto é devido ao ator ser público<sup>16</sup>.

Nada mais é que a participação de diversos atores sociais na formulação e implementação de políticas públicas. Essa abordagem reconhece que as políticas não são produtos exclusivos do Estado, mas resultam da interação entre múltiplos agentes, incluindo organizações da sociedade civil, setor privado e cidadãos. Boullosa<sup>16</sup> explora essa perspectiva ao analisar criticamente o processo de construção das políticas públicas, destacando a importância da colaboração entre diferentes atores sociais para torná-las mais inclusivas e eficazes<sup>16</sup>.

Essa concepção impacta diretamente no processo de construção das PP, tornando-o mais inclusivo e democrático, incorporando diversos atores no processo decisório e permitindo uma compreensão mais ampla das necessidades sociais, resultando na formulação de soluções representativas da realidade das comunidades envolvidas. Essa participação

coletiva facilita a identificação de problemas e a implementação de políticas que atendam às reais demandas da população, permitindo compreender as políticas públicas como fluxos axiológicos de uma multiatorialidade ativada em experiências públicas, que se estruturam tanto na gestão de questões de interesse público quanto na preservação de bens comuns, garantindo maior efetividade e legitimidade às ações desenvolvidas<sup>16</sup>.

Falar sobre a multiatorialidade na saúde é também revisitá-la a Participação Social no SUS, que foi regulamentada por meio da Lei nº 8.142 de 20 de dezembro de 1990, decorrente dos processos deliberativos da Constituição de 1988<sup>20</sup>. A conquista desses espaços favoreceu a ampliação das estratégias dos serviços como um importante avanço para a compreensão dos problemas e condições de saúde local, com o apoio da própria população<sup>21</sup>.

Destarte, a Participação Social trata-se de um processo compartilhado de construção social de PP e ações coletivas, caracterizado pela mediação entre o governo e a sociedade. Nesse contexto, ambos os atores devem estabelecer uma conexão baseada no diálogo e na colaboração, assumindo responsabilidades conjuntas. Esse modelo se configura como um instrumento essencial para a definição de iniciativas cidadãs sob a visão popular<sup>22</sup>.

No âmbito da saúde coletiva, ela desempenha um papel fundamental na promoção da equidade e no fortalecimento do acesso aos serviços de saúde, além de garantir a universalidade e aprimorar a qualidade do cuidado. A relevância da Participação Social está no reconhecimento da população como protagonista no processo saúde-doença. Isso se deve ao fato de que os sujeitos possuem o conhecimento da realidade em que vivem, colaborando de forma significativa para a implementação de mudanças positivas e efetivas no contexto em que estão inseridos<sup>22</sup>.

Mas, o próprio poder público, por omissão e/ou retrocesso, gera ciclos de reprodução de situações de opressão, que contrapõem a sua função de proteção social, tanto nas desigualdades no acesso a políticas e serviços, como também no cerceio da liberdade de

expressão e lutas dos sujeitos, ocultando a coletividade da vivência das populações em condições de vulnerabilidade. A saúde admite estas conjunturas macrossociais, sem desconsiderar estas dimensões para o enfrentamento dos feitos vulnerabilizantes<sup>12</sup>.

As diferentes percepções sobre os riscos enfrentados por esses grupos populacionais muitas vezes refletem um viés que, ao mesmo tempo em que alerta para os perigos, transfere ao indivíduo a responsabilidade por superar sua própria vulnerabilidade. Esse discurso, pautado na resiliência, pode minimizar a necessidade de ações estruturais, reforçando a importância do papel do Estado na implementação de políticas e intervenções que garantam a qualidade de vida, a segurança e a cidadania dessas populações<sup>22</sup>.

Dessa forma, a Participação Social emerge como um mecanismo essencial para a promoção de PP mais inclusivas e efetivas, reforçando a corresponsabilidade entre governo e sociedade na superação de desigualdades. No entanto, é preciso reconhecer que as vulnerabilidades enfrentadas por determinados grupos sociais como as populações do campo, são intensificadas por contextos de omissão ou retrocesso nas ações públicas, o que perpetua cenários de exclusão e invisibilidade. A partir dessa compreensão, torna-se evidente a necessidade de considerar as especificidades territoriais na formulação dessas políticas, uma vez que as condições locais desempenham um papel crucial na ampliação ou mitigação das vulnerabilidades.

Essa problemática dicotômica entre sujeito e território, especialmente quando analisada sob a perspectiva da vulnerabilidade, revela-se complexa e multifacetada. Tradicionalmente, o sujeito é concebido como uma entidade autônoma e racional, enquanto o território é visto como um espaço físico delimitado e passivo. Essa visão ontológica dualista, no entanto, negligencia as interações dinâmicas e recíprocas entre ambos, pois o território não é apenas um cenário onde o sujeito atua, ele influencia e é influenciado pelas práticas sociais,

culturais e políticas dos indivíduos que o habitam. Quando consideramos populações em situação de vulnerabilidade, como as que vivem no campo, essa relação torna-se ainda mais intrincada, pois as condições territoriais podem tanto exacerbar quanto mitigar as vulnerabilidades dos sujeitos, dependendo do contexto social e histórico<sup>23</sup>.

Foucault critica essas oposições “*binary*” tradicionais, como sujeito/objeto e mente/corpo, argumentando que essas divisões são construções históricas que servem a mecanismos de poder e controle. Ao tentar operar o pensamento fora da lógica dessas dicotomias, Foucault revela como elas sustentam estruturas de dominação e exclusão. No contexto das populações rurais em situação de vulnerabilidade, essa perspectiva sugere que a compreensão das relações entre sujeito e território deve transcender abordagens simplistas. Em que é necessário considerar as complexas interações e interdependências que moldam as experiências dos indivíduos em seus espaços habitados, reconhecendo que tanto o sujeito quanto o território são co-constituintes e influenciam-se mutuamente<sup>24</sup>.

Assim, a efetividade das intervenções estatais depende de uma análise aprofundada que articule as especificidades dos sujeitos e os desafios impostos pelos territórios em que vivem, questionando onde de fato reside a vulnerabilidade: no indivíduo ou nas condições estruturais do território? Essa reflexão direciona para o debate proposto no próximo tópico, que explora a relação intrínseca entre sujeito e território na configuração das vulnerabilidades.

### **O Sujeito e/ou o território, onde está a vulnerabilidade?**

Para compreensão desta discussão, revisitar os conceitos de território e sujeito parece ser adequado, para aprofundamento de suas interações e relações entre o espaço e a

identidade, nas dimensões culturais e sócio-político-econômicas e a possibilidade de responder: onde está a vulnerabilidade?

A vulnerabilidade, como já bem mencionado, é um conceito multifacetado que abrange múltiplas dimensões da existência humana, incluindo aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais. Ela pode ser entendida como a suscetibilidade de indivíduos ou grupos a danos ou prejuízos resultantes de fatores externos ou internos que comprometem sua integridade ou bem-estar. No contexto das ciências sociais, a vulnerabilidade está frequentemente associada a condições de pobreza, exclusão social e desigualdades estruturais que afetam a capacidade de resistência e resiliência dos sujeitos diante de adversidades<sup>25</sup>.

O território, por sua vez, é mais do que uma simples delimitação geográfica, ele representa um espaço vivido, carregado de significados e relações de poder. É nele que se desenrolam as interações sociais, as dinâmicas econômicas e as práticas culturais que moldam a vida dos indivíduos e das comunidades. Portanto, a relação entre sujeito e território é, portanto, intrínseca, uma vez que o espaço influencia e é influenciado pelas ações humanas<sup>26</sup>.

Desta feita, a vulnerabilidade pode ser analisada tanto a partir do sujeito quanto do território. Do ponto de vista do sujeito, considera-se a capacidade individual ou coletiva de enfrentar riscos e adversidades, levando em conta fatores como o acesso a recursos, a redes de apoio social e habilidades pessoais. Já sob a perspectiva territorial, a vulnerabilidade está relacionada às características do espaço, como infraestrutura, serviços disponíveis e condições ambientais, que podem potencializar ou mitigar os riscos aos quais os habitantes estão expostos<sup>25</sup>.

Foucault é amplamente reconhecido por sua análise das relações entre poder e conhecimento, destacando como esses elementos se influenciam mutuamente na constituição da individualidade<sup>27</sup>. O poder articula uma rede de relações complexas e o conhecimento é

um instrumento de poder, e aqueles que o possuem podem determinar o que é *normal* ou o que o diverge, e a vulnerabilidade neste contexto, é caracterizada intrinsecamente à humanidade, onde percebe-se o papel das instituições enquanto detentora do saber, o papel de intervir nessas relações estabelecidas na população<sup>15</sup>.

O território é, no fundo, a primeira das grandes referências do poder (p. 97)<sup>15</sup>.

Neste seguimento, Foucault oferece contribuições significativas para a compreensão das relações de poder que permeiam as questões de vulnerabilidade. Em suas análises sobre biopoder e governamentalidade, explora como as instituições e práticas sociais exercem controle sobre os corpos e populações, regulando comportamentos e definindo normas que podem tanto proteger quanto expor os indivíduos a situações de vulnerabilidade. Assim sendo, o biopoder pode ser definido como uma forma de poder que se exerce não apenas sobre territórios ou soberanias, mas diretamente sobre a vida das pessoas, regulando populações e controlando corpos e se manifesta na gestão da vida, visando otimizar a saúde, a higiene e a produtividade, mas também estabelecendo mecanismos de exclusão e marginalização<sup>15,26</sup>.

Essa noção de biopoder é fundamental para entender como as PP e as práticas institucionais podem influenciar a vulnerabilidade dos sujeitos e territórios. Exemplo disso, são as políticas de urbanização que negligenciam determinadas áreas que consequentemente, podem resultar em territórios vulneráveis, caracterizados pela falta de infraestrutura, serviços básicos inadequados e pela exposição a riscos ambientais. Essas condições afetam diretamente os moradores, aumentando desta forma, sua vulnerabilidade social e econômica<sup>26</sup>.

Além disso, ao retomar o conceito de governamentalidade, Foucault também introduz que ela se refere às técnicas e estratégias utilizadas pelo Estado e outras instituições para governar a conduta dos indivíduos e populações. Envolvendo a articulação de saberes e

poderes que moldam comportamentos e influenciam as condições de vida dos sujeitos. Nesse sentido, as políticas de assistência social, saúde pública e segurança podem ser vistas como mecanismos de governamentalidade que, dependendo de sua implementação, podem reduzir ou exacerbar a vulnerabilidade<sup>28</sup>.

Adicionalmente, é possível analisar essa relação entre a vulnerabilidade, sujeito e território por meio da perspectiva da afetividade. Pois, estudos em psicologia ambiental sugerem que a maneira como os indivíduos se relacionam afetivamente com seu ambiente influencia sua percepção de vulnerabilidade e sua capacidade de enfrentamento. No entanto, a afetividade, entendida como a implicação do sujeito com o outro e com o mundo, pode servir como um mediador entre as condições objetivas do território e as experiências subjetivas de vulnerabilidade<sup>25</sup>.

A compreensão sobre essa condição requer uma abordagem interdisciplinar que considere as interações entre sujeitos e territórios. Isso implica analisar como as PP, as práticas institucionais e as dinâmicas sociais influenciam as condições de vida dos indivíduos e das comunidades. Exemplo disso, são as políticas habitacionais que promovem a segregação espacial, em que neste sentido, podem criar territórios vulneráveis, enquanto iniciativas que incentivam a participação comunitária - aqui definida como multiatorialidade - e o desenvolvimento local podem fortalecer a resiliência dos sujeitos e territórios<sup>26</sup>.

A análise foucaultiana dessas relações de poder oferece ferramentas valiosas para entender como as práticas sociais e institucionais contribuem para a produção e reprodução da vulnerabilidade. Foucault destaca que o poder não é apenas repressivo, mas também produtivo, na medida em que cria categorias, normas e identidades que moldam a experiência humana<sup>15</sup>. Assim, as políticas e práticas que definem quem é considerado vulnerável e quais territórios são vistos como problemáticos desempenham um papel crucial na construção social da vulnerabilidade.

Numa análise reflexiva de todas essas questões e com base na literatura disponível e no campo das PP, é possível perceber as diferentes circunstâncias, bem como os valores e discussões embutidos no processo saúde-vulnerabilidade e de como o sujeito é embutido neste contexto e como a vulnerabilidade perpassa em todas as dimensões, inclusive de seu território.

As populações rurais vivem em condições específicas vinculadas a estes determinantes, cuja consequência é mais agressiva quando comparamos às populações urbanas. Além disso, doenças que normalmente provêm do campo, devido às exposições ambientais desfavoráveis à saúde, acidentes de trabalho e outros fatores, reforçam essa especificidade das zonas rurais. Diante desta problemática, um ponto que deve-se levar em consideração está relacionado ao difícil acesso aos serviços de saúde, devido principalmente aos distanciamentos dos territórios, que por sua vez, influencia diretamente no autocuidado<sup>29</sup>.

Ceccim (2005) trata o território como o da saúde, o que não distancia-se desta discussão, pois para explorá-lo, é importante se apropriar e ser sensível às suas questões, de modo a projetar um processo de territorialidade em que os profissionais consigam adotar, acolher e responsabilizar medidas, na construção da humanização e qualidade na atenção e na gestão em saúde, pelo desenvolvimento da autonomia do sujeito e da população<sup>30</sup>.

Essa territorialização corresponde a uma ferramenta importante para organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, tendo em vista que a implementação das ações provém de uma delimitação pré determinada. Sua operacionalização já vem sendo executada em diferentes serviços no âmbito do SUS, como a Estratégia Saúde da Família e a Vigilância<sup>31</sup>.

Este instrumento possibilita o reconhecimento das condições de vida e da saúde da população da área de abrangência de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), através do desenvolvimento de um padrão assistencial, direcionado à realidade social. É imprescindível

compreender as diferentes relações no que diz respeito às condições estruturantes da sociedade, bem como a identificação dos atores sociais e a sua interação com os ambientes e lugares de um território. Importa caracterizar esta população com o propósito de determinar suas reais necessidades<sup>32</sup>.

Para compreensão deste cenário no contexto experimentado pela população do campo aqui abordada, a PNSIPCFA, aprovada em 23 de outubro de 2014 por meio Portaria 2.311, foi instituída no âmbito do SUS, dando uma maior visibilidade a esta temática, que busca compreender o cuidado e atender, o sujeito às suas necessidades de saúde, propositando a melhoria nos indicadores e na qualidade de vida destas comunidades<sup>7</sup>.

De acordo com a Organização das Nações Unidas, cerca de 46% da população mundial vive em áreas rurais, sendo a maioria em situação de vulnerabilidade, caracterizada pela falta de saneamento básico, escasso acesso aos serviços de saúde e aos cuidados, à educação, à habitação. Essas circunstâncias são resultantes de um contexto histórico enraizado no campo social, que remete-se ao período colonialista. Entender essas associações contribui para o discernimento quanto a vulnerabilidade e os atores envolvidos<sup>25</sup>.

Pela lógica colonialista, as estruturas de poder e a distribuição de recursos nas colônias foram fortemente influenciadas por interesses econômicos de exploração, com foco na extração de recursos naturais e na agricultura de grandes latifúndios. Essas estruturas agrárias, ainda presentes em muitas regiões rurais, criaram um padrão de concentração de terra e riqueza nas mãos de uma pequena elite, enquanto a maioria da população rural foi relegada a uma condição de pobreza e exclusão. Essa desigualdade histórica configura uma base estrutural que ainda impacta as condições de vida nas áreas rurais, resultando em uma falta de acesso a serviços básicos essenciais<sup>33</sup>.

Além disso, o processo de urbanização acelerado, que ocorreu após a independência de muitas nações colonizadas, não foi acompanhado por políticas eficazes de

desenvolvimento rural. Ao longo dos anos, muitos governos priorizaram o crescimento urbano e o desenvolvimento de infraestrutura nas grandes cidades, negligenciando as necessidades das áreas rurais. Esse abandono das regiões resultou em uma crescente marginalização das populações do campo, que continuam a sofrer com a pobreza extrema e com a falta de oportunidades econômicas. O impacto do colonialismo, portanto, não se limita ao período histórico, mas se reflete nas desigualdades atuais, onde as populações do campo continuam a enfrentar dificuldades estruturais, o que perpetua um ciclo de pobreza e exclusão<sup>33</sup>.

Diante dessa problemática, reparamos o quanto necessário é o reconhecimento destas particularidades do âmbito rural e que determinam quais os modos de vida desta população, da subjetivação e da produção das identidades sociais, entendendo o dinamismo e as constantes transformações do território onde residem<sup>34</sup>.

Portanto, a relação entre o território e o indivíduo é intrínseca, já que as fragilidades do território impactam diretamente a vida de seus moradores: quando o ambiente apresenta limitações estruturais, como falta de infraestrutura e serviços básicos, a capacidade da população de superar adversidades é comprometida. Essa condição amplifica os riscos sociais e econômicos aos quais os indivíduos estão expostos, criando barreiras significativas para o desenvolvimento humano e coletivo. Importa considerar, neste sentido, que a busca por uma resposta acerca da localização da vulnerabilidade no território ou nos sujeitos, é simplista e o binarismo não dá conta de dizer do tema. Ao considerarmos as reentrâncias de um elemento no outro e suas simultaneidades, nos aproximamos do conceito de vulnerabilidade de forma a compreendê-lo e operá-lo efetivamente no contexto da sociedade e da vida das pessoas.

Com esta perspectiva, a falta de políticas públicas voltadas à mitigação dessas vulnerabilidades faz com que a população dependa cada vez mais de redes informais de apoio ou enfrentem situações extremas de insegurança alimentar, saúde debilitada e redução da

qualidade de vida. A partir desse olhar, a seguir discutiremos como a formulação e a implementação dessas políticas podem, muitas vezes, perpetuar desigualdades ao invés de superá-las, pois essa reflexão é fundamental para compreender se as ações do Estado têm realmente cumprido seu papel na promoção da equidade social e no desenvolvimento humano, evidenciando a necessidade de uma abordagem mais inclusiva e contextualizada para atender às demandas reais das populações do campo.

### **Para quem e para quê servem as políticas públicas?**

Para introduzir este último tópico, propõe-se uma reflexão a partir da pergunta: Para quem e para quê servem as políticas públicas? A expressão *Políticas Públicas* tem sido disposta como uma ação estatal, apta a solucionar todos ou quase todos os problemas sociais, sendo uma estratégia eficaz para promoção e garantia dos direitos do sujeito em todas as dimensões. Neste sentido, o conceito de políticas públicas pode perpassar em seu sentido funcional, ou seja, é necessário funcionar, devendo servir para um determinado propósito, como no sentido ontológico, por ações estruturadas que promovam e/ou garantam algum direito<sup>35</sup>.

Diante disso, as políticas públicas pretendem atingir estes objetivos, tendo em vista que direitos são conquistados, consolidados e construídos nesta perspectiva, contudo, acabam ocorrendo de maneira indireta, o que não implica enquanto sua primeira finalidade<sup>35</sup>.

Construir uma sociedade livre, justa e solidária (inciso I).

[...]

Garantir o desenvolvimento nacional (inciso II).

[...]

Erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais (inciso III).

[...]

Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (inciso IV)<sup>35</sup>.

De acordo com o trecho retirado do artigo 3º da Constituição da República de 1988, apesar das políticas públicas construírem e promoverem nossos direitos civis e sociais, podem também determinar, através de melhorias socioeconômicas e da inclusão social, sem a discriminação dos determinantes sociais (raça/cor, etnia, sexo, idade), a disposição de condições para implementação de uma política, que tenha como propósito o “bem de todos”<sup>35</sup>.

As políticas públicas são instrumentos fundamentais para a promoção do bem-estar social e a garantia dos direitos dos cidadãos. Elas visam atender às necessidades coletivas, buscando soluções para problemas que afetam a sociedade como um todo. No contexto brasileiro, a Constituição de 1988 estabelece objetivos fundamentais que orientam a formulação dessas políticas, como a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, a erradicação da pobreza e a redução das desigualdades sociais e regionais<sup>35</sup>.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>36</sup>, órgão sanitário internacional da Organização das Nações Unidas, define a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidades ou invalidez”. Esta concepção de saúde, também vista como sistema ou o estabelecimento de cuidados com a saúde, é fortalecida por meio de ações sanitárias nos programas, planos e serviços de saúde, relacionado-a enquanto direito do cidadão e dever do Estado a sua garantia<sup>37</sup>.

Mas o que é ser saudável? É importante ponderar sobre diversos fatores e situações que podem acometer e/ou determinar as condições de saúde de um ser ou de um grupo de pessoas. Essa reflexão pode estimular a observação da qualidade de vida no cotidiano e de sua comunidade, como também possibilita repensar sobre como se organizam e planejam a introdução de questões de saúde nos mais diferentes espaços<sup>38</sup>.

Segundo Paim<sup>39</sup>, a atenção à saúde pode estar relacionada ao perfil da população, dependendo das condições e modo de vida e se manifesta em necessidades e demandas, incluindo a vulnerabilidade. Definiu como “rosário de problemas (p. 26)<sup>39</sup>” todas essas questões que dizem respeito ao acesso e qualidade das ações e serviços de saúde, que por sua vez, influenciam nas iniquidades, no aumento das desigualdades sociais e na garantia dos direitos constitucionais.

Neste sentido, considerando as desigualdades em saúde como um dos principais problemas que impactam nas políticas públicas de saúde do Brasil, deve-se incorporar a compreensão teórico-conceitual em separar o problema de outros objetos pré construídos (disparidade, iniquidade, diferença, distinção), e a perspectiva de sua dissecção, com a finalidade de investigar e intervir em situações concretas<sup>39</sup>.

É fundamental considerar a diversidade de realidades e desigualdades presentes no território brasileiro ao formular políticas públicas, garantindo que não haja favorecimento a determinadas regiões em detrimento de outras. Para isso, é essencial que tais políticas reconheçam e valorizem as especificidades locais, incorporando o conhecimento regional no planejamento e execução das ações. Dessa forma, é possível estimular oportunidades de trabalho e geração de renda para as comunidades, além de assegurar o acesso à educação de qualidade em todas as fases da vida. Isso inclui a educação, especialmente daqueles que vivem em áreas rurais, como estratégia essencial para a redução da pobreza e a ampliação das possibilidades de inserção no mercado de trabalho<sup>40</sup>.

No entanto, a descontinuidade e falhas em sua implementação podem comprometer significativamente seus objetivos. A noção de "continuidade e descontinuidade administrativa" (p. 57)<sup>41</sup> está relacionada aos desafios, práticas e inconsistências presentes na administração pública diante das mudanças governamentais e substituições de gestores. Esse conceito se expressa nos impactos organizacionais gerados por essas transições<sup>41</sup>.

Outrossim, no Brasil, observa-se uma prevalência de políticas de governo em detrimento de políticas de Estado, o que contribui para essa descontinuidade. Quando os governos traduzem projetos e programas para uma política pública, essas ações saem da esfera governamental e são incorporadas à sociedade civil mediante leis que regulamentam aquela atividade, garantindo maior estabilidade e continuidade<sup>42</sup>.

Nesse cenário, a PNSIPCFA emerge como uma iniciativa voltada às especificidades dessas comunidades. Seu propósito é promover a saúde por meio de ações que valorizem suas especificidades, visando o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas, e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida<sup>7</sup>.

Por sua vez, a PNSIPCFA busca mitigar essas desigualdades, garantindo o acesso equitativo aos serviços de saúde e promovendo ações que considerem as particularidades desses grupos. Entre os objetivos específicos da política, destacam-se a garantia do acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização, a contribuição para a redução das vulnerabilidades em saúde dessas populações e a promoção de planejamentos participativos capazes de identificar suas demandas específicas. Reconhecer essas vulnerabilidades é essencial para a formulação de políticas públicas eficazes que promovam a equidade e a justiça social<sup>7</sup>.

Importa compreender, no âmbito das políticas públicas, as relações de poder que permeiam essas políticas. Foucault argumenta que o poder não é apenas repressivo, mas também produtivo, moldando comportamentos e subjetividades. Ele afirma que "o poder é menos uma confrontação entre dois adversários ou a ligação de um com o outro do que uma questão de governo" (p. 1056)<sup>43</sup>. Essa perspectiva é relevante para a análise das políticas

públicas, pois destaca o valor de considerar como essas políticas influenciam e moldam as vidas dos indivíduos<sup>44</sup>.

Sugere-se ainda, que o governo é uma forma de conduzir a conduta dos indivíduos, influenciando suas ações e decisões. Ele afirma que "governar, no sentido mais amplo, significa estruturar o possível campo de ação dos outros" (p. 1056)<sup>43</sup>. Essa análise é pertinente para entender de que forma políticas como a PNSIPCFA buscam orientar comportamentos e promover determinados objetivos sociais.

De modo semelhante, o poder está presente em todas as relações sociais, e as políticas públicas são uma forma de exercício desse poder, afirmando que se trata de uma relação estratégica estabelecida entre os indivíduos. Essa perspectiva é importante para compreender sobre como as políticas públicas podem tanto promover a emancipação quanto perpetuar desigualdades<sup>15</sup>.

Nesta perspectiva, ao retomarmos a noção de multiatorialidade, compreendemos que as políticas públicas atuam como fluxos axiológicos resultantes desta multiatorialidade, que por conseguinte, é ativada por meio de experiências públicas que se organizam em contextos de governo, quanto aos problemas considerados de relevância pública ou na preservação de bens públicos<sup>16</sup>.

Foucault introduziu o conceito de governamentalidade ao sugerir que governar implica estruturar o campo de ação dos outros. Essa análise é relevante para compreender como políticas como a PNSIPCFA buscam orientar comportamentos e promover objetivos sociais específicos, ao reconhecer as vulnerabilidades das populações e elaborar ações que minimizem riscos e promovam a saúde, impactando diretamente as condições de vida dos indivíduos<sup>44</sup>.

A vulnerabilidade, nesse contexto, perpassa todas essas questões, pois as populações do campo estão frequentemente expostas a condições que as tornam mais suscetíveis a agravos à saúde. Reconhecê-las é essencial para a formulação de políticas públicas eficazes, atrelando a análise foucaultiana sobre compreender as relações de poder que permeiam essas políticas, enfatizando que o poder molda comportamentos e subjetividades<sup>45</sup>.

Sendo assim, a multiatorialidade, ao incorporar a participação de diversos atores sociais, busca justamente abordar as vulnerabilidades de maneira mais abrangente e inclusiva. Ao promover a participação ativa das comunidades afetadas, as políticas públicas podem ser mais sensíveis às necessidades reais dos indivíduos, garantindo a efetivação de seus direitos e a garantia de sua saúde e bem-estar<sup>16</sup>.

## **Considerações Finais**

A discussão acerca da vulnerabilidade dos territórios rurais, do sujeito e da saúde permite uma reflexão sobre os fatores que influenciam a qualidade de vida das populações que ocupam esses espaços. O conceito de vulnerabilidade ultrapassa a esfera individual e se insere em um contexto social mais amplo, onde aspectos econômicos, culturais e políticos desempenham papel fundamental na determinação das condições de vida dessas comunidades<sup>8</sup>.

Esses territórios, muitas vezes caracterizados pelo isolamento geográfico e pela precariedade de infraestrutura, apresentam desafios significativos que interferem no acesso limitado aos serviços de saúde, educação e transporte, que influenciam diretamente o bem-estar dos sujeitos, reforçando desigualdades históricas e sociais<sup>8</sup>. Essas condições expõem os habitantes do campo a situações de risco, tornando fundamental a implementação de políticas públicas que atendam suas especificidades.

Disto isto, a relação entre sujeito e território torna-se complexa e profundamente interdependente, uma vez que o espaço molda as experiências humanas ao mesmo tempo em que é continuamente transformado pelas ações e práticas sociais. Nesse contexto, a vulnerabilidade emerge não apenas das condições estruturais presentes no território, como a disponibilidade de recursos e a organização urbana, mas também das capacidades individuais de adaptação e enfrentamento das adversidades. Essa perspectiva destaca a importância de considerar tanto as dimensões coletivas quanto as subjetivas ao se analisar as dinâmicas de exclusão e resistência nos espaços sociais.

É possível compreender a vulnerabilidade como uma construção social atravessada pelo biopoder, na medida em que práticas discursivas e dispositivos institucionais se associam na produção e na regulação de corpos e populações, determinando as vidas que devem ser mais protegidas e as mais expostas a riscos e mazelas. O debate sobre vulnerabilidade da população rural passa pela consideração de estratégias de governamentalidade que classificam, normatizam e intervêm sobre determinados grupos, naturalizando desigualdades e estabelecendo discrepância de oportunidades entre pessoas que precisam de proteção e cuidado.

Nesse sentido, os territórios não são apenas espaços físicos, mas também configurações políticas e simbólicas onde se manifestam regimes de verdade que legitimam saberes e práticas específicas. Essas verdades, instituídas historicamente, orientam as formas de governamentalidade, definindo quem é visto como vulnerável e quais estratégias de intervenção são consideradas legítimas<sup>15</sup>.

Ao introduzir o conceito de "threshold" (limiar), Foucault evidencia que as transformações nos regimes de verdade ocorrem em zonas de transição, onde as fronteiras entre diferentes saberes e formas de poder estão em disputa. Esses limiares não são pontos

estáveis, mas sim momentos históricos nos quais determinadas narrativas e discursos passam a ser reconhecidos como científicos ou verdadeiros. Nesse processo, o território emerge como um palco onde essas disputas se materializam, influenciando diretamente as percepções de vulnerabilidade e as práticas de biopoder. Dessa forma, analisar a vulnerabilidade a partir dessa perspectiva permite uma compreensão mais ampla das intersecções entre espaço, poder e verdade<sup>15</sup>.

No campo da saúde, a vulnerabilidade se reflete na dificuldade de acesso aos serviços básicos, agravada pela falta de profissionais especializados e por esse distanciamento dos centros urbanos. Esse cenário contribui para o agravamento de doenças crônicas e para a limitação de iniciativas preventivas, reforçando a necessidade de estratégias de saúde pública específicas para esses territórios<sup>7</sup>.

As noções foucaultianas de biopoder e governamentalidade, contribuíram para a compreensão dessas relações de poder que permeiam as questões de vulnerabilidade em saúde. O controle exercido sobre as populações do campo por meio de políticas públicas pode tanto proteger quanto expor esses indivíduos a maiores riscos. Dessa forma, é essencial garantir que tais políticas sejam inclusivas e as representem efetivamente<sup>15</sup>.

Outro aspecto fundamental é a importância da Participação Social na formulação de políticas públicas. Os indivíduos que vivem nos territórios rurais possuem conhecimentos valiosos sobre suas próprias realidades, e sua inclusão nos processos decisórios é essencial para a construção de soluções eficazes e sustentáveis.

Por fim, a construção de um modelo de desenvolvimento rural que respeite as particularidades das populações do campo deve ser uma prioridade para reduzir desigualdades. A intersecção entre políticas públicas de saúde, educação e desenvolvimento

econômico deve nortear as ações governamentais, garantindo que o direito à saúde e à qualidade de vida seja plenamente assegurado a essas comunidades.

Financiamento: Este trabalho foi apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Distrito Federal [processo 35/2024 - FAPDF/PRES/GAB].

## Referências Bibliográficas

1. Gomes I. O que é rural? Contribuições ao debate. *Bol. geogr* [internet]. 2013 [acesso em 2019 mar 2]; 31(3):81-95.
2. Dias AP, Carneiro FF. Saúde das Populações do Campo, Floresta e das Águas. In: Alexandre Pessoa Dias; Anakeila de Barros Stauffer. (Org.). *Dicionário de Agroecologia e Saúde*. 1ed.Rio de Janeiro: Expressão Popular, 2021, v. 1, p. 1-816.
3. Pontes AGV, Rigotto RM, Silva JV. Necessidades de saúde de camponeses em conflito ambiental frente à instalação de Perímetros Irrigados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2018, 1375-1386.
4. Diegues, AC. Os saberes tradicionais e a biodiversidade no Brasil. São Paulo: MMA/COBIO/NUPAUB/USP, 2000. 211 p.
5. Nunes, FGS. Desafios para garantia da atenção especializada em municípios rurais remotos no semiárido nordestino. UFBA; 2021.
6. Santos, AS. Vulnerabilidade socioambientais diante das mudanças climáticas projetadas para o semi-árido da Bahia. UnB; 2010.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa*, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.;1. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.
8. Nogueira MO, Silva LC. Escolarização em áreas rurais: a distorção idade-série na ótica dos gestores. *Estudos em Avaliação Educacional*, v. 33, 2022.
9. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho, HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, v. 2, 2003. p. 121-144.

10. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LFD, Pereira ÉG. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, 2009. p. 1326-1330.
11. Dimenstein M; Neto MC. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 15, n. 1, 2020. p. 1-17.
12. Carmo ME; Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de saúde pública*, v. 34, n. 3, 2018. p. e00101417.
13. Vargas RS, De Oliveira JR, Guimarães GM. A Saúde das populações rurais e a herança da extensão rural difusãoista-produtivista: reflexões sobre o contexto brasileiro. *Observatório de la Economía Latinoamericana*, V. 22, N. 2, 2024. P. E3378-E3378.
14. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*, 42, 2018. 81-99.
15. Foucault M. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
16. Boullosa, RF. *Mirando Ao Revés As Políticas Públicas: Os desenvolvimentos de uma abordagem crítica e reflexiva para o estudo das políticas públicas*. Publicações da Escola Superior da AGU, [S. l.], v. 11, n. 4, 2019.
17. Ayres, JR. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. *Atenção À Saúde De Populações Vulneráveis*. 2014. P. 1-25.
18. Andrade ÁAX, De Carneiro PSPZ, De Souza WN, Da Cunha DA, Souza BJ, Ribeiro AEM, Teixeira RDBL. *Políticas públicas e agricultura familiar: um estudo de caso no*

- território rural São Mateus em Minas Gerais. Desenvolvimento em Questão, [S. l.], v. 17, n. 46, 2019. p. 143–162.
19. Dewey J. *The public and its problems*. New York, Holt, 1927.
20. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União , Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 25694.
21. Bispo Júnior JP, Sampaio JJC. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 23, 2008. p. 403-409.
22. André AN, Ramos JVB, Cruz PJSC, de Vasconcelos, ACCP. Dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa. *Saúde em Redes*, 7(2), (2021). 217-237.
23. Haesbaert R. Do corpo-território ao território-corpo (da terra): contribuições decoloniais. *GEOgraphia*, v. 22, n. 48, 2020. p. 76-77.
24. Downing, L. *The Cambridge Introduction to Michel Foucault*. 2008.
25. Dimenstein MDC, Ferreira LJ, Cirilo Neto M, Landini FP. *Forms of subjectivation and precariousness of life: Contradictions in rural settings*, 2019.
26. Barros II JR, Da Silva EA. Espaço urbano e relações de poder a partir de Michel Foucault. *Revista de Ciências do Estado*, v. 8, n. 1, 2023. p. 1-21.
27. Ferreirinha IMN, Raitz TR. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. *Revista de Administração Pública*, v. 44, 2010. p. 367-383.
28. Siqueira KDOM, Lino MV. Assistência social e biopoder: produzindo “vulnerabilidades”, prevenindo “riscos” e normalizando as formas de viver (2013). v. 9, n. 2, p. 35-53, 2013.

29. Ando NM, Targa LV, Almeida A, Souza Silva DH, Barros EF de, Schwalm FD, et al. DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA "O Conceito de rural e o cuidado à saúde". *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 1º de agosto de 2011 [citado 28º de fevereiro de 2025];6(19):142-4.
30. Ceccim RB. Debate (Réplica). *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, 2005. p. 175-77.
31. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2005. p. 898-906, maio-jun.
32. Bissacotti AP, Gules AM, Blümke AC. Territorialização em saúde: conceitos, etapas e estratégias de identificação. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 15, n. 32, 2019. p. 41.
33. Amoretti J. *A Luta Pela Terra E O Poder Político Da Comunidade Frente À Ordem Política Vigente: O Movimento Dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, No Brasil, E A Confederación Sindical Única De Trabajadores Campesinos De Bolívia*. 2019.
34. De Jesus DC. A saúde mental da população rural e sua relação com os determinantes sociais e as iniquidades de saúde: Uma revisão de literatura. 2019.
35. Mastrodi J, Ifanger FCA. Sobre o Conceito de Políticas Públicas. *Revista de Direito Brasileira*, Florianopolis, Brasil, v. 24, n. 9, 2019. p. 03–16.
36. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Actas oficiais da OMS*, nº 2, 1946, p. 100.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde do adolescente: competências e habilidades*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
38. Sá Júnior LMS. Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)*, 2004. p. 15-16, jul./set.

39. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI / Jairnilson Silva Paim. - [Salvador]: EDUFBA, 2006. 158 p.
40. De Sousa MB, Braga IA. Políticas Públicas E Desigualdade Social: Realidade Do Espaço Rural Do Nordeste Brasileiro. Moitará-Revista Do Serviço Social Da Unigranrio, V. 1, N. 8, 2023. P. 146-165.
41. Spink P. Continuidade e descontinuidade em organizações públicas: um paradoxo democrático. Cadernos Fundap, São Paulo, Ano 7, n. 13, abr 1987. p. 57-65.
42. Leite SP, Sabourin E. Introdução à seção temática: entre continuidades e descontinuidades das políticas públicas para a agricultura brasileira. Estudos Sociedade e Agricultura, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, 2021. p. 509-516.
43. Foucault M. *Dits et écrits (1954-1988)*. Paris: Gallimard, 2001. 2 v.
44. Gonçalves JFG. Foucault e a questão do dispositivo, da governamentalidade e da subjetivação: mapeando noções. Margens, v. 6, n. 7, 2016. p. 105-122.
45. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (Brazil). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Editora Fiocruz. 2008.

## CAPÍTULO 2 - (Re) Criações sobre Saúde Bucal: uma estratégia para explorar perspectivas da vulnerabilidade por meio de oficinas.

### Resumo

A saúde bucal é um componente essencial para o bem-estar dos indivíduos, estando diretamente relacionada à qualidade de vida e ao desenvolvimento social e econômico das populações. Para grupos em situação de vulnerabilidade, que envolve uma intersecção de fatores econômicos, sociais, culturais e ambientais, os desafios para a promoção da saúde tornam-se ainda mais complexos. Este estudo, portanto, objetiva escutar as experiências relacionadas à saúde bucal em contextos de vulnerabilidade, utilizando oficinas de educação em saúde, analisadas por meio do método otobiográfico,. Este método serviu como estratégia para explorar as vivências nas suas diferentes dimensões de aprendizagem, no sentido de compreender como as narrativas emergem, se transformam e se entrelaçam no processo de escrita. As oficinas tiveram importância para dar a ver o papel do outro na constituição da narrativa de si e para apontar os modos como as vulnerabilidades em saúde bucal expressam as desigualdades sociais, a precariedade de infraestrutura e a falta de integração entre políticas públicas. Destaca-se, neste contexto, que o processo de educação para a promoção da saúde deve ser vista como parte da concepção da cidadania e do direito à saúde, e não como uma questão isolada.

**Palavras-chave:** escolares, vulnerabilidade, saúde bucal coletiva, educação em saúde.

## Abstract

Oral health is an essential component for the well-being of individuals, being directly related to the quality of life and the social and economic development of populations. For groups in vulnerable situations, which involve an intersection of economic, social, cultural and environmental factors, the challenges for health promotion become even more complex. This study, therefore, aims to listen to the experiences related to oral health in contexts of vulnerability, using health education workshops, analyzed through the otobiographical method. This method served as a strategy to explore the experiences in their different dimensions of learning, in order to understand how narratives emerge, transform and intertwine in the writing process. The workshops were important to show the role of the other in the constitution of the narrative of oneself and to point out the ways in which vulnerabilities in oral health express social inequalities, precarious infrastructure and the lack of integration between public policies. It is worth noting, in this context, that the process of education for health promotion should be seen as part of the concept of citizenship and the right to health, and not as an isolated issue.

**Keywords:** schoolchildren, vulnerability, collective oral health, health education.

## Introdução

A saúde bucal é um componente essencial para o bem-estar dos indivíduos, estando diretamente relacionada à qualidade de vida e ao desenvolvimento social e econômico das populações. Problemas bucais como cárie, doenças periodontais e perda dentária, são condições prevalentes e impactantes, associadas a dores, desconfortos, e até mesmo ao comprometimento da autoestima e das interações sociais. Estes problemas não afetam apenas o indivíduo, mas expressam desigualdades sociais e barreiras de acesso aos serviços de saúde, tornando-se particularmente mais graves em populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica<sup>1,2</sup>.

No entanto, para grupos em situação de vulnerabilidade, os desafios para a promoção da saúde bucal são ainda mais complexos. A vulnerabilidade em saúde pode ser entendida como um conceito dinâmico, que envolve uma intersecção de fatores econômicos, sociais, culturais e ambientais, os quais aumentam a suscetibilidade dos indivíduos ou grupos a condições adversas de saúde. No contexto da saúde bucal, importa pensar sobre as dificuldades de acesso aos serviços odontológicos, no conhecimento limitado sobre práticas de autocuidado e na influência de condições socioeconômicas precárias que restringem as oportunidades de cuidado e prevenção<sup>3</sup>.

Em resposta a essas desigualdades, a saúde bucal coletiva surge como um campo voltado para a promoção da equidade no acesso ao cuidado e para o desenvolvimento de políticas públicas inclusivas e integradas, de modo a contemplar as especificidades e os desafios de diferentes grupos populacionais<sup>4</sup>.

Nesse contexto, a educação em saúde torna-se uma estratégia importante, pois possibilita o fortalecimento da autonomia das pessoas na adoção de práticas de autocuidado e na compreensão crítica das condições que influenciam a sua saúde. Transcendendo a mera transmissão de informações técnicas, buscando fomentar a consciência e a capacidade de

reflexão dos indivíduos sobre sua própria saúde, principalmente em relação a fatores contextuais e socioculturais que influenciam a vulnerabilidade<sup>5</sup>.

Para grupos que enfrentam maiores riscos e barreiras em saúde bucal, a abordagem participativa em educação em saúde permite que a população se expresse e reinterprete suas realidades e necessidades. Nesse sentido, levantamos a hipótese de que essas atividades podem ser aplicadas aos processos educativos em saúde e às pesquisas qualitativas na área, pois podem facilitar a exploração de experiências pessoais e coletivas, permitindo que os participantes reformulem suas percepções sobre saúde bucal a partir de seus próprios contextos culturais e sociais<sup>6</sup>. Essa estratégia possibilita que as pessoas compartilhem seus conhecimentos e dificuldades de forma autêntica e engajada, o que, por sua vez, fortalece o vínculo entre conhecimento científico e saberes populares, contribuindo para uma visão ampliada e acessível de saúde bucal.

Numa intencionalidade diagnóstica e embasados numa perspectiva atenta às dinâmicas sociais e às particularidades do território habitado pela população do campo — considerando suas realidades, vivências e contextos locais, fazendo-se entender também que a educação em saúde permeia em meio ao processo de ensino-aprendizagem, no qual é aplicada uma determinada abordagem — avançaremos a fim de compreender os eixos e as dificuldades quanto à percepção da Saúde Bucal relacionada à problemática da vulnerabilidade e ao acesso aos serviços de atenção, proteção, promoção e educação em saúde. Importa levantar questões por meio das oficinas, com o propósito de provocar os participantes a discutir e entender os processos nos quais estão inseridos e correlacionar a suas vivências.

Portanto, este estudo objetiva escutar vivências relacionadas à saúde bucal em contextos de vulnerabilidade, utilizando oficinas de educação em saúde como estratégia

metodológica para explorar essas vivências nas suas diferentes dimensões de aprendizagem, podendo protagonizar a leitura dos problemas e repensá-los em sua realidade.

Para tanto, foi utilizado um conjunto de técnicas e ferramentas que pôde promover a participação da população estudada na elaboração desse diagnóstico, definido como Diagnóstico Rural Participativo (DRP). Este permite desenvolver estudos a partir das possibilidades e condições dos participantes, fundamentados em seus critérios e conceitos de explicações pessoais, em que formulem suas idéias, analisem as diferenças, e procurem soluções e melhorias de enfrentamento do problema<sup>7</sup>.

Propositando a concepção da realidade da comunidade, é importante compreender seus modos de agir antes de opinar ou estabelecer possíveis soluções, partindo desta percepção e munido da informação de que um DRP possui uma caixa de ferramentas, foram escolhidas quatro delas para serem utilizadas durante as oficinas e que foram adaptadas para aquilo que se propõe estudar: Árvore de Problemas, Matriz de priorização de problemas, Cenários de Alternativas e Rotina diária das atividades<sup>7</sup>.

## **Método**

Trata-se de um estudo qualitativo, de cunho metodológico problematizador com a utilização do arco de Maguerez para identificação do problema e aplicação a realidade por meio de Oficinas de educação em saúde, sendo conduzido pelo pesquisador e aplicado a adolescentes na faixa etária de 11 a 17 anos, alunos de uma escola do campo.

Desta feita, este estudo foi realizado na área rural da região norte de Brasília- DF, em Planaltina, no Núcleo Rural Rio Preto, na escola Centro de Ensino Fundamental Rio Preto (CEF Rio Preto), no ano de 2024. A oficina foi realizada uma vez por semana, com duração de uma hora, em um espaço previamente definido pela escola. Ao todo, ocorreram três encontros, com a participação de dois grupos formados por seleção aleatória, compostos por

dois representantes de cada série, do 5º ao 9º ano, totalizando 20 participantes. Adicionalmente, os pais e responsáveis pelos estudantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a participação dos discentes nas atividades propostas. Estes também assentiram sua participação por meio do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

Ademais, para os escolares que possuíam a necessidade de tratamento restaurador, foi realizado o Tratamento Restaurador Atraumático (ART), que corresponde a uma intervenção minimamente invasiva, tanto em relação ao paciente quanto ao dente<sup>8</sup>.

O Arco de Maguerez (AM) foi utilizado nos encontros da oficina *Entre olhares, vozes e sorrisos*, por ser uma importante ferramenta para aplicação de metodologias que priorizam a participação de educandas/os. Esta técnica necessariamente possui cinco etapas: 1. Observação da realidade; 2. Pontos Chave; 3. Teorização; 4. Hipóteses de solução; e 5. Aplicação à realidade<sup>9</sup>.

Esta oficina funcionou como um modo de ensinar que pode ser compreendido como uma Metodologia Ativa (MA). Metodologias Ativas (MA) se configuram como práticas pedagógicas que colocam o estudante como protagonista do próprio aprendizado, incentivando a participação ativa, a resolução de problemas e a aplicação prática do conhecimento. Elas surgiram para dar créditos às vivências dos profissionais durante a formação, de modo a aumentar o processo de ensino e aprendizagem através dos problemas enfrentados<sup>9</sup>.

O Método da Problematização (MP) se insere neste contexto e reforça essa ideia: espera-se que o estudante (educando) assuma um posicionamento investigativo e reflexivo, de forma a favorecer o raciocínio crítico, que por sua vez, tem origem na perspectiva pragmatista de John Dewey (1859-1952). Propõe-se a efetiva integração entre teoria e prática

— incluindo aí, as práticas de pensamento — no processo de ensino-aprendizagem, permitindo a produção do saber a partir de práticas problematizadoras<sup>10</sup>.

Sendo assim, o Arco de Maguerez é configurado como uma metodologia de problematização que objetiva o processo de ensino-aprendizagem, oportunizando conceitos e compartilhando experiências. Problematizar permite que os sujeitos reflitam e se tornem mais conscientes sobre seus comportamentos e sobre o ambiente em que estão inseridos. Trata-se de um processo que estimula a análise crítica da realidade, incentivando a compreensão de suas dinâmicas e a possibilidade de transformação a partir dessa compreensão<sup>11</sup>.

Em outro sentido, mas também em corroboração com o que se propunha nas oficinas, Foucault destaca que o gesto de problematizar não significa apenas identificar um problema a ser solucionado, mas sim questionar as condições históricas e discursivas que tornam algo um "problema" em determinado contexto. Consiste em um exercício crítico que visa desnaturalizar o que é tido como evidente, apontando para práticas e saberes que sustentam determinadas formas de pensar e agir e questionando as formas pelas quais os sujeitos são constituídos e governados<sup>11</sup>.

Nesta perspectiva, o primeiro estágio do Arco de Maguerez é a observação da realidade, no qual se identifica um recorte específico do contexto a ser analisado. Nesse processo, é fundamental adotar um modo observacional que permita a problematização da situação e a relação com a discussão central. Além disso, essa etapa envolve a exposição e a justificativa da escolha do problema, garantindo coerência e sua relevância<sup>11</sup>.

Levando isso em consideração, falar sobre a realidade do território torna-se necessário para compreendermos suas especificidades, dinâmicas sociais, desafios e potencialidades, permitindo uma análise mais aprofundada do contexto e de seus impactos no objeto de estudo. As populações do campo, da floresta e das águas, portanto, enfrentam desafios significativos para acessar os serviços, devido à dispersão geográfica, acesso à informação,

pouca infraestrutura e escassez de profissionais de saúde nessas regiões. Essas dificuldades são agravadas por determinantes sociais que contribuem para a perpetuação das desigualdades em saúde. A vulnerabilidade neste contexto, é uma realidade complexa e multifacetada, influenciada por fatores socioeconômicos, culturais e ambientais<sup>13</sup>.

Para enfrentar essas disparidades, o governo brasileiro implementou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). Essa política visa garantir o direito à saúde dessas populações por meio de ações que reconhecem suas singularidades e buscam qualificar o acesso aos serviços de saúde, além de reduzir riscos decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas<sup>14</sup>.

É crucial reconhecer que essas populações do campo possuem saberes tradicionais e práticas de cuidado que devem ser valorizados e integrados às políticas de saúde. Essa abordagem respeita a diversidade cultural e contribui para a elaboração de um sistema de saúde mais inclusivo e eficaz, alinhado aos princípios da equidade e da justiça social<sup>14</sup>.

Dessa maneira, a discussão aqui abordada foi em torno dos problemas de saúde bucal no contexto das populações do campo, envolvendo sua promoção por meio de hábitos de higiene e alimentação, além da implementação de políticas públicas eficazes. Entre os principais problemas que afetam crianças na primeira infância, destacam-se a cárie dentária, as alterações gengivais e a má oclusão, sendo a primeira a condição de maior impacto epidemiológico e econômico. Sua alta prevalência em diversos países gera custos expressivos para os sistemas de saúde e para a sociedade, tornando essencial a adoção de medidas preventivas que considerem tanto fatores individuais quanto coletivos<sup>15</sup>.

Após observar a realidade, prossegue-se para o segundo estágio que direciona o estudo para identificação de pontos chaves a partir do problema definido. A árvore de problemas do DRP, analisa a relação entre a causa e efeito de um determinado problema,

sendo o tronco o problema propriamente dito, as raízes as causas provindas desse problema e as folhas e galhos simbolizam os efeitos subsequentes<sup>7</sup>.

Nesta etapa inicial da oficina, foram considerados pontos-chave que envolvem a identificação e a análise das causas do problema. O objetivo foi refletir sobre sua origem, caracterizando-o a partir de seus fatores e determinantes. Além disso, são estabelecidos critérios que servirão de base para a discussão da próxima fase.

A Teorização neste estudo consistiu na busca de respostas ao problema a partir de uma fundamentação teórica que possibilitasse sua compreensão<sup>11</sup>. O pesquisador em sua individualidade, aprofundou-se na literatura em busca de referências que explicassem as causas do surgimento do problema, bem como as questões que deveriam ser consideradas e estudadas para contribuir em seu enfrentamento. Como parte dessa fase, os estudantes participaram previamente de uma palestra de educação em saúde bucal, proporcionando um momento inicial de reflexão e troca de conhecimentos. Nessa atividade, foram fundamentados elementos sobre o assunto, compondo um conhecimento novo e aplicado à realidade dos estudantes, com base naquilo que já foi produzido sobre a temática. Essa etapa serviu de suporte para a discussão posterior, uma vez que a fundamentação teórica orientou a análise crítica e a elaboração da discussão aqui desenvolvida.

Já de posse do material escrito resultante das oficinas, lançou-se mão do método otobiográfico, para a realização de uma escuta apurada e sensível das vivências a partir das falas e escritas dos participantes.

Com o método otobiográfico, buscou-se compreender como as narrativas dos participantes emergem, se transformam e se entrelaçam no processo de escrita. Trata-se de uma abordagem que amplia a noção tradicional de autobiografia ao considerar não apenas o relato pessoal da vida, mas também os atravessamentos históricos, linguísticos e culturais que constituem a subjetividade do narrador<sup>16</sup>.

Este conceito propõe uma escrita que reconhece a impossibilidade de um relato completamente fiel à experiência vivida, uma vez que a linguagem sempre a reconstrói e a reinscreve de maneira singular. Dessa forma, a otobiografia não é um simples relato linear e cronológico, mas um percurso marcado por deslocamentos, incertezas e múltiplas interpretações<sup>16</sup>.

## **Resultados e Discussão**

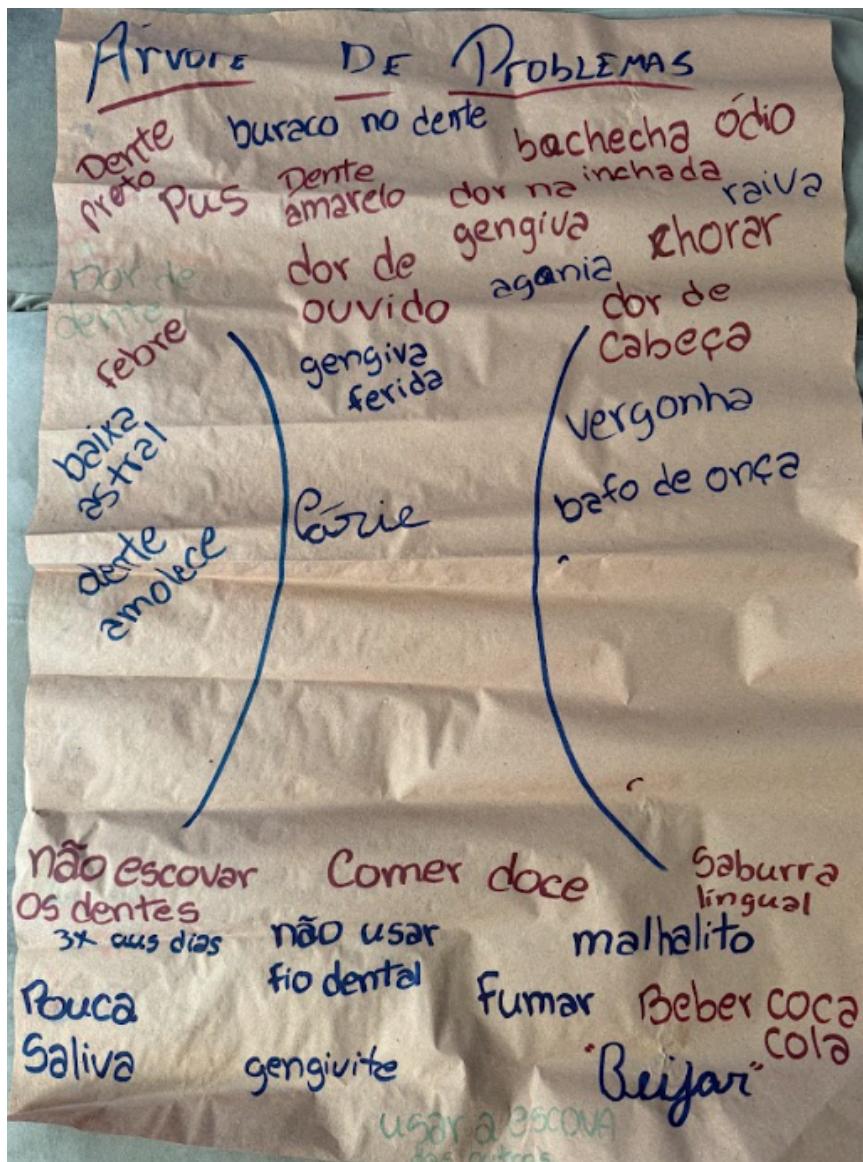
### **Entre olhares, vozes e sorrisos**

A Oficina de educação em saúde nomeada *Entre olhares, vozes e sorrisos* se propôs a discutir a cárie dentária, que representa um dos principais problemas de saúde pública<sup>17</sup>. A partir disso, foi contemplada a primeira etapa do Arco de Maguerez, momento em que se identificou um recorte específico a partir de um olhar atento e sensível ao contexto vivenciado no campo. Nessa etapa, foi observado a realidade local, permitindo problematizar o contexto a partir de suas vivências. Essa problematização inicial mostrou-se fundamental, pois relacionou-se diretamente com a discussão central do estudo, possibilitando expor e justificar a escolha do problema de forma crítica e fundamentada, em que foram identificados quais as principais relações na perspectiva dos participantes quanto ao aparecimento da doença, se existe correlação com o déficit de informações sobre a temática e se há impacto dentro do contexto do local onde vivem (figura 1).

A análise dos resultados da dinâmica da árvore de problemas para o grupo 1, levou a notar que a cárie dentária foi eleita como o problema central pelos participantes. Durante a discussão, diversos fatores foram apontados como causas dessa condição, o que permite uma reflexão ampla sobre dois aspectos fundamentais: primeiro, se esses fatores foram mencionados devido à falta de informação e ao acesso limitado a serviços de saúde bucal,

especialmente em territórios rurais, e segundo, se os adolescentes reconhecem a existência do problema e a necessidade de cuidar da saúde bucal para então preveni-la.

Figura 1: Primeira etapa da oficina *Entre olhares, vozes e sorrisos* - A árvore de problemas (Grupo 1).



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dizeres dos participantes.

Ao avaliar os fatores levantados pelos participantes durante as discussões, é possível perceber uma rica diversidade de percepções sobre as causas da cárie, muitas das quais dialogam com vivências e saberes locais. Em vez de classificá-los entre “certos” e “errados”,

é mais produtivo compreendê-los como formas legítimas de interpretar a saúde bucal dentro de determinados contextos socioculturais. A menção à escovação, ao uso do fio dental e ao consumo de doces, por exemplo, revela que os adolescentes já possuem noções relevantes sobre prevenção. Por outro lado, referências ao beijo, ao compartilhamento de escovas ou ao mau hálito apontam para formas de conhecimento que também merecem escuta, pois expressam preocupações reais e sentidos atribuídos à saúde pela própria população.

Sendo assim, foi discutido sobre como a higiene bucal inadequada leva ao acúmulo de biofilme nos dentes, criando um ambiente propício para a proliferação de bactérias cariogênicas. E que atrelado a essa conduta, a ingestão frequente de açúcares, sem a devida higienização, favorece a produção de ácidos que desmineralizam o esmalte dentário. Além disso, a saliva, que desempenha um papel essencial na neutralização desses ácidos e na remineralização do esmalte, com sua redução, pode contribuir para o desenvolvimento da doença. Já sobre o tabagismo, embora mais relevante na vida adulta, também foi discutida a possibilidade de interferência na saúde bucal, com contextualização sobre o câncer de boca.

Ao invés de simplesmente corrigir ou desmentir essas falas, a estratégia educativa foi direcionada para o diálogo e a construção coletiva de saberes. Quando os adolescentes compartilharam suas ideias, ainda que não estivessem alinhadas ao discurso biomédico, estavam mobilizando referências do cotidiano e exercitando sua capacidade de reflexão sobre o corpo e o cuidado. Assim, falar sobre biofilme, bactérias, açúcares e saliva foi extremamente importante, de maneira que, não deslegitime os saberes populares, que são parte essencial da vida e da experiência desses adolescentes.

Nesse contexto, meu papel não foi de impor uma verdade científica, mas o de acolher as narrativas existentes e ampliar o repertório de compreensão sobre os processos de saúde e doença. A escuta ativa permitiu identificar pontos de contato entre o conhecimento técnico e

os saberes cotidianos, o que abre espaço para a criação de estratégias educativas mais potentes e significativas. A prevenção da cárie, portanto, foi discutida de maneira mais sensível, respeitosa e próxima da realidade vivida, sem culpabilizações ou hierarquizações do saber.

Para a segunda etapa, os pontos chaves levaram em consideração as raízes de modo a refletir o problema, além de caracterizá-lo quanto aos fatores e determinantes da doença. E em seguida foram discutidos quais os efeitos associados ao problema cárie. A teorização neste sentido, sendo a etapa três do Arco de Maguerez, foi aplicada com base em referências teóricas já consolidadas sobre a temática, que foram abordados conhecimentos fundamentais que permitiram aos estudantes compreender o problema elencado sobre saúde bucal durante o momento formativo, o que possibilitou a elaboração de um conhecimento aplicado à sua realidade, fortalecendo a apropriação do conteúdo de forma significativa. Além disso, o espaço foi marcado por debates e discussões entre os/as participantes, o que enriqueceu ainda mais o processo, estimulando assim, o pensamento coletivo.

Neste sentido, pontos como “o escurecimento dos dentes” (dente preto e amarelo), o aparecimento de cavidades (buraco no dente), a dor de dente e na gengiva, a mobilidade dentária (dente amolece), a gengiva ferida e inflamada, as bochechas inchadas e dor de cabeça, são elencados pelos participantes e que estes sintomas, são consequências diretas da cárie, que, quando não tratada, pode progredir para infecções mais graves, levando a abscessos dentários, febre e edema facial. Esses efeitos tornam-se ainda mais preocupantes em contextos do campo, em que o acesso a serviços odontológicos é limitado, dificultando o tratamento precoce e levando muitos indivíduos a conviverem com dor e desconforto por longos períodos.

Os impactos emocionais e sociais também foram destacados pelos adolescentes, refletindo a forma como a cárie afeta a autoestima e o bem-estar. Sentimentos como vergonha, tristeza (baixo astral), raiva, agonia e choro, indicam que a condição afeta significativamente a qualidade de vida, comprometendo a socialização e a confiança. Neste sentido, a preocupação com a aparência dos dentes manchados ou cariados pode levar ao retrairo social, evitando sorrisos e interações, especialmente entre crianças e adolescentes. Além disso, o mau hálito (bafo de onça) também foi citado como um efeito negativo, o que pode estar associado tanto à presença da cárie quanto a hábitos inadequados de higiene bucal e outras condições como gengivite e saburra lingual.

Essas falas não devem ser reduzidas a meras descrições erradas, mas entendidas como manifestações sensíveis sobre o sofrimento que acompanha o problema. A presença de dor, desconforto e vergonha pode mostrar que esses adolescentes sentem na pele os efeitos da doença e reconhecem como isso interfere na vida cotidiana, no bem-estar e na autoestima. Foram situações preciosas para explicar sobre onde e como a educação em saúde pode atuar com mais empatia e escuta.

A origem dessas percepções pode estar associada à carência de informação sobre saúde bucal nas regiões rurais, pois crianças e adolescentes que vivem em territórios afastados, frequentemente têm menos acesso a serviços odontológicos e a programas educativos sobre prevenção da cárie. A ausência do acompanhamento odontológico pode resultar na falta de orientação adequada e na perpetuação de crenças errôneas sobre o que realmente causa a doença. Além disso, a limitação de acesso a produtos de higiene bucal, como creme dental fluoretado e fio dental, bem como a disponibilidade de alimentos saudáveis, pode aumentar a vulnerabilidade dessa população diante do desenvolvimento do problema<sup>18</sup>.

Por outro lado, a menção de fatores ditos “corretos”, como a importância da escovação e a influência do consumo de doces, demonstra que alguns adolescentes já possuem uma noção básica sobre prevenção. Isso sugere que, mesmo em contextos de maior dificuldade de acesso à informação, há um reconhecimento da necessidade de cuidar da saúde bucal para evitar problemas futuros. Essa percepção positiva deve ser incentivada e ampliada por meio de estratégias educativas adaptadas à realidade local, promovendo a qualificação do conhecimento sobre os fatores que levam ao desenvolvimento da cárie e como o saber popular pode influenciar esse debate.

Adicionalmente, o reconhecimento desses efeitos pelos participantes sugere-se que, apesar das lacunas de informação, há uma percepção concreta dos impactos negativos da cárie. No contexto do campo, onde a prevenção é ainda mais crucial devido às dificuldades de acesso ao tratamento, é fundamental que a educação em saúde bucal seja reforçada. Atrelado a isso, a implementação de programas educativos e a ampliação da cobertura de serviços odontológicos podem contribuir significativamente para a redução desses problemas, garantindo que tenham acesso a orientação e aos cuidados necessários para manter uma boa saúde bucal. Dessa forma, não apenas prevenimos a cárie, mas também promovemos um impacto positivo na qualidade de vida desses adolescentes.

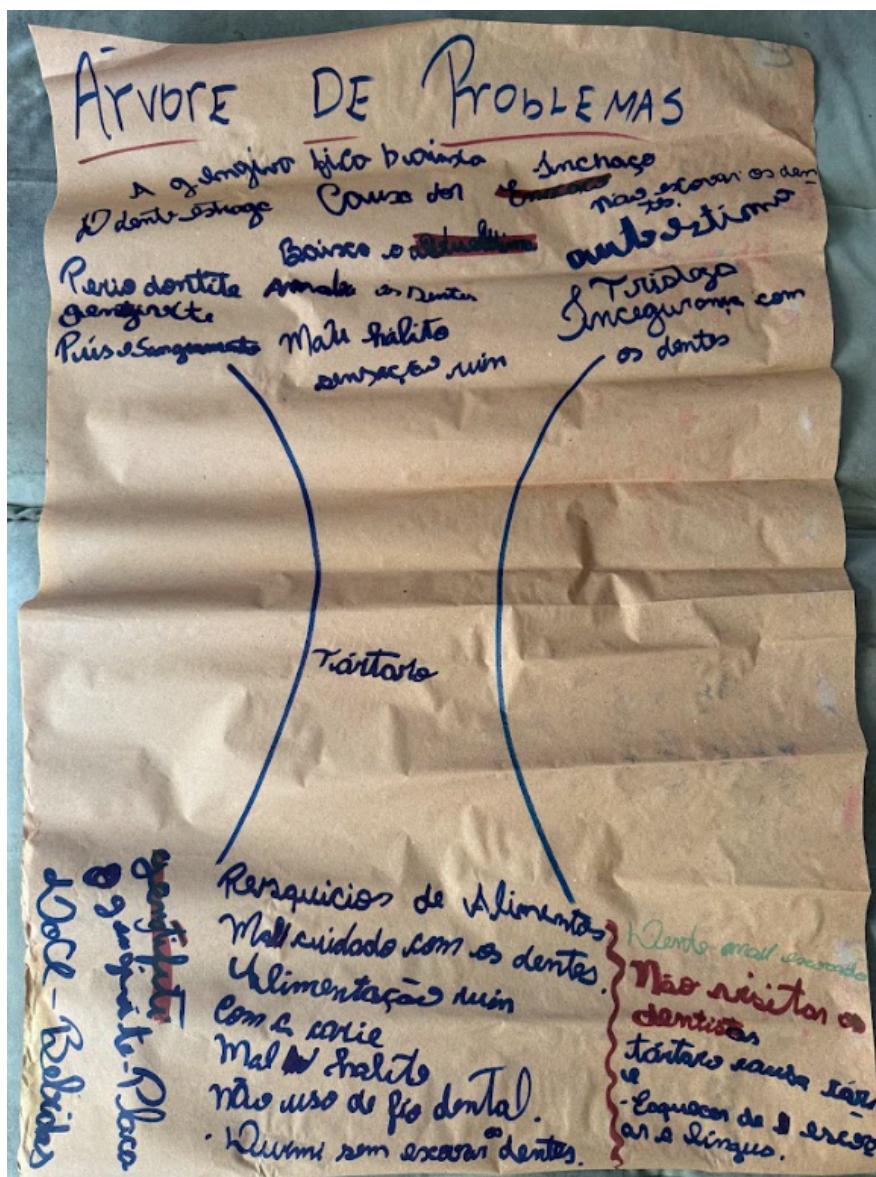
Concomitante a essa discussão, uma outra árvore foi elaborada pelo grupo 2, com a identificação do problema relacionada ao Tártaro (figura 2). Essa contextualização acerca do problema central apontado pelos adolescentes, permitiu uma reflexão ampla sobre as causas elencadas e suas relações com a realidade dos territórios rurais, que, como visto no outro grupo, alguns pontos elencados foram semelhantes. O tártaro, neste sentido, é um problema comum de saúde bucal e resulta da calcificação da placa bacteriana não removida corretamente<sup>19</sup>.

Foram discutidas a permanência de resquícios de alimentos, a falta de higiene adequada, o não uso do fio dental e o hábito de dormir sem escovar os dentes. A escovação ineficaz permite que a placa bacteriana se forme e, com o tempo, endureça, tornando-se tártaro. A gengivite também foi mencionada e, de fato, existe uma relação direta entre essa condição e a presença de tártaro, uma vez que a inflamação da gengiva pode ser intensificada pela presença prolongada da placa calcificada<sup>19</sup>. Outro ponto foi relacionado a falta de visitas regulares ao dentista que é um ponto crucial, especialmente em regiões rurais onde o acesso a serviços odontológicos pode ser limitado. Sem o acompanhamento profissional, a remoção do tártaro não ocorre, aumentando o risco de doenças periodontais e outros problemas bucais.

Durante as conversas, surgiram associações feitas pelos adolescentes entre a cárie e o tártaro, que são duas condições bucais frequentemente mencionadas no cotidiano, mas com origens distintas. Em vez de estabelecer uma relação corretiva, buscou-se compreender como essas ideias foram construídas e de que forma poderiam ser ampliadas no encontro com novos saberes. Apesar da cárie e do tártaro não terem uma relação de causalidade direta, ambos podem estar presentes em situações de higiene bucal inadequada, o que revela que os adolescentes estavam atentos aos sinais de que algo não vai bem com a saúde da boca.

Essa escuta ativa às falas infantis permitiu não apenas reconhecer os conhecimentos que já circulam entre elas, mas também identificar oportunidades para a criação de espaços educativos que partam das dúvidas e das experiências concretas. Mesmo em contextos de menor acesso a serviços e informação, como nas áreas do campo, os adolescentes demonstraram interesse e sensibilidade para pensar o cuidado com o corpo e a saúde.

Figura 2: Primeira etapa da oficina *Entre olhares, vozes e sorrisos* - A árvore de problemas (Grupo 2).



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dizeres dos participantes.

Essa Oficina propôs que os participantes experimentassem diferentes formas de escrita, mesclando registros linguísticos, imagens e referências para explorar as potencialidades da otobiografia. Esse exercício permitiu que os participantes se apropriassem da sua narrativa de maneira fluida e dinâmica, desafiando as fronteiras entre o que é ficção e realidade, individual e coletivo, pessoal e político<sup>16</sup>.

Na sequência, e findada a discussão sobre os problemas de saúde bucal, para a quarta etapa do arco, foram elaboradas as hipóteses de solução do problema. Neste ponto e logo após observar a realidade, entendendo quais os pontos chaves e munidos de referencial teórico, foram elaborados em conjunto, quais são as prioridades na percepção dos participantes para então seguir para o cenário de alternativas. A mesma ferramenta utilizada no início da oficina serviu de base para elaboração das hipóteses, contudo, as folhas e galhos foram considerados como pontapé inicial para seu estabelecimento, em que por meio dos efeitos gerados pelo problema, induziu um processo discursivo e a partir disso, a elaboração das prioridades.

Para dar continuidade à aplicação da oficina, foi utilizada uma ferramenta complementar, estreitamente relacionada ao processo anterior. Após discutirem diferentes problemas, ambos os grupos foram reunidos para a elaboração da Matriz de Priorização de Problemas (figura 3). Nessa etapa, foram elencadas as prioridades com base nos efeitos decorrentes de cada problema. Ou seja, ao identificar as implicações da doença, ora analisadas durante a aplicação da Árvore de Problemas, foram selecionadas aquelas passíveis de solução ou que exigiam ações para a redução de seu impacto, permitindo sua categorização de forma estratégica. Insta destacar, que as falas dos participantes foram identificadas com nome de flores do campo encontradas no cerrado, para garantia do anonimato e caracterizar o território onde vivem.

Figura 3: Segunda etapa da oficina *Entre olhares, vozes e sorrisos* - Matriz de Priorização.

MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO			
PROBLEMA	PRIORIDADE	TOTAL	CATEGORIA
CÁRIE	*****	8	1º
TÁRTARO	***	3	2º

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dizeres dos participantes.

Neste momento, no intuito de provocar a participação de todos/as, foi aberta a discussão em torno dos dois problemas indicados: a cárie e o tártaro. Desta forma, foi proporcionado um debate enriquecedor entre os adolescentes sobre qual dos dois representa uma maior prioridade. Durante o diálogo, surgiram diferentes percepções, baseadas em experiências próprias e no que cada uma entendia como mais prejudicial para a saúde bucal.

"A cárie é pior porque ela faz o dente doer e deixa buraco. Meu primo já perdeu um dente por causa disso"

(Calliandra, 2024).

Essa expressão deixa claro a preocupação que alguns adolescentes demonstraram com a cárie, destacando seu impacto direto na dor e na perda dos dentes. Essa perspectiva reflete a associação da doença com sintomas incômodos e danos irreversíveis, algo que pode afetar diretamente a qualidade de vida, especialmente na alimentação e na autoestima.

"Minha tia tem tártaro e a gengiva dela sangra. Eu acho que isso é muito ruim, porque se não cuidar, pode piorar tudo" (Ipê, 2024).

Neste sentido, outros adolescentes defenderam que o tártaro é um problema mais sério, pois pode levar a complicações como gengivite e mau hálito. Esse olhar revela uma preocupação com a progressão do problema e com suas consequências a longo prazo, mostrando uma compreensão particular sobre o cuidado com a saúde bucal.

Como já supracitado, na vivência do campo, a realidade da saúde bucal enfrenta desafios específicos, em muitos casos, os adolescentes só têm contato com o dentista quando já existe um problema instalado, o que dificulta a prevenção. Reforçando a necessidade de maior investimento em ações de conscientização e acompanhamento profissional<sup>18</sup>. Que fica claro a partir do relato de Paineira:

"Eu só conseguia ir no dentista, quando tava com dor porque é muito longe. Minha mãe reclama sempre se eu não escovar. Só que foi muito difícil conseguir aprender sobre cuidar do meu dente direito, só se vier alguém do postinho aqui na escola" (Paineira).

Esta fala revela um problema estrutural no acesso à saúde bucal infantil, especialmente em comunidades mais afastadas dos centros urbanos. O depoimento destaca três aspectos centrais da vulnerabilidade em saúde bucal: a dificuldade de acesso ao serviço odontológico, a importância da educação para a prevenção e o papel das políticas públicas na promoção da saúde.

O relato também aponta que o adolescentes só conseguiu atendimento quando já sentia dor, o que demonstra que a procura pelo dentista acontece, em muitos casos, de maneira tardia. Esse cenário está associado à baixa cobertura da atenção primária odontológica em algumas regiões e à dificuldade de deslocamento dessas famílias,

principalmente em áreas rurais. Como resultado, a falta de acompanhamento contínuo leva ao agravamento de problemas bucais que poderiam ser prevenidos com intervenções precoces<sup>18</sup>.

Outro aspecto relevante é o papel da família na formação de hábitos saudáveis. A mãe, ao insistir na importância da escovação, demonstra preocupação com a saúde bucal do participante, mas essa orientação muitas vezes não é suficiente sem o suporte adequado de informações e recursos. Em muitos lares, especialmente os de baixa renda, a higiene bucal pode ser negligenciada não por descaso, mas por dificuldades financeiras ou falta de conhecimento sobre sua importância<sup>20</sup>.

Essa dificuldade de aprendizagem sobre os cuidados bucais, mencionada pelo adolescentes, introduz um desdobramento quanto a promoção da saúde bucal dentro do ambiente escolar. A escola é um espaço essencial para a disseminação dessas práticas preventivas, pois alcança os adolescentes em idade formativa e pode estimular a constituição de hábitos saudáveis. Quando as unidades de saúde não realizam ações educativas no ambiente escolar, como campanhas, palestras ou distribuição de kits de higiene, há uma perda na efetividade das políticas de prevenção<sup>21</sup>.

A perspectiva foucaultiana sobre biopoder e governamentalidade ajuda a compreender a saúde bucal infantil como um campo de intervenção do Estado. Segundo Michel Foucault, o poder não se exerce apenas por meio da coerção, mas por meio de práticas que regulam a vida da população. O acesso desigual aos serviços de saúde bucal revela um controle sobre quem pode ou não usufruir plenamente dos direitos básicos, criando uma diferenciação entre aqueles que são constantemente assistidos e aqueles que só recebem atenção quando já estão em situação de urgência<sup>22</sup>.

Nesse sentido, é fundamental que o Estado atue de forma mais incisiva na promoção da equidade em saúde, garantindo que a prevenção não dependa apenas da conscientização

familiar, mas seja uma responsabilidade compartilhada entre família, escola e governo. A fala da participante sugere que a prevenção e o aprendizado sobre saúde bucal ainda não fazem parte de sua realidade cotidiana, o que pode impactar sua saúde a longo prazo.

A odontologia, enquanto ciência da saúde, precisa se aproximar mais das populações vulneráveis por meio da atenção primária e da intersetorialidade com a educação. Isso significa que, para além da esfera assistencial, as políticas públicas devem priorizar ações educativas, distribuindo material didático e promovendo práticas dentro das escolas, para que o cuidado com os dentes se torne parte da rotina dos adolescentes<sup>21</sup>.

Ao final do debate, compreendeu-se que tanto a cárie quanto o tártaro exigem atenção e que a prevenção, por meio da educação em saúde bucal, da escovação adequada, do uso do fio dental e das visitas regulares ao dentista, é fundamental para garantir a saúde bucal dos adolescentes, principalmente em contextos rurais. A reflexão promovida pela atividade incentivou um maior comprometimento dos participantes em relação à sua própria higiene bucal e à disseminação do conhecimento sobre o tema em suas comunidades.

Neste seguimento, tudo que foi elencado e discutido nas outras etapas, foi aplicado à realidade, sendo a última etapa do Arco de Maguerez. A intencionalidade foi buscar propostas e estratégias indicadas pelos participantes, quanto a um feedback sobre o trabalho desenvolvido, num cenário de alternativas. Este por sua vez, foi baseado no estabelecimento de diversas alternativas, podendo levar em consideração sobre quais recursos foram necessários para solucionar o problema, quais os espaços podem estar correlatos e quais ferramentas são fundamentais neste processo, dando ressalvas as vantagens e desvantagens, e como a escola e a Unidade Básica de Saúde (UBS) puderam influenciar no alcance desses cenários.

Figura 4: Terceira etapa da oficina *Entre olhares, vozes e sorrisos* - Cenário de Alternativas.

<u>CENÁRIOS</u>	<u>DE</u>	<u>ALTERNATIVAS</u>								
<u>RECURSO</u>	<u>ESPAÇOS</u>	<u>FERRAMENTAS</u>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>Escovar os dentes</li> <li>Usar fio dental</li> <li>Ter uma alimentação saudável. * Tempo</li> <li>Não fumar</li> <li>Ir ao dentista</li> <li>* Fio dental</li> <li>* Escova de Dente</li> <li>* Pasta de Dente</li> <li>* Enxaguante bucal</li> <li>* Escovar a língua</li> <li>* Ir ao dentista</li> <li>* Paciência</li> <li>* Dúbere</li> <li>* Não esquecer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No Banheiro</li> <li>na frente do espelho</li> <li>No aírea</li> <li>Qualquer lugar</li> <li>Menos no banheiro priv.</li> <li>Na escola</li> <li>Em casa ou na sua casa de um familiar</li> <li>Ir Dentista</li> <li>No Posto de saúde</li> <li>No hospital</li> <li>No UPA</li> <li>No consultório</li> <li>No IML</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escova de dente</li> <li>Fio Dental</li> <li>Esplinhos</li> <li>Bicarbonato</li> <li>brasa</li> <li>Aqua</li> <li>Enxaguante</li> <li>Pasta de Dente</li> <li>O levar</li> <li>Pasta de Dente</li> <li>Algodão e gengiva</li> </ul>								
		<p><b>ESCOLA</b></p> <table border="0"> <tr> <td>sim</td> <td>não</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>UBS</b></p> <table border="0"> <tr> <td>sim</td> <td>não</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	sim	não	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sim	não	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
sim	não									
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
sim	não									
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>									

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dizeres dos participantes.

Dando continuidade à discussão, essa fase do debate permitiu ampliar a compreensão sobre a saúde bucal como um processo que envolve tanto hábitos individuais quanto o acesso a serviços de saúde e educação. Os adolescentes identificaram uma série de recursos necessários para manter uma boa saúde bucal, citando elementos essenciais como escovar os dentes e a língua, usar fio dental, ter uma alimentação saudável, evitar fumar, ir ao dentista regularmente e utilizar produtos como escova de dente, fio dental, enxaguante bucal e pasta de dente (figura 4).

Alguns participantes destacaram também fatores subjetivos, como paciência para cuidar dos dentes e a necessidade de lembrar-se de realizar os cuidados diários. No entanto, um ponto levantado foi a questão financeira, com o apontamento de Pequi:

"Mas se não tem dinheiro pra comprar pasta e escova, faço o que?" (Pequi, 2024)

Essa colocação trouxe à tona um desafio enfrentado por algumas famílias, especialmente em territórios do campo. Revela-se uma dimensão ainda mais profunda de como a vulnerabilidade em saúde pode estar relacionada às desigualdades socioeconômicas e seu impacto direto na adoção de práticas básicas de higiene. A impossibilidade de comprar itens essenciais, como escova e pasta de dente, evidencia que o problema não está apenas na falta de acesso ao atendimento odontológico, mas também nas barreiras estruturais que dificultam a incorporação preventiva no cotidiano de famílias em situação de pobreza<sup>6,23</sup>.

Foucault, em sua análise sobre as relações de poder e disciplina, argumenta que as estruturas sociais não apenas organizam o acesso a bens e serviços, mas também definem comportamentos e subjetividades, determinando quais vidas são dignas de cuidado e quais são invisibilizadas pelo sistema<sup>22</sup>.

A saúde bucal, dentro desse contexto, não pode ser vista isoladamente, mas sim como parte de um conjunto de práticas disciplinares que regulam os corpos e produzem subjetividades. Foucault também nos lembra que o biopoder se manifesta não apenas no controle sobre as populações, mas também na maneira como os indivíduos são treinados para assumir a responsabilidade por sua própria saúde, mesmo quando não possuem os meios necessários para tal. Assim, ao cobrar que crianças e suas famílias adotem hábitos de higiene bucal sem garantir as condições para isso, o Estado transfere a culpa pelo adoecimento para os próprios sujeitos, desviando-se de sua obrigação de prover o acesso universal à saúde<sup>22</sup>.

Um ponto fundamental levantado em *Vigiar e Punir* é a questão da disciplina como um instrumento de regulação social. A escola e as unidades de saúde, ao instruírem sobre a importância da higiene bucal, atuam como espaços de normatização que reforçam determinados comportamentos considerados "corretos". Entretanto, quando a estrutura social

impede a concretização dessas normas – por exemplo, ao não garantir o acesso aos insumos básicos –, cria-se uma contradição ao exigir-se a escovação diária, mas não se viabiliza sua prática. Isso gera um efeito impiedoso, onde aqueles que não conseguem cumprir essa norma, são vistos como negligentes ou irresponsáveis, quando, na verdade, são vítimas de um sistema que os desampara<sup>24</sup>.

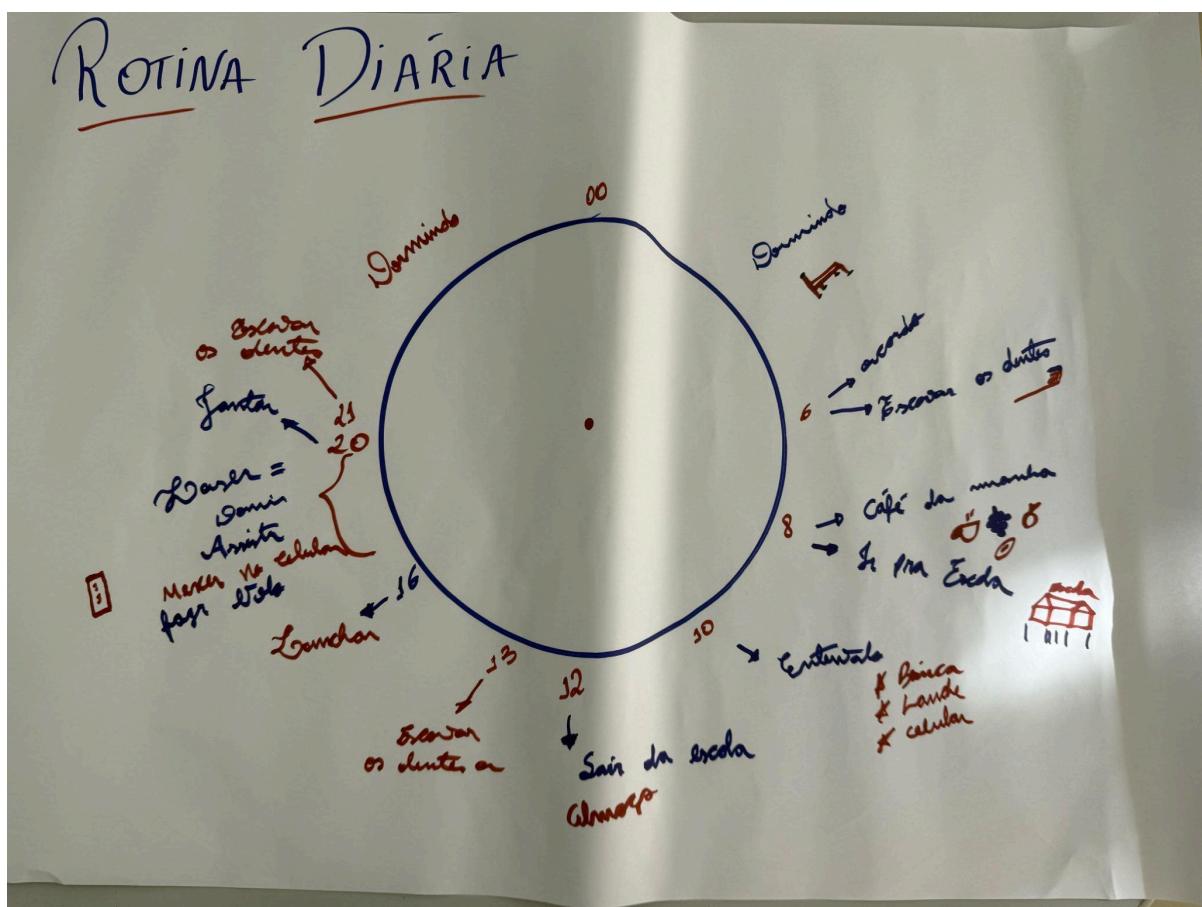
Além disso, a governamentalidade foucaultiana nos permite entender como os discursos sobre saúde bucal fazem parte de uma estratégia mais ampla de regulação dos corpos. Ao estabelecer protocolos de cuidado e prevenção que não levam em conta as desigualdades materiais, o Estado reafirma sua autoridade sobre os indivíduos, mas sem necessariamente garantir que todos/as tenham as mesmas condições de aderir a esses cuidados. Esse tipo de regulação seletiva da saúde reforça a ideia de que certos grupos são mais merecedores de proteção do que outros, perpetuando a exclusão social por meio da própria estrutura do cuidado<sup>25</sup>.

Portanto, a pergunta do adolescente – "como faz?" – não é apenas uma dúvida ingênuia, mas um questionamento profundo sobre a estrutura de poder que governa o acesso à saúde no Brasil. Sua fala revela a contradição de um sistema que ensina a importância da saúde bucal, mas falha em fornecer os meios para sua realização. A partir da leitura foucaultiana, compreendemos que essa desigualdade não é acidental, mas sim parte de uma lógica de exclusão que regula quem pode ou não usufruir plenamente do direito à saúde. Enquanto o Estado não reconhecer essa questão como um problema estrutural e não em sua individualidade, a saúde bucal continuará sendo um privilégio para alguns e um desafio insuperável para muitos<sup>24</sup>.

Para a última etapa da discussão, foi realizada uma análise aprofundada da rotina diária dos participantes, buscando encaixar as soluções propostas nos hábitos cotidianos. Para

isso, utilizou-se a ferramenta "Rotina Diária das Atividades", em que foram descritas detalhadamente todas as ações realizadas ao longo do dia, organizadas por horário (Figura 5). A partir desse mapeamento, buscou-se identificar momentos ideais para incluir práticas que pudessem contribuir para a prevenção da cárie e do tártaro, reforçando a importância da saúde bucal no cotidiano desses adolescentes.

Figura 5: Quarta etapa da oficina *Entre olhares, vozes e sorrisos* - Rotina diária.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dizeres dos participantes.

Sendo assim, foi utilizada a representação visual de um relógio, onde cada horário continha uma ilustração ou descrição das atividades diárias, permitindo que os participantes visualizassem claramente seus hábitos e percebessem onde poderiam fazer ajustes. Ao analisar essa estrutura, surgiram insights valiosos sobre os espaços de tempo que poderiam

ser melhor aproveitados para incorporar medidas preventivas. Alguns dos adolescentes realizaram comentários em torno do tema:

"Eu acordo, tomo café e vou pra escola, mas esqueço de escovar os dentes" (Capim dourado, 2024)

"Depois do lanche, a gente podia ter escova de dente na escola pra escovar" (Coracoralina, 2024).

Essas falas demonstram como pequenas mudanças na rotina poderiam favorecer a saúde bucal. Além disso, evidencia um aspecto essencial da vulnerabilidade em saúde bucal que afirma como a formação de hábitos não é apenas uma questão de conhecimento ou disciplina individual, mas também um reflexo das condições estruturais e do ambiente social em que esses adolescentes estão inseridas.

A partir da perspectiva foucaultiana, pode-se compreender que a concepção de práticas de cuidado com a saúde não ocorre de forma isolada, mas dentro de um campo de forças em que o poder se manifesta por meio de normas, instituições e tecnologias de governamentalidade. O esquecimento da escovação ao acordar ou a ausência de recursos na escola para realizá-la após as refeições não são meras falhas individuais, mas sintomas de um sistema que falha em integrar a saúde bucal de maneira efetiva na rotina desses adolescentes<sup>25</sup>.

Foucault discute o conceito de "regimes de verdade" sobre os discursos e práticas que determinam quais conhecimentos são valorizados e legitimados em uma sociedade. No caso da saúde bucal, há um discurso amplamente disseminado sobre a importância da escovação, mas a materialização dessa prática não recebe o mesmo grau de investimento. Isso acaba gerando um paradoxo: espera-se que os adolescentes sejam responsáveis por sua higiene oral, mas não há um suporte institucional adequado que garanta as condições para que essa prática se torne um hábito concreto e cotidiano<sup>24</sup>.

A governamentalidade por sua vez, ajuda a compreender como o Estado organiza e administra as condutas desses indivíduos. No contexto da escola e da saúde pública, a regulação dos corpos infantis se dá por meio de uma série de normas que disciplinam seus horários, atividades e comportamentos. No entanto, a ausência de subsídios para a escovação nos ambientes escolares, por exemplo, demonstra que essa governamentalidade é falha ou seletiva, em que há uma preocupação com o aprendizado acadêmico e com a alimentação escolar, mas a saúde bucal em si, permanece como um elemento marginalizado na organização do espaço educativo<sup>25</sup>.

Nesse contexto, o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, surge como uma política intersetorial que visa integrar essas ações de saúde e educação, promovendo a formação integral dos estudantes por meio de atividades que incluem a avaliação e promoção da saúde bucal<sup>26</sup>. Sua estratégia não se limita a intervenções pontuais, mas visa consolidar uma cultura de promoção da saúde dentro do ambiente escolar, tornando-a um espaço de educação em saúde continuada<sup>23</sup>.

A saúde bucal é uma das frentes de atuação do PSE, reconhecendo a importância da prevenção de cáries, doenças periodontais e outras condições odontológicas que podem impactar negativamente o bem-estar e o rendimento escolar dos alunos. Sua incorporação no cotidiano contribui para a formação de hábitos preventivos e reduz a necessidade de tratamentos curativos mais invasivos no futuro. Além disso, a presença de profissionais de saúde dentro das escolas facilita o encaminhamento de estudantes para serviços especializados, quando necessário, garantindo o cuidado integral<sup>23</sup>.

Apesar dos avanços proporcionados pelo PSE, sua implementação enfrenta desafios significativos, como a necessidade de maior integração entre as políticas de saúde e educação, a capacitação contínua dos profissionais envolvidos e a garantia de recursos

adequados para a execução das ações planejadas. A solução para esses desafios pode estar relacionada à ampliação do financiamento dessas ações, pelo fortalecimento da intersetorialidade e pela adoção de estratégias inovadoras que possibilitem a expansão do acesso aos serviços de saúde no ambiente escolar<sup>23</sup>.

Foucault também explora o conceito de "disciplinarização dos corpos"<sup>24</sup> (p. 117), em que as instituições, como a escola e a UBS, atuam na concepção de corpos dóceis e produtivos, que nesta perspectiva, o adolescente será ensinada quanto às orientações sobre higiene, alimentação e comportamento. Contudo, quando um hábito não é incorporado à rotina institucional, como a escovação após o lanche escolar, ele não se consolida como uma prática rotineira. Dessa forma, a ausência de escovas de dente na escola não é apenas uma questão de falta de recursos, mas sim um indicativo de que essa prática não está integrada ao processo educativo desses adolescentes.

A partir dessa análise, a formação de hábitos de higiene bucal na infância não deve ser compreendida como um processo exclusivamente centrado no controle familiar ou na autonomia infantil, tampouco como uma imposição normativa por parte do Estado por meio da escola. Embora seja inegável que a escola desempenha um papel relevante na estruturação de práticas preventivas em saúde, essa atuação precisa ser entendida dentro de uma lógica que valorize a formação de sujeitos autônomos e participativos, e não apenas como um espaço de disciplinamento. A exemplo da inserção da escovação no cronograma escolar, que não seria apenas uma medida de saúde, mas uma estratégia para promover a autonomia do sujeito no autocuidado com a saúde bucal.

Ademais, as UBS's assumem o papel complementar e essencial nesse processo. Enquanto a escola deve atuar na formação de hábitos e na estruturação da rotina dos adolescentes, ela deverá oferecer suporte técnico e educacional, de modo a capacitar

professores para reforçar práticas preventivas e monitorando a saúde bucal por meio de visitas periódicas. Dessa maneira, a intersetorialidade entre educação e saúde torna-se fundamental para enfrentar a vulnerabilidade em saúde bucal, transformando a escola e a UBS em espaços complementares de promoção da saúde<sup>27</sup>.

Nesse sentido, Ceccim<sup>28</sup> contribui para uma leitura mais sensível e ampliada do papel da educação em saúde, inclusive no contexto escolar, ao propor uma concepção de educação que ultrapassa a transmissão vertical de saberes e aposta em metodologias de pesquisa-formação, nas quais o conhecimento é elaborado coletivamente a partir das experiências e do engajamento dos envolvidos. A escola, nesse contexto, não deve ser apenas um instrumento de vigilância ou disciplinamento, mas um espaço de experimentação, afeto e invenção de outras formas de cuidar de si e dos outros. Quando se pensa na inserção da escovação bucal no ambiente escolar, por exemplo, essa prática não deve ser entendida apenas como um dispositivo de regulação da vida, mas como uma oportunidade de promover esse cuidado em um processo dialógico e horizontal entre educadores, profissionais de saúde e estudantes.

Essa perspectiva direciona para o quadrilátero da formação para a área da saúde, que articula ensino, atenção, gestão e controle social como dimensões integradas da produção de saúde, para a formação de sujeitos. A prevenção, nesse caso, deixa de ser um simples conjunto de práticas normativas para se tornar um campo de problematização ética e política sobre o viver, em que os sujeitos participam ativamente da construção de seus próprios modos de estar no mundo. Isso implica reconhecer que os saberes da infância, das famílias e das comunidades também compõem o tecido das práticas de saúde e devem ser valorizados como tal<sup>29</sup>.

Além disso, a intersetorialidade entre saúde e educação reforça a necessidade de romper com a fragmentação das políticas públicas. Não se trata de o Estado “tomar para si” a tarefa de garantir hábitos saudáveis por meio da imposição, mas de construir, com a participação dos sujeitos, estratégias que façam sentido para a vida real das pessoas. Em vez de disciplinar, a escola pode criar ambientes de liberdade e descoberta, nos quais o cuidado com o corpo — incluindo a higiene bucal — seja ressignificado como gesto de autonomia e potência.

Dessa forma, a proposta de inserir práticas preventivas no espaço escolar precisa estar articulada com políticas públicas que reconheçam a complexidade da formação em saúde e que se abram à multiplicidade dos sujeitos envolvidos. Isso significa promover experiências educativas capazes de fomentar não apenas a prevenção de doenças, mas também a produção de vínculos, a escuta das diferenças e a invenção de modos singulares de cuidado em saúde desde a infância.

Por fim, embasados na análise foucaultiana que nos permite perceber, que a saúde bucal não pode ser tratada apenas como um problema de comportamento individual, mas sim como um reflexo das estruturas institucionais que moldam as rotinas e práticas dos adolescentes. Desta feita, a busca por soluções para a vulnerabilidade em saúde bucal deve-se considerar uma abordagem abrangente que contemple tanto os recursos materiais necessários quanto os espaços institucionais responsáveis por essa promoção.

E assim, com base nesse diagnóstico, foram feitas readequações que visavam a redução dos problemas bucais. Um ponto essencial foi a inclusão de momentos fixos para a escovação, especialmente após as refeições, antes de dormir e ao acordar. Também foram inseridos espaços para o uso do fio dental e do enxaguante bucal, reforçando a importância da higienização completa.

Outra questão analisada foi a alimentação, uma vez que os horários das refeições poderiam ser otimizados para evitar o consumo excessivo de alimentos ricos em açúcar e ultraprocessados. Alguns adolescentes mencionaram que comiam doces antes de dormir sem escovar os dentes, sendo um fator de risco para a cárie. Com isso, foi proposto que esses alimentos fossem substituídos por opções mais saudáveis ou consumidos em momentos do dia em que houvesse tempo hábil para a escovação posterior.

Na vivência escolar, destacou-se a necessidade de um espaço adequado para a escovação dos dentes após as refeições. Quanto à UBS, foi citada como um agente fundamental na implementação dessas mudanças, e sua atuação poderia envolver desde a distribuição de kits de higiene bucal até a realização de visitas regulares às escolas para educação em saúde e monitoramento das práticas de higiene entre os alunos. Além disso, foi destacada a importância do acompanhamento odontológico preventivo, garantindo que os adolescentes recebessem atendimento adequado antes que os problemas bucais se agravassem.

Ao final da atividade, percebeu-se que a visualização da rotina permitiu que os participantes tivessem uma maior consciência sobre seus hábitos e sobre as possibilidades de mudança para melhorar a saúde bucal. As sugestões foram incorporadas em um plano de ação, reforçando a importância da integração entre família, escola e UBS no incentivo a práticas saudáveis, tornando a prevenção um processo acessível e que poderá ser facilmente implementado.

### **Considerações Finais**

Um dos principais aspectos abordados durante a aplicação da oficina foi o papel do outro na constituição da narrativa de si. A utilização da otobiografia pôde reconhecer que o sujeito é sempre atravessado pela alteridade. A experiência de vida não é apenas individual,

mas está constantemente sendo transformada pelo encontro com o outro, pelas influências externas e pelos discursos que nos precedem. Assim, a escuta otobiográfica se deu justamente, neste entrelaçamento entre a singularidade do autor e as marcas culturais e sociais que permeiam sua trajetória<sup>16</sup>.

Ao promover o diálogo e valorizar as vivências dos participantes, o estudo ampliou o olhar sobre as vulnerabilidades em saúde bucal, revelando que tais fragilidades não se restringem ao âmbito individual, mas estão profundamente ancoradas em contextos sociais, econômicos e institucionais. A experiência demonstrou que o enfrentamento dessas vulnerabilidades exige compreender o cuidado em saúde como um processo relacional, atravessado por fatores que vão além da simples disponibilidade de serviços odontológicos.

Neste sentido, a aproximação às vulnerabilidades em saúde bucal permitiu compreender como as desigualdades sociais, a precariedade de infraestrutura e a falta de integração entre políticas públicas impactam diretamente na formação de hábitos saudáveis. Desde a identificação dos problemas, passando pela priorização das questões mais urgentes e a proposição de soluções viáveis, foi possível observar que a garantia do direito à saúde também está relacionado à implementação de estratégias preventivas que envolvam a escola, a UBS e a própria organização da rotina dos adolescentes. A intersetorialidade entre saúde e educação emerge, portanto, como um fator central para a mitigação dessas vulnerabilidades, demandando um esforço coletivo e contínuo para a construção de um ambiente que favoreça a adoção de práticas preventivas diárias.

Observa-se ainda, que a responsabilização pelo cuidado é frequentemente transferida para as famílias e para os próprios adolescentes, sem que o Estado garanta as condições materiais para que esses cuidados sejam efetivamente incorporados. Essa lógica pode ser observada a partir da noção de biopoder, em uma crítica ao fato de que o controle da saúde

das populações tem sido exercido de maneira desigual, privilegiando determinados grupos enquanto outros permanecem à margem dos serviços essenciais<sup>22</sup>.

Outro ponto importante destacado está relacionado à distribuição de insumos, como escovas e cremes dentais fluoretados, que deveria ser uma ação contínua, e não apenas emergencial, pois sem acesso a esses materiais, os adolescentes não conseguem aplicar na prática o que aprendem em atividades educativas. Além disso, a criação de um sistema de monitoramento e avaliação dentro do PSE pode garantir que as ações implementadas sejam acompanhadas ao longo do tempo, permitindo a adaptação e o aperfeiçoamento das estratégias conforme as necessidades identificadas nas comunidades escolares.

Diante desse panorama, pode-se extrair que a promoção da saúde bucal não pode ser tratada como uma questão isolada, mas como parte de um processo maior de concepção da cidadania e do direito à saúde. A escola e a UBS, ao atuarem de maneira integrada, são capazes de modificar significativamente o cenário dessas vulnerabilidades, desde que contem com políticas públicas que garantam infraestrutura, educação permanente de profissionais e acompanhamento longitudinal das ações.

Foucault nos ensina que a saúde não é apenas um reflexo das condições biológicas, mas também um produto das relações de poder que estruturam a sociedade. Essa invisibilidade da saúde bucal dentro das políticas de atenção básica, reflete um modelo de governamentalidade que ainda não prioriza a prevenção como um direito universal. E para que essa lógica seja alterada, é necessário um esforço coletivo que envolva Estado, instituições educacionais, profissionais da saúde e as próprias comunidades escolares, garantindo que a saúde bucal deixe de ser um privilégio de poucos e passe a ser um direito efetivo de todos/as.

Por fim, reforça-se a necessidade de que políticas públicas em saúde bucal incorporem metodologias participativas, capazes de capilarizar as múltiplas dimensões que atravessam o cuidado, sobretudo em contextos de vulnerabilidade. Para tanto, é fundamental superar a lógica fragmentada e assistencialista, avançando para políticas estruturantes que articulem educação, saúde e cidadania como dimensões indissociáveis da garantia do direito à saúde.

Financiamento: Este trabalho foi apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Distrito Federal [processo 35/2024 - FAPDF/PRES/GAB].

## Referências Bibliográficas

1. Petersen, PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the Who Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2003; v. 31, s1, p. 3-24.
2. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2000; v. 28, n. 6, p. 399-406.
3. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho, HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.
4. Botazzo C, Fausto MCR. Saúde bucal coletiva e subjetividade: uma abordagem epistemológica. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008; v. 24, n. 3, p. 509-518.
5. Marques RA, Cabral MB, Ferreira EF. A educação em saúde no contexto da saúde bucal coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007; v. 12, n. 2, p. 397-404.
6. Santos CR, Cordeiro HA. Transcrição como metodologia participativa na educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, 2015; v. 24, n. 3, p. 746-757.
7. Verdejo ME. Diagnóstico rural participativo: guia prático. Brasília: Secretaria da Agricultura Familiar, MDA. 2006; 62 p.
8. Carvalho AFL, Leal SC. Manual ART: Tratamento Restaurador Atraumático (ART) o que o dentista da Atenção Básica precisa saber. Brasil, 2019; 28p.
9. De Macedo VLM, Vieira LF, De Queiroz Teixeira AGB, Gomes FLR, De Medeiros LG, Melo MC. Arco de Maguerez como ferramenta na educação em saúde: relato de experiência. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 2019; v. 30, n. 01.

10. Biato ECL, Luzio JS. Perspectivas educativas em saúde bucal: possibilidades de criação na prevenção e no enfrentamento do câncer. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2022; v. 32, n. 2, p. e320213.
11. Da Silva LAR, Junior OP, Da Costa PR, Renovato RD, Sales, CM. O Arco de Maguerez como metodologia ativa na formação continuada em saúde. *Educação*, 2020; v. 8, n. 3, p. 41-54.
12. Candiotti, C. Sobre a possibilidade de uma pragmática histórico-crítica do sujeito em Michel Foucault. *Revista Aurora*, 2018; 30(51), 797-816.
13. Lima ÁRA, Dias NDS, Lopes LB, Heck RM. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir?. *Saúde em Debate*, 2019; v. 43, p. 755-764.
14. Brasil. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Ed. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2013.
15. Souza JGS, Martins AMEBL. Dental pain and associated factors in Brazilian preschoolers. *Revista Paulista de Pediatria*, 2016; v.34, p.336-342.
16. Monteiro SB. Labirinto Otobiográfico. Em: In CORAZZA, organizador. *Métodos de transcrição: pesquisa em educação da diferença*. Oikos. São Leopoldo; 2020. p. 551–74.
17. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000; v. 5, p. 381-392.
18. Paredes SO, Forte FDS, Dias MSA. Promoção de Saúde Bucal no trabalho em áreas rurais: ecos de cirurgiões-dentistas. *Saúde em Debate*, 2024; v. 48, p. e8604.
19. Lima RM. A importância da saúde bucal na gestação: prevenção de problemas bucais e impactos na saúde materno-infantil: revisão de literatura. Petrolina-PE, Trabalho de Conclusão de Curso - SOBERANA, 2023.

20. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*, 2018; v. 42, p. 81-99.
21. Bispo AM, Valote DL, Luciano DHA. A importância da saúde bucal para crianças em fase escolar. 2024. Trabalho de conclusão de curso (Curso Técnico em Saúde Bucal) - Escola Técnica Estadual "Rodrigues de Abreu", Bauru, 2024.
22. Foucault M. *Microfísica do poder. Organização e tradução de Roberto Machado*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
23. Moreira RDS, Mauricio HDA, Jordão LMR, Freire MDCM. Implementação do Programa Saúde na Escola: relação com aspectos da saúde bucal dos estudantes. *Saúde em Debate*, 2023; 46, 166-178.
24. Foucault M. *Vigiar e punir*. Petrópolis, Vozes. 1977.
25. Gonçalves JFG. Foucault e a questão do dispositivo, da governamentalidade e da subjetivação: mapeando noções. *Margens*, 2016; v. 6, n. 7, p. 105-122.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Caderno Temático do Programa Saúde na Escola: Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022; 45 p. : il.
27. Vieira LS, Belisário SA. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. *Saúde em Debate*, 2018; v. 42, p. 120-133.
28. Ceccim RB, Ferreira VB. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2000; v. 9, n. 1, p. 163-180.
29. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2004; v. 14, n. 1, p. 41-65.

## Reflexões Finais

As reflexões aqui produzidas permitiram compreender que a vulnerabilidade em saúde, especialmente no contexto das populações do campo, é resultado de múltiplos determinantes que se entrelaçam em vários aspectos e a vivência nessas realidades evidenciam as desigualdades, materializadas na escassez de políticas públicas efetivas, na fragilidade da infraestrutura em saúde e na invisibilidade das necessidades desses sujeitos dentro das agendas institucionais. Tais condições revelam que a vulnerabilidade não pode ser compreendida como uma condição inerente ao indivíduo, mas como expressão concreta de processos sociais excludentes e assimétricos que incidem de forma desigual sobre determinados grupos e territórios.

A análise desenvolvida pôde apontar para a urgência de abordagens que superem a lógica tecnicista e fragmentada do cuidado em saúde, promovendo práticas que considerem as dimensões sociais, culturais e afetivas. Nesse sentido, as práticas hegemônicas, centradas em modelos biomédicos e padronizados, muitas vezes falham em captar a singularidade das vivências e dos saberes populares, sobretudo quando se trata de populações rurais. Nesse sentido, experiências educativas pautadas no diálogo, na escuta sensível e na criação coletiva despontam como alternativas potentes para a produção de cuidado mais próximo da realidade das comunidades.

A experiência realizada, ainda que localizada e pontual, evidenciou como espaços formativos que integram a linguagem e território, podem funcionar como dispositivos mobilizadores de sentidos e afetos, contribuindo para a produção de uma consciência crítica sobre a saúde bucal e os contextos em que ela se insere. Além disso, tais estratégias revelam caminhos para a ampliação do cuidado e a elaboração de práticas mais eficazes às singularidades dos sujeitos e à complexidade das realidades em que vivem.

Por fim, a promoção da saúde em territórios vulnerabilizados exige um compromisso ético e político com a escuta ativa, a corresponsabilidade e a criação coletiva de caminhos possíveis. Isso implica o fortalecimento de políticas públicas integradas, a valorização de práticas educativas emancipatórias e a aposta em metodologias que reconheçam e respeitem as múltiplas formas de existência, resistência e produção de vida. Assim, esta dissertação reafirmou a importância de se repensar os modelos de cuidado e formação em saúde, com

vistas à elaboração de um sistema mais justo, inclusivo e comprometido com a transformação das desigualdades sociais que marcam de forma tão contundente os territórios do campo.

## APÊNDICE A – Press Release

A saúde das populações que vivem no campo continua sendo marcada por profundas desigualdades. Essas pessoas, além de enfrentarem dificuldades econômicas, lidam com exclusões históricas, sociais e institucionais que dificultam o acesso a direitos básicos, como a saúde. Entre os muitos desafios está o cuidado com a saúde bucal, que muitas vezes é deixado de lado pelas políticas públicas e não considera as reais necessidades dessas comunidades.

Foi a partir dessa realidade que nasceu esta pesquisa dedicada a entender como a vulnerabilidade social impacta o cuidado com a saúde bucal no meio rural. O estudo conheceu as histórias de vida, promoveu oficinas educativas e buscou valorizar os saberes das próprias pessoas do campo. A ideia foi simples, mas poderosa e genuína: ouvir quem vive essa realidade todos os dias e transformar essas vivências em caminhos possíveis para melhorar o cuidado em saúde.

Durante as oficinas, os participantes puderam expressar suas experiências e percepções através de conversas e reflexões coletivas. Esses encontros revelaram como o modelo tradicional de cuidado em saúde, muitas vezes técnico e distante, não consegue alcançar a complexidade da vida no campo. Em contrapartida, quando se cria espaço para escuta, diálogo e valorização das histórias locais, é possível construir formas de cuidado mais humanas, próximas e eficazes.

A pesquisa mostrou que práticas educativas elaboradas junto com a comunidade podem ajudar a romper com modelos antigos e excludentes, fortalecendo o sentimento de pertencimento, autonomia e cuidado coletivo. Ao reconhecer as singularidades das pessoas e dos territórios, essas ações contribuem para a justiça social e para a concepção de um sistema de saúde mais justo e sensível às realidades do campo.

Em tempos em que tanto se fala em equidade, essa pesquisa reforça a importância de incluir todos os brasileiros na construção de políticas públicas de saúde. Pois cuidar da saúde bucal das populações do campo é, também, cuidar da dignidade, da memória e da vida dessas pessoas. E isso começa, antes de tudo, com escuta, respeito e compromisso com a transformação social.



Universidade de Brasília -UNB  
Faculdade de Ciências da Saúde- FS/UNB

## Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidado/a autorizar a participação de seu filho ou filha voluntariamente no projeto de pesquisa “**(Re) Criações sobre Saúde Bucal: uma estratégia para explorar perspectivas da vulnerabilidade por meio de oficinas**”, sob a responsabilidade do pesquisador Pedro Henrique Santos Vitoriano, Mestrando de Odontologia da Universidade de Brasília.

Este estudo tem como objetivo abordar o processo da vulnerabilidade e saúde a partir da perspectiva de escolares em relação a cárie dentária, realizaremos também um levantamento epidemiológico da condição bucal.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa e lhe asseguramos que o nome do seu filho/filha não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). **Para assegurar a confidencialidade, os dados gerados serão guardados em rigoroso sigilo e para garantir o anonimato dos participantes utilizaremos a codificação dos nomes, estes serão designados nomes fictícios.**

A participação do seu (a) filho/filha se dará da seguinte forma: participação das oficinas (atividades de educação em saúde) com variados temas de saúde bucal, estas serão desenvolvidas na própria escola com tempo estimado de 30 minutos por oficina.

Realizaremos um exame geral da boca e dos dentes, para ver se tem cárie. Todos os dados encontrados serão anotados numa ficha, somente depois deste exame e que os dentes serão tratados, caso seu (a) filho (a) apresente necessidade de atendimento odontológico (tratamento restaurador), as obturações serão realizadas com material chamado Cimento Ionômero de vidro (material da cor do dente que libera flúor). As obturações são feitas sem o “motorzinho”, utilizaremos apenas instrumentos para retirar a cárie. Os materiais a serem usados estão disponíveis no mercado e são os mesmos já utilizados na rotina do consultório. Serão atendidos na própria escola, casos complexos que não forem possíveis de serem resolvidos serão encaminhados para atendimento na Unidade Básica de Saúde de referência.

A pesquisa pode oferecer discreto cansaço na participação das oficinas em saúde. O pesquisador buscará realizar atividades dentro do tempo estipulado ou reduzi-lo se necessário, o pesquisador estará atento ao ritmo de cada criança.

Caso sua filha/filho apresente algum grau de medo e/ou ansiedade durante o atendimento clínico. Para minimizar esse desconforto os pesquisadores utilizaram técnicas de adaptação do comportamento de modo que os participantes se sintam acolhidos e possibilite um atendimento humanizado.

Se o (a) Senhor (a) autorizar a participação de seu filho ou filha, estará contribuindo para estimular o pensamento a respeito do tema, poderá contribuir com o desenvolvimento da construção do saber no processo da vulnerabilidade e saúde, estimular o cuidado,

indiretamente poderá contribuir com as discussões sobre processos educativos. Além da possibilidade de acesso a prevenção, promoção e atenção odontológica.

Para participar da pesquisa será necessária a anuência da criança de seu respectivo responsável. A tomada de decisão será respeitada.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a autorizar a participação de seu (a) filho/filha, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para seu (a) filho/filha ou para senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o (a) senhor (a) ou de seu (a) filho/filha, quando necessário, e estiver (estiverem) relacionada diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o (a) senhor (a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos acadêmicos, podendo ser publicados posteriormente.

Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Pedro Henrique Santos Vitoriano, Mestrando em Odontologia Universidade de Brasília-UNB no telefone (61) 9 8221-5805, disponível inclusive para ligação a cobrar. Informamos que o contato com o pesquisador pode ser feito a qualquer hora ou entre em contato via e-mail [pedro.vitoriano@escs.edu.br](mailto:pedro.vitoriano@escs.edu.br) para quaisquer informações adicionais.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos, horário de atendimento (presencial e por telefone): segunda a sexta, de 8 às 14 pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepf@unb.br](mailto:cepf@unb.br) ou [cepf@unb.br](mailto:cepf@unb.br), ou também pelo CEP-Fepecs (e-mail: [cep@fepecs.edu.br](mailto:cep@fepecs.edu.br); telefone: 61 3349-7895), outras informações podem ser conferidas no site <https://fs.unb.br/comite-de-etica-cep-fs/sobre-cep>. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o (a) Senhor (a).

---

Nome e assinatura do responsável legal

Pedro Henrique Santos Vitoriano – Pesquisador Responsável

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_



Universidade de Brasília -UNB  
Faculdade de Ciências da Saúde- FS/UNB

### **Apêndice C - Termo de assentimento Livre e Esclarecido - TALE**

Você está sendo convidado/a autorizar a participação de seu filho ou filha voluntariamente no projeto de pesquisa “**(Re) Criações sobre Saúde Bucal: uma estratégia para explorar perspectivas da vulnerabilidade por meio de oficinas**”, sob a responsabilidade do pesquisador Pedro Henrique Santos Vitoriano, Mestrando de Odontologia da Universidade de Brasília.

Este estudo tem como objetivo abordar o processo da vulnerabilidade e saúde a partir da perspectiva de escolares em relação a cárie dentária, realizaremos também um levantamento epidemiológico da condição bucal.

Vamos conversar como será desenvolvido essas atividades. Asseguraremos que o nome de vocês não seja divulgado e sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). **Para assegurar a confidencialidade, os dados gerados serão guardados em rigoroso sigilo e para garantir o anonimato dos participantes utilizaremos a codificação dos nomes, estes serão designados nomes fictícios.**

Caso aceitem participar ocorrerá da seguinte forma: Teremos oficinas em saúde (atividades de educação em saúde) com variados temas de saúde bucal, estas serão desenvolvidas na sua própria escola com tempo estimado de 30 minutos por oficina.

Em um outro momento realizaremos um exame geral da boca e dos dentes, para ver se tem cárie. Todos os dados encontrados serão anotados numa ficha, somente depois deste exame é que os dentes serão tratados.

Caso alguém apresente alguma necessidade de atendimento odontológico (obturação/restauração), vamos realizar aqui mesmo na escola. As obturações serão feitas sem o “motorzinho”, utilizaremos apenas instrumentos para retirar a cárie. As obturações serão realizadas com material chamado Cimento Ionômero de vidro (material da cor do dente que libera flúor). Os materiais a serem usados estão disponíveis no mercado e são os mesmos já utilizados na rotina do consultório. Casos complexos que não forem possíveis de serem resolvidos serão encaminhados para atendimento na Unidade Básica de Saúde de referência.

A pesquisa pode oferecer discreto cansaço na sua participação durante as oficinas em saúde. O pesquisador buscará realizar atividades dentro do tempo estipulado ou reduzi-lo se necessário.

Caso você apresente um pouquinho de medo e/ou ansiedade durante o atendimento clínico, para minimizar esse desconforto, utilizaremos técnicas de adaptação do comportamento de modo que você se sinta acolhido e bem tratado.

Se você participar, poderá ter a oportunidade de pensar a respeito do tema, cuidar dos dentes, poderá contribuir com o desenvolvimento da construção do saber no processo da vulnerabilidade e saúde, além da possibilidade de acesso a prevenção, promoção e atenção odontológica.

Poderão se recusar de participar, podendo desistir em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Para participar da pesquisa será necessária a sua permissão e dos seus pais. A sua decisão será respeitada.

Todas as despesas que você, quando necessário, e estiver (estiverem) relacionada diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, seus pais poderão buscar os direitos de ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos acadêmicos, podendo ser publicados posteriormente.

Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se tiverem qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Pedro Henrique Santos Vitoriano, Mestrando em Odontologia Universidade de Brasília- UNB no telefone (61) 9 8221-5805, disponível inclusive para ligação a cobrar. Informamos que o contato com o pesquisador pode ser feito a qualquer hora ou entre em contato via e-mail [pedro.vitoriano@escs.edu.br](mailto:pedro.vitoriano@escs.edu.br) para quaisquer informações adicionais.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos, horário de atendimento (presencial e por telefone): segunda a sexta, de 8 às 14 pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepf@unb.br](mailto:cepf@unb.br) ou [cepf@unb.br](mailto:cepf@unb.br), ou também pelo CEP-Fepecs (e-mail: [cep@fepecs.edu.br](mailto:cep@fepecs.edu.br); telefone: **61 3349-7895**), outras informações podem ser conferidas no site <https://fs.unb.br/comite-de-etica-cep-fs/sobre-cep>. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o participante.

---

Nome e assinatura do participante

Pedro Henrique Santos Vitoriano – Pesquisador Responsável

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**ANEXO 1- Documento de aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade de Brasília.**



Continuação do Parecer: 7.278.607

**Recomendações:**

Não se aplicam.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram observados óbices éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1-3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2454310_E2.pdf	07/11/2024 19:01:08		Aceito
Outros	Emenda_a_Projeto_de_Pesquisa.pdf	07/11/2024 18:59:27	PEDRO HENRIQUE SANTOS VITORIANO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Despacho_152525034.pdf	07/11/2024 18:58:51	PEDRO HENRIQUE SANTOS VITORIANO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Memorando_CRE_139667081.pdf	07/11/2024 18:56:36	PEDRO HENRIQUE SANTOS VITORIANO	Aceito
Outros	CURRICULOPESQUISADORPEDRO.pdf	20/03/2024 13:36:59	JAKELINE BARBOSA CALDAS	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DE_EMENDA_A_PROJETO_AO_CEP.doc	19/03/2024 16:56:51	JAKELINE BARBOSA CALDAS	Aceito
Outros	EMENDA.pdf	19/03/2024 16:55:41	JAKELINE BARBOSA CALDAS	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTADERESPONTASASPENDENCIA SAPONTADASPELOCEP.doc	10/10/2023 23:09:18	JAKELINE BARBOSA CALDAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODECONCORDANCIADEINSTITUIÇÃOACOPARTICIPANTEESPECÍFICO PARASESDENTISTA.doc	10/10/2023 23:03:53	JAKELINE BARBOSA CALDAS	Aceito
Declaração de Instituição e	TERMODECONCORDANCIADEINSTITUIÇÃOACOPARTICIPANTEESPECÍFICO	10/10/2023 23:03:44	JAKELINE BARBOSA CALDAS	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com