

Saúde Bucal Infantil: Conhecimento e Interesse de Pais e Responsáveis

Children's Oral Health: Knowledge and Interest of Parents/Caregivers

Andreza Cristina de Lima Targino MASSONI¹, Simeão Ferreira de PAULO², Franklin Delano Soares FORTE¹, Cláudia Helena Soares de Moraes FREITAS¹, Fábio Correia SAMPAIO¹

¹Professor Doutor do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

²Cirurgião-Dentista, João Pessoa/PB, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Observar o conhecimento sobre saúde bucal infantil de pais e responsáveis de crianças atendidas na Clínica de Cariologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e verificar o interesse destes em receber informações sobre o tema.

Método: Estudo descritivo e transversal, adotando como estratégia de coleta de dados a entrevista estruturada. A amostra foi composta por 49 indivíduos de ambos os gêneros, entrevistados com o auxílio de um formulário. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva.

Resultados: 63,3% dos entrevistados já tiveram acesso a informações sobre saúde bucal, através do cirurgião-dentista (54,8%). Os pais consideram a cárie dentária uma doença (85,7%) e entendem o que é biofilme (55,1%), porém 73,5% acreditam que este só pode ser removido pelo cirurgião-dentista. Embora 91,8% dos pais afirmem ser a chupeta prejudicial à criança, 61,2% desconhece a idade limite de desuso. 63,3% dos pais acreditam que a esfoliação de elemento decíduo sempre precede a erupção do seu sucessor, e 91,8% consideram a região anterior como local de erupção do primeiro dente permanente. Os pais mostraram-se motivados em receber informações sobre saúde bucal infantil (98%), principalmente através de panfleto (29,3%).

Conclusão: Os pais apresentam conhecimento razoável em relação à saúde bucal infantil, sugerindo a necessidade de atividades educativas em ambientes como salas de espera de clínicas.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the knowledge of the parents/caregivers about the oral health of children treated at the Clinic of Cariology of the Center of Health Sciences of the Federal University of Paraíba, PB, Brazil, and verify their interest on receiving information about this subject.

Method: This descriptive and transversal study used a structured interview as the data collection strategy. The sample was composed of 49 individuals of both genders, who were interviewed with the aid of a form. Data were analyzed by descriptive statistics.

Results: 63.3% of the interviewees had already have access to information on oral health from their dentist (54.8%). The parents/caregivers considered dental caries a disease (85.7%) and understand what biofilm is (55.1%). However, 73.5% believed that biofilm can only be removed by the dentist. Although 91.8% of the parents/caregivers affirmed that the use of a pacifier is deleterious to the child, 61.2% did not know the limit age to discontinue its use. 63.3% of the parents believed that the exfoliation of primary teeth always precedes the eruption of its successor, and 91.8% considered the anterior region as the site of eruption of the first permanent tooth. Parents/caregivers seemed motivated to receive information about children's oral health (98%), especially from a brochure (29.3%).

Conclusion: The parents/caregivers presented moderate knowledge with respect to children's oral health, suggesting the need of educative activities in places like the waiting rooms of dental offices.

DESCRITORES

Saúde bucal; Conhecimento; Percepção.

KEYWORDS

Oral health; Knowledge; Perception.

INTRODUÇÃO

A valorização dos códigos de conduta familiar tem demonstrado o papel da família como grupo social fundamental para o entendimento das sociedades, o que também é observado na área de saúde com o objetivo de ampliar o entendimento sobre o processo saúde-doença dos indivíduos¹⁻³. Assim, para entender esse processo, é importante conhecer a família - sua história, seus hábitos e seus costumes, aspectos que estão intimamente ligados à história do indivíduo e, portanto, à sua cultura, seus mitos, suas crenças e seu conceito de saúde e de doença²⁻⁴.

A atenção à saúde no contexto familiar vem sendo reafirmada como uma importante estratégia para a adequação do sistema de saúde vigente, em especial, no que tange ao fortalecimento da atenção básica e na melhoria da qualidade de vida. Pois a família representa o ambiente de formação de indivíduos conscientes de suas necessidades⁵⁻⁷.

Por outro lado, as crianças colocam o aprendizado em prática se este for relacionado com pessoas que tem um significado para elas. Assim, pais e responsáveis tornam-se referência de práticas relacionadas com a saúde. E no caso específico da promoção de saúde bucal, é imprescindível motivar os pais para que se conscientizem da real importância desta para a saúde geral de seus filhos⁷⁻¹⁰. Nesse sentido é fundamental criar espaços de diálogos entre pais e promotores de saúde, de forma horizontalizada, para que as dúvidas, angústias, dificuldades sejam expressas e assim possam ser pensadas e trabalhadas¹¹.

Experiências relatam de forma positiva a atuação dos pais na orientação de hábitos saudáveis de saúde dos filhos^{8,11-13}. Nesse contexto questiona-se: pais e responsáveis estão orientados e motivados em relação aos cuidados com a saúde bucal de seus filhos? Estes se interessariam em obter informações sobre saúde bucal enquanto seus filhos estariam sendo atendidos? Quais são as suas principais dúvidas?

Por compreender que a abordagem familiar é indispensável para a realização de grande parte das atividades relacionada à saúde, pois, permite o compartilhamento de informações entre os seus integrantes; justifica-se a realização desse estudo, que tem como objetivos avaliar o conhecimento sobre a saúde bucal infantil de pais e responsáveis de crianças atendidas na Clínica de Cariologia do Curso de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCS/UFPB); verificar o interesse desses pais e responsáveis em receber informações a respeito da

saúde bucal infantil, durante sua permanência na sala de espera da Clínica de Cariologia; identificar quais informações são de maior interesse para os participantes do estudo e identificar os instrumentos educativos que os participantes consideraram mais adequados para apresentar estas informações.

METODOLOGIA

Este estudo caracterizou-se por ser descritivo e transversal, adotando como estratégia de coleta de dados a entrevista estruturada.

A população estudada compreendeu pais e responsáveis de crianças atendidas na Clínica de Cariologia do Curso de Odontologia (CCS/UFPB). Foram incluídos no estudo aqueles pais e responsáveis que estiveram aguardando o atendimento odontológico de alguma criança na sala de espera da Clínica, durante o período da coleta dos dados e que concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O cálculo amostral considerou, inicialmente, o número de crianças atendidas na Clínica de Cariologia (CCS/UFPB) em cada semestre do ano letivo, o que compreende em torno de 100 crianças. Porém, como se verifica que muitos responsáveis acompanham mais de uma criança, se estimou uma proporção de um pai ou responsável para cada duas crianças atendidas, o que compreende 75 pais ou responsáveis.

Utilizando-se do Programa Sample XS¹⁴ e considerando-se um grau de confiança de 95%, poder de teste de 50% e erro aceitável de 10%, obteve-se uma amostra de 41 participantes. Propondo-se, então, para compensar possíveis perdas, um aumento de 20% no número de entrevistados, a amostra final proposta foi constituída por 49 pais ou responsáveis.

A coleta de dados foi realizada por um único pesquisador, através de entrevista estruturada que utilizou como instrumento um formulário contendo questões sobre os seguintes aspectos: condições sócio-econômicas da família, informações relacionadas à Odontologia (cárie dentária, dentições decídua e permanente, práticas de higiene), interesse desses participantes em receber informações a respeito dos cuidados com a saúde bucal e quais informações e veículos seriam mais interessantes.

As questões foram validadas através do Método de Validação da Face¹⁵ com 5 pais e responsáveis (10% da amostra) presentes na Clínica de Cariologia (CCS/UFPB), semanas antes do início das entrevistas. Após uma semana da primeira entrevista, os pais foram entrevistados novamente (teste-reteste), e as questões

de difícil compreensão foram reestruturadas. Mais uma vez utilizou-se o método para verificar a clareza das questões modificadas.

Os dados foram processados considerando dois grupos de questões: objetivas, analisadas pela estatística descritiva, através do software SPSS, versão 13.0 e questões subjetivas, onde o entrevistado expressou seu interesse sobre o tema abordado e suas principais dúvidas. Essas questões foram interpretadas de forma a compreender os significados das percepções dos indivíduos¹⁶.

Previamente a sua execução, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CCS/UFPB), sendo autorizada a sua realização (Protocolo 789/06). Sua Metodologia considera os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki de 2000.

RESULTADOS

Foram entrevistados 49 pais e responsáveis que estavam acompanhando as crianças durante o atendimento odontológico na Clínica de Cariologia (CCS/UFPB). A Tabela 1 apresenta informações a respeito do perfil socioeconômico dos entrevistados os quais residiam principalmente no Distrito Sanitário III (69,4%), possuíam entre 30 e 40 anos de idade (34,7%) e havia cursado o ensino médio (40,8 %). Em relação à renda dos entrevistados, observou-se uma renda entre 2 e 4 salários mínimos (49%).

Em relação ao acesso dos entrevistados às informações sobre saúde bucal, a maioria já recebeu estas informações (63,3%), principalmente através do cirurgião-dentista (54,8%), seguido do ambiente escolar (16,1%) e da família (9,7%). Mais de uma fonte de informação foi relatada por 19,4%.

As questões acerca do conhecimento dos pais e responsáveis sobre aspectos relacionados à Odontologia e aos cuidados com a saúde bucal estão apresentadas na Tabela 2. A maioria dos entrevistados afirmou ser a cárie dentária uma doença (85,7%), que surge pela falta de escovação adequada e consumo de açúcar (38,8%). 53,1% dos pais acreditavam ser o biofilme um grupo de bactérias que fica sobre a superfície do dente, retirado apenas através da raspagem (73,5%). A grande maioria dos investigados (79,6%) relatou ser uma boa escova aquela com cerdas macias e cabeça pequena e que a quantidade de creme dental adequada a ser usada seria aquela equivalente a um grão de feijão (61,6%). Quanto à função do flúor, 69,2% dos entrevistados acreditam que esse evita a cárie.

Tabela 1. Distribuição dos entrevistados de acordo com o parentesco com a criança atendida na Clínica de Cariologia, e perfil sócio-econômico.

Variáveis	Frequência	
	n	%
Parentesco do Responsável		
Mãe	33	67,3
Pai	4	8,2
Avó/avô	7	14,3
Tia/tio	3	6,1
Vizinho	2	4,0
Total	49	100,0
Setor de Residência		
Distrito Sanitário I	2	4,1
Distrito Sanitário II	3	6,1
Distrito Sanitário III	34	69,4
Distrito Sanitário IV	4	8,2
Distrito Sanitário V	6	12,2
Total	49	100,0
Idade		
≤ 30 anos	13	26,5
> 30 anos e ≤ 40 anos	17	34,7
> 40 anos e ≤ 50 anos	13	26,5
> 50 anos	6	12,3
Total	49	100,0
Escolaridade		
Analfabeto	1	2,0
Ensino fundamental	19	38,8
Ensino médio	20	40,8
Ensino superior	9	18,4
Total	49	100,0
Renda (em salário mínimo)		
Até 1 salário	19	38,8
2 a 4 salários	24	49,0
5 salários ou mais	6	12,2
Total	49	100,0

A Tabela 3 apresenta os dados relacionados às dentições decídua e permanente. 81,6% dos entrevistados afirmaram que os dentes decíduos cariados precisam ser tratados e para que haja a erupção de um dente permanente sempre é necessária a esfoliação de um dente decíduo (63,3%), sendo que, o primeiro dente permanente irrompe na região anterior (91,8%). Em relação ao momento para a primeira visita ao dentista, 42,9% dos pais e responsáveis acreditam que essa deve ocorrer quando todos os dentes estiverem presentes na boca (2 anos).

Quanto à idade ideal para o desmame, 42,9% dos entrevistados consideraram 1 ano de idade como o período ideal. No que se refere ao uso prolongado da chupeta, a grande maioria (91,8%) respondeu ser um hábito prejudicial, que deve ser abandonado no primeiro ano de idade (53,8%) (Tabela 3).

Tabela 2. Distribuição dos entrevistados de acordo com as respostas dadas às questões sobre cárie dentária, biofilme, escova dental, dentífrico, utilização dos fluoretos.

Variáveis	Frequência	
	n	%
A cárie dentária é uma doença?		
Sim	42	85,7
Não	6	12,2
Não sei	1	2,0
Total	49	100,0
O que é “placa” bacteriana?		
Bactérias soltas na boca	20	40,8
Bactérias na superfície do dente	27	55,1
Não sei	2	4,1
Total	49	100,0
Como pode ser removida a “placa” bacteriana?		
Raspagem pelo dentista	36	73,5
Uso de bochechos	1	2,0
Fio e escova	8	16,3
As três afirmativas	3	6,1
Não sei	1	2,0
Total	49	100,0
Uma boa escova é aquela que possui:		
Cerdas duras e cabeça grande	10	20,4
Cerdas macias e cabeça pequena	39	79,6
Total	49	100,0
Qual a quantidade de creme dental adequada?		
Tamanho de um grão de feijão	30	61,2
Que cubra toda a escova	10	20,4
Que faça muita espuma	9	18,4
Total	49	100,0
O flúor serve para:		
Deixar o dente branco	11	22,4
Evitar a cárie	34	69,4
Não é importante para os dentes	3	6,1
Deixar o dente branco e evitar a cárie	1	2,0
Total	49	100,0

A distribuição dos pais de acordo com respostas evidenciadas em seus discursos, quando perguntados sobre o que era preciso para se prevenir a cárie está presente na Tabela 4. Escovar os dentes foi a resposta mais citada (89,8%). Algumas falas refletem as manifestações dos entrevistados:

“Escovar muito bem os dentes, não comer doces.”

“Visitar o dentista e boa escovação.”

A maioria dos entrevistados (98%) demonstrou interesse em receber informações sobre saúde bucal, enquanto apenas 1 participante (2%) relatou a falta de interesse. A Tabela 5 retrata as principais dúvidas dos pesquisados sobre saúde bucal infantil, as quais podem ser observadas nas seguintes falas:

“Queria saber mais sobre os passos da escovação.”

“Quanto tempo a gente tem que passar flúor, o intervalo de tempo.”

Tabela 3. Distribuição dos entrevistados de acordo com as respostas dadas acerca das dentições decídua e permanente e sobre a visita ao dentista.

Variáveis	Frequência	
	n	%
Dente “de leite” cariado precisa ser restaurado?		
Sim	40	81,6
Não	6	12,2
Não sei	3	6,1
Para “nascer” um dente permanente sempre “cai” um dente de leite?		
Sim	31	63,3
Não	17	34,7
Não sei	1	2,0
Em que região “nasce” o 1º dente permanente?		
Anterior	45	91,8
Posterior	4	8,2
Qual o momento para a 1ª visita ao dentista?		
Antes de “nascer” os dentes	8	16,3
No momento que os dentes estiverem “nascendo” (6 meses)	18	36,7
Quando todos os dentes estiverem presentes (2 anos)	21	42,9
Não sei	2	4,1
Qual a idade ideal para o desmame?		
6 meses	16	32,7
1 ano	21	42,9
2 anos	12	24,5
Não sei	0	0,0
O uso prolongado da chupeta é prejudicial?		
Sim	45	91,8
Não	4	8,2
Não sei	0	0,0
Qual a idade ideal para o abandono da chupeta?		
1 ano	26	53,1
3 - 4 anos	19	38,8
6 - 7 anos	1	2,0
Não sei	3	6,1

Tabela 4. Distribuição dos pais e responsáveis de acordo com as respostas dadas à questão: “O que é preciso para prevenir a cárie?”*

Variáveis	Frequência	
	n	%
Escovar os dentes (após as refeições, três vezes ao dia, antes de dormir, corretamente, diariamente)	44	89,8
Cuidados com a alimentação (diminuir os doces, alimentação saudável, evitar açúcar, deixar de comer doce, comer bem)	25	51,0
Visitar o dentista	22	44,9
Utilizar o fio dental	11	22,4
Aplicar flúor (sempre usar flúor)	3	6,1
Utilizar uma boa escova	1	2,0
Utilizar um bom creme dental	1	2,0
Não usar chupeta	1	2,0
Utilizar bochecho antes de dormir	1	2,0

*Considerando que cada entrevistado poderia expressar mais de uma resposta.

Entre os meios de informação mais adequados para se ter acesso a estas informações, o panfleto e folheto foram os mais citados pelos participantes (34,7%) (Tabela 5). Sugestões observadas nas expressões dos pais e responsáveis:

“Poderia ser através de folhetos porque a gente pode ter em casa.”

“Através de um panfleto que a gente possa sempre consultar.”

Tabela 5. Distribuição dos pais e responsáveis de acordo com as respostas dadas às questões relacionadas às informações de interesse sobre saúde bucal e ao meio mais adequado de receber estas informações*.

Variáveis	Frequência	
	n	%
Quais são as suas dúvidas sobre a saúde bucal na infância?		
Higiene bucal da criança (Técnica, número de vezes)	9	18,3
Não sei	8	16,3
Uso do dentífrico (Quantidade ideal, creme dental mais adequado).	8	16,3
Dentição decídua e permanente (Idade que “nasce” o dente permanente, dente “mole” deve ser arrancado? Por que o dente nasce “tramelado”?)	6	12,2
Sangramento gengival (“Por que a gengiva sangra?” “O que fazer se a gengiva sangrar?”).	4	8,1
Uso de bochechos (É recomendado para criança?)	4	8,1
Uso do flúor (Intervalo de tempo para aplicação, quantidade)	3	6,1
Escova dental ideal	3	6,1
Cárie (É contagiosa? Tem criança que tem mais chance de “pegar”?)	2	4,0
Problema na boca pode passar para o resto do corpo	2	4,0
Indicação do selante	1	2,0
Chupar dedo é prejudicial?	1	2,0
Como estas informações poderiam ser apresentadas?		
Panfleto / Folheto / Folder	17	34,7
Palestra	13	26,5
Diretamente pelos profissionais	11	22,4
Vídeo	8	16,3
Cadernos com desenhos / figuras / fotos	6	12,2
Cartazes	1	2,0
Veículo de comunicação	1	2,0
Não sei	1	2,0

*Considerando que cada entrevistado poderia expressar mais de uma resposta.

DISCUSSÃO

Este estudo, além dos objetivos propostos inicialmente, contribuirá para o desenvolvimento de atividades educativas contextualizadas com as características do grupo pesquisado, assim, foi traçado o seu perfil socioeconômico. A distribuição dos entrevistados que estavam acompanhado as crianças durante o atendimento odontológico na Clínica, de acordo com o parentesco, refletiu a presença marcante das mães. Atribui-se à mãe um papel fundamental na prevenção de males bucais, pois, normalmente, é ela quem acompanha mais de perto as necessidades dos filhos. Sendo importante, verificar o conhecimento que as mesmas têm sobre saúde bucal e tornar essas informações acessíveis^{1-4,7}.

A localização das residências dos entrevistados baseou-se nos 5 distritos sanitários que compõem o município de João Pessoa, demonstrando uma frequência

bem maior de pacientes que procedem do Distrito Sanitário III. A presença predominante dos moradores desse Distrito pode ser justificada pela facilidade em acessar o serviço, visto que, este reúne os bairros próximos ao CCS/UFPB - onde está instalada a Clínica, sendo reduzidas, por exemplo, situações como a necessidade de se pagar pelo transporte até o local. Por outro lado, esta situação alerta para a necessidade de serem criados mecanismos que ampliem o acesso às pessoas de outras localidades a este tipo de serviço, como através de ações que articulem as Instituições de Ensino Superior com os Serviços Públicos de Saúde presentes nos bairros.

Ainda se observou que esta amostra se constituiu, principalmente, de pessoas entre 30 e 40 anos de idade, cuja escolaridade concentrou em sua maioria aqueles que tinham concluído até o ensino médio e que contavam com uma renda familiar entre 2 e 4 salários mínimos. É necessário o conhecimento das condições sócio-culturais das famílias com as quais se propõe trabalhar para que as

estratégias de promoção de saúde bucal sejam planejadas com base em sua realidade^{3,17}. É necessário conhecer a população alvo e dessa forma ter bem claros os limites e dificuldades do processo educativo^{9,11}.

Os resultados indicaram o acesso da maioria dos participantes do estudo às informações sobre saúde bucal, porém é importante observar que ainda um grande número de pessoas relatou não ter recebido nenhum tipo de informação. Em estudo semelhante¹⁸ também observou o acesso da maioria dos participantes do seu estudo às informações sobre saúde bucal. O acesso a este tipo de informação contribui para a formação da cidadania das pessoas, tornando-as ativas na manutenção de sua saúde, bem como na saúde dos seus filhos^{1,2}.

Os profissionais da Odontologia ocuparam um local de destaque como instrumento de informação, resultado que foi confirmado previamente¹⁹, e que nos faz refletir sobre a importância do cirurgião-dentista na socialização de informações adequadas para a manutenção da saúde bucal, bem como sobre o seu papel de agente de transformação na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Nesse contexto, existe necessidade de uma maior atuação dos profissionais de saúde e, em particular, dos cirurgiões-dentistas, na proposta de promoção e motivação para a saúde bucal de seus pacientes^{2,4,11,13}.

Quanto à cárie dentária, a maioria dos participantes a considerou uma doença, aspecto relevante, pois, a tomada de consciência da cárie dentária como uma patologia favorece que os indivíduos assumam ações de prevenção e controle^{1,3,17}.

Os participantes do estudo têm conhecimento sobre o que seria o biofilme dentário, porém ainda se ver que muitos desconhecem que este se encontra aderido às superfícies dos dentes, e atribuem o cuidado à sua remoção ao cirurgião-dentista, sugerindo uma provável confusão entre biofilme bacteriano e cálculo dental. Este achado foi corroborado por outros autores¹⁸.

Um bom conhecimento sobre escova dental é evidenciado nas respostas mencionadas pelos participantes, pois, a maioria disse ser mais adequada a escova com cerdas macias e cabeça pequena. A escova com cerdas macias é menos agressiva e a cabeça pequena ajuda a alcançar os locais de difícil acesso. Da mesma forma, foram satisfatórias as respostas dadas quando se questionou sobre a quantidade de dentifrício adequada para a escovação, visto que, a maior parte das pessoas afirmou ser necessária apenas a quantidade de um grão de feijão. Embora a maioria das respostas esteja de acordo com a orientação da Literatura, ainda se identifica um número significativo de pessoas que não seguem tais orientações^{9,20}, sendo ponto importante para as atividades educativas propostas futuramente.

A função do flúor é compreendida de forma correta pelos participantes desta pesquisa, onde maior parte afirmou que ele ajuda a evitar a cárie. Evidenciando-se assim, a noção de que os pais sabem a importância do flúor nos dentifrícios, fato também observado em outros estudos^{21,22}. Nesse tópico, importantes informações devem ser destacadas pelos profissionais de saúde bucal, a quantidade de dentifrício na escova, tipo de dentifrício e conseqüente concentração de flúor e a não ingestão do dentifrício por parte da população infantil²⁰.

Porém associá-lo à possibilidade de ter dentes brancos; também relatada; faz-nos refletir de onde vem esta informação. Seria dos veículos de comunicação, através das propagandas? A introdução recente de agentes branqueadores nos dentifrícios, o investimento em propaganda e marketing desses produtos e as demandas em termos de estética do corpo e dos dentes podem ser fatores a serem explorados futuramente em pesquisas.

Entre as questões relativas às dentições decídua e permanente, observou-se que os entrevistados consideraram como certo restaurar um dente decíduo cariado, demonstrando coerência com o que deve ser realizado nesses casos, pois, muitas são as funções dos elementos que compõe a dentição decídua, devendo estes ser mantidos em condições adequadas na cavidade bucal até a sua esfoliação.

Os pais e responsáveis desconhecem aspectos relacionados ao início da dentição permanente, pois afirmaram ser sempre necessário “cair” um dente decíduo para “nascer” um dente permanente, e ainda citaram a região anterior como local no qual irrompe o primeiro dente permanente. O que alerta para a necessidade de serem instituídas ações que orientem quanto aos cuidados com este período de transição entre as duas dentições, esclarecendo acerca dos primeiros dentes permanentes a irromper: os primeiros molares, os quais surgem na região posterior, por volta dos 6 anos de idade e dão início à dentição mista, caracterizada pela presença de dentes permanentes e decíduos na cavidade bucal da criança de forma simultânea.

A atenção odontológica precoce é uma das armas mais eficientes contra a cárie dentária e outros problemas bucais, e tem como grande aliada a informação^{1,9,10,16}. Em relação ao momento adequado para a primeira visita ao dentista, o grupo estudado não apresentou conhecimento adequado, pois apenas 16,3% dos entrevistados acreditam que esta deva ocorrer antes que os elementos dentais irrompam. Evidencia-se que a procura precoce por serviços odontológicos para a prevenção das doenças bucais ainda não está incorporada à nossa cultura. Esse aspecto em particular, é importante ser trabalhado nas

atividades educativas futuramente, pois medidas simples de cuidado e manutenção caseira podem ser instituídas pelos pais, gerando benefícios a saúde bucal de seus filhos^{9,10,17}.

De forma geral, questionou-se sobre o que seria preciso fazer para se prevenir a cárie dentária, verificando-se que a prática da escovação foi freqüentemente citada. Por outro lado, poucas respostas relataram o uso do fio dental, o que está em consonância com os achados de outros autores²³. Esses dados constatarem a necessidade de ações educativas que ressaltem a importância, não apenas da escovação, mas desta associada ao uso do fio dental, proporcionando assim, um adequado controle do biofilme. É importante ressaltar que a escovação pode ter sido citada com mais freqüência, ou seja, mais percebida, por estar relacionada às práticas cotidianas do grupo.

Estimular a aquisição e transmissão de hábitos saudáveis de higiene dos pais para seus filhos é uma das medidas de Promoção de Saúde^{2,8,10}. Como observado neste estudo, os pais e responsáveis (98,0%) estão motivados a receber informações em saúde bucal na sala de espera, demonstrando a demanda nesse sentido. Entre as dúvidas mais relatadas a respeito da temática, aspectos sobre a higiene bucal infantil e o uso dos dentífricos foram os mais citados. Demonstrando que se fazem necessárias ao processo educativo, ações que ampliem esse conhecimento, pois aquele primeiro é fundamental para a manutenção da saúde bucal, enquanto este último é indispensável para o sucesso da execução da própria escovação^{2,8,9,17}.

A amamentação natural favorece o desenvolvimento e crescimento adequado das estruturas do sistema estomatognático, sendo a orientação de ser exclusiva até os 6 meses de idade, quando então deve acontecer a etapa do desmame. Sobre este último aspecto, o momento ideal citado pela maioria dos participantes foi com 1 ano de idade. O desmame deve começar entre os 4 e os 6 meses de idade, onde o bebê já será capaz de aceitar os primeiros alimentos sólidos. Porém, o desmame tardio, considerado quando é iniciado com 1 ano de idade, como sugerem os participantes deste estudo, pode trazer complicações, pois, por volta dos 6 meses de idade, o leite materno ou o leite para lactentes não consegue satisfazer todas as necessidades nutricionais do bebê²⁴, assim como a criança se prepara para a fase de mastigação propriamente dita, a qual é iniciada pelo irrompimento dos dentes decíduos. Desta forma, a criança necessitará de alimentos pastosos a sólidos, de gradativa consistência para estimular os músculos e ossos.

Contudo, a amamentação natural, de forma prolongada, além dos dois anos de vida pode favorecer o estabelecimento de hábitos de sucção não nutritiva

como sucção de chupetas. Os entrevistados desse estudo consideram o uso prolongado da chupeta prejudicial à criança, entretanto, poucos demonstraram conhecimento sobre a idade limite para o seu abandono (até 3 anos), período no qual o desenvolvimento facial pode ser comprometido²⁵. Alterações na morfologia das arcadas dentárias podem ser percebidas em crianças usuárias de chupetas, como mordidas aberta anterior e cruzada.

Entre as formas de divulgação e de apresentação das informações sobre saúde bucal sugeridas pelos entrevistados utilização de panfleto (folheto ou folder) foi a mais citada, seguido por sugestões de palestras, e da intervenção direta dos profissionais da área¹. Métodos audiovisuais são importantes instrumentos para os momentos de educação em saúde, pois oportuniza que o educando compreenda mais facilmente o educador. Além disso, são métodos simples, os quais proporcionam melhores resultados e tem aplicação ampla e de baixo custo. Independentemente do meio a ser utilizado, é importante que se avalie o tema a ser trabalhado, a metodologia, o vocabulário usado, os quais devem ser adequados à população alvo.

Apesar da ampliação do conhecimento da população acerca da saúde bucal, muita ainda precisa ser esclarecido, aspectos simples, mas que, as pessoas não têm consciência de sua relevância. Por outro lado, embora a importância da participação da família seja fundamental em qualquer ação de promoção de saúde, principalmente naquelas que visem às crianças, ainda existe dificuldades de envolvê-la nesse processo. E então, descobrir os aspectos que despertam interesse e os instrumentos educativos mais eficientes para promover a motivação de pais é um desafio atual para a Odontologia^{2,3,8,9,17}.

É preciso alertar os profissionais para a necessidade de repensar as estratégias de promoção de saúde prestadas meramente na transmissão de informações, pois estas, só terão sentido na vida das pessoas se forem constituídas de particularidades presentes em seus contextos sociais e familiares. Assim, é interessante proporcionar aos pais espaços de falas e exposições de idéias e dúvidas, para construir ações e orientações coerentes à suas realidades e às necessidades de seus filhos.

CONCLUSÃO

Os pais e responsáveis apresentam conhecimento razoável em relação à saúde bucal infantil; e a maioria se mostrou motivada em receber informações sobre o tema investigado, durante sua permanência na sala de

espera da Clínica de Cariologia. Entre as informações de maior interesse para os participantes do estudo citam-se: aspectos sobre a higiene bucal infantil e o uso dos dentífricos. Sendo que, os instrumentos educativos que os participantes consideraram mais adequados para apresentar estas informações são: panfleto (folheto ou folder), palestras e intervenção direta dos profissionais da área.

REFERÊNCIAS

- Costa ICC. O paradigma da promoção da saúde e sua interface com a saúde bucal. In: Oliveira AGRC, Ferreira MAF, Lima KC. (Org.). Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFRRN; 2004. p. 163-74.
- Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Cien Saúde Colet* 2005; 10(1):245-59.
- Nations MK, Calvasina PG, Martin MN, Dias HF. Cultural significance of primary teeth for caregivers in Northeast Brazil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(4):800-8.
- Scavuzzi AIF, Nogueira PM, Laporte ME, Castro Alves AC. Avaliação dos conhecimentos e práticas em saúde bucal de gestantes atendidas no setor público e privado, em Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2008; 8(1):39-45.
- Medalie JH, Zyzanski SJ, Langa D, Stange KC. The family in practices: is it a reality? *J Fam Pract* 1998; 46(5):390-6.
- Massoni ACLT, Forte FDS, Sampaio FC. Percepção de pais e responsáveis sobre promoção de saúde bucal. *Rev Odontol UNESP* 2005; 34(4):193-7.
- Guimarães AO, Costa ICC, Oliveira ALS. As origens, objetivos e razões de ser da odontologia para bebês. *J Bras Odontoped Odontol Bebê* 2003; 6(29):83-6.
- Simioni LRG, Comiotto MS, Rêgo DM. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. *RPG Rev Pós Grad* 2005; 12(2):167-73.
- Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Cien Saúde Colet* 2007; 12(4):1079-86.
- Rajab LD, Petersen PE, Bakaeen G, Hamdan MA. Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12:168-76.
- Mohebbi SZ, Virtanen JI, Murtomaa H, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. *Int J Paediatr Dent* 2008; 18(1):48-55.
- Silva SMB, Rios D, Oliveira AF, Machado MAAM. Comparação da efetividade entre o exame bucal profissional e o de pais no reconhecimento no estado de saúde bucal de seus filhos. *Rev Fac Odontol Bauru* 2002; 10(3):142-8.
- Alves MU, Volscham BCG, Haas NAT. Educação em saúde bucal: sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades privadas. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2004; 4(1):47-51.
- Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. Wiley, New York; 1977.
- Frankfort-Nachimias C, Nachimias D. Research methods in social sciences. 4th ed. London: Edward Arnold; 1992.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- Hanna LMO, Nogueira AJS, Honda VYS. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. *RGO* 2007; 55(3):271-4.
- Santos PA, Rodrigues JA, Garcia PPNS. Avaliação do conhecimento dos professores de ensino fundamental de escolas particulares sobre saúde bucal. *Rev Odontol UNESP* 2002; 31(2):205-14.
- Jiang H, Tai B, Du M. A survey on dental knowledge and behavior of mothers and teachers of school children. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi* 2002; 20(3):219-22.
- Paiva SM, Cury JA. Dentrifício fluoretado e risco de fluorose dentária. *RPG* 2001; 8(4):322-8.
- Martins, CC, Bonanato, KT, Valério, DS, Moura Leite, FR, Paiva, SP, Vale, MPP. Efetividade de uma técnica educativa na aquisição de conhecimentos por pais sobre uso racional do flúor. *Rev Odontol Ciênc* 2006; 21(52):105-11.
- Feldens EG, Feldens EG, Raupp SMM, Wessler. ALM, Graeff SL, Kramer PF. Avaliação da utilização de dentífricos fluoretados por crianças de 2 a 5 anos de idade de três escolas da cidade de Porto Alegre. *J Bras Odontoped Odontol Bebê* 2001; 4(21):375-82.
- Ramos TM, Almeida Junior AA, Ramos TM, Novais SMA, Grinfeld S, Fortes TMV, Pereira MAS. Condições bucais de higiene oral de gestantes de baixo nível-socioeconômico no município de Aracaju/SE. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2006; 6(3):229-35.
- Nejar FF, Segall-Corrêa AM, Ferreira M, Vianna RPT, Panigassi G. Padrões de aleitamento materno e adequação energética. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(1):64-71.
- Charchut SW, Alfred EN, Needleman HL. The effects of infant feeding on the occlusion of the primary dentition. *J Dent Child* 2003; 3(7):197-203.

Recebido/Received: 02/04/09
 Revisado/Reviewed: 08/09/09
 Aprovado/Approved: 21/09/09

Correspondência:

Andreza Cristina de Lima Targino Massoni
 Rua Arruda Câmara, 705 - Santo Antônio
 Campina Grande/PB CEP: 58103-273
 Telefones: (83) 8815-2439
 E-mail: andrezatargino@gmail.com