

A dental professional, wearing a white lab coat and a white hairnet, is applying a substance from a small applicator to the teeth of a young girl. The girl is wearing a pink long-sleeved shirt with a cat and heart pattern. The background is a light blue wall with some graffiti. The text is overlaid on the image.

Fábia Regina de Moraes Dócuze

*Educação em saúde bucal na escola: atitude
dos pais e prevalência de cárie em crianças*

*Araçatuba - SP
2014*

Fábia Regina de Moraes Dócuere

***Educação em saúde bucal na escola: atitude dos
pais e prevalência de cárie em crianças***

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade de Odontologia de Araçatuba, da
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, como parte dos requisitos para a obtenção do
título de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof.^a Adj. Cléa Adas Saliba Garbin

***Araçatuba – SP
2014***

Aos meus pais *Zilda e Dóraci*, obrigada por acreditarem em mim
todos esses anos, por serem exemplos de amor incondicional, fé,
dedicação, luta e por abdicarem de seus sonhos para a realização dos
meus... Devo a vocês essa conquista, espero um dia conseguir retribuir
tudo o que fizeram por mim!

Ao meu irmão *Nathan* obrigada por estar sempre ao meu lado,
acompanhando a realização do meu sonho!

Ao meu namorado *Guilherme* muito obrigada pelo apoio, incentivo,
confiança, compreensão e cumplicidade todo o tempo!

Difícil expressar em palavras tudo o que gostaria de dizer... Vocês me
acompanharam e muitos foram os momentos que estavam ao meu lado
para me fortalecer e me estimular a seguir em frente. Hoje só tenho
que agradecer por tudo!

AMO VOCÊS!

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço a Deus, fonte da vida e da graça.

Agradeço pela minha vida, minha inteligência.

Meus amigos que sempre estiveram torcendo para que meu sonho se realizasse, em especial a minha amiga Izabellã que trabalhamos juntas para que fosse concluído nosso trabalho

*Agradeço a Professora Adj **Cléa Adas Saliba Garbín**, docente da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP. Obrigada por acreditar em mim e por me ajudara crescer. Muito Obrigada!*

*Obrigada ao professor **Renato Moreira Arcieri** docente da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP pelo apoio e incentivo!*

*Agradeço a doutoranda **Gabriella** que esteve comigo todo o tempo, sempre apoiando e ajudando para que o meu trabalho fosse concluído ,você é meu orgulho!*

*Ao Funcionário **Nilton César**, do Departamento de Odontologia Infantil e Social, pela ajuda sempre que precisamos!*

A todos, que de forma direta ou indireta contribuíram na realização deste trabalho.

*"O que vale na vida não é o ponto
de partida e sim a caminhada.
Caminhando e semeando,
no fim terá o que colher"*

Cora Coralina

DÓCUSSE, F. **Educação em saúde bucal na escola: atitudes dos pais e prevalência de cárie em crianças**. 2014. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

Resumo

A promoção de saúde bucal para as crianças é de grande importância e deve ser trabalhada também a motivação dos pais para adoção de atitudes necessárias à manutenção da saúde dos seus filhos. Estes possuem um papel importante para prevenção de problemas bucais futuros. O presente estudo teve como objetivo avaliar a atitude dos pais e/ou responsáveis sobre a saúde bucal das crianças, e verificar a prevalência de cárie dentária das crianças matriculadas nas escolas municipais de educação básica da cidade de Araçatuba-SP. O estudo é transversal, analítico e para coleta de dados foi utilizado um instrumento com questões para avaliar a atitude dos pais em relação à saúde bucal dos seus filhos. Também foi realizado exame clínico bucal das crianças, para verificar do índice de ceo-d e IHOS, de acordo com os critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde. Os dados coletados foram analisados no software SPSS, sendo que análises descritivas e bivariadas foram realizadas sendo considerado um nível de significância de 0,05. A maioria dos entrevistados pertencia ao sexo feminino (60,5%), com idades entre 20 a 29 anos (40,1%), casados (46,3%) e estudaram até o ensino médio completo (43,5%). A condição de saúde bucal dos seus filhos era boa, sendo a média do ceo-d 0,68 (Desvio padrão= 1,70) (0,52 dentes cariados, dp = 1,41 e 0,16 dentes obturados, dp = 0,56). A maioria das crianças apresentou um índice de higiene oral médio (1,51 IHOS, dp=0,48). A atitude dos pais relacionada à saúde bucal não foram muito adequadas, já que muitos não utilizavam fio dental na higienização dos seus filhos, as crianças faziam uso de mamadeira e não realizavam escovação após a alimentação. O consumo de açúcar esteve associado à presença de placa dentária nas crianças ($p=0,05$). E a prática de escovação dentária era realizada na maioria dos casos pelos pais e esteve associada ao bom índice de ceo-d das crianças ($p=0,04$).

Palavras-chave: saúde bucal; atitude; pré-escolar, educação em saúde.

DÓCUSSE, F. **Oral health education in schools: attitudes of parents and prevalence of caries in children.** 2014. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

Abstract

Promotion of oral health for children is important and should also be crafted motivation of parents to adopt attitudes necessary to maintain the health of their children. Have an important role in preventing future dental problems. The present study aimed to evaluate the attitude of parents and / or guardians about the oral health of children, and determine the prevalence of dental caries of children in local elementary schools from Araçatuba-SP. The study is cross-sectional, analytical and data collection issues with an instrument was used to assess the attitude of parents towards their children's oral health. Patients also underwent oral clinical examination of children, to verify the dmft index and OHIS index, according to the criteria proposed by the World Health Organization. Data were analyzed using SPSS software, and descriptive and bivariate analyzes were performed is considered a significance level of 0.05. Most parents are woman (60.5%), aged 20-29 years (40.1%), married (46.3%) and studied to complete high school (43.5%). The oral health status of their children was good, with an average dmft of 0.68 (standard deviation = 1.70) (0.52 decayed teeth, SD = 1.41 and 0.16 filled teeth, dp = 0 , 56). Most children showed an index of average oral hygiene (OHIS= 1.51, SD = 0.48). The attitude of the oral health-related parents were not very appropriate, didn't daily use floss in their children, used the bottle and didn't realize brushing after meals. Sugar consumption was associated with the presence of dental plaque in children ($p = 0.05$). However, the practice of tooth brushing was performed in most cases by parents and was associated with good index dmft of children ($p = 0.04$).

Keywords: oral health; child, preschool; attitude; health education

Lista de tabelas

Tabela 1 -	Perfil sociodemográfico dos pais/responsáveis dos escolares, Araçatuba, 2014.	16
Tabela 2 -	Perfil sociodemográfico dos pais/responsáveis dos escolares, Araçatuba, 2014	17
Tabela 3 -	Caracterização da condição bucal dos escolares participantes do estudo, Araçatuba, 2014	17
Tabela 4 -	Caracterização da atitude dos pais em relação à saúde bucal dos seus filhos, Araçatuba, 2014	18
Tabela 5 -	Caracterização da atitude dos pais em relação à saúde bucal dos seus filhos, Araçatuba, 2014	19
Tabela 6 -	Análise bivariada entre as variáveis de saúde bucal (dependentes) e a atitude dos pais (independentes), Araçatuba, 2014	20

Lista de abreviaturas

CEO-d = Índice odontológico que contabiliza a quantidade de elementos dentários decíduos acometidos por cárie, elementos dentários com extração indicada e restaurados.

EMEB= escola municipal de ensino básico

Dp = desvio padrão

IHOS = índice de higiene oral simplificado

Sumário

1	Introdução	12
2	Metodologia	14
2.1	Desenho do estudo	14
2.2	Coleta de dados	14
2.3	Análise dos dados	15
2.4	Aspectos éticos	15
3	Resultados	16
3.1	Perfil sociodemográfico dos pais	16
3.2	Condição de saúde bucal dos filhos	17
3.3	Atitude dos pais em relação à saúde bucal	18
3.4	Análise bivariada dos dados	19
4	Discussão	21
5	Conclusão	24
	Referências	25
	Anexos	28

1 Introdução

As doenças bucais estão entre os problemas mais comuns e difundidos em todo o mundo. A condição de saúde bucal precária pode ter um impacto significativo na qualidade de vida de crianças, que leva a deterioração geral da saúde (GAMBHIR et al., 2013). Crianças que apresentam má saúde bucal são mais propensas a faltar à escola, do que aquelas com boa condição bucal. Dor, desconforto, noites sem dormir e tempo fora da escola ou do trabalho são problemas comuns para muitas crianças e adultos no mundo (KWAN et al., 2005).

Embora as doenças mais prevalentes na odontologia, cárie e doenças periodontais, sejam preveníveis ou de fácil controle mediante procedimentos simples, como a escovação dentária, controle da frequência do consumo de açúcares, uso adequado do flúor e visitas periódicas ao dentista, a boa saúde bucal ainda não é alcançada em nível populacional. Uma das possíveis explicações para a alta prevalência e incidência dessas patologias é sua associação a condições sociais, econômicas, políticas e educacionais e não apenas a fatores determinantes biológicos que interagem na etiologia dessas doenças (MACIEL, 1994).

Existem muitas abordagens diferentes para a prevenção de doenças dentárias e o método mais custo-efetivo é a educação em saúde (NAKRE; HARIKIRAN, 2013). Programas de motivação e educação em saúde bucal vêm sendo implantados para que grande parte da população tenha acesso às informações relacionadas aos problemas na cavidade bucal e instruções de higienização, além de motivar essas pessoas a darem uma atenção especial à saúde oral (HAUSEN et al., 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda integrar a promoção em saúde bucal em atividades curriculares nas escolas. Além disso, as práticas educativas devem considerar outras questões, como alimentação saudável, tabagismo, saúde sexual, doenças cardíacas e obesidade. Parece, no entanto, que o sucesso dos programas de promoção da saúde bucal em escolares depende muito de reforço em casa, especialmente por parte dos pais (NOURIJELYANI et al., 2014).

Estratégias educativas direcionadas para os pais de pré-escolares são de grande valia, já que o comportamento destes em relação à saúde bucal tem uma

influência direta no número de dentes cariados de seus filhos (OKADA et al., 2002). As atitudes dos pais têm um impacto positivo sobre o estado de saúde bucal dos filhos visto que pais que controlam a escovação e o consumo de açúcar, as crianças apresentam hábitos de saúde bucal favoráveis (ADAIR et al., 2004)

Os pais são os principais responsáveis por quase todos os problemas de saúde relacionados aos seus filhos, por isso o seu papel em modelar as crianças para a prática de saúde bucal preventiva ao longo da vida é fundamental (SHIVAPRAKASH et al., 2009). Considerando tal fato, o objetivo deste estudo é avaliar a atitude dos pais e/ou responsáveis sobre a saúde bucal dos seus filhos, e verificar a prevalência de cárie dentária das crianças matriculadas nas escolas municipais de educação básica da cidade de Araçatuba-SP.

2 Materiais e métodos

2.1. Desenho do estudo

Trata-se um estudo quantitativo exploratório de corte transversal e analítico, realizado em três Escolas Municipais de Educação Básica (EMEB) de Araçatuba, na qual participam do Projeto de extensão de educação em saúde bucal realizado pelo Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da FOA-UNESP.

Participaram do estudo 147 pais ou responsáveis e seus respectivos filhos de 0 a 6 anos que estudavam nas EMEBs que consentiram em participar do estudo.

2.2. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada durante seis meses, após um estudo piloto em que todas as variáveis foram testadas.

Os dados foram coletados por meio de questionário semi-estruturado, auto-aplicado, com perguntas fechadas, especialmente elaborado para pesquisa. As questões propostas abordaram dados sociodemográficos e atitude por parte dos pais sobre saúde bucal.

As variáveis de caracterização sócio demográfica dos pais incluem: idade, gênero, cor, estado civil, escolaridade, vínculo trabalhista e renda familiar. E as relacionadas as atitudes em relação a saúde bucal do seu filho incluem: quem realiza higiene bucal, o que utiliza para realizar higienização, frequência de escovação dentária, de troca da escova dental, de uso de fio dental, de ingestão de açúcares, se o filho é amamentado ou utiliza mamadeira antes de dormir, se é realizado higienização após amamentação, se já foi ao dentista e por qual o motivo. Foi realizado exame de saúde bucal com os pré-escolares, que foi conduzido pelo pesquisador, na própria escola. Para realização do exame utilizou-se sondas recomendadas pela OMS e espelhos bucais. Condição dos dentes foram avaliadas de acordo com os códigos e critérios para levantamento epidemiológico da World Health Organization(14). Para a condição dos dentes foi utilizado o número médio de dentes cariados, perdidos ou obturados (ceod).

Foi verificado também a higiene bucal da criança, de acordo com o Índice de Higiene Oral–Simplificado (IHO–S) descrito por Greene e Vermillion (1964). Este índice foi

realizado considerando os seguintes elementos dentários e respectivas superfícies: superfícies vestibulares dos segundos molares decíduos superiores; superfícies linguais dos segundos molares decíduos inferiores; superfície vestibular do incisivo central superior direito; superfície lingual do incisivo central inferior esquerdo. Os graus para biofilme bacteriano variam de 0 a 3, de acordo com os seguintes critérios:

Grau 0: não há biofilme bacteriano;

Grau 1: biofilme bacteriano cobrindo não mais que 1/3 da superfície exposta do dente;

Grau 2: biofilme bacteriano cobrindo mais que 1/3, mas não mais que 2/3 da superfície exposta do dente;

Grau 3: biofilme bacteriano cobrindo mais que 2/3 da superfície exposta do dente.

O resultado foi obtido pela soma dos graus de cada dente dividido pelo total de dentes avaliados. A higiene bucal foi considerada boa quando estivesse entre 0 e 1,5 regular entre 1,51 e 2,5 e péssima acima de 2,5.

2.3. Análise dos dados

As análises descritivas foram realizadas para caracterização sociodemográfica da população e atitude dos pais, por meio de medidas de tendência central (frequências simples, médias e medianas) e medidas de dispersão (desvio-padrão). A região para a rejeição ou não de qualquer das hipóteses foi considerada um nível de significância de 0,05. Foram realizadas análises bivariadas entre as questões sobre atitude de saúde bucal dos pais (variáveis independentes) com a condição de saúde bucal dos filhos (variáveis dependentes), foi utilizado o teste quiquadrado (χ^2), e para os resultados esperados menores do que cinco, foi utilizado o teste Exato de Fisher (para tabelas 2x2) ou a razão da máxima verossimilhança nas questões admitiam mais de duas categorias. Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa SPSS versão 17.0.

2.4 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual Paulista- Faculdade de Odontologia de Araçatuba e realizado com a compreensão e consentimento por escrito de cada participante.

3 Resultados

3.1. Perfil sociodemográfico dos pais

Dos entrevistados, a maioria pertencia ao sexo feminino (60,5%), com idade entre 20 a 29 anos (40,1%), cor branca (45,6%) , casados (46,3%) e estudaram até o ensino médio completo (43,5%) (Tabela 1) .

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pais/responsáveis dos escolares, Araçatuba, 2014.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	89	60,5
Masculino	56	38,1
Idade		
18 a 19 anos	2	1,4
20 a 29 anos	59	40,1
30 a 39 anos	58	39,5
40 a 59 anos	12	8,1
60 anos ou mais	4	2,7
Cor/ Raça		
Branco	67	45,6
Negro	17	11,6
Pardo	50	34,0
Amarelo	5	3,4
Indígena	1	0,7
Estado Civil		
Solteiro(a)	55	37,4
Casado(a)	68	46,3
União consensual	15	10,2
Separado(a)	3	2,0
Grau de Instrução		
Analfabeto	2	1,4
Fundamental incompleto	13	8,8
Fundamental completo	16	10,9
Médio incompleto	19	12,9
Médio completo	64	43,5
Superior incompleto	9	6,1
Superior completo	16	10,9

A maioria declarou ser empregado privado (40,8%), mas havia 23 pais desempregados ou que nunca trabalharam. A renda era em média de 1 a 2 salários mínimos (51%) e sem auxílio de bolsa família (77,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos pais/responsáveis dos escolares, Araçatuba, 2014.

Variáveis	n	%
Tipo de vínculo trabalhista		
Autônomo	27	18,4
Empregado público	8	5,4
Empregado privado	60	40,8
Nunca trabalhou / Desempregado	23	14,9
Renda Familiar		
Menos de 1 SM	13	8,8
De 1 a 2 SM	75	51,0
De 3 a 4 SM	41	27,9
De 5 a 6 SM	6	4,1
Mais de 10 SM	2	1,4
Recebe Bolsa Família		
Sim	27	18,4
Não	114	77,6
Composição familiar		
Duas	17	11,6
Três	58	39,5
Quatro	33	22,4
Cinco	23	15,6
Seis ou mais	11	7,5

3.2. Condição de saúde bucal dos filhos

A condição de saúde bucal das crianças era boa, sendo que a média do ceo-d de 0,68 (Desvio padrão= 1,70) (0,52 dentes cariados, dp = 1,41 e 0,16 dentes obturados, dp = 0,56). A maioria das crianças apresentou um índice de higiene oral médio (1,51 IHOS, dp=0,48).

Tabela 3 – Caracterização da condição bucal dos escolares participantes do estudo, Araçatuba, 2014.

Variáveis	Menor Valor	Maior Valor	Mediana	Média	Desvio-Padrão
Número de dentes	8	24	20,00	17,99	3,99
Cariados	0	9	0	0,52	1,41
Perdidos	0	0	-	-	-
Obturados	0	3	0	0,16	0,56
Ceod	0	10	0	0,68	1,70
IHOS	0,33	2,66	1,50	1,51	0,48

3.3. Atitude dos pais em relação à saúde bucal

Quanto à atitude dos pais em relação à saúde bucal dos seus filhos; a higienização dos dentes dos filhos é feito na maioria das vezes pelos pais (70,1%), com utilização de escova (97,3%) e creme dental (93,2%). A frequência de escovação ocorre 2 vezes por dia (39,5%) e raramente ou nunca utilizam fio dental (33,3%). Em relação a ingestão de açúcares, é baixa com consumo menor que uma vez ao dia (44,2%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização da atitude dos pais em relação à saúde bucal dos seus filhos, Araçatuba, 2014.

Variáveis	n	%
Quem faz a higiene dos dentes do seu filho?		
A própria criança	32	21,8
Pai/Mãe	103	70,1
Outro	8	5,4
O que você utiliza para fazer higiene bucal?		
Escova	143	97,3
Creme dental	137	93,2
Fio dental	60	40,8
Enxaguatório	29	19,7
Palito de dente	16	10,9
Quantas vezes por dia você escova os dentes?		
Uma vez	14	9,5
Duas vezes	58	39,5
Três vezes	46	31,3
Quatro vezes	4	2,7
Após todas as refeições	21	14,3
Com que frequência você troca a escova?		
Todo mês	33	22,4
De 6 em 6 meses	78	53,1
Uma vez por ano	2	1,4
Quando ela fica velha e gasta	29	19,7
Com que frequência você passa fio dental?		
Todo dia após cada escovação	19	12,9
Uma vez ao dia	27	18,4
Uma vez por semana	12	8,2
Raramente	49	33,3
Nunca	34	23,1
Qual a frequência de ingestão de açúcares?		
Alta, consumo igual ou maior que três vezes ao dia	14	9,5
Média, até duas vezes ao dia	54	36,7
Baixa, consumo menor que uma vez ao dia	65	44,2
Não consome	7	4,8

A maioria das mães não higienizam a boca de seus filhos (46,1%) após a amamentação ou uso de mamadeiras, as quais muitas utilizam para criança dormir (61,9%). A maioria declarou que seus filhos já foram ao dentista (64,6%), pelo motivo

de prevenção/rotina (74,7%).As mães responderam ser importante as atividades educativas e preventivas realizadas na escola de seu filho (96%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização da atitude dos pais em relação à saúde bucal dos seus filhos, Araçatuba, 2014.

Variáveis	n	%
Seu filho é amamentado ou usa mamadeira?		
Sim	91	61,9
Não	47	32,0
Não sei	2	1,4
Em caso positivo, você limpa a boca dele após a amamentação?		
Sim	37	40,6
Não	42	46,1
Não sei	5	5,5
Seu filho já foi ao dentista?		
Sim	95	64,6
Não	51	34,7
Se sim, por qual motivo?		
Prevenção/ Rotina	71	74,7
Dor de dente	8	8,4
Dente quebrado	6	6,3
Sem informação	10	10,5
Você tem conhecimento das atividades educativas e preventivas?		
Sim	106	72,1
Não	37	25,2
Em sua opinião, essas atividades são importantes?		
Sim	142	96,6
Não	0	,0
Você aprendeu algo sobre saúde bucal com seu filho?		
Sim	102	69,4
Não	33	22,4

3.4. Análise bivariada dos dados

Na análise bivariada, poucas associações estatisticamente significantes foram encontradas entre atitude pais com a condição de saúde bucal das crianças. Com o ceo-d como variável dependente, a pessoa que faz higienização bucal da criança teve associação com $p < 0,05$. Com o IHOS como variável dependente, a frequência de ingestão de açúcar teve associação estatística (Tabela 6).

Tabela 6– Análise bivariada entre as variáveis de saúde bucal (dependentes) e a atitude dos pais (independentes), Araçatuba, 2014.

Variáveis	CEOD			IHOS		
	0	1 ou >	pvalor	Ruim/Médio	Bom	pvalor
Quem faz a higiene dos dentes do seu filho?						
A própria criança	23	9	0,046**	27	1	0,448**
Pai/Mãe	87	16		84	7	
Quantas vezes por dia você escova os dentes do seu filho?						
Uma vez	10	4	0,552**	14	-	0,630**
Duas vezes	48	10		47	4	
Três vezes	38	8		40	3	
Quatro vezes	2	2		4	-	
Após todas as refeições	16	5		13	1	
Com que frequência você troca a escova do seu filho?						
Todo mês	25	8	0,542**	24	2	0,921**
De 6 em 6 meses	61	17		68	4	
Uma vez por ano	2	-		2	-	
Quando ela fica velha e gasta	25	4		24	2	
Com que frequência você passa fio dental do seu filho?						
Todo dia após cada escovação	17	2	0,634**	15	1	0,775**
Uma vez ao dia	20	7		22	2	
Uma vez por semana	10	2		10	1	
Raramente	37	12		43	1	
Nunca	28	6		27	2	
Qual a frequência de ingestão de açúcares de seu filho (a):						
Alta, consumo igual ou maior que três vezes ao dia	11	3	0,946**	13	-	0,050**
Média, até duas vezes ao dia	43	11		47	1	
Baixa, consumo menor que uma vez ao dia	50	15		48	7	
Não consome	6	1		7	-	
Seu filho é amamentado ou usa mamadeira ao dormir?						
Sim	70	21	0,441**	75	7	0,367**
Não	39	8		39	1	
Não sei	2	-		1	-	
Em caso positivo, você limpa a boca dele após a amamentação?						
Sim	26	11	0,272**	30	2	0,548**
Não	35	7		36	3	
Não sei	3	2		3	1	
Seu filho já foi ao dentista?						
Sim	74	21	0,525	78	7	0,717*
Não	42	9		42	2	
Se sim, por qual motivo?						
Dor de dente	6	2	0,885**	7	1	0,533**
Dente quebrado	5	1		6	-	
Prevenção/ Rotina	53	18		57	6	

4 Discussão

A saúde bucal tem um papel importante no bem-estar geral dos indivíduos, sendo que os comportamentos/attitudes dos pais podem afetar na saúde bucal dos seus filhos e a adoção de bons hábitos de saúde bucal na infância, muitas vezes leva a resultados positivos na qualidade de saúde e vida das crianças (ADENIYI et al., 2009). Os pais e responsáveis são os principais atores no desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, deste modo as intervenções orientadas para as crenças e attitudes dos pais sobre saúde bucal podem ser benéficas na prevenção de problemas bucais, tais como a cárie dentária (HOOLEYA et al., 2012).

A condição de saúde bucal das crianças participantes do estudo era boa, com média do ceod menor que os resultados encontrados no projeto SBBrasil 2010 (Brasil, 2011), sendo que 79,6% da amostra do estudo estava livre de cárie. Estes resultados apresentam-se semelhantes com outras pesquisas recentes realizadas no Brasil, aonde a minoria das crianças apresentava experiência de cárie (BONANATO, K. et al., 2010; PAULA, J.S. et al., 2012; MARTINS, M. et al., 2013; BERTI et al., 2013).

Os entrevistados participantes do estudo eram, em sua maioria, de sexo feminino, com ensino médio completo e baixo nível socioeconômico. O baixo poder aquisitivo é uma condição que dificulta a busca de uma vida saudável e desta forma, pessoas vivendo em situações de risco não podem satisfazer suas necessidades básicas, a exemplo da higiene bucal. Neste sentido, existe maior predisposição à instalação da doença cárie em filhos de mães de baixa renda (FERREIRA et al., 2011). E os resultados do presente estudo confirmaram o fato de que os pais que vivem com baixa renda e que não tiveram educação de nível superior apresentam menos chances de ter níveis elevados de attitudes odontológicas positivas, assim como em outros estudos realizados (WILLIAMS, N.J. et al., 2002; KUMAR, G. et al., 2013).

Mesmo a maioria das crianças estando livres de cárie, alguns comportamentos inadequados em relação aos cuidados bucais foram observados nos resultados do estudo. Menos da metade dos pais relataram fazer uso do fio dental na higienização dos seus filhos e quando utilizam a frequência é baixa. Métodos de higienização auxiliares, como o uso do fio dental, devem ser usados quando os dentes adjacentes

já estiverem em contato, como recomendado pela Academia Americana de Odontopediatria [2011]. No estudo realizado por Chhabra et al, também foi observado o não uso do fio dental e enxaguatórios, devido à falta de conhecimento sobre saúde bucal e o custo de tais auxílios (CHHABRA; CHHABRA, 2012).

Quanto ao uso de mamadeira, 61,9 % das crianças fazem uso, sendo que 46,1% dos pais não realizam a higienização da boca da criança após a utilização da mamadeira. Estes achados corroboram com a pesquisa realizada com pais de escolares na Índia, que mostrou que os pais discordaram sobre o uso da mamadeira noturna como causa de problemas, devido ao desconhecimento sobre hábitos nocivos que podem causar doenças bucais (NAGARAJAPPA et al., 2013) .

Com os resultados deste estudo constatou que 70,8% das crianças escovavam os dentes de duas a três vezes por dia. Uma parte (21,8%) dos pais relatou que as próprias crianças escovavam seus dentes, sendo que é recomendado que os adultos executem ou auxiliem a escovação das crianças com idade inferior a cinco anos, já que são apenas parcialmente capazes de realizar a escovação, devido à falta de destreza e cognição necessária para a limpeza adequada (MOHEBBI et al., 2008). Tal fato, pode ter influenciado na boa condição de saúde bucal das crianças deste estudo, com presença de poucos dentes cariados, perdidos ou obturados, já que foi observado associação estatisticamente significativa entre o pai/mãe na realização da escovação da criança com o índice baixo de ceo-d.

A taxa de atividade de cárie é superior nos pacientes que iniciaram a escovação sem supervisão dos pais, começaram a consumir sacarose antes do primeiro ano de vida e que se alimentam entre as principais refeições (FERREIRA et al., 2011). Foi observado que o consumo de açúcar pelas crianças estudadas esteve associado com índice de placa dentária médio/ruim. Os hábitos presentes na dieta infantil constituem um fator importante na etiologia e progressão da doença cárie e, que, a discriminação quanto à preferência por sabores ocorre na fase de desenvolvimento da criança, sendo fundamental a orientação não só quanto aos hábitos de higiene bucal, como também em relação ao consumo racional de açúcar (NOVAIS et al., 2004). Desta forma, a orientação nutricional deve ser incluída no planejamento de educação em saúde de maneira concreta, enfatizando a importância da prática alimentar no contexto de saúde geral e bucal, sendo a infância a época mais

importante para a aprendizagem dos princípios que norteiam a alimentação adequada.

Os resultados do estudo podem proporcionar uma visão da relação entre atitudes dos pais e saúde bucal dos seus filhos, mas existem algumas limitações, pois o estudo é de corte transversal, o tamanho da amostra não é muito grande, com pais e crianças de três escolas do município. Existem também problemas relacionados ao entendimento do questionário, por exemplo, apesar da maioria dos pais terem nível médio completo, existiam analfabetos ou com poucos anos de estudo. O viés de memória para resposta das questões também pode ser sido uma limitação.

No entanto, os resultados revelaram que os pais desempenham um papel central na transferência de informações relacionadas à saúde e no comportamento saudável de seus filhos. Além disso, as mães são consideradas como modelos a serem seguidos, pois transferem valores, normas e atitudes aceitos para seus filhos. Assim, as intervenções muitas vezes concentrada apenas em crianças e no ambiente escolar, devem ser ampliadas para os pais e responsáveis, seja na reunião escolar, na comunidade ou serviços de saúde.

5 Conclusão

A condição de saúde bucal das crianças no estudo era boa, porém nem todas as atitudes relacionadas à saúde bucal realizadas pelos pais foram adequadas, já que muitos não utilizavam fio dental na higienização dos seus filhos, utilizavam mamadeira e não realizavam escovação após a alimentação. O consumo de açúcar esteve associado à presença de placa dentária nas crianças. E a prática de escovação dentária era realizada na maioria dos casos pelos pais e esteve associada ao bom índice de ceo-d das crianças.

Referências

- 1- ADAIR, P.M. et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. **Community Dent Health**.v. 21, p.102-11,2004.
- 2- ADENIYI, O. A. et al. "Do maternal factors influence the dental health status of Nigerian pre-school children?" **International Journal of Paediatric Dentistry**, v 19, n. 6, p. 448–454,2009.
- 3- American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guidelines on infant oral health care http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G Infant OralHealthCare.pdf , 2011
- 4- BERTI et al. Levantamento epidemiológico de cárie dentária em escolares de 5 e 12 anos de idade do município de Cascavel, PR. **Cadernos Saúde Coletiva**,v.21,n.4, p. 403-406, 2013.
- 5- BONANATO, K. et al. Oral disease and social class in a random sample of five-year-old preschool children in a Brazilian city. **Oral Health Prev Dent**, n.8, p.125-32, 2010.
- 6- CHHABRA, N.; Chhabra, A. Parental knowledge, attitudes and cultural beliefs regarding oral health and dental care of preschool children in an Indian population: a quantitative study. **Eur Arch Paediatr Dent.**, v.13 ,n.2,p. 76-82, Apr 2012.
- 7- FERREIRA, J.M.S. et al. Práticas de pais sobre a higiene bucal e dieta de pré-escolares da rede pública / Parents' practices regarding the oral hygiene and diet of preschoolers attending public schools. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia, Brasília, DF**, v.59, n.2, p.02-08, 2011.
- 8- GAMBHIR, R.S. et al. Impact of school based oral health education programmes in India: a systematic review. **J Clin Diagn Res.**, v.7, n.12, p.3107-10, Dec, 2013.
- 9- GREENE, J. C.; VERMILLION, J. R. The simplified oral hygiene index. **J. Amer. dent. Ass.**, v.68, p.25-31, Jan. 1964.
- 10- KWAN, S.Y.L. et al. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. **Bulletin of the World Health Organization**. v.83, n.9, p. 677–85, 2005.

- 11- HAUSEN et al. Application of the high-risk strategy to control dental caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.28, p.26–34, 2000.
- 12- HOOLEYA, M. et al. “Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: a systematic review of the literature,” **Journal of Dentistry**, v. 40, n.10, p. 787–872, 2012.
- 13- KUMAR, G. et al. Oral Health of Pre-School Aged Children in Dhanbad District, Jharkhand, India- A Peek into their Mother’s Attitude. **J Clin Diagn Res.**, v.7, n.9, p.2060–2026, Sep, 2013.
- 14- MACIEL, S.M. Saúde bucal infantil: a participação da mãe [tese de Doutorado]. São Paulo (SP): **Universidade de São Paulo**; 1994.
- 15- MARTINS, M. et al. Factors associated with dental caries in Brazilian children: a multilevel approach. **Community Dent Oral Epidemiol.** Dec 7, 2013.
- 16- MOHEBBI, S.Z. et al. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. **Int J Pediatric Dent.** v.18, p.48-55, 2008..
- 17- NAGARAJAPPA. R. et al. Infant oral health: Knowledge, attitude and practices of parents in Udaipur, India. **Dent Res J.**, v.10,n.5, p.659–665, 2013.
- 18- NAKRE, P.D, HARIKIRAN, A.G. Effectiveness of oral health education programs: **A systematic review.** **J Int Soc Prev Community Dent.** v.3, n.2, p.103-115, 2013.
- 19- WILLIAMS, N.J. et al. The relationship between socio-demographic characteristics and dental health knowledge and attitudes of parents with young children. **Br Dent J.**, v. 193, n.11,p. 651-54, 2002.
- 20- NOURIJELYANI, K. et al. The influence of mothers' lifestyle and health behavior on their children: an exploration for oral health. **Iran Red Crescent Med J.**, v.16, n.2, p.16051, Feb, 2014.
- 21- NOVAIS SMA. et al. Relação doença-cárie-açúcar: prevalência em crianças. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica Integrada.** v.4, n.3, p.199-203, 2004.
- 22- OKADA, M. et al. Influence of parents’ oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique. **Int J Paediatr Dent.** v.12, p.101-8, 2002.

- 23- PAULA, J.S. et al. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. **Health Qual Life Outcomes** v.10, n.6, 2012.
- 24- Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Resultados Principais. **Ministério da Saúde. Brasília**; 2011.
- 25- SHIVAPRAKASH, P.K. et al. The state of infant oral healthcare knowledge and awareness: Disparity among parents and healthcare professionals. **J Indian Soc Pedod Prev Dent.** v.27, p.39–43, 2009.
- 26- World Health Organization: *Oral health surveys: basic methods*. 4th edition. **Geneva: World Health Organization**; 1997

Anexos

ANEXO A - Questionário

Perfil sociodemográfico	
Q1 Nome da criança: _____ Idade da criança: _____ Turma: _____ Q3 Sexo: () Feminino () Masculino Q5 Estado Civil: 1) Solteiro(a) 2) Casado(a) 3) Viúvo(a) 4) União consensual 5) Separado(a) Q7 Tipo de vínculo trabalhista: 1) Autônomo 2) Empregado público 3) Empregado privado 4) Nunca trabalhou 5) Desempregado 6) Outro _____ Q9 Recebe Bolsa Família: 1) Sim 2) Não Se sim, Valor que recebe? _____	Q2 Nome do pai/responsável: _____ Idade do pai/responsável: _____ Q4 Cor/ Raça: 1) Branco 2) Negro 3) Pardo 4) Amarelo 5) Indígena Q6 Grau de Instrução: 1) Analfabeto 2) Fundamental Incompleto 3) Fundamental Completo 4) Médio Incompleto 5) Médio Completo 6) Superior Incompleto 7) Superior Completo Q8 Renda Familiar: 1) Menos de 1 SM 2) De 1 a 2 SM 3) De 3 a 4 SM 4) De 5 a 6 SM 5) Mais de 10 SM 6) Não tem Salário Mínimo: 678,00 Q10 Composição Familiar - Quantas pessoas moram com você? _____
Atitude dos pais em relação a saúde bucal dos seus filhos	
Q23 Quem faz a higiene dos dentes do seu filho? 1) A própria criança 2) Pai/Mãe 3) Outro _____ Q25 Quantas vezes por dia você escova os dentes do seu filho? 1) 1 vez 2) 2 vezes 3) 3 vezes 4) 4 vezes 5) Após todas as refeições Q27 Com que frequência você passa fio dental do seu filho? 1) Todo dia após cada escovação 2) Uma vez ao dia 3) Uma vez por semana 4) Raramente 5) Nunca Q29 Seu filho é amamentado ou usa mamadeira ao dormir? 1) Sim. 2) Não. 3) Não sei. Q31 Seu filho já foi ao dentista? 1) Sim 2) Não Se sim por qual motivo? () Dor de dente () Dente quebrado () Prevenção/ Rotina () Outro _____ Q33 Em sua opinião, essas atividades são importantes? 1) Sim. 2) Não Q35 Descreva abaixo o que seu filho ensinou sobre saúde bucal _____ _____ _____	Q24 O que você utiliza para fazer higiene bucal no seu filho?(pode marcar mais de uma alternativa) () Escova () Creme dental () Enxaguatório () Fio dental () Palito de dente () Outro _____ Q26 Com que frequência você troca a escova do seu filho? 1) Todo mês 2) De 06 em 06 meses 3) Uma vez por ano 4) Quando ela fica velha e gasta Q28 Qual a frequência de ingestão de açúcares (doces, refrigerante, ketchup...) de seu filho(a): a) Alta, consumo igual ou maior que três vezes ao dia b) Média, até duas vezes ao dia. c) Baixa, consumo menor que uma vez ao dia. d) Não consome. Q30 Em caso positivo, você limpa a boca dele após a amamentação? 1) Sim. 2) Não. 3) Não sei. Q32 Você tem conhecimento das atividades educativas e preventivas em Saúde Bucal realizadas na escola do seu filho? 1) Sim 2) Não Q34 Você aprendeu algo sobre saúde bucal com seu filho? 1) Sim 1) Não Obrigada pela Participação!

Anexo B- Ficha de Exame Bucal

FICHA EXAME CLÍNICO																																					
DATA: ____/____/____																																					
FICHA Nº					NOME _____					IDADE: ANOS MESES																											
SEXO:					ETNIA:																																
CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO																																					
		18		17		16		55		54		53		52		51		61		62		63		64		65											
		21		22		23		24		25		26		27		28																					
COROA																																					
TRATAMENTO																																					
		48		47		46		85		84		83		82		81		71		72		73		74		75											
		31		32		33		34		35		36		37		38																					
COROA																																					
TRATAMENTO																																					
I.H.O.S. – ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO																																					
										<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;">DENTE EXAMINADO</th> <th style="width: 20%;">PLACA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1º MSD (2º OU 3º)</td><td> </td></tr> <tr><td>ICSD (ICSE)</td><td> </td></tr> <tr><td>1º MSE (2º OU 3º)</td><td> </td></tr> <tr><td>1º MIE (2º OU 3º)</td><td> </td></tr> <tr><td>ICIE (ICID)</td><td> </td></tr> <tr><td>1º MID (2º OU 3º)</td><td> </td></tr> <tr><td>IHOS – PLACA</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>										DENTE EXAMINADO	PLACA	1º MSD (2º OU 3º)		ICSD (ICSE)		1º MSE (2º OU 3º)		1º MIE (2º OU 3º)		ICIE (ICID)		1º MID (2º OU 3º)		IHOS – PLACA			
DENTE EXAMINADO	PLACA																																				
1º MSD (2º OU 3º)																																					
ICSD (ICSE)																																					
1º MSE (2º OU 3º)																																					
1º MIE (2º OU 3º)																																					
ICIE (ICID)																																					
1º MID (2º OU 3º)																																					
IHOS – PLACA																																					