



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Eduarda Gimenes Corrêa

**Saúde bucal de crianças na Estratégia Saúde da Família:
o conhecimento das mães**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Stella Spagnuolo

**Botucatu
2017**

EDUARDA GIMENES CORRÊA

**SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
O CONHECIMENTO DAS MÃES**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Stella Spagnuolo

**BOTUCATU
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Corrêa, Eduarda Gimenes.

Saúde bucal de crianças na estratégia saúde da família
: o conhecimento das mães / Eduarda Gimenes Corrêa. -
Botucatu, 2017

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Regina Stella Spagnuolo
Capes: 40600009

1. Saúde bucal. 2. Criança. 3. Crianças - Tratamento
dentário. 4. Saúde pública. 5. Mães. 6. Odontopediatria.

Palavras-chave: Criança; Mães; Saúde bucal; Saúde pública.

Eduarda Gimenes Corrêa

**SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O
CONHECIMENTO DAS MÃES**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Comissão examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Regina Stella Spagnuolo
Departamento de Enfermagem
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Profa. Dra. Carmem Maria Casquel Monti Juliani
Departamento de Enfermagem
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Prof. Dr. Vinicius Humberto Nunes
Departamento de Odontologia
Faculdade Sudoeste Paulista – FSP/Avaré

Profa. Dra. Luciene Patrici Papa
Departamento de Odontologia
Faculdade Sudoeste Paulista – FSP/Avaré

Prof. Dr. Carlos Luiz Fernandes de Salles
Departamento Odontologia/Odontopediatria e Clínica
Integrada Infantil
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Botucatu, 30 de novembro de 2017



DEDICATÓRIA

DEDICATÓRIA

Aos meus pais...

Minha mãe... mulher forte...linda...incrível...parceira...que me ensina todos os dias...a não julgar...a olhar pra frente...por acreditar em mim...sem me dar chances de duvidar que tudo é possível...

Meu pai... meu melhor amigo...alicerce emocional de quem me tornei...obrigada por ser recomeço...por ser sonho...por me ensinar que amar sempre vale a pena...mesmo que algumas vezes doa...

Ao meu filho...

Meu maior incentivo... força que me impulsiona a tentar ser alguém melhor... obrigada pela oportunidade diária de vivenciar o amor incondicional...**é tudo por você**...sempre !!!



AGRADECIMENTO ESPECIAL

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora Profa. Dra. Regina Stella Spagnuolo pelo constante envolvimento, pelas palavras, pela motivação e orientação sempre tão pontual... especialmente nos momentos mais difíceis...quando foi necessário me dar a mão...para continuar...

Levarei comigo a lembrança da profissional competente, da professora impecável, dos ensinamentos sobre a vida, sobre a alimentação, sobre o futuro, e claro, sobre o café...

Obrigada por acreditar, por guiar, por ser exemplo!!!



AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Aos tios Celso e Romilda... torcida fiel, incentivadores da vida...grandes docentes... obrigada... por sempre estarem perto...pelo suporte...pela retaguarda... pelo português irretocável... minha vida é melhor desde que vocês chegaram...

Ao Barral e a Giovanna... tão amados...

Aos Cincis... amigos de todas as horas...boas... nem tão boas...sempre donos dos melhores conselhos...e garantia das melhores risadas...

Ao David... amigo, psicólogo...que me apresentou a análise do comportamento... tão essencial neste trabalho...tão essencial na minha vida...

A Nathalia... sempre pronta nas horas mais inusitadas... autora dos slides mais bonitos e das aulas mais criativas...estou aprendendo...

A Lu... amiga...irmã...confidente... asa... tão necessária para o voo... tão importante pra mim! Sou eternamente grata a Deus por este nosso encontro!

Ao Vi... tão igual... obrigada... pelo abraço que protege... por sempre estar perto... por ser música, amor e cor... em meio ao caos...

Ao Eduardo...amigo de todas as horas...irmão...cúmplice...

A Patrícia, pelo trabalho em conjunto... por ser muito mais que uma auxiliar...por ser amiga...mão...ouvido...muitas vezes meus braços e pernas...sem você...este estudo jamais teria acontecido...

A todas as mães e crianças que participaram deste estudo.

Aos Professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, pelo conhecimento transmitido e oportunidades.

Aos componentes da banca de qualificação: Profa. Dra. Carmem Maria Casquel Monti e Prof. Dr. Vinícius Humberto Nunes, pelas considerações e conselhos, todos de suma importância para a finalização deste estudo... obrigada...

Aos componentes da banca de defesa: Profa. Dra. Carmem Maria Casquel Monti, Prof. Dr. Vinícius Humberto Nunes, Profa. Dra. Luciene Patrici Papa e Prof. Dr. Carlos Luiz Fernandes de Salles, pelos assertivos apontamentos, pelas palavras tão doces e incentivadoras...por todo amor envolvido...obrigada...

E todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que este trabalho fosse realizado.



ΕΠΙΓΡΑΦΕ

"Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada, apenas dê o primeiro passo"...

Martin Luther King



RESUMO

RESUMO

CORRÊA, E.G. **Saúde bucal de crianças na estratégia saúde da família: o conhecimento das mães.** 2017. 85p. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2017.

Introdução: A Odontologia vem desenvolvendo novos conceitos de atenção precoce e manutenção da saúde, fundamentados no princípio da integralidade, capaz de transformar o cotidiano dessas práticas e o cuidado em saúde. Vislumbra-se que as práticas de promoção à saúde, quando iniciadas precocemente, capacita mães para a responsabilidade de cuidar, não só de sua saúde bucal, como também da criança, são um caminho para a melhoria da saúde. **Objetivos:** Levantar as condições de saúde bucal de crianças de zero a trinta e seis meses na visão da mãe; Avaliar a saúde bucal de crianças de zero a trinta e seis meses e de suas mães; Verificar a existência de associação entre índice de cárie de crianças e de suas mães; Identificar práticas de cuidados e hábitos de mães em relação à saúde bucal; Verificar se há concordância de mãe e pesquisadora acerca da saúde bucal da criança; e Conhecer o significado atribuído pela mãe ao cuidado à saúde bucal. **Método:** Estudo quali-quantitativo, transversal, cujos dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado. Foi utilizado principalmente o índice Kappa para análise estatística e análise temática para os discursos qualitativos. Os dados foram coletados no primeiro semestre do ano de 2016, em uma Unidade de Saúde da Família de um município do interior paulista com amostra de 186 pessoas, sendo 93 mães e 93 crianças de ambos os sexos. **Resultados:** Na dimensão quantitativa verificou-se nas mães instalação de lesões de cárie moderada (43,01%) e alta (22,58%), valorização estética, preocupação em não perder elementos dentários, não pela função que exercem, mas pela dor no processo de instalação da cárie e principalmente pela alteração da estética e opinião pública. Na dimensão qualitativa revelaram-se quatro categorias: 1) Conhecendo a cárie; 2) Entendendo Saúde bucal como cuidado corporal, ausência de cárie e dor; 3) Dentes decíduos em relação aos permanentes: importância revelada pelas mães; e 4) Valorizando a estética bucal. **Conclusões:** Há concordância justa entre a resposta da mãe e a avaliação da pesquisadora no que concerne às condições de saúde bucal das crianças. Depreende-se que as mães, em sua maioria, conhecem o estado de saúde bucal da

criança. Na avaliação de saúde bucal das crianças, a instalação de lesões de cárie ocorreu em prevalências entre moderada e alta, apresentando relação significativa com a saúde bucal das mães. Por fim, no significado atribuído pelas mães ao cuidado à saúde bucal, conclui-se que estas valorizam a estética dental, muitas vezes, em detrimento da saúde oral propriamente dita, apontando para uma significação social da saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde bucal. Criança. Saúde pública. Mães



ABSTRACT

ABSTRACT

CORRÊA, E.G. **Oral health of children in family health strategy: knowledge os mothers.** 2017. 85p. Doctoral Thesis – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2017

Introduction: Dentistry is developing new concepts of early care and health maintenance, based on integrality principle to transform daily life and health practices. Health promotion practices empower mothers to a responsibility to care child's health including oral health. **Objectives:** describe the oral health conditions of children from zero to three years from mother's view; in order to evaluate the oral health of children from 0 to 36 months and of their mothers; To verify the relation between children and their mothers carie index; identify mothers' oral health care and the meaning of child oral health care. **Method:** we used a Qualitative, cross-sectional study to collect data with a semi-structured questionnaire. We use mainly Kappa index in the study for statistical analysis and categorical analysis for qualitative discourses. The research performed at a Family Health Unit in a city from São Paulo countryside with a sample of 93 mothers and 93 children. **Results:** Quantitatively, we observed the presence of moderate (43.01%) and high (22.58%) carie lesions, aesthetic valorization, the tooth maintenance, because of the pain in the process Carie installation, and mainly the aesthetics and public opinion. Qualitatively, we found four categories: 1) Knowing carie, 2) Understanding oral health as body care, absence of carie and pain, 3) Deciduous teeth in relation to permanent teeth: importance revealed by mothers, 4) Valuing oral aesthetics. **Conclusions:** There is a fair agreement between the mother's response and the researcher's evaluation regarding the oral health conditions of the children. It is understood that mothers, for the most part, know the state of oral health of the child. In the assessment of oral health of children, caries lesions were found in moderate to high prevalence, presenting a significant relationship with the oral health of mothers. Finally, in the meaning attributed by mothers to care for oral health, it is concluded that they value dental aesthetics, often to the detriment of oral health itself, pointing to a social significance of oral health.

Key words: Oral health. Children. Public health. Mothers.



LISTAS DE ILUSTRAÇÕES
E TABELAS

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1 –	Macromodelo para orientação de higiene oral.	52
Quadro 1 –	Seleção de artigos componentes da Revisão Integrativa da Literatura.	36
Quadro 2 –	Síntese dos artigos segundo título e ano de publicação, autores e resultados/conclusões.	40
Tabela 1 –	Distribuição dos artigos segundo ano de publicação e abordagem metodológica (2015).	40
Tabela 2 –	Distribuição das características sócio demográficas das mães, São Manuel, 2016.	58
Tabela 3 –	Distribuição das características relacionadas à amamentação, São Manuel, 2016.	60
Tabela 4 –	Características maternas relacionadas aos hábitos de higiene oral, São Manuel, 2016.	62
Tabela 5 –	Saúde bucal materna, São Manuel, 2016.	63
Tabela 6 –	Informações referidas sobre o recebimento de informações acerca de saúde bucal, São Manuel, 2016.	65
Tabela 7 –	Conhecimento materno relacionado à saúde bucal infantil, São Manuel, 2016.	67
Tabela 8 –	Hábitos de higiene oral praticados com as crianças, São Manuel, 2016.	69
Tabela 9 –	Hábitos deletérios e práticas relacionadas à saúde bucal infantil, São Manuel, 2016.	71
Tabela 10 –	Índice ceo-d (Cariados, extraídos e obturados – Dentes), São Manuel, 2016.	72
Tabela 11 –	Índice CPO-D (Cariados, perdidos e obturados – Dentes), São Manuel, 2016.	73

TODAS AS IMAGENS ENTRE AS SESSÕES SÃO DE DOMÍNIO PÚBLICO E APRESENTAM-SE EM SITES DE BUSCA DA INTERNET



SUMÁRIO

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	25
1 INTRODUÇÃO.....	28
2 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	33
2.1 Estabelecimento do problema da revisão	34
2.2 Seleção da amostra.....	34
2.2.1 Bases de dados utilizadas	34
2.2.2 Período de tempo e coleta de dados	34
2.2.3 Critérios de inclusão e de exclusão.....	35
2.3 Categorização dos estudos	36
2.4 Sobre o processo de análise dos resultados.....	36
2.5 Referencial de análise	38
2.6 Resultados	39
2.7 Análise Qualitativa.....	43
2.8 Discussão.....	43
2.8.1 O conhecimento das mães sobre saúde bucal	43
2.8.2 Ações de promoção de saúde na saúde bucal.....	44
2.9 Considerações Finais.....	45
3 OBJETIVOS.....	47
3.1 Objetivo Geral	47
3.2 Objetivos Específicos	47
4 MÉTODO	49
4.1 Tipo de Estudo.....	49
4.2 Cenário do estudo	49
4.3 Amostra	50
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	50
4.3.2 Critérios de Exclusão	50
4.4 Coleta de dados	51
4.5 Procedimentos éticos	52
4.6 Análise estatística e análise qualitativa.....	52
4.7 Referencial teórico	
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
5.1 Dimensão quantitativa	57
5.2 Dimensão qualitativa.....	74
5.2.1 Conhecendo a cárie	74
5.2.2 Entendendo Saúde bucal como ausência de cárie e dor	77

5.2.3 Dentes decíduos em relação aos permanentes: importância revelada pelas mães	80
5.2.4 Valorizando a estética bucal	82
6 CONCLUSÃO	86
REFERÊNCIAS.....	89
APÊNDICES	97
Apêndice 1 – Instrumento para coleta de dados.....	97
Apêndice 2 – Formulário de dados para Avaliação da Saúde Bucal.....	98
Apêndice 3 – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105



APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Ao iniciar este caminho como aluna de Pós-Graduação *stritu senso*, doutorado, já trabalhava como cirurgiã-dentista da rede pública de saúde, o que faz com que a história da escolha do tema deste trabalho se confunda e se entrelace com a minha história na Odontologia em São Manuel.

No cenário da rede pública de saúde, em início de carreira, sempre considerei desafiadoras algumas práticas, principalmente aquelas relacionadas ao tratamento de crianças, as relações envolvidas no processo deste tratamento e a dificuldade de trabalhar com promoção de saúde e prevenção de doenças de maneira interdependente, considerando nesta interdependência o trinômio criança, cirurgião-dentista/pais e mães.

Ainda hoje, quase vinte anos depois, indago-me sobre essas relações e dificuldades, sobre as práticas envolvidas neste processo de trabalho e as inquietações do início da profissão se acentuam...

Sob este prisma, evidenciava-se a necessidade iminente de entender o quanto o resultado de minhas práticas profissionais fazia-se influenciado pelo comportamento das mães com relação a saúde bucal de crianças e o reflexo de suas condutas com estas.

Desta maneira se cruzaram, a efetividade do tratamento e a importância do comportamento das mães neste, o que me conduziu à escolha do objeto desse estudo, uma parte importante da tarefa no cuidar integral da saúde bucal das crianças e uma inquietação...

Hoje, ao descrever o percurso dessa jornada, o caminho se apresenta como suave e linear, porém, é fato que a realidade não se apresentou desta maneira. Houve dissabores, momentos de dúvidas, incertezas, dias difíceis...que, não foram suficientes para me fazer desistir e acabaram por impulsionar-me a buscar aporte teórico para tentar entender a realidade que me cercava e, neste entendimento, traçar o caminho que deveria percorrer para chegar ao objetivo desejado.

O caminho, enfim escolhido para resolver minhas inquietações, foi o doutorado, embora, em momento algum tenha sido fácil admitir que este seria um bom caminho, conhecendo todos os aspectos que estariam envolvidos nesta

escolha...Sim, eu sempre soube que existiriam noites mal dormidas, finais de semana sem descanso, olheiras e muito café...

Todavia, mesmo com todos estes percalços, o caminho foi percorrido, os objetivos foram alcançados e as expectativas atendidas. Os sentimentos misturam-se agora. Encerra-se um ciclo, trabalho concluído e delineado em seis capítulos. No primeiro, apresento alguns dados epidemiológicos acerca da prevalência de cárie em crianças, o cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da família e a relação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) com este estudo. Ainda, a justificativa do mesmo com as questões norteadoras.

No capítulo dois apresento a revisão integrativa da literatura, alicerce importante para a análise teórica deste estudo e que trouxe visibilidade à produção científica acerca da participação da mãe na saúde bucal da criança. No terceiro apresento os objetivos desse estudo. Sequencialmente, o método, com a descrição do cenário e atores participantes. Posteriormente, resultados e discussão que descortinam os principais achados neste estudo, levando às considerações finais.

Por fim, após encerrado este estudo, após realizada a descrição do processo de construção deste, posso afirmar que neste percurso a única coisa com a qual eu não contava...era com a bondade das pessoas que foram aparecendo neste caminho...um capítulo à parte nesta história tão bonita, que guardarei para sempre comigo...Assim, cheguei aqui...e...nas próximas páginas...um pedacinho de mim se apresenta...



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As Políticas Públicas de Saúde objetivam, com bastante ênfase, a promoção de saúde e a prevenção de doenças, incluindo-se, nesse foco, a saúde bucal, que visa não só o tratamento de doenças bucais, mas a orientação e a educação dos pacientes quanto à importância da prevenção de doenças (SILVA, MARTELLI; 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

O cirurgião-dentista, na ESF, é o profissional de saúde capacitado na área de odontologia, que deve desenvolver com os demais membros da equipe, atividades referentes à saúde bucal, integrando ações de saúde de forma multidisciplinar. A ele cabe, em ação conjunta com o técnico em saúde bucal (TSB), definir o perfil epidemiológico da população para o planejamento e a programação em saúde bucal, a fim de oferecer atenção individual e atenção coletiva voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, de forma integral e resolutiva. Sempre que necessário, deve realizar os procedimentos clínicos, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, além de realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e ao controle de insumos (BRASIL, 2011).

Dados epidemiológicos de diversos países apontam para a imensa variedade de prevalência de cárie e doenças bucais desde a primeira infância, sendo utilizados como moduladores os fatores socioeconômicos e culturais, em que se enquadra a participação efetiva da mãe e/ou do responsável pela criança. Entretanto, torna-se fato comum o aumento da prevalência (de cárie) com o decorrer da idade (FERNANDES, 2010; REGIS-ARANHA, 2014).

Estudos realizados no continente Asiático evidenciaram que a prevalência de cárie na primeira infância, foi de 20% na China, porém, em Bulang, essa prevalência foi mais alta (85%), sendo que, dentre estes, 38% eram cárie pulpar (ZHANG et al., 2014).

A África apresenta prevalência de cárie dentária na dentição decídua de 58,9% e quase todos os dentes (99%) cariados encontravam-se não tratados na época do estudo de Coimbra et al. (2013). O restante dos dentes, de acordo com o mesmo estudo, já havia sido perdido devido à cárie.

Na América do Norte, nos Estados Unidos, mais de 50% das crianças de 5 a 9 anos de idade têm, pelo menos, uma cavidade de cárie ou restauração, e essa proporção aumenta para 78% entre os 17 anos de idade (BRAGAMIAN, 2009).

Já na Europa, em Portugal, assim como nos demais países desenvolvidos, verifica-se diminuição da prevalência de cárie dentária. Apesar dessa diminuição, o último estudo da Diretoria Geral de Saúde daquele país, realizado no ano de 2005, verificou que aos seis anos de idade já existem cerca de 50% das crianças com, pelo menos, um dente afetado por cárie (MENDES, 2008).

Na América do Sul, especificamente no Brasil, foram realizados pelo Ministério da Saúde (MS) três grandes levantamentos nacionais (nos anos de 1986, 1996 e 2003) para avaliação de saúde bucal. Tais levantamentos são considerados de grande relevância para a construção de uma base consistente de dados relativa ao perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira, utilizando a divisão regional como primeira estratificação (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) (BRASIL, 1986; 1996; 2004; 2011).

Nesses estudos, foram avaliados, por meio de exames bucais e aplicação de questionários, indivíduos residentes em 177 municípios, para verificar prevalência e gravidade das doenças bucais, além de coleta de dados sobre condição socioeconômica, utilização de serviços odontológicos e percepção de saúde. O mesmo aponta que, até cinco anos de idade, a criança brasileira possui, em média 2,43 dentes cariados, sendo as médias mais elevadas as das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste em comparação com as regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2011).

Quando comparados os resultados entre capitais e municípios do interior, independente da região, verifica-se que o índice é mais elevado no interior, excetuando-se na região Sudeste e na cidade de Belo Horizonte, onde o índice de

prevalência de cárie em crianças de até 5 anos é maior do que nas cidades do interior (BRASIL, 2011).

No Estado de São Paulo, essa doença apresenta padrão heterogêneo de distribuição nas diferentes regiões assim como em diferentes faixas etárias e estratos sociais (FARIS JUNIOR, 2009; ARDENGHI, PIOVESAN, ANTUNES, 2013; KOBAYASHI et al., 2013; BATISTA, RANDO-MEIRELLES, SOUSA, 2014). No que concerne às zonas rural e urbana do mesmo Estado, o estudo de Mello et al. (2008) aponta para uma maior prevalência de cárie não tratada na dentição decídua na zona rural.

Em Bauru, no estudo epidemiológico realizado por Bastos et al. (2002), referente à evolução da cárie dentária em crianças nos anos de 1976, 1984, 1990 e 1995, observa-se que o índice de cárie dentária declinou entre 1976 e 1995 (9,89 para 4,13) e que houve diminuição do percentual de crianças de 86,99% para 29,82%, que apresentavam pelo menos 6 dentes acometidos por cárie.

Diante dos dados apresentados, observa-se que está aumentando o número de população livre de cárie nos países desenvolvidos. Entretanto, o declínio em países subdesenvolvidos e emergentes apesar de existir, ainda é lento. Esse fato deve nortear a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, em que haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação (BRASIL, 2004).

Nesse direcionamento, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) enfatiza que, para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidos prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições socioeconômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida, e suas necessidades de saúde (BRASIL, 2004).

Este estudo se justifica para verificar em que medida os conhecimentos e os hábitos das mães podem influenciar na prevenção de problemas bucais na dentição decídua das crianças, objetivando apresentar uma população adulta com índice de doenças bucais reduzido. O resultado deste estudo poderá subsidiar a implantação de políticas públicas na área da saúde bucal na ESF do município

estudado, podendo ser replicado para outros municípios com as mesmas características.

Justifica-se, ainda, porque a grande maioria dos estudos voltados para essa temática, incluindo-se a pesquisa nacional mais recente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), apresenta dados com crianças acima de cinco anos, o que deixa uma lacuna a ser coberta nos primeiros anos de vida, uma vez que até três anos de idade a criança já tem todos os dentes decíduos irrompidos.

Diante desse cenário, este estudo se propõe a responder as seguintes questões: **Existe associação entre conhecimento, hábitos e saúde bucal da mãe com a saúde bucal da criança? O conhecimento da mãe acerca da saúde bucal afeta a saúde bucal da criança?**



REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA

2 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Em virtude da complexidade e da quantidade crescente de informações e de publicações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar, aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos.

Sob esse prisma, a revisão integrativa é descrita como metodologia que pode proporcionar a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, apresentando reconhecimento internacional na pesquisa como um todo e na prática baseada em evidências (SOARES et al., 2014).

Tal método tem o propósito de sintetizar um assunto ou referencial teórico para promover compreensão, entendimento de uma questão e incorporação das evidências na prática clínica. As fases para sua elaboração são a identificação do tema, seleção da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos, definição das informações a serem extraídas das pesquisas selecionadas, avaliação dos estudos, incluídos na revisão, interpretação dos resultados e apresentação da revisão (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Esse método de revisão difere de outros uma vez que objetiva suplantar possíveis vieses em cada uma das etapas, seguindo rigoroso método de busca e de seleção de pesquisas; validade dos estudos encontrados; coleta, síntese e interpretação dos dados oriundos de pesquisa (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa, escolha deste estudo, é uma ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para a compreensão completa do fenômeno analisado. Combina, também, dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (SOARES et al., 2014).

Assim sendo, este trabalho é alicerçado metodologicamente, conforme os pressupostos de Ganong (1987), baseado nas proposições de Jackson (1980), que descrevem o método de “revisões integrativas da literatura” envolvendo seis passos: 1) estabelecimento do problema da revisão, 2) seleção da amostra, 3) categorização

dos estudos, 4) análise, 5) apresentação e discussão dos resultados, e 6) apresentação da revisão.

2.1 Estabelecimento do problema da revisão

Nesta etapa, são formuladas as hipóteses ou questões para a revisão. Segundo Ganong (1987), o problema é estabelecido com a mesma clareza e especificidade que a hipótese de uma pesquisa primária. A construção da questão da pesquisa deve estar relacionada a um raciocínio teórico e deve basear-se em definições já apreendidas pelo pesquisador. A presente revisão pretendeu responder à seguinte questão: – O que há na literatura nacional e internacional acerca do conhecimento e hábitos da mãe que influenciam na saúde bucal da criança?

2.2 Seleção da amostra

2.2.1 Bases de dados utilizadas

Uma vez definido claramente o problema, fez-se a escolha dos bancos de dados: PubMed (US National Library of Medicine National Institutes of Health) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), e foram utilizados como descritores, de acordo com o DECS (Descritores em Ciências da Saúde), em idioma português: Saúde Bucal, Saúde Pública, crianças e mães, e suas correspondentes em inglês: Oral Health, Public Health, Child and Mothers. Optou-se pela busca com os descritores em inglês pois os bancos de dados supracitados apresentam obrigatoriamente os resumos dos artigos nesta língua.

2.2.2 Período de tempo e coleta de dados

As bases de dados foram acessadas durante os meses de abril a julho de 2015 e foram considerados trabalhos publicados na íntegra em periódicos nacionais e internacionais de 2010 a 2015.

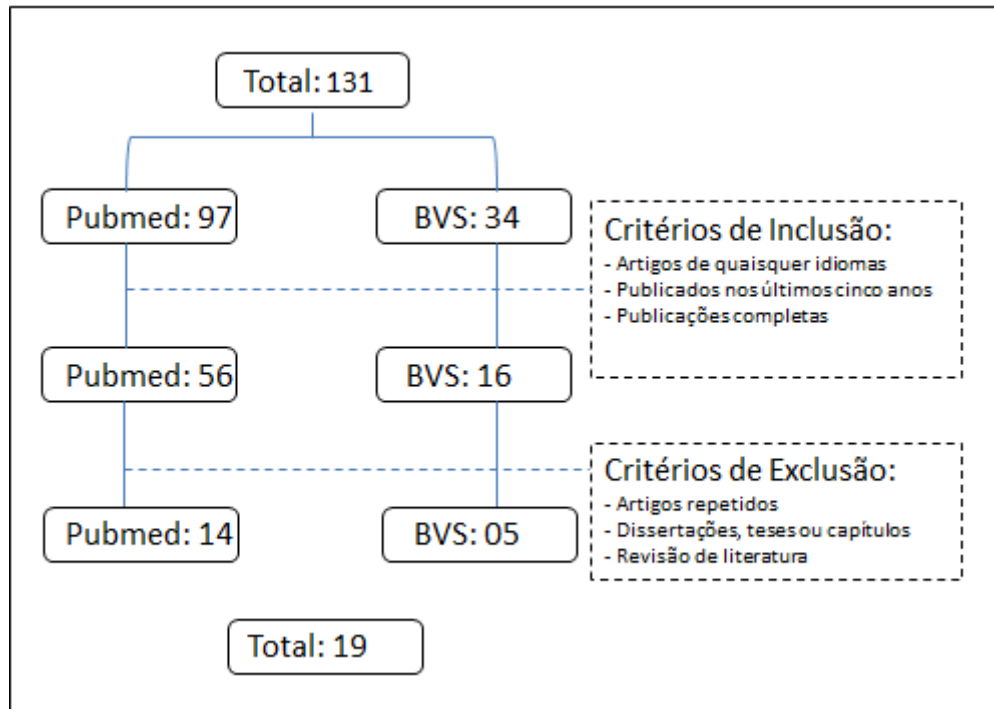
2.2.3 Critérios de inclusão e de exclusão

Os critérios de inclusão e de exclusão para a seleção de artigos foram pré-estabelecidos, e compuseram um teste de relevância inicial, composto por perguntas claras que geraram respostas afirmativas ou negativas, possibilitando a inclusão ou não dos artigos, sendo estas questões: - O objetivo do estudo tem relação com a questão estudada no momento? A metodologia empregada está adequadamente descrita? O método relaciona-se com o alcance dos objetivos e apresenta justificativa para o “n” escolhido? (PEREIRA, BACHION, 2006).

Como critérios de inclusão, optou-se por incluir artigos de quaisquer idiomas, publicados nos últimos cinco anos (2010 a 2015) e, como critérios de exclusão, não foram considerados artigos que se repetiram nas bases de dados, dissertações, teses ou capítulos de livro e, ainda, aqueles que tratassem exclusivamente de revisão de literatura.

Foi obtida amostra inicial composta por 131 artigos científicos. Desses, 97 foram obtidos na Pubmed e 34 na BVS. Após a utilização dos critérios de inclusão, houve a redução dos textos a 72 artigos, distribuídos em 56 textos da PubMed e 16 da BVS. Posteriormente, após a utilização dos critérios de exclusão, houve nova redução do total de artigos, somando 19 artigos, sendo 14 da PubMed e 5 do BVS, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Seleção de artigos componentes da Revisão Integrativa da Literatura.



Fonte: material elaborado pela autora.

2.3 Categorização dos estudos

A essência da revisão integrativa é a categorização dos estudos. O revisor teve como propósito, nesta etapa, estruturar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manipulação. Geralmente, as informações devem abranger a amostra do estudo (sujeitos), os objetivos, o método empregado, resultados e as principais conclusões de cada estudo (GANONG, 1987; BROOME, 2000).

O fichamento dos artigos selecionados permite avaliá-los separadamente, possibilitando extrair os dados e sua síntese. Esse fichamento foi norteado por um instrumento elaborado pela pesquisadora (Apêndice 1).

2.4 Sobre o processo de análise dos resultados

Análoga à análise dos dados das pesquisas convencionais, esta fase demanda abordagem estruturada para ponderar o rigor e as características de cada estudo. A experiência clínica do pesquisador contribui para a apuração da validade

dos métodos e dos resultados, além de auxiliar na determinação de sua aplicação na prática (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

Qualquer que seja a abordagem escolhida, a critério do pesquisador, esta deve assegurar que a análise sistemática dos artigos ocorra, investigando elucidações para as variáveis ou características apresentadas pelos artigos incluídos na revisão (GANONG, 1987).

Ganong (1987) salienta que o critério para a revisão integrativa deve seguir padrões rigorosos de análise, que incluem: utilizar métodos para assegurar a conquista dos objetivos; executar análises minuciosas; averiguar a teoria adotada; indicar relações com os resultados, métodos, sujeitos e variáveis do estudo, a fim de proporcionar ao leitor informações sobre os estudos revisados, sem evidenciar apenas os resultados, apresentando o máximo de informações possíveis.

A representação das características da pesquisa pode ser feita por meio de construção de tabelas, que permitem apresentar uma quantidade expressiva de dados, favorecendo a avaliação sistemática, a discussão de achados importantes e as conclusões (GANONG, 1987).

Dessa forma, o processo de análise dos estudos se deu nas dimensões quantitativa e qualitativa. A vertente quantitativa foi apresentada em tabelas, extraídas do instrumento de fichamento elaborado pela autora, seguindo a sugestão de Ganong (1987) que explicitam as principais características e delineamento dos artigos.

Na vertente qualitativa, os dados foram analisados segundo Análise de Conteúdo na vertente representacional do tipo temática, conforme proposto por Bardin (2011), para instrumentalizar e operacionalizar a análise do conteúdo dos artigos, que compõem a amostra deste trabalho.

Buscando atingir os significados explícitos e potenciais no material qualitativo, têm sido implementadas como técnicas de análise de conteúdo a análise de expressão, a análise de relações, a análise temática e a análise da enunciação. No entanto, não existe algo concluído para aqueles que pretendem utilizar a análise de conteúdo como método em suas pesquisas (BARDIN, 2011).

O que existe são regras básicas que permitem ao investigador adequá-las ao domínio e aos objetivos propostos, reinventando a cada momento um meio de análise (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo desdobra-se em três fases. A pré-análise é uma fase de organização, com o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais elaborando um plano de análise, e inclui (a) leitura flutuante, (b) escolha dos documentos, (c) formulação de hipóteses e objetivos, (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, (e) preparação do material. A leitura flutuante deve obedecer a regras, como: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Na segunda fase, são feitas operações de codificação e de enumeração. Na terceira fase, são feitas operações estatísticas simples ou complexas que permitem estabelecer um quadro de resultados com as informações organizadas pela análise anterior (BARDIN, 2011).

Posteriormente, foi possível a realização de inferências e interpretação dos dados, obtendo-se categorias temáticas para cada tópico investigado na entrevista (BARDIN, 2011).

2.5 Referencial de análise

Os dados obtidos são interpretados e discutidos estabelecendo relações com outras teorias, fornecendo propostas para pesquisas futuras. Os resultados dos artigos são discutidos e sintetizados de forma explícita. Para tópicos amplamente estudados, é possível aprofundar a discussão ou, ao levantar as lacunas de conhecimentos existentes, sugerir caminhos para futuros estudos (GANONG, 1987).

A discussão está alicerçada nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004), sendo um de seus componentes a Ampliação e Qualificação da Atenção Básica, recomendando como ações a ampliação do acesso com o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças.

Tal ampliação propõe duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: por linhas de cuidado e por condição de vida. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. A proposta de atenção por condição de vida, por sua vez, compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, destacam-se as diretrizes voltadas às crianças de zero a cinco anos, devendo-se organizar o ingresso de crianças desse grupo etário no

sistema (no máximo, a partir de seis meses), e potencializar atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual, com ampliação de procedimentos (BRASIL, 2004).

A revisão constituiu-se da confecção de documento que contemple a descrição das etapas trilhadas pelo revisor e os resultados mais expressivos evidenciados da análise dos artigos. Trata-se de trabalho de suma importância uma vez que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática em questão.

A importância da divulgação dos resultados da investigação é, incondicionalmente, reconhecida, mas as formas de os disseminarem ainda são restritas, devido às exigências dos periódicos científicos, à inevitabilidade de outro idioma e dos recursos financeiros dispensados, apesar dos desmedidos avanços na tecnologia da comunicação.

2.6 Resultados

O *corpus* de análise resultou em 19 artigos obtidos durante os meses de abril a julho de 2015, sendo 14 indexadas na PubMed e cinco na BVS.

No que concerne ao ano de publicação, maior concentração de artigos se deu nos anos de 2012 e 2013 e o método qualitativo foi predominante (53%) sobre o método quantitativo (47%). Não houve estudos com metodologia quali-quantitativa (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos artigos segundo ano de publicação e abordagem metodológica (2015).

Variáveis	n	%
Ano de publicação		
2010	3	16%
2011	2	11%
2012	5	26%
2013	5	26%
2014	3	16%
2015	1	5%
Abordagem		
Qualitativa	10	53%
Quantitativa	9	47%
Quali-Quanti	0	0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/2016.

O quadro abaixo apresenta uma síntese aleatória dos 19 artigos que compuseram a amostra desta revisão.

Quadro 2 – Síntese dos artigos segundo título e ano de publicação, autores e resultados/conclusões.

Nº	Ano	Título	Autores	Conclusões
1	2012	Family context and incidence of dental caries in preschool children living in areas covered by the Family Health Strategy in Salvador, Bahia State, Brazil	Almeida TF, Vianna MIP, Cabral MBBS, Cangussu MCT, Floriano FR	Foram examinadas 472 crianças e mães, de 2007 a 2008. Incidência: pelo menos 1 dente cariado (21,19%), alto risco de cárie: 7,84%. Transtornos mentais comuns maternos associaram-se ao alto risco de cárie em dentes decíduos e com o desenvolvimento da cárie em pré-escolares.
2	2011	Does maternal oral health predict child oral health-related quality of life in adulthood?	Dara M Shearer, W Murray Thomson, Jonathan M Broadbent, Richie Poulton	A autoavaliação da saúde bucal materna influencia a dentição da criança quase três décadas depois. A prole adulta de mães com má saúde bucal teve fracos resultados, particularmente na sub-escala de desconforto psicológico.
3	2011	Validade do padrão de higiene bucal de crianças aos cinco anos de idade relatado pelas mães	Cascaes AM, Peres KG, Peres MA, Demarco FF, Santos I, Matijasevich A, Barros AJD	A validade do padrão de higiene bucal variou conforme renda familiar e escolaridade da mãe. Perguntas sobre higiene bucal não são boas substitutas do padrão real de higiene bucal medido por meio do exame clínico bucal de placa dental.
4	2010	Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina	Robles ACC, Grosseman S, Bosco VL	Experiências odontológicas negativas, dificuldades financeiras e gravidez influenciam na busca a tratamentos. A procura ocorre para procedimentos curativos. As mães cuidam dos dentes dos filhos: por considerarem tais cuidados sua responsabilidade; prevenir cárie e evitar gastos.

Nº	Ano	Título	Autores	Conclusões
5	2014	Preventing caries in young children of immigrant Bangladeshi families in New York: perspectives os mothers and paediatricians	Karasz A, Patel V, Ranasinghe S, Chaudhuri K, McKee D	Ambas as mães e seus pediatras descrevem práticas alimentares de risco e problemas de comunicação. A saúde bucal para crianças pequenas era uma prioridade baixa para algumas mães. A maioria estava preocupada com cárie na infância.
6	2014	Mother's behaviours and knowledge related to caries experience of their children	Begzati A, Bytyci A, Meqa K, Latifi-Xhemajli B, Berisha M	O índice CPOD foi de alta prevalência de cárie precoce da infância. As mães apresentavam conhecimento a respeito da necessidade de visitas ao dentista, alimentação e manutenção da higiene oral. O nível de conhecimento sobre saúde bucal é de muito baixo a inexistente.
7	2013	Mother-perceived social capital and children's oral health and use of dental care in the United States	Hiroko I, Rozier G	Crianças de mães com níveis mais baixos de capital social (SCI) são mais propensas a renunciar consultas odontológicas preventivas. Mães com menor SCI eram mais propensas a relatar necessidades dentais não atendidas de cuidados para seus filhos.
8	2013	Knowledge, attitude and practice of mother's regarding their own and children's dental health a tertiary care hospital based study	Farid H, Khan FR, Aman N	Associação estatisticamente significativa existiu com relação à frequência de escovação entre mães e filhos. As mães carecem de conhecimentos sobre primeira visita odontológica das crianças e a importância de limitar a ingestão de alimentos açucarados.
9	2013	Maternal education, dental visitis and age of pacifier withdrawal: pediatric dentist role in malocclusion prevention	V Pérez-Suárez, M Carrillo-Diaz, A Crego, M Romero	Quanto maior a escolaridade materna, menor a idade de retirada da chupeta. Visitas ao dentista reduziram significativamente o uso de chupeta em crianças com mães de baixo e médio nível escolar.
10	2013	Materna knowledge and awareneses of factors affecting oral health in the paediatric population	Eigbobo JO, Onyeaso CO	Mais de 79% das mães reconhece que dentes decíduos são importantes. Apenas 39,3% sabiam que a amamentação noturna pode ser prejudicial. Mais de 45% concordaram que as mães poderiam transmitir bactérias cariogênicas para seus filhos. As participantes não demonstraram práticas de saúde bucal adequada e suficiente.
11	2013	Avaliação da participação de mães em um programa de prevenção e controle de cáries e doenças periodontais para lactentes	Silva RA, Nóia NB, Gonçalves LM, Pinho JRO, Cruz MCFN	Antes das palestras educativas, 93% das mães executavam a higiene bucal de seus bebês. Após, todas responderam executar a higiene. Não houve diferença quanto ao consumo de alimentos cariogênicos nos questionários inicial e final.
12	2012	Acesso a Serviço Odontológico e Percepção de Mães Sobre Saúde Bucal	Silva BDM, Forte FDS	O objetivo foi analisar o acesso a serviços de saúde bucal e verificar a percepção das mães sobre a saúde bucal de seus filhos de 0 a 36 meses. Enfatiza-se a necessidade de implementação de intervenções no sentido de ofertar serviços odontológicos às crianças e suas mães
13	2012	Relação entre senso de coerência materno, condições socioeconômicas e percepção da saúde bucal	VR Lacerda, E Pontes, CL Queiroz	Houve associação entre menores valores do senso de coerência materno e condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como, em situação de stress, as mães apresentaram uma visão pessimista em

Nº	Ano	Título	Autores	Conclusões
				relação à própria saúde bucal. Portanto, o senso de coerência materno tem fortes características psicológicas e pode ser um determinante de saúde bucal.
14	2010	Mother's knowledge about pre-school child's oral health	BS Suresh, TL Ravishankar, TR Chaitra, AK Mohapatra, V Gupta	73,8% das mães tiveram um bom conhecimento sobre dieta e práticas alimentares, enquanto que apenas 110 (27,1%) e 103 (25,4 %) mães tem um bom conhecimento sobre a importância das práticas de higiene bucal e a importância de dentes decíduos, respectivamente.
15	2014	Percepções de mães de pacientes sobre atendimento odontológico na clínica de odontopediatria da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública	Almeida TF, Azevedo TS, Wanderley FGC, Fonseca EM	Aspectos psicossociais foram valorizados durante o atendimento; problemas no acolhimento foram identificados. O dentista ideal deve reunir diferentes habilidades, além das técnicas. As percepções de atendimento podem contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos, assim como da saúde bucal.
16	2012	Construindo o Significado da Saúde Bucal a Partir de Experiência com Mães	WF Oliveira, FDS Forte	33,9% das mães fazem higiene bucal logo após o nascimento do bebê; 80,4% limpam os dentes do filho e percebem alterações de cor e forma. Associam cárie com falta de higiene, má alimentação e cavidades de coloração escurecida. A motivação da primeira foi a dor e cavidades. Houve ideia do percurso natural das vidas das pessoas com a presença da cárie.
17	2012	Análise de conhecimentos e prática das mães sobre a saúde bucal de seus filhos na faixa etária de 0 a 6 anos do município de Casinhas, Estado de Pernambuco	Farias AQ, Costa CT, Caminha RMC, Macêdo DPC	75,9% das mães receberam orientação de dentista sobre saúde bucal de crianças. A maioria das mães realiza a higiene bucal dos filhos. Um pouco mais da metade das entrevistadas (52,7%) relatou que os dentes dos filhos são higienizados duas vezes ao dia. A maioria das mães (96,4%) avaliou que a dentição de leite é importante.
18	2010	Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC)	Campos L, Bottan ER, Birolo JB, Silveiral EG, Schmitt BHE	A maioria das entrevistadas enquadraram-se na categoria socioeconômica B. Sobre saúde bucal, 83,3% das mães da classe A e 31,8% das da classe D relataram ter recebido informações sobre saúde bucal. As mães que disseram ter obtido orientações citaram o médico e o cirurgião-dentista. O fator socioeconômico interferiu no recebimento de informações sobre saúde bucal.
19	2015	Saúde bucal na educação infantil, responsabilidade de quem?	Leite GR, Bras SM, Faleiros SA, Maia LG, Martins MA, Silva LA	Ações de proteção e promoção à saúde podem ser desenvolvidas pelo sistema de saúde, articulado com outras instituições, visando à redução de fatores de risco, ameaça à saúde. Considerando a saúde bucal como parte integrante e indissociável da saúde geral, a infância é o período considerado como o mais importante para a saúde bucal do indivíduo.

Fonte: Bases de dados PubMed e BVS.

2.7 Análise Qualitativa

O *corpus* de análise na vertente categorial desvelou duas categorias relativas à participação das mães na saúde bucal de crianças.

A categoria 1 “O conhecimento das mães sobre saúde bucal”, discute o fato de já ter recebido ou não informações sobre saúde bucal, nível de escolaridade e socioeconômico das mães. Os artigos que compõem essa categoria são: 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 17 e 18 (Quadro 2).

A categoria 2, “Ações de promoção de saúde” discute as ações voltadas aos cuidados com a saúde bucal, incluindo-se nesta, a visita ao cirurgião-dentista. Os artigos que compreendem essa categoria são: 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19 (Quadro 2).

Abaixo, os dados apresentam-se discutidos utilizando-se os números relacionados a cada artigo.

2.8 Discussão

2.8.1 O conhecimento das mães sobre saúde bucal

Dos 19 artigos, a maioria (11) apontou o conhecimento das mães sobre saúde bucal como fator importante para a prevenção de doenças bucais, discutindo as diferentes maneiras em que esse conhecimento é recebido, o processo participativo em seus diferentes cenários e contextos, como as Unidades Básicas de Saúde, as Estratégias Saúde da Família e as escolas.

As mães que disseram ter obtido orientações fora do ambiente escolar citaram principalmente o médico (artigos 4 e 18) e o cirurgião-dentista (artigos 4, 14, 17 e 18) como as principais fontes de informação. Por outro lado, Eigbobo e Onyeaso (2013) (artigo 10) discutem que o fato de ter recebido orientações ou ter conhecimento dos fatores que afetam a saúde oral pediátrica, nem sempre estão atrelados às práticas de saúde bucal concomitante adequada e suficiente.

Todavia, é importante destacar que os profissionais de saúde, independente do local em que trabalham, e independente de serem médicos, ou cirurgiões-dentistas, são os primeiros a entrar em contato com mães, grávidas e recém-nascidos, e precisam divulgar informações apropriadas e de fácil execução

sobre cuidados de saúde bucal para bebês objetivando a melhora da saúde destes no futuro (SURESH et al., 2010) (artigo 14).

É com a família que a criança passa a maior parte de seus primeiros anos de vida e adquire parte de sua bagagem social, cultural e educacional, e, historicamente, a figura materna representa papel de destaque no cuidado à saúde dos filhos; frequentemente, ela é a responsável pelo estabelecimento de rotinas de higiene, rotina esta, muitas vezes, relacionada ao conhecimento da mãe sobre saúde bucal (CAMPOS et al., 2010) (artigo 18).

Nessa direção, destaca-se que, nos estudos avaliados, a maioria das mães classificou-se como portadora de um nível médio de conhecimento sobre saúde/higiene bucal (artigos 4, 8, 9, 10, 13, 14, 17 e 18). Sendo apontados que problemas mentais maternos relacionam-se com o desenvolvimento da cárie em pré-escolares (artigo 1) e ainda que o nível de renda familiar e a escolaridade da mãe podem ser descritos como fatores diretamente relacionados a presença de cárie e/ou doença periodontal na criança (artigos 1, 3 e 12).

Houve também uma relação significativa de escolaridade materna sobre a idade de retirada de chupeta: quanto maior a escolaridade materna, menor a idade de retirada (artigos 9 e 10).

2.8.2 Ações de promoção de saúde na saúde bucal

Para Leite et al. (2015) (artigo 19), as ações de proteção e promoção à saúde podem ser desenvolvidas pelo sistema de saúde, incluindo-se, neste sistema, a Estratégia Saúde da Família, articulado com outras instituições governamentais, empresas, associações comunitárias, e com a população e seus órgãos de representação visando à redução de fatores de risco.

Todavia, é importante ressaltar que fatores de risco e de proteção podem incidir de modo desigual sobre os estratos sociais, com efeitos deletérios ou salutares que atingem a população de modo heterogêneo e aumentam as desigualdades em saúde. Nesse sentido, é necessário avaliar as políticas de saúde não apenas pelo efeito global que exercem sobre a saúde coletiva, mas também pelo resultado de suas intervenções sobre o quadro pré-existente de desigualdades em saúde (ANTUNES, NARVAI, 2010).

A história familiar de má saúde bucal pode influenciar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adultos, o que evidencia a necessidade de intervenções precoces como limitadores de danos (artigos 2 e 7). Nas medidas aplicadas de promoção de saúde em Odontologia, pode-se afirmar que a escovação dentária é uma das mais conhecidas e praticadas sendo, nestes estudos foi verificado que na maioria das vezes é a própria mãe que realiza a higiene bucal de seus filhos, duas vezes ao dia (artigos 11, 14, 15, 16 e 17). Também foi apontada a importância dos dentes decíduos¹⁷ como preditor de dentes permanentes saudáveis e a alimentação adequada (artigos 5, 6, 8, 9, 10 e 17).

Nos estudos analisados, pode-se observar, de maneira efetiva que, embora em alguns momentos as mães relatem o conhecimento para realizar as ações de promoção de saúde, nem sempre elas têm condições econômicas e sociais favoráveis para colocar os ensinamentos em prática (artigos 4 e 5).

2.9 Considerações Finais

O presente estudo deu visibilidade à produção científica acerca da participação da mãe na saúde bucal da criança, e se propôs a responder se os conhecimentos e hábitos da mãe influenciam na saúde bucal da criança.

Em relação ao conhecimento das mães sobre saúde bucal e às ações de promoção de saúde, observa-se que o recebimento de informações e o domínio teórico de conhecimentos sobre saúde bucal, não necessariamente, garantem indivíduos saudáveis odontologicamente no futuro. Observa-se ainda que a classe socioeconômica foi um fator interveniente nas condições bucais de saúde. O presente estudo revelou diferentes olhares sobre essa prática apontando fatores protetores e também facilitadores do adoecimento bucal.

A intervenção é eficaz quanto mais cedo se inicia, uma vez que, quanto mais tardia, maiores os problemas encontrados e os danos causados, sendo a influência das mães preditores de melhor desenvolvimento para a saúde oral. Todavia, quando as mães apresentam experiências odontológicas negativas, tais experiências devem ser consideradas, uma vez que podem levar à diminuição das visitas ao cirurgião-dentista.



OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Levantar as condições de saúde bucal de crianças de zero a trinta e seis meses na visão da mãe.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a saúde bucal de crianças zero a trinta e seis meses e de suas mães;
- Verificar a associação entre índice de cárie de crianças e de suas mães;
- Identificar práticas de cuidados e hábitos de mães em relação à saúde bucal;
- Conhecer o significado atribuído pela mãe ao cuidado à saúde bucal;
- Verificar se há concordância entre mãe e pesquisadora acerca da saúde bucal da criança.



MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quali-quantitativa. Entende-se por estudo transversal o que descreve uma situação ou fenômeno em um momento não definido, apenas representado pela presença de uma doença ou transtorno. Esse modelo apresenta-se como um corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da casuística ou amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito (ou doença) (SARRAF et al. 2015).

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em um município do interior paulista, localizado na região Centro-Sul do Estado de São Paulo que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pelo Censo Demográfico de 2010, conta com 38.342 habitantes, sendo destes, aproximadamente, 7% crianças com idade entre zero a trinta e seis meses, o que equivale a 2607 crianças.

Possui seis Unidades de Saúde operando no modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF), dentre as quais a USF Família Dr. Raphael, uma das mais antigas da cidade e cenário deste estudo. Essa Unidade se responsabiliza pelo atendimento de famílias de classe média baixa e classe baixa com cerca de 2750 pessoas em sua área adstrita cadastradas no ano de 2016. No local realizam-se atendimentos de média e baixa complexidade, incluindo-se o atendimento da gestante e puérperas. A Clínica Odontológica, inserida no programa de saúde bucal da ESF está alocada nessa unidade.

São atendidos e registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (BRASIL, 2014), diariamente, em média, 14 pacientes odontológicos agendados, adicionando-se a esses a demanda espontânea que procura o atendimento pela presença de dor.

As crianças têm atendimento preferencial, sendo dois dias da semana destacados para essa intervenção, possibilitando a inclusão de procedimentos preventivos na dentição. As gestantes têm um dia da semana agendado para

atendimento preferencial, quando são realizados procedimentos preventivos e curativos.

4.3 Amostra

Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerado o número de crianças com idade entre zero a trinta e seis meses, no município, de acordo com o Censo (2010), o que perfaz um total de 2607 crianças. Foram considerados como parâmetros estatísticos: nível de confiança 90% e erro estatístico máximo 10%.

$$n = \left(\frac{1.96 * \sqrt{p(1-p)}}{\varepsilon} \right)^2 = \left(\frac{1.96 * \sqrt{0.5(1-0.5)}}{0.1} \right)^2 = 96 \text{ indivíduos}$$

Assim, a amostra foi composta inicialmente por um total de 192 pessoas, isto é, 96 mães e/ou responsáveis e 96 crianças de ambos os sexos (zero a trinta e seis meses), a partir do início da pesquisa. Todavia, após o início da pesquisa, três mães desistiram de participar do estudo, o que fez com que a amostra fosse então composta por 93 mães e 93 crianças, totalizando 186 indivíduos.

No caso das mães que apresentavam mais de um filho com idade a ser incluída no estudo, somente foi considerada a criança que a mãe acompanhava no momento da consulta.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Crianças com idade entre zero a trinta e seis meses, que tenham registro no Sistema SUS e que frequentem o atendimento odontológico na unidade.

Mães que tenham registro no Sistema SUS, que tenham capacidade de compreensão e comunicação verbal e que concordem em participar do estudo.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Crianças com dentição mista e/ou que não tenham registro no Sistema SUS.

Mães que não participem das duas fases do estudo e não concordaram em participar do mesmo.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre do ano de 2016, na Clínica Odontológica da USF Dr. Raphael, mediante aplicação de um questionário semiestruturado (Apêndice 2), composto de 40 questões fechadas e quatro questões abertas, e após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme disposto na Plataforma Brasil (BRASIL, 2014).

Após a entrevista, realizou-se avaliação odontológica composta por exames extra e intraorais nas mães e, posteriormente, nas crianças, sob iluminação artificial adequada, com auxílio de espelho clínico, sonda exploradora e odontoscópio.

Os índices utilizados na avaliação foram o CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) para os adultos e o ceo-d (dentes cariados, extraídos e obturados) para as crianças (Apêndice 3). Esse índice foi formulado, originalmente, por Klein, Palmer em 1937 e é mundialmente utilizado até os dias atuais, mantendo-se como ponto importante de referência no diagnóstico das condições dentárias, tanto para a formulação quanto para a avaliação de programas de saúde bucal. A sigla CPO-D inclui dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O), ainda que a denominação para estes hoje seja “restaurados”, a letra D, significa dentes. Para a dentição decídua, o índice é o mesmo, porém, identificado com a utilização de letras minúsculas, denominando-se ceo-d (BRASIL, 1996; MORAES et al., 2002).

Os valores do índice correspondem aos seguintes graus de severidade: prevalência muito baixa (0,1-1,1); prevalência baixa (1,2-2,6); prevalência moderada (2,7-4,4); e prevalência alta (4,5-6,5), de acordo com método recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1991).

A avaliação foi realizada pela pesquisadora e todos os dados coletados foram registrados no prontuário da criança, da mãe e no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) (BRASIL, 2014).

Após a primeira etapa, as crianças e as mães realizaram o tratamento odontológico adequado.

Complementarmente, os participantes da pesquisa foram orientados quanto à importância da higienização oral e receberam instruções em macromodelos (Figura 1), motivando-os à execução correta da higiene bucal das crianças. Foram fornecidas também orientações sobre alimentação saudável, prevenção de hábitos bucais deletérios e cada um recebeu uma escova dental de cerdas macias.

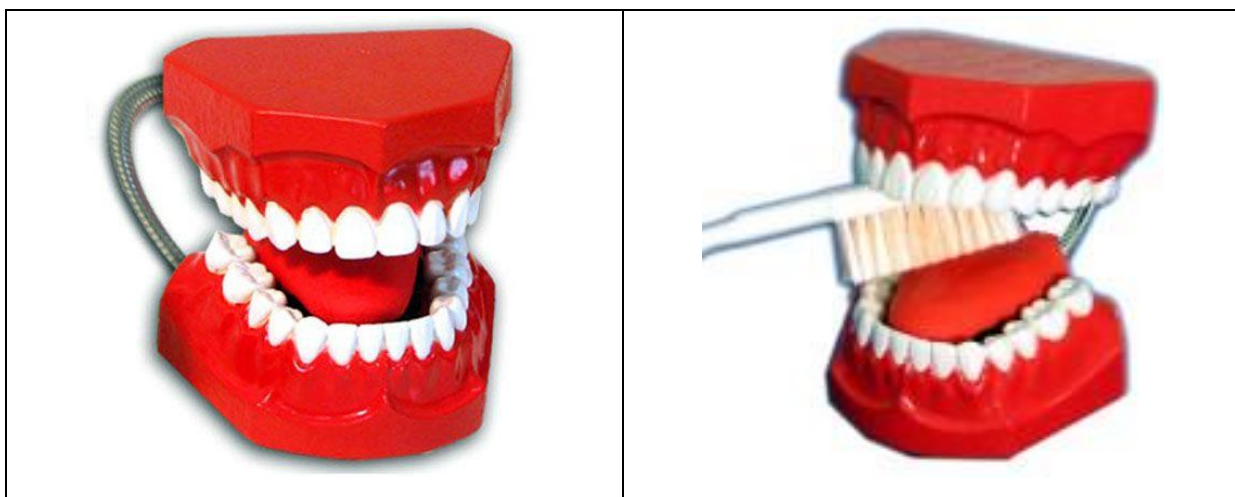


Figura 1 – Macromodelo para orientação de higiene oral.

4.5 Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil (resolução 466/2012), parecer nº 41927115.8.0000.5411.

Para a aplicação do instrumento de coleta de dados, foi realizada uma explanação aos sujeitos envolvidos na pesquisa sobre os objetivos do estudo, o método de coleta de dados e a importância da colaboração deles no mesmo. Nesse momento, foi apresentado e assinado TCLE por todos os participantes (Apêndice 3).

4.6 Análise estatística e análise qualitativa

Para análise dos dados, foi utilizado o programa SAS® (Statistical Analysis System).

Utilizou-se também o teste de McNemar que determina se as proporções pareadas são diferentes e a análise de concordância Kappa que se baseia no

número de respostas concordantes, ou seja, no número de casos cujo resultado é o mesmo entre os respondentes.

A abordagem qualitativa se deu por meio de quatro questões abertas, sendo:

- 1) Conte-me: a senhora sabe o que é cárie?
- 2) O que a Senhora entende por saúde bucal? Por quê?
- 3) Qual a importância dos dentes de leite uma vez que eles serão trocados?
- 4) Você considera que seu filho tem saúde bucal? Por quê?

Minayo (2005) relata que as “entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se classificam de acordo com sua organização”. A premissa básica é de que a entrevista não seja simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma ocasião de interação, na qual as informações dadas pelos atores podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o pesquisador.

A entrevista aberta é aquela em que o informante é convidado a se expressar livremente sobre um tema e as perguntas do pesquisador, quando são feitas, buscam aprofundar às reflexões (MINAYO, 2005).

O objetivo de tais entrevistas não é o de identificar a verdade objetiva ou testar hipóteses de forma conclusiva, mas ajudar o pesquisador a compreender as experiências dos entrevistados e suas conclusões a partir delas. As principais vantagens das entrevistas qualitativas são a flexibilidade que oferecem e a riqueza dos dados detalhados que podem proporcionar (SOKLARIDIS, 2009).

Para Soklaridis (2009) há duas principais desvantagens associadas com entrevistas qualitativas. Inicialmente, a ampla quantidade de tempo e esforço que implicam aos entrevistadores qualitativos, que usualmente não podem estudar amostra muito grande de pessoas e, portanto, os achados não devem ser generalizados para outras populações semelhantes.

Em segundo lugar, uma vez que o pesquisador, em uma entrevista qualitativa, assume um papel muito ativo recolhendo os dados, há maior probabilidade de que haja um viés inadvertido nos resultados do estudo (SOKLARIDIS, 2009).

Partindo da amostra de 93 mães e/ou responsáveis, houve saturação teórica (quando se constata a não existência de subsídios novos para a teorização almejada) na 10ª entrevista, que foi realizada sequencialmente conforme as mães se apresentavam para coleta de dados. Neste momento, as entrevistas foram interrompidas (PIRES, 2008).

As entrevistas foram gravadas por meio digital e transcritas literalmente após os encontros. As gravações digitais e seu conteúdo foram mantidos em sigilo e sob a guarda da pesquisadora e serão eliminadas após a conclusão do trabalho.

Para tratamento dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2011) que se organiza em torno de três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise objetiva tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de modo a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento de operações sucessivas, em um plano de análise com três missões: a escolha dos documentos a serem analisados, a elaboração das hipóteses e dos objetivos e, a elaboração de indicadores que possibilitem e fundamentem a interpretação final.

A exploração do material refere-se a fase mais longa e fastidiosa de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. O tratamento dos resultados obtidos e interpretação inclui as operações estatísticas que permitem elaborar os quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos que põem em relevo as informações fornecidas pela análise, devendo, para maior rigor, serem submetidos a provas estatísticas e testes de validação (BARDIN, 2011).

Faz-se importante ressaltar que todos os questionários e entrevistas foram aplicados pela pesquisadora.

4.7 Referencial Teórico

Como referencial teórico foi utilizada a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) para alicerçar a discussão qualitativa. Esta política apresenta em seu bojo ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, possibilitando ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia.

A atenção à saúde bucal considera tanto as diferenças sociais quanto as peculiaridades culturais ao discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo, considerando que a boca é órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa (BRASIL, 2004).

Além da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004), utilizou-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012; BRASIL 2017) para conceituar a ESF (Estratégia Saúde da Família) e o trabalho nela desenvolvido, reiterando o fato de que os cuidados dispensados nesta são complexos e precisam atender as necessidades de saúde da população, em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações influam na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Dimensão quantitativa

No que concerne às características sócio demográficas das mães participantes, pode-se observar que se trata em sua maioria, de jovens até 23 anos (61%), solteiras (41,94%), com renda familiar de um a dois salários mínimos (54,84%), com 2º grau completo (50,54%) e um filho (70,97%) (Tabela 2).

A idade das mães variou entre 16 e 40 anos ($23,3 \pm 5,89$), estando a maioria (44%) na faixa etária entre 18 e 23 anos (Tabela 2), dado esse que corrobora com os do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009), em que se pode observar que as taxas específicas de fecundidade reduziram-se em todos os grupos etários (exceto no segmento de 15 a 18 anos), sendo observado acentuado declínio dos coeficientes de fecundidade nos grupos etários mais velhos e aumento da participação relativa ao total da fecundidade dos grupos etários mais jovens (15 a 23 anos), levando ao rejuvenescimento da estrutura da fecundidade no País.

Outro fator investigado nas características sócio demográficas das mães foi a renda familiar e, a maioria das mães (54,84%) mães apresentou, como renda familiar, um a dois salários mínimos. Este indicador é apontado, em muitos estudos, como tendo relação direta e de interdependência com a saúde bucal (PERES et al., 2005; WANDERA, 2014), caracterizando os determinantes socioeconômicos como tendo um relevante papel na compreensão do processo de adoecimento, com particular destaque para a doença cárie dentária (PERES, et al. 2005; RIBEIRO et al. 2005).

Tabela 2 – Distribuição das características sócio demográficas das mães, São Manuel, 2016

	Frequência	Porcentagem
Faixa etária		
Abaixo de 18 anos	16	17
De 18 a 23 anos	41	44
De 24 a 29 anos	17	18
De 30 a 35 anos	15	16
Acima de 35 anos	4	5
TOTAL	93	100.00
Situação conjugal		
Casada	34	36.56
Divorciada	8	8.60
Solteira	39	41.94
União consensual	12	12.90
TOTAL	93	100.00
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	8	8.60
De 1 a 2 salários mínimos	51	54.84
De 2 a 4 salários mínimos	28	30.11
De 4 a 6 salários mínimos	6	6.45
TOTAL	93	100.00
Escolaridade		
1º grau completo	19	20.43
2º grau completo	47	50.54
Não concluiu o 1º grau	1	1.08
Nível superior ou 3º grau completo	15	16.12
Estudante (1º grau)	11	11.83
TOTAL	93	100.00
Número de filhos		
01	66	70.97
02	22	23.65
03	4	4.30
04	1	1.08
TOTAL	93	100.00
Idade do filho avaliado		
Até 12 meses	39	44.62
De 13 a 24 meses	28	32.30
De 25 a 36 meses	26	23.08
TOTAL	93	100.00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/2016.

O Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2015) recomenda aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses e entende que não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança.

Na Odontologia, a amamentação se faz importante uma vez que o exercício que a criança faz para retirar o leite da mama conduz ao desenvolvimento adequado da cavidade oral, propiciando uma melhor conformação do palato duro, fundamental para o alinhamento dentário correto e uma boa oclusão. Assim, o desmame precoce pode levar à ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, podendo prejudicar as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala, ocasionar má-oclusão dentária, respiração bucal e alteração motora-oral (BRASIL, 2015).

Neste estudo, quando as participantes foram questionadas sobre a amamentação, a maioria (78,49%) afirmou amamentar seus bebês, porém, 21,51% afirmaram não terem amamentado ou terem desmamado o bebê precocemente (35,62%) (Tabela 3), sendo o desmame precoce definido como interrupção do aleitamento materno antes dos seis meses de vida completos do lactente, com introdução de outros alimentos na dieta (PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

Ao avaliar a ocorrência do desmame precoce, o motivo mais citado neste estudo foi ter o leite fraco (40%), o que revela desconhecimento acerca da amamentação e aponta para aspectos complexos, mediante os quais é possível perceber contradições entre sentimentos e posicionamento que se agrupam às questões culturais, socioeconômicas e psicossociais, contribuindo para a concepção que a mulher tem sobre sua importância no ato de amamentação (SILVA et al., 2007).

De acordo com Araújo et al. (2008), outro fato importante a ser observado é que a idade materna mais jovem, também observada neste estudo, está relacionada à menor duração do aleitamento, talvez motivada por algumas dificuldades, tais como: nível educacional mais baixo, poder aquisitivo menor e, muitas vezes, o fato de serem solteiras, além de problemas com a autoimagem, alcançando, frequentemente, menor índice de aleitamento.

Tabela 3 – Distribuição das características relacionadas à amamentação, São Manuel, 2016

	Frequência	Porcentagem
A criança foi amamentada		
Não	20	21.51
Sim	73	78.49
TOTAL	93	100.00
Quanto tempo		
Até 4 meses	26	35.62
Até 6 meses	23	31,50
Até 1 ano	21	28,77
Até 2 anos	3	4,11
TOTAL	73	100.00
Motivo para não ter amamentado		
Cai o peito	4	20.00
Dói	1	5.00
Leite fraco	8	40.00
A mãe não quis	1	5.00
Não tem bico	1	5.00
Não tem leite	3	15.00
Peito murcho	1	5.00
Transmite doença	1	5.00
TOTAL	20	100.00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/2016.

Os hábitos de higiene oral das mães incluíram frequência de escovação dentária, em que a maioria afirma realizar a escovação três ou mais vezes ao dia (44,09%); o hábito de escovar os dentes antes de dormir (61,29%); os itens utilizados para a escovação, sendo que predominou a utilização de escova e creme dental (64,52%); e a frequência de visitas ao atendimento odontológico, onde a maioria refere a realizar quando sente dor (37.63 %) (Tabela 4).

Nesta avaliação, o número de escovação dentária diária realizado pelas mães atende ao recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), que preconiza a escovação após cada refeição e também uma última vez antes de dormir. Todavia, a utilização do fio-dental é pouco frequente (29,03%), o que prejudica a qualidade integral do processo de higiene oral que deve incluir a limpeza de todas as faces dentais.

A frequência de visitas ao dentista aponta para um grave problema de saúde pública que é o tratamento emergencial, na presença de sintomatologia dolorosa (37,62%), em detrimento da procura pela prevenção de doenças ou promoção de saúde (Tabela 4), o que não se integra ao preconizado pelo PNSB (2004), cujo objetivo é principalmente garantir as ações de promoção e prevenção de doenças bucais, e não somente a recuperação da saúde bucal dos brasileiros.

Outro aspecto a ser analisado nesta conduta é o acesso aos serviços, que, embora não tenha sido alvo de investigação deste estudo é, sem dúvida, fator influenciador no resultado uma vez que ao tomar como referência a PNAB (2017) reconhece-se que, qualquer instituição de saúde deve atender resolutivamente às necessidades de saúde do usuário, reconhecendo o acesso e o acolhimento como fundamentais em qualquer instituição de saúde, principalmente na ESF.

Ademais, quando o acesso caracteriza-se teoricamente pela demora no atendimento e pela baixa capacidade resolutiva, tal fato pode levar o usuário a não retornar a unidade, ou a procurá-la somente em casos extremos, como no caso da dor, citada pelas mães que participaram deste estudo.

Tabela 4 – Características maternas relacionadas aos hábitos de higiene oral, São Manuel, 2016

	Frequência	Porcentagem
Frequência de escovação		
1 vez ao dia	13	13.98
2 vezes ao dia	39	41.94
3 vezes ou mais	41	44.00
TOTAL	93	100.00
Escova antes de dormir		
Não	36	38.71
Sim	57	61.29
TOTAL	93	100.00
Com o que higieniza		
Escova	6	6.45
Escova + pasta + fio	27	29.03
Escova + pasta	60	64.52
TOTAL	93	100.00
Frequência de visitas ao dentista		
1 vez ao ano	21	22.59
2 vezes ao ano	10	10.75
Quando sente dor	35	37.63
Raramente	27	29.03
TOTAL	93	100.00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/2016.

A dor de dente é um problema de saúde pública, pois além da alta prevalência, causa angústia e sofrimento, impossibilitando os sujeitos de desempenharem adequadamente suas atividades diárias como falar, sorrir, trabalhar, comer e relacionar-se com outras pessoas (PERICO et al., 2006). Na avaliação de saúde bucal das mães, observa-se que a maioria afirmou não ter tido dor de dentes (54,84%) e, dentre as que apresentaram dor (45,16%), a maioria afirmou conhecer a causa dessa dor (61,90%) e não ter tomado remédio para ela (57,14%) (Tabela 5).

Na temática exodontia, 46,24% das mães já realizaram esse procedimento e, destas, apenas 10,75% usa algum tipo de prótese, o que aponta para uma população com ausência de elementos dentários, possíveis problemas oclusais, fonoaudiológicos e estéticos (Tabela 5).

Ainda, na avaliação de saúde bucal, investigou-se o tabagismo (21,51% fumantes) e o sangramento gengival (23.66%), uma vez que o tabagismo é considerado preditor de doenças bucais, dentre as quais o câncer, e o sangramento gengival que pode estar associado ao início de doenças periodontais graves (Tabela 5).

Tabela 5 – Saúde bucal materna, São Manuel, 2016

	Frequência	Porcentagem
Tem ou teve dor de dentes		
Não	51	54.84
Sim	42	45.16
TOTAL	93	100.00
Se sim, sabia a causa da dor?		
Não	16	38.10
Sim	26	61.90
TOTAL	42	100.00
Já tomou remédio para dor de dente		
Não	52	57.14
Sim	41	45,05
TOTAL	93	100.00
Já extraiu algum dente permanente		
Não	50	53.76
Sim	43	46.24
TOTAL	93	100.00
Usa algum tipo de prótese		
Não	83	89.25
Sim	10	10.75
TOTAL	93	100.00
Higieniza a prótese		
Não	3	30.00
Sim	7	70.00
TOTAL	10	100.00
Fuma ou foi fumante		
Não	73	78.49
Sim	20	21.51
TOTAL	93	100.00
Sangramento gengival		
Não	71	76.34
Sim	22	23.66
TOTAL	93	100.00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/2016.

Para Moura et al. (2007), o crescimento e o desenvolvimento da criança são condicionados pela herança genética e influenciados pelo ambiente, sobretudo no que se refere à instalação de doenças e à nutrição. Por essa razão, ações direcionadas ao atendimento de crianças devem priorizar a promoção da saúde, seguidas da prevenção, diminuindo os riscos de desenvolvimento de afecções.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB, 2004) aponta para a humanização dos serviços de saúde bucal, trazendo a responsabilidade para os trabalhadores onde se enquadram as instruções sobre saúde bucal (que devem ser trabalhadas nas consultas de forma individual) e as medidas de prevenção (em nível coletivo).

Dessa maneira, entende-se que receber informações acerca de saúde bucal pode ser um diferencial para a não instalação de lesões bucais, dentre elas, a cárie dentária. Na população avaliada, a maioria das participantes afirmou ter recebido informações sobre saúde bucal (75,27%) por meio do cirurgião-dentista (21,51%) (Tabela 6). Este fato é discordante do estudo realizado por Oliveira; Forte (2011), em que a maioria das mães (57,1%) relataram que nunca receberam informações sobre saúde bucal e, também discordante do estudo de Borges et al. (2008), onde verificou-se que as mães pouco receberam informações sobre saúde bucal no âmbito familiar.

Todavia, cabe ressaltar que os pais exercem papel cuidador fundamental na promoção e na manutenção da saúde dos filhos, devendo ser a fonte primária de informação sobre saúde bucal (WANDERA, 2014).

Tabela 6 – Informações referidas sobre o recebimento de informações acerca de saúde bucal, São Manuel, 2016

	Frequência	Porcentagem
Já recebeu informações sobre saúde bucal		
Não	23	24.73
Sim	70	75.27
TOTAL	93	100.00
Por quais meios já recebeu informação sobre saúde bucal		
Dentista	20	21.51
Enfermeiro/a	12	12.90
Jornais, rádio, televisão	7	7.53
Médico/a	11	11.83
Nunca recebi informação	23	24.73
Outros profissionais do Posto de Saúde ou Serviço Público	16	17.20
Parentes ou amigos	4	4.30
TOTAL	93	100.00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/2016.

Observa-se ao longo da história, que os programas brasileiros de saúde bucal priorizavam crianças de seis a 14 anos, menosprezando a dentição decídua. Todavia, com os avanços das pesquisas na área da cariologia, a melhor compreensão da dinâmica do processo saúde/doença e a implementação das Diretrizes da PNSB (em que se pretende organizar o acesso de crianças a partir de 6 meses no programa), apresenta-se a necessidade de se implementar a atenção odontológica para o binômio mãe/criança, pais e/ou responsáveis/criança (BRASIL, 2004).

Nessa vertente, avaliou-se o conhecimento das mães relacionados à saúde bucal da criança e observou-se que apenas uma pequena porcentagem destas tem o conhecimento adequado sobre quando iniciar a higiene bucal da criança (7,53%), a qual deve acontecer logo após o nascimento (Tabela 7).

Outra condição investigada refere-se ao conhecimento da cárie e torna-se importante que se fundamente o conceito de que a cárie dentária é uma doença, não uma condição fisiológica, podendo, portanto, ser evitada uma vez que sejam tomadas as medidas de prevenção de doenças e de promoção de saúde

adequadas. Nestas medidas incluem-se a alimentação adequada, a fluoretação da água, a educação e as medidas relacionadas à higiene oral.

Quando questionadas sobre a possibilidade de a criança crescer sem lesões de cárie, a maioria (68,48%) achou possível. Resultado do estudo de Oliveira; Forte (2011) revelou que 62,5% das mães entendem que não é possível uma criança crescer sem cárie (Tabela 7). É de suma importância destacar que, o fato de entender que a criança pode crescer sem cárie retira a doença do patamar da naturalidade, corroborando para a prática de medidas que objetivem impedir o seu aparecimento.

No que tange à transmissão de doenças pela boca, a saliva é descrita na literatura como uma das secreções do corpo mais potencialmente contaminadas, sendo diversas as doenças que podem ser transmitidas por meio do seu contato (LIMA et al., 2014). Este estudo revelou que a maioria das mães (73,12%) não acredita na possibilidade de transmissão de doenças pela boca, podendo dessa forma, desencadear doenças bucais, dentre as quais a candidíase. Observa-se ainda, que no grupo de mães que acredita ser possível a transmissão de doenças pela boca, as maneiras mais referidas foram: dividindo a comida (7,53%), pelo beijo (6,45%) e pela chupeta (6,45%) (Tabela 7). Na prática, observa-se que, neste grupo, embora haja o conhecimento, as práticas relativas à transmissão são mantidas.

Tabela 7 – Conhecimento materno relacionado à saúde bucal infantil, São Manuel, 2016

	Frequência	Porcentagem
Quando iniciar a higiene da boca da criança		
Quando nasce o primeiro dente	44	47.31
Logo após o nascimento	7	7.53
Não sabe	13	13.98
Quando inicia a alimentação sólida	29	31.18
TOTAL	93	100.00
Acha possível uma criança crescer sem cárie		
Não	29	31.52
Sim	64	68.48
TOTAL	93	100.00
Acha possível transmitir doença pela boca		
Não	68	73.12
Sim	25	26.88
TOTAL	93	100.00
Se sim, como?		
Beijo	6	25
Dividindo a comida	7	28
Falando perto da criança	2	6
Mesma escova	4	16
Pela chupeta	6	25
TOTAL	25	100.00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/2016.

Hábitos saudáveis de higiene bucal e controle da dieta, adotados nos primeiros anos de vida, contribuem de maneira significativa para a prevenção de cárie e doença periodontal (Alves; Nunes, 2006). Dessa maneira, preconiza-se que a higienização oral deve ser realizada antes do irrompimento dos elementos dentários (com fralda ou gaze úmida) e a prática de higiene com escovas deve acontecer a partir do surgimento dos dentes.

No que concerne higiene oral, o Ministério da Saúde recomenda que deve-se, antes mesmo do irromper dentário higienizar a gengiva, bochecha e língua com fralda limpa ou gaze umedecida com água filtrada ou fervida. Sequencialmente, quando inicia-se o irrompimento dos dentes decíduos anteriores, a higiene oral pode

ser realizada com gaze ou fralda umedecida em água limpa ou com escova de dente pequena e macia (BRASIL, 2011).

Neste estudo, levando-se em consideração a idade das crianças que compuseram a amostra, (idade média de 1,9 anos), observa-se (Tabela 8) que os hábitos de higiene oral praticados com as crianças são, neste quesito, adequados e sendo o conjunto escova e creme dental, o mais citado para a higienização bucal (59,14%), seguido da utilização da escova sem o creme dental (29,03%) e da utilização da fralda ou gaze úmida (11,83%). A escova infantil é indicada, desde que possua cabeça pequena com cerdas macias e o uso de creme dental deve ser realizado com prudência, uma vez que a ingestão deste, fluoretado, pode ser tóxica se em níveis inadequados (BRASIL, 2012a).

Outro fator importante a ser considerado nos hábitos de higiene oral praticados com as crianças é a quantidade de higienização, assim como os momentos em que esta é realizada. Observou-se que a maioria das mães realiza a higienização após as refeições (83,87%), porém, a minoria (39,13%) o faz antes de a criança se deitar ou à noite, após a amamentação (39,78%), apontando para fatores indutores ao aparecimento da doença cárie. Tais resultados vão ao encontro de Oliveira; Forte (2011) que revelaram maior frequência de higiene dental duas vezes ao dia (Tabela 8).

Ainda no que concerne aos hábitos de higiene oral praticados com as crianças, todas as mães apresentaram-se como responsáveis pela higienização noturna praticada com os filhos, afirmando que esse procedimento não apresenta facilidade para a sua execução. Nesta vertente, observa-se que, a dificuldade relatada no processo pode ser fator relacionado com a não inserção maciça de práticas de higiene oral. Afirmaram ainda, em sua maioria (62,37%), que não levaram a criança ao cirurgião-dentista, o que revela um dado preocupante e que merece atenção das políticas públicas de saúde (Tabela 8).

Observa-se que a respeito da responsabilidade do cuidado com a saúde bucal da criança, as mães que compuseram este estudo trazem-na para si, assim como as que compuseram o estudo de Silva e Forte (2009), as quais foram referidas como responsáveis na orientação da higiene bucal, o que aponta indubitavelmente para a influência materna na condição bucal da criança.

Sob esse prisma, é notório que as mães exercem um importante papel no cuidado com a saúde bucal das crianças tornando-se importante intensificar esta

reflexão sobre seu papel cuidador com relação às condutas dos filhos a fim de obter sucesso na instalação de hábitos saudáveis em saúde (WANDERA, 2014).

Tabela 8 – Hábitos de higiene oral praticados com as crianças, São Manuel, 2016

	Frequência	Porcentagem
Como higieniza a boca do filho		
Escova + pasta	55	59.14
Fralda ou gaze úmida	11	11.83
Escova dental	27	29.03
TOTAL	93	100.00
Quantas vezes ao dia realiza a higienização		
01	15	16.13
02	42	45.16
03	23	24.73
04	13	13.98
TOTAL	93	100.00
Higieniza após as refeições		
Não	15	16.13
Sim	78	83.87
TOTAL	93	100.00
Higieniza a noite, antes de deitar		
Não	56	60.87
Sim	37	39.13
TOTAL	93	100.00
Higieniza a noite, após mamar		
Não	56	60.87
Sim	37	39.13
TOTAL	93	100.00
Quem é responsável		
A mãe	93	100.00
O procedimento é fácil		
Não	93	100.00
O filho já foi ao dentista		
Não	58	62.37
Sim	35	37.63
TOTAL	93	100.00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/2016.

A utilização de chupeta (54,35%), de mamadeira com conteúdo açucarado e o consumo de carboidratos fermentáveis (91,4%), colocam em risco a saúde bucal das crianças e os dentes em constantes ciclos de desmineralização (Tabela 9). Outrossim, acrescentar ao conteúdo da mamadeira alimentos ricos em açúcar, como referendado por 85,51% das mães, também é fator a ser considerado para a instalação da cárie dentária.

Os hábitos, os quais são ditos como automatismos adquiridos, realizados com frequência e inconscientemente, quando relacionados com a cavidade bucal de forma deletéria, podem resultar em alterações tanto nos tecidos musculares, como dentários e ósseos. Esses hábitos, dentre os quais se enquadra a sucção não nutritiva (chupeta, sucção digital, etc) alteram o padrão de crescimento normal e danificam a oclusão, determinando forças musculares desequilibradas que, durante o crescimento, distorcem a forma da arcada dentária e alteram a morfologia normal (GISFREDE et al., 2016).

O efeito dos alimentos na cavidade oral é fator importante na etiopatogenia da instalação da cárie dentária em virtude de a dieta exercer influência no tipo e na quantidade da placa dentária, produção de ácidos pelos microrganismos, qualidade e quantidade de secreção salivar (MALTZ et al., 2015).

A aquisição de hábitos saudáveis é importante e as mães têm influência irrestrita neste momento da vida da criança. Neste estudo, observou-se que as mães relataram dificuldades e apresentaram posturas inadequadas para este momento, como a não amamentação ou a não escovação dentária noturna da criança, por considerarem unanimemente a mesma de difícil execução.

Tabela 9 – Hábitos deletérios e práticas relacionadas à saúde bucal infantil, São Manuel, 2016

	Frequência	Porcentagem
Utiliza chupeta		
Não	42	45.65
Sim	51	54.35
TOTAL	93	100.00
Sabia que é prejudicial		
Sim	51	100.00
A criança consome alimentos com açúcar		
Não	8	8.60
Sim	85	91.40
TOTAL	93	100.00
Com que frequência		
01 vez	16	18.45
02 vezes	37	45.00
03 vezes	22	26,80
04 vezes	10	9,75
TOTAL	85	100.00
Controla alimentos açucarados ou salgadinhos industrializados		
Não	57	61.29
Sim	36	38.71
TOTAL	93	100.00
Utiliza mamadeira		
Não	16	17.39
Sim	77	82.61
TOTAL	93	100.00
Qual o conteúdo da mamadeira		
Leite bovino com achocolatado	32	42.32
Leite bovino com açúcar	21	26.92
Leite bovino com mel	12	15.38
Leite de cabra	2	2.56
Leite em pó	5	6.41
Leite puro	5	6.41
TOTAL	77	100.00
Amamenta ou da mamadeira durante a noite		
Não	15	16.13
Sim	78	83.87
TOTAL	93	100.00
Com que frequência		
1 vez	7	8.97
2 vezes	4	5.13
3 ou mais vezes	35	44.87
Quando acorda	32	41.03
TOTAL	78	100.00
Da mamadeira entre as refeições		
Não	31	33.33
Sim	62	66.67
TOTAL	93	100.00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/2016.

A instalação de lesões de cárie em crianças menores de três anos de idade (cárie precoce da infância) tem prevalência entre moderada (43,01%) e alta (22,58%) (Tabela 10), observando-se que a doença acomete tais crianças em fase inicial do irrompimento dentário, podendo estar associada ao hábito de amamentação noturna, alto consumo de carboidratos fermentáveis e negligência na higiene bucal (Tabela 9).

Nesta avaliação, observa-se que o fato de essas crianças apresentarem a prevalência de cárie precoce classificada como alta ou moderada, correlacionando-se à idade das mesmas (média 1,9 anos) é fator de preocupação. Tal resultado alinha-se ao estudo de Coimbra, Mendes e Bernardo (2013), em que a prevalência de cárie dentária na dentição decídua foi descrita como moderada (58,9%) sendo a média de idade das crianças observadas superior (média 8,1 anos) (Tabelas 9 e 10).

Outro fator a ser considerado acerca da prevalência de cárie nas crianças é a associação desta prevalência com a prevalência de cárie de suas mães. Tal associação se verifica nas prevalências alta (22,58% nas crianças e 27,96% nas mães) e muito baixa (6,45% nas crianças e 3,23% nas mães) (Tabelas 10 e 11).

Os dados apresentados no Projeto Saúde Bucal (Brasil, 2004), revelaram que 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentaram pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, e a proporção aumentou de acordo com a idade, chegando a quase 60% nas crianças de 5 anos de idade, apontando-se para o fato de que uma criança brasileira de três anos ou menos já possui, pelo menos, um dente com experiência de cárie dentária (BRASIL, 2004).

Tabela 10 – Índice ceo-d (Cariados, extraídos e obturados – Dentes), São Manuel, 2016

	Frequência	Porcentagem
Prevalência		
Alta	21	22.58
Moderada	40	43.01
Baixa	26	27.96
Muito baixa	6	6.45
TOTAL	93	100.00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/2016.

Tabela 11 – Índice CPO-D (Cariados, perdidos e obturados – Dentes), São Manuel, 2016

	Frequência	Porcentagem
Prevalência		
Alta	26	27.96
Moderada	23	24.73
Baixa	41	44.08
Muito baixa	3	3.23
TOTAL	93	100.00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015/2016.

Para o questionamento: “- Seu filho tem saúde bucal?”, utilizou-se a análise de concordância Kappa que se baseia no número de respostas concordantes, ou seja, no número de casos cujo resultado é o mesmo entre os respondentes, no caso, mães e pesquisadora, e que se classifica em: <0: discordância; 0-0.19 pequena concordância; 0.20-0.39 concordância justa; 0.40-0.59 concordância moderada; 0.60-0.79 concordância substancial e 0.80-1.00 concordância quase perfeita.

O resultado para o questionamento supracitado foi: Kappa Geral 0.2864, isto é, houve concordância justa entre a resposta da mãe e a da pesquisadora.

Para o questionamento: “-Higienizou corretamente os dentes do seu filho (a) antes do atendimento?” - utilizou-se novamente a análise de concordância Kappa cujo resultado foi de 0.4746, apontando para uma concordância moderada entre as respostas da mãe e da pesquisadora.

Para o questionamento –“Você tem cárie?” a análise de concordância Kappa foi de 0.5322, o que significa uma concordância moderada na comparação de respostas da mãe e da pesquisadora.

Observa-se que as mesmas não têm uma percepção adequada da própria saúde bucal, uma vez que não relataram a necessidade de atendimento odontológico, mesmo apresentando a doença cárie. Este resultado diverge do estudo de Silva; Forte (2009), em que se relata que 84,6% das mães afirmaram necessitar de tratamento, fato este que pode estar relacionado a amostra, composta por mães que procuravam o atendimento pela presença de cavidades nos dentes.

Todavia, os dados deste estudo concordam com o realizado por Albuquerque; Adeg; Rodrigues (2004), uma vez que 85% das gestantes avaliadas

reportaram baixa percepção de necessidade de tratamento, o que, de acordo com os autores, relacionava-se além do fato de estarem grávidas, à baixa valorização da saúde bucal, à pouca importância atribuída aos dentes e, ainda, ao medo e à ansiedade.

Para o questionamento –“Seu filho tem cárie?” – observou-se que não há discordância entre mães e pesquisadora na análise de concordância Kappa: 1.0, concordância quase perfeita.

O achado relaciona-se ao critério epidemiológico para detecção de cárie uma vez que neste utiliza-se como parâmetros para considerar um dente cariado aquele com [...] sulco, fissura ou superfície lisa que apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária. Na dúvida, considera-se o dente hígido (WHO, 1997).

O olhar das mães detecta tais alterações e estas consideram o dente como portador de cárie, possibilitando a concordância entre o olhar não profissional e o profissional.

Nas análises de associação, não foram encontradas associações entre a escolaridade materna, o fato de ter recebido informação sobre saúde bucal e o índice ceod da criança.

Na análise de concordância de Kappa, observa-se associação entre os índices ceo-d e CPO-D.

5.2 Dimensão qualitativa

O *corpus* de análise qualitativa revelou quatro categorias temáticas: 1) Conhecendo a cárie; 2) Entendendo Saúde bucal como cuidado corporal, ausência de cárie e dor; 3) Dentes decíduos em relação aos permanentes: importância revelada pelas mães; e 4) Valorizando a estética bucal.

5.2.1 Conhecendo a cárie

Trata da percepção das mães acerca da etiologia da cárie, envolvendo, além da presença de bactérias cariogênicas, os hábitos dietéticos ricos em carboidratos fermentáveis e higiene bucal insatisfatória. Depreende-se que as

mesmas sentem incerteza em relação ao conhecimento sobre a doença, procurando ajuda para o tratamento nos serviços de saúde pública.

“Não sei, mas lembro da escola de falarem que é um bichinho, acho que uma bactéria, não sei. Ouvi falar também que esse bichinho gosta de açúcar e aí dá a cárie...mas...criança gosta tanto de doce [...]”. (P2.1)

“Sei claro. Aprendi quando vim trazer a L aqui. A L, da creche aqui do lado, onde eu trabalho, ela tava com a cara toda inchada e eu trouxe ela aqui. Daí me falaram que era cárie que ela tinha, que é uma bactéria, e que ia ter que tomar antibiótico pra desinchar. Tive que pesar ela e tudo. Aquele dia eu aprendi e passei a prestar mais atenção no dente da criançada [...]”. (P6.1)

“Claro! Quem não sabe né. É um bicho que dá no dente, por do açúcar...que a criançada come...e, daí muda a cor do dente, depois dói e tem que levar no dentista”. (P9.1)

“Sei sim. É uma bactéria. Também comer muito doce prejudica”. (P10.1)

“É um pontinho que começa preto, cresce, daí vai destruindo o dente todo, até fazer um buraco... que o povo chama de panela [...]” (P12.1)

Evidenciou-se nos discursos que as mães possuem noções básicas sobre a etiologia eminentemente biológica da cárie e que existe indubitavelmente uma compreensão de que a dieta tem associação com a presença da doença, de que há alterações de cor, dor e relação com microrganismos. Apesar disso, os dados quantitativos mostraram que a maioria das mães não controla a ingestão de alimentos açucarados ou industrializados.

Em contraponto, Freire et al. (2017), em Hospital de Referência do Estado da Paraíba, observaram em estudo sobre temática semelhante, que a maioria das mães (66%) apresentaram uma grande carência de informações sobre os fatores associados à instalação da cárie dentária e 53% delas não sabem como preveni-las.

A compreensão de que a ingestão de açúcares, presentes nos alimentos tem associação com a instalação da doença é vislumbrada em determinados discursos que revelam o entendimento inconsciente que a doença é decorrente de escolhas inadequadas. Todavia, embora haja o entendimento de que as escolhas são inadequadas, estas mantem-se e o comportamento permanece, sendo citado no discurso o fato das crianças gostarem dos alimentos açucarados e, em outra

vertente, não sendo apresentada a possibilidade de transformações e/ou mudanças no estilo de vida.

Evidencia-se, então, a ausência de correspondência entre dizer e fazer, no sentido que o comportamento verbal (dizer) nem sempre controla o não verbal (fazer). Ou seja, as contingências que influenciam os comportamentos das mães na escolha de alimentos para seus filhos frequentemente não é o conhecimento delas sobre saúde bucal. Talvez seja influenciado pela cultura que determina que é típico de crianças se alimentarem de doces, uma cultura que afirma em palavras, músicas e atos que a infância em si é doce. Além de ser muito reforçador observar as reações das crianças quando lhes é oferecido alimentos açucarados. Hipóteses explicativas também incluem dados da história individual da mãe, a qual forneceu contingências necessárias para que ela aprendesse a cuidar do filho de determinada maneira, e a valorização cultural da classe de comportamentos maternos de cuidar da criança como sendo um ser com vontades e desejos a serem satisfeitos, que recusam alimentos saudáveis e só se alimentam de comidas palatáveis.

Outra variável possível da história individual é a dificuldade enfrentada pela mãe para inserir alimentos saudáveis, sendo que muitas vezes estes também não fazem parte de seu repertório alimentar. Os comportamentos de resistência da criança (birra, choro, agressão, etc) podem funcionar como punição para os comportamentos das mães, e ao oferecer alimentos mais palatáveis elas são reforçadas por evitarem alguns comportamentos aversivos da criança (reforçamento negativo), e a satisfação e felicidade da criança (reforçamento positivo), além de sentirem que cumpriram a função materna valorizada socialmente.

O conhecimento relacionado à presença de doença, embora correto, é limitado, de caráter transgeracional, e os aspectos de natureza cultural e antropológica que determinam os comportamentos desta população não contribuem para alterar situações mórbidas que estão intimamente associadas a comportamentos sociais.

Para Nunes; Perosa (2017), em estudo intitulado: Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais, a instalação da cárie associa-se além das variáveis biológicas e dietéticas, às variáveis sociodemográficas, psicossociais e ambientais, incluindo-se o comportamento de autocuidado inadequado e a baixa procura de atendimento preventivo como fatores que corroboram para o aparecimento da doença.

A procura tardia pelo tratamento odontológico, na presença da doença já instalada, desvela a não adoção de medidas de prevenção, o que seria para a saúde bucal da criança, um procedimento valioso. Considera-se, nesta concepção que as mães apenas conseguem responder a problemas de maior gravidade e quando já se apresentam instalados, ou seja, volta-se para a resolução de problemas, na inábil tentativa de solucioná-lo mediante sua concretização, recorrendo ao Sistema Público de Saúde que, em grande parte das vezes é moroso, o que agrava o problema.

Nesse sentido, volta-se o olhar para a importância da interdisciplinaridade e multiprofissionalidade citados na PNSB (2004), onde se destaca que a atuação da equipe de saúde bucal não se limita exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico, possibilitando, além das funções específicas da odontologia, a interação entre profissionais de outras áreas, permitindo a abordagem integral do indivíduo, atentando-se ao contexto socioeconômico-cultural no qual este se insere.

A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas (PNSB, 2004).

5.2.2 Entendendo Saúde bucal como ausência de cárie e dor

As mães relacionam a saúde bucal com cuidados higiênicos e alimentares em geral. Tais cuidados incluem além da não ingestão de doces, a escovação dentária. Considera ainda, a ausência de dor como preditor de saúde bucal e, muitas vezes, sabem que a criança tem cárie, mas, se não tem dor, acreditam que a criança tem saúde bucal.

“Saúde bucal é não ter doença na boca porque se tem doença na boca, ou no corpo, não tem saúde eu acho”. (P2 2)

“Saúde bucal é cuidar dos dentes direitinho... prá não pegar cárie, não ficar com o dente preto, nem inchado e nem sangrando. Acho que é não ter cárie, nem doença na boca, nem comer doce. Na verdade, nunca tinha pensado nisso [...]”. (P4.2)

“Saúde bucal é não ter dor de dente... não faz mal que tem algumas manchinhas, não sei se é cárie... ainda mais se for dente de leite... [...]”. (P6. 2)

“Saúde bucal é não ter nenhuma doença na boca, nem cárie, nem tártaro, nem dente faltando, nada. É não comer doce também. É boca igual de artista!” (P8.2)

“Saúde bucal... hum... saúde bucal acho que é não ter dor de dente, acho. Deve ter a ver com higiene também, prá não perder os dentes, ou ter que arrancar e fazer canal. Acho que quem tem saúde na boca não tem que arrancar dente [...]”. (P7.2)

“Tem “saúde bucal” sim. Não tem cárie, nem dor. Escovo certinho. Ele não gosta não, mas eu escovo muitas vezes. Às vezes até sai sangue de tanto que eu escovo [...]”. (P6.4)

A percepção de saúde bucal independente da saúde geral foi evidenciada nos discursos. Constata-se, neste aspecto, que a saúde é vista apenas como o oposto da doença e, como a ausência da saúde bucal, não é, na maioria das vezes incapacitante, não se correlaciona com a saúde geral.

A literatura aponta que o conceito de saúde bucal que as mães possuem é elaborado a partir de sua inserção histórica social e das experiências anteriores de tratamento vivenciadas, ou com as quais tiveram contato durante a vida. Esses fatos irão contribuir para a elaboração de conhecimento, construção de valores, posicionamentos mais ou menos proativos em relação à própria saúde, de modo que irão também interferir nos cuidados direcionados às suas crianças (BARDAL et al., 2016).

Assim, a integralidade da atenção (presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da saúde, relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano) torna-se fator preponderante para a obtenção de melhores resultados nas práticas de saúde e a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo (PNSB, 2004).

O entendimento das mães sobre saúde bucal, como, algumas vezes não integrante da saúde geral, faz com que esta seja negligenciada, trazendo como resultado problemas bucais de maior gravidade e a procura tardia pelo serviço de atendimento odontológico.

Para Lefèvre (1999), a semiótica da saúde e da doença apresenta uma importante dimensão pragmática relacionada às sensações orgânicas que abarcam as noções de saúde e doença, e extrapolam a dimensão estritamente significativa do problema, ou seja, é parte integrante do entendimento dominante do que é saúde e

doença, experienciar a sensação de dor, isto é, de doença e de alívio de dor, isto é, de saúde.

Em relação à dieta e saúde bucal, entende-se que independente da faixa etária, esta apresenta papel fundamental no desenvolvimento da doença cárie e sua influência é ainda maior no público infantil, principalmente nos três primeiros anos de vida, uma vez que é nesta fase que instalam-se os hábitos relacionados à saúde bucal.

A dieta adequada é fator preponderante de prevenção na etiologia da cárie. Todavia, as crianças não respondem por sua alimentação, ficando sob responsabilidade dos pais e/ou responsáveis a inserção de uma alimentação equilibrada.

Isto posto, desvela-se neste estudo que, embora evidenciado na fala das mães que a saúde bucal tem relação com a não ingestão de açúcares, na prática, e como evidenciado nos dados quantitativos deste estudo, o que se tem é a inserção precoce de açúcar na dieta, o que torna imprescindível a aplicação do que se preconiza na PNSB (2004) que enfatiza a importância da implantação de programas educativos e/ou preventivos para o controle da cárie dentária, direcionados não apenas às crianças mas também e principalmente, aos adultos que cuidam delas, a fim de se promover uma melhora na saúde bucal e qualidade de vida para todos. Contudo, coloca-se em cheque o formato de programas educativos que fornecem conhecimento verbal sobre saúde, como programas de conscientização, visto que, novamente, tais práticas se mostram ineficazes para alterar o comportamento das mães.

A ausência de dor como preditor de saúde bucal vulnerabiliza o indivíduo, visto que a operação motivadora que o impulsiona a buscar auxílio odontológico é a dor. A ausência dela nos processos iniciais das doenças bucais (desde cáries até o câncer bucal) leva o indivíduo a priorizar outras atividades em detrimento aos cuidados de saúde bucal. A realidade da vida contemporânea coloca o indivíduo em situação de aceleração e sequestro do tempo, o qual deve ser dedicado exaustivamente ao trabalho.

Aliado a isto, as dificuldades históricas, de acesso aos serviços públicos de saúde contribui para o surgimento de uma regra de que buscar a saúde pública é demorado, insuficiente e ineficaz, aumentando a probabilidade de o indivíduo procrastinar a busca pelo serviço odontológico.

De forma ideal, o cuidado preventivo deveria ser instalado como hábito de saúde, ou seja, comportamentos emitidos pelo indivíduo como parte da rotina e valorizados pela cultura. No entanto, alterar comportamentos fortemente instalados leva tempo e exige procedimentos adequados, pois a história de reforçamento torna os comportamentos automáticos, no sentido que, inconscientemente a pessoa emite os mesmos comportamentos que há tempos tem emitido, e recebe reforçadores positivos e negativos sem ter consciência disto.

5.2.3 Dentes decíduos em relação aos permanentes: importância revelada pelas mães

Trata-se da visão materna acerca dos dentes decíduos em relação à dentição permanente. Reconhecem que os decíduos são muito importantes, pois atuam na manutenção de espaço para os permanentes, no desenvolvimento e na formação destes, além da fonação e da deglutição. Entretanto, na visão de algumas participantes, essa dentição não é importante, pois, acreditam que esses dentes serão substituídos em outro momento.

“Minha mãe (avó) disse que são muito importantes, disse que se eu não cuidar direitinho dos dentes do bebê, ele vai ficar sem dentes quando for grande, vai ter que usar dentadura “que nem ela”. (P1.3)

“Não tem muita importância não, porque eles vão cair mesmo. O outro é que é importante né?” (P2.3)

“São importantes para guardar lugar pros outros. Eles também servem pros outros nascerem mais fortes. Não sei direito como, mas são importantes”. (P8.3)

“São super importantes! Os dentes de leite têm cálcio e os que vão nascer precisam desse cálcio aí, por isso que é importante cuidar dos dentes de leite. Tem gente que não liga, acha que porque vai cair tudo não tem problema, mas eu não acho não. Sem contar que é feio né? Ficar com os dentes cheio de cárie. Depois falam que a gente não cuida”. (P4.3)

“Não tem muita importância não. Os outros que são importantes. Como que chama os outros mesmo? – os permanentes né? Esses sim. Esses são importantes, porque são esses daí que têm que cuidar, porque não tem outro depois, e prá não doer também. Porque dor de dente é “terrível”. (P5.3)

“Tem sim, tem cárie, mas tem saúde bucal e a cárie vai tratar, prá não crescer, né doutora? Porque ainda não dói, então dá prá tratar né?” (P10.4)

“Sim, porque tô sempre olhando a boquinha dele, dou muito leite prá ele ficar forte e os dentes ficar forte também. É isso né? Eu vi na televisão que no leite tem coisa boa pras crianças. Mas não dei mama no peito não, meu leite era muito fraco, quase nem tinha cor”. (P1.4)

Observa-se uma contradição de opiniões entre as mães, contradição esta, discordante do estudo realizado por Silva; Forte (2009) em que as mães descrevem que a dentição decídua não é importante, não precisando ser tratada, pois será substituída pela dentição permanente.

O fato de algumas mães negligenciarem a importância da dentição decídua dificulta a motivação para assegurar a adoção de medidas de prevenção e manutenção desses dentes, o que se correlaciona com o alto índice de cáries apresentado na população que compõe a amostra deste estudo.

Essa realidade foi retratada no estudo de Coelho et al. (2010) onde, analisando-se o conhecimento das mães sobre a dentição decídua, observou-se que 80% destas consideravam os dentes decíduos importantes por terem “alguma” função. Todavia, o estudo supracitado também investigou a percepção das mães sobre a importância de se restaurar um dente decíduo e os resultados trouxeram que 53,3% das mães acreditam que é importante, enquanto 46,7% não relatam essa importância, ou seja, embora no primeiro questionamento, a importância tenha sido referida, no segundo não houve uma concordância significativa das respostas, o que, aponta para uma dubiedade de pensamento.

Para Nunes; Perosa (2017), outro fator a ser considerado na saúde bucal da criança, volta-se a atenção relacionada às crenças e valores paternos, principalmente, a percepção que os pais têm a respeito de sua responsabilidade sobre sua saúde e do filho, como uma variável diretamente vinculada ao modo como ela age e se comporta.

É fato que não há a valorização necessária da dentição decídua, o que leva ao não cuidado desta, uma vez que em breve será substituída. Nesta vertente, infere-se que não haverá a atenção necessária para os cuidados com a saúde bucal, ficando a dentição decídua exposta à fatores influenciadores do aparecimento das doenças bucais, dentre as quais a cárie dentária.

Salienta-se a necessidade urgente de incrementar intensivamente o conhecimento dos pais acerca desta temática, despertando o interesse para a saúde bucal. Salienta-se ainda que a conscientização deve acontecer o mais cedo possível, ainda na fase gestacional, objetivando: que se mantenha a dentição decídua hígida, que se difunda o conceito de cárie como doença, a minimização de problemas de fonação, ortodônticos e estéticos, como preconizado no BRASIL (2004), a fim de que se consiga efetivar a assistência integral desde os primeiros anos de vida. Além de programas de conscientização, faz-se necessária a inserção de programas de acompanhamento e reforçamento de comportamentos adequados de cuidados com saúde bucal das mães para conseguir o fortalecimento e manutenção destes.

Através do cuidado com os dentes decíduos, que são os primeiros a erupcionar, a criança incorporará o hábito da higiene oral e desenvolverá a coordenação motora necessária para cuidar destes nas idades posteriores. Além de ensinar à criança a ficar sob controle de consequência em longo prazo.

5.2.4 Valorizando a estética bucal

Esta categoria desvela uma descoberta serendípica do estudo, ao apontar a valorização estética dada à dentição como uma fala frequente nas respostas das participantes. Hipoteticamente, tais falas são influenciadas pela mídia, a qual impõe padrões de beleza, por exemplo, dentes extremamente brancos, com oclusão harmônica e dentição completa, como pode ser observado nos excertos a seguir:

“Nossa! Como é bonito! Aqueles dentes branquinhos e certinhos! Ai, eu queria que os meus fossem assim!” (P8.2)

“[...] Só acho feio quando os da frente ficam pretos, mas ouvi dizer que é remédio que deixa assim. Antibióticos acho. Nem sei”. (P7.3)

“Tem sim, os dois. Eu faço tudo certinho. E, falo prá minha mãe cuidar também quando to de faxina, que é prá ficar em cima deles. Sempre estou procurando qualquer manchinha e se acho, fico louca!” (P4.4)

“[...] O que eu sei é que se não tratar, dói muito o dente e às vezes tem que arrancar. Fica feio daí né?” (P4.1)

“[...] cuidar dos dentes direitinho... prá não pegar cárie, não ficar com o dente preto [...]” (P1.3)

“[...] não fumar também, prá não ter os dentes tudo amarelo [...]”
(P9.2)

Adotando a noção de estética com atributos inerentes ao corpo e beleza física, evidencia-se nas falas das participantes o cuidado com a aparência típico da contemporaneidade em uma sociedade que impõe padrões de beleza os quais são consistentemente valorizados, e podem ir ao encontro ou se opor aos padrões de saúde. Os valores estéticos sobre os corpos das mães também influenciam a forma como cuidam de seus filhos, visto que 20% das mães pararam de amamentar para evitar que o peito caísse.

A estética é a reflexão filosófica sobre beleza e, relaciona-se na área da saúde, com a construção dos sentidos e valores, influenciando a construção da identidade do indivíduo e a percepção que esse tem de si mesmo e do que entende como saúde (NORMANDO, 2012).

Nesta vertente, não pode ser considerada como um conceito imutável ou estático e sim, flutuante e variável, apresentando-se a variabilidade da percepção estética relacionada à formação educacional, cultural e socioeconômica, além da formação emocional de cada indivíduo.

Nesta temática, observa-se exagerada valorização estética das participantes, que se sobrepõe à valorização da prevenção de doenças e tratamento odontológico propriamente dito. Tal observação corrobora com estudo realizado por Nations et al. (2008), em que se observa na fala das mães, o não conformismo com a perda dentária, que afeta a autoestima, agravando os casos de desigualdades sociais.

Sabe-se que a mídia em geral apoia uma extrema valorização estética e atua como influenciadora, uma vez que apresenta diuturnamente modelos quase inalcançáveis de perfeição odontológica. Vislumbra-se, ainda, que esta influência traga arraigada a propulsão do consumo pela imagem, o que desponta como fator de extrema preocupação para a odontologia e demais áreas da saúde uma vez que não se pode, em favor de uma autoimagem equivocada, desprezar procedimentos preventivos e curativos, como acontece quando o paciente se apresenta, no estabelecimento de saúde solicitando procedimentos de clareamento, com necessidades de tratamento emergentes, como a endodontia, por exemplo.

Para Oliveira (2002) e Robles; Grosseman; Bosco (2008), o fato de a criança apresentar, desde tenra idade, alterações ósseas ou dentárias, que são percebidas por outros sujeitos como pais e outros familiares pode ser fator desencadeador de problemas com a autoestima, sendo as perdas dentárias e as oclusopatias componentes desses fatores. Observa-se, dessa maneira, que a busca pela beleza e pela perfeição são desejadas, e a idealização da estética e beleza também são evidenciadas na boca, como observado nos estudos supracitados.

Entende-se que o conceito de saúde deveria incorporar o conceito de estética bucal, uma vez que o segundo é importante para a autoimagem e um convívio social normal. Todavia, quando há uma extrapolada distorção na inter-relação saúde-estética, o resultado na maioria das vezes é negativo, uma vez que se abandona a perspectiva de promoção de saúde, e se perde a concepção de que a estética orofacial se respalda em uma base sólida que é a melhora geral da saúde do indivíduo.

Os diversos aspectos que influenciam o comportamento dos indivíduos de cuidar da saúde bucal podem concorrer entre si, por exemplo, aspectos dentários de alto valor filogenético (importantes para a espécie) ou ontogenético (importantes para o indivíduo) podem concorrer com valores culturais (importantes para a manutenção da cultura – piercing, clareamento, lentes de contato, preenchimento labial). Logo, é imprescindível que a cultura valorize aspectos dos cuidados dentários que contribuam para a sobrevivência do indivíduo e da espécie. Como exemplo, os comportamentos de cuidados odontológicos básicos contribuem para a estética e para a saúde do indivíduo.



CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

No que concerne às condições de saúde bucal das crianças na visão das mães, observou-se concordância justa entre a resposta da mãe e a avaliação da pesquisadora, depreendendo-se que as mães, em sua maioria, conhecem o estado de saúde bucal da criança.

Na avaliação de saúde bucal das crianças, a instalação de lesões de cárie ocorreu em prevalências entre moderada e alta, apresentando relação significativa com a saúde bucal das mães.

As práticas de cuidados e hábitos de mães em relação à saúde bucal, foram descritos como de difícil execução sendo que as mães se responsabilizaram pelos mesmos. Os hábitos deletérios estão instalados na população investigada e incluem desde o desmame precoce até a não higienização dentária noturna.

Por fim, no significado atribuído pelas mães ao cuidado à saúde bucal, conclui-se que estas valorizam a estética dental, muitas vezes, em detrimento da saúde oral propriamente dita, apontando para uma significação social da saúde bucal.

Como caminhos apontados neste estudo e ainda avaliando-se a Política Nacional de Saúde Bucal (2004), entende-se que é imprescindível que se trabalhe no entendimento de percepções e de hábitos das mães, uma vez que estas podem influenciar na prevenção de problemas bucais na dentição decídua levando a uma população adulta com índice de doenças bucais reduzido.

Ainda nesta vertente, acredita-se que as Políticas de Saúde devem atentar-se a esta população e aos determinantes sociais que tomam parte do processo de adoecimento odontológico investindo em programas e serviços que objetivem, além da redução dos problemas de saúde bucal, a educação, como forma de construção e inserção de hábitos adequados para a manutenção da saúde infantil.

Desta maneira, os resultados dessa pesquisa contribuem para o avanço da odontologia preventiva, pois podem apontar caminhos para o planejamento de ações estratégicas para a promoção de saúde e prevenção de doenças no campo da saúde bucal. A inclusão das mães nesse cenário é imprescindível, pois, independentemente de seu contexto histórico e dos espaços sociais em que estão inseridas, ainda são as principais responsáveis pelos cuidados com as crianças.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE OMR, ADEGG C, RODRIGUES CS. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(3):789-96.

ALVES VS, NUNES MO. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2006; 10(19):131-47.

ARAUJO, Olívia Dias de et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 488-492, Aug. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400015&lng=en&nrm=iso>. access on 26 June 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000400015>.

ARDENGHI, TM; PIOVESAN, C; ANTUNES, JLF Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil *Rev Saúde Pública* 2013;47(Supl 3):129-37

BAGRAMIAN, R.A., GARCIA-GODOY, F. VOLPE, A., **The global increase in dental caries**. A pending public health crisis. *American Journal of Dentistry*, Vol. 21, No. 1, February, 2009.

BARDAL PAP, OLYMPIO KPK, VELLE AAL, TOMITA NE. Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa *Ciência Saúde Coletiva* 2016; 11(1):161-7.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, p.125-132.

BASTOS R DA S, BIJELLA V T, BASTOS J R DE M, BUZALAF M A R. Declínio de cárie dentária e incremento no percentual de escolares, de 12 anos de idade, livres da doença, em Bauru, São Paulo, entre 1976 e 1995. *Rev Fac Odontol Bauru*. 2002; 10(2):75-80.

BATISTA MJ, RANDO-MEIRELLES MP, SOUSA MLR. **Prevalência da cárie radicular na população adulta e idosa da região Sudeste do Brasil**. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(1):23–9.

BORGES CM, CASCAES AM, FISCHER TK, BOING AF, PERES MA, PERES KG. Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(8):1825-34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Cárie Dental. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Dados disponíveis em: <http://www.datasus.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 68 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes Da Política Nacional De Saúde Bucal, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal 2004. 16p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 92 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Manual de fluoretação da água para consumo humano / Fundação Nacional de Saúde. – Brasília: Funasa, 2012a. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. 2012. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp?VEstado=35&VMun=00&VComp=2012.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. DATASUS, 2014. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Plataforma Brasil, 2014. Disponível em http://portal2.saude.gov.br/sisnep/Menu_Principal.cfm

_____. PNAB Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

PNAB Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Minuta PNAB. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 48 p.

BROOME ME. **Integrative literature reviews for the development of concepts**. In: Rodgers BL, Knafk KA; editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p. 231-50.

COELHO, M.G. et al. Perda precoce da dentição decídua: análise da percepção das mães de crianças de 02 a 06 anos de idade na sede do distrito de Jaibaras, Sobral - CE. *SANARE, Rev. Pol. Pub.* ano VI, n.1, jan./jun. 2005

COIMBRA, F, MENDES, S, BERNARDO, M, **Prevalência e gravidade de cárie dentária numa população infantil de S. Tomé**. *Rev port estomatol med dent cir maxilofac.* 2013; 54(1):20–26.

FARIS JUNIOR, R. **Descrição do perfil dentário e avaliação de fatores associados a cáries, obturações e perda dentária dos policiais militares da região bragantina**. Dissertação (Mestrado), - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FERNANDES, Daniela S. Casarin et al. Motivo do atendimento odontológico na primeira infância. *Stomatos*, Canoas, v. 16, n. 30, jun. 2010. Disponível em <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-44422010000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 jul. 2014.

FREIRE, J. C. P; NÓBREGA, M.T.C; RIBEIRO, E.D; GHERSEL, E.L.A.O **Percepção Materna Sobre Saúde Bucal**: um Estudo em um Hospital de Referência do Estado da Paraíba. *Ver. Bras. ciências da Saúde* 21(3):197-202, 2017.

GANONG LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health.* 1987; 10(1): 1-11.

GISFREDE et al., Hábitos bucais deletérios e suas consequências em Odontopediatria *Rev. bras. odontol.*, Rio de Janeiro, v. 73, n. 2, p. 144-9, abr./jun. 2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.

(IBGE) Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil: 2009, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro, n.25, 2009, 154p.

JACKSON GB. **Methods for integrative reviews**. Rev Educ Res. 1980; 50(3): 438-60.

KOBAYASHI, Henri Menezes; MIALHE, Fábio Luiz; POSSOBON, Rosana de Fátima; PEREIRA, Antonio Carlos; MENEGHIM, Marcelo de Castro; AMBROSANO, Gláucia Maria Bovi **PROPOSTA DE PADRONIZAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE CÁRIE DENTÁRIA**. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2013; 25(2): 107-14, maio-ago.

LEFÈVRE F. Mitologia sanitária: saúde, doença, mídia e linguagem. São Paulo: Edusp; 1999.

LIMA, Daniela Pereira, Adriana Sales Cunha CORREIA, Aline Lima DOS ANJOS, Nagib Pezati BOER, **O USO DE SALIVA PARA DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS ORAIS E SISTÊMICAS**. Revista Odontológica de Araçatuba, v.35, n.1, p. 55-59, Janeiro/Junho, 2014

MALTZ M, PAROLO CCF, JARDIM JJ. Cariologia clínica. In: Toledo OA. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. 2ª. ed. São Paulo: Editorial Premier; 2015. p.105-50

MELLO, Tatiana Ribeiro de Campos; ANTUNES, Jose Leopoldo Ferreira; WALDMAN, Eliseu Alves. **Prevalência de cárie não tratada na dentição decídua em áreas urbanas e rurais do Estado de São Paulo, Brasil**. Rev Panam Salud Publica [online]. 2008, vol.23, n.2, pp. 78-84. ISSN 1020-4989.

MENDES, S.; **Cárie dentária: a doença mais prevalente em todo o mundo**. Portugal: Jornal do Centro de Saúde, 2008.

MENDES KDS, SILVEIRA RCCP, GALVÃO CM. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto contexto - enferm. 2008;17(4):758-64.

MINAYO, M.C (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MORAES, M.E.L; BASTOS, M.B; MORAES. L.C; ROCHA, J.C., **Prevalência de cárie pelo índice CPO-D em portadores de síndrome de Down**. **PGRO-Pós-Grad Rev Odontol**, v.5, n.2, maio/ago. 2002.

MOURA, Lúcia de Fátima Almeida de Deus; MOURA, Marcoeli Silva de; TOLEDO, Orlando Ayrton de. **Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que frequentaram um programa odontológico de atenção materno – infantil**. **Revista Ciência e Saúde**. v 12, n 4. p:1079-1086. Bauru, 2007.

NATIONS MK, CALVASINA PG, MARTI N MN, DIAS HF. Cultural significance of primary teeth for caregivers in Northeast Brazil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(4):800-8.

NORMANDO, David. A estética e a percepção humana. **Dental Press J. Orthod.**, Maringá, v. 17, n. 5, p. 1, Oct. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512012000500001&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S2176-94512012000500001>.

NUNES, Vinícius Humberto; PEROSA, Gimol Benzaquen. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 191-200, jan. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100191&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 13 ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.13582015>.

OLIVEIRA, WF; FORTE, FDS Construindo o Significado da Saúde Bucal a Partir de Experiência com Mães. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 11(2):183-191, abr./jun. 2011.

OLIVEIRA J. Atitudes dos médicos pediatras e das mães sobre a saúde bucal crianças de 0 a 36 meses de idade em Florianópolis-SC. [Tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. *Rev. O Mundo da Saúde*. São Paulo (SP), v. 32, n. 4, p. 466-474, 2008.

PEREIRA AL, BACHION MM. **Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência**. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2006 dez;27(4):491-8.

PERES MA, LATORRE MDOR, SHEIHAM A, PERES KG, BARROS FC, HERNANDEZ PG et al. Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:53-63.

PÉRICO GV, GROSSEMAN S, ROBLES ACC, STOLL C. Percepção de mães sobre a assistência prestada a seus filhos por estudantes de medicina da sétima fase: estudo de caso no ambulatório de pediatria de um hospital universitário. *Rev Bras Educação Médica* 2006; 30(2):49-55

PIRES AP. **Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico**. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Lapemère A, Mayer R, Pires AP, organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Ed. Vozes; 2008. p. 154-211.

RIBEIRO AG, OLIVEIRA AFB, ROSEMBLATT A. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(6):1695-1700.

REGIS-ARANHA, Lauramaris de Arruda et al. Relation between oral health and socioeconomic variables among schoolchildren aged 12 in the City of Manaus - AM. *Acta Amaz.*, Manaus, v. 44, n. 3, Sept. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0044-59672014000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 25 July 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4392201305302>.

ROBLES ACC, GROSSEMAN S, BOSCO VL. Satisfação com o atendimento odontológico: estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(1):43-9.

SARRAF, Jonathan souza; MIRANDA, henrique da costa; BESTEIRO, alana valéria matos; SILVA, luiz carlos costa; SARQUIS, sotero netto. Guia de delineamento de estudos: Como delinear estudos na área da saúde? – Belém- PA, Oncológica Brasil - Ensino e Pesquisa, 1ªed, 2015.

SILVA Beatriz Dulce Marinho da, Franklin Delano Soares FORTE Acesso a Serviço Odontológico e Percepção de Mães Sobre Saúde Bucal Pesq Bras Odontoped Clín Integr, João Pessoa, 9(3):313-319, set./dez. 2009

SILVA, Mônica Vasconcelos; MARTELLI, Petrônio J. L. Promoção em saúde bucal para gestantes: uma revisão de literatura / Oral health promotion for pregnant women: a review of literature : *Odontol. clín.-cient*;8(3):219-224, jul.-set. 2011.

SILVA MBC, MOURA MEB, SILVA AO. Desmame precoce: representações sociais de mães. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]* 2007;9(1):31-50.

SOARES, Cassia Baldini; HOGA, Luiza Akiko Komura; PEDUZZI, Marina; SANGALETI, Carine; YONEKURA, Tatiana; SILVA, Deborah Rachel Audebert Delage. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(2):335-45.

SOUZA, Marcela Tavares; SILVA, Michelly; CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

SOKLARIDIS, S. The process of conducting qualitative grounded theory research for a doctoral thesis: Experiences and reflections. *Qual. Rep.*, v.14, n.4, p.719-34, 2009.

WANDERA M. Factors associated with caregivers' perception of children's health and oral health status: a study of 6- to 36-month-olds in Uganda. *Int J Paediatr Dent* 2014; 19:251-62.

WHO, Organização Mundial da Saúde. Manual de Levantamento Epidemiológico da Saúde Bucal. Genebra, 1991.

Who, World Health Organization. Oral health surveys: basics methods. 4th edition. Geneva: WHO; 1997.

ZHANG. S, LIU. J, LO, E.C.M, CHU, C.H., **Dental caries status of Bulang preschool children in Southwest China.** *BMC Oral Health* 2014.



APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice 1 – Instrumento para coleta de dados.

Nº do Artigo	Base de Dados	Ano	Volume	Número	Páginas
Título					
1º Autor					
2º Autor					
3º Autor					
Periódico					
Método					
Descritores					
Objeto de Estudo					
Objetivo					
Problema					
Sujeitos					
Resultados					
Cenário					

Apêndice 2 – Formulário de dados para Avaliação da Saúde Bucal

Data: ____/____/____.

Nome: _____

Dados da mãe e/ou responsável**Dados Sócio demográficos**

1. Idade: _____

2. Profissão: _____

3. Sexo: () Feminino () Masculino

4. Renda familiar:

() até 1 salário mínimo

() de 1 a 2 salários mínimos

() de 2 a 4 salários mínimos

() de 4 a 6 salários mínimos

() mais de 6 salários mínimos

5. Situação Conjugal:

() casada/o

() viúva/o

() solteira/o

() união consensual

() divorciada/o

6. Nº de filhos: _____

7. Idade do (s) filhos (s): _____

8. Escolaridade:

() Não concluiu o 1º grau

() 1º grau completo

() 2º grau completo

() Nível superior ou 3º grau completo

Dados de higiene e cuidados

9. Quem cuida dos filhos: _____
10. A criança foi amamentada no peito? () Não () Sim
11. Se sim, quanto tempo? _____
12. Se não, qual o motivo do desmame? _____
13. Escova os dentes todos os dias? () sim () não
14. Se sim, quantas vezes?
- () nenhuma () 2 vezes ao dia
- () 1 vez ao dia () 3 vezes ou mais por dia
15. Escova os dentes antes de dormir? () sim () não
16. Sua gengiva sangra ao escovar? () sim () não
17. O que utiliza para limpeza dos dentes?
- () nada () escova + pasta + fio dental
- () escova () outros _____.
- () escova + pasta de dente
18. Quando você acredita que se deve iniciar a limpeza da boca da criança?
- () logo após o nascimento () quando inicia a alimentação sólida
- () Quando nasce o primeiro dentinho () não sabe
19. Acha possível uma criança crescer sem cárie? () sim () não
20. Acha possível transmitir doenças para seu filho pela boca? () sim () não
21. Se sim, como? _____
22. Já fez tratamento odontológico? () sim () não
23. Se sim, desde que idade vai ao dentista? _____ anos
24. Com que frequência?
- () nunca fui () 2 vezes ao ano
- () raramente () quando sente dor
- () 1 vez ao ano () _____
25. Há quanto tempo frequenta este serviço público de saúde?

- () primeira vez () mais de um ano
 () um ano () mais de dois anos

26. Você tem ou teve dor em seus dentes? () sim () não

27. Se sim, você sabia a causa da dor? () sim () não

28. Já tomou remédio por conta própria para problemas na boca? () sim () não

29. Já extraiu algum dente permanente? () sim () não

30. Você usa algum tipo de prótese? () sim () não

31. Se sim, qual?

- () dentadura superior () parcial fixa
 () dentadura inferior () parcial removível

32. Costuma higienizar suas próteses? () sim () não

33. Você fuma ou já foi fumante? () sim () não

34. Já recebeu informações sobre saúde bucal? () sim () não

35. Se sim, por quais meios recebeu esta informação?

- () nunca recebi informação () outros profissionais do Posto de
 () pelo dentista Saúde ou Serviço Público
 () médico () parentes ou amigos
 () enfermeira () jornais, rádio, televisão
 () outros _____

36. Já participou de algum grupo de saúde bucal de gestantes ou mães e crianças?

- () não () de mães e crianças
 () de gestante () ambos

37. Caso tenha recebido orientações sobre saúde bucal nestes grupos, quem forneceu?

- () Médico () Enfermeiro () Dentista () Outro _____

38. Quem orienta seu filho sobre saúde bucal? _____

39. Todos seus filhos receberam os mesmos cuidados de saúde bucal? () sim () não

40. Em caso negativo, o que influenciou essa mudança?

- () orientações em grupos () experiências anteriores com outros
() orientações em consultas com filhos
profissionais da saúde
() outros _____

1. Conte-me: a senhora sabe o que é cárie?

2. O que a Senhora entende por saúde bucal? Por quê?

3. Qual a importância dos dentes de leite uma vez que eles serão trocados?

4. Você considera que seu filho tem saúde bucal? Por quê?

Dados da criança

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Higiene

Você higieniza a boca do seu filho? () sim () não

Se sim

- Como é feita esta limpeza?

() com fralda ou gaze úmida

() com escova dental

() com escova + fio dental

() outro método: _____

- Quantas vezes por dia?

() 1 vez

() antes de dormir

() 2 vezes

() após as principais refeições

() 3 vezes

() não realiza limpeza

- Quem é responsável por esta limpeza?

() os pais

() ele mesmo faz

() não é feita a limpeza

- Este procedimento de higienização é fácil? () sim () não

- Higieniza após as refeições? () sim () não

- Higieniza à noite antes de deitar? () sim () não

- Higieniza durante a noite após mamar? () sim () não

Seu filho já foi ao dentista anteriormente? () sim () não

Se sim, onde?

() posto de saúde

() dentista particular

() _____

Hábitos deletérios

Seu filho utiliza chupeta? () sim () não

Se sim, considera que é prejudicial? () sim () não

Seu filho chupa o dedo? () sim () não

Se sim, sabia que é prejudicial? () sim () não

Seu filho consome alimentos com açúcar? () sim () não

Se sim, com que frequência?

() Mais do que três vezes ao dia – alta demanda

() Até duas vezes ao dia – consumo moderado

() Uma vez ao dia – consumo baixo

Controla os alimentos açucarados e/ou salgadinhos industrializados entre as refeições?

() sim () não

Utiliza mamadeira? () sim () não

Se sim, qual o conteúdo?

() leite bovino

() com achocolatado

() leite em pó

() com mel

() chá

() com maisena

() com açúcar

() outros _____

Costuma amamentar e/ou dar mamadeira durante a noite? () sim () não

Se sim, com que frequência?

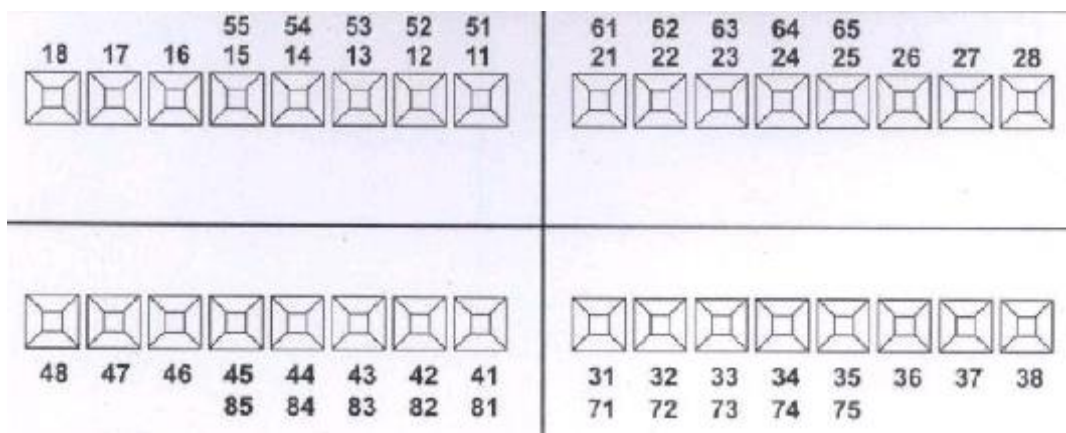
() 1 vez

() 3 ou mais vezes

() 2 vezes

Costuma usar mamadeira entre as refeições? () sim () não

Exame clínico



Interpretação

O Índice estima o ataque da cárie dental à dentição permanente.

A Organização Mundial de Saúde - OMS estabelece a idade de 12 anos como parâmetro básico para o indicador, com a seguinte escala de severidade (1):

- Prevalência muito baixa (0,1-1,1);
- Prevalência baixa (1,2-2,6);
- Prevalência moderada (2,7-4,4); e
- Prevalência alta (4,5-6,5).

A OMS havia estabelecido o CPO-D = 3,0, aos 12 anos de idade, como meta a ser atingida, mundialmente, até o ano 2000.

Quanto menor o índice, melhores as condições de saúde bucal.

Método de Cálculo:

Nº de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (extraídos e com extração indicada), em determinado local e período

 Nº total de crianças examinadas, no mesmo local e período.

Risco de cárie da criança: _____

Apêndice 3 – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO À RESOLUÇÃO 466/12-
CNS-MS)

O sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada: SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O CONHECIMENTO DAS MÃES, que pretende estudar as condições de saúde bucal de crianças na visão da mãe e/ou cuidador familiar de crianças.

O sr(a). foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por ser o responsável pela criança.....que faz parte da área de abrangência da USF Dr. Raphael.

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre dados socioeconômicos e informações específicas sobre as condições bucais das mães e/ou responsáveis e dos seus filhos que serão feitas pela própria pesquisadora (após a consulta, com duração de cerca de 30 minutos), anotadas em ficha específica e também gravadas. Após a transcrição das gravações, as mesmas serão destruídas.

A pesquisa consta também de tratamento odontológico dos participantes que inclui exame clínico, restaurações e profilaxia, o que pode trazer algum desconforto a ser amenizado com procedimentos anestésicos.

O procedimento tem por finalidade levantar as condições de saúde bucal de crianças na visão da mãe e/ou cuidador familiar e permitirá, com o conhecimento dessas características a identificação de elementos protetores e potencializadores do adoecimento bucal podendo no futuro subsidiar a implantação de políticas públicas na área da saúde bucal na ESF do município.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir no seu tratamento nem do de seu filho.

Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome, imagem e resultado da avaliação odontológica em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Eduarda Gimenes Corrêa

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Av: Irmãs Cintra, 1104, São Manuel/SP

e-mail:eduarda_correa@hotmail.com tel:(14) 99775-0055

Orientadora: Prof. Dra. Regina Stella Spagnuolo

Botucatu, SP Caixa Postal 530 E-mail: rstella@fmb.unesp.br