



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada
ISSN: 1519-0501
apesb@terra.com.br
Universidade Federal da Paraíba
Brasil

Maniezo de SOUSA, Janaína; Calvo FRACASSO, Marina de Lourdes
Comportamento Materno versus Temperamento da Criança: Influência no Padrão de Saúde Bucal
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 10, núm. 1, enero-abril, 2010, pp. 47-
54
Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63712849008>

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

Comportamento Materno versus Temperamento da Criança: Influência no Padrão de Saúde Bucal

Maternal Behavior versus Child Temper: Influence on the Oral Health Pattern

Janaína Maniezo de SOUSA¹, Marina de Lourdes Calvo FRACASSO²

¹Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá/PR, Brasil.

²Professora Doutora do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá/PR, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Verificar a relação entre cárie dentária, alterações faciais, comportamento materno e temperamento das crianças participantes do programa Clínica de bebês do município de Maringá/PR.

Método: Foram examinadas 102 pares de mães e crianças na faixa etária entre 2 e 7 anos. Um questionário analisou os dados socioeconômicos da mãe, padrão de aleitamento, hábitos de sucção não nutritiva e por meio do exame clínico avaliaram-se a quantidade de biofilme presente (IHB), o índice de cárie (ceo-s) e alterações faciais. Avaliou-se, também, o temperamento da criança frente ao atendimento odontológico e o comportamento materno junto à criança. Os dados foram processados e analisados pelo software Statistic R, com nível de significância de 0,05%. Para a comparação das duas amostras foi utilizado o Teste de Mann-Whitney e a associação foi verificada pelo Teste Exato de Fisher.

Resultados: Das crianças, 58,8% são do gênero masculino, 88 (86,2%) "livres de cárie" e ceo-s de 0,55 ($\pm 1,64$). Quanto à presença de hábitos nocivos, 46 (45,1%) possui algum hábito e 21,5% possuíam alterações faciais. Houve diferença estatística para o IHB médio entre as crianças livres de cárie ($0,8 \pm 0,86$) e crianças com cárie ($1,46 \pm 1,00$) ($p=0,010$; Teste de Mann-Whitney). Quando comparado tempo do hábito nocivo e presença de alteração facial, as crianças que ainda possuíam hábito nocivo tiveram maior percentual de alteração facial. Para o temperamento da criança, a cárie mostrou-se mais presente para o definitivamente negativo ($p=0,0499$). Em relação ao hábito nocivo, este se mostrou mais presente para o definitivamente negativo ($p=0,0434$). Quando analisado o comportamento da mãe, 57,14% das crianças com cárie possuem mães consideradas "insensíveis" ($p=0,0013$).

Conclusão: Programas que promovam o vínculo entre o profissional, à criança e a família, desde a idade precoce, com reforço educativo nas consultas de retorno influencia de maneira positiva para mudança de hábitos inadequados, condicionamento da criança para receber o atendimento odontológico e o estímulo à família para manutenção da saúde bucal.

ABSTRACT

Objective: To verify the relationship between dental caries, facial alterations, maternal behavior and temper of children attending the Baby Clinic Program of the city of Maringá/PR.

Method: One hundred and two pairs of mothers and 2-7-year-old children. A questionnaire was used to evaluate the mothers' socioeconomic data, nursing pattern and non-nutritive sucking habits. A clinical exam was done to evaluate the amount of biofilm (Oral Hygiene Index- OHI), the caries index (dmf-t) and the presence of facial alterations. The children's temper regarding the dental treatment and the mothers' behavior with the children were also evaluated. The data were processed and analyzed using the Statistic R software with significance level of 5%. The Mann-Whitney test was used for comparison of the two samples and the association between them was verified by the Fisher's Exact Test.

Results: Among the children, 58.8% were male, 88 (86.2%) were "caries free" and the dmft was 0.55 (± 1.64). Forty-six (45.1%) children had some kind of deleterious habits and 21.5% presented facial alterations. There was statistically significant difference for the mean OHI between the caries-free children (0.8 ± 0.86) and children with caries (1.46 ± 1.00) ($p=0.010$; Mann-Whitney test). When the duration of the deleterious habit and the presence of facial alterations were compared, the children that still presented the deleterious habit had higher percentage of facial alterations. Regarding the children's temper, caries disease was more prevalent for the definitely negative temper ($p=0.0499$). The prevalence of deleterious habits was also greater for the definitely negative temper ($p=0.0434$). Regarding the mothers' behavior, 57.14% of the children with caries had mothers considered as "insensitive" ($p=0.0013$).

Conclusion: Programs that promote a link between the dental professional, the family and the children since an early age, with educative reinforcement at the recall visits influence positively the change of inadequate habits, the conditioning of the children to receive dental treatment and stimulus to the family for maintaining a healthy oral status.

DESCRITORES

Cárie dentária; Malocclusão; Criança; Denticção decídua

KEYWORDS

Dental caries; Malocclusion; Child; Primary dentition

INTRODUÇÃO

A cárie precoce é considerada um sério problema de saúde, com maior prevalência em grupos de baixo nível sócio-econômico, mas também observada na população em geral. As crianças que apresentam cárie dentária de forma precoce têm maior probabilidade de desenvolver, subsequentemente, cárie na dentição permanente, com efeito direto sobre a dentição, de modo que consequências dessa enfermidade são observadas também na saúde geral¹.

A prevalência da cárie dentária nos primeiros anos de vida é um assunto muito discutido e cujas variáveis existem dentro das características sociais, culturais e econômicas de cada população².

Um aspecto que chama a atenção na prevalência de cárie em bebês é a existência ou não de atenção precoce na comunidade onde vivem. A visita odontológica nos primeiros meses de vida é justificada, principalmente pela possibilidade de prevenção de doenças, manutenção da saúde bucal e também pelo fato das crianças crescerem ambientadas ao consultório odontológico².

Estudos científicos têm mostrado a importância da interação mãe-criança no desenvolvimento social, emocional e cognitivo da criança³. A literatura reporta uma nova proposta para a etiologia da cárie dentária expõe o modelo biopsicossocial, considerando três fatores: biológico, psicológico e social⁴. Como fator biológico, consideram-se a presença da bactéria *S. mutans*; como fatores sociais, a raça, a educação da família, o trabalho e a renda; e como fatores psicológicos, o conhecimento sobre saúde bucal, o stress, a auto-eficácia e o ponto de controle⁴. Com este modelo ocorreu um resgate de conhecimentos há muito esquecidos e ao mesmo tempo, um grande avanço no entendimento de como fatores sociais e psicológicos interferem no comportamento de saúde bucal e no risco à cárie⁴.

As tentativas dos profissionais da saúde de obter colaboração, obediência ou adesão dos pacientes às suas recomendações são freqüentemente mal sucedidas. Intencionalmente ou não, muitos pacientes ignoram, esquecem ou executam erradamente as recomendações relacionadas ao tratamento e ao auto cuidado. Tais recomendações envolvem ações como: seguir uma determinada dieta, escovar os dentes, utilizar diariamente uma medicação ou retornar regularmente para sessões de acompanhamento ou tratamento. A pesquisa sobre adesão de pacientes em relação a tratamentos médicos mostra que a não-adesão pode ocorrer em pacientes de todas as idades, classes sociais e grupos étnicos, assim

pacientes que não apresentam sintomas e entre aqueles que estão leve ou mesmo gravemente doentes⁵.

A Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) declarou haver um risco potencial devastador de cárie por aleitamento para crianças alimentadas ao seio e com mamadeira. E este risco relaciona-se à alimentação prolongada e repetitiva sem o acompanhamento de medidas de higienização bucal apropriadas, sendo os pais encorajados a oferecer líquidos em copo para o filho próximo ao seu primeiro aniversário e a retirar a mamadeira entre 12 e 14 meses de idade⁶.

A boca é uma das primeiras áreas do corpo a desenvolver a função neuromuscular coordenada, sendo a sucção, uma atividade de desenvolvimento, seu principal impulso, a primeira atividade muscular coordenada da criança⁷. Presente nos primeiros momentos da vida exterior do ser humano é através dela que a criança tem os primeiros contatos com o mundo exterior, satisfazendo além da nutrição, as necessidades afetivas, por meio do aleitamento materno^{7,8}. O aleitamento materno exclusivo é considerado indispensável nos primeiros 6 meses de vida da criança, tanto para seu desenvolvimento físico como emocional, devendo ser realizado de forma irrestrita e atendendo à livre demanda⁸.

Crianças que receberam amamentação materna exclusiva têm menores chances de adquirir hábitos de sucção não nutritiva, como sugar dedos ou chupeta, freqüentemente observados nas crianças menores de 24 meses que não mamam ao peito da mãe⁸.

A criança pode atingir a plenitude alimentar, mas quando a necessidade de sucção persiste a criança, na ânsia de satisfação começa a sugar dedos, chupetas ou outros objetos⁹. O hábito de sucção não nutritiva contribui como fator etiológico em potencial na deterioração da oclusão e na alteração do padrão normal de crescimento facial^{9,10}.

Este estudo objetivou verificar a relação entre cárie dentária, má oclusão, comportamento materno e temperamento das crianças cadastradas e atendidas na unidade de saúde no município de Maringá/PR.

METODOLOGIA

O estudo foi conduzido após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CAAE - 0139.0.0093.000-8), Parecer nº 415/2008.

Foram analisados 102 pares de mães e crianças de

dentadura decidua completa, cadastradas e atendidas na unidade de saúde (Núcleo Integrado de Saúde -NIS III Iguaçu), bairro Borba Gato, município de Maringá/PR, participantes do programa Clínica de bebês do município, após a carta de esclarecimento e consentimento livre e esclarecido ser devidamente assinada pelo responsável da criança. Como critério de inclusão as crianças deveriam estar acompanhadas pela mãe no momento do exame.

O atendimento na Unidade Básica de Saúde segue um protocolo que inclui palestras educativas para pais e/ou responsáveis no ingresso da criança ao programa, que se dá por agendamento antes de 1 ano de idade. A alta do atendimento é prevista para os 6 anos. Durante o período que as crianças permanecem em atendimento, recebem consultas bimestrais reforçando a necessidade de medidas preventivas caseiras e profissionais regulares, bem como a necessidade de interpor medidas para interceptação de hábitos nocivos de dieta, higiene e de sucção não nutritiva, prevenindo desta forma aparecimento de lesões de cárie e maloclusões¹¹.

O processo da coleta de dados teve a participação de 01 cirurgião-dentista da Secretaria Municipal de Saúde do município de Maringá que rotineiramente é responsável pelo atendimento das crianças. Coube a este a aplicação do formulário e o registro simultâneo das respostas recebidas. Para a execução destes procedimentos o cirurgião dentista foi previamente calibrado, (Kappa, para o índice ceo-s, IHB e para as alterações faciais).

Os dados foram coletados a partir de um questionário pré-testado, onde a primeira parte consistiu de uma entrevista semi-estruturada com as mães, abordando questões como: dados socioeconômicos da mãe, sexo e idade da criança, dados do padrão e tempo de aleitamento (materno ou artificial), presença de hábitos de sucção não nutritiva (tipo do hábito e tempo de duração).

A segunda etapa do estudo constituiu do exame clínico intra-bucal, realizado em cadeira odontológica, com instrumental clínico, e luz de refletor odontológico. Avaliou-se a efetividade da higiene bucal pela quantidade de biofilme presente, seguindo o índice de higiene bucal proposto por Green e Vermillion modificado¹². Para avaliação do índice de cárie (ceo-s), seguiram-se os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde¹³ agrupadas por faixa etária. O componente “livre de cárie” também foi tabulado na pesquisa.

Para o exame clínico das alterações funcionais foram avaliadas as variáveis: palato ogival, mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior unilateral, mordida cruzada posterior bilateral, deglutição / fonação atípica, etc.

o temperamento da criança frente ao atendimento odontológico sendo observado os critérios¹⁴: 1) Definitivamente negativa, 2) Negativa, 3) Positiva e 4) Definitivamente positiva. Para avaliação do comportamento materno junto a criança foram utilizados os seguintes critérios¹⁵: 1) Mãe segura; 2) Mãe insegura; 3) Mãe disciplinadora; 4) Mãe preocupada em excesso e 5) Mãe insensível.

Os dados foram processados e analisados pelo software Statistic R, com nível de significância de 0,05%. Para a comparação das duas amostras foi utilizado o Teste de Mann-Whitney e a associação foi verificada pelo Teste Exato de Fisher.

RESULTADOS

Entre as crianças examinadas (Tabela 1), 58,82% (60/102) eram do gênero masculino e 41,18% (40/102) do feminino. A faixa etária das mães entrevistadas variou entre 19 e 44 anos. Em relação à escolaridade materna, um grande percentual (41,2%) apresentou ensino médio completo, 4,9% apresentaram ensino superior incompleto e 15,7%, ensino superior completo, embora 38,2 % possuam menor escolaridade (8,8% ensino fundamental incompleto, 19,6% ensino fundamental completo e 9,8% 2º ensino médio completo).

Tabela 1. Dados socioeconômicos das mães.

Variáveis	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade do Filho (anos)	4,00	1,23	2	4	7
Idade da Mãe (anos)	31,77	5,73	19	32	44
Número de Filhos	1,68	0,75	1	2	4
Renda Familiar (R\$)	1089,21	769,39	130	800	4000

Quando avaliado o padrão de amamentação, observou-se que em 97,06% dos casos, as mães estudadas amamentaram no peito seus filhos, sendo que, 32,32% receberam aleitamento materno por até 6 meses, 35,35% receberam de 6 meses a 1 ano, 25,25% receberam de 1 a 2 anos e 7,07% receberam mais de 2 anos. (Tabela 2)

Em relação ao uso da mamadeira, observou-se que 91,18% das crianças em estudo fizeram ou fazem uso da mamadeira, sendo que 1,08% usaram de 6 meses a 1 ano, 17,20% usou de 1 a 2 anos, 11,83% usou mais de 2 anos e 69,89% ainda faziam uso no momento do exame.

Tabela 2. Tipo e tempo de duração do aleitamento.

Tempo	Aleitamento Materno		Uso da Mamadeira	
	n	%	n	%
Menos de 6 meses	32	32,32	-	-
De 6 meses a 1 ano	35	35,35	01	1,08
De 1 a 2 anos	25	25,25	16	17,2
Mais de 2 anos	07	7,07	11	11,83
Ainda faz uso	-	-	65	69,89
Total	99	100,0	93	100,0

Observou-se que das 102 crianças, 88 (86,27%) estavam “livres de cárie” e 14 (13,73%) apresentaram a lesão (Tabela 3) sendo o ceo-s médio de 0,55 (Tabela 4).

Na avaliação da presença de hábitos nocivos, 46 (45,10%) possui algum hábito. (Tabela 3) Desses, 39 (84,78%) fazem uso de “chupeta” e 7 (15,22%) o “dedo”, com 21, 57% delas com alterações faciais (Tabela 3).

Tabela 3. Presença de cárie dentária, hábitos nocivos e alterações faciais.

	Cárie		Hábito Nocivo		Alteração Facial	
	n	%	n	%	n	%
Livre	88	86,27	56	54,9	80	74,83
Sim	14	13,73	46	45,1	22	21,57
Total	102	100,0	102	100,0	102	100,0

Tabela 6. Distribuição das crianças segundo o tempo de hábito nocivo e de acordo com a presença de alteração facial.

Tempo de Hábito Nocivo	Presença de Alteração Facial		n	%	Total	p-valor
	Não	Sim				
Menos de 6 meses	3	12,0	-	-	3	6,52
De 6 meses a 1 anos	9	36,0	1	4,76	10	21,74
De 1 a 2 anos	5	20,0	-	-	5	10,87
De 2 a 3 anos	7	28,0	5	23,81	12	26,09
Ainda faz	1	4,0	15	71,43	16	34,78
Total	25	100,0	21	100,0	46	100,0

Em relação ao temperamento manifestado durante o atendimento, 6,86% das crianças apresentaram um temperamento definitivamente negativo e 9,80% negativo. Somando-se os percentuais de crianças que tiveram temperamento positivo (33,33%) e definitivamente positivo (50%), obteve-se 83,33% da amostra estudada.

Foi verificado que 57,84% das mães se mostraram “Segura”, 24,51% “Insegura”, 14,71% “Insensível”, 1,96% “Preocupada em exagero” e 0,98% “Disciplinadora”.

Para verificar a associação de cada variável em estudo com a presença ou não de cárie foi realizado o teste Exato de Fisher ($p < 0,05$) As variáveis que mostraram associação significativa com a presença ou não de cárie foram às variáveis: temperamento da criança “Definitivamente

Tabela 4. Medidas descritivas do padrão de higiene bucal e cárie dentária.

Variáveis	Média	Desvio-Padrão	Mínimo
IHB	0,89	0,9	0
ceo-s	0,55	1,64	0

IHB = Índice de higiene bucal.

Na Tabela 5 foi realizada associação do IHB entre crianças sem cárie e com cárie. A comparação foi feita utilizando o teste Mann-Whitney ($p < 0,05$). Como resultado obteve-se um $p = 0,0108$, ou seja, a diferença de IHB foi significativa estatisticamente. As crianças que estavam livres de cárie tiveram um IHB médio de 0,8 e as que apresentaram cárie, tiveram um IHB médio de 1,46.

Tabela 5. Medidas descritivas para o IHB para crianças com cárie e sem cárie.

Cárie	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Ausente	0,80	0,86	0,00	0,50	3,00
Presente	1,46	1,00	0,10	1,53	3,00

Teste de Mann-Whitney p - valor = 0,0108

Quando analisado a presença de alteração facial, 21,57% das crianças tinham alteração e as crianças que ainda possuíam hábito nocivo apresentaram um maior percentual de alteração facial ($p = 0,0006$) (Tabela 6).

($p = 0,0078$) e “Insensível” ($p = 0,0013$).

Para o temperamento da criança, a cárie mostrou-se mais presente para o temperamento “Definitivamente negativo” e “Positivo”, porém, o temperamento “Positivo” não mostrou diferenças significativas estatisticamente. A cárie se mostrou estatisticamente significativa menos presente para o temperamento “Definitivamente positivo”. Das crianças que apresentaram o temperamento definitivamente positivo, 55,68% estavam livres de cárie ($p = 0,0499$).

Quando se analisou o comportamento da mãe, 57,14% das crianças com cárie possuem mães consideradas “Insensíveis” ($p = 0,0013$). Das crianças livres de cárie, 56,91% possuem mãe com comportamento “Segura” ($p = 0,0006$).

Tabela 7. Variáveis estudadas em relação à presença de cárie.

Variáveis	Cárie Dentária				Total	p-valor
	Sim	n	%	Não		
Aleitamento						
Não	-	-		3	3,41	0,6391
Sim	14	100,00		85	96,59	0,6481
Mamadeira						
Não	3	21,43		6	6,82	0,5468
Sim	11	78,57		82	93,18	0,1054
Temperamento do filho						
Definitivamente negativo	2	14,29		5	5,68	0,0083
Negativo	1	7,14		9	10,23	0,2728
Positivo	9	64,29		25	28,41	0,6010
Definitivamente positivo	2	14,29		49	55,68	0,0765
Comportamento da mãe						
Segura	1	7,14		58	65,91	0,0499
Insegura	5	35,71		20	22,73	<0,0001
Disciplinadora	-	-		1	1,14	0,3054
Preocupada em exagero	-	-		2	2,27	0,8641
Insensível	8	57,14		7	7,95	0,7478
Total	14	100,00		88	100,00	0,0013

O teste Exato de Fisher foi usado também para a análise realizada para verificar a associação entre as variáveis: hábito nocivo e comportamento da mãe e temperamento da criança. As variáveis que mostraram associação significativa com a presença ou não de hábitos nocivos foram: temperamento da criança “Definitivamente negativo” ($p=0,0434$) e comportamento materno “Inseguro” ($p = 0,033$).

Para o temperamento da criança, o hábito nocivo mostrou-se mais presente para o comportamento “Definitivamente negativo”, (13,04%) ($p = 0,0434$).

Das crianças que não tiveram hábito nocivo, 60,71% apresentaram o temperamento “Definitivamente positivo”, porém este valor não foi significativo ($p = 0,1109$).

Foi observado que quando a criança possuía hábito nocivo ($n=46$), 36,96% das mães apresentou um comportamento “Inseguro” ($p = 0,033$). Das crianças que não possuíam hábito nocivo ($n=56$), 66,07% das mães apresentavam comportamento “Seguro”, porém este valor não foi significativo estatisticamente ($p\text{-valor}=0,2118$) (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição da amostra segundo o comportamento da criança e da mãe segundo a presença de hábito nocivo.

Comportamento	Hábito Nocivo				Total	p-valor
	n	%	n	%		
Temperamento do filho						
Definitivamente negativo	1	1,79	6	13,04	7	0,0305
Negativo	4	7,14	6	13,04	10	0,0434
Positivo	17	30,36	17	36,96	34	0,284
Definitivamente positivo	34	60,71	17	36,96	51	0,3822
Comportamento da mãe						
Segura	37	66,07	22	47,83	59	0,1109
Insegura	8	14,29	17	36,96	25	0,5534
Disciplinadora	1	1,79	-	-	1	0,2118
Preocupada em exagero	2	3,57	-	-	2	0,033
Insensível	8	14,29	7	15,22	15	0,3086

DISCUSSÃO

A partir da década de 90, as estratégias de prevenção das doenças bucais na primeira infância foram implementadas no Brasil, devido principalmente a ampliação dos conhecimentos científicos, como também a valorização, conscientização e aprimoramento na conduta de determinação dos fatores de risco. Mais receptivos às inovações, odontopediatras e cirurgiões-dentistas têm conseguido realizar uma promoção de saúde mais efetiva, interceptando e prevenindo a instalação de doenças bucais, cada vez mais voltadas para a criança de baixa idade¹⁶. Controle da dieta alimentar e dispositivos de higienização eleitos nesta faixa etária estão relacionados a fatores como: condições dentais presentes, habilidade da mãe em realizar as técnicas de higiene, resposta de condicionamento da criança e as condições sócio-econômicas familiares. Relatos da literatura apontam para a necessidade da implementar ações práticas voltadas à educação em saúde, principalmente a odontológica, nos serviços de saúde do município e da criação da atenção odontológica para bebês¹⁷.

A amamentação natural é considerada como um fator relevante no desenvolvimento da criança como um todo, estimulando o crescimento ântero – posterior da mandíbula e reforçando o circuito neural fisiológico da respiração, especialmente nos primeiros seis meses do bebê, prevendo a instalação de maloclusões^{8,10,18}. No grupo estudado fica clara a importância da equipe multidisciplinar presente na unidade de saúde, orientando, estimulando e acompanhando as mães para o aleitamento materno. Constatou-se que a grande maioria das crianças estudadas recebia aleitamento materno, dados superiores aos verificados em estudo anterior¹⁹ em que um percentual menor de mães canadenses relatou ter amamentado seus filhos.

No presente estudo constatou-se uma baixa prevalência de cárie nas crianças com CEO-s médio ($0,55 \pm 1,64$), freqüentadoras do programa de atenção precoce do serviço público de saúde da cidade de Maringá-PR, semelhante aos dados encontrados em um outro trabalho realizado, com crianças de 1 a 5 anos atendidas neste mesmo programa¹¹, bem como, aos resultados encontrados em outro estudo, com crianças de 0 a 36 meses²⁰. Porém, inferior aos encontrados por outros autores²¹⁻²⁵, considerando a cárie segundo os critérios da OMS. Nesse contexto é importante ressaltar a limitação dos procedimentos restauradores, pois bebês com cárie precoce da infância teriam dificuldades de acesso ao tratamento dentário no serviço público,

disso, o custo da prevenção para a Unidade de Saúde é significativamente menor.

Apesar de diversos estudos terem mencionado a escolaridade materna como responsável pelo desenvolvimento da cárie^{21,25,27}, neste trabalho constatou-se que a associação entre cárie dentária e a escolaridade materna não foi significativa estatisticamente, porém ficou constatado que a escolaridade do grupo estudado foi considerada de elevado padrão, com a maioria das mães apresentando segundo grau completo ou curso superior. Estes dados estão em consonância com estudo prévio que também não encontrou a associação entre as duas variáveis²³.

Não foi encontrada diferença estatisticamente significante entre renda familiar e a presença de cárie dentária nas crianças estudadas, em concordância com os dados da literatura²³, porém, diferentes dos resultados positivos atribuídos em estudos anteriormente realizados^{19,21,25}.

Embora a maioria das mães entrevistadas tivesse dois ou mais filhos, não foi encontrado associação com a presença de cárie. Destaca-se também a média de idade das mães entrevistadas, formando um grupo em idade jovem.

Um ponto relevante no aconselhamento materno, quando do atendimento odontológico a bebês é o controle da dieta e remoção mecânica da placa bacteriana, freqüentemente utilizados por solicitação do médico pediatra e pelo cirurgião dentista, muitas vezes não é seguido pelos pais, mesmo sabendo do risco de cárie, principalmente quanto à forma de amamentação e ao uso de produtos contendo sacarose²⁶.

A análise estatística dos dados do presente estudo apontou não haver relação significativa entre cárie dentária e aleitamento materno ou artificial, em concordância com pesquisa anteriormente realizada²⁴ que não encontrou associação significativa entre as variáveis. Por outro lado, discordante com outros trabalhos²⁸, em que os autores concluem que a amamentação natural prolongada pode ser um fator de risco para a cárie dentária, posto que foi previamente descrito que a cárie dentária foi significativamente maior entre crianças que tinham o hábito de ingerir mamadeira com leite adoçado¹⁹.

Associação significativa entre placa bacteriana e cárie foi observada na presente pesquisa, de acordo com vários relatos^{19,22,27}, embora não tenham encontrado diferença estatisticamente significante em relação ao índice de cárie, quando a variável higiene bucal foi analisada, a presença de placa bacteriana visível na parte superior dos incisivos foi fortemente associada com a cárie.

crianças estudadas apresentaram hábito nocivo, sendo que o uso da chupeta foi relatado pela maioria delas, enquanto um percentual bem menor relatou o hábito de sucção digital, sendo que o hábito persistiu por um período superior a 2 anos de idade para a maioria das crianças. Para a alteração facial, algumas crianças estudadas possuíam algum tipo de alteração, sendo estes resultados inferiores aos descritos na literatura¹⁰. Estes dados corroboram as observações de outros pesquisadores^{7-9,10,18} que ressaltam a relação direta entre a prática de hábitos bucais deletérios com o desenvolvimento de maloclusões, destacando-se que estas alterações dependerão da intensidade, duração e freqüência do hábito, podendo causar não apenas alterações de posicionamento dentário, mas também situações de má-relação entre as bases apicais e do mau desenvolvimento dos músculos da face. Em geral, o uso prolongado de chupeta acarreta contrações da parede bucal com pressão negativa, tornado assim, os assoalhos nasais mais estreitos, e o palato ogival, estreitando o arco maxilar; provocando problemas respiratórios e fonoaudiológicos.

Um dos aspectos importantes da observação da interação mãe-criança é a sensitividade materna, conceito definido como a habilidade da mãe em perceber, interpretar e responder de forma adequada e contingente aos sinais da criança²⁹. A mãe muito sensitiva é bastante atenta aos sinais da criança e responde a eles pronta e apropriadamente. É a mãe que consegue ver os acontecimentos do ponto de vista do bebê e que conhece qual o significado das comunicações dele, por mais sutis que elas sejam. No outro extremo, está à mãe muito insensível que parece agir quase exclusivamente de acordo com seus desejos, humores e atividades. A mãe pode responder aos sinais do bebê, mas o faz com atraso, e isso já é, em si, insensitivo. A sensitividade materna, portanto, assume uma posição central nas experiências interativas da criança pequena, contribuindo para sua futura organização comportamental e cognitiva³⁰.

Os resultados do presente estudo mostram que quando analisado o comportamento materno, a maioria das crianças com cárie possui mães de comportamento considerado negativo, um percentual menor tem mães de comportamento “Inseguro” e outras “Insensível”, sendo que para o comportamento “Inseguro”, não houve diferença estatisticamente significante. Observou-se, no entanto, que a maioria das crianças “livres de cárie” possuía mães com comportamento, “Seguro”.

Foi identificado que quando a criança apresentava hábito nocivo, tinham mães com comportamento tipo “Inseguro” ou “Insensível”. De modo

com comportamento positivo, “Seguro”. Contudo, para o comportamento “Insensível” e “Seguro” não houve diferença estatisticamente significante.

Para o temperamento da criança, a cárie mostrou-se menos presente para o temperamento “Definitivamente positivo”, com a maior parte das crianças “livres de cárie” e o hábito nocivo mostrou-se mais presente para o temperamento “Definitivamente negativo”.

CONCLUSÕES

- 1) O temperamento da criança e o comportamento materno refletem de maneira significativa na condição de saúde bucal da criança;
- 2) Programas que promovam o vínculo entre o profissional, à criança e a família, desde a idade precoce, com reforço educativo nas consultas de retorno influencia de maneira positiva para mudança de hábitos inadequados e o estímulo à manutenção da saúde bucal;
- 3) O Programa de atendimento odontológico na primeira infância oferecido na unidade básica de saúde, visando o atendimento educativo da família e preventivo junto aos bebês foi efetivo na promoção de saúde e bem estar da comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Drury TF, Horowitz AM, Ismail A I, Maertens MP, Rozier RG, Selwitz RH. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes: a report of a workshop sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, the Health Resources and Services Administration, and the Health Care Financing Administration. J Public Health Dent 1999; 59:192-7.
2. Cerqueira LM, Alves MSCS, Bönecker MJ, Pinho ALS. Estudo da prevalência de cárie e da dieta em crianças de 0 a 36 meses na cidade de Natal-RN. J Bras Odontol Odontoped Bebê 2008; 2(9):351-6.
3. Figueiredo CKB, Schermann, L. Intereração mãe-criança e Problemas de comportamento infantil em crianças com hipotireoidismo congênito. Psicologia: Reflexão e Crítica 2001; 14(3):487-95.
4. Reisine S, Litt M. Social and psychological theories and their use for dental practice. Int Dent J 1993; 43(1):279-87.
5. Di Matteo, M. R.; Di Nicola, D. D. Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioners role. New York: Pergamon Press, 1982:28-67.
6. American Academy of Pediatric Dentistry. Oral health policies. Baby bottle tooth decay/early childhood caries. Reference Manual 1999-2000. Pediatr Dent 2000;21:18-9.
7. Turgeon O'Brien H, Lachapelle D. Nutritive e nonnutritive habits: a review. J Dent Child 1996; 63:321-7.
8. Pastor J, Montaña K. Amamentação natural no

Sousa e Fracasso - Comportamento Materno versus Temperamento da Criança

9. Lino AP. Introdução ao problema da deglutição atípica. In: Interlandi S. Ortodontia: bases para a iniciação. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1994; p.275-93.
10. Faria AR, Rodriguese CC, Medeiros GV, Leite ICG, Pires, LA. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não-nutritivos. Rev Ass Paul Cir Dent 2000; 53(2):151-5.
11. Fracasso MLC, Rios D, Provenzano MGA, Goya S. Efficacy of oral health promotion program for infants in the public sector. J Appl Oral Sci 2005; 13(4):373-6.
12. Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. J Am Dent Assoc 1964;68:7.
13. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Genebra: WHO; 1997.
14. Frankl SN, Shiere FR, Fogels HR. Should the parent remain with the child in the dental operatory? J Dent Child 1962; 29(2): 150-62.
15. Machado MAAM, Silva SMB, Ruy CC, Hoshi ATH, Peter EA, Graziottin GB et al. Odontologia em bebês: Protocolos clínicos preventivos e restauradores. São Paulo: Santos, 2005. 158p.
16. Cunha RF. Tratamento integral do bebê: manipulação e controle. In: Cardoso RJ, Machado MEL. Odontologia, conhecimento e arte: odontopediatria, ortodontia, ortopedia funcional dos maxilares, pacientes especiais. São Paulo: Artes Médicas, 2003; p. 71-6.
17. Ferreira ARC, Gaíva MAM. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2001; 4(22):485-9.
18. Baldrig SEZM, Pinzan A, Zwichker CVD, Michelini CRS, Elias F. A importância do aleitamento natural na prevenção de alterações miofuncionais e ortodônticos. Rev Dent Press Ortod Ortoped Facial 2001; 6(5):111-21.
19. Schroth RJ, Smith PJ, Whalen JC, Lekie C, Muffatt MEK. Prevalence of caries among preschool-aged children in a northern Manitoba community. J Can Dent Assoc 2005; 71(1):27-8.
20. Davidoff DCO, Camargo RC, Silva SMB. Prevalência de cárie precoce da infância. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2005; 5(3):215-21.
21. Oliveira BO, Shelham A, Bonecker M. Exploring the association of dental caries with factors and nutritional status in Brazilian preschool children. Eur J Oral Science 2008; 116:37-43.
22. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Golpayegani MV, Nehkalahti MM. Early childhood caries and dental plaque among 1-3-year-olds in Tehran, Iran. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2006; 24(4):177-81.
23. Brandão IMG, Arcieri RM, Sundefeld MLM, Moimaz SAS. Early childhood caries: the influence of socio-behavioral variables and health locus of control in a group of children from Araraquara, São Paulo, Brazil. Cad Saúde Pública 2006; 22(6):1247-56.
24. Ribeiro AG, Oliveira AF, Rosenblatt A. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21(6):1695-1700.
25. Peres MA, Latorre MRDO, Sheiham A, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol 2003; 6(4):293-306.
26. Tinanoff N, Kanellis M, Vargas CM. Current understanding of the epidemiology, mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children. Pediatr Dent 2002; 24(6):543-51.
27. Fraiz FC, Walter LRF. O comportamento infantil durante a higiene bucal domiciliar e alguns fatores associados à cárie. J Pediadriol 2001; 15(1):223-231.
28. Yonezu T, Ushida N, Yakushiji M. Longitudinal study of prolonged breast- or bottle- feeding on dental caries in Japanese children. Bull Tokyo Dental College 2006; 47(4):157-60.
29. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of attachment. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.
30. Barnard KE. Influencing parent-child interaction for children at risk. In: Guaralnick MJ. The effectiveness of early intervention. Brookes 1997. p. 249-67.

Recebido/Received: 08/12/08

Revisado/Reviewed: 02/06/09

Aprovado/Approved: 22/06/09

Correspondência:

Janaína Maniezo de Sousa
Avenida Guedner, 692, Casa 79, Jardim Santa Rita
Maringá/PR CEP: 87050-390
Telefone: 3031 0160/ 9973 4137
E-mail: janamaniezo@hotmail.com