

Avaliação do conhecimento e práticas dos pais quanto a saúde bucal dos filhos de 3 a 9 anos de idade: um estudo piloto

Assessment of knowledge and practices of the parents regarding the oral health of three to nine-year-old children: a pilot study

Yara Mendes dos Santos¹, Maria Letícia Ramos-Jorge², Saul Martins Paiva³, Meire Coelho Ferreira²

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento e práticas de pais quanto a saúde bucal dos filhos entre 3 e 9 anos de idade, atendidos em um consultório particular. **Materiais e Métodos:** A amostra foi composta de 21 crianças/pais. A coleta de dados foi realizada através de exame clínico das crianças e de questionário auto-aplicado aos pais durante as consultas odontológicas. Os dados foram submetidos à análise descritiva e aos testes Qui-quadrado (χ^2) e Exato de Fisher ($\alpha < 0,05$). **Resultados:** Para 85,7% dos responsáveis, o fator causal para cárie dentária foi “não escovar os dentes”, assim como para a amostra total quanto à doença periodontal. Somente 14,3% dos responsáveis considerou que a alimentação influencia na saúde dental, 57% não souberam dizer qual a função do flúor e 52,4% não souberam dizer quais produtos contêm flúor. Em 57% das crianças, a higiene bucal era executada pelo responsável, no entanto, somente 38% desses dispensava o creme dental na escova. Noventa por cento das crianças consumiam açúcar mais de 3X/semana, sendo que 47,6% do consumo ocorria durante as refeições principais. Associação significativa foi observada entre “responsável assalariado ou não” e “frequência de higiene bucal da criança”, entre “renda familiar mensal” e “frequência de higiene bucal da criança” ($p = 0,030$; $0,032$, respectivamente). **Conclusão:** Apesar dos responsáveis já terem tido contato com o cirurgião dentista e seus filhos estarem em tratamento odontológico, os conhecimentos que detém sobre saúde bucal são superficiais, tanto quanto aos fatores causais das doenças bucais mais prevalentes, como em relação a produtos de higiene. Desta forma, é preciso que ações educativo-preventivas sejam construídas em bases sólidas a fim de que o conhecimento repassado aos responsáveis/filhos possibilite o estabelecimento de práticas de forma constante e segura para a manutenção e/ou aquisição de saúde bucal.

Descritores: Prática privada. Saúde bucal. Pais. Criança.

INTRODUÇÃO

A educação em saúde bucal é fundamental no estabelecimento de práticas bucais saudáveis. No entanto, para que estas práticas possam, de fato, levar à saúde bucal, serem seguras e tornarem-se rotina na vida das crianças, os responsáveis necessitam de conhecimento suficiente e reforços periódicos a fim de manter os hábitos instituídos.

Mesmo passível de prevenção à luz dos conhecimentos atuais e do marcante declínio, a cárie dentária perpetua como a doença bucal mais prevalente, o que constitui um problema de saúde

pública¹. Os grupos populacionais desfavorecidos no âmbito político, econômico e social são os mais afetados pela doença²⁻⁴. A vulnerabilidade ao agravo está associada à exposição intensa aos fatores de risco e a privação social⁵.

Embora Programas Educativos em Saúde Bucal venham sendo implantados na rede pública a fim de estender conhecimentos e práticas às populações necessitadas⁶, o acesso aos serviços odontológicos no setor público ainda é precário. Desta forma, mesmo populações menos favorecidas procuram serviços odontológicos particulares com o

¹Cirurgiã-dentista

²Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Diamantina, MG, Brasil

³Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Contato: yaramende@yahoo.com.br, mlramosjorge@gmail.com, smpaiva@uol.com.br, meirecofe@ig.com.br

intuito de suprir as carências do atendimento público.

Estudos que avaliam a saúde bucal de crianças atendidas em instituições de ensino superior públicas e privadas, e em serviços públicos são relatados na literatura⁷⁻¹⁰, no entanto, são escassos estudos que avaliem a saúde bucal de crianças atendidas em consultórios particulares^{11,12}. Como a saúde bucal deste público em específico pode conter particularidades, este estudo piloto tem como objetivo avaliar a saúde bucal das crianças e o conhecimento e práticas dos pais quanto à saúde bucal dos filhos. Com este levantamento prévio será possível esboçar as necessidades das crianças atendidas em consultório particular e, assim, possibilitar o estabelecimento de parâmetros para um estudo representativo deste público-alvo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo piloto do tipo transversal. A amostra de conveniência foi constituída de 21 pais/responsáveis e crianças, de ambos os

gêneros, entre 3 e 9 anos de idade, sob tratamento dentário em um consultório particular do município de Ibité/MG.

A coleta de dados foi realizada através de exame clínico para avaliação das condições bucais (ceo-d e CPO-D - OMS¹³) das crianças e de um questionário auto-aplicado aos pais, que continha dados sociodemográficos dos pais e crianças, e de conhecimentos e práticas dos pais quanto à saúde bucal dos filhos. Os pais/responsáveis responderam o questionário durante as consultas de rotina das crianças.

Os dados coletados foram submetidos à análise univariada e bivariada através do *Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows, version 15.0, SPSS Inc. Chicago, IL, USA)*. Teste Qui-quadrado (χ^2) e Exato de Fisher foram utilizados, ao nível de significância de 5%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (MG),

Tabela 1 - Dados sociodemográficos relativos à amostra de um consultório privado de Ibité – MG, 2010

	FREQUÊNCIA (%)
Gênero da criança	
Feminino	10 (47,6)
Masculino	11 (52,4)
Idade da criança	
3 a 5 anos	5 (23,8)
6 a 9 anos	16 (76,2)
Idade do responsável	
≤ 33 anos	9 (42,9)
> 33 anos	12 (57,1)
Responsável trabalha fora	
Sim	15 (71,4)
Não	6 (28,6)
Responsável	
Assalariado*	11 (52,4)
Não assalariado	10 (47,6)
Escolaridade do responsável	
≤ 8 anos	10 (47,6)
> 8 anos	10 (47,6)
Não respondeu	1 (4,8)
Última vez que o responsável foi ao cirurgião dentista	
A menos de 1 ano	13 (61,9)
Acima de 1 ano	8 (38,1)
Renda familiar mensal	
Até 2 salários mínimos	8 (38,1)
Acima de 2 salários mínimos	13 (61,9)
Cuidador da criança	
Pais	8 (38,1)
Outros	13 (61,9)

*Com carteira assinada

sob o nº 033/2010. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido junto aos responsáveis.

RESULTADOS

Os dados sociodemográficos são apresentados na Tabela 1. A média de idade do responsável foi de 36 ($\pm 9,3$) anos. A média de filhos do responsável foi de 1,81 ($\pm 0,60$) anos. Quarenta e oito por cento dos responsáveis apresentavam ensino médio e superior. Sessenta e dois por cento dos responsáveis visitaram o cirurgião-dentista a menos de 1 ano e 38,1%, acima de 1 ano. Quanto ao tipo de tratamento odontológico, 57,2% dos responsáveis receberam tratamento restaurador, enquanto 42,8% receberam outros tipos de tratamento (endodôntico, exodontia e outros). Das 8 (38,1%) crianças que tinham como cuidadores os pais, para 6 (28,6%), o cuidador era a mãe e para 2 (9,5%) crianças, o pai. Das 11 (52,4%) crianças que iniciaram a higiene bucal quando tinham mais de um dente na cavidade bucal, 5 (45,5%) já tinham cárie instalada e 3 (27,3%), história passada de cárie.

Quanto à idade que a escovação deve ser

realizada exclusivamente pela criança, 2 (9,5%) responsáveis responderam aos 2 anos de idade, 10 (47,6%) responderam que aos 4 anos de idade, 3 (14,3%) responderam aos 6 anos de idade e 6 (28,6%), aos 8 anos de idade.

A média do ceo-d para a amostra foi de 3,43 ($\pm 2,91$). Quatro (19,1%) crianças apresentaram ceo-d = 0 e 17 (80,9%) crianças, ceo \geq 1. Dos 21 pacientes, somente 9 apresentavam primeiros e segundos molares permanentes. A média do CPO-D para os referidos dentes foi de 1,22 ($\pm 1,40$). Sete (33,3%) crianças apresentaram CPO-D = 0 e 2 (9,6%) crianças, CPO-D > 1.

A frequência relativa aos conhecimentos dos responsáveis sobre saúde bucal está contida na Tabela 2. Para a amostra total de responsáveis, a etiologia da doença periodontal é não escovar os dentes. Quatorze por cento dos responsáveis disseram que a alimentação influencia na saúde dental, mas não souberam dizer como.

Tabela 2 - Conhecimento do responsável sobre saúde bucal de um consultório privado de Ibirité – MG, 2010

	FREQUÊNCIA (%)
O que causa cárie dental	
Não escovar os dentes	18 (85,7)
Alimentos açucarados	3 (14,3)
O que causa doença gengival	
Não escovar os dentes	21 (100)
A alimentação influencia na saúde dental	
Sim	3 (14,3)
Não	18 (85,7)
Função do flúor	
Proteger os dentes	8 (38,1)
Para os dentes ficarem mais fortes	1 (4,8)
Não sabe	12 (57,1)
Produtos que contém flúor	
Pasta de dentes	8 (38,1)
Pasta de dentes e enxaguatórios	2 (9,5)
Não sabe	11 (52,4)

As práticas para a saúde bucal das crianças estão contidas na Tabela 3. Para a amostra, os recursos utilizados na higiene bucal da criança foram escova e creme dental fluoretado. Os recursos motivacionais utilizados pelo responsável para que a criança aceite ou realize a escovação dos dentes é ter dentes brancos, ter dentes saudáveis.

Quanto à frequência de escovação, das 9 crianças (42,9%) que escovavam os dentes menos ou

igual a 2X/dia, 8 (38,1%) escovavam os dentes 2X/dia e 1 (4,8%), 1X/dia. Das 12 crianças (58,1) que escovavam os dentes acima de 2X/dia, 8 (38,1%) escovavam os dentes 3X/dia e 4 (19%) escovavam os dentes 4X/dia. As 13 (61,9%) crianças que dispensavam o creme dental na escova estavam em idade escolar. Das 6 crianças (28,6%) em que a mãe dispensava o creme dental na escova, 3 encontravam-se em idade pré-escolar. Para 2 (9,6%) crianças, a

mãe/criança ou babá dispensava o creme dental na escova. Estas 2 crianças estavam em idade pré-escolar.

Quanto à execução da escovação, para 47,5% da amostra os pais auxiliavam a criança no procedimento e para 9,6%, a escovação era exclusivamente realizada pelos pais.

Tabela 3 - Práticas para a saúde bucal da criança de um consultório privado de Ibitiré – MG, 2010

	FREQUÊNCIA (%)
Recursos utilizados na higiene bucal da criança	
Escova e creme dental fluoretado	21 (100)
Frequência de higiene bucal da criança	
≤ 2x/dia	9 (42,9)
> 2x/dia	12 (58,1)
Executa a higiene bucal da criança	
Adulto (auxilia ou executa a escovação para a criança)	12 (57,1)
A própria criança	9 (42,9)
Usa algum tipo de motivação para que a criança aceite ou realize a escovação dos dentes	
Sim	9 (42,9)
Não	12 (57,1)
O creme dental é dispensado na escova	
Pela criança	13 (61,9)
Adulto	8 (38,1)
Aplicação de flúor profissional	
Sim	10 (47,6)
Não	11 (52,4)
Frequência do consumo de açúcar	
Acima de 3X/semana	19 (90,5)
Acima de 3X/dia	2 (9,5)
Momento do consumo de açúcar	
Nas refeições principais	10 (47,6)
Entre as refeições principais	7 (33,3)
Não respondeu	4 (19,1)

Em relação ao motivo da ida das crianças ao cirurgião-dentista, os pais relataram que foi exclusivamente para tratamento curativo.

Os dados de associação entre as variáveis sociodemográficas relativas aos responsáveis e as variáveis “conhecimentos do responsável sobre

saúde bucal” e “práticas para a saúde bucal da criança” estão contidas nas Tabelas 4 e 5. A única associação significativa foi encontrada entre “responsável assalariado ou não” e “frequência de higiene bucal da criança”, e entre “renda familiar mensal” e “frequência de higiene bucal da criança”.

Tabela 4 - Associação entre variáveis sociodemográficas relativas ao responsável e conhecimentos do responsável sobre saúde bucal de um consultório privado de Ibitaré – MG, 2010

	O que causa cárie dental		Valor de p	A alimentação influencia na saúde dental		Valor de p	Função do flúor		Valor de p	Produtos que contém flúor		Valor de p
	Não escovar os dentes (%)	Alimentos açucarados (%)		Sim (%)	Não (%)		Proteger os dentes (%)	Dentes ficarem mais fortes (%)		Pasta de dente (%)	Pasta de dente e enxaguatório (%)	
Idade do responsável												
≤ 33 anos	9 (100)	0 (0)	0,229	2 (22,2)	7 (77,8)	0,553	2 (100)	0 (0)	1	2 (100)	0 (0)	1
> 33 anos	9 (75)	3 (25)		1 (8,3)	11 (91,7)		6 (85,7)	1 (14,3)		6 (75)	2 (25)	
Responsável trabalha fora												
Sim	14 (93,3)	1 (6,7)	0,184	2 (13,3)	13 (86,7)	1	6 (100)	0 (0)	0,333	5 (71,4)	2 (28,6)	1
Não	4 (66,7)	2 (33,3)		1 (16,7)	5 (83,3)		2 (66,7)	1 (33,3)		3 (100)	0 (0)	
Responsável												
Assalariado*	9 (81,8)	2 (18,2)	1	3 (27,3)	8 (72,7)	0,214	5 (83,3)	1 (16,7)	1	6 (75)	2 (25)	1
Não assalariado	9 (90)	1 (10)		0 (0)	10 (100)		3 (100)	0 (0)		2 (100)	0 (0)	
Escolaridade do responsável												
≤ 8 anos	9 (90)	1 (10)	1	2 (20)	8 (80)	1	2 (66,7)	1 (33,3)	0,333	5 (100)	0 (0)	0,444
> 8 anos	9 (90)	1 (10)		1 (10)	9 (90)		6 (100)	0 (0)		3 (60)	2 (40)	
Última vez que o responsável foi ao cirurgião dentista												
A menos de 1 ano	12 (92,3)	1 (7,7)	0,531	3 (23,1)	10 (76,9)	0,257	5 (100)	0 (0)	0,444	4 (66,7)	2 (33,3)	0,467
A mais de 1 ano	6 (75)	2 (25)		0 (0)	8 (100)		3 (75)	1 (25)		4 (100)	0 (0)	
Renda familiar mensal												
Até 2 salários mínimos	7 (87,5)	1 (12,5)	1	2 (25)	6 (75)	0,531	1 (50)	1 (50)	0,222	3 (100)	0 (0)	1
Acima de 2 salários mínimos	11 (84,6)	2 (15,4)		1 (7,7)	12 (92,3)		7 (100)	0 (0)		5 (71,4)	2 (28,6)	
Cuidador da criança												
Pais	6 (75)	2 (25)	0,531	1 (12,5)	7 (87,5)	1	2 (66,7)	1 (33,3)	0,333	2 (66,7)	1 (33,3)	1
Outros	12 (92,3)	1 (7,7)		2 (15,4)	11 (84,6)		6 (100)	0 (0)		6 (85,7)	1 (14,3)	

* Com carteira assinada
 Teste exato de Fisher; $\alpha < 0,05$.

Tabela 5 - Associação entre variáveis sociodemográficas relativas ao responsável e práticas para a saúde bucal da criança de um consultório privado de Ibirité – MG, 2010

	Frequência de higiene bucal da criança		Valor Executa a higiene bucal da criança		Usa algum tipo de motivação para que a criança aceite ou realize a escovação dental		Valor Creme dental é dispensado na escova de p		Valor de p	
	≤ 2x/dia (%)	> 2x/dia (%)	Adulto (%)	A própria criança (%)	Sim (%)	Não (%)	Adulto (%)	Criança (%)		
Idade do responsável										
≤ 33 anos	4 (44,4)	5 (55,6)	4 (44,4)	5 (55,6)	4 (44,4)	5 (55,6)	4 (44,4)	5 (55,6)	1	0,673
> 33 anos	5 (41,7)	7 (58,3)	8 (66,7)	4 (33,3)	5 (41,7)	7 (58,3)	4 (33,3)	8 (66,7)		
Responsável trabalha fora										
Sim	6 (40)	9 (60)	8 (53,3)	7 (46,7)	7 (46,7)	8 (53,3)	5 (33,3)	10 (66,7)	1	0,631
Não	3 (50)	3 (50)	4 (66,7)	2 (33,3)	2 (33,3)	4 (66,7)	3 (50)	3 (50)		
Responsável										
Assalariado*	2 (18,2)	9 (81,8)	7 (63,6)	4 (36,4)	5 (45,5)	6 (54,5)	5 (45,5)	6 (54,5)	1	0,659
Não assalariado	7 (70)	3 (30)	5 (50)	5 (50)	4 (40)	6 (60)	3 (30)	7 (70)		
Escolaridade do responsável										
≤ 8 anos	5 (50)	5 (50)	7 (70)	3 (30)	6 (60)	4 (40)	3 (30)	7 (70)	0,65	0,65
> 8 anos	3 (30)	7 (70)	5 (50)	5 (50)	3 (30)	7 (70)	5 (50)	5 (50)		
Última vez que o responsável foi ao cirurgião dentista										
A menos de 1 ano	5 (38,5)	8 (61,5)	8 (61,5)	5 (38,5)	7 (53,8)	6 (46,2)	5 (38,5)	8 (61,5)	0,673	0,367
A mais de 1 ano	4 (50)	4 (50)	4 (50)	4 (50)	2 (25)	6 (75)	3 (37,5)	5 (62,5)		
Renda familiar mensal										
Até 2 salários mínimos	6 (75)	2 (25)	4 (50)	4 (50)	3 (37,5)	5 (62,5)	3 (37,5)	5 (62,5)	1	1
Acima de 2 salários mínimos	3 (23,1)	10 (76,9)	8 (61,5)	5 (38,5)	6 (46,2)	7 (53,8)	5 (38,5)	8 (61,5)		
Cuidador da criança										
Pais	4 (50)	4 (50)	6 (75)	2 (25)	3 (37,5)	5 (62,5)	4 (50)	4 (50)	0,673	0,367
Outros	5 (38,5)	8 (61,5)	6 (46,2)	7 (53,8)	6 (46,2)	7 (53,8)	4 (30,8)	9 (69,2)		

* Carteira assinada
 Teste exato de Fisher; $\alpha < 0,05$

Continuação da tabela 5

	Aplicação de flúor profissional		Valor de p	Frequência do consumo de açúcar		Valor de p	Momento do consumo de açúcar		Valor de p
	Sim (%)	Não (%)		Acima de 3x/semana (%)	Acima de 3x/dia (%)		Nas refeições principais (%)	Entre as refeições principais (%)	
Idade do responsável									
≤ 33 anos	4 (44,4)	5 (55,6)	1	9 (100)	0 (0)	0,486	4 (44,4)	5 (55,6)	0,335
> 33 anos	6 (50)	6 (50)		10 (83,3)	2 (16,7)		6 (75)	2 (25)	
Responsável trabalha fora									
Sim	8 (53,3)	7 (46,7)	0,635	14 (93,3)	1 (6,7)	0,5	7 (58,3)	5 (41,7)	1
Não	2 (33,3)	4 (66,7)		5 (83,3)	1 (16,7)		3 (60)	2 (40)	
Responsável									
Assalariado*	7 (63,6)	4 (36,4)	0,198	10 (90,9)	1 (9,1)	1	5 (55,6)	4 (44,4)	1
Não assalariado	3 (30)	7 (70)		9 (90)	1 (10)		5 (62,5)	3 (37,5)	
Escolaridade do responsável									
≤ 8 anos	5 (50)	5 (50)	1	8 (80)	2 (20)	0,474	5 (71,4)	2 (28,6)	0,358
> 8 anos	5 (50)	5 (50)		10 (100)	0 (0)		4 (44,4)	5 (55,6)	
Última vez que o responsável foi ao cirurgião dentista									
A menos de 1 ano	7 (53,8)	6 (46,2)	0,659	13 (100)	0 (0)	0,133	7 (63,6)	4 (36,4)	0,644
A mais de 1 ano	3 (37,5)	5 (62,5)		6 (75)	2 (25)		3 (50)	3 (50)	
Renda familiar mensal									
Até 2 salários mínimos	2 (25)	6 (75)	0,183	6 (75)	2 (25)	0,133	4 (66,7)	2 (33,3)	1
Acima de 2 salários mínimos	8 (61,5)	5 (38,5)		13 (100)	0 (0)		6 (54,5)	5 (45,5)	
Cuidador da criança									
Pais	3 (37,5)	5 (62,5)	0,659	6 (75)	2 (25)	0,133	5 (62,5)	3 (37,5)	1
Outros	7 (53,8)	6 (46,2)		13 (100)	0 (0)		5 (55,6)	4 (44,4)	

* Carteira assinada
 Teste exato de Fisher; $\alpha < 0,05$

DISCUSSÃO

O processo educativo é usado em odontologia visando mudanças de comportamento necessárias à aquisição, manutenção e promoção de saúde, assim, educação em saúde deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido de mudança¹⁴.

Diversos estudos têm sido realizados em municípios brasileiros com o intuito de avaliar as condições de saúde bucal da população e, com isso, fornecendo dados que auxiliam na implementação de políticas públicas¹⁵⁻¹⁷. A maioria desses estudos é realizada com escolares da rede pública e privada de ensino, assim como em instituições de ensino superior público e privado⁷. Entretanto, há uma escassez de estudos que avaliem a saúde bucal de crianças atendidas em ambiente de consultório particular. A avaliação de conhecimentos e práticas em saúde bucal dos responsáveis por esse público alvo associado à influência de variáveis sociodemográficas é necessária a fim de traçar um panorama de quem é esse paciente, quais são suas necessidades e como se comporta frente a práticas de saúde bucal.

Dados do último levantamento do SB Brasil 2003¹⁸ revelaram uma alta prevalência de cárie (59,37%) em crianças brasileiras aos cinco anos de idade, com ceo-d médio de 2,80. No presente estudo, três dentre as 21 crianças tinham 5 anos de idade e apresentavam ceo-d médio de 4,33 (± 36). O componente “obturado” do ceo-d foi o mais frequente, sendo que 11 (52,4%) crianças da amostra tinham de 1 a 8 dentes decíduos restaurados. Este componente do índice explica a história passada da doença e é um dos maiores indicadores de risco de desenvolvimento de novas lesões de cárie. O tratamento das lesões por si só não erradica a doença¹⁹. Segundo o responsável, o motivo da ida da criança ao consultório foi a necessidade de tratamento curativo, o que vem ao encontro das necessidades observadas, já que das 21 crianças que estavam em tratamento odontológico, 9 (43%) apresentavam entre 1 e 6 dentes decíduos cariados.

Do total da amostra, somente 2 (9,6%) crianças estavam abaixo de 5 anos de idade. Das crianças entre 5 e 9 anos de idade, somente 3 (14,3%) tinham dentes decíduos com extração indicada. Isto reforça a assistência odontológica recebida pelas crianças.

Crianças de classe econômica menos favorecida possuem maior predileção por açúcar e, conseqüentemente, maior prevalência de cárie^{4,20}. Para o presente estudo, a renda familiar não foi associada

de forma significativa à frequência do consumo de açúcar. Quanto à associação entre frequência de ingestão de guloseimas pelas crianças e escolaridade do responsável, também não foi significativa. A falta de associação significativa para as variáveis relatadas pode estar relacionada à pequena amostra do estudo, o que revela uma limitação do mesmo. Alguns estudos têm demonstrado que as variáveis sociodemográficas, renda e grau de escolaridade estão diretamente relacionadas às informações sobre saúde bucal^{21,22}.

Para 58,1% das crianças, a frequência de escovação foi acima de 2X/dia. Pelo senso comum as pessoas sabem que se deve escovar os dentes pelo menos duas vezes ao dia. Desta forma, este resultado pode estar “superfaturado”. Dentre as práticas executadas pelas crianças, a escovação foi a única associada de forma significativa com as variáveis sociodemográficas “responsável assalariado ou não” e “renda familiar mensal”.

O auxílio dos pais aos filhos durante a escovação dental foi verificado para 47,5% da amostra. Em um estudo com 141 crianças, entre 9 e 10 anos de idade, 80% dos responsáveis auxiliavam os filhos na realização da higiene bucal²³. É necessário ressaltar que nesta pesquisa o tamanho amostral é superior ao presente estudo, além de contemplar crianças provenientes de uma instituição de ensino público. No entanto, assim como neste estudo, nossos achados revelam uma associação não significativa entre auxílio ao menor na escovação e renda mensal ou escolaridade.

Quanto aos recursos utilizados na higiene bucal, para a totalidade da amostra foi verificado o uso de escova e creme dental fluoretado. Isto indica que o uso do fio dental não faz parte do arsenal de higiene bucal. Como o responsável não foi indagado diretamente sobre o uso do fio dental, algumas possibilidades são levantadas para a ausência dessa prática: a falta de esclarecimento dos responsáveis quanto à importância deste instrumento de higiene na prevenção de cárie e gengivite na região interproximal ou à falta de estímulo para a prática por demandar tempo e treino na manipulação.

Para a totalidade da amostra, os pais relataram que a visita ao consultório dentário foi exclusivamente para tratamento curativo. Em estudo realizado por Figueira & Leite²³, 49,3% da amostra de 141 pais relataram que a visita ao dentista foi para a resolução de algum problema. Isso demonstra que, independente da origem da amostra, seja proveniente da prática privada ou de uma instituição pública, é comum a procura por assistência odontológica para fins de resolutividade de alguma intercorrência, o que sugere que a procura por prevenção ainda fica

a desejar.

A limitação dos responsáveis em relação aos temas relativos à saúde bucal foi evidente neste estudo. Um percentual considerável da amostra não soube dizer se a alimentação tem influência na saúde dental e quanto a questões relativas ao flúor. Quanto ao conhecimento que estava envolvido diretamente com a prática de higiene bucal realizada nas crianças, 6 (28,6%) responsáveis relataram que a idade de 8 anos é a indicada para que a criança realize a escovação dental sozinha. Segundo Maltz²⁴, a escovação dos dentes da criança deve ser auxiliada pelos pais até a idade de 8/9 de idade.

O conhecimento dos responsáveis sobre saúde bucal não foi associado de forma significativa com as variáveis sociodemográficas. Embora 47,6% dos responsáveis tivessem menos de 8 anos de escolaridade, esta variável não foi associada significativamente com nenhuma das variáveis relativas ao conhecimento sobre saúde bucal.

O recurso motivacional utilizado por 42,9% dos responsáveis para que os filhos aceitem a escovação dental foi dizer-lhes que devem escovar os dentes para ter dentes brancos e saudáveis. Nenhuma menção é feita de maneira mais aprofundada sobre o que a falta da escovação promove nos dentes. Isto revela a importância do cirurgião dentista em repassar informações acessíveis que estimulem os pais a motivar seus filhos para a higiene bucal.

O presente estudo tem limitações que devem ser reconhecidas. Por se tratar de uma amostra de conveniência e de um número de casos reduzido, os resultados devem ser interpretados com cautela e não podem ser generalizados para os pré-escolares e escolares do município. No entanto, este estudo fornece uma base para futuras investigações com uma amostra representativa.

Os programas de educação em saúde bucal destinados a crianças devem ser estendidos aos responsáveis, visto que estes possuem papel fundamental na solidificação dos conhecimentos e práticas adquiridos, além de auxiliarem na formação de valores, hábitos e comportamentos²³. Pais e educadores devem estar envolvidos em um processo contínuo de ensino-aprendizagem, para que possam modelar a construção de hábitos adequados em suas crianças.

CONCLUSÃO

Apesar dos responsáveis já terem tido contato com o cirurgião dentista e seus filhos estarem em tratamento odontológico, os conhecimentos que detêm a respeito de saúde bucal são superficiais, tanto no que diz respeito aos fatores causais das

doenças bucais mais prevalentes, como em relação a produtos de higiene. Desta forma, é preciso que ações educativo-preventivas sejam construídas em bases sólidas a fim de que o conhecimento repassado aos responsáveis e seus filhos possibilite o estabelecimento de práticas de forma constante e segura para a manutenção e/ou aquisição de saúde bucal.

ABSTRACT

Aim: The aim of this pilot study was to assess the knowledge and practices of parents regarding the oral health of children between three and nine years of age treated at a private dental office. **Materials and Methods:** The sample consisted of 21 children/parents. Data collection was performed through a clinical examination of the children and a self-administered questionnaire for parents during dental appointments. The data were submitted to descriptive analyses as well as to the chi-squared test and Fisher's exact test ($\alpha < 0.05$).

Results: "Not brushing" was considered the causal factor of dental caries and periodontal disease among 85.7% and 100% of the guardians, respectively. Only 14.3% of the guardians considered diet as affecting dental health; 57% could not state the function of fluoride, and 52.4% could not state what products contained fluoride. Among 57% of the children, oral hygiene was performed by the guardian. However, only 38% of the guardians placed the toothpaste on the brush. Ninety percent of the children consumed sugar more than three times a week, and 47.6% of this consumption occurred during the main meals. A significant association was found between "guardian duly employed or not" and "frequency of child's oral hygiene" as well as between "monthly household income" and "frequency of child's oral hygiene" ($p = 0.030$ and 0.032 , respectively). **Conclusion:** Although the guardians had contact with the dentist and their children were under dental treatment, their knowledge regarding oral health was superficial, both in terms of causal factors of the most prevalent oral diseases and hygiene products. Educative-preventive actions need to be built on solid bases so that knowledge offered to guardians/children may enable the establishment of consistent, safe practices for the maintenance and/or acquisition of oral health. **Uniterms:** Private practice. Oral health. Parents. Child.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo apoio financeiro.

REFERÊNCIAS

1. Silva RHA, Castro RFM, Bastos JRM, Camargo LMA. Análise das diferentes manifestações de cultura quanto aos cuidados em saúde bucal em moradores da região rural ribeirinha em Rondônia Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15:1475-80.
2. Ismail AI, Sohn W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc*. 2001; 132:295-303.
3. Peterson GH, Isberg PE, Twetman S. Caries risk assessment in school children using a reduced cariogram model without saliva test. *BMC Oral Health*. 2010; 10:5.
4. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública*. 2000; 4:402-8.
5. Mashoto KO, Astrom NA, Skeie MS, Masalu JR. Socio-demographic disparity in oral health among the poor: a cross sectional study of early adolescents in kilwa district, Tanzânia. *BMC Oral Health*. 2010; 10:7.
6. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9:121-31.
7. Santos APP, Soviero VM. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. *Pesqui Odontol Bras*. 2002; 16:203-8.
8. Masiga MA. Presenting chief complaints and clinical characteristics among patients attending the Department of Paediatric Dentistry Clinic at the University of Nairobi Dental Hospital. *East Afr Med J*. 2005; 82:652-5.
9. Hausen H, Seppa L, Poutanen R, Niinimaa A, Lahti S, Kärkkäinen S, et al. Noninvasive control of dental caries in children with active initial lesions. A randomized clinical trial. *Caries Res*. 2007; 41:384-91.
10. Moskovitz M, Abud W, Ram D. The influence of an oral health education program provided in a community dental clinic on the prevalence of caries among 12-14 year-old children. *J Clin Pediatr Dent*. 2009; 33:259-64.
11. Christensen LB, Petersen PE, Hede B. Oral health in children in Denmark under different public dental health care schemes. *Community Dent Health*. 2010; 27:94-101.
12. Seow WK, Clifford H, Battistutta D, Morawska A, Holcombe T. Case-control study of early childhood caries in Australia. *Caries Res* 2009; 43:25-35.
13. Organização Mundial de Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal. 4ª ed. São Paulo: Santos; 1999.
14. Petry PC, Pretto SM. Educação e motivação em saúde bucal. In: Kriger L (coord.). ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p.363-70.
15. Cypriano S, Sousa MLR, Wada RS. Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39:285-92.
16. Migliato KL, Mendes ER, Souza LZ, Cortellazzi KL, Mistro FZ, Paganini GA, et al. Avaliação de um programa educativo preventivo desenvolvido entre a Uniararas e a usina São João de Araras, SP. *RFO UPF*. 2008; 13:14-8.
17. Fadel CB, Saliba NA, Moimaz AS. Relação materno infantil: uma abordagem interdisciplinar e seus desdobramentos para odontologia. *Arq Odontol*. 2008; 44:42-8.
18. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília – DF. 2004.
19. Murthy GA, Mohandas U. The knowledge, attitude and practice in prevention of dental caries amongst pediatricians in Bangalore: a cross-sectional study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2010; 28:100-3.
20. Tomita NE, Nandanovsky P, Vieira AL, Lopes ES. Preferências por alimentos doces e cárie dentária em pré-escolares. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33:542-6.
21. Verrips GH, Kaisbeek H, Eijkman MAJ. Ethnicity and maternal education as risk indicators for dental caries, and the role of dental behaviour. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993; 21:209-14.
22. Couto CMM, Rio LMSP, Martins RC, Martins CC, Paiva SM. A percepção de mães pertencentes a diferentes níveis sócio-econômicos sobre a saúde bucal dos seus filhos bebês. *Arq Odontol*. 2001; 37:121-32.

23. Figueira TR, Leite ICG. Conhecimento e práticas de pais quanto à saúde bucal e suas influências sobre cuidados dispensados aos filhos. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2008; 8:87-92.
24. Maltz M. Prevenção das doenças cárie e periodontal. In: Toledo OA. *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica.* 2^a ed. São Paulo: Premier; 1996.

Recebido em 21/03/2011 – Aceito em 20/08/2011

Autor correspondente

Meire Coelho Ferreira

Rua Doze, 648 – Ilha dos Araújos

CEP: 35020-690 - Governador Valadares - MG – Brasil

E-mail: meirecofe@ig.com.br