

FACULDADE MERIDIONAL – IMED

ESCOLA DE ODONTOLOGIA

MONICA GNOATTO

PERCEPÇÕES E AÇÕES DAS MÃES EM SAÚDE BUCAL

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PASSO FUNDO

2015

MONICA GNOATTO

PERCEPÇÕES E AÇÕES DAS MÃES EM SAÚDE BUCAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado pela acadêmica de Odontologia Monica Gnoatto, da Faculdade Meridional - IMED, como requisito para a obtenção de grau em Odontologia.

PASSO FUNDO

2015

MONICA GNOATTO

PERCEPÇÕES E AÇÕES DAS MÃES EM SAÚDE BUCAL

Professora orientadora Dra: Lilian Rigo

PASSO FUNDO

2015

APRESENTAÇÃO

Acadêmica

Nome: Monica Gnoatto

E-mail: monni_llb@hotmail.com

Telefones: Celular: (54) 96075635

Área de Concentração: Clínica Odontológica.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia em saúde bucal.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre me apoiaram e concederam a mim a oportunidade de correr atrás do meu sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que iluminou meu caminho durante esta caminhada.

A minha família, que acreditou e investiu em mim, por toda a dedicação e por transmitirem força nos momentos difíceis. É muito bom saber que não estou sozinha.

Agradeço a minha professora orientadora, que teve paciência e me ajudou com os máximos esforços para concluir este trabalho. Também agradeço aos professores que durante toda a faculdade me mostraram o quanto estudar é importante.

Ao João Pedro, pessoa com quem amo partilhar a vida. Obrigada pelo carinho e por sua capacidade de trazer paz nos momentos de dificuldade.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram perto de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

EPÍGRAFE

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem
foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

As mães desempenham um papel fundamental como transmissoras da educação em saúde bucal. Assim, quanto maior o conhecimento das mães sobre atitudes positivas em relação a hábitos bucais, melhor a condição bucal das crianças. O objetivo do presente estudo foi analisar a representação do dentista para as mães de crianças de 3 a 12 anos e relacionar características sociodemográficas e de hábitos bucais de seus filhos. A metodologia utilizada foi uma abordagem quantitativa do tipo transversal não probabilística, com 100 mães entrevistadas em Marau-RS, a partir de um questionário elaborado para este fim e adaptado de pesquisas anteriores, no período de janeiro a julho de 2015. Os resultados apresentados mostraram que a maioria das mães trabalha fora (46,4%), porém, acompanham seu filho durante a escovação (50,7%). Para a maioria delas, a representação do dentista para elas, é de satisfação (37,1%) e o maior motivo da procura pelo mesmo, é saúde bucal (44,3%). Verificou-se que as mães que incentivam o uso do fio dental pelos filhos e que realizam o acompanhamento durante a escovação são as mães que tem satisfação com o dentista ($p < 0,05$). Além disso, as mães sabem que cárie dentária é uma doença e que o aparecimento da mesma tem relação com a alimentação, porém, introduzem achocolatado e açúcar na mamadeira de seus filhos. Dessa forma, foi possível concluir que, a satisfação com o dentista influencia as mães nos hábitos de higiene bucal adotados pelos seus filhos.

Palavras-chave: Higiene bucal. Saúde bucal. Odontologia.

ABSTRACT

Mothers play a key role as transmitters of oral health education. Thus, the higher the mothers' knowledge about positive attitudes towards oral habits, the better the oral health status of children. The aim of this study was to analyze the representation of the dentist for mothers of children 3-12 years and relate sociodemographic characteristics and oral habits of their children. The methodology used was a quantitative approach to non-probabilistic cross-sectional with 100 mothers interviewed in Marau-RS, from a questionnaire prepared for this purpose and adapted from previous research, from January to July 2015. The results showed that most mothers work outside (46.4%), however, accompany your child during brushing (50.7%). For most of them, the dentist is satisfied (37.1%) and the biggest reason for seeking it, is oral health (44.3%). It was found that mothers who encourage flossing their children and carry out monitoring during brushing are mothers who is pleased with the dentist ($p < 0.05$). In addition, mothers know that tooth decay is a disease and the appearance of it has to do with the food, however, introduce chocolate and sugar in a bottle of their children. Thus, it was concluded that the satisfaction with the dentist influence mothers in oral hygiene habits adopted by their children.

Key Words: Oral Hygiene. Oral Health. Dentistry.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição das variáveis sociodemográficas das mães.....	28
Tabela 2- Distribuição das variáveis de percepção e hábitos de higiene bucal com seus filhos.....	29
Tabela 3- Distribuição das variáveis das mães da experiência com o dentista.....	30
Tabela 4- Análise bivariada das variáveis sociodemográficas e de hábitos de higiene bucal com seus filhos e sua relação com a representação do dentista.....	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3	OBJETIVOS.....	24.
3.1	OBJETIVOS GERAIS.....	24
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
4	METODOLOGIA... ..	25
4.1	DELINEAMENTO E AMOSTRAGEM DO ESTUDO.....	25
4.2	COLETA DE DADOS.....	25
4.3	ANÁLISE DOS DADOS	26
5	RESULTADOS.....	28
6	DISCUSSÃO.....	34
7	CONCLUSÃO.....	39
	REFERÊNCIAS.....	40
	APÊNDICES.....	42
	ANEXOS	49

1 INTRODUÇÃO

Novos conceitos foram desenvolvidos a partir do princípio de que a educação gera hábitos de vida saudáveis, surgindo então a necessidade de uma atuação precoce no intuito de manter a saúde antes mesmo de prevenir a doença. Despertar o interesse da família para os cuidados com a saúde e educá-la para adotar um estilo de vida adequado, exerce grande impacto sobre suas vidas, promovendo uma boa saúde geral e bucal (SILVA et al., 2013). É importante que a população se aproprie do conhecimento e assim possa tomar as decisões saudáveis, e essa atitude relaciona-se com aspectos psicológicos, motivação, envolvimento, fatores econômicos e culturais (SILVA; FORTE, 2009).

Os familiares devem estar atentos aos próprios hábitos de higiene, porque a criança tende a imitar a atitude dos mais velhos. Os adultos precisam estar estimulados, receptivos e cooperativos, bem como apresentar conhecimentos, hábitos saudáveis e atitudes positivas de modo a atuar como multiplicadores, motivando e orientando os filhos para a adoção de um adequado estilo de vida para a saúde bucal (CAMPOS et al., 2010). Fazer com que os pais reflitam sobre seu papel cuidador com relação às condutas de seus filhos é o primeiro passo para a obtenção de sucesso na reflexão sobre hábitos saudáveis em saúde (OLIVEIRA; FORTE, 2011).

Muitas gestantes não colocam o pré-natal odontológico como prioridade, contribuindo para o agravamento de problemas bucais e para a precariedade das condições bucais tanto da mãe quanto de suas crianças. Neste sentido, a educação em saúde bucal para gestantes deve ser enfatizada, uma vez que as mães exercem um importante papel no núcleo familiar, atuando como multiplicadoras de informações, formando opiniões e construindo muitos comportamentos que seus filhos terão (CABRAL; SANTOS; MOREIRA, 2013). Fazer com que os pais tomem consciência do seu papel educativo com relação à higiene bucal dos seus filhos é o primeiro passo para a obtenção de sucesso na construção de hábitos de higiene bucal na criança (CRUZ et al., 2004).

Como a higiene oral é essencial para a saúde bucal, é importante fornecer à população orientações adequadas sobre o comportamento relacionado à saúde bucal das crianças e sua relação com as cáries dentárias. Abordar os fatores que influenciam a saúde bucal das crianças é útil para o desenvolvimento e a implementação de ações complementares de saúde pública com foco no comportamento das crianças e seus pais, em um esforço para proporcioná-los uma boa saúde bucal e uma melhor qualidade de vida (CASTILHO et al., 2013)

Uma estratégia interessante de promoção de saúde bucal, é o início, ainda nos primeiros anos de vida, de ações voltadas para mães e crianças, dentro de uma abordagem multiprofissional e intersetorial envolvendo os trabalhadores da rede pública de saúde e as famílias (OLIVEIRA; FORTE, 2011). Com o modelo de atendimento atual, buscando a promoção e prevenção em saúde bucal, é imprescindível que os cirurgiões dentistas já tratem sobre este conceito com as mães, fazendo com que se conscientizem e gerem hábitos de saúde bucal corretos em suas famílias.

Dessa forma, o presente estudo é relevante pois a ausência de conhecimento das mães pode gerar hábitos precários de higiene bucal dos filhos, necessitando assim de uma educação familiar sobre higiene bucal adequada, para que o futuro da saúde bucal seja bem-intencionado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Em um estudo que teve como objetivo verificar o conhecimento e percepção que um grupo de mães tem sobre a higiene bucal de seus bebês. Como metodologia foi realizado um estudo observacional, com abordagem indutiva e procedimento comparativo, estatístico-descritivo. Foram coletados dados por meio de questionário de 80 mães cujos filhos possuíam até 36 meses de idade e eram atendidos no Hospital Alcides Carneiro em Campina Grande – PB, no período de outubro a dezembro de 2002. As questões continham informações sobre identificação, dados socioeconômicos e sobre a higiene bucal em bebês. Nos resultados, foi relatado que apenas 32,5% das mães receberam informações sobre saúde bucal. No entanto, 73,8% das mães afirmaram que executam rotineiramente a higiene bucal no bebê. O método mais usado foi a escovação. Quanto a época de iniciação de higiene bucal, 50,8% realizaram antes da erupção do primeiro dente decíduo, 44,1% a partir do surgimento do primeiro dente e apenas 5,1% após a completa erupção dos dentes (CRUZ et al., 2004).

Em um artigo foram analisadas as representações sociais sobre o processo de saúde bucal de 29 mães de escolares do ensino infantil e fundamental, residentes no meio rural de Itaúna, em 2002. Como metodologia, foi realizado um questionário nas suas próprias residências, no entanto, dois pais participaram da pesquisa, pois demonstraram interesse também. Observou-se nos resultados, que a estética é considerada importante fator de saúde bucal para os entrevistados. Também relatam que a causa da pouca participação no momento da escovação está associada às suas atividades de trabalho ou mesmo ao desconhecimento sobre as chamadas “técnicas de escovação”. Revelaram que a atividade de escovação não é vista pelas crianças como uma atividade interessante, os pais assumem que seus filhos e as crianças em geral, normalmente, têm preguiça de realizá-la relatando: *“Porque criança você já viu, né. É rara a criança que gosta de cuidar de dente. Pelo menos aqui por perto.”* Em relação a alimentação, os alimentos contendo sacarose são frequentemente consumidos por essa população, mas principalmente as balas e os chicletes, os denominados “imbondos”, que “estragam” os dentes (ABREU; PORDEUS; MODENA, 2005).

Some-se a esses resultados os dados encontrados em um trabalho que objetivou verificar o conhecimento sobre saúde bucal apresentado por mães, segundo seu nível de escolaridade. Como metodologia, foi aplicado um questionário composto por 7 questões de múltipla escolha sobre o tema amamentação e comportamento de saúde bucal para 368 mulheres residentes na cidade de Araraquara (SP), mães de crianças menores de 12 anos de idade. Os resultados obtidos mostraram que quanto menor o nível de escolaridade, maior a porcentagem de mães que não receberam orientação sobre prevenção de cárie e manutenção de saúde bucal de bebês. A maioria das mães não apresentou conhecimento adequado sobre a transmissão da cárie. Um número significativo de mães afirmou que a visita ao dentista deve ocorrer somente após a erupção de todos os dentes permanentes. Conclui-se então, que o nível de escolaridade pode influenciar a conduta para a saúde bucal e que isso deve ser considerado como um fator importante para programas de orientação e prevenção sobre saúde bucal (CAMPOS; LIMA, 2006)

Em um outro estudo o objetivo foi avaliar a assimilação e as práticas preventivas em saúde bucal, adotadas por mães de crianças que frequentaram um programa odontológico de atenção materno infantil. A metodologia utilizada foi através de seleção aleatória de fichas de crianças que participaram do PPGB. Contatou-se 281 mães por carta, e as mesmas foram entrevistadas com temas como práticas em saúde bucal desenvolvidas no cotidiano do âmbito familiar. Obteve-se como resultado que as mães se mostraram conscientes e informadas quanto à etiologia e métodos preventivos de cárie dentária. Observou-se que quanto maior a escolaridade da mãe, há menos frequência de ingestão de açúcares (MOURA; MOURA; TOLEDO, 2007).

Em outra investigação que buscou averiguar maiores informações sobre o conhecimento materno em relação aos cuidados bucais do bebê. Como metodologia foi realizado um questionário na sala de espera do Serviço de Atendimento à Gestante da UFPA com 40 gestantes do Serviço Materno Infantil da Universidade Estadual do Pará. O questionário continha perguntas sobre o perfil da gestante e sua percepção quanto a atenção odontológica precoce. Os dados adquiridos foram submetidos à análise descritiva percentual (regra de três simples) e armazenados em um sistema aplicativo

Excel/Windows XP. Pode-se obter como resultados que 48% das gestantes nunca receberam qualquer tipo de orientação sobre cuidados com higiene bucal de bebês, entretanto 100% delas conhecem algum tipo de mecanismo de limpeza. Já 92% das gestantes entrevistadas acreditam que o atendimento odontológico realizado em bebês previne problemas futuros; destas 57% levarão seus filhos pela primeira vez ao consultório dentário antes de completarem 1 ano (HANNA; NOGUEIRA; HONDA, 2007).

Em uma pesquisa, o objetivo foi avaliar de forma comparativa o risco de desenvolvimento da cárie dentária nas crianças em relação aos conhecimentos maternos sobre a etiologia da cárie e cuidados com a higiene bucal, dieta alimentar dos filhos e cuidados de levá-los ao dentista. A metodologia iniciada com coleta de dados transcorreu em duas fases: a primeiro com exame clínico bucal para identificar a presença ou ausência de cárie; a segunda foi mediante entrevista estruturada pra a confirmação ou negação das hipóteses mencionadas nessa investigação. A entrevista foi realizada no pátio do CEO-centro com as mães. Foram abordadas questões sobre variáveis socioeconômicas da mãe, variáveis relacionadas à família, também o conhecimento da mãe sobre a etiologia da cárie, cuidados da mãe com hábitos de higiene bucal dos filhos, cuidados da mãe na dieta alimentar dos filhos e cuidados para levá-los ao dentista. Obteve-se como resultados, que existe, no grupo das mães avaliadas, um conhecimento disseminado sobre a etiologia da cárie, sendo este fragmentado e superficial, não induzindo mudança na atitude do cuidar materno sobre a saúde bucal dos filhos, e não se apresentando como condição associada ao estabelecimento da cárie nas crianças. Observou-se que o saber das mães sobre a cárie está em desequilíbrio em relação aos avançados conhecimentos técnico-científicos alcançados pela Odontologia no último século. Dentre os cuidados maternos com a higiene bucal associados à cárie, a escovação dental noturna, quando não é realizada pela mãe, apresentou-se como o fator mais fortemente associado ao desenvolvimento da cárie nas crianças, seguido pelo fator de a mãe não ter recebido orientação e treinamento da escovação dental por parte de um profissional de saúde, devendo estes determinantes ser considerados prioridade absoluta dentro das ações

educativas de saúde oral sobre higiene dos programas de promoção de saúde (RATACASO, 2007).

Em um trabalho o objetivo foi avaliar o conhecimento de 10 mães de crianças na faixa etária de 0 a 5 anos de idade do Núcleo de Saúde da Família, em Ribeirão Preto - SP sobre saúde bucal e tratamento odontológico. Como metodologia foi utilizada primeiramente uma entrevista semi-estruturada, gravada na residência das mães. Foram abordados temas como: a prática do cuidado, a visão sobre saúde bucal e o significado do tratamento odontológico. Na segunda parte, as mães eram submetidas ao ruído do instrumento de alta rotação e, em seguida, apresentava-lhes uma figura contendo um dentista realizando o tratamento odontológico, ambos com o intuito de tentar contribuir na identificação das representações a respeito do cuidado odontológico. Os resultados mostraram que as mulheres entrevistadas assumem plenamente a tarefa de responsáveis pela saúde bucal de seus filhos. E que, para a maioria, foram suas respectivas mães que as ensinaram a cuidar da boca. Apesar de a maioria dizer que frequentava o dentista, verificou-se que metade das mães nunca tinha levado o filho ao consultório odontológico: “Não!! No dentista nunca levei não. Porque eles cuida na escola”. As mães que disseram ter levado seus filhos ao dentista, mesmo tendo em mente que naquele local eles sentiriam dor, associaram este ato: ao cuidado com os dentes, proporcionando ausência de cárie e dentes bonitos; à concepção de “ir ao dentista” como sinônimo de saúde para seu filho e ao direito do filho a esse benefício e ao dever de mãe de levá-lo ao dentista (DOMINGUES; CARVALHO; NARVAI, 2008).

Um estudo teve como intuito avaliar as percepções e os conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças sobre os cuidados com a saúde bucal na primeira infância. Na metodologia, foi feito um estudo descritivo transversal, com 235 pais de Porto Alegre RS, realizando-se uma entrevista estruturada durante campanha de multivacinação no ano de 2004. Os indivíduos foram abordados na fila de espera para imunização, de forma aleatória. Obteve-se como resultado que 45% opinaram sobre a higiene bucal das crianças que deveria ser iniciada antes de seis meses de idade, e 57% consideraram que a criança teria capacidade de escovar seus dentes sozinha entre um

e três anos. Conclui-se que os pais desta pesquisa possuem inadequado conhecimento sobre saúde bucal na primeira infância (SILVA et al., 2008).

Um estudo teve como objetivo analisar o nível de conhecimento de gestantes institucionalizadas quanto aos cuidados com a saúde bucal dos bebês. Como metodologia foi realizada uma entrevista com 91 gestantes atendidas na maternidade do Instituto Cândida Vargas no município de João Pessoa, a entrevista continha questões objetivas e subjetivas com análise estatística descritiva. Obteve-se então, como resultados que, 94,5% consideram o uso da chupeta prejudicial à criança e 62,6% acreditam que a idade ideal para seu abandono é em torno de 1 ano de idade. Quanto a quantidade de creme dental, 56% das gestantes afirmam que a quantidade adequada é aquela que cubra toda a escova e 48,4% acreditam que a função do flúor está associada ao controle da cárie. Portanto, as gestantes participantes apresentam um conhecimento razoável, entretanto limitado, em relação aos cuidados com a saúde bucal (MASSONI et al., 2009).

Ressalta-se, também, uma pesquisa que teve como objetivo 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. Foi utilizado como metodologia entrevistar 78 mães de crianças de 0 a 36 meses cadastradas na USF II de Mogeiro/PB, contendo algumas questões como aspectos sócioeconômicos, acesso e utilização de serviços odontológicos e a percepção das mães sobre a saúde bucal de seus filhos. Estes dados foram apresentados por meio da estatística descritiva e digitado no SPSS. Como resultados, o motivo principal da consulta foi a presença de cavidades nos dentes (43,6%), 92,3% das mães não sabem quantas dentições as pessoas possuem e 94,9% não sabem dizer quais os tipos de dentições. Em relação à dentição que precisa de mais cuidados, 41,0% acharam que é a permanente, 48,7% responderam que ambas e apenas 10,3% informaram ser a decídua (SILVA; FORTE, 2009).

Também abordou-se um estudo que investigou conhecer práticas e significados de saúde bucal de mães de crianças atendidas em clínicas de odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina. O método foi qualitativo, com questões como “Como foram as suas experiências com dentistas ao longo de sua vida?”; “Hoje em dia, como você cuida de seus dentes?”; “Como você cuida dos dentes de seus filhos?”; “Por

que você acha que os dentes estragam?"; "O que você aprendeu sobre os cuidados com a boca desde que as crianças iniciaram o tratamento na universidade?". Para manter em anônimo, as mães foram nomeadas como M1, M2, M3, M4, M5, M6 e M7. Dando início aos resultados, a maioria das mães não recebeu instruções de saúde bucal familiar, justificando essa afirmação, M2 relatou morar na roça e por isso não tinha acesso a essas informações "Minha mãe, aos 25 anos não tinha mais nenhum dente e meu pai também tinha dentadura". Dentre as mães que receberam informações, M1 e M3 relataram que receberam as informações pelo dentista. Conhecendo a saúde bucal dos filhos, as entrevistadas relataram que quando seus filhos eram bebês, higienizavam com fralda ou gaze umedecida, dedeira e escova associada à pasta infantil. Conforme as crianças foram crescendo, algumas mães relataram não fazer a escovação noturna, pois quando chegavam do trabalho, seus filhos já estavam dormindo e informavam ficar com pena de tirar a criança da cama. Após o ingresso das crianças no serviço de odontologia da UFSC perguntamos sobre a importância da dentição decídua, M5 demonstrou preocupação em relação à saúde bucal e mencionou repassar orientações para outras mães. Contudo, observou-se preocupação das mães em cuidar e participar da higienização bucal de seus filhos e ter responsabilidade materna (ROBLES; GROSSEMAN; BOSCO, 2010).

Buscou-se como objetivo numa pesquisa, avaliar os conhecimentos de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal. Foi realizado estudo transversal com 416 mães de crianças de 0 a 6 anos, residentes no município de Cocal do Sul (SC). As mães responderam um questionário em espaços públicos, como praças e vias públicas. A primeira parte do questionário tratava de aspectos sobre caracterização dos sujeitos da pesquisa (idade, número de filhos, grau de escolaridade e condição socioeconômica). Na segunda parte, avaliou-se o conhecimento da mãe sobre saúde e higiene bucal. As mulheres foram abordadas iniciando-se pela pergunta se tinham filhos na faixa etária de 0 a 6 anos. No entanto, a entrevistada deveria concordar em colaborar com a pesquisa, se isso não ocorresse, ela seria substituída pela próxima e assim sucessivamente. Para classificar o grupo no geral, foram definidos três parâmetros: bom nível de conhecimento, médio nível de conhecimento e baixo nível de conhecimento, conforme o número de acertos. Para a classificação socioeconômica

utilizou-se o indicador ABA-Abipeme. As mães de classe elevada, foram as que mais tiveram acesso a essas informações. O médico foi a principal fonte de informações (35,7), seguido pelo dentista (21,8%). Verificou-se que a condição socioeconômica das entrevistadas, interfere no conhecimento sobre saúde bucal. Conforme diminui o nível socioeconômico, maior é o percentual das mães que não receberam informações e mais baixo é o nível de conhecimentos (CAMPOS et al., 2010).

Destaca-se um estudo que buscou avaliar o conhecimento e as práticas de saúde bucal dos pais e/ou responsáveis pelas crianças atendidas na Clínica Infanto-juvenil e as crianças atendidas na Clínica Infanto-juvenil da FO-UFRGS. Como metodologia foram avaliados 71 questionários autoaplicáveis durante o período de 19 de agosto a 30 de agosto de 2010, que continham questões sobre dados gerais da criança como: nome, endereço, telefone entre outros, sobre condições sócioeconômicas e grau de instrução dos responsáveis como se é alfabetizado, quantos anos de estudo possui, renda familiar média. Então foram feitas perguntas sobre a higiene bucal da criança (uso da escova, pasta dental, fio dental e palito, abrangendo a frequência do uso e o auxílio dos pais durante a higienização). A saúde bucal na primeira infância foi verificada com perguntas como: “Quando a criança começou a higienizar a boca?”, “O que foi utilizado para fazer a higiene bucal da criança?”, “Com que idade a criança começou a escovar os dentes sozinha?”. Sobre a questão de conhecimento em saúde bucal foram abordadas perguntas como: “Você considera cárie uma doença?”, “Você acha que cárie é transmissível?”. Foi realizado também um exame bucal coletando os índices de CPOD. Obteve-se como resultado que a maioria das crianças iniciou sua higienização bucal entre os 6 a 12 meses e que começou a higienização sozinha com 1 a 3 anos. Quanto ao uso da mamadeira 46% a usavam para adormecer ou durante a madrugada e 30% colocavam açúcar no conteúdo da mamadeira. Sobre o conhecimento dos responsáveis sobre cárie revelou que 50% deles nunca receberam informações sobre cárie e 52% consideram cárie uma doença. Porém, 42% dos responsáveis não consideram ou não sabem se cárie é transmissível (SOUZA; DIDIO, 2010).

O objetivo de um estudo foi compreender a percepção e comportamento das mães em relação aos cuidados da saúde bucal de crianças. A metodologia foi iniciada

com agendamento de visitas domiciliares feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde, para a realização da entrevista com 56 mães de crianças de zero e 36 meses, cadastradas em uma unidade de saúde da família do agreste nordestino. A mesma realizou-se em duas etapas, a primeira teve como finalidade a busca de informações (entrevista). A segunda etapa visa construção de momentos de educação em saúde bucal dirigidas a todas as mães da área de abrangência da unidade. Nesta pesquisa, houve um trabalho de estímulo às mães para a condução, elaboração, produção e transformação dos conceitos e percepções, no intuito de remover o pensamento não familiar que sustentam as práticas de saúde bucal. Algumas ações planejadas: rodas de conversa, confecção de folder, cartazes e distribuição de insumos de higiene bucal. As rodas de conversa foram delineadas a partir dos questionamentos das mães. Obteve-se como resultado que a escola foi a principal responsável pela orientação das participantes no cuidado com os dentes durante a infância das crianças (52,8%); 80,4% afirmam limpar os dentes do filho; 37,5% realizam a higiene duas vezes ao dia. Porém, apenas 10,7% das mães deste estudo levaram seu filho para consulta odontológica. As mães levariam seu filho ao dentista pela primeira vez em caso de identificarem alterações dentárias (cavidades, mudança de coloração e etc.), gengivite ou cárie nos dentes da criança (55,4%) outras 21,4% procurariam ajuda profissional caso eles sentissem dor e 3,6% em caso de trauma. Apenas 5,4% das entrevistadas levariam a criança para prevenção. Portanto, a saúde bucal das mães reflete nas práticas de cuidado de seus filhos. As mães associaram a cárie com a falta de higiene oral adequada e também a bactérias. Também relataram que a presença de cárie faz parte do percurso natural de suas vidas (OLIVEIRA; FORTE, 2011).

Uma pesquisa teve como objetivo avaliar o conhecimento sobre saúde bucal de mães participantes de um programa educativo-preventivo para lactentes. Foi realizado um estudo de coorte com questionários a 112 mães e seus respectivos bebês, de ambos os sexos, de 0 a 18 meses. Como foram formuladas anotações individuais dos dados de identificação, anamnese, higiene bucal, dieta alimentar, tipo de lesão da cárie dental, índice de placa visível e de sangramento gengival visível. Utilizando como instrumentais o trio, fio dental e gaze, todos esterilizados. Após os questionários, foram realizadas palestras educativo-preventivas por seis meses. No final do

acompanhamento, foi realizado novamente um questionário para avaliar os conhecimentos adquiridos. Como resultado, durante a coleta de dados do questionário inicial, observou-se que 57,3% das mães realizavam a higiene bucal de seus filhos nos períodos diurno e noturno, aumentando tal valor para 74,7% após as palestras e o acompanhamento educativo-preventivo. Antes do acompanhamento, 42,7% das mães realizavam a higiene apenas no período diurno e este valor passou para 24,1% no questionário final. Quanto ao uso de alimentos cariogênicos utilizados na alimentação de seus bebês, foi observada, em ordem decrescente, a seguinte frequência nos questionários inicial e final: mingau com açúcar (70,5 e 74,7%), leite com açúcar (24,1 e 26,5%), refrigerante (17 e 24,1%) e chá com açúcar (3,6 e 12%), não sendo observada diferença estatística significativa entre as respostas iniciais e finais. Nos resultados do exame da cavidade bucal dos bebês, percebeu-se, que quanto à presença ou não de manchas brancas ativas e cárie nas faces dentais, 5,6% delas estavam comprometidas inicialmente, enquanto que, ao ser realizado o exame final, esse percentual caiu para 0,4%. Quanto à presença de placa bacteriana, comparando-se os dados do primeiro com o segundo exame percebeu-se a redução de sua taxa, da ordem de 29,7 para 2,4% e, conseqüentemente, aumento do percentual de faces sem a presença de placa (de 70,3 para 97,6%). Ao examinar a presença de sangramento gengival, ficou evidente que houve um decréscimo quando comparada à avaliação inicial (SILVA et al., 2013).

Um trabalho objetivou compreender a percepção das gestantes do Programa Saúde da Família em relação aos problemas bucais e ao tratamento odontológico na gestação, no município de Ribeirópolis SE. A metodologia foi realizada como quantitativa e qualitativa, em uma entrevista com 41 gestantes, contendo 3 blocos de perguntas: dados pessoais, dados sobre a gestação e dados sobre percepção de problemas bucais e tratamento odontológico na gravidez. Os resultados mostraram que 68,3% não receberam nenhuma orientação sobre saúde bucal, sobre o tratamento odontológico na gestação, 41,5% das gestantes afirmaram ter recebido ou estarem recebendo o tratamento e 58,5% responderam que não foram atendidas pelo cirurgião-dentista no transcorrer da gestação. No entanto, as justificativas mais comuns das gestantes pela não realização do pré-natal odontológico estiveram relacionadas principalmente à baixa percepção de necessidade. Alguns depoimentos mostraram

indiferença para a saúde bucal, comodismo, falta de motivação para ir ao dentista e medo. Ademais, muitas vezes não é dada à mãe a opção de fazer seus filhos crescerem sem problemas bucais, porque ela simplesmente desconhece que existe uma postura de prevenção e que ela é determinante neste processo (CABRAL; SANTOS; MOREIRA, 2013).

O objetivo de um estudo foi envolver modelos atuais e comprovações científicas sobre a influência de comportamentos de saúde bucal dos pais na cárie dentária de suas crianças. Como metodologia foram utilizados dados da literatura Medline de 1980 até o final de junho de 2012, complementando por pesquisa manual de listas de referência de cada trabalho relevante identificado. Critérios legíveis para inclusão: avaliassem uma possível associação entre cáries dentárias e o comportamento dos pais relacionado à saúde bucal e se a metodologia do estudo incluísse exame clínico bucal. Também foram considerados trabalhos, revisões e capítulos originais em livros didáticos. No total 218 registros foram identificados. Duas revisões selecionaram e analisaram os artigos. Primeiro cada um selecionou, de maneira independente, os artigos dos seus resumos, verificando seus conteúdos. Depois procuraram artigos sem resumos. Foi estabelecido um consenso entre os dois pesquisadores. Obtiveram como resultado que 8 dos 13 estudos relacionavam as cáries à prática de autocuidado dos pais, 5 descreviam o açúcar como o fator responsável pelas cáries, 2 descreviam a influência da situação socioeconômica dos pais sobre a saúde bucal das crianças, e 2 associavam a idade das mães a cáries em seus filhos. Portanto, concluiu-se que, os hábitos de higiene começam em casa com os pais, principalmente com a mãe que desempenha um papel importante na saúde bucal dos filhos. É necessário um programa educacional de saúde que envolva orientação aos familiares sobre manutenção da saúde bucal dos filhos, resultando em qualidade de vida (CASTILHO et al., 2013).

Uma pesquisa teve como objetivo investigar os determinantes sociais familiares associados com a história de cárie de crianças e a necessidade de tratamento odontológico (NDT) entre as mães. Como metodologia, foi realizado um questionário com 360 crianças de 1 a 5 anos matriculados em dez escolas públicas do sul do Brasil e suas mães. Os dados foram coletados com 3 partes distintas. A primeira parte aborda

características sociais da família, incluindo nível de escolaridade da mãe, situação de emprego, renda média mensal, idade, estado civil, número de crianças, e frequência de visitas ao dentista. A segunda parte avalia o NDT (necessidade de tratamento dental) da mãe, de acordo com a presença de cárie dentária determinados pelo exame oral. A terceira parte avalia se a criança tem uma história de cárie dentária não tratada ou tem atualmente, com base no exame oral. Os exames foram realizados sob luz artificial, incluindo o uso de sondas exploratórias, espelhos, planos clínicos, espátulas de madeira e almofadas estéreis. O grupo inicial de pares mãe-filho era subdividido em quatro grupos com base nos resultados dos exames via orais. Grupo 1 (G1) incluído pares com NDT materna e uma criança com história de cárie. O grupo 2 (G2) incluído pares sem NDT materna e uma criança com história de cárie. O grupo 3 (G3) incluído pares com NDT materna e uma criança livre de cárie. Grupo 4 (G4) incluído pares sem NDT materna e uma criança livre de cárie. Como resultados, obteve-se que a maioria das mães tinham apenas ensino básico, enfatizando a baixa escolaridade da população considerada. Apenas 4 mães (1,5%) haviam concluído o ensino superior, 89 (32,7%) haviam concluído o ensino médio, e 41 (15,1%) completaram o ensino primário. A grande maioria (95,6%; n = 260) está empregada, embora a renda média da família seja baixa. Dos 272 pares mãe-filho, 148 (54,4%) ganhavam menos do que o mínimo mensal salário brasileiro, 73 (26,8%) ganhavam 1 a 3 salários mínimos, e apenas 37 (13,6%) ganhavam mais que 3 salários mínimos. As mães responderam sobre a visita ao dentista, nunca (45,2%, n = 123), raramente (42,6%, n = 116), uma vez por ano (10,3%, n = 28), ou mais de uma vez por ano (1,8%, n = 5). Em ordem de frequência, os pares mãe-filho pela maior parte pertenciam ao G1 ou G4, seguido por G3 e distantemente por G2. Conclui-se portanto que, O NDT na mãe estava associado com menor renda familiar, baixa escolaridade e menos visitas ao dentista. Da mesma forma, as variáveis renda, educação e visitas ao dentista das mães foram excessivamente associadas com experiência de cárie por esta ordem. Além disso, a experiência de cárie na criança depende menos da oscilação social do que para NDT materna, porque as crianças com e sem experiência de cárie faziam parte de famílias com perfis sociais mais próximos (MOIMAZ, et al., 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

O objetivo do presente estudo foi analisar a representação do dentista pelas mães de crianças de 3 a 12 anos e relacionar características sociodemográficas e de hábitos bucais para com seus filhos.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO E AMOSTRAGEM DO ESTUDO

O presente estudo tem uma abordagem quantitativa, cujo delineamento é do tipo transversal. A amostragem realizada foi não-probabilística, com todas as mães que frequentaram serviços da Unidade de Saúde de Família ESF Progresso de Marau-RS que aceitaram participar da pesquisa durante os meses de janeiro a julho de 2015, finalizando uma amostra de 100 mães.

O presente estudo foi realizado na cidade de Marau, cuja população corresponde a 40.147 habitantes e está localizada na região norte do Rio Grande do Sul, conta com 100% de cobertura de Estratégia de Saúde de Família possuindo doze unidades estruturadas para atender a população, um CAPS e uma Unidade de Especialidades. As estruturas dos ESFs contam com seis cirurgiões dentistas, dezesseis enfermeiros, dezessete médicos (Clínico Geral, Ginecologia, Pediatria, Psiquiatria e especialista em Saúde Mental) e uma nutricionista. O presente estudo foi realizado na Unidade de Saúde de Família ESF do bairro Progresso do município de Marau, pelo fato de estar em uma localização acessível, o mesmo conta com um médico clínico geral, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, um psicólogo e quatro agentes de saúde (IBGE, 2015).



4.2 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada a partir de informações relatadas pelas mães, no preenchimento de um questionário autoaplicativo realizado nos meses da coleta (apêndice A). Foram excluídas do estudo todas as mães que possuíam filhos com idade menor do que 3 anos e maior do que 12 anos. Previamente à entrevista, o roteiro foi validado aplicando-se em dez mães para verificação de inconsistência de forma e conteúdo das perguntas. Após a análise, o roteiro foi reestruturado chegando-se a versão final do instrumento.

As variáveis analisadas foram agrupadas em: características socioeconômicas, de percepção e hábitos de higiene bucal de seus filhos, experiência da mãe com dentista. O questionário da presente pesquisa seguiu um roteiro elaborado para este estudo, porém, foi adaptado de pesquisadores anteriores (FAUSTINO-SILVA et al., 2008; OLIVEIRA; FORTE, 2011).

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da IMED e aprovada, sob número 689.475, seguindo normas da Resolução 466/12 (anexo A). As mães participantes da pesquisa consentiram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização da pesquisa (Apêndice D).

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados foram anotados e digitados em um Banco de Dados específicos para a análise estatística descritiva e inferencial da presente pesquisa. Os dados foram processados eletronicamente com a utilização do Programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.0. Após, foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais dos dados, a partir das informações obtidas no instrumento de coleta de dados.

Para a análise descritiva, todas as variáveis foram descritas em uma tabela com valores relativos e absolutos, a fim de verificar a distribuição das frequências

encontradas nos dados das respostas das mães. Para avaliar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, o nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. As variáveis associadas ao desfecho foram as que tiveram nível de significância menor ou igual a 0,05.

Para a análise inferencial, foi definida a variável 'representação com o dentista', cujas categorias foram agrupadas em duas, conforme a distribuição da frequência dos dados: insatisfação (medo/dor/custo) e satisfação. As demais variáveis independentes foram agrupadas em três grupos: 1. Variáveis sociodemográficas (faixa etária, estado civil, ocupação, escolaridade, renda familiar, número de pessoas na residência); 2. Variáveis de percepção e hábitos de higiene bucal de seus filhos (consideração de cárie como uma doença, número de escovações por dia do filho, utilização do fio dental pelo filho, higienização oral do filho quando bebê, idade que parou de utilizar a mamadeira, idade que a criança começou a higienizar a boca sozinha, aconselhamento sobre escovação, acompanhamento da mãe durante escovação, motivo do não acompanhamento se esse o faz, rigidez nos horários para escovação, relação dos alimentos com o aparecimento da cárie); 3. Variáveis de experiência com dentista (desistência do tratamento com um dentista, última visita ao dentista, representação do dentista, principal motivo da ida ao dentista e sentimento durante o tratamento com um dentista). As associações foram analisadas e descritas em tabelas, verificando as associações estatisticamente significativas, em relação ao nível de probabilidade determinado.

5 RESULTADOS

5.1 ANALISE DESCRITIVA DOS DADOS

A tabela 1 demonstra as variáveis sociodemográficas de todas as mães entrevistadas. Observando que a maioria das mães são casadas (52,9%), trabalham fora (46,4%) e possuem 31 a 39 anos (31,4%). Quanto a escolaridade 24,3% estudaram até a 8ª série, já 25,7% concluíram o ensino médio e 21,4% chegaram a concluir a faculdade. Em relação ao número de pessoas na casa, conferiu-se que a maioria possui 3 a 4 pessoas na casa (27,9%). Conforme a tabela a seguir:

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas das mães.

VARIÁVEIS	N(100)	100%
Estado civil		
Solteira	21	21
Casada	74	74
Separada	5	5
Ocupação		
Do lar	35	35
Trabalha fora	65	65
Escolaridade		
Até 8ª série	34	34
Ensino médio	36	36
Faculdade	30	30
Renda		
1 salário mínimo	30	30
De 2 a 3 salários mínimos	42	42
4 salários mínimos ou mais	28	28
Número de pessoas na casa		
Até 3 pessoas	39	39
4 pessoas	39	39
5 ou mais pessoas	22	22
Idade		
20 a 30 anos de idade	32	32
31 a 39 anos de idade	44	44
40 a 55 anos de idade	24	24

A tabela 2 demonstra os hábitos de higiene bucal de seus filhos, sendo que 54,3% consideram cárie uma doença e 63,6% acha que o aparecimento da mesma tem relação com a alimentação. Seus filhos escovam os dentes mais do que duas vezes ao dia (60,7%) e fazem uso do fio dental (52,9%). Quanto da utilização da mamadeira, a

maioria (51,4%) utilizou até 2 a 6 aos contendo leite aquecido com achocolatado predominantemente (37,9%). Foi questionado também sobre a escovação dental dos filhos, no qual verificou-se que 59,3% aconselha o filho a escovar levemente, tentando a maioria ser rígida nos horários para a escovação (58,6%) e 50,7% acompanha o seu filho durante a escovação, porém, foi relatado que 45,7% não acompanham por falta de tempo. Sobre a aptidão das crianças a higienizar a boca sozinhos, 47,1% dos filhos das entrevistadas começaram a higienizar dos 3 anos em diante. Como demonstra na seguinte tabela:

Tabela 2 - Distribuição das variáveis de percepção e hábitos de higiene bucal com seus filhos.

VARIÁVEIS	N(100)	100%
Considera cárie uma doença		
Não	24	24
Sim	76	76
Número de escovações ao dia		
Até 1 vez ao dia	15	15
2 vezes ou mais	85	85
Utilização do fio dental		
Não	26	26
Sim	74	74
Higiene oral do bebê		
Somente com gaze umedecida	70	70
Pasta dental	30	30
Utilização da mamadeira		
Até 1 ano	28	28
2 a 6 anos	72	72
Conteúdo da mamadeira		
Somente leite aquecido	32	32
Leite aquecido com açúcar	15	15
Leite aquecido com achocolatado	53	53
Higiene oral sozinho		
1 a 3 anos	34	34
3 anos em diante	66	66
Aconselhamento sobre escovação		
Levemente	83	83
Com força	17	17
Acompanhamento durante escovação		
Não	29	29
Sim	71	71
Motivo de não acompanhar		
Falta de tempo	64	64
Acha que já pode se virar sozinho	36	36
Rigidez nos horários de escovação		
Não	18	18
Sim	82	82
Relação de alimentos com o aparecimento da cárie		
Não	11	11
Sim	89	89

A tabela 3 demonstra as variáveis das mães da experiência com o dentista, 44,3% foi há mais de 6 meses e 42,9% já desistiu de um tratamento com o mesmo. Para a maioria das mães, o dentista representa satisfação (37,1%) e o maior motivo de ida ao dentista é saúde bucal (44,3%), porém, grande parte das mães se sentem ansiosas durante o tratamento (55,7%).

Tabela 3 - Distribuição das variáveis das mães da experiência com o dentista.

VARIÁVEIS	N(100)	100%
Última visita ao dentista		
Até 6 meses atrás	38	38
Mais de 6 meses	62	62
Desistência do tratamento com um dentista		
Não	60	60
Sim	40	40
Representação do dentista		
Medo	15	15
Dor	13	13
Custo	20	20
Satisfação	52	52
Motivo da ida ao dentista		
Dor	29	29
Saúde bucal	62	62
Estética	9	9
Como se sente no tratamento com o dentista		
Relaxado	22	22
Ansioso	78	78

5.2 ANALISE INFERENCIAL DOS DADOS

A análise inferencial mostrou as associações entre as variáveis independentes e a variável desfecho “representação do dentista”, conforme a Tabela 4. Dessa forma, observa-se que houve relação estatisticamente significativa entre a variável desfecho e o uso do fio dental ($p=0,011$), verificando que as mães que incentivam o uso do fio dental pelos filhos, são as mães que tem satisfação com o dentista (76%). Também houve significância estatística em relação a variável desfecho e o acompanhamento do filho na escovação dentária ($p=0,021$), sendo que 80,8%, das mães que estão satisfeitas com o dentista realizam este acompanhamento.

Não	18	37,5	8	15,4	26	26	
Sim	30	62,5	44	84,6	74	74	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Considera cárie uma doença							0,497
Não	11	22,9	13	25	24	24	
Sim	37	77,1	39	75	76	76	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Higiene oral do bebê							0,102
Somente com gaze umedecida	37	77,1	33	63,5	70	70	
Pasta dental	11	22,9	19	36,5	30	30	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Utilização da mamadeira							0,086
Até 1 ano	17	35,4	11	21,2	28	28	
2 a 6 anos	31	64,6	41	78,8	72	72	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Conteúdo da mamadeira							0,746
Somente leite aquecido	15	31,3	17	32,7	32	32	
Leite aquecido com açúcar	6	12,5	9	17,3	15	15	
Leite aquecido com achocolatado	27	56,3	26	50,0	53	53	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Higiene oral sozinho							0,531
1 a 3 anos	16	33,3	18	34,6	34	34	
3 anos em diante	32	66,7	34	65,4	66	66	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Aconselhamento sobre escovação							0,427
Levemente	39	81,3	44	84,6	83	83	
Com força	9	18,8	8	15,4	17	17	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Acompanhamento durante escovação							*0,021
Não	19	39,6	10	19,2	29	29	
Sim	29	60,4	42	80,8	71	71	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Motivo do não acompanhamento							0,305
Falta de tempo	29	60,4	35	67,3	64	64	
Acha que já pode se virar sozinho	19	39,6	17	32,7	36	36	

TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Rigidez nos horários de escovação							0,327
Não	10	20,8	8	15,4	16	16	
Sim	38	79,2	44	84,6	82	82	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Alimentos e interferência no aparecimento da cárie							0,218
Não	7	14,6	4	7,7	11	11	
Sim	41	85,4	48	92,3	89	89	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Idade							0,274
20 a 30 anos	19	39,6	13	25	32	32	
31 a 39 anos	18	37,5	26	50	44	44	
40 a 55 anos	11	22,9	13	25	24	24	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	

*p<0,05 – Diferença estatisticamente significativa

6 DISCUSSÃO

Alguns estudos pretendem refletir sobre o significado da saúde bucal para as mães ou responsáveis pela higiene bucal dos filhos, utilizam metodologia de abordagem qualitativa, pois, procura verificar percepções, significados e compreensão sobre o fenômeno estudado (ABREU; PORDEUS; MODENA, 2005; DOMINGUES; CARVALHO; NARVAI, 2008; ROBLES; GROSSEMAN; BOSCO, 2010; OLIVEIRA; FORTE, 2011). Alguns estudos, utilizaram abordagem híbrida, utilizando para complementar a pesquisa qualitativa, o estudo quantitativo, com a finalidade de mensurar e conhecer a distribuição de algumas variáveis (CABRAL; SANTOS; MOREIRA, 2013). O presente estudo utilizou somente a abordagem observacional quantitativa, com aplicação de um questionário para as mães de crianças que frequentaram uma Unidade Básica de Saúde, a fim de verificar o seu conhecimento e suas atitudes, além de relacionar com a experiência que tiveram com um dentista ao longo de sua vida. Dessa forma, comparou com a maioria dos estudos semelhantes ao seu delineamento e estratégia de amostragem (CRUZ et al., 2004; CAMPOS; LIMA, 2006; MOURA; MOURA; TOLEDO, 2007; FAUSTINO-SILVA et al., 2008; MASSONI et al., 2009; SILVA; FORTE, 2009; CAMPOS et al., 2010; SILVA et al., 2013; MOIMAZ et al., 2014)

Com base nos dados coletados, o presente estudo evidenciou que 21,4% das mães possuem renda de um salário mínimo, 30% recebem de dois a três salários mínimos e 20% em torno de quatro salários mínimos, semelhante a outros autores que realizaram um estudo com 235 pais ou responsáveis de crianças em idade pré-escolar de Porto Alegre – RS, destacam que 28% recebem um salário mínimo e 30% recebem de um a dois salários mínimos. Diferentemente destes, um autor que realizou uma pesquisa com 90 mães de crianças cadastradas em uma USF do agreste nordestino, observou que a maioria (51,8%) das entrevistadas recebia até um salário mínimo, assim como um estudo realizado na Unidade de Pediatria do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande – PB, observou que 75% das mães entrevistadas possuíam renda de até um salário mínimo (CRUZ et al., 2004; FAUSTINO-SILVA et al., 2008; OLIVEIRA; FORTE, 2011).

Quanto à ocupação, a maioria das mães (46,4%) trabalha fora, apesar disso, a grande parte acompanha a escovação (50,7%), e se não consegue acompanhar, justifica a falta de tempo como o principal motivo (45,7%). Similar ao presente estudo, outra pesquisa relatou que 80,4% das mães acompanha a higienização de seus filhos. Pode-se constatar também, no presente estudo, que as mães orientam corretamente seus filhos sobre a escovação pois 59,3% das mães aconselham ao filho que escove levemente, desta forma, o exemplo estabelecido pela família tem grande impacto no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal da criança (FAUSTINO-SILVA et al., 2008; OLIVEIRA; FORTE, 2011).

A maior parte das mães são rígidas quanto aos horários de escovação (58,6%), uma vez que o exemplo das mães pode gerar uma boa saúde bucal para seus filhos, pois a figura materna representa um papel importante no cuidado à saúde dos filhos e normalmente é a responsável pelo estabelecimento da higiene. Assim como em outro estudo, as mães relataram ser rígidas quanto aos horários de escovação, pois 57,3% das mães realizavam a mesma tanto em período diurno quanto noturno (CAMPOS et al., 2010; SILVA et al., 2013).

No presente estudo 47,1% das mães relataram que seus filhos começaram a higienizar a boca sozinhos dos três anos em diante, em outro estudo similar, relatou-se que a maioria das mães (57%) acha que entre um e três anos de idade as crianças já teriam condições de realizar a higiene bucal sozinhas, apesar de não ter habilidade adequada para fazê-la, e diferentemente deste, em outro estudo somente 33,9% das mães relataram higienizar a boca de seus filhos logo após o nascimento. Já no estudo de Moura, Moura, Toledo (2007) 48% das crianças executam a higiene oral auxiliadas por um adulto. (FAUSTINO-SILVA et al., 2008 OLIVEIRA; FORTE, 2011).

Em relação ao conhecimento das mães quanto ao instrumento para realizar a higiene bucal de seus filhos quando bebês, 50% delas relataram utilizar gaze umedecida, na qual sabemos ser o instrumento mais adequado para essa fase, como destaca Oliveira, Forte (2011), a higiene bucal deve ser iniciada antes do irrompimento dos dentes, com fralda ou gaze úmida. Após nascer, deve-se iniciar a escovação dos dentes com uma escova macia e de pequeno tamanho, o mais precocemente possível. Estudos semelhantes observaram que 57% das mães destacaram a gaze como o

instrumento de primeira escolha, e, também, em um segundo estudo de caso com sete mães em Florianópolis - SC, comparando ser a gaze umedecida a escolha para higiene oral quando bebês, como relata a mãe: “Primeiro eu passei gaze. Com o tempo, a gente usava a dedeira. Quando apareceu mais dentinho, aí começou com escovinha.” Porém, diferentemente destes, foi relatado em um estudo com 80 mães de bebês até 36 meses de idade na cidade de Campina Grande - PB, como a escovação o método mais frequente (67,8%) (CRUZ et al., 2004; FAUSTINO-SILVA et al., 2008; ROBLES; GROSSEMAN; BOSCO; 2010)

Quando as mães foram abordadas sobre o uso da mamadeira, 51,4% das mães relataram que os filhos usaram entre dois aos seis anos de idade. Sobre o conteúdo da mesma, neste estudo observou-se que 37,9% relataram colocar achocolatado no leite, destacando assim, que as crianças tiveram contato com o açúcar desde cedo. Assim como, em um estudo semelhante no qual 69% dos pais achavam que o açúcar poderia ser introduzido na dieta da criança ainda no primeiro ano de vida, denotando a falta de conhecimento sobre o assunto. Em um estudo semelhante realizado na Universidade Federal do Piauí, observou-se que 54,5% das crianças possuem frequência média de ingestão de açúcares, sabe-se que o efeito do alimento na cavidade bucal é o fator mais importante na etiopatogenia da cárie, em virtude de a dieta exercer influência no tipo e quantidade de placa dentária, produção de ácidos pelos microrganismos, quantidade e qualidade de secreção salivar. Da mesma forma que um estudo realizado com 112 mães e seus bebês cadastrados em um projeto da Universidade Federal do Maranhão, no qual destacou-se que o açúcar é ingerido na dieta do bebê desde cedo, pois 70,5% relatou mingau com açúcar sendo o alimento de consumo naquele período. No presente estudo, quando as mães foram abordadas sobre a relação entre alimentos e aparecimento da cárie, 63,6% achavam que possui relação. Verifica-se assim que, as mesmas têm consciência sobre um dos fatores de risco da cárie. Semelhante a outro estudo que também revelou que as entrevistadas identificaram a associação entre alimentos e a cárie dentária. Em um estudo realizado no município de Cocal do Sul, onde as mães foram analisadas e comparadas com a condição socioeconômica, a classe C foi a que mais se mostrou consciente, onde 91,1% das mães acreditam na influência da dieta com a saúde dos dentes. Já em um estudo realizado na cidade de

Araraquara (SP) a maioria das mães relataram que dentre os tipos de leites, apenas o leite de vaca é capaz de causar cárie (71,9%) (ABREU; PORDEUS; MODENA, 2005; CAMPOS; LIMA, 2006; MOURA, MOURA, TOLEDO, 2007; FAUSTINO-SILVA et al., 2008; CAMPOS et al., 2010; SILVA et al., 2013).

No presente estudo, 54,3% das mães consideram cárie uma doença, semelhante a este, outro estudo realizado com 91 gestantes de João Pessoa (PB) 73,6% consideram a cárie como uma doença. Da mesma forma que foi analisado em outra pesquisa na qual as mães mostraram-se conscientes e informadas quanto à etiologia e métodos preventivos da cárie dentária. Porém, em outro estudo, apenas 7,1% tem a mesma percepção, e inclusive, a maioria das mães deste estudo (62,5%) relatam que acham que não é possível uma criança crescer sem cárie, o que justifica este pensamento é que acham que é um percurso “natural” da vida. Do mesmo modo que em outro estudo relata que as mães pensam que a cárie é, para a maioria dos sujeitos, uma experiência inevitável. Refletindo assim nas práticas e condutas de higiene bucal das mães com seus filhos (ABREU; PORDEUS; MODENA, 2005; MOURA, MOURA, TOLEDO, 2007; MASSONI et al., 2009; OLIVEIRA; FORTE, 2011).

Grande parte das mães também relatam no presente estudo, que utiliza o fio dental em seus filhos (52,9%), pode-se notar assim, a prática de boa higiene bucal realizada pelas mães. Porém, em outro estudo, observou-se que 48,3% das mães de classe socioeconômica B responderam que o fio dental deve ser usado uma vez ao dia, de preferência à noite, e 72,7% das mães de classe socioeconômica D acham que é apenas quando há alimentos entre os dentes (CAMPOS et al., 2010).

Quando as mães do presente estudo foram questionadas sobre a representação com o dentista, 37,1% relatou sentir satisfação e a maioria nunca desistiu de um tratamento com o mesmo (42,9%). Já sobre a última visita ao dentista, 44,3% das mães relataram ter ido há mais de seis meses, semelhante a um estudo onde a maioria das mães (48,2%) foi há menos de um ano. Quanto ao motivo da consulta ao dentista, no presente estudo observou que a maioria (44,3%) relataram que saúde bucal é o principal motivo, diferentemente deste outro estudo relatou que as mães justificaram dor como principal motivo. Observando a divergência das respostas quanto ao principal motivo, denota-se que as mais comuns são saúde bucal e dor (DOMINGUES;

CARVALHO; NARVAI, 2008; OLIVEIRA; FORTE, 2011). Também foi analisado o sentimento das mães durante o tratamento com um dentista, no qual a maioria relatou sentir-se ansiosa (55,7%). Assim como verifica-se em outro estudo no qual relatou que a maioria das mães entrevistadas apresentou medo e dor na primeira vez em que foi ao dentista. Este resultado pode demonstrar que o sentimento da mãe sobre o dentista facilmente é passado para o filho, gerando crianças com receio do cirurgião-dentista (DOMINGUES; CARVALHO; NARVAI, 2008).

Na análise inferencial observou-se associações entre a representação do dentista, o do fio dental e o acompanhamento do filho na escovação dentária, identificando no presente estudo que as mães que incentivam o uso do fio dental pelos filhos e realizam este acompanhamento, são as que têm satisfação com o dentista. Este fato remete a uma boa experiência anterior com os profissionais da saúde, verificando o acesso a serviços odontológicos, observa que as dificuldades na satisfação com o serviço odontológico pelas mães, resulta em pouca valorização dos dentes, gerando baixa percepção de necessidades de tratamento dentário para seus filhos. Entre as fontes de ansiedade e medo percebidas nas gestantes do estudo citado, estão dor e desconforto, entre outros fatores, o que se assemelha a categoria utilizada para a variável desfecho (medo, dor e custo com dentista) (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004).

A partir dos resultados encontrados sugere-se buscar o entendimento de algumas percepções maternas, como no caso do presente estudo, a presença e ausência de satisfação com o dentista e a equipe de saúde bucal das Unidades de atendimento odontológico do município, a fim de planejar estratégias de ações de promoção de saúde e educação em saúde bucal, juntamente com a comunidade e o grupo de mães que frequentam o serviço.

7 CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados no presente estudo pode-se concluir que:

- ✓ As mães que frequentam o ESF Progresso do município de Marau têm em média 35 anos de idade, são casadas, trabalham fora de casa e concluíram, pelo menos, o Ensino Médio.
- ✓ As mães têm satisfação na sua representação com o dentista e o maior motivo de ida ao dentista é saúde bucal, porém grande parte das mães sentem-se ansiosas durante o tratamento.
- ✓ As mães sabem que a cárie dentária é uma doença e que o aparecimento da mesma tem relação com a alimentação. Porém, introduzem achocolatado e açúcar na mamadeira de seus filhos. Aconselham e acompanham os filhos a escovarem levemente os dentes e são rígidas nos horários da escovação.
- ✓ A satisfação com o dentista influencia as mães nos hábitos de higiene bucal adotados com seus filhos, em relação ao uso do fio dental e ao acompanhamento na escovação dentária.
- ✓ Sugere-se a implementação de um canal de comunicação mais aberto entre o dentista e o usuário do serviço bucal, para que sejam repassadas informações e orientações adequadas sobre os cuidados bucais das crianças, salientando o risco da introdução de doces no leite para o aparecimento da cárie dentária.

REFERENCIAS

ABREU, M. H. N. G.; PORDEUS, I. A.; MODENA, C. M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, Montes Claros (MG), v. 10, n.1, p. 245-259, 2005.

ABUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.789-796, maio/jun. 2004.

CABRAL, M. C. B.; SANTOS, T. S.; MOREIRA, T. P. Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil. **Rev. Port Saúde Pública**, Ribeirópolis-SC, v. 31, n. 2, p.173- 180, 2013.

CAMPOS, J. A. D. B.; LIMA, N. A. Conhecimento de saúde bucal apresentado por mães segundo seu nível de escolaridade. **Salusvita**, Bauru, v. 25, n. 3, p. 287-300, 2006.

CAMPOS, L. et al. Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC). **Rev Sul-Bras Odontol**, Itajaí - SC, v. 7, n.3, p. 287-95, Jul-Sep, 2010.

CASTILHO, A. R. F. et al., Influence of Family environment on children's oral health: a systematic review, **J Pediatr** (Rio de Janeiro), v. 89, n. 116, p. 23, 2013.

CRUZ, A. A. G. et al. Percepção materna sobre a Higiene Bucal de Bebês: Um Estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.4, n. 3, p. 185-189, set./dez., 2004.

DOMINGUES, S. M.; CARVALHO, A. C. D.; NARVAI, P. C. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. **Rev. Bras Crescimento Desenvolv Hum.**, v. 18, n. 1, p. 66-78, 2008.

FAUSTINO-SILVA, D. D. et al. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Rev. Odonto ciênc**, Porto Alegre-RS, v. 23, n. 4, p. 375-379, 2008.

HANNA, L. M. O.; NOGUEIRA, A. J. S.; HONDA, V. Y. S. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. **RGO**, Belém-PA, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 271-274, jul./set., 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Populacional 2014 (acesso em 22 de maio de 2015). Disponível em: www.ibge.gov.br/.

MASSONI, A. C. L. T. et al. Conhecimento de gestantes sobre a Saúde Bucal dos Bebês. **Rev Bras de Ciências da Saúde**, João Pessoa-PB, v. 13, n. 1, p. 41-47, 2009.

MOIMAZ, et al. Aspectos sociais da cárie dentária no contexto de mãe e filho. **J Appl Oral Sci**. v. 22, n. 1, p. 73-78, 2014.

MOURA, L. F. A. D.; MOURA, M. S.; TOLEDO, O. A. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que frequentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 1079-1086, 2007.

OLIVEIRA, F. D. S.; FORTE, W. F. Construindo o Significado da Saúde Bucal a Partir de Experiência com Mães. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 11, n. 2, p. 183-191, abr./jun., 2011.

RATACASO, M. R. M. Avaliação dos conhecimentos e cuidados das mães com a saúde bucal dos filhos: fatores de risco de cárie dentária para crianças. Fortaleza: UECE, 2007. Dissertação, Universidade Estadual do Ceará, 2007.

ROBLES, A. C. C.; GROSSEMAN, S.; BOSCO, V. L. Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, v. 2, p. 3271-3281, 2010.

SILVA, B. D. M.; FORTE, F. D. S. Acesso a Serviço Odontológico, Percepção de mães sobre Saúde Bucal e Estratégias de intervenção em Mogeiro, PB, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa-PB, v.9, n.3, p. 313-319, set./dez. 2009.

SILVA, R. A. S. et al. Avaliação da participação de mães em um programa de prevenção e controle de cáries e doenças periodontais para lactentes. **Rev Paul Pediatr**, São Luís-MA, v. 31, n. 1, p. 83-89, 2013.

SOUZA, C. C.; DIDIO, T. Avaliação das práticas de saúde bucal realizadas pelos pais e atividade de cárie das crianças atendidas na clínica infanto-juvenil da faculdade de odontologia da ufrgs. Porto alegre: UFRGS, 2010. Monografia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre, 2010.

APÊNDICE A

Questionário de PESQUISA

1) Idade:

2) Estado civil:

Solteiro () Casado () Separado () Viúvo ()

3) Ocupação:

Do lar () Trabalha fora ()

4) Escolaridade

Até 5ª série () Até 8ª série () Ensino Médio () Faculdade ()

5) Renda familiar média:

1 salário mínimo () 2 a 3 salários mínimos () 4 salários mínimos ou mais ()

6) Número de pessoas que moram em sua residência:

Até 3 pessoas () 4 pessoas () 5 pessoas ou mais ()

7) Quantas vezes você escova os dentes por dia?

Nenhuma vez ao dia () 1 vez ao dia () 2 ou mais vezes ao dia ()

8) Você utiliza o fio dental?

Sim () Não ()

9) Você considera cárie uma doença?

Sim () Não ()

10) Quando bebê, como foi realizado a higienização de seu filho?

Somente com gaze umedecida () Pasta dental () Pasta dental com flúor ()

11) Utilizou a mamadeira até que idade:

Até 1 ano () 2 a 5 anos () 6 anos ou mais ()

12) Conteúdo da mamadeira:

Somente leite aquecido () Leite aquecido com açúcar () Leite aquecido com achocolatado ()

13) Quando a criança começou a higienizar a boca sozinha:

1 a 3 anos () 3 a 5 anos () 6 anos ou mais ()

14) Você aconselha seu filho(a) a escovar:

Levemente () Com força ()

15) Você acompanha o seu filho(a) no momento da escovação?

Sim () Não ()

16) Se geralmente não acompanha, qual o motivo?

Falta de tempo () Acha que já pode se virar sozinho ()

17) Existe rigidez nos horários para escovação: ao acordar, depois do almoço e após a janta:

Sim () Não ()

18) Em sua opinião, os alimentos interferem no aparecimento de cárie?

Sim () Não ()

Algumas pessoas apresentam problemas que podem ter sido causados pelos seus dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr(a), nos últimos seis meses?

Para resposta use a seguinte codificação:

1	2	3	4	5	6
Muito	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca	Não sabe
Frequentemente					Não respondeu

Nº	Questão	Resposta
19	Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?	
20	Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?	
21	Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?	
22	Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?	
23	Você ficou preocupado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?	
24	Você sentiu-se estressado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?	

Por favor, indique a resposta que parece adequar-se mais à sua situação atual, utilizando a respectiva escala

A SUA SAÚDE -

1	2	3	4
Definitivamente falso	Falso	Verdadeiro	Definitivamente Verdadeiro

Nº	Questão	Resposta
38	De acordo com os médicos, a minha saúde é excelente atualmente.	
39	Sinto-me melhor atualmente do que nunca.	
40	Sinto-me tão saudável como as outras pessoas.	
41	A minha saúde é excelente.	

Leia as afirmativas e marque a afirmativa:

43) Você já teve alguma experiência com um dentista? 1.() Sim 2.() Não

44) Você já desistiu de algum tratamento com um dentista? 1.() Sim 2.() Não

45) Quando foi sua última visita a um dentista? ____ meses atrás

46) Para você, um dentista representa:

- 1.() Medo
- 2.() Dor
- 3.() Custo
- 4.() Satisfação

47) Qual o principal motivo de sua ida a um dentista?

- 1.() Dor
- 2.() Saúde bucal
- 3.() Estética

48) Como você se sente no momento do tratamento no dentista?

- 1.() Relaxado
- 2.() Um pouco ansioso
- 3.() Ansioso
- 4.() Muito ansioso
- 5.() Sente-se mal

APÊNDICE B

TERMO CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Eu, Lilian Rigo, declaro que todos os pesquisadores envolvidos no projeto intitulado percepções e ações das mães em saúde bucal realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo da Resolução CNS nº 466/12. Comprometo-me a: somente iniciar o estudo após a aprovação pelo CEP-IMED e, se for o caso, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento do estudo; utilizar os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste estudo apenas para atingir o objetivo proposto no mesmo e não utilizá-los para outros estudos, sem o devido consentimento dos participantes. Declaro, ainda, que não há conflitos de interesses entre o/a (os/as) pesquisador/a(es/as) e participantes da pesquisa.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Passo Fundo, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE C**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE LOCAL**

Eu, _____, responsável pela ESF (Estratégia Saúde da Família) Rural/Progresso autorizo a pesquisadora Lilian Rigo a coletar dados para a pesquisa intitulada - Percepções e ações das mães em saúde bucal, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Meridional – CEP / IMED.

Marau, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Sra. _____,

Estamos desenvolvendo um estudo que visa avaliar as ações e percepções das mães sobre a correta higiene bucal das crianças. Em busca da compressão sobre hábitos de higiene bucal que utilizam e os conhecimentos que as mesmas passam para seus filhos, cujo título é percepções e ações das mães em saúde bucal. Você está sendo convidado a participar deste estudo. Esclareço que durante o trabalho não haverá riscos ou desconfortos, nem tampouco custos ou forma de pagamento pela sua participação no estudo.

Eu, Lilian Rigo e a minha equipe Monica Gnoatto, estaremos sempre à disposição para qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo, no momento em que desejar, através do telefone (54) 99270441 e do endereço Av. Major Joao Schell, 1121 na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Pedimos a sua assinatura neste consentimento, para confirmar a sua compreensão em relação a este convite, e sua disposição a contribuir na realização deste trabalho, em concordância com a Resolução CNS nº 466/12 que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desde já agradecemos a sua atenção. _____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Eu, _____, após a leitura deste consentimento, declaro que compreendi o objetivo deste estudo e confirmo o meu interesse em participar desta pesquisa.

Assinatura do Participante.

Passo Fundo, ____ de _____ de ____.

ANEXO A

FACULDADE MERIDIONAL -
IMED/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DE MÃES EM RELAÇÃO A SAÚDE BUCAL DE SEUS FILHOS

Pesquisador: Lillian Rigo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31581214.8.0000.5319

Instituição Proponente: Faculdade Meridional - IMED

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 689.475

Data da Relatoria: 04/06/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado pela acadêmica de Odontologia Jaqueline Dalazen, da Faculdade Meridional - IMED, como requisito para desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso, indispensável para a obtenção de grau em Odontologia, sob orientação da Prof. Dra. Lillian Rigo.

Objetivo da Pesquisa:

Estão claros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e está cientificamente fundamentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A estrutura e documentação são satisfatórias.

Recomendações:

Sugiro a aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Endereço: Senador Pinheiro 304

Bairro: centro

CEP: 99.070-220

UF: RS

Município: PASSO FUNDO

Telefone: (54)3045-6100

Fax: (54)3045-6107

E-mail: cep@imed.edu.br

FACULDADE MERIDIONAL -
IMED/RS



Continuação do Parecer: 699-475

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética da Faculdade Meridional / IMED decidiu pela aprovação do projeto. O pesquisador responsável deverá encaminhar, através de uma emenda de projeto, qualquer modificação no protocolo original. O relatório final deverá ser enviado até o dia 15/03/2015, conforme modelo do CEP/IMED. O CEP/IMED está a disposição para qualquer esclarecimento.

PASSO FUNDO, 17 de Junho de 2014

Assinado por:
Paula Wlatthofer
(Coordenador)

Endereço: Senador Pinheiro 304
Bairro: centro CEP: 99.070-220
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3045-6100 Fax: (54)3045-6107 E-mail: cep@imed.edu.br

SATISFAÇÃO COM O DENTISTA NAS AÇÕES BUCAIS MATERNO INFANTIL

SATISFACTION WITH THE DENTIST IN ACTION ORAL MOTHER CHILD

Monica Gnoatto¹ e Lilian Rigo²

IMED, Passo Fundo, Rio grande do Sul, Brasil

¹Mônica Gnoatto, rua Presidente Vargas 891 apto 502, (54) 96075635, email: monni_llb@hotmail.com

²Lilian Rigo, Av. Major João Schell, 1121, Passo Fundo-RS, (54) 99270441 email lilianrigo@imed.edu.br

RESUMO

As mães desempenham um papel fundamental como transmissoras da educação em saúde bucal. Assim, quanto maior o conhecimento das mães sobre atitudes positivas em relação a hábitos bucais, melhor a condição bucal das crianças. O objetivo do presente estudo foi analisar a representação do dentista para as mães de crianças de 3 a 12 anos e relacionar características sociodemográficas e dos hábitos bucais de seus filhos. A metodologia utilizada teve uma abordagem quantitativa cujo delineamento foi do tipo transversal e amostragem não-probabilística de 100 mães entrevistadas na cidade de Marau-RS, a partir de um questionário elaborado para este fim e adaptado de pesquisas anteriores, no período de janeiro a julho de 2015. Os resultados apresentados mostraram que a maioria das mães trabalha fora (46,4%), porém, acompanha seu filho durante a escovação (50,7%). Para a maioria delas, o dentista representa satisfação (37,1%) e o maior motivo da procura pelo mesmo, é a saúde bucal (44,3%). Verificou-se que as mães que incentivam o uso do fio dental pelos filhos e que realizam o acompanhamento durante a escovação são as mães que tem satisfação com o dentista ($p < 0,05$). Além disso, as mães sabem que cárie dentária é uma doença e que o aparecimento da mesma tem relação com a alimentação, porém, introduzem achocolatado e açúcar na mamadeira de seus filhos. Dessa forma, foi possível concluir que, a satisfação com o dentista influencia as mães nos hábitos de higiene bucal adotados pelos seus filhos.

Palavras-chave: Higiene bucal. Saúde bucal. Odontologia.

ABSTRACT

Mothers play a key role as transmitters of oral health education. Thus, the higher the mothers' knowledge about positive attitudes towards oral habits, the better the oral health status of children. The aim of this study was to analyze the representation of the dentist for mothers of children 3-12 years and relate sociodemographic characteristics and oral habits of their children. The methodology used was a quantitative approach to non-probabilistic cross-sectional with 100 mothers interviewed in Marau-RS, from a questionnaire prepared for this purpose and adapted from previous research, from January to July 2015. The results showed that most mothers work outside (46.4%), however, accompany your child during brushing (50.7%). For most of them, the dentist is satisfied (37.1%) and the biggest reason for seeking it, is oral health (44.3%). It was found that mothers who encourage flossing their children and carry out monitoring during brushing are mothers who is pleased with the dentist ($p < 0.05$). In addition, mothers know that tooth decay is a disease and the appearance of it has to do with the food, however, introduce chocolate and sugar in a bottle of their children. Thus, it was concluded that the satisfaction with the dentist influence mothers in oral hygiene habits adopted by their children.

Key Words: Oral Hygiene. Oral Health. Dentistry.

INTRODUÇÃO

Novos conceitos foram desenvolvidos a partir do princípio de que a educação gera hábitos de vida saudáveis, surgindo então a necessidade de uma atuação precoce no intuito de manter a saúde antes mesmo de prevenir a doença. Despertar o interesse da família para os cuidados com a saúde e educá-la para adotar um estilo de vida adequado, exercem grandes impactos sobre suas vidas, promovendo uma boa saúde geral e bucal (1). É importante que a população se aproprie do conhecimento e assim possa tomar as decisões saudáveis, e essa atitude relaciona-se com aspectos psicológicos, motivação, envolvimento, fatores econômicos e culturais (2).

Os familiares devem estar atentos aos próprios hábitos de higiene, porque a criança tende a imitar a atitude dos mais velhos. Os adultos precisam estar estimulados, receptivos e cooperativos, bem como apresentar conhecimentos, hábitos saudáveis e atitudes positivas de modo a atuar como multiplicadores, motivando e orientando os filhos para a adoção de um adequado estilo de vida para a saúde bucal (3). Fazer com que os pais reflitam sobre seu papel cuidador com relação às condutas de seus filhos é o primeiro passo para a obtenção de sucesso na reflexão sobre hábitos saudáveis em saúde (4).

Muitas gestantes não colocam o pré-natal odontológico como prioridade, contribuindo para o agravamento de problemas bucais e para a precariedade das condições bucais tanto da mãe quanto de suas crianças. Neste sentido, a educação em saúde bucal para gestantes deve ser enfatizada, uma vez que as mães exercem um importante papel no núcleo familiar, atuando como multiplicadoras de informações, formando opiniões e construindo muitos comportamentos que seus filhos terão (5). Fazer com que os pais tomem consciência do seu papel educativo com relação à higiene bucal dos seus filhos é o primeiro passo para a obtenção de sucesso na construção de hábitos de higiene bucal na criança (6).

Como a higiene oral é essencial para a saúde bucal, é importante fornecer à população orientações adequadas sobre o comportamento relacionado à saúde bucal das crianças e sua relação com as cáries dentárias. Abordar os fatores que influenciam

a saúde bucal das crianças é útil para o desenvolvimento e a implementação de ações complementares de saúde pública com foco no comportamento das crianças e seus pais, em um esforço para proporcioná-los uma boa saúde bucal e uma melhor qualidade de vida (7).

Uma estratégia interessante de promoção de saúde bucal é o início ainda nos primeiros anos de vida de ações voltadas para mães e crianças, dentro de uma abordagem multiprofissional e intersetorial envolvendo os trabalhadores da rede pública de saúde e as famílias (4). Com o modelo de atendimento atual, buscando a promoção e prevenção em saúde bucal, é imprescindível que os cirurgiões dentistas já tratem sobre este conceito com as mães, fazendo com que se conscientizem e gerem hábitos de saúde bucal corretos em suas famílias.

Dessa forma, o presente estudo é relevante, pois a ausência de conhecimento das mães pode gerar hábitos precários de higiene bucal dos filhos, gerando doenças e agravos bucais. Enfatiza-se assim, que a uma educação familiar sobre a higiene bucal adequada, para que o futuro da saúde bucal seja bem-intencionado.

O objetivo do presente estudo foi analisar a representação do dentista pelas mães de crianças de 3 a 12 anos e relacionar características sociodemográficas e de hábitos bucais para com seus filhos.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO E AMOSTRAGEM DO ESTUDO

O presente estudo tem uma abordagem quantitativa, cujo delineamento é do tipo transversal. A amostragem realizada foi não-probabilística, com todas as mães que frequentaram serviços da Unidade de Saúde do ESF Progresso de Marau-RS que aceitaram participar da pesquisa durante os meses de janeiro a julho de 2015, finalizando uma amostra de 100 mães.

O presente estudo foi realizado na cidade de Marau, cuja população corresponde a 40.147 habitantes e está localizada na região norte do Rio Grande do Sul, possuindo 100% de cobertura de Estratégia de Saúde de Família, com doze unidades

estruturadas para atender a população, um CAPS e uma Unidade de Especialidades. As estruturas dos ESFs contam com seis cirurgiões dentistas, dezesseis enfermeiros, dezessete médicos (Clínico Geral, Ginecologia, Pediatria, Psiquiatria e especialista em Saúde Mental) e uma nutricionista. O presente estudo foi realizado no ESF do bairro Progresso do município de Marau, pelo fato de estar em uma localização acessível, o mesmo conta com um médico clínico geral, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, um psicólogo e quatro agentes de saúde em tempo integral (8).

COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada a partir de informações relatadas pelas mães, no preenchimento de um questionário autoaplicativo realizado nos meses da coleta. Foram excluídas do estudo, todas as mães que possuíam filhos com idade menores do que 3 anos e maiores do que 12 anos. Previamente à entrevista, o roteiro foi validado aplicando-se em dez mães para verificação de inconsistência de forma e conteúdo das perguntas. Após a análise o roteiro foi reestruturado chegando-se a versão final do instrumento.

As variáveis analisadas foram agrupadas em: características socioeconômicas, de hábitos de higiene bucal de seus filhos e experiência da mãe com dentista. O questionário da presente pesquisa seguiu um roteiro elaborado para este estudo, porém, foi adaptado de pesquisadores anteriores (4,15).

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da IMED e aprovada, sob número 689.475, seguindo normas da Resolução 466/12. As mães participantes da pesquisa consentiram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização da pesquisa.

ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados foram anotados e digitados em um Banco de Dados específicos para a análise estatística descritiva e inferencial da presente pesquisa. Os dados foram processados eletronicamente com a utilização do Programa *Statistical Package for*

Social Science (SPSS), versão 20.0. Após, foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais dos dados, a partir das informações obtidas no instrumento de coleta de dados.

Para a análise descritiva, todas as variáveis foram descritas em uma tabela com valores relativos e absolutos, a fim de verificar a distribuição das frequências encontradas nos dados das respostas das mães. Para avaliar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, o nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. As variáveis associadas ao desfecho foram as que tiveram nível de significância menor ou igual a 0,05.

Para a análise inferencial, foi definida a variável 'representação com o dentista', cujas categorias foram agrupadas em duas, conforme a distribuição da frequência dos dados: insatisfação (medo/dor/custo) e satisfação. As demais variáveis independentes foram agrupadas em três grupos: 1. Variáveis sociodemográficas (faixa etária, estado civil, ocupação, escolaridade, renda familiar, número de pessoas na residência); 2. Variáveis de percepção e hábitos de higiene bucal de seus filhos (consideração de cárie como uma doença, número de escovações por dia do filho, utilização do fio dental pelo filho, higienização oral do filho quando bebê, idade que parou de utilizar a mamadeira, idade que a criança começou a higienizar a boca sozinha, aconselhamento sobre escovação, acompanhamento da mãe durante escovação, motivo do não acompanhamento se esse o faz, rigidez nos horários para escovação, relação dos alimentos com o aparecimento da cárie); 3. Variáveis de experiência com dentista (desistência do tratamento com um dentista, última visita ao dentista, representação do dentista, principal motivo da ida ao dentista e sentimento durante o tratamento com um dentista). As associações foram analisadas e descritas em tabelas, verificando as associações estatisticamente significativas, em relação ao nível de probabilidade determinado e descrito anteriormente.

5 RESULTADOS

ANALISE DESCRITIVA DOS DADOS

A tabela 1 demonstra as variáveis sociodemográficas de todas as mães entrevistadas. Observando que a maioria das mães são casadas (52,9%), trabalham fora (46,4%) e possuem 31 a 39 anos (31,4%). Quanto a escolaridade 25,7% concluíram o ensino médio, já 24,3% estudaram até a 8^o série e 21,4% chegaram a cursar a faculdade. Em relação ao número de pessoas na casa, conferiu-se que a maioria possui 3 a 4 pessoas na casa (27,9%). Conforme a tabela a seguir:

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas das mães.

VARIÁVEIS	N(100)	100%
Estado civil		
Solteira	21	15
Casada	74	52,9
Separada	5	3,6
Ocupação		
Do lar	35	25
Trabalha fora	65	46,4
Escolaridade		
Até 8 ^o série	34	24,3
Ensino médio	36	25,7
Faculdade	30	21,4
Renda		
1 salário mínimo	30	21,4
De 2 a 3 salários mínimos	42	30
4 salários mínimos ou mais	28	20
Número de pessoas na casa		
Até 3 pessoas	39	27,9
4 pessoas	39	27,9
5 ou mais pessoas	22	15,7
Idade		
20 a 30 anos de idade	32	22,9
31 a 39 anos de idade	44	31,4
40 a 55 anos de idade	24	17,1

A tabela 2 demonstra os hábitos de higiene bucal de seus filhos, sendo que 54,3% consideram cárie uma doença e 63,6% acha que o aparecimento da mesma tem relação com a alimentação. Seus filhos escovam os dentes mais do que duas vezes ao dia (60,7%) e fazem uso do fio dental (52,9%). Quanto da utilização da mamadeira, a maioria (51,4%) utilizou até 2 a 6 aos contendo leite aquecido com achocolatado predominantemente (37,9%). Foi questionado também sobre a escovação dental dos

filhos, no qual verificou-se que 59,3% aconselha o filho a escovar levemente, tentando a maioria ser rígida nos horários para a escovação (58,6%) e 50,7% acompanha o seu filho durante a escovação, porém, foi relatado que 45,7% não acompanham por falta de tempo. 47,1% dos filhos das entrevistadas começaram a higienizar a boca sozinhos dos 3 anos em diante. Como demonstra na seguinte tabela:

Tabela 2 - Distribuição das variáveis de hábitos de higiene bucal com seus filhos.

VARIÁVEIS	N(100)	100%
Considera cárie uma doença		
Não	24	17,1
Sim	76	54,3
Número de escovações ao dia		
Até 1 vez ao dia	15	10,7
2 vezes ou mais	85	60,7
Utilização do fio dental		
Não	26	18,6
Sim	74	52,9
Higiene oral do bebê		
Somente com gaze umedecida	70	50
Pasta dental	30	21,4
Utilização da mamadeira		
Até 1 ano	28	20
2 a 6 anos	72	51,4
Conteúdo da mamadeira		
Somente leite aquecido	32	22,9
Leite aquecido com açúcar	15	10,7
Leite aquecido com achocolatado	53	37,9
Higiene oral sozinho		
1 a 3 anos	34	24,3
3 anos em diante	66	47,1
Aconselhamento sobre escovação		
Levemente	83	59,3
Com força	17	12,1
Acompanhamento durante escovação		
Não	29	20,7
Sim	71	50,7
Motivo de não acompanhar		
Falta de tempo	64	45,7
Acha que já pode se virar sozinho	36	25,7
Rigidez nos horários de escovação		
Não	18	12,9
Sim	82	58,6
Relação de alimentos com o aparecimento da cárie		
Não	11	7,9
Sim	89	63,6

A tabela 3 demonstra as variáveis das mães da experiência com o dentista, 44,3% foi a mais de 6 meses e 42,9% já desistiu de um tratamento com o mesmo. Para

a maioria das mães, o dentista representa satisfação (37,1%) e o maior motivo de ida ao dentista é saúde bucal (44,3%), porém, grande parte das mães se sentem ansiosas durante o tratamento (55,7%).

Tabela 3 - Distribuição das variáveis das mães da experiência com o dentista.

VARIÁVEIS	N(100)	100%
Última visita ao dentista		
Até 6 meses atrás	38	27,1
Mais de 6 meses	62	44,3
Desistência do tratamento com um dentista		
Não	60	42,9
Sim	40	28,6
Representação do dentista		
Medo	15	10,7
Dor	13	9,3
Custo	20	14,3
Satisfação	52	37,1
Motivo da ida ao dentista		
Dor	29	20,7
Saúde bucal	62	44,3
Estética	9	6,4
Como se sente no tratamento com o dentista		
Relaxado	22	22
Ansioso	78	78

ANALISE INFERENCIAL DOS DADOS

A análise inferencial mostrou as associações entre as variáveis independentes e a variável desfecho “representação do dentista”, conforme a Tabela 4. Dessa forma, observa-se que houve relação estatisticamente significativa entre a variável desfecho e o uso do fio dental ($p=0,011$), verificando que as mães que incentivam o uso do fio dental pelos filhos, são as mães que tem satisfação com o dentista (76%). Também houve significância estatística em relação a variável desfecho e o acompanhamento do filho na escovação dentária ($p=0,021$), sendo que 80,8%, das mães que estão satisfeitas com o dentista realizam este acompanhamento.

Tabela 4- Análise bivariada das variáveis sociodemográficas e de hábitos de higiene bucal com seus filhos e sua relação com a representação do dentista.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Representação do dentista						P
	Insatisfação		Satisfação TOTAL				
	N	%	n	%	n	%	
Estado civil							
Solteira	11	22,9	10	19,2	21	21	0,171
Casada	33	68,8	41	78,8	74	74	
Separada	4	8,3	1	1,9	5	5	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Ocupação							0,238
Do lar	19	39,6	16	30,8	35	35	
Trabalha fora	29	60,4	36	69,2	65	65	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Escolaridade das mães							0,124
Até 8º série	17	35,4	17	32,7	34	34	
Ensino Médio	21	43,8	15	28,8	36	36	
Faculdade	10	20,8	20	38,5	30	30	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Renda familiar							0,532
1 salário mínimo	16	33,3	14	26,9	30	30	
De 2 a 3 salários mínimos	21	43,8	21	40,4	42	42	
4 salários mínimos ou mais	11	22,9	17	32,7	28	28	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Número de pessoas na casa							0,082
Até 3 pessoas	19	39,6	20	38,5	39	39	
4 pessoas	15	31,3	24	46,2	39	39	
5 ou mais pessoas	12	29,2	8	15,4	22	22	
TOTAL	48	100	51	100	100	100	
Número de escovações ao dia							0,432
Até 1 vez ao dia	8	16,7	7	13,5	15	15	
2 vezes ou mais	40	83,3	45	86,5	85	85	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Utilização do fio dental							*0,011
Não	18	37,5	8	15,4	26	26	

Sim	30	62,5	44	84,6	74	74	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Considera cárie uma doença							0,497
Não	11	22,9	13	25	24	24	
Sim	37	77,1	39	75	76	76	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Higiene oral do bebê							0,102
Somente com gaze umedecida	37	77,1	33	63,5	70	70	
Pasta dental	11	22,9	19	36,5	30	30	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Utilização da mamadeira							0,086
Até 1 ano	17	35,4	11	21,2	28	28	
2 a 6 anos	31	64,6	41	78,8	72	72	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Conteúdo da mamadeira							0,746
Somente leite aquecido	15	31,3	17	32,7	32	32	
Leite aquecido com açúcar	6	12,5	9	17,3	15	15	
Leite aquecido com achocolatado	27	56,3	26	50,0	53	53	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Higiene oral sozinho							0,531
1 a 3 anos	16	33,3	18	34,6	34	34	
3 anos em diante	32	66,7	34	65,4	66	66	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Aconselhamento sobre escovação							0,427
Levemente	39	81,3	44	84,6	83	83	
Com força	9	18,8	8	15,4	17	17	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Acompanhamento durante escovação							*0,021
Não	19	39,6	10	19,2	29	29	
Sim	29	60,4	42	80,8	71	71	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Motivo do não acompanhamento							0,305
Falta de tempo	29	60,4	35	67,3	64	64	
Acha que já pode se virar sozinho	19	39,6	17	32,7	36	36	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	

Rigidez nos horários de escovação							0,327
Não	10	20,8	8	15,4	16	16	
Sim	38	79,2	44	84,6	82	82	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Alimentos e interferência no aparecimento da cárie							0,218
Não	7	14,6	4	7,7	11	11	
Sim	41	85,4	48	92,3	89	89	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	
Idade							0,274
20 a 30 anos	19	39,6	13	25	32	32	
31 a 39 anos	18	37,5	26	50	44	44	
40 a 55 anos	11	22,9	13	25	24	24	
TOTAL	48	100	52	100	100	100	

*p<0,05 – Diferença estatisticamente significativa

DISCUSSÃO

Alguns estudos pretendem refletir sobre o significado da saúde bucal para as mães ou responsáveis pela higiene bucal dos filhos, utilizam metodologia de abordagem qualitativa, pois, procura verificar percepções, significados e compreensão sobre o fenômeno estudado (4,9,11-12). Alguns estudos, utilizaram abordagem híbrida, utilizando para complementar a pesquisa qualitativa, o estudo quantitativo, com a finalidade de mensurar e conhecer a distribuição de algumas variáveis (5). O presente estudo utilizou somente a abordagem observacional quantitativa, com aplicação de um questionário para as mães de crianças que frequentaram uma Unidade Básica de Saúde, a fim de verificar o seu conhecimento e suas atitudes, além de relacionar com a experiência que tiveram com um dentista ao longo de sua vida. Dessa forma, comparou outros estudos semelhantes ao seu delineamento e estratégia de amostragem (1-3,6,12-14,16-17).

Com base nos dados coletados, o presente estudo evidenciou que 21,4% das mães possuem renda de um salário mínimo, 30% recebem de dois a três salários

mínimos e 20% em torno de quatro salários mínimos, semelhante a outros autores que realizaram um estudo com 235 pais ou responsáveis de crianças em idade pré-escolar de Porto Alegre – RS, destacam que 28% recebem um salário mínimo e 30% recebem de um a dois salários mínimos. Diferentemente destes, um autor que realizou uma pesquisa com 90 mães de crianças cadastradas em uma USF do agreste nordestino, observou que a maioria (51,8%) das entrevistadas recebia até um salário mínimo, assim como um estudo realizado na Unidade de Pediatria do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande – PB, observou que 75% das mães entrevistadas possuíam renda de até um salário mínimo (4,6,15).

Quanto à ocupação, a maioria das mães (46,4%) trabalha fora, apesar disso, a grande parte acompanha a escovação (50,7%), e se não consegue acompanhar, justifica a falta de tempo como o principal motivo (45,7%). Similar ao presente estudo, outra pesquisa relatou que 80,4% das mães acompanha a higienização de seus filhos. Pode-se constatar também, no presente estudo, que as mães orientam corretamente seus filhos sobre a escovação pois 59,3% das mães aconselham ao filho que escove levemente, desta forma, o exemplo estabelecido pela família tem grande impacto no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal da criança (4,15). A maior parte das mães são rígidas quanto aos horários de escovação (58,6%), uma vez que o exemplo das mães pode gerar uma boa saúde bucal para seus filhos, pois a figura materna representa um papel importante no cuidado à saúde dos filhos e normalmente é a responsável pelo estabelecimento da higiene. Assim como em outro estudo, as mães relataram ser rígidas quanto aos horários de escovação, pois 57,3% das mães realizavam a mesma tanto em período diurno, quanto noturno (1,3).

No presente estudo 47,1% das mães relataram que seus filhos começaram a higienizar a boca sozinhos dos 3 anos em diante, em outro estudo similar, relatou-se que a maioria das mães (57%) acha que entre um e três anos de idade as crianças já teriam condições de realizar a higiene bucal sozinhas, apesar de não ter habilidade adequada para fazê-la, e diferentemente destes, em outro estudo somente 33,9% das mães relataram higienizar a boca de seus filhos logo após o nascimento. Já em outro estudo (14) 48% das crianças executam a higiene oral auxiliadas por um adulto (4,15).

Em relação ao conhecimento das mães quanto ao instrumento para realizar a higiene bucal de seus filhos quando bebês, 50% delas relataram utilizar gaze umedecida, na qual sabemos ser o instrumento mais adequado para essa fase, como destaca um autor (4), a higiene bucal deve ser iniciada antes do irrompimento dos dentes, com fralda ou gaze úmida. Após nascer, deve-se iniciar a escovação dos dentes com uma escova macia e de pequeno tamanho, o mais precocemente possível. Estudos semelhantes observaram que 57% das mães destacaram a gaze como o instrumento de primeira escolha, e, também, em um segundo estudo de caso com 7 mães em Florianópolis - SC, comparando ser a gaze umedecida a escolha para higiene oral quando bebês, como relata a mãe: “Primeiro eu passei gaze. Com o tempo, a gente usava a dedeira. Quando apareceu mais dentinho, aí começou com escovinha.” Porém, diferentemente destes, foi relatado em um estudo com 80 mães de bebês até 36 meses de idade na cidade de Campina Grande - PB, como a escovação o método mais frequente (67,8%) (6,11,15).

Quando as mães foram abordadas sobre o uso da mamadeira, 51,4% das mães relataram que os filhos usaram entre dois aos seis anos de idade. Sobre o conteúdo da mesma, neste estudo observou-se que 37,9% relataram colocar achocolatado no leite, destacando assim, que as crianças tiveram contato com o açúcar desde cedo. Assim como, em um estudo semelhante no qual 69% dos pais achavam que o açúcar poderia ser introduzido na dieta da criança ainda no primeiro ano de vida, denotando a falta de conhecimento sobre o assunto. Em um estudo semelhante realizado na Universidade Federal do Piauí, observou-se que 54,5% das crianças possuem frequência média de ingestão de açúcares, sabe-se que o efeito do alimento na cavidade bucal é o fator mais importante na etiopatogenia da cárie, em virtude de a dieta exercer influência no tipo e quantidade de placa dentária, produção de ácidos pelos microrganismos, quantidade e qualidade de secreção salivar. Da mesma forma que um estudo realizado com 112 mães e seus bebês cadastrados em um projeto da Universidade Federal do Maranhão, no qual destacou-se que o açúcar é ingerido na dieta do bebê desde cedo, pois 70,5% relatou mingau com açúcar sendo o alimento de consumo naquele período. No presente estudo, quando as mães foram abordadas sobre a relação entre alimentos e aparecimento da cárie, 63,6% achavam que possui relação. Verifica-se assim que, as

mesmas têm consciência sobre um dos fatores de risco da cárie. Semelhante a outro estudo que também revelou que as entrevistadas identificaram a associação entre alimentos e a cárie dentária. Em um estudo realizado no município de Cocal do Sul, onde as mães foram analisadas e comparadas com a condição socioeconômica, a classe C foi a que mais se mostrou consciente, onde 91,1% das mães acreditam na influência da dieta com a saúde dos dentes. Já em um estudo realizado na cidade de Araraquara (SP) a maioria das mães relataram que dentre os tipos de leites, apenas o leite de vaca é capaz de causar cárie (71,9%) (1,3,12,13,15).

No presente estudo, 54,3% das mães consideram cárie uma doença, semelhante a este, outro estudo (16) realizado com 91 gestantes de João Pessoa (PB) 73,6% consideram a cárie como uma doença. Da mesma forma que foi analisado em outra pesquisa (14) na qual as mães mostraram-se conscientes e informadas quanto à etiologia e métodos preventivos da cárie dentária. Porém, em outro estudo (4), apenas 7,1% tem a mesma percepção, e inclusive, a maioria das mães deste estudo (62,5%) relatam que acham que não é possível uma criança crescer sem cárie, o que justifica este pensamento é que acham que é um percurso “natural” da vida. Do mesmo modo que em outro estudo (12) relata que as mães pensam que a cárie é, para a maioria dos sujeitos, uma experiência inevitável. Refletindo assim nas práticas e condutas de higiene bucal das mães com seus filhos.

Grande parte das mães também relatam no presente estudo, que utiliza o fio dental em seus filhos (52,9%), pode-se notar assim, a prática de boa higiene bucal realizada pelas mães. Porém, em outro estudo, observou-se que 48,3% das mães de classe socioeconômica B responderam que o fio dental deve ser usado uma vez ao dia, de preferência a noite, e 72,7% das mães de classe socioeconômica D acham que é apenas quando há alimentos entre os dentes (3).

Quando as mães do presente estudo foram questionadas sobre a representação com o dentista, 37,1% relatou sentir satisfação e a maioria nunca desistiu de um tratamento com o mesmo (42,9%). Já sobre a última visita ao mesmo, 44,3% das mães relataram ter ido há mais de seis meses, semelhante a um estudo onde a maioria das mães (48,2%) foi há menos de um ano (4). Quanto ao motivo da consulta ao dentista, no presente estudo observou que a maioria (44,3%) relataram que saúde bucal é o

principal motivo, diferentemente deste outro estudo relatou que as mães justificaram dor como principal motivo (4). Observando a divergência das respostas quanto ao principal motivo, denota-se que as mais comuns são saúde bucal e dor. Também foi analisado o sentimento das mães durante o tratamento com um dentista, na qual a maioria relatou sentir-se ansiosa (55,7%). Assim como verifica-se em outro estudo no qual relatou que a maioria das mães entrevistadas apresentou medo e dor na primeira vez em que foi ao dentista (9). Este resultado pode demonstrar que o sentimento da mãe sobre o dentista facilmente é passado para o filho, gerando crianças com receio do cirurgião-dentista.

Na análise inferencial observou-se associações entre a representação do dentista, o uso do fio dental e o acompanhamento do filho na escovação dentária, identificando no presente estudo que as mães que incentivam o uso do fio dental pelos filhos e realizam este acompanhamento, são as que têm satisfação com o dentista. Este fato remete a uma boa experiência anterior com os profissionais da saúde, verificando o acesso a serviços odontológicos, observa que as dificuldades na satisfação com o serviço odontológico pelas mães, resulta em pouca valorização dos dentes, gerando baixa percepção de necessidades de tratamento dentário para seus filhos. Entre as fontes de ansiedade e medo percebidas nas gestantes do estudo citado, estão dor e desconforto, entre outros fatores, o que se assemelha a categoria utilizada para a variável desfecho insatisfação (medo, dor e custo com dentista) (18).

A partir dos resultados encontrados sugere-se buscar o entendimento de algumas percepções maternas, como no caso do presente estudo, a presença e ausência de satisfação com o dentista e a equipe de saúde bucal das Unidades de atendimento odontológico do município, a fim de planejar estratégias de ações de promoção de saúde e educação em saúde bucal, juntamente com a comunidade e o grupo de mães que frequentam o serviço.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados no presente estudo pode-se concluir que:

- ✓ As mães que frequentam o ESF Progresso do município de Marau têm em média 35 anos de idade, são casadas, trabalham fora de casa e concluíram, pelo menos, o Ensino Médio.
- ✓ As mães têm satisfação na sua representação com o dentista e o maior motivo de ida ao dentista é saúde bucal, porém grande parte das mães sentem-se ansiosas durante o tratamento.
- ✓ As mães sabem que a cárie dentária é uma doença e que o aparecimento da mesma tem relação com a alimentação. Porém, introduzem achocolatado e açúcar na mamadeira de seus filhos. Aconselham e acompanham os filhos a escovarem levemente os dentes e são rígidas nos horários da escovação.
- ✓ A satisfação com o dentista influencia as mães nos hábitos de higiene bucal adotados com seus filhos, em relação ao uso do fio dental e ao acompanhamento na escovação dentária.
- ✓ Sugere-se a implementação de um canal de comunicação mais aberto entre o dentista e o usuário do serviço bucal, para que sejam repassadas informações e orientações adequadas sobre os cuidados bucais das crianças, salientando o risco da introdução de doces no leite para o aparecimento da cárie dentária.

REFERENCIAS

1. Silva RA, Nóia NB, Gonçalves LM, Pinho JR, Cruz MCFN. Avaliação da participação de mães em um programa de prevenção e controle de cáries e doenças periodontais para lactentes. Rev Paul Pediatr, 2013;31(1):83-9.
2. Silva BDM, Forte FDS. Acesso a Serviço Odontológico, Percepção de mães sobre Saúde Bucal e Estratégias de intervenção em Mogeiro, PB, Brasil. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2009;9(3):313-9.

3. Campos L, Bottan ER, Birolo JB, Silveira EG, Schmitt BHE. Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC). Rev Sul-Bras Odontol 2010;7(3):287-95.
4. Oliveira FDS, Forte WF. Construindo o Significado da Saúde Bucal a Partir de Experiência com Mães. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2011;11(2):183-91.
5. Cabral MCB, Santos TS, Moreira TP. Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil. Rev. Port Saúde Pública 2013;3 1(2):173–80.
6. Cruz AAG, Gadelha CGF, Cavalcanti AL, Medeiros PFV. Percepção materna sobre a Higiene Bucal de Bebês: Um Estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2004;4(3): 185-9.
7. Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. et al., Influence of Family environment on children's oral health: a systematic review, J Pediatr 2013;89(2):116–23.
8. Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Populacional 2014 (acesso em 22 de maio de 2015). Disponível em: www.ibge.gov.br/.
9. Domingues SM, Carvalho ACD, Narvai PC. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. Rev. Bras Crescimento Desenvolv Hum 2008;18(1):66-78.
10. Hanna LMO, Nogueira AJS, Honda VYS. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. RGO 2007;55(3): 271-4.
11. Robles ACC, Grosseman S, Bosco VL. Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. Ciência & Saúde Coletiva 2010;15(2):3271-81.
12. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. Ciência & Saúde Coletiva 2005;10(1):245-59,.
13. Campos JADB, Lima NA. Conhecimento de saúde bucal apresentado por mães segundo seu nível de escolaridade. Salusvita 2006;25(3):11-23.
14. Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que frequentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. Ciência & Saúde Coletiva 2007;12(4):1079-86.
15. Faustino-Silva DD, Ritter F, Nascimento IM, Fontanive PVN, Persici S, Rossoni E. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. Rev. Odontol Ciênc. 2008;23(4):375-9.

16. Massoni ACLT, Ferreira JMS, Silva FDSCM, Carvalho LFPC, Duarte RC. Conhecimento de gestantes sobre a Saúde Bucal dos Bebês. Rev Bras de Ciências da Saúde 2009;13(1):41-7.

17. Moimaz SAS, Fadel CB, Lolli LF, Garbin CAS, Garbin AJI, Saliba NA. Aspectos sociais da cárie dentária no contexto de mãe e filho. J Appl Oral Sci 2014;22(1):73-8.

18. Albuquerque OMR, Abegg 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.