



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e  
Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

apesb@terra.com.br

Universidade Federal da Paraíba  
Brasil

de Freitas OLIVEIRA, Wilderlane; Delano Soares FORTE, Franklin  
Construindo o Significado da Saúde Bucal a Partir de Experiência com Mães  
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 11, núm. 2, abril-junio, 2011, pp. 183-  
191  
Universidade Federal da Paraíba  
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63721615006>

- 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

# Construindo o Significado da Saúde Bucal a Partir de Experiência com Mães

## Constructing the Meaning of Oral Health from Maternal Experience

Wilderlane de Freitas OLIVEIRA<sup>1</sup>, Franklin Delano Soares FORTE<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Cirurgião-Dentista, João Pessoa/PB, Brasil.

<sup>2</sup> Professor do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Compreender a percepção e comportamentos das mães em relação aos cuidados da saúde bucal de crianças.

**Método:** Foram entrevistadas 56 mães de crianças entre zero e 36 meses, cadastradas em uma unidade de saúde da família do agreste nordestino. O estudo se desenvolveu em duas etapas: a primeira foi realizada mediante entrevista seguindo um roteiro semi-estruturado; e a segunda, na construção dos momentos de educação em saúde na unidade. As questões expressas pelas mães foram transcritas e trabalhadas pela análise qualitativa sendo a análise de conteúdo agrupada em temas centrais.

**Resultados:** Das mães entrevistadas 33,9% começaram a fazer a higiene bucal logo após o nascimento do bebê; 80,4% afirmaram limpar os dentes do filho, sendo a fralda, escova e dentífrico os meios utilizados. As mães examinam a boca de seus filhos e percebem alterações de cor e forma e associaram a cárie dentária com falta de higiene, má alimentação e cavidades de coloração escurecida nos dentes. A motivação da primeira consulta odontológica seria em função de dor e cavidades nos dentes, como também para prevenção. Mediados pelo conhecimento das percepções foram construídas oficinas de forma a aproximar o serviço aos usuários, oportunizando ações de promoção de saúde.

**Conclusão:** A saúde bucal tem significado social e cultural para as mães, o qual reflete em suas práticas de higiene. As mães examinam a boca de seus filhos e associaram a cárie com a falta de higiene bucal adequada e também as bactérias. Muitas delas se referiram a alterações da cor dos dentes e cárie. Em muitos discursos as mães mostraram a elaboração da idéia do percurso natural das vidas das pessoas com a presença da cárie.

### ABSTRACT

**Objective:** To understand the perception and behaviors of mothers with respect to oral health care of their children.

**Method:** Fifty-six mothers of 0-36-month-old children registered at a Family Health Program Unit of the "Agreste" region of the Brazilian northeastern region were interviewed. The study was performed in two stages: in the first, an interview was conducted according to a semi-structured questionnaire; the second stage involved the construction of education moments at the Family Health Program Unit. The issues expressed by the mothers were transcribed and examined in a qualitative manner, with the analysis of the content grouped in central themes.

**Results:** From all interviewed mothers, 33.9% initiated oral hygiene of their babies soon after their birth; 80.4% affirmed to clean the teeth of their children using diaper, toothbrush and toothpaste. The mothers said that they examine their children's mouth for alterations of color and shape, and they associated dental caries with poor oral hygiene, inadequate diet and darkened cavities in the teeth. According to them, the reason of the first dental visit would be pain and presence of cavities, but prevention was also mentioned. After knowing their perceptions, it was possible to create workshops in order to bring the dental service closer to the users, offering health promotion actions.

**Conclusion:** Oral health has social and cultural meaning for the mothers, which is reflected by their oral hygiene habits. The interviewed mothers examine their children's mouth and associate dental caries with poor oral hygiene and bacteria. Several of them referred to alteration of tooth color and caries. In many speeches, the mothers elaborated on the idea of the natural course of people's life with the presence of caries.

### DESCRIPTORES

Programa de saúde da família; Saúde bucal; Mães.

### KEY-WORDS

Family health program; Oral health, Mothers.

## INTRODUÇÃO

Os sujeitos são dotados de práticas sociais, sabedoria, valores, cultura e conhecimento popular acumulado, os quais determinam as condutas e hábitos adotados na vida. Desse modo, as medidas de promoção de saúde devem ser propostas a partir de cada realidade para que as potencialidades individuais sejam expressas na vida<sup>1</sup>. Uma abordagem multiprofissional na atenção integral à criança, nos primeiros anos de vida, é essencial para constituir hábitos saudáveis bem como mantê-los por toda a vida<sup>2,3</sup>.

Torna-se lícito refletir que conhecer as percepções e as atitudes sobre saúde bucal expressas pelas pessoas é importante e merece atenção. O ponto de partida para o planejamento de ações em saúde é a compreensão dos valores, atitudes e crenças em saúde e doença, pois são fenômenos sociais e biológicos vividos culturalmente. Esse momento é oportuno para mediação e construção de práticas de saúde com sujeitos, famílias e comunidades<sup>4-7</sup>.

As mudanças em nível global do padrão de distribuição das doenças bucais têm sido alvo de estudos, especialmente nas últimas duas décadas. Por outro lado, esforços tem sido feito para a aproximação da percepção dos sujeitos e a produção de auto cuidado em saúde bucal, seus aspectos culturais e antropológicos que influenciam comportamentos e hábitos em saúde<sup>8</sup>. Paralelo a essa observação, verificam-se mudanças nas condições socioeconômicas, estilo de vida, práticas em saúde bucal e uso de produtos fluoretados<sup>9,10</sup>.

Dessa forma, o entendimento da percepção de hábitos tem relação com a história vivida de cada sujeito, suas experiências prévias com dentistas, dor, perda de dentes, não acesso aos serviços e uso de próteses. Estudo na Paraíba e no Ceará mostraram que as mães tem o hábito de olhar a boca de seus filhos e percebem a cárie como um “furo” ou “buraquinho”, por isso estão motivadas ao cuidado para evitar dor de dente, provavelmente por já terem tido essa experiência pessoal. Os hábitos também são influenciados pela dificuldade do acesso, precarização dos serviços de saúde bucal e desigualdades sociais<sup>11-13</sup>.

Nesse sentido nos últimos anos, houve um investimento significativo na ampliação das equipes da estratégia de saúde da família e organização da atenção básica e secundária em Odontologia, a partir da proposta da política nacional de saúde bucal<sup>3</sup>. A política teve como base o levantamento epidemiológico de nível nacional, realizado em 2003. A política nacional de saúde bucal apresenta como pressuposto a organização e qualificação da atenção a saúde bucal e a busca da integralidade das ações. Tem como princípio norteador o acolhimento, o acesso e vínculo-humanização e aponta as ações de promoção de saúde como estratégia importante na perspectiva da autonomia dos sujeitos sendo um dos pilares a educação em saúde. Orienta que

unidade. Esse movimento oportuniza a equipe o conhecimento de percepções e favorece a troca de experiências entre o popular e o científico<sup>3</sup>.

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. As mães exercem um importante papel e as equipes podem desenvolver ações nos equipamentos sociais existentes no território de unidade de saúde da família (creches, unidades de educação infantil, igrejas, clubes de mães, associações de bairro, centros comunitários, rádio comunitária).

Portanto, 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<sup>2,7,14,15</sup>. Partindo dessa perspectiva, propôs-se nesta pesquisa, conhecer a percepção e práticas de mães no cuidado da saúde bucal de crianças e, a partir desse momento, desenvolver estratégias de educação em saúde bucal.

## METODOLOGIA

O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do CCS/UFPB (CEP), aprovado em 21/11/2007 – Protocolo nº 1348/07.

A partir dos registros de uma USF existiam 90 mães de crianças cadastradas em uma unidade de saúde da família (USF) do agreste nordestino, distribuídas em cinco microáreas. Para o cálculo da amostra considerou-se grau de confiança de 95%, poder de teste de 50% e erro aceitável de 10%, obteve-se amostra de 56 mães de crianças de zero a 36 meses, pois levou-se em consideração também um aumento de 20% da amostra para compensar possíveis perdas. Não se constatou recusa à participação da pesquisa.

Foram marcados encontros com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no sentido de compartilhar o desenvolvimento das etapas da pesquisa, agendando as visitas domiciliares às mães para realizar a entrevista. Anteriormente à entrevista, as participantes foram informadas sobre o estudo, o motivo da realização da pesquisa e sua finalidade.

O estudo se desenvolveu em duas etapas consecutivas e complementares: a primeira foi realizada mediante entrevista seguindo o roteiro especialmente elaborado para este fim, baseado em estudo prévio<sup>12</sup>. E a segunda, a construção dos momentos de educação em saúde na unidade.

Na primeira etapa, o instrumento utilizado foi a entrevista informações sócio-demográficas dos sujeitos e entrevista semiestruturada relacionada ao tema do estudo. A entrevista foi realizada por uma única

A entrevista teve por finalidade a busca de informações que caracterizem a população de estudo:

- dimensão socioeconômica: número de pessoas no domicílio, escolaridade em anos, tipo de escola, número de cômodos, renda familiar, renda pessoal, posse de automóvel.

- acesso e utilização dos serviços odontológicos: ida ao cirurgião-dentista, tempo, em qual Unidade de atendimento, motivo da procura ao profissional, como avalia o atendimento, se recebeu informações sobre saúde bucal e se percebe que tem necessidade de tratamento.

- práticas, conhecimento e percepção sobre saúde bucal: questões sobre a conduta de higiene bucal dos bebês, ida das crianças ao cirurgião-dentista e o que gostaria de saber sobre saúde bucal.

A propósito da validação da entrevista realizou-se teste com cinco mães baseado no “Método de Validação da Face”<sup>16</sup> no próprio cenário da pesquisa, repetiu-se esse procedimento uma semana em seguida (teste-reteste), não foi observada necessidades de modificações na primeira proposta.

Dessa forma, observaram-se os temas geradores e as necessidades identificadas que deflagraram o processo de reflexão-ação para a segunda etapa da pesquisa, sendo essa fase importante para subsidiar a construção de estratégias de educação em saúde bucal dirigidas a todas as mães da área de abrangência da unidade.

A proposta desse estudo foi trabalhar na perspectiva da pesquisa-ação, a qual tem por pressuposto o envolvimento dos sujeitos que compõem um grupo com objetivos e metas comuns. Esses sujeitos refletem uma questão comum a partir de sua realidade social econômica e cultural na busca de enfrentamentos para a transformação da prática. No caso da presente pesquisa trata-se de pesquisa ação crítica, pois a transformação da prática foi percebida pelos pesquisadores no trabalho com o grupo de mães num processo de construção cognitiva e reflexão crítica coletiva<sup>17</sup>.

Estimulou-se nessa pesquisa a participação ativa das mães para condução, elaboração, produção e transformação dos conceitos e percepções, numa tentativa de extrair o pensamento latente, o oculto, o não familiar que sustentam as práticas de saúde bucal, buscando a elaboração do conhecimento conectado a uma ação transformadora<sup>17</sup>. Conforme apontou a pedagogia proposta por Paulo Freire, ancorada na troca de saberes e na construção coletiva, a partir de relatos de vida e processos que se articulam em suas dimensões afetivas, éticas, morais e culturais. E também aproximando o saber científico do popular e ao mesmo tempo procurando e valorizando o conhecimento popular acumulado<sup>1,18</sup>.

As seguintes ações educativa-reflexiva foram planejadas: rodas de conversa, construção de folder e cartazes e distribuição de insumos de higiene bucal. Dessa forma, as rodas de conversa foram pensadas e

mães, esse momento foi denominado de “quebra-gelo”. Essa proposta tinha também o objetivo de convidá-las a participar ativamente do movimento a fim de manter um ambiente de diálogo, buscando sempre conexões com a realidade das participantes. Utilizaram-se projetor multimídia, gravuras, cartazes e macromodelos.

Nessas vivências, as dificuldades de colocar em prática os cuidados com a saúde bucal das crianças foram sendo relatados e desencadeados pelo intercâmbio de relatos e pontos de vistas. Esse exercício está ancorado na troca de experiência gerando aprendizado a partir das discussões de relatos reais.

Ao longo dessa conversa, foram distribuídos folders explicativos sobre cuidados na saúde bucal do bebê. Previamente, foram afixados cartazes sobre os temas no mural da unidade. Os materiais educativos utilizados versavam sobre os temas geradores e as necessidades identificadas na primeira etapa da pesquisa: aleitamento materno, alimentação da criança, erupção dos dentes, cárie dentária higiene bucal, hábitos bucais deletérios (mamadeira e chupeta) e primeira visita ao dentista. Em uma das oficinas, houve também distribuição de escovas e cremes dentais.

No item “Resultados e Discussão”, os dados foram trabalhados em dois grupos: as questões objetivas foram analisadas pela estatística descritiva e as questões expressas pelas voluntárias, foram transcritas conforme a fala e trabalhadas pela análise qualitativa sendo a análise de conteúdo agrupada em temas centrais<sup>4</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 contempla o perfil socioeconômico das mães, em que se observa o seguinte: a maioria das voluntárias tinha menos de oito anos de estudo (57,1%), atualmente não estudam (96,4%), residem em casa própria (57,1%) e, no que se refere à renda familiar, 51,8% recebem menos de um salário mínimo, e 58,9% não têm renda pessoal.

**Tabela 1. Caracterização socioeconômica das mães.**

Variável	Frequência	
	n	%
<b>Anos de estudo</b>		
Sem instrução	01	1,8
Até 8 anos	32	57,1
Mais de 8 anos	23	41,1
<b>Moradia</b>		
Própria	32	57,1
Alugada	14	25,0
Cedida	10	17,9
<b>Renda Familiar *</b>		
Até 1 salário mínimo	29	51,8
De 1 a 2 salários mínimo	19	33,9
Mais de 2 salários mínimo	08	14,3
<b>Renda Pessoal</b>		
Sem renda	33	58,9

A saúde bucal tem relação de interdependência entre os fatores locais e as condições socioambientais<sup>1,6,7,19,20</sup>. Os determinantes socioeconômicos têm um marcado e importante papel para a compreensão do processo de adoecimento, com particular destaque para a cárie dentária<sup>6,19,20,21</sup>. Estudo realizado em João Pessoa verificaram maior prevalência de cárie em crianças de nível socioeconômico mais baixo<sup>22</sup>.

Na Tabela 2, constata-se que 98,2% das mães já foram ao dentista a menos de um ano (48,2%), sendo o setor público mormente responsável pelo atendimento (69,6%). As mães relataram, ainda, que não receberam informações sobre saúde bucal (57,1%) e 83,9% consideram que necessitam de tratamento atualmente. Esses dados estão em concordância com os resultados do levantamento em saúde bucal nacional realizado pelo Ministério da Saúde.

**Tabela 2: Distribuição de dados segundo acesso aos serviços odontológicos.**

Variável	Frequência	
	n	%
<b>Já foi ao Dentista?</b>		
Sim	55	98,2
Não	01	1,8
<b>Há quanto tempo?</b>		
Nunca foi	01	1,8
Menos de 1 ano	27	48,2
Entre 1 e 2 anos	16	28,6
3 anos ou mais	12	21,4
<b>Local de atendimento</b>		
Nunca	01	1,8
Serviço público	39	69,6
Serviço privado	09	16,1
Serviço privado complementar	04	7,1
Filantropico	01	1,8
Outros	02	3,6
<b>Motivo da consulta</b>		
Nunca foi	01	1,8
Consulta de rotina	09	16,1
Dor	17	30,3
Sangramento da gengiva	01	1,8
Cavidade nos dentes	16	28,6
Feridas caroços ou manchas na boca	01	1,8
Outros	11	19,6
<b>Avaliação do atendimento</b>		
Nunca foi	01	1,8
Regular	07	12,5
Bom	30	53,6
Ótimo	18	32,1
<b>Recebeu Informações</b>		
Sim	24	42,9
Não	32	57,1
<b>Atualmente necessita de Tratamento</b>		
Sim	47	83,9
Não	09	16,1
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Um pouco mais da metade das mães entrevistadas avaliou o serviço como bom (53,6%). A

la no atendimento e colocar em prática os aconselhamentos e tratamentos prescritos. A apreciação do usuário tem sido incluída em estudos que avaliam a qualidade dos serviços de saúde, pois fornece informações àqueles que administram os serviços e à equipe que presta os cuidados, possibilitando desenvolver estratégias que visem à superação de limitações detectadas<sup>21</sup>.

O motivo da consulta dessas mães foi principalmente dor (30,3%) e a presença de cavidades nos dentes (28,6%). Neste tocante, verifica-se que a Odontologia tem uma dívida histórica com a sociedade. A dor de dente é um problema de saúde pública, pois além da alta prevalência, causa angústia e sofrimento, impossibilitando os sujeitos de desempenharem adequadamente suas atividades diárias como falar, sorrir, trabalhar, comer, relacionar-se com outras pessoas. Entretanto, deve-se lembrar que esse tipo de questão apresenta-se com limitação exigindo das voluntárias o resgate da memória, quanto maior o tempo, maior a possibilidade de esquecimento<sup>23</sup>.

Mas recentemente, discussões sobre esses aspectos vêm aumentando e maior destaque tem sido dado à educação em saúde bucal associada a práticas de promoção. A educação é um instrumento de transformação social. As escolhas saudáveis na vida estão ancoradas na autonomia dos sujeitos<sup>1,18</sup>. Sendo o desafio “as escolhas saudáveis as mais fáceis” um paradigma a ser seguido. Dessa forma, a educação em saúde deve estar ancorada na participação da comunidade, para a construção de formas coletivas de aprendizado, de modo a promover o senso crítico sobre a realidade e discutir estratégias de enfrentamento dos problemas<sup>1</sup>.

A política nacional de saúde bucal aponta para a humanização dos serviços de saúde bucal. Isso implica também para a responsabilização dos trabalhadores da rede de saúde junto a seus usuários, na discussão sobre os encaminhamentos de resolução para seus problemas, dores e angústias, de modo a produzir um cuidado integral em saúde. Instruções de saúde bucal podem ser trabalhadas nas consultas de forma individual, assim como medidas de prevenção em nível coletivo podem ser tomadas pelos profissionais de saúde, trabalhando em grupos nas unidades, conforme propõe a política nacional de saúde bucal<sup>3</sup>.

Foi identificado, conforme Tabela 3, que a escola foi a principal responsável pela orientação das participantes quanto aos cuidados com os dentes durante a infância das crianças (51,8%). Em estudo em Florianópolis-SC, verificou-se que a maioria das voluntárias não recebeu informações sobre saúde bucal no âmbito familiar e algumas lembraram a escola como marco inicial dos cuidados bucais. A escola tem papel importante como ambiente propício para a discussão de temas ligados à alimentação e à saúde, por ser considerado um local de credibilidade<sup>24</sup>.

No entanto, os pais exercem o papel cuidador fundamental na promoção e manutenção da saúde dos

representativa da família, na qual elas se espelham para formar e transformar atitudes e comportamentos que redundam na geração de hábitos saudáveis. As atitudes e os valores adquiridos durante as primeiras fases da vida serão carregados para as fases seguintes, quando se começa a assumir a responsabilidade pelos próprios atos<sup>7,24</sup>.

**Tabela 3. Percepção das mães sobre a saúde bucal dos filhos.**

Variável	Frequência	
	n	%
Quem orientou quanto aos cuidados com os dentes na infância?		
Através da mãe	07	12,5
Na escola	29	51,8
Outras pessoas	01	1,8
Não teve orientação	19	33,9
Quando se deve iniciar a limpeza da boca?		
Logo após o nascimento	19	33,9
Quando nasce o 1º dentinho	15	26,8
Quando inicia a alimentação sólida	18	32,1
Não sabe	04	7,1
Acha possível uma criança crescer sem cárie?		
Sim	19	33,9
Não	35	62,5
Não sabe	02	3,6
Higieniza a boca da criança		
Sim	45	80,4
Não	07	12,5
Às vezes	04	7,1
Quantas vezes ao dia limpa a boca do filho		
Não faz	07	12,5
1 vez	15	26,8
2 vezes	21	37,5
3 vezes ou mais	13	23,2
Já levou o filho ao dentista		
Sim	06	10,7
Não	50	89,3
Você acha que é possível transmitir doenças para seu filho pela boca?		
Sim	77	
Não	23	
Total	56	100,0

A família serve de modelo para a criança e é na infância que bons hábitos de higiene bucal e de dieta são adquiridos, além disso, em função da inexperiência é a família que auxilia a criança no cuidado de sua boca<sup>7,25</sup>.

O conceito de saúde bucal que as mães possuem é elaborado a partir de sua inserção histórica social e as experiências anteriores de tratamento vivenciadas, ou com as quais teve contato durante sua vida. Esse fatos irão contribuir para a elaboração de conhecimentos, construção de valores, posicionamentos mais ou menos proativos em relação a sua própria saúde, de modo que irão também interferir nos cuidados direcionados às suas crianças<sup>8,26</sup>. Experiências negativas vivenciadas com dor, mágoa ou trauma associado ao medo de tratamentos odontológico anteriores podem influenciar as mães na busca e adesão a tratamentos<sup>24</sup>.

No que se refere aos conhecimentos e cuidados com a saúde bucal do bebê, apresentado na Tabela 3, constata-se que a época em que se deu o início à limpeza

nascimento do bebê; 80,4% afirmam limpar os dentes do filho; 37,5% realizam a higiene duas vezes ao dia.

Orienta-se que a higienização na boca deve ser realizada eventualmente antes do irrompimento dos dentes. A prática de higiene com escovas pode ser usada a partir do surgimento dos dentes, sendo um adulto o responsável por essa limpeza diária. As mães precisam ter consciência de que quanto mais cedo elas começarem a fazer a limpeza na boca da criança, menor chance a criança terá de apresentar alterações na cavidade bucal<sup>27</sup>.

É muito importante ficar claro que a cárie dentária é uma doença, não uma condição fisiológica. Na presente pesquisa, 62,5% das mães entendem que não é possível uma criança crescer sem cárie. É comum deparar-se com essa construção de pensamento de algo “natural” no percurso da vida. Isso irá se refletir em suas vidas influenciando as práticas e condutas de higiene suas e de seus filhos<sup>26,28</sup>.

**Tabela 4. Categorização da pergunta sobre a cárie dentária.**

Categorias		Frequência	
		n	%
O que é cárie dentária?*			
Bactérias		14	25,0
Dieta		10	17,9
Escovação dentária		20	35,7
Dor		05	8,9
Alteração de cor e forma dos dentes		16	28,6
Doença		04	7,1
Não sabe		02	3,6
Transmissão de cárie dentária entre pais e filhos			
Dividindo a comida		18	41,9
Chupetas		02	4,7
Beijo		09	20,9
Mesma escova		08	18,6
Falando perto da criança		04	9,3
Falta de higiene		02	4,7
Formas de higienização bucal*			
Não realiza		06	10,7
Escova e pasta de adulto		17	30,4
Escova e pasta infantil		20	35,7
Cotonetes		02	3,6
Fralda mijada		01	1,8
Fralda e água ou pasta		07	12,5
Água apenas		02	3,6
Mel rosado		01	1,8

\*a entrevistada poderia referir-se a mais de uma categoria.

O fato é que apenas 10,7% das mães deste estudo levaram seu filho para consulta odontológica. Em Canela-RS, esse fato também foi observado. Verificou-se que crianças menores de dois anos, apenas 4,3%, já haviam consultado o cirurgião-dentista; das crianças entre dois e três anos, o percentual foi de 11,2%<sup>29</sup>.

Por outro lado, essa não-procura revela um dado preocupante, evidenciando assim a necessidade de incentivos por meio de políticas públicas de saúde direcionadas a essa faixa etária. Como destacado no estudo em Canela-RS, que crianças ou são levadas para intervenções complexas ou pela percepção de necessidade de medidas de prevenção<sup>29</sup>.



as crianças, acredita-se que o encaminhamento ao dentista deve ser feito antes da época do irrompimento dos dentes. Nesse momento, o profissional pode orientar e tirar dúvidas sobre a dieta e higiene bucal adequada e dá explicações necessárias às mães sobre outras medidas preventivas. Este fato possibilitará intervir mais precocemente, pois quanto mais cedo a criança receber o cuidado integral em saúde, menores serão as chances de desenvolver doenças como a cárie e mais rapidamente se habituará ao consultório odontológico<sup>3,11,27</sup>, além do mais se há menor necessidade de tratamentos complexos, menor também o custo que demandam nesses tratamentos.

#### **“FURA ATÉ DOER”: percepção e crenças na fala das mães**

Levando-se em consideração a influência da subjetividade no processo saúde/doença, determinadas questões de grande relevância foram evidenciadas na primeira etapa do estudo. As respostas mais ilustrativas das entrevistas foram destacadas a seguir.

Partindo do princípio de que a cárie dentária é o problema mais conhecido da boca, buscou-se compreender o que as mães sabiam sobre a doença. Algumas das respostas obtidas foram:

*“É uma doença que fura o dente quando não escova. Fura até doer”. (mãe 33)*

*“É um pontinho preto no dente que aparece quando come doce e não escova os dentes”. (mãe 34)*

*“Quando a pessoa não escova os dentes e não vai ao dentista regularmente, acumula bactérias que destrói os dentes”. (mãe 35)*

*“É uma coisa que vem da alimentação. E você nunca se livra dela”. (mãe 38)*

A compreensão de que a dieta tem associação com a presença de cárie foi verificada nas falas de algumas entrevistadas (17,9%). Algumas mães (28,6%) identificaram sua presença a partir de alterações de cor e forma dos dentes. A percepção da associação da doença cárie à higiene se deu em 35,7% da amostra, e 25% relacionaram-na a microrganismos (Tabela 4).

Foi perguntado às mães se elas acreditavam que os pais poderiam transmitir algumas doenças da boca para seus filhos, e verificou-se que 77% das entrevistadas entendem que sim (Tabela 3), embora em algumas falas se constatou que elas têm dúvidas no que se refere à transmissibilidade da cárie.

*“Sim. Se tiver com a garganta inflamada, ou com um dente estragado e usar a mesma colher. Mas a cárie eu não sei não”. (mãe 51)*

*“Pode. Pela colher, pelo cabeção”. (mãe 5)*

*“Sim. Porque tem mãe que passa a comida pra boca do filho ou beija na boca do filho”. (mãe 20)*

Dentre as mães que acreditam na transmissibilidade da cárie dos pais a seus filhos, 41,9% associam-na ao partilhamento de alimentos; 20,9% ao beijo na boca entre pais e filhos; 18,6% entendem que só seria possível se ambos utilizassem a mesma escova; 9,3% caso falasse bem perto da criança (Tabela 4).

dieta cariogênica. No estudo em Beberibe-CE, muitas pessoas definiram cárie como estragação, pretinho ou lesão proveniente da ação de uma lagarta que consome alimento açucarado<sup>11</sup>.

Sobre práticas de higiene bucal, as mães relataram que a realizavam das seguintes formas:

*“Com fralda mijada. Muita gente usa né?” (mãe 5)*

*“Escova e pasta de criança ou de adulto mesmo”. (mãe 6)*

*“Escova e pasta normal (Colgate), só mais na frente”. (mãe 20)*

*“Passo a pasta Colgate nos dentes e esfrego com um paninho, a fralda”. (mãe 43)*

*“Ela ainda não tem escova de dente, mas eu pego a escova da (filha) mais velha e escovo com pasta”. (mãe 44)*

Na Tabela 4, verifica-se que a maioria das mães deste estudo realiza a higiene dos filhos utilizando escova e creme dental, e que 35,7% fazem uso do dentífrico infantil e 30,4% utilizam “pasta de adulto mesmo”.

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. Nessa fase, deve-se usar pouco ou nenhum dentífrico, tomando cuidados quanto à sua ingestão<sup>24</sup>.

A partir do conhecimento da realidade, pode-se deparar com práticas de higienização sem evidência científica, como é o caso da mãe que relatou a higiene com urina. Deve-se desencorajar essa prática e desmistificar crenças populares sem evidência científica.

As mães levariam seu filho ao dentista pela primeira vez em caso de identificarem alterações dentárias (cavidades, mudança de coloração 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 (Tabela 5).

*“Quero levar agora porque os dentes dela estão estragando”. (mãe 22)*

*“Se os dentes levasse uma pancada ou ficasse encardidos”. (mãe 24)*

*“Se ele tivesse com dor de dente, chorando”. (mãe 32)*

*“Vou ter que levar porque a gengiva ta avermelhada e a língua ta branca”. (mãe 34)*

*“Quando ela completar uns 3 anos para aplicar flúor”. (mãe 36)*

*“Acho que logo que ela completar 2 anos eu levo porque sofri muito com a minha primeira filha com dor de dente”. (mãe 39)*

*“Se o dente estivesse ficando preto ou entramelando os dentes”. (mãe 51)*

*“Quando o dente dela se furar”. (mãe 56)*

A família de menor renda apenas consegue responder a problemas de maior gravidade e quando já estão instalados, recorrendo ao profissional de saúde se

**Tabela 5. Categorização e subcategorização das situações em que as mães levariam seus filhos ao dentista.**

Categorias	Frequência	
	n	%
Diagnóstico (alterações dentárias, cárie e gengivite)	31	55,4
Dor – choro- sofrimento	12	21,4
Prevenção	03	5,4
Quando ele completar dois anos	03	5,4
Situação de trauma	02	3,6
Necessidade ortodôntica	02	3,6
Não sabe	02	3,6
Acredita que a dentista não vai conseguir atender	01	1,8
Total	56	100,0

**Tabela 6. Categorização do que as mães gostariam de saber sobre a saúde bucal do filho.**

Temas geradores	Frequência	
	n	%
Erupção dos dentes	08	14,3
Higienização	09	16,1
Visita ao dentista	04	7,1
Cárie	10	17,9
Hábitos	02	3,6
Problema específico	14	25
Gengivite	03	5,4
Não sabe	06	10,7
Total	56	100,0

Sem dúvidas, a prevenção é uma importante aliada no fortalecimento dos serviços de saúde, com resultados mais eficientes na relação custo-benefício na atenção em saúde bucal e a consequente melhora da qualidade de vida da população<sup>3</sup>.

A última pergunta aludia o que as mães gostariam de saber sobre a saúde bucal de seus filhos (Tabela 6). Elas relataram sobre cárie (o que é e como prevenir), higiene (como limpar a boca e os dentes, a pasta indicada) e erupção dos dentes (época, sequência, quantidade de dentes) e outros temas como: quando poderiam levar o filho ao dentista, influência de hábitos na dentição (chupeta, chupar dedo) e sobre gengivite (o que é, porque sangra).

*“Tem que cair o dente de leite pra nascer outro? Mas não é uma coisa só não?” (mãe 1)*

*“Se muita vitamina, remédio logo cedo prejudica os dentes da criança”. (mãe 7)*

É preciso também esclarecer às mães sobre o equívoco existente na relação entre o uso de antibióticos e outros medicamentos após o nascimento e a fraqueza dos dentes. Sabe-se que a tetraciclina foi largamente utilizada em um passado não muito distante e que este medicamento afeta a odontogênese, favorecendo o escurecimento dos dentes, o que pode ser percebido pela população como cárie dentária.

*“Ela (1 ano e 11 meses) pode usar pasta? Já ouvi falar de pasta com flúor, é pra usar dessa pasta?” (mãe 12)*

Por isso, recomenda-se usar pouco ou nenhum dentífrico, ou então um dentífrico sem flúor em crianças de tenra idade.

*“Pode ajeitar os dentes de leite dela que estão estragando agora (2 anos)?” (mãe 22)*

*“É normal a língua ficar branca?” (mãe 32)*

*“Pode passar a gaze quando o dente está pra nascer? Porque o povo diz que incrua”. (mãe 38)*

*“O que pode ser feito para evitar a cárie?” (mãe 49)*

Existe uma lacuna entre os conhecimentos sobre saúde e a realidade da higiene bucal, que se somam, por sua vez, sobre a importância da dentição decídua e a uma consequente aceitação passiva da inevitável perda da dentição precocemente. Tais fatos reafirmam a importância do processo educacional das mães para a promoção de saúde bucal, propiciando práticas saudáveis para a formação de hábitos na criança<sup>15</sup>.

Diante da experiência vivida nesta pesquisa, é importante que os profissionais compreendam os conceitos, valores e atitudes da comunidade em relação à saúde, pois a partir dessa compreensão os profissionais podem mediar a construção de práticas em direção à socialização do conhecimento, contribuindo para a autonomia dos sujeitos<sup>1,3,26</sup>. Nesse processo, o trabalhador da saúde refaz também seus conceitos e aprende a dialogar com os usuários, rompendo com a lógica histórica de transmissão do saber científico de forma vertical e descontextualizada. Como também, construindo com a comunidade a partir do que ela tem de acúmulo de conhecimento e com suas condições de vida, na perspectiva da conversa, criação de vínculo e compromisso ético no desenvolvimento de suas ações.

Para melhor desempenho das ações, foi importante a valorização dos usuários como parceiros na construção do serviço. A intercomunicação entre trabalhadores da rede de saúde e mães pode proporcionar a troca de experiências, enriquecendo esse movimento de motivação, educação e sensibilização. Além de criar espaços de diálogos e encontros entre o saber popular e o científico, aproximando o serviço a seu usuário.

A política nacional de saúde bucal aponta a educação em saúde como um eixo norteador das ações. A experiência vivenciada nesta pesquisa pelos trabalhadores da saúde, pesquisadores e a comunidade esteve ancorada na construção compartilhada de compreensão dos conhecimentos sobre o cuidado com a saúde e com o processo de adoecimento das pessoas, oportunizado pelas rodas de conversa. Por outro lado, permitiu o planejamento de ações com base da produção do cuidado integral, a partir da valorização do conhecimento popular acumulado. O momento educativo-reflexivo significou espaço dialógico e também solidário de ampliação da escuta, participação popular. Esse movimento dispara a socialização de saberes e prática com vista na autonomia dos sujeitos, famílias e da comunidade. Os trabalhadores da unidade têm o desafio de dar continuidade dessa experiência junto à comunidade, trabalhando na perspectiva de sua



## CONCLUSÃO

A maioria das mães teve acesso ao dentista a menos de um ano, sendo o setor público, mormente responsável pelo atendimento, sendo o principal motivo da procura ao serviço a dor, e avaliaram o serviço como bom. Por outro lado, poucas crianças foram levadas à consulta com o profissional na unidade, embora, as mães relatassem que recorreriam ao profissional em caso de sinais e sintomas de doenças bucais nas crianças.

Os resultados mostram que a saúde bucal tem significado social e cultural para as mães, os quais refletem em suas práticas de cuidado em saúde bucal de seus filhos. As mães examinam a boca de seus filhos e associaram a cárie com a falta de higiene bucal adequada e também as bactérias. Muitas delas se referiram a alterações da cor dos dentes a cárie. Em muitos discursos as mães mostraram a elaboração da idéia do percurso natural das vidas das pessoas com a presença da cárie.

Sugere-se dessa forma, que a busca do entendimento dessas percepções e hábitos seja eixo norteador para planejamento de ações em promoção de saúde e educação em saúde bucal. A troca de saberes com outros núcleos profissionais e com a parceria ativa da comunidade é importante para a construção compartilhada do conhecimento, na oferta de serviços mais resolutivos e integrais.

## REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
2. Okada M, Kawamura M, Kaihara Y, Matsuzaki Y, Kuwahara S, Ishidori H, Miura K. Influence of parents' oral health behavior on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modeling technique. *Int J Paediatr Dent*, 2002; 12(2):101-8.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. 2004.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.
5. Adair PM et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economical diverse groups. *Community Dent Health* 2004; 21(1 Suppl):102-11
6. Sisson KL. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 35:81-8.
7. Wandera M. Factors associated with caregivers' perception of children's health and oral health status: a study of 6- to 36-month-olds in Uganda. *Int J Paediatr Dent* 2009; 19:251-62.
8. Bardal PAP, Olympio KPK, Velle AAL, Tomita NE. Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa *Ciência Saúde Coletiva* 2006; 11(1):161-7.
9. Thomson WM, Poulton R, Milne BJ, Caspi A, Broughton JR, Ayers KM. Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. *Commun. Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(5):345-53.
10. Nuto SAS, Nations MK. O que é cárie dentária? Conflitos entre as percepções populares e profissionais. *Revista ABO Nacional* 2002; 10(3):184-7.
11. Silva BDM, Forte FDS. Acesso a serviço odontológico, percepção de mães sobre saúde bucal e estratégias de intervenção em Mogi, PB, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2009; 9(3):313-9.
12. Nations MK, Calvasina PG, Martin MN, DIAS HF. Cultural significance of primary teeth for caregivers in Northeast Brazil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(4):800-8.
13. Mattila ML et al. Caries in five-year-old children and associations with family related factors. *J Dent Res* 2000; 79(3):875-8.
14. Fraiz FC, Walter LRF. O comportamento infantil durante a higiene bucal domiciliar e alguns fatores associados à cárie. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2001; 4(21):398-404.
15. Frankfort-Nachimias C, Nachimias D. *Research methods in social sciences*. 4. ed. London: Edward Arnold, 1992.
16. Franco MAS. *Pedagogia da pesquisa-ação*. Educação e Pesquisa 2005; 31(3):483-502
17. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 21. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165p.
18. Peres MA, Peres KG, Antunes JLF, Junqueira SR, Frazão P, Narvai PC. The association between socioeconomic development at the town level and the distribution of dental caries in Brazilian children. *Rev Panam Salud Publica* 2003; 14: 149-57.
19. Peres MA, Latorre MDOR, Sheiham A, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG et al. Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:53-63.
20. Ribeiro AG, Oliveira AFB, Roseblatt 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.
21. Slade GD, Spencer AJ, Davies MJ, Stewart JF. Influence of exposure to fluoridated water on socioeconomic inequalities in children's caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(2):89-100.
22. Périco GV, Grosseman S, Robles ACC, Stoll C. Percepção de mães sobre a assistência prestada a seus filhos por estudantes de medicina da sétima fase: estudo de caso no ambulatório de pediatria de um hospital universitário. *Rev Bras Educação Médica* 2006; 30(2):49-55.
23. Borges CM, Cascaes AM, Fischer TK, Boing AF, Peres MA, Peres KG. Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(8):1825-34.
24. Robles ACC, Grosseman S, Bosco VL. Satisfação com o atendimento odontológico: estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. *Ciência Saúde Coletiva* 2008; 13(1):43-9.
25. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaipava (MG). *Ciência Saúde Coletiva* 2005; 10(1):245-59.
26. Martin VB, Ângelo M. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. *Rev Lat Am Enfermagem* 1999; 7(4): 89-95.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
28. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LDEA, Cardoso J, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças.

de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública, 2008; 24(1): 150-156.

30. Oliveira MLS, Bastos ACS. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. Psicologia Reflexão e Crítica 2000; 13(1): 97-107.

Recebido/Received: 19/05/10

Revisado/Reviewed: 10/10/10

Aprovado/Approved: 16/12/10

**Correspondência:**

Franklin Delano Soares Forte

Travessa Antônio L. Batista, 71/402 - Bancários

João Pessoa/PB CEP: 58051-110

E-mail: fdsforte@terra.com.br