



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Couto Robles, Ana Carolina; Grossemann, Suely; Bosco, Vera Lúcia
Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na
Universidade Federal de Santa Catarina
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 2, outubro, 2010, pp. 3271-3281
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020572030>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina

Practices and meanings of oral health:
a qualitative study with mothers of children
assisted at the Federal University of Santa Catarina

Ana Carolina Couto Robles ¹
Sueley Grosseman ¹
Vera Lúcia Bosco ¹

Abstract *This research aimed to know oral health practices and meanings of mothers whose children were attended in the dental pediatric clinics of the Federal University of Santa Catarina. The qualitative method, case study, was used and data were collected by semi-structured interview. The studied population consisted of seven mothers that took their children to odontologic attendance at the university. It was observed that despite previous negative odontologic experiences, economic difficulties and pregnancy have also influenced those mothers to look for and adhere to dental care. The dental visits occurred, mostly, for curative assistance. The mothers took care of their children's teeth because it was considered a maternal responsibility, to prevent dental caries and their consequences, to avoid wasting money with expensive treatment and children's bad experiences with dentists. Mothers received information on the subject from dentists, doctors, nurses, schools, mass communication media and odontology students. Despite of their desire in taking care adequately of their children's health, those mothers don't always have favorable socio-economic conditions to put the obtained instructions into practice.*

Key words *Oral health, Perception, Health behavior, Mothers, Qualitative study*

Resumo *Este estudo objetivou conhecer práticas e significados de saúde bucal de mães de crianças atendidas em clínicas de odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina. O método qualitativo tipo estudo de caso foi utilizado e os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada. A população estudada constituiu-se por sete mães que levavam seus filhos para atendimento odontológico na universidade. Observou-se que experiências negativas vivenciadas em tratamentos odontológicos anteriores, dificuldades financeiras e gravidez influenciaram-nas na busca e adesão a tratamentos. A procura pelo dentista ocorreu, principalmente, para realização de procedimentos curativos. As mães cuidam dos dentes de seus filhos por considerarem tais cuidados responsabilidade materna, para prevenir cárie e suas consequências, evitar gastos com tratamentos onerosos e que as crianças passem por experiências desagradáveis com dentistas. As fontes de informação citadas sobre os cuidados com a boca foram dentistas, médicos, enfermeiras, escolas, veículos de comunicação em massa e acadêmicos de odontologia. Apesar de desejarem cuidar da saúde de seus filhos de maneira adequada, nem sempre elas têm condições econômicas e sociais favoráveis para colocar os ensinamentos em prática. Palavras-chave Saúde bucal, Percepção, Condução de saúde, Mães, Pesquisa qualitativa*

¹ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário, Trindade. 88040-970 Florianópolis SC. aninharobles@gmail.com

Introdução

Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociais vividos culturalmente. Para promover saúde de maneira efetiva, deve-se levar em conta não só aspectos objetivos deste processo mas também os subjetivos, relativos às opiniões das pessoas que o vivenciam^{1,2}.

Pesquisas sobre percepção em saúde são importantes pois possibilitam entender os comportamentos e a influência que o processo saúde e doença exerce na qualidade de vida das pessoas³⁻⁷.

Em relação à saúde bucal, a compreensão dos profissionais da saúde, em especial de odontopediatras, sobre a realidade de seus pacientes propicia uma abordagem mais próxima de suas necessidades. Essa compreensão pode ser favorecida por estudos qualitativos; entretanto, segundo Östberg *et al.*⁸, estudos desse tipo têm sido pouco frequentes.

O conteúdo deste trabalho teve como fonte de dados a dissertação de mestrado *Atitude e percepção sobre saúde bucal de mães de crianças atendidas em clínicas de odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina*⁹. Através da metodologia utilizada, emergiram dois grandes temas: “Práticas e significados de saúde bucal” e “Satisfação com o atendimento odontológico”. O primeiro deles será abordado neste artigo, cujo objetivo foi conhecer práticas e significados de saúde bucal de mães de crianças atendidas em clínicas de odontopediatria da UFSC.

Metodologia

O método qualitativo, tipo estudo de caso^{10,11}, foi utilizado. Neste método, “o significado que as pessoas dão às coisas e à vida são focos de atenção especial pelo pesquisador”¹².

A amostra foi escolhida intencionalmente e constituiu-se de sete mães que levavam seus filhos para consultas em clínicas de odontopediatria da UFSC. Este número justifica-se, pois a partir da quinta entrevista observou-se saturação dos dados¹⁰.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas que foram gravadas, transcritas e analisadas.

Foram coletados dados de identificação das mães e de seus filhos. As questões norteadoras foram: (1) “Como foram as suas experiências com dentistas ao longo da sua vida?”; (2) “Hoje em dia, como você cuida dos seus dentes?”; (3) “Como você cuida dos dentes dos seus filhos?”; (4) “Por que você acha que os dentes estragam?”;

(5) “O que você aprendeu sobre os cuidados com a boca desde que as crianças iniciaram o tratamento na universidade?”

Após explicação dos objetivos do estudo e seu método, e da possibilidade de desistência em qualquer etapa da pesquisa, as mães eram convidadas a participar da pesquisa. Após anuência, era solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para manter o anonimato, elas foram denominadas de M1, M2, M3, M4, M5, M6 e M7.

A análise dos dados foi realizada pelo processo de Análise-Reflexão-Síntese, preconizado por Patrício¹³. Neste processo, a análise decompõe os dados e a síntese os integra às diversas dimensões e contextos da vida dos sujeitos. A análise e a síntese são realizadas de maneira sinérgica, através da reflexão, que é uma reconsideração dos dados, associando sensibilidade e razão.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, em dezembro de 2004.

Resultados

Perfil das mães entrevistadas

A Tabela 1 apresenta as características das mães entrevistadas e a Tabela 2 as de seus filhos.

Conhecendo a história de saúde bucal das mães

Cuidados com a saúde bucal na infância e na adolescência

Algumas mães comentaram a “idade” em que iniciaram os cuidados com seus dentes. M4 iniciou a escovação aos 4 anos, M6 aos 7 e M3 aos 10 anos. Cuidar dos dentes era representado pela escovação; o fio dental não era utilizado. A “procura pelo dentista” estava associada a casos agudos e o procedimento realizado, geralmente, se reduzia à exodontia do dente acometido, como ilustrado no depoimento de M6:

A mãe nunca disse: “Hoje eu vou ensinar vocês a escovar os dentes”. ...nós tínhamos uma escova pra quatro irmãos. Fio dental, a gente nem sabia que existia. Eu comecei a escovar os dentes quando eu fui pra aula, com 7 anos. Eles faziam escovação, flúor, mas meus dentes já estavam detonados. A mãe só levava no dentista quando o dente tava podre. Só levava pra extrair.

A dificuldade de cuidar dos dentes foi associada às “condições financeiras” vivenciadas pe-

Tabela 1. Perfil das mães entrevistadas.

Entrevistada	Faixa etária	Ocupação	Estado civil	Procedência	Cidade em que reside	Escolaridade	Renda familiar (em reais)
M1	25-30	Do lar	Casada	Paraná	Palhoça (SC)	2º grau completo	1.800,00
M2	30-35	Balconista	Casada	Santa Catarina	Biguaçu (SC)	2º grau incompleto	800,00
M3	35-40	Artesã	Casada	Paraná	São José (SC)	1º grau incompleto	850,00
M4	30-35	Do lar	Casada	Santa Catarina	Florianópolis (SC)	2º grau completo	2.000,00
M5	30-35	Comerciante	Casada	Santa Catarina	Florianópolis (SC)	2º grau completo	1.000,00
M6	25-30	Auxiliar de produção	Casada	Rio Grande do Sul	São José (SC)	2º grau completo	1.250,00
M7	25-30	Faxineira	Casada	Santa Catarina	Florianópolis (SC)	1º grau incompleto	630,00

Tabela 2. Número e idade dos filhos, início do tratamento na UFSC, motivo da consulta inicial e clínica em que são atendidos.

Entrevistada	Número de filhos	Idade dos filhos (em anos)	Início do tratamento	Motivo da 1ª consulta da criança	Local de atendimento
M1	2	3 e 4	2004	Cárie	Pós-graduação**
M2	2	6 e 8	2004	Cárie	Pós-graduação**
M3	2	9 e 13*	2005	Cárie e Hipoplasia de esmalte	Graduação***
M4	1	4	2001	Traumatismo dentário	Programa de Atendimento ao Paciente Traumatizado****
M5	2	3 e 10	2005 e 2002	Cárie; prevenção	Clínica de Bebês****, Graduação
M6	1	6	2004	Cárie	Graduação***
M7	4	5, 7*, 14* e 15*	2005	Cárie	Graduação***

* Não são pacientes das clínicas de odontopediatria da UFSC; ** Atendimento realizado por alunos dos cursos de especialização, mestrado ou doutorado da UFSC (área de concentração: odontopediatria); *** Atendimento realizado por alunos do curso de graduação em odontologia da UFSC; **** Atendimento realizado por alunos dos cursos de especialização, mestrado ou doutorado da UFSC (área de concentração: odontopediatria); ***** Atendimento realizado por professores e alunos dos cursos de graduação e doutorado da UFSC.

las famílias: *A família é muito humilde, não conhecia escova de dente. Só enxaguava com água. Com o tempo, meu pai comprou uma escovinha pra cada um. Mas eu já tinha uns 10 anos. Antes, eu nem lembro de ter escovado dente* (M3).

M1 citou estratégias utilizadas por seu pai para a higienização dentária incluindo a questão alimentar como forma de cuidar dos dentes: *Escovava o dente da gente com cinza porque deixava mais branquinho. Era aquele sistema rígido: “não vou comprar pasta de dente que é caro”. Então era com sabonete. O que ajudava é que a gente não comia muito doce. A gente comia muita carne.*

Segundo M5, sua mãe realizava a “escovação” e permitia que ela “treinasse” a higienização bucal, “brincando com a escova”. A mãe de M7 também escovava seus dentes, entretanto, nunca a levou ao dentista.

A maioria das participantes “não recebeu” informações sobre saúde bucal no “âmbito familiar”. M1, M2 e M3 justificaram dizendo que

seus pais não tiveram acesso a esse tipo de informação, por morarem na roça: *em casa, a mãe não fica: “Vai escovar o dente!” Ela também não foi instruída. Minha mãe, aos 25 anos, não tinha mais nenhum dente e meu pai também tinha dentadura* (M2).

M4 disse que aprendeu “sozinha” a cuidar dos dentes, pois a jornada de trabalho da mãe não permitia envolvimento com tais cuidados. M6 relatou que sua mãe nunca se interessou pela saúde bucal dos filhos: *A mãe nunca se interessou! Ela era professora! Ela ensinava as crianças na aula, mas em casa, com a gente... como é que pode?*

Entre as mães que receberam orientações sobre saúde bucal na infância, M5 citou sua mãe como “fonte de informações”. Os ensinamentos são repassados às suas filhas atualmente. M1 e M3 citaram o dentista como fonte de informação. A escola foi mencionada por duas mães como coadjuvante no aprendizado sobre saúde bucal na infância: *é mais na escola, eles faziam flúor. E*

ofereciam tratamento, palestra. Foi quando eu aprendi a escovar a língua (M1).

Experiências relacionadas ao tratamento odontológico na infância

Todas as entrevistadas lembravam-se de suas “primeiras experiências”, sendo bastante mencionados o medo do dentista, a mágoa, a dor e o trauma.

Meu pai levou nesse dentista da cidade. Ele cortou o boticão e tchá! Dentista era sinônimo de dor; chegava lá e só arrancava o dente (M1).

... quando ela veio pra tirar; a anestesia já tinha passado e ela puxou do mesmo jeito. Eu gritando e ela puxando... Eu ficava com medo! (M2)

... eu tenho mágoa até hoje. Com 7 anos, ele [dentista] me arrancou um dente permanente. O dente tava cariado, um molar; e naquela época acho que eles eram mais pela opção “arranca” do que tentar restaurar o dente, salvar (M4).

Minha experiência com dentista foi péssima. Extraí meu dente, deu hemorragia. Eu fiquei com trauma. Até hoje, se eu sentar numa cadeira de dentista eu tremo! (M6)

M7 não teve acesso ao dentista durante a infância, por residir em povoado sem assistência à saúde: *precisava pegar ônibus, era difícil. A mãe só me levava certinho pra fazer as vacinas. Dente eu só escovava e deu.*

Experiências odontológicas na gestação

Durante a gestação, algumas mães “procuraram atendimento por terem problemas”, como a necessidade de substituição de restaurações, sangramento gengival e sensibilidade.

Na gravidez, quebrou um dente. Ele [dentista] só falou que não podia fazer uma coisa “mais assim”, devido à gravidez, não poderia tomar anestesia. O procedimento que ele ia fazer poderia interferir no bebê (M1).

Eu tive problema de sangramento na gengiva. E teve dente que eu tive que arrumar. Ela viu que era coisa pequena. Eu tava grávida, tinha o problema de levar anestesia, eu não queria (M4).

M6 relatou que “apresentou cárie” dentária durante a gravidez, entretanto, “não procurou atendimento”. M2 e M3 “não procuraram atendimento por ‘não ter precisado’”. M5 disse que foi encaminhada ao dentista na segunda gestação.

Experiências odontológicas recentes

As mães continuam procurando atendimento odontológico somente “quando necessário”. Nas palavras de M1: *As pessoas só vão no dentista quando está muito grave a coisa. Talvez a dor in-*

suportável. M7 teve sua primeira experiência odontológica há dois anos (aos 27 anos de idade), quando foi submetida à exodontia de quatro dentes em posto de saúde.

Em relação às “experiências relacionadas ao atendimento”, M2, M3 e M5 relataram dificuldade de acesso, qualidade insatisfatória e falta de atendimento especializado nos serviços públicos:

Demora muito! Quando começa, é só obturação que eles fazem. Se tem que fazer tratamento de canal, ou você vai pra fila ou você paga um. Às vezes, tu nem vai porque é tanta gente! Ou fica tanto tempo que passa a dor; você acaba deixando, e quando dói, vai no posto e eles tiram, porque está estragado (M2).

... é que a gente não tem plano de saúde, é o Sistema Único, é bem difícil. Estamos na espera para fazer. A última vez que eu fiz tratamento foi na policlínica “X”. O dentista era muito bom. Mas, dependendo do posto... Uma vez, eu fui num dentista particular. Só que aí era bem diferente. Eles trabalham porque gostam da profissão. Eles fazem a coisa bem feita. Os outros [do posto] estão ali porque são incumbidos disso, mas não porque eles gostam (M3).

Conhecendo a história de saúde bucal dos filhos

Cuidados com a saúde bucal dos filhos

As entrevistadas referiram que, quando seus filhos eram bebês, os “instrumentos” que utilizaram para a higienização da boca foram fralda ou gaze umedecida, dedeira e escova associada à pasta infantil. A “época” em que se deu o início da limpeza variou, sendo que algumas iniciaram a limpeza antes da erupção dos dentes decíduos e outras após.

Primeiro eu passei gaze. Com o tempo, a gente usava a dedeira. Quando apareceu mais dentinho, aí começou com escovinha. A mais nova fica brincando com a escova, toma banho, escova os dentinhos, tudo brincando. Já cria aquele hábito. Já sabe que sabonete, xampu, escova, está tudo junto. Depois que ela termina eu dou uma olhada, uma massageada (M5).

Em relação aos cuidados com a cavidade bucal, as “fontes de informação” citadas logo que as mães tiveram seus filhos foram “enfermeiras” e médicos “pediatras”.

Depois que ele nasceu, eu tive informações de como limpar a gengiva com água oxigenada diluída em água. Pegava uma fraldinha e passava na gengivinha depois das mamadas. Procurar não colocar açúcar na mamadeira (M1).

*O pediatra auxiliou quando ele viu que a gen-
giva tava ficando grossa* (M4).

*Recebi na maternidade, explicou que depois da
mamada tem que passar um algodãozinho na boca*
(M5).

M6 comentou ter aprendido com “outra
mãe”. Ela raramente higienizava os dentes de seu
bebê, sentindo-se culpada pela precária condi-
ção bucal de seu filho:

*Às vezes, eu passava uma fraldinha na boqui-
nha dele. Depois que nasceram os dentinhos, sabe
como é que eu fazia? Dava uma escovinha pra ele
brincar. Foram poucas as vezes que eu escovei. Eu
dei muito Nescau. Quando ele tinha 2 anos e meio
já tinha cárie. Com 3 anos, tive que extrair dois
dentinhos. Um dia, ele tava todo inchado, deu pena,
eu chorei no consultório. A culpa veio: “Por que
eu não cuidei, por que eu não pedi ajuda?”* (M6)

À medida que as crianças foram crescendo,
os cuidados direcionados à saúde bucal continu-
aram associados à “escovação” e à utilização de
“pasta dental infantil”. Em relação ao “fio den-
tal”: *eu não usava fio dental. Só escovava os dentes
deles, do jeito que eu escovava os meus* (M2).

O “controle da alimentação cariogênica” tam-
bém foi lembrado: *Na mamadeira, nunca foi co-
locado açúcar. Sempre teve essa consciência de cui-
dar* (M4).

Algumas mães disseram não fazer a “escova-
ção noturna” porque, ao retornar do trabalho,
encontravam as crianças dormindo: *À noite, ti-
nha vez que eu chegava e eles já estavam dormin-
do. Ninguém tinha escovado, aí ficava. Eu não ia
tirar criança da cama pra escovar dente* (M2).

Os “veículos de comunicação de massa” (re-
vistas e televisão) foram citados por quatro mães
como “fonte de informação atual”: *hoje em dia,
as propagandas na televisão [...] motivando a cui-
dar dos dentes. Acho que antigamente não tinha
nada disso. Hoje a gente vê na televisão as propa-
gandas com os cremes dentais* (M4).

M2 não considera a televisão uma boa fonte
de informações, sugerindo “quadros explicativos
nas salas de espera” dos consultórios: *Tu acha
que alguém vai ver a propaganda? Informação de
higiene bucal, higiene do corpo, ou até mesmo de
camisinha, de droga... É muito difícil! Você conse-
gue mais informação quando vai ao consultório e
vê uns quadrinhos na sala de espera.*

M2 e M5 relembaram que, antigamente, eram
realizados teatros nas “escolas” abordando temas
de saúde bucal e sugeriram a retomada dessas
atividades educativas no ambiente escolar: *hoje
em dia não existe reforço nas escolas, eu sinto falta
disso, de ter um pessoal da odontologia que faça um*

*trabalho. Porque na minha época eles faziam tea-
tro. A gente adorava, ficavam aqueles dentões, vi-
nha a escovinha... Isso estimula a criança* (M5).

Três mães lembraram do “dentista” como
fonte de informações. M2 e M7 citaram os “alu-
nos” de odontologia da UFSC como os respon-
sáveis pelos seus conhecimentos sobre saúde
bucal: *Eu fui aprender foi lá, porque em outro lu-
gar não ensina* (M2).

As mães comentaram as orientações forneci-
das pelos alunos sobre a relação entre “alimenta-
ção cariogênica” e “cárie dentária”:

*Eu adoçava a mamadeira e colocava mel. É
uma coisa que eu já tirei* (M5).

*Cada vez que come doce tem que escovar bem
os dentes. Às vezes, a gente relaxava e nem escova-
va* (M7).

“Após o ingresso das crianças no serviço de
odontologia da UFSC”, parece ter ocorrido uma
“mudança de hábitos”, principalmente em rela-
ção à escovação supervisionada e uso do fio den-
tal: *Nem comeu, já vai escovar os dentes, passo fio
dental, ele me ajuda. Hoje eu reviso.*

M4 associou o momento da higiene dentária
com “sofrimento”: *A última escovação da noite..
Tadinha, a gente fica judiando dela... porque esco-
vo, escovo...* (M4).

M5 disse que realiza a higiene bucal da sua
filha caçula, de 3 anos de idade, e nela utiliza “cre-
me dental sem flúor”: *Eu uso porque se não cuspir
não faz mal* (M5).

A preocupação de M5 com a “alimentação” está
também associada ao sobrepeso: *A mais velha não
come verdura, fruta, adora chicle, bala, chocolate.
Então não compro porque ela tá acima do peso e,
além disso, a boca também, porque o açúcar...*

M2 referiu ter aprendido a necessidade de “tro-
ca periódica da escova dentária” e M3 a “ quanti-
dade de dentifício” a ser utilizada. M4 e M7 co-
mentaram os “hábitos de sucção não nutritiva”.

A “importância da dentição decídua” e sua
relação “com a saúde geral” emergiram em uma
das falas. M5 demonstrou preocupação em rela-
ção à condição bucal de outras crianças e mencio-
nou repassar orientações nesse sentido para ou-
tras mães.

Os significados atribuídos à saúde bucal

Observou-se “preocupação” das participan-
tes em “cuidar” de seus filhos e sua “responsabi-
lidade materna” em relação à promoção da saú-
de bucal.

É uma responsabilidade que você tem como mãe
(M1).

Eu me preocupo, não quero que eles passem o medo que eu passei. Eu não culpo a minha mãe dela não ter ensinado, porque ela não aprendeu. Tanto é que ela usa dentadura debaixo e em cima, desde moça (M2).

Entre os motivos alegados para cuidar da cavidade bucal, foram citados aqueles vinculados às “consequências da doença”, tais como o prejuízo na mastigação e na estética, gastos financeiros com tratamentos onerosos, relação saúde bucal e saúde geral. M2 relatou ainda não querer ser culpada futuramente pelos filhos pela situação de seus dentes:

Eu vejo como é difícil pra mastigar, prejudica! Depois de grande, está lá com os dentes feios, tem que gastar. Porque caro do jeito que estão as coisas, e por descuido meu, porque não vai ser por descuido deles. Ai eles ficam maiores: “A mãe que não cuidou!” Por isso que eu quero cuidar (M2).

Pra você ter um sorriso adequado, até no conversar, faz parte do corpo, então você tem que cuidar bem. Por causa de ter boa saúde. Porque senão você não vai conseguir nem conversar direito! (M3)

De maneira geral, a “falta de cuidados” foi o motivo alegado pelas mães para os dentes de seus filhos terem cariado. Cada uma delas, entretanto, tem uma interpretação diferente do processo saúde e doença.

Para algumas, a cárie está relacionada à “alimentação, higienização insatisfatória” da cavidade bucal e “presença de bactérias”. Para M3: ***Com o tempo, os alimentos vão ali, as bactérias, e acabam apodrecendo o dente.***

M1, apesar de conhecer os fatores ligados à etiologia dessa doença, relatou: ***nem sempre você consegue ter controle de escovar o dente sempre depois que ele come alguma coisa. Às vezes, você não está por perto, nem fica sabendo que comeu.*** A escovação noturna também foi lembrada: ***Você faz janta, dá comidinha, vai fazer alguma coisa e quando vê, tá dormindo. Já deixa pra outro dia a escovação*** (M1).

Outros fatores mencionados como causadores de cárie foram estomatite, falta de controle periódico com o cirurgião-dentista, sucção de chupeta e anestesia local.

Eu fiquei com os dentes muito fracos devido à estomatite (M4).

Falta de higiene e falta de orientação da comida. E visitar o dentista de seis em seis meses, porque se tem alguma coisa errada já conserta tudo (M5).

Meu marido diz que anestesia apodrece os dentes (M7).

Discussão

Dos cuidados de ontem aos cuidados de hoje

Enquanto algumas entrevistadas mencionaram a mãe como principal cuidadora, outras receberam poucos cuidados com a cavidade bucal, sendo a falta de conhecimento de seus pais uma das justificativas para tal. A jornada de trabalho e as dificuldades financeiras foram também apontadas como fatores que dificultaram os cuidados.

Atualmente, elas preocupam-se em cuidar bem dos filhos, buscando não repetir nas crianças os “erros” cometidos por seus pais.

Estudo realizado na área rural de Itaúna (MG) procurou conhecer as representações sociais sobre o processo saúde/doença em 29 mães de escolares. Muitas delas não tiveram acesso a qualquer informação sobre saúde bucal na infância. Entretanto, atualmente estavam bem informadas, pois algumas tiveram acesso aos serviços odontológicos em universidade próxima e outras a um serviço itinerante de saúde bucal realizado em escolas. Segundo os autores, as condições de vida no meio rural nem sempre são favoráveis para a promoção da saúde, impedindo, muitas vezes, que as mães cuidem de seus filhos “da maneira adequada”, sendo equivocado exigir das pessoas hábitos que não foram transmitidos pelas gerações passadas¹⁴.

Quanto à busca por atendimento odontológico na infância, observou-se que a procura pelo dentista limitava-se aos casos de sensibilidade dolorosa, e o procedimento realizado geralmente se reduzia às exodontias; assim, as pessoas perdiam seus dentes desnecessariamente, devido à menor ênfase na reabilitação bucal.

Segundo Mendonça¹⁵, o edentulismo no Brasil é uma prática instituída pelas instâncias de saúde bucal como cuidado sanitário. Investigação em área rural da Bahia encontrou associação entre exodontias e fracasso de tratamentos anteriores, sendo que o encorajamento ao desdentamento esteve também relacionado a dentistas práticos que firmavam contratos vantajosos, estabelecendo prazos para a conclusão das extrações e entrega da “chapa” em tempo mínimo, num valor tal que a extração unitária seria onerosa.

Em relação à preferência por serviços odontológicos particulares, observou-se neste estudo que também nesses serviços, algumas vezes, os pacientes não recebiam opções de tratamento diferentes da exodontia.

Entretanto, Matos *et al.*¹⁶ encontraram em seu estudo diferenças em relação à saúde bucal e ao tipo de tratamento recebido entre os usuários dos diferentes serviços de odontologia. Os usuários dos serviços privados tinham mais chance de receber tratamento restaurador ou preventivo, enquanto os que utilizavam os públicos tinham mais chance de receber tratamento cirúrgico (exodontia).

Muitas entrevistadas relataram experiências desagradáveis com dentistas no passado, o que acabou gerando medo, dor, trauma e mágoa.

O trabalho de Syrjälä *et al.*¹⁷, realizado através de entrevistas com cinco adultos, demonstrou que experiências traumáticas na infância e a presença ou ausência de um modelo familiar que incentivasse os cuidados com os dentes influenciaram a percepção e o comportamento das pessoas em relação à sua saúde bucal.

Em nossa investigação, algumas mães iniciaram a escovação tardiamente e o fio dental não era utilizado. Algumas lembraram a escola como marco inicial dos cuidados bucais e disseram que lá eram realizados bochechos com soluções fluoretadas.

No estudo de Carneiro¹⁸, que buscou conhecer a percepção sobre saúde bucal de um grupo de pessoas residentes na área rural de Brasília (Distrito Federal), também foi observado que alguns entrevistados receberam as primeiras orientações sobre cuidados com a boca na escola. Mas, segundo a autora, mesmo que os programas educativo-preventivos desenvolvidos em escolas públicas tenham sido importantes, as contribuições, talvez, não tenham sido suficientes para desenvolver o autocuidado para além do espaço escolar. Abreu *et al.*¹⁴ sugerem a escola como um ambiente propício para a discussão de temas ligados à alimentação e saúde, por ser considerado um local de credibilidade, segundo a população rural entrevistada.

Uma participante deste estudo relatou que, na infância, escovava seus dentes com sabonete e, às vezes, com cinza, para fazer os dentes brilharem. Num contexto de dificuldades financeiras, escassez de serviços odontológicos e de informações preventivas, as pessoas acabam cuidando de sua saúde guiadas por saberes populares.

No trabalho de Carneiro¹⁸, também foi citada a utilização de outros recursos para a limpeza dentária, como escovar os dentes com folha de laranja, folha de juá, fumo ou cinza.

A gravidez também pareceu influenciar a busca ao tratamento odontológico. Uma mãe citou ter receio de ser anestesiada e outra relatou ter recebido do próprio dentista informações contrain-

dicando determinados procedimentos. Observou-se que as mães que consultaram o dentista o fizeram por necessitarem de procedimentos curativos. Quase todas tiveram acesso ao pré-natal, mas somente uma foi encaminhada ao cirurgião-dentista.

No trabalho qualitativo de Albuquerque *et al.*¹⁹, a gravidez foi considerada pelas entrevistadas uma barreira ao atendimento odontológico, já que o próprio dentista desaconselhava o tratamento nesse período. Para elas, existem riscos relativos à anestesia local e à hemorragia e perigos para o bebê.

Percebe-se que, atualmente, ainda é forte a presença de crenças em relação ao atendimento odontológico na gestação²⁰, tanto entre a população em geral quanto entre os profissionais da saúde^{2,21}. O atendimento odontológico deve fazer parte do pré-natal, integrando profissionais da área da saúde, possibilitando troca de conhecimentos, fornecimento de orientações e promoção da saúde bucal materna^{21,22}.

Em relação à higienização bucal do bebê, as mães que foram orientadas realizavam essa limpeza com fralda, dedeira ou escova e dentífrico, conforme recomendação do pediatra, de enfermeiras ou de outras mães. Uma delas mencionou utilização de fralda molhada com água oxigenada.

A água oxigenada já foi prescrita para a higienização bucal do bebê, entretanto, caiu em desuso, por desestabilizar a microflora²³. É recomendável a utilização de dedeiras, fralda ou gaze umedecida em água filtrada a partir da erupção do primeiro dente decíduo. Antes disso, a limpeza poderá ser realizada (entre o 2º e o 3º mês de vida do bebê) com o intuito de criar condicionamento e adaptação às manobras de higiene bucal. Após a erupção dos molares decíduos, geralmente a partir de dezoito meses, a escova deve ser introduzida para limpeza das superfícies oclusais. O fio dental faz-se necessário a partir do momento em que existirem pontos de contato entre os dentes²⁴.

As mães deste estudo foram informadas sobre a limpeza da cavidade bucal do bebê por enfermeiras, médicos pediatras ou outras mães. Em estudo realizado com 42 mães internadas em maternidade para terem seus bebês, a maioria desconhecia a época para início, a maneira de se realizar a higiene bucal do bebê e o momento ideal de levar a criança para a primeira consulta odontopediátrica. Em relação às fontes de informação sobre saúde bucal do bebê, as mais citadas foram os pediatras e, principalmente, os veículos de comunicação de massa. O cirurgião-dentista foi citado por 2,38% das participantes²⁵.

Neste estudo, uma mãe relatou deixar seu bebê brincar com a escova durante o banho, para depois finalizar a escovação. Sua intenção era ele crescer associando os cuidados da boca com os cuidados do corpo. Essa prática era realizada por sua mãe e foi incorporada à sua rotina. De acordo com Tiba²⁶, a mãe deve permitir que a criança brinque com a escova, assumindo a complementação da limpeza. É favorável a criação de um momento de descontração durante a escovação, já que uma escovação apressada pode virar um “castigo” e acabar agredindo a criança. Moura *et al*²⁷ recomendam que a higiene dentária deve, preferencialmente, ser realizada em horários predeterminados, associando-se o horário da higiene bucal àquele estabelecido para a higiene corporal.

Nos depoimentos das mães, percebeu-se o valor que elas dão à escovação após as refeições e ao controle da alimentação cariogênica (especialmente os doces) como as principais formas de prevenir a doença cárie. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Simioni *et al*²⁸.

Algumas mães citaram como dentífrico frequentemente utilizado o de marca Tandy, por considerarem-no “mais fraco”. Isto provavelmente se deve à maneira como foi veiculado na mídia e ao seu sabor agradável, favorecendo que a escovação seja realizada com menos resistência por parte da criança. Este dentífrico contém em sua formulação 1.100 ppm de flúor, a mesma concentração encontrada em muitas pastas prescritas para adultos.

Dentífricos infantis contêm menos detergente em sua composição, assim formam menos espuma, tornando a escovação mais segura²⁹. Entretanto, quanto menor a idade da criança, maior a possibilidade de deglutição da pasta^{30,31}, aumentando, consequentemente, as chances de desenvolvimento de fluorose.

A literatura apresenta controvérsias em relação à época de introdução de dentífricos fluoretados na higiene bucal do bebê. Alguns autores³² recomendam a sua utilização a partir da erupção do primeiro dente, enquanto outros³³ consideram cedo a idade de seis meses, pois até os três anos de idade a chance de ingestão é grande. Holt e Murray³⁴ salientam que a indicação de dentífricos com concentração menor que 1.000 ppmF em crianças deve levar em consideração a relação risco/benefício, já que, por um lado, o risco de desenvolvimento de fluorose diminui, mas por outro aumentam as chances de desenvolvimento da cárie. O importante é que os pais estejam orientados a colocar uma pequena quantidade de creme dental na escova^{30,35}, além de realizar a es-

covação nas crianças, cuidando para que não ocorra a ingestão da espuma³⁵.

Nesta investigação, as mães utilizaram o fio dental ocasionalmente, apesar de reconhecerem os benefícios da sua utilização. Esses resultados foram também encontrados em outros estudos^{14,17,18}.

Mesmo sendo relativamente bem informadas, a rotina do dia a dia e a falta de tempo das participantes interferiram nos cuidados com a saúde bucal infantil. Em momentos de esgotamento físico ou de envolvimento com outras atividades, as crianças acabavam adormecendo sem escovar os dentes e as mães consideravam inoportuno acordá-las. Assim, não basta ter informações, é preciso ter condições adequadas para colocar os ensinamentos em prática.

Neste estudo, a culpa pela precária condição bucal do filho emergiu em um depoimento, sendo associada ao mau cuidado materno. De acordo com Abreu *et al*¹⁴, a cobrança da sociedade em relação aos cuidados com os filhos e ao mesmo tempo o não cumprimento dessa “regra” acabam causando sentimentos negativos nas mães, prejudicando sua qualidade de vida. Portanto, ao se aconselharem as mães, deve-se levar em conta a realidade em que elas estão inseridas, para junto delas construir um plano que seja mais adequado para cada família, nas circunstâncias em que elas vivem.

A partir de alguns discursos, percebeu-se que o acesso ao serviço de odontopediatria da UFSC marcou o fim da peregrinação de muitas delas por outros serviços, em busca de tratamento odontológico para as crianças. A universidade foi considerada importante na aquisição de conhecimentos sobre a etiologia das doenças bucais. As mães sentiram-se mais motivadas e preparadas para cuidar dos filhos, modificando hábitos de higiene e de alimentação no âmbito familiar.

A dificuldade de acesso, a falta de vagas e de pessoal despreparado para o atendimento infantil nos postos de saúde e a impossibilidade de pagar pelo atendimento odontopediátrico particular foram mencionadas.

Em relação à percepção das mães sobre o processo saúde/doença bucal, de acordo com os dados deste estudo, cuidar dos dentes está relacionado à prevenção da cárie e suas consequências como dor, alterações estéticas e funcionais, além de gastos financeiros com tratamentos onerosos.

As mães citaram a cárie como uma doença causada por bactérias e alimentação rica em doces, sendo a escovação a maneira de evitar que os dentes estraguem. Esses dados corroboram os de Frazão e Marques³⁶, em pesquisa sobre a in-

fluência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. Em nosso estudo, outros fatores que poderiam desencadear problemas dentários foram também citados, como a estomatite e a anestesia local.

A preocupação com a aparência dos dentes e com problemas funcionais decorrentes de perdas dentárias influenciaram as mães a cuidar dos dentes. Este tema também foi abordado em outros estudos^{2,4-6,14,17,18,37}. As alterações estéticas e funcionais decorrentes da cárie podem levar à estigmatização das pessoas e limitações interpessoais ao conversar e ao sorrir. Atualmente, o culto à beleza é supervalorizado, e a aparência pessoal está diretamente relacionada à aceitação social¹⁴.

A relação saúde bucal e saúde geral foi comentada por algumas mães. Essa preocupação é importante e, ao mesmo tempo, interessante, já que o curso de odontologia no Brasil é separado do de medicina, sendo o tratamento da maioria dos problemas de saúde bucal de responsabilidade do dentista, ficando a saúde geral desvinculada da bucal. Assim, a “boca acaba não fazendo parte de corpo”, já que não é tratada por médicos. Além disso, a busca constante por especializações dentro da própria odontologia acabou levando à fragmentação da cavidade bucal.

Conclusão

Através desta pesquisa, pôde-se observar limitações vivenciadas pelas mães em relação à sua saúde bucal, influenciadas principalmente por experiências negativas com dentistas, dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde bucal e falta de condições financeiras para frequentarem consultórios odontológicos particulares. A odontologia praticada no passado, segundo as entre-

vistadas, valorizava a realização de exodontias em detrimento de tratamentos mais conservadores, causando nelas medo de dentista, trauma, dor e mágoa. Existe preocupação dessas mães em cuidar da saúde bucal de seus filhos para evitar que elas tenham sentimentos de culpa, pois consideram tais cuidados responsabilidade materna. Além disso, desejam prevenir a cárie dentária e evitar que as crianças sofram com as consequências da doença, como dor, problemas estéticos e funcionais.

Observou-se ainda que profissionais da saúde estão abordando precocemente a promoção da saúde bucal, fato este que indica maior interdisciplinaridade, já que diversas entrevistadas citaram os médicos pediatras e as enfermeiras de maternidades como as primeiras pessoas a orientar sobre os cuidados com a cavidade bucal do bebê.

Muitas mães também receberam informações sobre saúde bucal na escola, bem como através dos veículos de comunicação de massa e cartazes explicativos nos consultórios odontológicos e consideraram-nos importantes fontes de orientação. Parece que o ingresso de seus filhos no ambulatório de odontopediatria da UFSC propiciou que elas compreendessem melhor o processo saúde/doença bucal e ficassem mais motivadas a cuidar da cavidade bucal das crianças.

As entrevistadas mostraram-se satisfeitas com o atendimento realizado pelos estudantes nas clínicas de odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina e isto provavelmente deve-se à valorização da filosofia de promoção da saúde, que é ensinada em aulas teóricas e estimulada nas práticas, buscando aliar comunicação e habilidade técnica e compreender a cultura e a realidade em que os pacientes vivem, desenvolvendo um plano de tratamento individualizado e adequado às circunstâncias de cada família.

Colaboradores

ACC Robles foi responsável pela concepção, pelo delineamento do estudo, coleta e análise dos dados e redação do artigo; S Grosseman e VL Bosco, pela concepção, pelo delineamento e orientação.

Referências

1. Buss PM. Promoção de saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):163-177.
2. Bernd B, Souza CB, Lopes CB, Pires Filho FM, Lisboa IC, Souza LNS, Pignone OA. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Vale. *Saúde em Debate* 1992; 34:33-39.
3. Gift HC, Atchison KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res* 1998; 77(7):1529-1538.
4. Locker D, Clarke M, Payne B. Self perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *J Dent Res* 2000; 7(4):970-975.
5. Mc Grath C, Bedi R, Gilthorpe MS. Oral health related quality of life: views of the public in the United Kingdom. *Community Dental Health* 2000; 17:3-7.
6. McGrath C, Bedi R. Understanding the value of oral health to people in Britain: importance to life quality. *Community Dental Health* 2002; 19:211-214.
7. Pérez JJ, Hernández IE, Rancel ALG-C. La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. *Revista ADM* 2003; LX(1):19-24.
8. Östberg A-L, Jarkman K, Lindblad U, Halling A. Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors: a qualitative study. *Acta Odontol Scand* 2002; 60:167-173.
9. Robles ACC. *Atitude e percepção sobre saúde bucal de mães de crianças atendidas em clínicas de odontopediatria da UFSC* [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
10. Bogdan RC, Biklen SK. *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora; 1994.
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
12. Ludke M, André MEDA. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
13. Patrício ZM. *A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica* [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.
14. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaipava (MG). *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):245-259.
15. Mendonça, TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cad Saude Publica* 2001; 17(6):1545-1547.
16. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev Saude Publica* 2002; 36(2):237-243.

17. Syrjälä A-MH, Knuuttila MLE, Syrjälä LK. Self-efficacy perceptions in oral health behavior. *Acta Odontol Scand* 2001; 59:1-6.
18. Carneiro, AMO. *Percepção em saúde bucal: valores, atitudes e problemas de um grupo de pessoas residentes na área rural de Brazlândia-DF* [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
19. 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 Saude Publica* 2004; 20(3):789-796.
20. Codato LAB, Nakama L, Melchior R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Cien Saude Colet* 2008; 13(3):1075-1080.
21. Tirelli MC. *Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes* [tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2004.
22. Melo JM, Brandão EHS, Dutra SMV, Iwazawa AT, Albuquerque RS. Conhecendo a captação de informações de mães sobre cuidados com o bebê na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(2):280-286.
23. Tombes MB, Gallucci B. The effects of hydrogen peroxide rinses on the normal oral mucosa. *Nursing Res* 1993; 42(6):332-337.
24. Machado MAAM, Silva SMB, Abdo RCC, Hoshi AT, Peter EA, Grazziotin GB, Honorio HM, Prestes MP, Fracasso MLC, Oliveira TM, Silva TC. *Odontologia em bebês. Protocolos clínicos, preventivos e restauradores*. São Paulo: Santos; 2005.
25. Politano GT, Pellegrinetti MB, Echeverria SR, Imparato JCP. Avaliação da informação das mães sobre cuidados bucais com o bebê. *JBP - Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebê* 2004; 7(36):138-148.
26. Tiba I. *Disciplina, limite na medida certa*. São Paulo: Gente; 1986.
27. Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):1079-1086.
28. Simioni LRG, Comiotto MS, Rego DM. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. *Revista Pós-Graduação* 2005; 12(2):163-173.
29. Puppim-Rontani RMP, Kassawara ABC, Delgado CRM. Influence of socioeconomic level and dentifrice brand on the oral hygiene habits and the fluoride dentifrice ingestion. *J Clin Pediatr Dent* 2002; 26(3):319-325.
30. Moraes SM, Pessan JP, Ramires I, Buzalaf MAR. Fluoride intake from regular and low fluoride dentifrices by 2-3-year-old children: influence of the dentifrice flavor. *Braz Oral Res* 2007; 21(3):234-240.
31. Bawden JW, Crenshaw MA, Wright JT, LeGeros RZ. Consideration of possible biologic mechanisms of fluorosis. *J Dent Res* 1995; 74:1349-1352.
32. Curnow MMT, Rine CM, Burnside G, Nicholson JA, Chesters RK. A randomized controlled trial of the efficacy of supervised toothbrushing I high-carries-risk children. *Caries Res* 2002; 36(4):294-300.
33. Feldens EG, Feldens CA, Raupp SMM, Wessler ALM, Graef SL, Kramer PF. Avaliação da utilização de dentifícios fluoretados por crianças de 2 a 5 anos de idade de três escolas da cidade de Porto Alegre. *JBPJ Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2001; 4(21):375-382.
34. Holt RD, Murray JJ. Developments in fluoride toothpastes: an overview. *Community Dent Health* 1997; 14(1):4-10.
35. Rock WP. Young children and fluoride toothpaste. *Br Dent J* 1994; 177(1):17-20.
36. Frazão P, Marques DSC. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):131-144.
37. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(6):1383-1392.

Artigo apresentado em 16/04/2007

Aprovado em 14/12/2007

Versão final apresentada em 15/01/2008