



Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”

UNIGRANRIO

Cláudia da Silva Emílio Canalli

**Fatores não biológicos associados à cárie dentária:
um estudo qualitativo em odontopediatria**

Duque de Caxias

2010

Cláudia da Silva Emílio Canalli

**Fatores não biológicos associados à cárie dentária:
um estudo qualitativo em odontopediatria**

Dissertação apresentada à Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de mestre em Odontologia.

Orientadores:

Prof. Dr. José Massao Miasato.

Prof.^a Dr^a Edna Gurgel Casanova.

Duque de Caxias

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE/BIBLIOTECA - UNIGRANRIO

C212f Canalli, Cláudia da Silva Emílio.
Fatores não biológicos associados à cárie dentária : um estudo qualitativo em odontopediatria / Cláudia da Silva Emílio Canalli. – 2010.
91 f. : il. ; 30 cm.
Dissertação (mestrado em Odontologia) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, 2010.
“Orientadores: Prof. Dr. José Massao Miasato e Profª Drª Edna Gurgel Casanova”
1. Odontologia. 2. Cárie dentária. 3. Promoção da saúde. 3. Programas Médicos Regionais. I. Miasato, José Massao. II. Casanova, Edna Gurgel. III. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. IV. Título

CDD – 617.6.

**Este trabalho reflete a opinião do autor e não, necessariamente, a da Associação Fluminense de Educação – AFE.
Autorizo a difusão deste trabalho.**

Cláudia da Silva Emílio Canalli

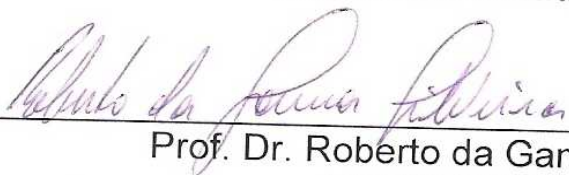
**Fatores não biológicos associados à cárie dentária:
um estudo qualitativo em odontopediatria**

Dissertação apresentada à Universidade do Grande Rio "Prof. José de Souza Herdy", como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de mestre em Odontologia.

Área de concentração: Odontopediatria.

Aprovada em 01 de março de 2010.

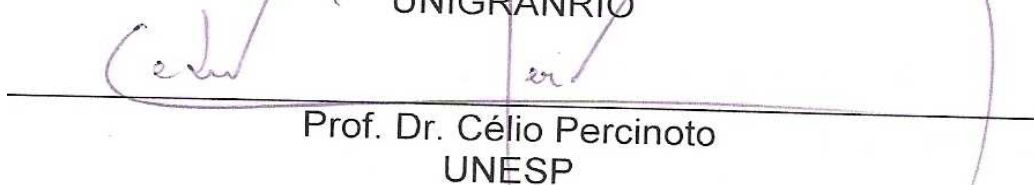
Banca Examinadora



Prof. Dr. Roberto da Gama Silveira
UNIGRANRIO.



Profa. Dra. Leila Maria Chevitaresh de Oliveira
UNIGRANRIO



Prof. Dr. Célio Percinoto
UNESP

Como os pássaros, que cuidam de seus filhos ao fazer um ninho no alto das árvores e nas montanhas, longe dos predadores, ameaças e perigos, e mais perto de Deus, deveríamos cuidar de nossos filhos como um bem sagrado, promover o respeito a seus direitos e protegê-los.

(Zilda Arns Neumann, fundadora da Pastoral da Criança).

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Jesus Cristo, meu amigo especial, com quem posso contar em todos os momentos da minha vida. A Ele, Rei do Universo e Senhor da minha vida: toda honra e toda glória hoje e eternamente.

A Paulo Renato Martins Vaz, que nos momentos iniciais muito contribuiu para que este sonho se tornasse uma realidade. Quero deixar registrado o meu reconhecimento e o sincero desejo de felicidade completa para ele e toda sua família.

Ao meu esposo Adilson Canalli e ao meu filho Daniel, presentes de Deus para mim, que me apoiaram, me incentivaram e muitas vezes não puderam contar comigo por estar envolvida nas tarefas deste curso.

A minha mãezinha Maria Aparecida da Silva Emílio, e ao meu pai Mariano Emílio que sempre estão presentes apoiando-me em todos os momentos. Para mim são exemplos vivos de perseverança, trabalho e dedicação.

Ao meu cunhado Aduino Canalli pelo apoio e colaboração.

A minha querida orientadora, Professora Doutora Edna Gurgel Casanova, pela disponibilidade, competência e carinho demonstrados no transcorrer deste estudo. Reitero o meu reconhecimento à sua participação imprescindível nesta pesquisa de cunho qualitativo.

Ao meu querido orientador, Professor Doutor José Massao Miasato, que despertou em mim a consciência de olhar o paciente holisticamente. Além de desempenhar com excelência o seu papel, demonstrou ser amigo e estar acessível em todos os momentos dessa jornada.

À Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy” UNIGRANRIO, onde tive a oportunidade de graduar-me em Enfermagem e Odontologia, e de, neste momento, tornar-me mestre em odontologia.

À professora Anadir Cordeiro Herdy que sempre recepcionou-me com um sorriso nos lábios e um abraço caloroso.

Ao Professor Doutor Roberto da Gama Silveira pelo exemplo de pessoa e profissional e também por seus valiosos ensinamentos.

À Professora Doutora Leila Chevitarese que muito contribuiu para minha formação, pelo exemplo singular de pessoa e Mestre.

À Professora Alba Andrade Carneiro e à Professora Doutora Luciana Herdy que viabilizaram a realização desta pesquisa na Bebê-Clínica.

Ao Professor Roberto Antônio de Souza Santos pelo conhecimento, experiência, simpatia, incentivo e amizade demonstrados nos momentos que juntos atuamos na clínica de Odontopediatria.

À Prefeitura Municipal de Macaé/RJ, em especial ao Coordenador Municipal de Saude Bucal, Doutor Júlio César Abreu Pereira, pela prontidão em ajudar-me no decorrer deste curso. Agradeço também a ele por reconhecer a importância do crescimento profissional para o desenvolvimento do trabalho.

À querida Professora Marília Alves, Mestre em Língua Portuguesa, pelo trabalho de revisão deste estudo.

À ex-secretária do Mestrado, Gilvanete Santos (Gil), pelo competente trabalho desenvolvido em todas as etapas do curso de mestrado. E à nova secretária Roberta que a substitui e tem demonstrado possuir a mesma qualidade.

A todos os funcionários da Bebê-Clínica da UNIGRANRIO/RJ, em especial a recepcionista Geisiane Castro do Amaral (Geisa) pela presteza, prontidão e organização da agenda dos pacientes.

Aos meus amigos Sandro Seabra, Daniela Benvenuti de Almeida Moraes e Marcele Cardoso Braga pelo companheirismo e pela troca de experiências que muito contribuíram para minha formação.

Aos cuidadores das crianças pela valiosíssima participação nesta pesquisa.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste sonho.

RESUMO

A cárie dentária é uma doença infecciosa e transmissível, resultante da interação complexa de múltiplos fatores. Desta forma sua abordagem deve ultrapassar os limites do campo biológico. Diante de tais aspectos justificam-se a importância desse estudo, que compreende os fatores não biológicos envolvidos na patogênese dessa doença em crianças de até setenta e um meses de idade assíduas ao programa Bebê – Clínica da UNIGRANRIO/RJ, Brasil. Os objetivos desta pesquisa foram: Identificar e analisar os fatores não biológicos que contribuem para o desenvolvimento de cárie dentária nesse grupo e fornecer subsídios que contribuem para uma visão ampliada sobre o fenômeno da cárie dentária em crianças. Este estudo, de abordagem qualitativa, teve como instrumento de coleta de dados, a entrevista individual semi-estruturada, guiada por um roteiro. O procedimento de análise respaldou-se na Análise Categorical de Conteúdo. A pesquisa seguiu procedimentos éticos orientados pela Resolução 196/96. Participaram da pesquisa dezesseis cuidadores de crianças, que apesar de assíduas ao programa Bebê-Clinica da UNIGRANRIO/RJ, Brasil desenvolveram cárie dentária. A relação parental dos sujeitos do estudo com as crianças constitui-se de treze mães, duas avós e um pai. O agrupamento dos temas deu origem a três categorias analíticas assim denominadas: 1- Percepção e conhecimento dos cuidadores sobre o fenômeno da cárie dentária; 2 - A influência da construção de hábitos e o fenômeno da cárie dentária; 3 – Outros fatores associados à cárie dentária. Os resultados da análise dos dados sugerem a coexistência de diversos fatores não biológicos convergindo para o fenômeno da cárie dentária, a saber: ausência/deficiência de higiene oral, estresse dos cuidadores, desestruturação familiar, nível baixo de conhecimento sobre saúde bucal, hábitos alimentares inadequados, inexistência de colaboração dos diversos membros da família com o responsável pelo cuidado na manutenção da saúde bucal da criança. A interação desses fatores aponta para a necessidade do cirurgião dentista olhar além da cavidade dentária para o contexto de vida do paciente assegurando uma abordagem humanizada, integral e contextualizada.

Palavras-chave: Cárie dentária, Fatores não biológicos, Odontopediatria.

ABSTRACT

NON-BIOLOGICAL FACTORS ASSOCIATED WITH DENTAL CARIES: A QUALITATIVE STUDY IN PEDIATRIC DENTISTRY

Dental caries is an infectious, transmissible disease resulting from the complex interaction of multiple factors. Accordingly, its approach should go beyond the limits of the biological field. Those aspects justify the importance of this study which covers non-biological factors involved in the pathogenesis of caries disease in children aged up to seventy-one months who assiduously attend the Baby-Clinic program of Unigranrio/RJ, Brazil. The purposes of the research were: to identify and analyze the non-biological factors that contribute toward the development of dental caries in that group and to provide data that would contribute toward achieving a broader view of the phenomenon of dental caries in children. The data collection for this qualitative study consisted of an individual, semi-structured interview guided by a schedule. The analysis procedure was based on the Categorical Content Analysis. The research followed ethical procedures guided by Resolution 196/96. The participants were sixteen carers of children who, although assiduously attending the Baby-Clinic program of UNIGRANRIO/RJ, Brazil, developed dental caries. The parental relationship of the children comprised thirteen mothers, two grandmothers and one father. The grouping of the topics gave rise to three analytical categories entitled: 1 – Carer perception and knowledge of the phenomenon of dental caries; 2- Influence of the construction of habits and the phenomenon of dental caries; 3 – Other factors associated with dental caries. The results of the data analysis suggest the coexistence of various non-biological factors converging on the phenomenon of dental caries, namely: lack of/deficient oral hygiene, carer stress, family destructuring, low level of oral health knowledge, inadequate feeding habits, and lack of collaboration from the various family members with the person responsible for taking care of the child's oral health. The interaction of these factors indicates the need for the dental surgeon to look beyond the tooth cavity at the patient's life context ensuring a humanized, global and contextualized approach.

Key words: Dental caries. Non-biological factors. Pediatric dentistry.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFE – Associação Fluminense de Educação.

CEP – Cárie de Estabelecimento Precoce.

ceo-s – Índice de superfície cariada, perdida ou obturada.

ceo-d – Índice de cárie para a dentição decídua.

CSI – Cárie Severa na Infância.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PIB – Produto Interno Bruto.

PSF – Programa Saúde da Família.

REDUC – Refinaria de Duque de Caxias.

SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UEL – Universidade Estadual de Londrina.

UNIGRANRIO – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1	BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A CÁRIE DENTÁRIA.....	16
2.2	CÁRIE DE ESTABELECIMENTO PRECOCE.....	18
2.3	FATORES NÃO BIOLÓGICOS DA CÁRIE DENTÁRIA.....	21
3	BASES METODOLÓGICAS DO ESTUDO	25
3.1	A ESCOLHA DO MÉTODO.....	25
3.2	O CENÁRIO DA PESQUISA.....	26
3.2.1	Dinâmica de funcionamento da Bebê-Clínica.....	29
3.3	OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	32
3.4	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	32
3.5	PROCESSAMENTO E TRATAMENTO DO MATERIAL.....	34
4	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	36
4.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS SUJEITOS DO ESTUDO.....	36
4.2	PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DOS CUIDADORES SOBRE O FENÔMENO DA CÁRIE DENTÁRIA.....	38
4.3	A INFLUÊNCIA DA CONSTRUÇÃO DE HÁBITOS E O FENÔMENO DA CÁRIE DENTÁRIA.....	44
4.4	OUTROS FATORES ASSOCIADOS À CÁRIE DENTÁRIA.....	52
4.4.1	A cárie dentária e a fragilidade da estrutura familiar.....	52
4.4.2	A questão da cárie dentária dos filhos e o estresse cotidiano dos pais.....	53
4.4.3	Dentes saudáveis: o processo educativo na construção de hábitos alimentares e higiênicos.....	56
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RELEVÂNCIA	59
5.1	CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	62
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICE A – QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA	76
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO	77
	ANEXO B – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA	79
	ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80
	ANEXO D – SÍNTESE DAS ENTREVISTAS	82

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988, propõe diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), preconizando “o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988).

A integralidade, enquanto princípio doutrinário, está descrita na Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) como “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Por outro lado, a Carta de Ottawa (1986) define a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Nessa perspectiva, o ideal da odontologia - a saúde bucal - tem sido considerada de forma mais abrangente:

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando diretamente relacionada com as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e informação.
(I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1986).

Orientada por esse paradigma, a odontopediatria inicia a prevenção e a manutenção da saúde bucal de seus pacientes o mais precocemente possível (MIASATO, 2000).

A necessidade de cuidados para a manutenção da saúde bucal justifica-se pela elevada prevalência de cárie dentária. Essa realidade brasileira foi claramente evidenciada no levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde, por meio do Projeto Saúde Bucal Brasil 2003 revelando que algumas patologias bucais continuam sendo um grave problema de saúde pública. Em relação à cárie dentária,

foi constatado que, aproximadamente, 27% das crianças¹ de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária. A proporção chega a quase 60% nas crianças de 5 anos de idade. Revelou ainda que 70% das crianças brasileiras de 12 anos apresentam pelo menos um dente permanente cariado (BRASIL, 2004, b).

Uma importante estratégia para minimizar o risco e a gravidade das doenças bucais é o programa preventivo de saúde bucal infantil denominado Bebê-Clínica. Pinto (2008) considera “promissora essa linha de prestação de cuidados preventivos e de educação em saúde bucal implementada desde o nascimento”. E acrescenta que é “uma tentativa de enfrentar os problemas bucais de maneira precoce”.

No Brasil, a primeira Bebê-Clínica foi instituída na Universidade Estadual de Londrina/PR, em 1986, pelo Professor Doutor Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter e equipe docente. Esse conceito foi estabelecido de forma simples, metodizada e prática. Desde então, outras foram surgindo em diversos estados brasileiros, as quais, por meio de protocolos diferenciados, atuam em programas de promoção de saúde (MIASATO, 2000).

Com uma filosofia semelhante que considera o paciente de forma integral, a Bebê-Clínica da Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy” (UNIGRANRIO) tem desenvolvido um trabalho altamente eficaz através de manobras preventivas, educativas e curativas (MASSAO *et al.*, 1996).

O protocolo bem-sucedido dessa Bebê-Clínica desenvolvido pela equipe de docentes de odontopediatria da UNIGRANRIO/RJ visa à saúde bucal de crianças e adolescentes. Para tal, em conformidade com diversos autores, considera essencial o envolvimento da mãe ou de outro responsável pelo cuidado da criança numa relação de co-participação com a equipe (MASSAO *et al.*, 1996; CUNHA *et al.*, 2000; KUHN, 2002; WAMBIER *et al.*, 2004; FERREIRA & GAÍVA, 2001).

¹ CRIANÇA: Neste estudo, a utilização do termo criança refere-se a indivíduo da espécie humana até 71 meses de idade.

Apesar dos resultados positivos que vem sendo alcançado pela Bebê-Clínica da UNIGRANRIO/DUQUE DE CAXIAS,RJ, existe um pequeno contingente de bebês que apresentam lesões cariosas, embora haja uma efetiva participação desses pacientes e seus respectivos cuidadores no programa.

No entanto, neste estudo, ampliou-se a análise referente aos fatores que concorrem para o aparecimento dessas lesões, pois a literatura científica afirma que o cirurgião-dentista deve considerar além dos tradicionais fatores biológicos associados à etiologia da cárie, mas também evidencia a importância dos fatores sociais, econômicos, educativos, entre outros, para promoção e manutenção da saúde bucal (SILVEIRA *et al.*, 2002).

A partir dessa premissa a pesquisadora considera ser importante esta investigação científica que poderá contribuir para elaboração de estratégias que visem à manutenção da saúde bucal dos pacientes. Além da investigação proposta, há a premente necessidade de publicações científicas que transcendam a visão estritamente biológica da etiologia da cárie dentária. Escolheu-se para esse estudo o título: Fatores não biológicos associados à cárie dentária: um estudo qualitativo em odontopediatria.

A partir das reflexões anteriormente relatadas construiu-se a seguinte questão/problema:

- Quais os fatores não biológicos que estão associados à ocorrência de cárie dentária em pacientes da Bebê-Clínica da UNIGRANRIO/DUQUE DE CAXIAS, RJ?

Para o alcance das respostas referentes à questão/problema fez-se pertinente estabelecer como objetivos deste estudo:

- Identificar e analisar os fatores não biológicos associados ao acometimento de cárie dentária em crianças assíduas ao programa Bebê-Clínica da UNIGRANRIO/DUQUE DE CAXIAS, RJ.
- Fornecer subsídios que contribuam para uma visão ampliada sobre o fenômeno da cárie dentária em crianças.

Em face da magnitude da temática traçaram-se as seguintes relevâncias:

Relevância Contemporânea:

Consolidação e fortalecimento do modelo assistencial odontológico por meio da compreensão dos aspectos não biológicos associados à cárie dentária;

Relevância Social:

Identificação precoce dos fatores não biológicos associados à cárie dentária, tornando mais apto o profissional para o enfrentamento dessa patologia, com vistas à diminuição da elevada prevalência deste grave problema de saúde pública que é a cárie dentária.

Relevância Humana:

O acolhimento dos cuidadores realizado pelos cirurgiões-dentistas e o entendimento da cárie dentária sob a ótica daqueles que cuidam das crianças possibilitarão a estes profissionais uma abordagem integral, contextualizada e humanizada.

2 REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com a Declaração dos Direitos da Criança:

A criança tem o direito de ser compreendida e protegida, e deve ter oportunidades para seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, de forma sadia e normal e em condições de liberdade e dignidade... (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1959).

2.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A CÁRIE DENTÁRIA

A cárie dentária é a doença mais prevalente nos seres humanos atingindo 97% da população em algum momento da sua vida (NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH, 2000). É considerada um problema grave de saúde pública não apenas para países em desenvolvimento, mas também para países desenvolvidos (DAVIES, 1998).

Essa doença tem um caráter multifatorial, sua etiologia é atribuída a microbiota, dieta inadequada, hospedeiro susceptível e tempo (CASTRO *et al.*, 2002).

Autores sinalizam diversas condições associadas ao desenvolvimento e progressão de lesões de cárie dentária, algumas são: presença de microrganismos específicos, consumo de sacarose, condições sócio-econômicas, acesso a cuidados odontológicos e hábitos individuais (CASTRO *et al.*, 2000).

A evolução dessa patologia pode causar grande destruição do dente, ou ainda a perda do elemento dentário, podendo ter como consequência: complicações locais, sistêmicas, psicológicas e sociais; alteração da estética facial; perturbações fonéticas e dor (PEREIRA, 1990; LOSSO *et al.*, 2009).

Melo *et al.* (2008) aprofundam essa temática ao afirmarem que os problemas de saúde provocados pela cárie dentária têm repercussões socioeconômicas pelo

elevado custo do seu tratamento, pelas suas sequelas locais e gerais e pela ausência ao trabalho e à escola.

No Brasil, a gravidade dessa doença não se restringe somente às crianças e aos adolescentes. Entre adultos e idosos a situação é considerada ainda mais grave. Segundo o Ministério da Saúde, a média de dentes atacados pela cárie entre adultos (34 a 44 anos) é de 20,1 dentes e de 27,8 dentes na faixa etária de 65 a 74 anos. A análise desses dados aponta para perdas precoces e progressivas. Isso foi facilmente identificado quando se constatou nesse levantamento que mais de 28% dos adultos e 75% dos idosos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada (BRASIL, 2004, b).

O desenvolvimento dessa doença no âmbito biológico está bem estabelecido. A literatura afirma que a atividade metabólica das bactérias resulta em um contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário. O desequilíbrio nesse processo pode causar uma progressão da desmineralização do dente, com consequente formação da lesão de cárie (THYLSTRUP & FEJERSKOV, 2001).

O aparecimento de tais lesões na dentição de humanos é o sinal patognomônico da atividade dessa doença, que é mediada pela presença de biofilme microbiano (BARATIERI, 2002). Quando detectada em fase inicial é caracterizada pela perda da translucidez do esmalte, que adquire gradativamente aspecto de uma lesão branca, com superfície rugosa e sem brilho, e ainda sem cavitação (PINTO, 2008).

A saliva desempenha importante papel na patogênese dessa doença, ao paralisar a expressão clínica das lesões através de vários mecanismos: ação de limpeza das superfícies dentárias, a eliminação do substrato, capacidade tampão e ação antibacteriana (MARSH & NYVAD, 2005).

Por outro lado, os resultados das pesquisas registram que, em estágios anteriores da doença, antes da cavitação, lesões podem ser paralisadas por ações de promoção à saúde e prevenção. Portanto apenas o tratamento restaurador da cavidade de cárie não garante o controle do processo da doença. Assim, intervir sobre os seus determinantes pode impedir novas cavidades e sucessivas restaurações, além da perda do elemento dentário (BRASIL, 2006).

Dessa forma, os novos conhecimentos científicos sobre a etiopatogenia da cárie dentária permitem afirmar que existe um grupo de determinantes não biológicos, de natureza ambígua, que, quando sob condições desfavoráveis,

promove variações biológicas e, por consequência, o desenvolvimento da doença (BENITEZ *et al.*, 1994; DUPERON, 1995). Isso implica na iminente necessidade de mudanças na forma de abordagem dessa patologia, entendendo a saúde bucal como parte de um todo (KUHN, 2002).

2.2 CÁRIE DE ESTABELECIMENTO PRECOCE

A Cárie de Estabelecimento Precoce (CEP) é definida como a presença de qualquer tipo de cárie (lesões cavitadas ou não), que acometa crianças menores de 6 anos. Já a Cárie Severa na Infância (CSI) é termo adotado quando a criança apresenta pelo menos um dos seguintes critérios: em crianças menores de 3 anos, qualquer sinal de cárie em superfície lisa; em crianças dos 3 aos 5 anos, qualquer superfície lisa de dente decíduo ântero-superior cariada ou perdida (devido à cárie) ou obturada; índice de superfície cariada, perdida ou obturada (ceo-s) igual ou superior a 4 aos 3 anos, a 5 aos 4 anos e a 6 aos 5 anos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2008).

Após revisão sistemática de literatura, autores concluíram que é alta a prevalência de *Streptococcus Mutans*, principal agente etiológico da cárie dentária em bebês (NEWBRUN, 1988; LOESCHE, 1986). A fonte de infecção dessa patologia é exógena e a sua transmissão é denominada vertical, devido ao papel desempenhado principalmente pela mãe. É chamado de “janela de infectividade” o período de máxima susceptibilidade à infecção cariogênica que abrange a faixa etária de 19 a 31 meses (CAUFIELD *et al.*, 1993; BÖNECKER *et al.*, 2004).

Sobre esse assunto autores ressaltam o importante papel da mãe e dos cuidadores de crianças de tenra idade na prevenção da ocorrência da cárie dentária. Para tal recomendam que estes mantenham um alto padrão de saúde bucal e evitem a transmissão para a criança dos microrganismos presentes em suas salivas (NAVARRO & CÔRTEZ, 1995; STELLUTO, 1995).

Milnes & Bowden (1985) analisaram durante 12 meses o biofilme de crianças de 10 a 16 meses de idade. Como um dos resultados, os autores detectaram altos níveis de *Streptococcus mutans* no biofilme das crianças que desenvolveram lesões de cárie dentária. Asseguraram ainda que a quantidade bem como o período da

colonização dos microrganismos cariogênicos são fatores determinantes do processo saúde-doença.

Estudo recente sobre a relação entre a prevalência da cárie dentária e o risco microbiológico realizado por Vicente *et al.* (2008) objetivou relacionar a incidência clínica da cárie dentária com concentração de *Streptococcus Mutans* na saliva de escolares, visando avaliar o risco da doença e implantar ações para seu controle. Foram realizadas avaliações de determinantes socioeconômicos, dieta, condições clínicas e análise microbiológica da saliva. Participaram da pesquisa 237 alunos das escolas de Curitiba/Brasil, na faixa etária de 5 a 11 anos. Os resultados apontaram que 81% desse grupo apresentaram alta contagem de *Streptococcus Mutans* e apenas 19% baixa contagem. Em relação ao índice de atividade de cárie verificou-se que 73% das crianças apresentaram alta prevalência da doença (5 ou mais dentes cariados, obturados ou perdidos pela cárie); os outros 27% baixa e média prevalência (de 0 e 4 dentes cariados, obturados ou perdidos pela cárie). Os autores destacaram que as crianças com histórico de cárie apresentaram, na sua maioria, lesões de cárie ativa. Concluíram assim, existir correlação positiva entre o número de *Streptococcus Mutans* na saliva e a manifestação clínica da doença.

A Cárie de Estabelecimento Precoce caracterizada como doença agressiva em crianças de tenra idade em pouco tempo leva à completa destruição da coroa dentária. Pode ocorrer a evolução do quadro, a tal ponto, que prejudique o crescimento e o desenvolvimento dos bebês acometidos pela doença (WALTER *et al.*, 1996). Seus efeitos devastadores na dentição de bebês e de crianças de pequena idade resultam em: sofrimento, mutilação e frequentemente comprometem a futura dentição (WEINSTEIN *et al.*, 1996; BARROS *et al.*, 2001).

O medo e a aversão ao tratamento dentário são outras possíveis consequências da Cárie de Estabelecimento Precoce que podem contribuir, em algum período da vida do paciente, com distúrbios de comportamento na ocasião da consulta odontológica (FERNANDES *et al.*, 2005; GONÇALVES *et al.*, 2003).

Há, entre os autores, o consenso seguinte: a melhor estratégia para manter a saúde bucal das crianças e torná-las mais receptivas ao tratamento odontológico no decorrer dos anos é a atenção odontológica precoce. Tal atenção deve ser iniciada aos seis meses de idade ou até, no máximo, aos doze meses (MACHADO, 1994; BÖNECKER *et al.*, 1995; WALTER *et al.*, 1996; MIASATO, 2000).

É fato unânime entre os autores que grupos beneficiados por programas preventivos obtiveram importante declínio de cárie dentária (CUNHA *et al.*, 2000; PEREIRA & FREIRE, 2004; WEINSTEIN *et al.*, 2006; CANALLI *et al.* 2009).

Fracasso *et al.* (2008) constataram que 71,3% das crianças apresentavam-se livres de cárie dentária decorridos nove anos da introdução desses pacientes no programa clínica de bebês no Nis III - Iguçu em Maringá - PR.

Estudo realizado por Freixinho *et al.* (2008) avaliou os fatores de risco e a prevalência de cárie em 116 crianças de 12 a 36 meses de idade que participavam de um programa preventivo de atenção precoce. Os resultados evidenciaram que a amamentação ocorria em média 3,9 vezes/dia em 40,6% (43) das crianças. Destas 28,3% (30) recebiam higienização bucal subsequente. Dentre as crianças que mamavam no peito (43), 51,2% (22) acordam para mamar sendo a higiene oral realizada em apenas 27,3 % (6). Faziam uso da mamadeira 50,9% (54) das crianças com média de 2,6% vezes ao dia. A limpeza dos dentes após a utilização da mamadeira era realizada em 77,42% (42) das crianças. Em relação ao consumo de açúcar, 87,7% (93) utilizavam pouca quantidade (até 3 vezes ao dia). O índice de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados (ceo-d) foi de 0,1. A prevalência de cárie dentária foi de 5,6%. Os autores concluíram que apesar dos fatores de risco presentes, o programa foi capaz de atenuar a prevalência de cárie dentária no grupo. Diferentemente, crianças que não participam de programa de atenção odontológica precoce apresentam altos índices de prevalência de Cárie de Estabelecimento Precoce. Isso pôde ser comprovado no estudo epidemiológico desenvolvido por Vaz (2008) em todas as creches municipais da cidade de Nova Iguçu/ RJ, Brasil, cuja prevalência de cárie dentária dos 611 pré-escolares foi de 37,4% e o índice ceo-d médio de 1,5 (± 2,6). O autor defende a urgente necessidade de implantação de um programa permanente de promoção de saúde bucal para esse grupo.

O êxito do programa depende de inúmeros fatores, um deles é a participação de pais em atividades educativas sobre os cuidados com a saúde bucal de crianças. Essas, não devem se limitar apenas em transmitir informações, mas incluir ações que possam estimulá-los à mudança de comportamentos (FIGUEIRA & LEITE, 2008; WANDERLEY *et al.*, 2005).

Essas atividades devem abordar, entre outras questões: os efeitos negativos do uso da mamadeira noturna com líquidos açucarados associado a uma higiene

bucal deficiente; a importância de uma dieta equilibrada; o uso do flúor e os cuidados em relação à higiene bucal não necessariamente relacionada ao uso da mamadeira (CAVALCANTI & RODRIGUES, 2002; CRUZ *et al.*, 2004).

Para tal, recomenda-se a utilização de recursos didáticos, que contribuam positivamente no processo ensino-aprendizagem. Para Bastos *et al.* (2003) são: palestras, reuniões informais, conferências, trabalhos com pequenos grupos, mesas redondas, folhetos, historinhas, revistas, encartes, filmes, multimídias e *slides*, rádio, televisão, cartazes, murais, desenhos, *outdoors*, teatros, fantoches, dramatizações e macromodelos.

Nesse contexto Moraes (2008) sinaliza ser necessário que os profissionais bem como a população em geral tenha um aprofundamento do conhecimento sobre os fatores não biológicos relacionados ao desenvolvimento da cárie dentária em bebês e pré-escolares. Dessa forma a autora acredita que estarão mais bem preparados para a aplicação de medidas mais efetivas na prevenção e controle da Cárie de Estabelecimento Precoce.

2.3 FATORES NÃO BIOLÓGICOS DA CÁRIE DENTÁRIA

Os fatores de risco para cárie dentária podem ser classificados como: fatores biológicos ou determinantes e fatores não biológicos, também denominados de modificadores, mascaradores ou confundidores (LAGRECA, 2007; PINTO, 2008).

Os fatores biológicos estão bem estabelecidos na literatura, entretanto, é importante ampliar o conhecimento sobre os fatores não biológicos da cárie dentária, para que sejam implementados trabalhos preventivos com enfoque na integralidade, os quais poderão evitar e controlar esta patologia (SHULER, 2001; BONOW & CASALLI, 2002).

Pesquisas recentes identificam inúmeros fatores não biológicos que interferem no processo das doenças em geral, e da cárie dentária em particular. Esses fatores compõem o meio biopsicossocial no qual os indivíduos estão inseridos. Citam-se, como exemplo, o comportamento, a escolaridade, a renda, a classe social, a atitude diante da vida e o nível de conhecimento (NECMI *et al.*, 2005; WAMBIER & CHIBINSKI, 2005; LAGRECA, 2007; PINTO, 2008).

Esses fatores devem ser cuidadosamente considerados, pois agem na etiologia da cárie dentária de várias maneiras, aumentando e/ou diminuindo a defesa do hospedeiro e/ou o potencial cariogênico do substrato, ou ainda alterando a microflora (SANT'ANNA, 2001). Conseqüentemente influenciam a prevalência, bem como orientam a escolha das diretrizes do tratamento (WAMBIER & CHIBINSKI, 2005).

Nesse sentido, a educação em saúde bucal direcionada aos pais ou cuidadores de pacientes odontopediátricos é uma das condutas mais importantes para prevenção da carie dentária (KHUN & WAMBIER, 2007).

No que diz respeito ao binômio renda e cárie dentária afirma-se que existe uma relação inversamente proporcional entre grupos populacionais com baixos níveis socioeconômicos e culturais e maior susceptibilidade e severidade de cárie dentária (HOROWITZ, 1998; FREIRE *et al.*, 1996; PERES *et al.*, 2000; TRAEBERT *et al.*, 2001; ANTUNES *et al.*, 2002; BASTOS *et al.*, 1996).

Lagreca (2007) através de uma pesquisa associou a incidência de cárie dentária à classe sócio-econômica e ao nível de escolaridade. Concluiu que famílias que possuíam renda de até um salário mínimo apresentaram incidência de cárie dentária 57% superior às famílias que tinham renda acima de 4 salários mínimos. Quanto à escolaridade, crianças cujas mães cursaram somente a 4ª série do ensino fundamental tiveram 36% a mais de incidência da doença cárie que aquelas cujas mães estudaram além da 8ª série do ensino fundamental. Esses resultados corroboram os de outros pesquisadores que asseguram ser determinantes de inúmeras doenças, inclusive da cárie dentária, a privação socioeconômica e baixa escolaridade (THYLSTRUP & FEJERSKOV, 2001). Apontam também que pessoas com mais instrução têm mais acesso a informações sobre saúde e melhores condições de entender e aplicar adequadamente esse conhecimento (WAMBIER & CHIBINSKI, 2005; PERES, *et al.*, 2000).

Esse achado pôde ser verificado também no estudo realizado por Moreira (2007) sobre o impacto do aleitamento materno no desenvolvimento da cárie dentária em crianças de 2 a 12 anos de idade. Na conclusão desse estudo, o autor assegurou que houve uma relação também inversamente proporcional entre maior escolaridade materna, bem como paterna, e menor experiência de cárie dentária.

Vale ressaltar que, não menos importantes que o aspecto somático, são os componentes psicológico e sociocultural envolvidos no adoecimento. Freitas &

Colares (2001), em estudo cujos objetivos eram conhecer os fatores psicológicos e sociais relacionados à cárie precoce na infância, concluíram que os responsáveis pelo cuidado de crianças acometidas pela cárie dentária geralmente eram filhos de mães jovens, solteiras ou separadas, com mais de um filho. Na maioria das vezes trabalhavam fora de casa, com baixo nível socioeconômico e possuindo uma visão da odontologia apenas curativa e mutiladora.

Outro estudo (COLARES & FEITOSA, 2003) constatou que alunos portadores de cárie dentária severa têm dificuldade de se manterem atentos em sala de aula, choram muito por odontalgias constantes além de uma porcentagem deles receberem apelidos constrangedores relacionados a dentes. Assim, os danos causados pela cárie dentária em crianças de tenra idade podem ser significativos quanto aos aspectos cognitivo, psicológico e pedagógico, entre outros.

Com o agravamento dessa doença ocorrem alterações funcionais, além de emocionais e sociais, que, segundo Fiori (2001 *apud* COLARES & FEITOSA, 2003; PIAGET, 1990; NICOLAU, 2000), interferem no processo de socialização, considerado fundamental para o desenvolvimento desse grupo.

Ponto importante a ser destacado diz respeito a crianças portadoras de cárie severa, quando comparadas com as livres de cárie. Aquelas apresentam maiores dificuldades em diferentes áreas, tais como relacionamento com outras crianças, sono, auto-estima, encontros sociais como aniversários, e com relação ao atendimento à saúde de modo geral, como ida ao médico ou hospitais (RIBEIRO *et al.*, 2004; FIORI, 1981).

Antunes *et al.* (2006) na pesquisa intitulada: Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil afirmaram que as regiões brasileiras com melhores indicadores sociais apresentaram um perfil de saúde bucal mais favorável.

A mãe é considerada a principal multiplicadora de modelos, hábitos, valores e atitudes perante o filho. O estudo realizado por Fadel *et al.* (2008) objetivou investigar a associação entre as variáveis sociais e odontológicas maternas e a presença da cárie dentária em seus filhos. Os resultados revelaram como características sociais maternas relevantes: estado civil e o nível educacional - 75% das mães eram solteiras e 80% das mães com nível básico incompleto possuíam filhos com experiência de cárie. Quanto às características dentais: 90% das mães apresentavam algum tipo de necessidade de tratamento odontológico. Destas mães,

64% possuíam filhos portadores de cárie dental. Os autores concluíram que esses resultados sugerem que a presença da cárie dental em crianças está associada a características sociais e odontológicas maternas negativas.

A pesquisa de cunho qualitativo denominada: Percepções maternas sobre a saúde bucal do bebê: da informação à ação (SIMIONI *et al.*, 2005) analisou as diferentes realidades vivenciadas por um grupo de mães, do período gestacional aos primeiros meses de vida do bebê, e procurou compreender como elas valorizam e dão sentido a saúde bucal de seus filhos. A abordagem metodológica consistiu na aplicação de duas entrevistas semi-abertas realizadas em momentos distintos: a primeira durante a gravidez, antes da atividade educativa, com o objetivo de analisar a percepção das gestantes sobre a saúde bucal e os cuidados que estas pretendiam ter com seus filhos. Já a segunda entrevista ocorreu após o nascimento de seus filhos com o intuito de se avaliar as ações realizadas, os hábitos presentes e a percepção delas acerca dos métodos educativos empregados. Os autores concluíram que muitas mães se perdem no percurso entre a intenção e a ação, isto é, a realidade vivenciada determina as ações tomadas no período pós-parto que frequentemente são diferentes das pretendidas durante o período gestacional.

3 BASES METODOLÓGICAS DO ESTUDO

Ainda com a Declaração dos Direitos da Criança:

A criança tem direito ao amor e à compreensão, e deve crescer, sempre que possível, sob a proteção dos pais, num ambiente de afeto e de segurança moral e material para desenvolver a sua personalidade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1959).

3.1 A ESCOLHA DO MÉTODO

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIGRANRIO/RJ sob o número de registro 0101.0.317.000.00-8 em 03 de janeiro de 2009 (ANEXO B).

Escolheu-se a abordagem qualitativa, pois a etiologia da cárie dentária é permeada por inúmeros fatores, tanto no campo cognitivo quanto no sócio-comportamental. Desta forma, para o alcance dos objetivos, a opção metodológica qualitativa se justifica devido à impossibilidade da quantificação de motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores (MINAYO, 2004).

Cabe ressaltar que o número de pesquisas que utiliza a abordagem qualitativa na odontologia produzida por pesquisadores brasileiros, ainda é considerado muito pequeno. Muito embora haja um consenso entre os autores que ambas quantitativas e qualitativas tenham igual valor (MINAYO & SANCHES, 1993; CODATO & NAKAMA, 2006; MIGUEL *et al.*, 2007).

Estes mesmos autores afirmam ainda que os pesquisadores da odontologia utilizam predominantemente a metodologia quantitativa. Esse fato está relacionado à prevalência do processo cirúrgico-restaurador, que estabeleceu uma prática curativa com visão fragmentada do corpo humano.

Corroborando a referida afirmação, Codato & Nakama (2006) citam que o desconhecimento ou o conhecimento superficial dos pesquisadores sobre a metodologia qualitativa, muitas vezes, contribui para rotulações inverídicas.

No entanto, Minayo & Sanches (1993) assinalam que não deva existir superioridade entre os métodos qualitativos e quantitativos:

Nem um dos dois é bom, no sentido de ser suficiente para a compreensão completa dessa realidade. Um bom método será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível.

Não há, entretanto, uma negação da relevância das avaliações quantitativas, mas de acordo com as pesquisas recentes existe na verdade, uma relação da complementaridade (MARSIGLIA *et al.*, 1990; MINAYO, 1994; PERINI, 1998; ROUQUAYROL & GOLDBAUM, 1999; SHEIHAM, 2000; VARGAS, 2002; CODATO & NAKAMA, 2006).

Assim, a pesquisa qualitativa mesmo tendo o foco nos aspectos subjetivos, com riqueza e profundidade de detalhes pode levar a resultados objetivos, claros e concisos (CODATO & NAKAMA, 2006).

3.2 O CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida na Bebê-Clínica da Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy” – UNIGRANRIO situada no município de Duque de Caxias, estado do Rio de Janeiro/Brasil. Esta foi a primeira universidade particular (RJ) a receber conhecimentos teóricos e práticos da Universidade Estadual de Londrina (UEL), visando ao atendimento das necessidades odontológicas de bebês.

Miasato (2000) afirma que crianças que começam o programa preventivo mais precocemente apresentam menor incidência de cárie no decorrer do crescimento. A educação prévia dos pais, eliminando os fatores de risco em idade precoce, é uma das condutas mais importantes na prevenção da cárie dentária.

A Bebê-Clínica da UNIGRANRIO/RJ iniciou seus trabalhos em 1991 (UNIGRANRIO, 2008, a) com filosofia própria e objetivos delineados (MASSAO, 1996), tais como:

1- Preservar o estado de saúde do paciente: atua em pacientes sem a doença, livres de lesões cariosas e sem riscos presentes.

2- Combater a doença evitando a instalação das lesões cariosas: atua em pacientes livres das lesões cariosas, porém com riscos presentes

3- Limitar o dano da doença cárie: atua em pacientes com lesões cariosas presentes, visando interromper o processo, evitando consequências maiores.

A UNIGRANRIO é a maior e mais conhecida instituição de ensino superior de Duque de Caxias/RJ. Foi criada na década de setenta, com o nome de Associação Fluminense de Educação (AFE), até ser reconhecida como universidade, quando adotou o nome Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy – UNIGRANRIO pela Portaria Ministerial nº 940, publicada no Diário Oficial da União de 17 de junho de 1994 (UNIGRANRIO, 2008, b).

Cabe ressaltar que Duque de Caxias é uma cidade integrante da região Metropolitana do Rio de Janeiro, na Baixada Fluminense, que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui uma população estimada em 864.392 habitantes (IBGE, 2009), além do segundo maior Produto Interno Bruto (PIB) do Estado, entre os dez do País.

Nos últimos anos o município apresentou um grande desenvolvimento econômico, sendo a indústria e o comércio suas principais atividades. Uma das maiores refinarias da Petrobrás, Refinaria de Duque de Caxias (REDUC) contribui para este crescimento (SEBRAE, 2006).

No ano 2000, o município de Duque de Caxias foi classificado com o índice de médio desenvolvimento humano (0,753), ocupando a 52ª posição no critério do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) estadual. Convém esclarecer que o IDH é usado para medir o desenvolvimento de uma população, além da dimensão econômica. Ele classifica os municípios em três níveis de desenvolvimento: baixo, médio e alto. A renda média familiar do município de Duque de Caxias é de um mil e quatrocentos reais. Possui 53 hospitais e 318 postos de saúde (SEBRAE, 2009).

A Bebê-Clínica da UNIGRANRIO/RJ é constituída de dez macris, onde bebês são atendidos pelo corpo docente, alunos do curso de graduação em odontologia e pós graduação (especialização e mestrado). A sala de espera é ampla e tem

acomodações para os acompanhantes, mesinhas com cadeiras para os pacientes, televisão, banheiro, além de brinquedos. Nesse mesmo compartimento encontra-se a recepção.

Os pacientes da Bebê-Clínica são atendidos no período diurno de segunda a quarta feira.

A equipe media atividades educativas direcionadas aos cuidadores incentivando a participação ativa destes. Dentre alguns temas que gradualmente são abordados e reforçados a cada consulta conforme necessidades individuais destacam-se: importância da participação dos cuidadores no cumprimento das orientações recebidas, orientação e conscientização sobre a higiene bucal, importância dos dentes, incentivo ao aleitamento materno, demonstração prática da higiene bucal, conscientização de hábitos inadequados como amamentação noturna e chupeta, uso racional do açúcar, aplicação de flúor e esclarecimentos sobre a rotina da clínica (MASSAO, 1996)

Os pacientes geralmente são referenciados do Serviço de Puericultura do Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias/RJ e têm idade limite máxima para ingressarem no programa doze meses.

Os bebês, geralmente, são trazidos para consulta pelas mães. Ou, ainda, por pais, avós ou tios.

Quanto ao trabalho desenvolvido na Clínica de Bebês da UNIGRANRIO/RJ, seu coordenador afirmou que:

Embora já existam há algumas décadas conceitos sobre a manutenção da saúde bucal do bebê, a sua aplicação prática é muito recente. A cárie dentária, considerada a doença bucal mais comum no homem, apresenta geralmente sua primeira manifestação ainda na infância, por isso a conscientização do núcleo familiar das crianças, durante sua primeira infância, é fundamental para a eliminação de hábitos inadequados e a prevenção de problemas futuros (MASSAO, 2008).

Autores corroboram que um dos benefícios dos programas odontológicos para bebês é que as famílias recebem aconselhamento em relação à prevenção e manutenção da saúde bucal, o que possibilita mudanças de comportamento dos cuidadores. Esses programas têm contribuído para a redução dos investimentos

financeiros destinados a atividades curativas (KUHN & WAMBIER, 2007; CRUZ *et al.*, 2004).

3.2.1 Dinâmica de funcionamento da Bebê-Clínica

O primeiro passo para o atendimento na Bebê-Clínica da UNIGRANRIO/RJ é o agendamento realizado pelos cuidadores no Serviço de Puericultura do Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias/RJ utilizando o Cartão da Criança do Ministério da Saúde, documento usado para acompanhamento da saúde e na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança até os seis anos de idade.

A primeira consulta se inicia com a apresentação da equipe para os cuidadores e orientações gerais sobre o programa. Em seguida os cuidadores participam de atividades educativas. No desenvolvimento dessa estratégia educativa utiliza-se a técnica de grupo focal (WESTPHAL *et al.*, 1996) com no máximo quinze participantes.

Ao iniciar essa consulta, faz-se a identificação do paciente através de impresso próprio. Em seguida tem início uma atividade diagnóstica/educativa com o objetivo de avaliar o conhecimento dos cuidadores sobre saúde bucal, sendo aplicado um questionário a cada participante (ANEXO A). Após o preenchimento, o questionário é recolhido. Logo após são formados grupos de cuidadores, com no máximo quatro participantes. Dessa vez, os participantes discutirão e decidirão qual a melhor resposta para as mesmas perguntas do questionário aplicado anteriormente. Ao final as respostas são coletadas e o moderador, aquele que conduz a reunião, esclarece as dúvidas e amplia o conhecimento num ambiente descontraído onde todos têm liberdade de expressão. Geralmente essa atividade é realizada em uma sala de aula da instituição.

Complementando a atividade educativa, os cuidadores são encaminhados à Bebê-Clínica para conhecerem as dependências e assistirem uma demonstração prática de higiene bucal de bebês.

Finalizada a primeira atividade educativa, os cuidadores se dirigem à recepção da referida Bebê-Clínica para o agendamento da próxima consulta. O que geralmente ocorre na semana seguinte.

Na segunda consulta, a fim de se constatar o quanto das informações ficou retido e para esclarecimentos de possíveis dúvidas, novamente os cuidadores respondem o mesmo questionário da consulta anterior. Comparam-se as respostas de ambos os questionários e em seguida dúvidas são sanadas. Na sequência, o prontuário do bebê é preenchido e o exame clínico é realizado sob iluminação artificial em macas pediátricas (MACRI). São anotados no prontuário do paciente os seguintes itens: presença de biofilme visível nas superfícies vestibulares dos dentes anteriores, superiores e inferiores; presença de mancha branca (ativa e inativa); lesão de cárie cavitada (ativa e inativa) e número de dentes presentes. Apenas a verificação do biofilme visível é realizada sem a higienização dos dentes – não é utilizado evidenciador de biofilme. Feito o registro da presença ou não de biofilme visível, a higienização é realizada pelo cuidador e supervisionada pelo profissional. Para isso é utilizada uma gaze embebida em solução fisiológica e, em seguida, os dentes são secos com jatos de ar. O exame dos dentes é realizado por meio do método visual. A sonda, eventualmente, é utilizada para remoção de resíduos da superfície do dente. Durante a etapa clínica, o cuidador recebe reforços no sentido da valorização da manutenção da saúde do bebê e é esclarecido em relação à necessidade do controle e ou eliminação dos fatores de risco quando presentes. Nos bebês em que os dentes não erupcionaram, o cuidador recebe orientações para a realização da higienização bucal caseira, com gaze ou fralda embebida em água filtrada e/ou fervida, pelo menos uma vez ao dia (horário do banho). Na presença de dentes, recomenda-se a limpeza após as refeições ou uso da mamadeira e/ou peito. À noite, após a última mamada no peito e/ou na mamadeira, a limpeza dos dentes sempre deverá ser realizada. A mãe recebe também orientações sobre transmissibilidade, cuidados com o uso do açúcar, chupetas, aleitamento artificial e natural. Em seguida, é anexado ao Cartão da Criança o Cartão de Erupção dos Dentes Decíduos (SILVEIRA *et al.*, 2004). Nesse momento os cuidadores recebem orientações sobre a importância desse cartão e de como preenchê-lo. Ainda nessa consulta os cuidadores assinam dois documentos: um deles refere-se às normas de funcionamento da Bebê-Clínica e o outro autoriza sua criança a participar do programa.

As demais consultas são agendadas de acordo com as necessidades individuais e em conformidade com o seguinte critério: criança de até três anos de

idade o intervalo máximo entre as consultas é de três meses. E partir dessa idade o intervalo máximo é de seis meses.

Em todas as consultas um novo exame clínico é realizado e os dados são atualizados. A sequência de erupção é colhida por meio do cartão de erupção e anotada no prontuário. A cada retorno o questionário inicial é aplicado (ANEXO A).

Algumas condutas adotadas:

1- Na presença de biofilme visível – Reforço nas orientações sobre: frequência e qualidade da higienização e dieta. Discussão sobre o motivo da não execução, principalmente da higienização.

2- Na presença de mancha branca ativa – Reforço na frequência e qualidade da higienização e dieta; realização de quatro sessões de aplicação de verniz fluoretado sobre as lesões; nova discussão sobre a etiologia da mancha branca ativa e sua consequência. Reavaliação na quinta sessão. Não havendo controle dos fatores de risco – utilização do cariostático em todos os dentes da cavidade bucal – aplicação única (MASSAO, 1996). Caso essa aplicação não tenha sido tecnicamente adequada, ela será repetida em mais uma sessão.

3- Na presença de lesão cavitada – Reforço na frequência e qualidade da higienização e dieta. Discussão sobre o aparecimento da lesão cavitada. Remoção do tecido cariado e restauração provisória com cimento de ionômero de vidro. Utilização de cariostático em todos os dentes da cavidade bucal – aplicação única (MASSAO, 1996). Caso essa aplicação não tenha sido tecnicamente adequada, ela será repetida em mais uma sessão. A restauração definitiva será realizada em momento oportuno. Entende-se por momento oportuno, quando a criança estiver mais cooperativa para o tratamento restaurador ou quando solicitado pelos cuidadores.

Com a erupção dos primeiros molares decíduos, a escova dental é recomendada sem a utilização do creme dental. Quando a criança for capaz de controlar o reflexo da deglutição, o creme dental poderá ser utilizado em quantidade reduzida (compara-se essa quantidade ao tamanho de uma lentilha).

3.3 OS SUJEITOS DA PESQUISA

De acordo com Minayo (2004), segundo os critérios de saturação dos dados, foram incluídos no estudo dezesseis cuidadores envolvidos no cuidado de crianças com idade até 71 meses de idade e que apesar de assíduas ao programa Bebê-Clínica, estas desenvolveram cárie dentária (cavidades ou não).

Optou-se pela participação dos cuidadores nesta pesquisa por serem participantes assíduos das atividades educativas desenvolvidas na Bebê-Clínica UNIGRANRIO/RJ, bem como os responsáveis pelo cuidado diário desses pacientes.

A faixa etária das crianças selecionadas foi assim estabelecida, pelo fato de este grupo ser dependente dos cuidadores para manutenção da saúde bucal.

3.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A partir de dados dos 315 prontuários de pacientes atendidos às quartas-feiras entre fevereiro e junho de 2009, constatou-se que apenas 53 pacientes atendiam os critérios de inclusão, a saber: inserção no programa ocorrido até doze meses de idade; idade, no momento da pesquisa, até no máximo 71 meses; assiduidade ao programa; presença de cárie dentária. Foram considerados assíduos ao programa aqueles pacientes que se mantiveram presentes às consultas de revisões previamente agendadas. Foram critérios de exclusão: crianças cujos prontuários não estivessem preenchidos corretamente e crianças livres de cárie.

Em seguida, elaborou-se uma lista nominal enumerada dos 53 pacientes. De posse dessa lista, foi realizado o primeiro sorteio para seleção do primeiro cuidador a participar da entrevista. O convite para participação foi realizado por meio de contato telefônico. Um a um, cuidadores foram sorteados, convidados e entrevistados.

O total de cuidadores entrevistados foi 16. O fechamento amostral ocorreu por saturação dos dados (Minayo, 2004). Cabe ressaltar que não houve recusa de convite.

A coleta dos dados seguiu os procedimentos metodológicos da entrevista semi-estruturada, sendo construído um roteiro com questões orientadoras das entrevistas (APÊNDICE A).

Minayo (1996) validando a técnica da entrevista assegura que:

A entrevista não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos autores, enquanto sujeitos – objetos da pesquisa, que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

O roteiro foi organizado visando a alcançar respostas para o atendimento dos objetivos, abordando o cotidiano dos sujeitos do estudo, com um olhar direcionado para os contribuintes do aparecimento da cárie dentária e o conhecimento dos cuidadores sobre esse fenômeno.

Todos os depoentes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética/Ministério da Saúde (ANEXO C). Aos cuidadores foi assegurado o fornecimento de informações sobre os objetivos da pesquisa, o anonimato, o livre consentimento e a liberdade de desistir da participação em qualquer fase do processo.

As entrevistas aconteceram de maneira individual, pela própria pesquisadora em sala reservada para coletas de dados, nas dependências da UNIGRANRIO/RJ. Os depoentes concordaram com a gravação das falas, que foram transcritas pela autora do estudo. As entrevistas duraram, em média, quarenta minutos.

Sobre a entrevista Minayo (2004) esclarece que:

[...] a entrevista não é simplesmente coletar dados, mas sempre uma situação de interação na qual as informações dadas pelo sujeito podem ser afetadas pela natureza das relações com o entrevistador.

A pesquisadora, cumprindo o seu papel de cuidadora, após a entrevista buscou instigar uma reflexão do depoente. Esta postura se justifica pela

necessidade da “dimensão cuidadora” tão necessária no processo de trabalho odontológico (MERHY & ONOCKO, 2002; TEIXEIRA, 2006).

3.5 PROCESSAMENTO E TRATAMENTO DO MATERIAL

Optou-se, para a análise dos dados, pelo método de Análise de Conteúdo segundo Bardin (1977) que a define como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/reprodução destas mensagens.

Para tal, utilizou-se a análise categorial temática e construíram-se categorias que emergiram do texto, a partir da identificação da similaridade das respostas, isto é, do que elas tinham em comum (BARDIN, 1977).

Este autor assinala que existem três grandes etapas no trabalho com a análise do conteúdo, quais sejam a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial.

A primeira etapa compreendeu a leitura flutuante, a formulação de hipóteses, dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação.

Na etapa seguinte os dados foram codificados a partir das unidades de registro. Neste sentido elegeu-se a codificação por meio de codinomes: Luciene, Maria Francisca, Wanderson, Leila, Rosa, Cristalina, Ana Crys, Lídia, Elaine, Yolanda, Damiana, Célia, Jandira, Lúcia, Jorgiane e Cicília.

Na terceira etapa se fez a categorização, que consistiu na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns.

Dessa forma, o agrupamento dos temas deu origem a três categorias analíticas assim denominadas: 1- Percepção e conhecimento dos cuidadores sobre

o fenômeno da cárie dentária; 2 - A influência da construção de hábitos e o fenômeno da cárie dentária; 3 - Outros fatores associados à cárie dentária.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Conforme descrito na Declaração dos Direitos da Criança:

A criança tem direito a crescer e criar-se com saúde, alimentação, habitação, recreação e assistência médica adequadas [...] (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1959).

Os fatores não biológicos associados ao acometimento de cárie dentária em crianças dependentes de seus cuidadores merecem reflexão e intervenção do cirurgião dentista, com a mesma atenção que ele dedica aos fatores biológicos na etiologia da cárie dentária.

Como um quebra-cabeça que necessita das diferentes partes para se obter a visão geral da imagem, a análise dos depoimentos e a construção de categorias revelaram de maneira detalhada que existem diversas variáveis, além dos fatores biológicos, que são determinantes no aparecimento da cárie em crianças.

4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS SUJEITOS DO ESTUDO

A relação parental dos sujeitos do estudo com as crianças constitui-se de treze mães (81,25%), duas avós (12,5%) e um pai (6,25%).

Quanto à situação conjugal dos depoentes, sete (43,75%) eram casadas, seis (37,5%) viviam em união consensual, uma (6,25%) era separada e duas (12,5%) solteiras, sendo estas responsáveis, inclusive financeiramente, pela educação dos filhos. A relação entre a interrupção do projeto de vida e gravidez fica evidente na fala a seguir:

“Antes de ela arranjar a minha neta, eu queria que ela [a mãe] fizesse a faculdade, mas ela não quis. Arrumou a filha. O homem não deu futuro a ela. Ele não tem documento, não queria trabalhar. Ela mandou ele embora.” (MARIA FRANCISCA)

Essa temática foi abordada na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, quando apontou que:

A maternidade precoce ainda é um sério empecilho para o progresso educacional, econômico e social da mulher em todos os países. Na maioria das vezes os casamentos, bem como a maternidade prematura, podem reduzir drasticamente as possibilidades de emprego, além de prejudicar em longo prazo a qualidade de vida da mulher e também de seus filhos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995).

Segue um quadro demonstrativo contendo codinome, idade, estado civil, escolaridade dos sujeitos desta pesquisa, além de grau de parentesco com o paciente da Bebê-Clínica da UNIGRANRIO/RJ.

Quadro 1: Dados Sociodemográficos dos Cuidadores

CODINOME DOS CUIDADORES	IDADE EM ANOS	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	GRAU DE PARENTESCO
Luciene	26	Solteira	7ª série	Mãe
Maria Francisca	52	Casada	Ensino Médio Completo	Avó
Wanderson	40	Casado	7ª série	Pai
Leila	21	União consensual	6ª série	Mãe
Rosa	39	Casada	7ª série	Mãe
Cristalina	30	União consensual	4ª série	Mãe
Ana Crys	39	Casada	Ensino Fundamental	Mãe
Lídia	27	União consensual	5ª série	Mãe
Elaine	42	Casada	Ensino Fundamental	Mãe
Yolanda	52	Separada	5ª série	Avó
Damiana	23	Solteira	Ensino Médio	Mãe
Célia	24	União consensual	4ª série	Mãe
Jandira	25	União consensual	Ensino Médio incompleto	Mãe
Lúcia	38	Casada	7ª série	Mãe
Jorgiane	26	União consensual	Ensino fundamental	Mãe
Cicília	35	Casada	Ensino Médio	Mãe

Fonte: Elaboração própria

Quanto à idade das crianças, quatro delas tinham até 23 meses; três tinham de 24 a 35 meses; três tinham de 36 a 47 meses; três de 48 a 59 meses e três de 60 a 71 meses.

Cabe destacar também que a renda familiar mensal dos depoentes variava entre menos de um a quatro salários mínimos.

Todos residiam em Duque de Caxias/RJ, e sobre as condições de moradia, as falas evidenciaram que a maioria residia em casa de alvenaria com um quarto, uma sala, uma cozinha e um banheiro, utilizando água de abastecimento público.

4.2 PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DOS CUIDADORES SOBRE O FENÔMENO DA CÁRIE DENTÁRIA

Nesta categoria analisou-se o entendimento dos cuidadores sobre a importância da dentição decídua, a cárie dentária e a auto-percepção sobre sua saúde bucal.

Depreendemos que, na maioria dos depoimentos dos sujeitos do estudo, a valorização da dentição decídua está atrelada aos aspectos estéticos, à mastigação e à manutenção de espaço para o sucessor permanente, com o olhar direcionado principalmente para a dentição permanente.

“É importante porque tem que ser bem cuidado pra quando os que são permanentes vierem, já vêm com força, já vem um dente saudável.” (ELAINE)

“Importante dos dentes pra criança é a mastigação e a formação do segundo dente que vai nascer, que é pra sempre.” (YOLANDA)

“Pra beleza, estética e a mastigação dos alimentos.” (LÚCIA)

“É importante porque se o dente de leite tá bom, tá bem... É o caminho pro outro também vim bom também.” (CICÍLIA)

“O dente de leite é importante pra dá espaço, pra estética, né?” (MARIA FRANCISCA)

“O dente de leite é importante, mas mais importante é o segundo dente, porque já é o definitivo.” (LÍDIA)

Todavia, quatro depoentes (Jorgiana, Jandira, Célia e Leila), apesar de participarem das atividades educativas da Bebê-Clínica, afirmaram não saber sobre a importância do dente decíduo:

“É importante, eu só não sei o porquê. Já foi dito, mas eu só não sei o porquê. Eu não lembro.” (JORGIANA)

“Falou na palestra sobre o dente, mas eu não lembro, não.” (JANDIRA)

“Ah... eu não sei, não. Acho que é importante, mas eu não sei, não.” (CÉLIA)

“Eu não sei se é importante...” (LEILA)

Freire (1970) explica que existem duas concepções da educação: a bancária e a problematizadora. Na primeira, o educador é quem detém o saber, e o educando é aquele que não sabe, sendo passivo no processo de ensino-aprendizagem, tornando-se depósito de informações. Já na concepção problematizadora, os homens caminham juntos para a libertação; educando e educadores aprendem juntos, por meio da construção do saber, visando à transformação da realidade enquanto ação política e prática da liberdade.

No entanto Ana Crys revela uma mudança de atitude frente às orientações recebidas por meio do programa da Bebê-Clínica da UNIGRANRIO/ RJ. Afirma que não tinha conhecimento sobre a importância da dentição decídua antes da sua adesão ao programa:

“Antigamente eu não achava tão importante o dente cair, porque ia cair e ia nascer outro novo. Depois que eu participei da palestra, é que eu sei que é importante.” (ANA CRYS)

Em outra fala, apesar das orientações recebidas, constata-se a desvalorização do dente decíduo, por ser considerado um dente temporário:

“Dente de leite não é importante porque caem todos.” (DAMIANA)

A dentição decídua tem seu valor subestimado por pais/cuidadores devido a sua marcante característica de transitoriedade (SCHALKA & RODRIGUES, 1996; SANTI, 2003; SIQUEIRA *et al.*, 2009).

A ausência dos dentes decíduos está fortemente vinculada à perda da beleza. Segundo a avó Maria Francisca, a criança que perde o dente decíduo precocemente é considerada uma pessoa ‘velha’:

“...é importante pra dá espaço, pra enfeitar... porque a criança sem dente, ela é... uma velha, né?” (MARIA FRANCISCA)

A esse respeito Moraes (2008) evidenciou que a principal preocupação de avós com a saúde bucal dos netos está relacionada a questões estéticas, corroborando assim o citado acima.

É interessante observar que, quando solicitados a definir cárie dentária, cuidadores afirmaram que não tinham conhecimento para responder tal pergunta. Porém os depoimentos demonstraram que, como leigos possuem conhecimentos básicos sobre a referida doença. Em suas falas, utilizaram uma linguagem figurada de fácil compreensão:

“É uma bactéria que causa uma manchinha no dente.” (DAMIANA)

“A cárie eu acho que é um bichinho que vai comendo os dentes. E se não for bem tratada, não tem cura, né?” (YOLANDA)

“Aquele negócio preto, que o dente fica podre...” (LEILA)

“A cárie é uma doença.” (MARIA FRANCISCA)

“Cárie, que é o quê? O xixi dos bichinhos e as fezes dos bichinhos.” (CICÍLIA)

“Carie é um negocinho que dá no dente.” (LUCIENE)

“São bactérias que penetram no dente.” (WANDERSON)

“É uma bactéria que fica no dente, comendo por causa de resto de açúcar ou da alimentação.” (LÍDIA)

Os cuidadores revelaram três principais fatores relacionados ao acometimento da doença: o dente, o microrganismo e o substrato:

Ainda sobre a cárie dentária, alguns cuidadores associaram claramente a ocorrência da doença ao consumo exagerado de doces e à negligência de escovação dentária, culminando com a perda do elemento dentário, como exemplificam os depoimentos a seguir:

“...comendo muito doce, não escovando depois das refeição... aí fica com cárie.” (JANDIRA)

“Aquele negócio preto que o dente fica podre, que às vezes não escova. Dá uma dor de dente ruim pra caramba... Depois vai ter que arrancar aquele dente e não vai nascer mais... pra mim, é isso.” (LEILA)

“Cárie é uma doença que eu já vi que é muito perigosa: perde os dentes todo com certeza.” (MARIA FRANCISCA)

A mãe Lúcia foi a única a citar em seu depoimento os utensílios que devem ser utilizados para a limpeza bucal, com vistas à prevenção da cárie dentária: fio dental, escova e pasta:

“Tem que usar o fio dental, uma boa pasta, uma boa escova também é importante para que possa ser limpo e não provocar a cárie nos dentes. Cárie é sujeira.” (LÚCIA)

Em relação à auto-percepção sobre a saúde bucal dos cuidadores, quase a totalidade dos entrevistados a consideram ruim.

“Está um pandareco pedindo socorro, né?” (LÚCIA)

“A minha está péssima. Já arranquei dente. Sinto muita dor de dente.” (LEILA)

“A minha saúde bucal está péssima. Os meus dentes estão ruins. Os da frente eu já tive que restaurar. Já duas vezes que caiu.”

No cenário familiar, a mãe destaca-se como formadora de opiniões, contribuindo de maneira ímpar para os comportamentos que seus filhos irão desenvolver ao longo da vida. Os hábitos adquiridos na família, como a adoção de dieta altamente cariogênica, serão reproduzidos pelos filhos no futuro (MEDEIROS, 2003).

Essa correlação entre os hábitos das mães e comportamentos dos filhos não é um assunto recente. Rayner (1970) afirmou existir uma correspondência entre a atitude da mãe em relação a sua própria saúde bucal e a de seu filho, isto é, quanto mais positiva for à atitude da mãe com a sua saúde bucal, menor a ocorrência de cárie dentária, melhores os níveis de higiene bucal e conseqüentemente de saúde periodontal do filho.

Na pesquisa “Avaliação do conhecimento dos pais sobre saúde bucal na primeira infância”, os autores asseguram que os pais que apresentam higiene oral deficiente e lesões de cárie dentária ativas constituem as principais fontes de transmissão dessa doença para os filhos (CAVALCANTI & RODRIGUES, 2002).

Apesar do reconhecimento da iminente necessidade dos cuidadores de tratamento dentário, este é inviabilizado por vários motivos tais como: insuficientes recursos financeiros, dificuldade de acesso ao serviço público e medo do tratamento:

“Falta dinheiro. Se eu pudesse colaria uns dentes porque faz falta até pra mastigar.” (YOLANDA)

“Eu tenho que fazer tratamento bucal realmente. E não tenho feito porque ando com a situação um pouco apertada.” (ANA CRYSS)

“A minha eu sei que é um problema sério... mas eu ainda não consegui marcar [no posto de saúde] pra mim vê o que está acontecendo.” (CRISTALINA)

“Eu tenho medo de ir no dentista... Eu nunca fui no dentista.” (LUCIENE)

“Eu não estou tendo condições de fazer [tratamento], inclusive eu até pedi o telefone daqui pra vê se eu consigo do mesmo jeito que ele [o filho].” (LÍDIA)

A limitação financeira vivenciada pelos cuidadores contribui para que os poucos recursos sejam destinados aos cuidados das crianças, como exemplificado nas falas de Wanderson e Lúcia:

“Eu sei que eu preciso realmente fazer esse tratamento. Mas depois que a gente tem filho, a gente dá mais atenção pros filhos. Tudo que precisa é pra eles mais que pra gente.” (WANDERSON)

“...então, o dinheirinho que entra eu dou prioridades aos meus filhos, e eu vou ficando em segundo plano, né? Porque não tem como eu tá cuidando de mim e tá cuidando deles. Então eu dou prioridade a eles.” (LÚCIA)

Dessa forma, percebe-se que cuidadores desejam que suas crianças tenham, diferentemente deles mesmos, uma saúde bucal:

“Os meus dentes estão horríveis... Eu não quero que o dela fique igual o meu.” (YOLANDA)

Também foi observado o estigma social e as dificuldades no relacionamento interpessoal entre os adultos e as próprias crianças, ocasionados pela cárie dentária. As falas a seguir, exemplificam as referidas situações:

“[...] porque muitas das vezes as crianças... elas são tão sinceras, que elas falam, taxam certos apelidos.” (LÚCIA)

“Eu gosto muito de rir e não posso fazer porque eu tenho duas falhas e tenho que colocar os dentes, sem dúvida.” (ANACRYS)

“Eu estou incomodada com essa minha ponte fixa que escureceu. Está feia. E eu estou super incomodada.” (ELAINE)

A necessidade não suprida de tratamento odontológico traz em si profundas repercussões negativas na vida do indivíduo. A literatura confirma esse achado e define a saúde bucal como:

Conjunto de condições, objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, pela dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento. Essas condições devem corresponder à ausência de doença ativa em níveis tais que permitam ao indivíduo exercer as mencionadas funções de modo que lhe pareçam adequadas e lhe permitam sentir-se bem, contribuindo desta forma para sua saúde geral (NARVAI, 2008).

Outro estudo também aponta a correlação entre saúde bucal e qualidade de vida. Intitulado “Perda dentária e expectativa de reposição protética: estudo qualitativo” (SALIBA *et al.*, 2007) revelou que a perda dentária total tem forte impacto na vida das pessoas, implicando em consequências negativas como vergonha, dificuldade em se alimentar, prejuízo no relacionamento social, dentre outras.

4.3 A INFLUÊNCIA DA CONSTRUÇÃO DE HÁBITOS E O FENÔMENO DA CÁRIE DENTÁRIA

O hábito, isto é, o comportamento que determinada pessoa adquire e repete com frequência, principalmente na infância, geralmente é reproduzido ao longo da vida (DICIONÁRIO AURÉLIO ELETRÔNICO, c1993). No tocante aos hábitos de higiene pessoal e alimentação, ambos são formados sob forte influência da família, desde os primeiros anos de vida. Os pais são considerados de grande valor para o estabelecimento de hábitos alimentares que promovam a saúde da criança (PHILIPPI *et al.*, 2003). Todavia, hábitos alimentares inadequados adquiridos nesse período influenciarão negativamente na escolha de alimentos em anos posteriores (LABER & CÔRREA, 1998).

Os cuidadores revelaram as preferências alimentares de suas crianças como sendo de conteúdo açucarado. Isso pôde ser constatado na maioria (9) dos depoimentos que abordavam os hábitos alimentares diários das crianças.

“Ele gosta muito de bala, bolo, doce.” (LÚCIA)

“Ela toma muito leite com açúcar e gosta muito de comer essas conchinhas que vende na barraca.” (WANDERSON)

“Que ela adora é um biscoito, um lanche que a mãe dá, Esse tal de doce jujuba e biscoito maisena que dá a ela.” (MARIA FRANCISCA)

“Muito biscoito recheado, só o recheio; doce mesmo: bala, chiclete é o que ela mais gosta.” (CRISTALINA)

“De manhã ela gosta de tomar café com leite. Aí, o almoço sempre é arroz, feijão, fígado, carne, frango que ela tem costume e suco com açúcar. E refrigerante ela também toma, ela gosta bastante [...] chocolate,[...] biscoito recheado. Doci. Ela gosta muito di doci.” (CICÍLIA)

“Muito biscoito recheado, só o recheio; e doce mesmo: bala, chiclete é o que ela mais gosta [...] Comida, frutas, legume, ela gosta. Maçã e melancia ela gosta. Suco, guaraná, vitamina...” (CRISTALINA)

“Biscoito, ela come o recheio e joga fora o resto.” (YOLANDA)

A literatura revela que alimentos industrializados como biscoitos, bolos, chocolates, sorvetes e produtos *fast-food* são grandes fontes de Ácidos Graxos trans, um tipo de gordura proveniente do processo de hidrogenação natural (ocorrido no rúmen dos animais) ou industrial. Esses ácidos estão relacionados principalmente ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e alterações no crescimento e desenvolvimento fetal e infantil (DIAS & GONÇALVES, 2009).

Os resultados do estudo de Dias & Gonçalves (2009) evidenciaram também que os biscoitos recheados e alguns produtos da rede *fast-food* constituem as principais fontes de gordura *trans*.

A importância do controle do consumo de alimentos cariogênicos foi também constatada por Peres *et al.* (2000) quando perceberam, como resultado de um estudo, que crianças consumidoras de produtos cariogênicos duas a três vezes ao dia, tiveram 4,41 vezes mais chances de apresentar alta severidade de cárie, quando comparadas com crianças que consumiram esses produtos no máximo uma vez ao dia.

Rossi *et al.* (2008) afirmam que as preferências alimentares das crianças são influenciadas pelas escolhas e pelos hábitos alimentares dos pais.

Um hábito alimentar comum recebeu da mãe Damiana um termo alegórico:

“...bilisca toda hora.” (DAMIANA)

A esse respeito Thylstrup & Fejerskov (2001) declararam que parece ser o fator comportamental mais comprovadamente presente no desenvolvimento do processo cariioso o ato de “beliscar” entre as principais refeições.

Sobre a utilização de açúcar na alimentação da criança menor de dois anos, o Ministério da Saúde (2009, b) afirma que, além de desnecessária, deve ser evitada. Acrescenta ainda que essa atitude contribui para que crianças não se interessem pelo consumo de cereais, verduras e legumes, porque têm outros sabores.

Quanto à oferta de alimentos para as crianças, ela geralmente é selecionada e oferecida pelos cuidadores. Estudo realizado por Moraes (2008) apontou que os avós são vistos como mais “doces” ou mais maleáveis em suas ações para com os netos. Um exemplo é o oferecimento de doces em demasia a eles, na certeza de que cabe aos pais a responsabilidade da educação.

Esta pesquisa, porém, aponta a permissividade e a cumplicidade não apenas dos avós em relação à ingestão de doces, como também por parte de outros membros da família:

“Eu [mãe] dou doce e a avó também.” (JORGIANE)

“Às vezes a avó dá um pirulito. Quando ela aparece lá, dá um pirulito...”
(JANDIRA)

“O pai, a irmã e a tia oferecem a ele biscoito recheado, bala, pirulito.”
(LÚCIA)

No papel de educadores, os cuidadores precisam introduzir limites a fim de que estes contribuam para um crescimento saudável e uma futura qualidade de vida das suas crianças. Rosa em seu depoimento explica como coloca este limite:

“Tem dia que dou uma bala, um pirulito... ela adora doce, mas eu seguro. Ela pede, mas eu não dou. Também não pode privar de tudo, mas também exagerar não: tudo tem limite!” (ROSA)

Para Zagury (2000), educar para construir cidadãos importa em dizer “sim”, quando for possível, e dizer “não” quando for necessário. Dessa forma, Rosa exercita a utilização do limite e ratifica os conhecimentos adquiridos nas orientações da Bebê-Clínica da UNIGRANRIO/RJ.

Por outro lado também ficaram evidenciadas posições divergentes entre membros da mesma família, em relação aos hábitos alimentares. Isso pode ser percebido quando a mãe tenta impedir o consumo exagerado de doces por parte da criança, e o pai apresenta um comportamento de aceitação:

“Eu controlo [doce], mas o pai dele libera... É uma coisa que eu não gosto nele [marido].” (LÍDIA)

Um extremo é a liberação de consumo de doces. O outro é a proibição. O melhor caminho, então, é o controle. Para Areias *et al.* (2009) uma dieta adequada passa pela seleção de alimentos naturais, frutas, legumes, cereais e alimentos fibrosos.

Cabe ressaltar um comportamento bastante singular adotado por três cuidadores. Estes utilizam doces como “moeda de troca” para que a criança atenda algum pedido deles, bem como, para “acalmá-las”:

“Ela tem um cofrinho aberto, e pra não ficar chorando toda hora pedindo peito, eu compro bala com ela.” (CRISTALINA)

“Ele chora... então eles cismam de dá doce pro menino, pra acalmar o garoto.” (LÚCIA)

“A mãe dá jujuba a ela [criança] pra enganar... porque tava fazendo cocô e xixi na calça...” (MARIA FRANCISCA)

“Na hora que ela [a mãe] chega... cansada. Aí, ela pra se livrar... ela dá [pra filha] um docinho e aí a menina vai brincar.” (MARIA FRANCISCA)

Essa tática, denominada na literatura, simbolicamente, como “moeda de troca”, é utilizada por cuidadores para recompensar ou punir crianças (MORAES & ONGARO, 1998). Assim, recorre-se ao oferecimento de alimentos açucarados, para se atingir aos diversos objetivos, obtendo, conseqüentemente, a colaboração da criança. Essa atitude constitui-se como um grande equívoco dos cuidadores na educação das crianças, uma vez que a mudança de um hábito quase sempre é mais difícil que o seu estabelecimento.

Desta forma, Fadel (2003) alerta sobre o importante papel dos pais para a formação de hábitos nos filhos:

Os padrões de alimentação não são hábitos congênitos; mas sim adquiridos por meio da aprendizagem de “modelos”, fazendo parte do processo de socialização. Quando modelos positivos são adquiridos e transferidos precocemente dos pais aos filhos, esses hábitos tornam-se persistentes na vida da criança e concorrem positivamente para sua saúde. Essa é a ação da transmissibilidade, não somente microbiológica, mas principalmente cultural e comportamental, sendo exposta ao campo da odontologia.

Outro ponto a ser ressaltado é a interferência da personalidade do cuidadores na educação das crianças. Uma avó declara que o hábito de higiene bucal, por exemplo, requer que cuidadores tenham alguns pré-requisitos, para que atinjam o almejado:

“A gente tem que ensinar com amor, com carinho, com paciência, com calma. Tem que ter um jogo de cintura. Tem que ter esse jeitinho.”
(MARIA FRANCISCA)

Destacaram-se no estudo os depoimentos referentes aos hábitos de higiene pessoal, tais como o banho e a escovação dentária.

“Pela manhã eu dou a mamadeira, acordo ela, escovo os dentes e dou o banho.” (ROSA)

“Quando ela acorda, dou o lanche dela, escovo o dente dela. Aí ela vai brincar.” (MARIA FRANCISCA)

Quanto à escovação dentária, quando não realizada pela própria criança, é feita exclusivamente pela figura feminina, isto é, pela mãe ou avó.

Sobre a higiene bucal, diversos autores aconselham, mesmo antes da erupção dos dentes decíduos, a higiene bucal de bebês para remoção dos restos de alimentos. Utiliza-se, para tal, dedeira ou gaze umedecida em água filtrada, esfregando delicadamente a gengiva, a parte interna da bochecha e a língua (WALTER *et al.*, 1996; MASSAO *et al.*, 1996). Esse procedimento praticado desde tenra idade contribui para que bebês, no futuro, sejam mais receptivos em relação aos cuidados com sua saúde bucal (MOSS, 1996).

Apesar de os depoentes não fornecerem maiores detalhes sobre a higiene bucal de suas crianças, pode-se perceber que nem sempre esse hábito é praticado ou supervisionado por um adulto. Conforme relatos a seguir, crianças de dois e de cinco anos escovam sozinhas seus dentes:

“Ele acorda e mama um pouquinho o peito. Aí vai pro banho com a irmãzinha [...] Aí senta na mesinha e almoça. Escova os dentes ele e a irmãzinha...” (ANA CRYS)

“Ele levanta faz oração e quando acaba de orar assistir televisão. Toma café e vai escovar os dentes. A maioria das vezes ele escova sozinho... Às vezes... eu ajudo.” (ELAINE)

Estudo realizado por Faustino-Silva *et al.* (2008) evidenciou que 57% dos pais ou responsáveis por crianças consideram que elas, com idade entre um e três anos, têm capacidade de escovar os dentes sozinhas. Os mesmos autores acrescentam que as crianças que adquiriram hábitos de higiene oral precocemente terão maiores chances de crescerem com melhores condições bucais. No entanto, entende-se que estas necessitam de uma supervisão.

À medida que a criança cresce, aumenta o desejo de realizar tarefas sozinhas. No tocante à escovação dentária, os menores de seis anos geralmente desejam realizá-la sem a ajuda dos cuidadores. Para que se torne um hábito é importante que esse procedimento seja incentivado, jamais impedido. Porém, cabe

aos adultos refazerem todo o procedimento. Isso porque, embora essas crianças demonstrem alguma capacidade para manipulação da escova de dente, ainda não conseguem fazê-la adequadamente sozinhas (DEAN & HUGHES, 2000; UNKEL *et al*, 1995).

Quanto ao uso do fio dental, quando cuidadores fizeram seus relatos sobre as rotinas das crianças, não mencionaram seu uso diário, embora essa recomendação seja ensinada e demonstrada nas atividades educativas. A literatura assegura ser valiosa a sua utilização a partir da dentição decídua (DEAN & HUGHES, 2000; CORREA, 1999).

Cabe ressaltar que apesar das orientações recebidas na Bebê-Clínica da UNIGRANRIO/RJ, cuidadores omitiram em seus relatos, a prática da higiene bucal diária, conforme constata-se a seguir:

“Assim que ele acorda, ele mama mamadeira. Depois, lá pra meio-dia eu dou o almoço dele. Quando é de tardinha, de duas as três, eu pego e boto ele pra dormir, e ele vai até as seis horas. A hora que eu vou pra escola, eu levo pra casa da vó dele e ele fica lá.” (LUCIENE)

“Ela acorda cedo, no horário mais cedinho a gente bota ela pra tomar café..., bota as crianças pra escola. Entre onze e meia e meio-dia ela almoça. De tarde dorme. Quando acorda, eu já dou banho, dou lanche, brinca um pouco. Quando chegam umas seis, sete, sete pouca é o horário que ela janta. Umás nove horas ela dorme.” (CRISTALINA)

No que diz respeito ao hábito correto dos horários nos quais devem ser feitas as escovações dentárias, percebe-se que existem equívocos dos cuidadores no cumprimento dessa tarefa. Cicília exemplifica este achado:

“Quando ela acorda, ela quer tomar o café e eu quero escovar o dente dela. Ela quer tomar o café e depois escovar os dentes.” (CICÍLIA)

Nem sempre as crianças cooperam com cuidadores no momento da escovação dentária. Esse fato é vivenciado por Ana Crys que, por esse motivo, higieniza os dentes de seu filho de dois anos de idade de maneira ineficaz:

“Tem hora que ele não quer escovar... fica com pirraça. Aí eu limpo o dente com soro e gaze. Aí ele continua brincando...” (ANA CRYS)

Quando questionados sobre os motivos do aparecimento da cárie dentária nas suas crianças, cuidadores afirmaram ser em decorrência de uma atitude de “descuido” deles próprios ou de outros familiares.

“Eu acho sinceramente que eu devia ter um pouco mais de cuidado.”
(ELAINE)

“Descuido meu.” (DAMIANA)

“Por causa do meu marido mesmo... apareceu mais a cárie por causa dele (sic).” (LÍDIA)

“Por causa do pai, da irmã, dos tios...” (LÚCIA)

De acordo com os resultados obtidos, infere-se que os cuidadores consideram-se os únicos responsáveis por tal ocorrência.

O desejo de aquisição de uma “fórmula milagrosa” para eximir os cuidadores da responsabilidade do cumprimento das orientações recebidas no programa foi manifestado pela mãe LÍDIA:

“Queria assim... [pausa] alguma coisa pra eu fazer. Não só pra mim ter cuidado de escovar, esses negócio assim. Queria assim... um produto.”
(LÍDIA)

4.4 OUTROS FATORES ASSOCIADOS À CÁRIE DENTÁRIA

4.4.1 A cárie dentária e a fragilidade da estrutura familiar

Nesse estudo elegeu-se o modelo psicossocial, em que o ser humano é visto como um todo, e não apenas como uma parte. Dessa forma, o aparecimento de uma doença como a cárie dentária é entendida como resultante de vários fatores que transcendem, na sua etiologia, os fatores biológicos.

Entender o aparecimento da cárie dentária em crianças exige um cuidadoso olhar para o “lugar” que o cliente ocupa na constelação familiar e o conjunto de valores da família.

A família, segundo Skymanski (2002 *apud* FANTINI, 2005), deve ser compreendida como:

Um núcleo em torno do qual as pessoas se unem, primordialmente por questões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum, em que compartilham um cotidiano e, no decorrer das trocas intersubjetivas transmitem tradições, planejam seu futuro, acolhem-se, atendem idosos, formam crianças e adolescentes.

Na atualidade têm ocorrido mudanças na dinâmica familiar. Muitas mães assumem sozinhas as responsabilidades pela formação dos filhos. Isso faz com que se sintam sobrecarregadas, conforme a depoente Luciene, que não tem com quem dividir essa tão importante tarefa:

“Quando eu estava com sete meses dele, grávida, o pai dele me rejeitou. Então, de sete meses pra cá, o pai dele vem me rejeitando. Às vezes eu tô no portão com ele e o pai dele tá na barraca... aí eu começo bater nele, pra chamar a atenção do pai dele, pra ver se ele vem falar com a gente. Mas não adianta, ele finge que não ver. Minha mãe mesmo fala que foi Deus que me deu esse menino que eu tanto pedi a Deus, e o pai dele também tanto queria. Eu falo pra ele: Teu pai tá lá no bar bebendo... solto. E eu? Eu fico

aqui com você agarrado em mim. Eu me sinto sobrecarregada! Então eu acho que isso passou pra ele e veio atingir os dentinhos dele também. Pela falta do pai dele. Aí eu me esqueço de cuidar um pouquinho só dele. Eu não o deixo de lado, não. Mas isso prejudicou um pouco eu cuidar dele.”

Souza *et al.* (2006) asseguram ser perfeitamente possível que uma situação de comprometimento da estrutura familiar afete negativamente a ação da mãe no provimento dos cuidados básicos com a criança. Dentre estes se destaca a higiene dentária. A adoção de hábitos trabalhosos como por exemplo a limpeza da cavidade bucal do filho durante o período noturno, pode ser fortemente influenciada pela condição materna, bem como pela ambiência familiar.

4.4.2 A questão da cárie dentária dos filhos e o estresse cotidiano dos pais

Outro fator que também concorre para o aparecimento de cárie dentária em crianças pode ser resultante do estresse cotidiano a que os pais estão submetidos. Diante das fontes de estresse, dependendo da constituição cuidadores e de suas possibilidades de lidar com estas fontes, elas constituem-se como um obstáculo para o desenvolvimento de um processo educativo de qualidade, com a formação sólida de hábitos, por exemplo, a escovação dentária.

Santini (2005) define o estresse como “um conjunto de funções que os seres vivos desencadeiam quando enfrentam modificações do ambiente físico ou psicológico, as quais são percebidas como ameaças à sua integridade”.

Neste estudo, algumas mães revelaram sentir-se “estressadas” por acumularem a dupla função de mãe e trabalhadora . Isso pode ser visto no relato de Jorgiane, que trabalha em dias alternados em um hospital e quando permanece em casa, deixa as crianças brincarem à vontade para não “descontar” o seu estresse nelas.

“ [...] porque a gente fica mais estressada... pra não jogar em cima deles eu faço o quê? Eu pego e procuro deixar eles brincar... espaiar... é... ficar brincando. E eu procuro sempre uma coisa... uma atividade pra mim fazer e deixar sempre eles brincando pra não ficar descontando em cima dele.”

Sobre esse assunto, Calais *et al.* (2003) assinalam que o estresse excessivo causa sensação de desgaste físico constante, irritabilidade, hipersensibilidade, sensação de alienação emocional e dificuldades com a memória. Citando Lipp (2001), este afirma que as mulheres são mais acometidas pelo estresse, e as consequências dessa ocorrência podem ser vistas na própria vida desse grupo na família e na sociedade em geral.

Merecedora de destaque foi a revelação feita por uma depoente sobre a causa de seu estresse:

“Lavo roupa, faço comida, limpo casa... daqui a pouco já está na hora de levar pra escola.” (JORGIANE)

Apesar de o trabalho doméstico ter sido suavizado com a invenção de eletrodomésticos, ele ainda é considerado “pesado” por exigir muitas horas da mulher, que acumula dupla jornada de trabalho (LIBÓRIO, 2006).

Os efeitos produzidos pela nova ordem do tempo, principalmente entre as mulheres, têm provocado uma “corrida contra o tempo”, ocasionando estresse e estafa. Isso pode fazer com que os cuidadores não consigam exercer a função educadora como gostariam. No depoimento a seguir, observa-se que, apesar da mãe ter conhecimento da imaturidade do filho, no que diz respeito à escovação dentária, ela não tem tempo para supervisionar este hábito higiênico.

“O corre-corre do dia é que às vezes impede, né? De ter assim... mais cuidado com ele. Na maioria das vezes eu mando ele escovar. Ele vai escovar sozinho. Eu estou tão atarefada com outras coisas! (ELAINE)

Tratando ainda da sobrecarga materna, uma avó, cuja filha é separada do pai da criança, afirma que a filha trabalha de dia e estuda à noite. Ao chegar a casa, cansada, devido ao acúmulo das atividades de trabalho e escolares, não tem condições físicas e psicológicas para cuidar do filho. Assim, transfere esta responsabilidade, inclusive os cuidados relativos à dentição, para ela, avó da criança:

“...era importante que a mãe ajudasse também a limpar, a escovar... ajudar nas horas que ela tiver em casa [...]. Então é importante que ela [a mãe] ajudasse a limpar, a escovar, a evitar doce, né?... a mãe chega pra dormir. Ela dorme na mesma casa que eu vivo, aí o peso ficou pra avó” (MARIA FRANCISCA)

A injusta divisão das tarefas domésticas tem sido sinalizada frequentemente como dificultadora para que crianças sejam mais assistidas por seus pais, especialmente pela mãe, que sente dificuldade em se adaptar e executar bem seus múltiplos papéis: mãe, profissional, educadora e socializadora dos filhos (LIBÓRIO, 2006). Por outro lado questiona-se, como atender as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), quando a mulher está inserida em um trabalho, na era da globalização?

Duas falas de uma depoente revelaram o quanto é difícil para a mãe concretizar o desmame tardio, que é entendido como aquele que ocorre a partir dos três anos de idade. Percebe-se a sobrecarga que resulta na fadiga da mãe. Isto contribui para atitudes negligentes, como elucidados no depoimento de Cristalina:

“Depois do leite com chocolate ela mama peito... se eu deixar é toda hora. Ela acorda toda hora e mama muito peito de madrugada, e eu não limpo a boquinha dela. Ela quer mamar e eu quero dormir!” (CRISTALINA)

A Organização Mundial de Saúde e o Ministério de Saúde (2009, a) recomendam aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida e complementado até dois anos de idade ou mais. Entende-se por aleitamento materno complementado, quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido, com a finalidade de complementá-lo, jamais substituí-lo.

Existem inúmeros argumentos em favor do aleitamento materno: evita mortes infantis, diarreia e doenças respiratórias; diminui risco de alergias, de hipertensão, de colesterol alto e de diabetes; reduz chance de obesidade; propicia melhor nutrição; efeito positivo na inteligência; melhor desenvolvimento da cavidade bucal; protege contra câncer de mama; evita nova gravidez, possibilita menores custos

financeiros; promove vínculo afetivo ente mãe/filho e melhora a qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, a).

Sobre o vínculo afetivo estabelecido entre mãe e filho na amamentação, Sonogo *et al.* (2004) esclarecem ser o resultado de uma relação intensa, na qual há uma dependência mútua tanto física quanto emocional. Essa união, depois de instituída, é difícil de ser rompida. Isso porque o amor e a afetividade são estabelecidos nesse contato.

O desmame, que é a suspensão do aleitamento materno, independente da idade cronológica da criança pode ser vivenciado de forma tranquila para algumas mulheres, e para outras, de modo complicado (SONEGO *et al.*, 2004). Esse processo pode trazer para a mulher preocupações constante, além de dificuldades na realização deste processo.

Batista & Nunes (2006) afirmaram que durante a infância, para aprendizagem e desenvolvimento psíquico corretos é indispensável uma vitalidade física e psíquica, e que estas são diretamente influenciadas pela qualidade do sono.

4.4.3 Dentes saudáveis: o processo educativo na construção de hábitos alimentares e higiênicos

A educação em saúde bucal tem um valor inestimável na odontologia. Autores como Sá & Vasconcelos (2009) consideram essa abordagem de baixo custo e com possibilidades de impacto positivo.

Os resultados desta pesquisa permitem afirmar que, a despeito da efetiva frequência de todos os cuidadores nas atividades educativas desenvolvidas na Bebê-Clínica da UNIGRANRIO/DUQUE DE CAXIAS,RJ, esses demonstraram, em algumas falas, que não ocorreram mudanças de atitudes esperadas, relativas aos hábitos alimentares e higiene bucal das crianças. Esse fato é visto, por exemplo, no depoimento da mãe Rosa que inicialmente assegurou cumprir todas as orientações recebidas no programa:

“Eu faço todo o procedimento que a Clínica-Bebê fala. Ah... escova direito, passa o fio dental... eu faço tudo!” (ROSA)

Todavia, em outro momento, quando descreveu os hábitos diários de sua criança, não mencionou o uso do fio dental.

Percebe-se que a simples aquisição de informações/conhecimentos não garante a mudança de atitudes. Apesar do conhecimento adquirido, Migliato *et al.* (2008) acrescentam que são necessárias motivações constantes, para que haja de fato a incorporação de novos valores. Para Netto *et al.* (2007), ambas devem ser direcionadas ao indivíduo, à família e à comunidade.

Segundo Bijella (1993) a educação em saúde bucal expressa a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento de habilidades, a formação de atitudes e a criação de valores que levem crianças e pais a agirem, no seu cotidiano, em benefício da própria saúde e da saúde dos outros.

Recursos didáticos e estratégias, entre outros, utilizados nos programas de educação em saúde, interferem diretamente no alcance das competências. Sobre esse assunto, estudo realizado por Sant’Anna & Sant’Anna (2004) verificou que, quando se utiliza apenas o método de ensino oral, a retenção do conteúdo é de 70% após três horas. Essa porcentagem diminui para apenas 10% em três dias. Quando, porém, se utiliza simultaneamente dos métodos visual e oral, a retenção do conteúdo é de 85% após três horas e de 65% após três dias. Os autores concluíram que os recursos audiovisuais utilizados no processo educativo contribuem para memorização mais eficiente, interpretação mais clara, compreensão mais fácil e aprendizagem mais rápida, eficaz e duradoura.

Moimaz *et al.* (1992) asseguram que o material didático deve ser de boa qualidade, e conter informações corretas. Adverte ainda que profissionais devem estar preparados para utilizá-lo, caso contrário a aprendizagem, que é o resultado esperado, não será satisfatória.

Ainda sobre essa temática, Freemam (1999 *apud* WAMBIER & CHIBINSKI, 2005) esclarece que os pacientes e seus pais não passam de um estágio completamente alheio e indiferente para um nível superior de entendimento e colaboração imediatos. Nesse processo é fundamental que o cirurgião dentista: a) avalie a capacidade de ouvir e assimilar as recomendações; b) diagnostique se existe vontade de se realizar mudanças; c) verifique se as informações transmitidas

são capazes de proporcionar o nível de conhecimento necessário para que novos comportamentos se instalem com firmeza.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RELEVÂNCIA

O estudo dos fatores não biológicos da cárie dentária nos coloca diante de um fenômeno abrangente e multicausal.

A motivação pela escolha da temática deu-se a partir do questionamento da pesquisadora sobre a descoberta dos motivos que justificassem o aparecimento da cárie dentária em um grupo de crianças participantes assíduas de um programa de prevenção da cárie dentária. Desta forma, este estudo objetivou identificar e analisar neste grupo, os fatores não biológicos envolvidos na ocorrência da cárie dentária.

As relevâncias deste trabalho estão em conformidade com os princípios constitucionais e complementares considerados norteadores das ações em saúde bucal no Brasil, que compreendem: gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional (BRASIL, 2004, a).

As questões levantadas a partir da análise das informações dos cuidadores permitiram a identificação dos hábitos, valores e dificuldades relativos à higiene dentária e regime alimentar das crianças atendidas na Bebê-Clínica da UNIGRANRIO/DUQUE DE CAXIAS,RJ. Foi possível também entender os reflexos da dinâmica familiar na ocorrência da cárie dentária das crianças.

Buscou-se também na pesquisa conhecer as características comportamentais dos cuidadores e das crianças relacionadas à ocorrência de cárie dentária. Destacaram-se os hábitos alimentares e as práticas de higiene bucal.

Cabe ressaltar que a saúde bucal está vinculada à saúde geral. Nesse sentido é importante, além da atuação do cirurgião-dentista, a participação de profissionais de diversas áreas no enfrentamento dessa ocorrência. Sugere-se que a equipe da Bebê-Clínica da UNIGRANRIO/DUQUE DE CAIXAS,RJ seja multiprofissional: assistentes sociais, enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, dentre outros.

Quanto à higiene bucal das crianças, as mulheres (mães ou avós) apresentaram-se como únicas responsáveis por esta atividade. As inúmeras tarefas domésticas e os cuidados dispensados aos outros filhos não participantes do programa sobrecarregam essas mulheres e contribuem para que a norma higiênica seja negligenciada.

Tradicionalmente o cuidado dos filhos é uma atribuição da mãe. No entanto, não raro, essa função é delegada a outras mulheres: avós, tias, irmãs ou empregadas. A divisão das tarefas entre os familiares pode ser uma boa alternativa para a solução desse entrave, sabe-se, entretanto, o quanto é difícil a realização de mudanças comportamentais, pois estes comportamentos são arraigados à cultura predominante.

Outros aspectos apresentados pelos depoentes referem-se à pouca valorização dada aos dentes decíduos e ao conhecimento superficial da cárie dentária. Esses aspectos sugerem a iminente necessidade de modificação sistemática das atividades educativas junto a esta clientela.

Para essa modificação sistemática torna-se necessária uma avaliação do processo ensino-aprendizagem desenvolvido com os cuidadores. A utilização de outros materiais didáticos além dos já usados no programa, a capacitação pedagógica da equipe da Bebê-Clínica da UNIGRANRIO/DUQUE DE CAXIAS, RJ e a reelaboração do protocolo de atividades educativas poderão qualificar ainda mais estas atividades. Como recursos didáticos sugerem-se fotografias de dentes saudáveis e também de lesões cáries, vídeos educativos na sala de recepção, encontros visando à motivação por meio de relatos de experiências com outros cuidadores que venceram suas dificuldades ao cumprirem as orientações do programa, confecção e distribuição de cartilha educativa sobre saúde bucal destinada aos cuidadores.

Outro achado de importância foi a auto-percepção da saúde bucal dos cuidadores. Estes reconhecem a necessidade de tratamento odontológico, porém são impedidos por dificuldades impostas pela organização social, tais como, questões financeiras ou dificuldade de acesso ao serviço público odontológico. Nesse sentido os cuidadores também precisam ser cuidados. Dentro dessa lógica, percebe-se a necessidade do acompanhamento dos cuidadores e de suas respectivas famílias pelo Programa Saúde da Família (PSF), principal estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica. Essa inserção facilitará o acesso ao serviço público de saúde e proporcionará um cuidado qualificado, resolutivo e integral.

Percebeu-se claramente o relevante papel dos cuidadores na manutenção da saúde bucal das crianças e a interação de vários fatores não biológicos convergindo para a ocorrência da cárie dentária no grupo estudado.

Porém, a inter-relação dos diversos fatores associados ao desenvolvimento da cárie dentária evidencia sua complexidade e o perigo de sentenciar os cuidadores como totalmente responsáveis pelo fenômeno. Tal aspecto aponta para a necessidade de que os cirurgiões-dentistas desviem o olhar para além da cavidade do dente, para o contexto de vida de cada paciente, numa abordagem humanizada, integral e, conseqüentemente, contextualizada.

Os resultados desta pesquisa também sugerem que a ocorrência da cárie dentária no grupo estudado está vinculada a diversos fatores identificados, a saber: ausência/deficiência de higiene oral, estresse dos cuidadores, desestruturação familiar, nível baixo de conhecimento sobre saúde bucal, hábitos alimentares inadequados e inexistência de colaboração dos diversos membros da família na manutenção da saúde bucal da criança.

Ressalta-se ainda que todas as crianças incluídas nesta pesquisa residem em Duque de Caxias/RJ desde o nascimento. A maioria dessas crianças (12) consome água de abastecimento público. A pesquisadora buscou informações com os responsáveis pelo Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) sobre as concentrações de fluoreto na água de abastecimento público da referida cidade. A autora obteve as seguintes informações: os sistemas que abastecem Duque de Caxias/RJ são Guandu, Mantiqueira e Xerém. Mas somente o sistema Guandu realiza a fluoretação da água de abastecimento. Segundo os formulários enviados pela empresa à VIGIAGUA a concentração do íon fluoreto foi considerada ótima nos anos 2005, 2006 e 2009. Já os anos 2007 (janeiro, fevereiro, março e abril) e 2008 (janeiro e abril) apresentaram concentrações abaixo do preconizado. Apesar, da limitação deste estudo, esses dados revelam o descumprimento da Lei 6.050 de 24 de maio de 1974.

Após essas constatações considera-se que os objetivos deste estudo foram alcançados.

Apesar de todas as variáveis que predispõem o aparecimento da cárie dentária em crianças participantes do programa, cabe destacar, o trabalho brilhante desenvolvido pela dedicada Equipe, o qual tem demonstrado ser de valor inestimável para a saúde bucal de crianças.

5.1 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A metodologia empregada possibilitou o conhecimento das dificuldades encontradas pelos cuidadores para a manutenção da saúde bucal das crianças.

A partir dos depoimentos emergiram angústias, conflitos familiares, sobrecarga das múltiplas atividades domésticas, entre outros, que interferem no processo saúde-doença e que normalmente passam despercebidos pelo profissional de saúde. Desse modo, o estudo sinaliza que o planejamento das ações em saúde deve englobar esses aspectos, tornando-o mais singularizado, contextualizado e integral, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Esta pesquisa evidenciou que o enfrentamento da cárie dentária que acomete as crianças não deve ser tarefa exclusiva do odontopediatra, mas também dos demais profissionais de saúde, dos cuidadores, dentre outros. Por outro lado, entende-se que existem fatores que extrapolam os limites de atuação não somente dos profissionais, como também dos próprios cuidadores.

A cárie dentária é uma doença multifatorial com repercussão social. Assim, os cirurgiões-dentistas não devem restringir-se às suas tão importantes competências do campo biológico e eximir-se do seu papel social.

Dessa forma, cárie dentária em crianças não representa apenas o problema dos pacientes, mas, por extensão, de todos que direta ou indiretamente estão envolvidos. Essa compreensão impulsionará um trabalho multiprofissional e ações transdisciplinares.

REFERÊNCIAS*

American Academy of Pediatric Dentistry. Definitions, Oral Health Policies and Clinical Guidelines. Definitions of Early Childhood Caries (ECC). Chicago, IL: AAPD; 2008 [acesso 13 Set 2009]. Disponível em:
http://www.aapc.org/media/Policies_Guidelines/D_ECC.pdf

Antunes JL, Frazão P, Narvai PC, Bispo CM, Pegoretti T. Spatial analysis to identify differentials in dental needs by area-based measures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002 Apr; 30(2):133-42.

Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(1):79-87.

Areias C, Macho V, Bulhosa JF, Guimarães H, Andrade C. Saúde oral em pediatria. *Acta Pediatr Port* 2009;40(3):126-32.

Baratieri LN. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. São Paulo: Ed. Santos; 2002.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Barros SG, Castro-Alves A, Pugliese LS, Reis SRA. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. *Pesqui Odontol Bras* 2001;15: 215-22.

Bastos JRM, Peres SHCS, Ramires I. Educação para a saúde. In: Pereira AC, editor. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.117-39.

Bastos JRM, Saliba NA, Unfer B. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais. *Rev Paul Odontol* 1996;18(4):38-42.

*Referências de acordo com o estilo Vancouver (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals).

Batista BHB, Nunes ML. Validação para língua portuguesa de duas escalas para avaliação de hábitos e qualidade de sono em crianças. *J epilepsy clin neurophysiol* [periódico na Internet]. 2006 [acesso 2009 Ago 25];12(3):143-8. Disponível em: <http://www.epilepsia.org.br/epi2002/2006-vol12-3-p143-148.pdf>

Benitez C, O'Sullivan D, Tinanoff N. Effect of a preventive approach for the treatment of nursing bottle caries. *ASDC J Dent Child* 1994 Jan-Fev;61(1):46-9.

Bijella MFTB. A importância da educação odontológica em saúde bucal nos programas preventivos para a criança. *Cecade News* 1993;1(1/2):25-8.

Bönecker M, Ardenghi TM, Trindade CP, Cury P. Transmissão vertical de *Streptococcus mutans* e suas implicações. *JBP-Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebe* 2004;7(37):297-303.

Bönecker MJS, Guedes-Pinto AC, Duarte DA. Abordagem odontopediátrica integral em clínica de Bebês. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1995;49(4):307-10.

Bonow MLM, Casalli JF. Avaliação de um programa de promoção de saúde bucal para crianças. *J Bras Odontopediatria Odontol Bebê* 2002 Set.Out.;5(27):390.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: O Ministério; 2004. (a)

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF: O Ministério; 2004. (b)

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília, DF: O Ministério; 2006. (Caderno de atenção básica, n. 17).

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF: O Ministério; 2009. (Caderno de atenção básica, n. 23). (a)

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília (DF): O Ministério; 2009. (b)

Brasil, Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF); 1988.

Calais SL, Andrade LMB, Lipp MEN. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de *stress* em adultos jovens. *Psicologia: reflexão e crítica* 2003;16(2):257-63.

Canalli CSE, Freixinho ABS, Miasato JM. Prevalência de cárie dentária em dois grupos de bebês: a relevância da atenção precoce. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr* 2009 Set;9 Supl (3º Congresso Goiano de Odontopediatria).

Castro AM *et al.* *Streptococcus mutans* na cavidade bucal de bebês e sua relação com a cárie dentária. *Rev Cons Reg Odontol Minas Gerais* 2000 Jan./Abr.;6(1):24-7.

Castro LA, Texeira DLS, Modesto A. A influência do perfil materno na saúde bucal da criança: relato de caso. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2002 Jan-Fev;5(23):70-4.

Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. Acquisition of mutans streptococci by infants: Evidence for a discrete window of infectivity. *J Dent Res* 1993;72:37-45.

Cavalcanti AL, Rodrigues BC. Avaliação do conhecimento dos pais sobre saúde bucal na primeira infância. *Rev CROMG* 2002;8(2):103-7.

Codato LAB, Nakama L. Pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa? *Espaç. Saúde (Online)* 2006 Dez.;8(1):34-5.

Colares V, Feitosa S. O desempenho na pré-escola de crianças portadoras de cáries severa. *Acta Scientiarum. Health Sciences* 2003;25(2):129-34.

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução 196/96: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: O Conselho; 1996 [acesso 2009 Jul 21]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/Res19696.htm>

Correa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Ed. Santos; 1999.

Cruz AAG, Gadelha CGF, Cavalcanti AL, Medeiros PFV. Percepção materna sobre higiene bucal de bebês: um estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2004 Set./Dez.;4(3):185-9.

Cunha RF, Delbem ACB, Percinoto C, Saito TE. Dentistry for babies: a preventive protocol. *J Dent Child* 2000;67:89-92.

Davies GN. Early childhood caries - a synopsis. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26(1 Suppl):106-16.

Dean JA, Hughes CV. Métodos mecânicos e quimioterapêuticos de higiene bucal para uso domiciliar. In: McDonald RE, Avery DR. *Odontopediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2000. p.178-96.

Dias JR, Gonçalves ECBA. Avaliação do consumo e análise da rotulagem nutricional de alimentos com alto teor de ácidos graxos trans. *Ciênc Tecnol Aliment* 2009 Jan./Mar.;29(1):177-82.

Dicionário Aurélio Eletrônico. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; c1993.

Duperon DF. Early childhood caries: a continuing dilemma. *J Calif Dent Assoc* 1995 Fev;23(2):15-6,18,20-2.

Fadel CB. Cárie dental precoce: qual o verdadeiro impacto da dieta em sua etiologia. *Ci Biol Saúde* 2003 Set./Dez;9(34):83-9.

Fadel CB, Wagner DM, Furlan EM. Associação entre características sociodentais maternas e experiência de cárie na primeira dentição da criança. *Rev Odonto Ciênc* 2008;23(1):31-4.

Fantini KSC. A família em expansão: um espaço para a promoção da saúde bucal [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí. Centro de Educação de Ciências da Saúde; 2005.

Faustino-Silva DD, Ritter F, Nascimento IM, Fontanive PVN, Persici S, Rossoni E. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde em Porto Alegre, RS. *Rev odont ciênc* 2008 Out./Dez.;23(4):375-79.

Fernandes FRC, Martins ALC, Guerrera AC, Corrêa MSN. A cárie dentária. In: Correa MSNP. Odontopediatria na Primeira Infância. 2nd ed. São Paulo: Ed. Santos; 2005. p. 223-38.

Ferreira ARC, Gaíva MAM. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. J Bras Odontoped Odontol Bebê 2001;4(22):485-89.

Figueira TR, Leite ICG. Conhecimentos e práticas de pais quanto à saúde bucal e suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2008 Jan./Abr.;8(1):87-92.

Fiori WR. Desenvolvimento emocional. In: Rappaport CR. Psicologia do desenvolvimento: a idade pré-escolar. São Paulo: EPU; 1981.

Fracasso MLC, Marchi V, Goya S, Provenzano MGA, Takahashi K. Perfil das mães e crianças freqüentadoras do Programa Clínica de Bebês, no Núcleo Integrado de Saúde NISS III – Iguaçu em Maringá – PR. Rev. Saúde e Pesquisa 2008 Set./Dez;1(3):325-9.

Freire MC, Melo RB, Silva SA. Dental caries prevalence in relation. to socioeconomic status of nursery school children. Community Dent Oral Epidemiol 1996;24:357-61.

Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1970.

Freitas R, Colares V. Perfil psicossocial dos responsáveis por crianças com cárie precoce na infância. An. Fac. Odontol. Univ. Fed. Pernamb 2001;11(1/2):33-7.

Freixinho AB, Carneiro AA, Gama RS, Massao JM, Herdy LA. Avaliação dos fatores de risco e prevalência da cárie dentária em crianças que participam de um programa preventivo de atenção precoce. Revista Rede de Cuidados em Saúde 2008;2(2):1.

Gonçalves RM, Percinoto C, Castro AM, Sundefeld MLMM, Machado AS. Avaliação da ansiedade e do comportamento de crianças frente a procedimentos odontológicos e sua correlação com os fatores influenciadores. RPG 2003; 10(2):131-40.

Horowitz HS. Research issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26(1 Suppl):67-81.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2008, segundo os municípios. Rio de Janeiro: O Instituto; 2009 [acesso 2009 Set 14]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/POP_2008_TCU.pdf

Kuhn E. Promoção de saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta Grossa/PR [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

Kuhn E, Wambier DS. Incidência de lesões de carie em bebês após 15 meses de um programa educativo-preventivo. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2007 Jan./Abr.;7(1):75-81.

Laber PM, Côrrea MSNP. Dieta. In: Correa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Ed. Santos; 1998. p.279-89.

Lagreca BT. Avaliação dos fatores de risco associados à doença carie dentária que incidem sobre a população de escolares em Xerém-Duque de Caxias [dissertação]. Rio de Janeiro: UNIGRANRIO; 2007.

Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990, Diário Oficial da União, Seção I, p. 18055 (20 Set, 1990).

Lei Orgânica de Saúde nº 8.142 de 1990, Diário Oficial da União, Seção I, p. 25694 (31 Dez, 1990).

Libório LA. O influxo do trabalho feminino na dinâmica familiar. In: Amazonas M CLA, Lima AO, Dias CMSB, organizadores. *Mulher e Família: diversos dizeres...* Recife; 2006. p.147-74.

Lipp MEN. *O stress e a beleza da mulher*. São Paulo: Connection; 2001.

Loesche WJ. Role of *Streptococcus mutans* in human dental decay. *Microbiol Rev* 1986 Dec;50(4):353-80.

Losso EM, Tavares MCR, Silva JYB, Urban CA. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. *J Pediatr (Rio J.)* 2009;85(4):295-300.

Machado IP. Considerações gerais sobre a prevenção de cárie na primeira infância. Rev Odontop 1994;3(1):1-10.

Marsh PD, Nyvad B. A microbiota oral e biofilmes formados sobre os dentes. In: Fejerskov O, Kidd E, editores. Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. São Paulo: Ed. Santos; 2005. p.29-47.

Marsiglia RG, Barata RC, Spinelli SP. Determinação social do processo epidêmico. In: Abrasco. Textos de apoio: epidemiologia. 2nd ed. Rio de Janeiro: ENSP; 1990. p.127-47.

Massao JM. Clínica de Bebês. In: UNIGRANRIO. Graduação: odontologia. Duque de Caxias: UNIGRANRIO; 2008 [acesso 2009 Ago 10]. Disponível em: http://www.unigranrio.br/unidades_acad/eod/graduacao/odonto/proj_especiais.html

Massao JM, Sued ML, Giordano DV, Gama RS, Santos RA, Carneiro AA. Filosofia da clínica de bebês da UNIGRANRIO/RJ. Rev Bras Odontol 1996 Set-Out;53(5):6-13.

Medeiros EB. Diagnóstico e tratamento das lesões cariosas em dentina de molares decíduos: uma pesquisa entre odontopediatras da cidade do Recife [dissertação]. Camaragibe: Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia; 2003.

Melo P, Azevedo A, Henriques M. Cárie dentária – a doença antes da cavidade. Acta Pediatr Port 2008;39(6):253-9.

Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

Miasato JM. Estudo comparativo da prevalência de cárie em crianças que receberam ou não atenção odontológica na primeira infância [tese]. Rio de Janeiro: UFRJ, Faculdade de Odontologia; 2000.

Migliato KL, Mendes ER, Souza LZ, Cortellazzi KL, Mistro FZ, Paganini GA, Bozzo RO. Avaliação de um programa preventivo-educativo desenvolvido entre a Uniararas e a Usina São João de Araras, SP. RFO 2008 Jan./Abr.;13(1):14-8.

Miguel LCM, Reibnitz Junior C, Prado ML. Pesquisa qualitativa: um outro caminho para a produção do conhecimento em odontologia. Rev ABENO 2007 Maio/Ago.;7(2):130-4.

Milnes AR, Bowden GH. The microflora associated with developing lesions of nursing caries. *Caries Res* 1985;19(4):289-97.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8th ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2004.

Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 6th ed. Petrópolis: Ed. Vozes; 1996.

Minayo MCS. Quantitativo e qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos. In: Costa MFL, Souza RP. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. Belo Horizonte: Coopmed; 1994. p. 25-33.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Públ* 1993 Jul./Set.;9(3):239-62.

Moimaz SAS, Saliba NA, Saliba O, Vieira SMM. Saúde bucal e a professora de 1º grau. *RGO* 1992;40:295-7.

Moraes AB. Significados atribuídos pelos avós com a saúde bucal dos netos: um enfoque qualitativo [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2008.

Moraes ABA, Ongaro S. Contribuição da psicologia da saúde à odontologia. In: Botazzo C, Freitas STF, organizadores. Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. São Paulo: Ed. Unesp; Bauru: Edusc; 1998.

Moreira LA. Estudo do impacto do aleitamento materno na carie dentária em crianças de 2 a 12 anos de idade [tese]. São Paulo, Campinas: UNICAMP; 2007.

Moss SJ. Crescendo sem cárie. São Paulo: Quintessence; 1996.

Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

National Institute of Dental and Craniofacial Research. Oral health in America: a report of the surgeon general. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services; 2000.

Navarro MFL, Côrtes DF. Avaliação e tratamento do paciente com relação ao risco de cárie. *Maxi-Odonto: Dentística* 1995;1(4):1-38.

Necmi N, Ve HTHE, Can G. Risk factors for dental caries in Turkish preschool children. *J Indian Soc Pedodontics Prevent Dent* 2005 Abr.;23(3):115-8.

Netto L, Fialho V, Chevitaese L, Teixeira AL. Professor de ensino fundamental: um aliado na promoção de saúde bucal. *Rev Rede de Cuidados em Saúde [periódico na Internet]*. 2007 [acesso 2009 Mar 23];1(1):1-6. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/viewFile/21/27>

Newbrun E. *Cariologia*. 2nd ed. São Paulo: Ed. Santos; 1988.

Nicolau MLM. Escolarização e socialização na educação infantil. *Acta Scientiarum* 2000;22(1):119 -25.

Organização das Nações Unidas. IV Conferência Mundial sobre a Mulher; 1995 Set 4-15; Pequim, China. Nova Iorque: A Organização; [199-].

Organização das Nações Unidas. Declaração dos direitos da criança. Nova Iorque: A Organização; 1959.

Pereira AF. Contribuição para o estudo da prevalência e da gravidade da cárie dentária em Portugal [dissertação]. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina; 1990.

Pereira MBB, Freire MCM. Um programa de saúde bucal para bebês em Goiânia-Go: resultados após 3 anos. *Braz Oral Res* 2004 Jan./Mar.;18(1):12-7.

Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev. Saúde Pública* 2000;34:402-8.

Perini E. O abandono do tratamento da tuberculose: transgredindo regras, banalizando conceitos [tese]. Belo Horizonte: UFMG, Escola de Veterinária; 1998.

Philippi ST, Cruz ATR, Colucci ACA. Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos. *Rev Nutr* 2003 Jan./Mar.;16(1):5-19.

Piaget J. *Seis estudos da psicologia*. 17th ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1990.

Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. 5th ed. São Paulo: Ed. Santos; 2008.

Rayner J.F. Socioeconomic status and factors influencing the dental health practices of mothers. Am J Publ Health 1970;60:1250-8.

Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal; 1986 Out 10; Brasília. Brasília, DF: Ministério da Saúde: UnB; 1986.

Ribeiro JT, Costa MMNFG, Feitosa SVHS , Colares V. Avaliação da qualidade de vida de pré-escolares portadores de cárie severa. Arq Odontol 2004 Abr./Jun.;40(2):111-206.

Rossi A, Moreira EAM, Rauen MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. Rev. Nutr. 2008 Dez.;21(6):739-48.

Rouquayrol MZ, Goldbaum M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 5th ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p.15-30.

Sá LO, Vasconcelos MMVB. A importância da educação em saúde bucal nas escolas de Ensino Fundamental - Revisão de literatura. Odontologia Clín-Científic 2009 Out./Dez.;8(4):299-303.

Saliba NA, Moimaz SAS, Saliba O, Tiano AVP. Perda dentária em uma população rural e as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. Ciênc & Saúde Coletiva 2007 [no prelo].

Sant' Anna GR. Caderno de odontopediatria-cariologia: diagnóstico e controle. 1st ed. São Paulo: Ed. Santos; 2001.

Sant' Anna IM, Sant' Anna VM. Recursos educacionais para o ensino: quando e por quê? Petrópolis: Ed. Vozes; 2004.

Santi LN. Cuidando da saúde bucal do filho: o significado para um grupo de mães [tese]. Ribeirão Preto, SP: USP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2003.

Santini AM. Estresse: vivência profissional de enfermeiras que atuam em UTI neonatal. *Cogitare Enfermagem* [periódico na Internet]. 2005 [acesso 2009 Mar 16];10(3). Disponível em:
<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5388>

Schalka MMS, Rodrigues CRMD. A importância do médico pediatra na promoção da saúde bucal. *Rev Saúde Pública* 1996;30(2):179-86.

Sebrae/RJ. Programa da cadeia produtiva do petróleo e gás. Rio de Janeiro: O Sebrae; 2006 [acesso 2009 Out 15]. Disponível em:
<http://www.sebraerj.com.br/main.asp?View={7164EE94-4E37-42E6-A0B6-C72F35E0A696}¶ms=itemID={BF2958A7-DE7A-455A-967D-D21644BD521};&UIPartUID={F3CDD9BA-9FCA-4DA8-8C7C-6AC5D997600F}>

Sebrae/RJ. Informações socioeconômicas do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: O Sebrae; 2009 [acesso 2009 Out 15]. Disponível em:
www.sebraerj.com.br/services/.../FileDownload.EZTSvc.asp?...

Sheiham A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 4th ed. São Paulo: Ed. Santos; 2000. p.222-50.

Shuler CF. Inherited risks for susceptibility to dental caries. *J Dent Educ* 2001; 65:1038-45.

Silveira RG, Brum SC, Silva DC. Influência dos fatores sociais, educacionais e econômicos na saúde bucal das crianças. *RMAB Rio de Janeiro* 2002 Jan-Dez;52(1/2):6-10.

Silveira RG, Miasato JM, Barroso SP, Carneiro AA. Cartão da erupção dentária: método de acompanhamento da cronologia e seqüência de erupção de dentes decíduos. *Braz Oral Res* 2004;18 Supl (Proceedings da 21^a Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica; 2004; Águas de Lindóia).

Simioni LRG, Comiotto MS, Rego DM. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. *RPG Ver Pós Grad* 2005;12(2):167-73.

Siqueira D, Barnabé AS, De Deus RB, Ferraz RRN. Avaliação do interesse dos pais pela saúde bucal de seus filhos pelo índice de comparecimento às consultas odontológicas de crianças em idade pré escolar. *Conscientiae Saúde* 2009;8:239-44.

Sonego J, Sand ICPV, Almeida AM, Gomes FA. Experiência do desmame entre mulheres de uma mesma família. Rev Esc Enferm USP 2004;38(1):341-9.

Souza MAA, Vianna MIP, Cangussu MCT. Disfunção familiar referida pela presença de depressão materna e/ou alcoolismo na família e ocorrência de cárie dentária em crianças de dois e três anos de idade. Rev Bras Saúde Matern Infant 2006 Jul./Set.;6(3):309-17.

Stelluto Jr A. O primeiro vício. Rev ABO Nac 1995 Fev./Mar.;3(1):6-8.

Teixeira MCB. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. Rev C S Col 2006;11(1):45-51.

Thylstrup A, Fejerskov O. Cariologia clínica. São Paulo: Ed. Santos; 2001.

Traebert JL, Peresb MA, Galessoc ER, Zabodt NE, Marcenese W. Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade. Rev Saúde Pública 2001;35(3):283-8.

UNIGRANRIO. Graduação: odontologia. Duque de Caxias: UNIGRANRIO; 2008 [acesso 2009 Ago 10]. Disponível em: http://www.unigranrio.br/unidades_acad/eod/graduacao/odonto/proj_especiais.html (a)

UNIGRANRIO. Quem somos. Duque de Caxias: UNIGRANRIO; 2008 [acesso 2009 Ago 11]. Disponível em: <http://www.unigranrio.br/sobre/quemsomos.html> (b)

Unkel JH, Fenton SJ, Hobbs G, Freire CL. Toothbrushing ability is related to age in child. J Dent Child 1995;61:346-8.

Vargas AMD. Políticas públicas e qualidade de vida: um estudo sobre a perda dentária [tese]. Belo Horizonte: UFMG, Escola de Veterinária; 2002.

Vaz PRM. Projeto Sorria Bairro-Escola: levantamento epidemiológico e análise dos condicionantes sócio-econômicos familiares relacionados à saúde bucal dos pré-escolares das creches municipais da cidade de Nova Iguaçu, RJ, Brasil [dissertação]. Duque de Caxias: UNIGRANRIO; 2008.

Vicente VA, Poletto MM, Neiva IF, Pinto JVT, Braga SF, Moreira M, Lavoranti OJ. Relação entre a Prevalência da doença cárie e risco microbiológico. *Ciênc Odontol Bras* 2008 Abr./Jun.;11(2):44-8.

Walter LRF, Ferelle A, Issao M. *Odontologia para o bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

Wambier DS, Bosco VL, Cuman V, Smiguel O, Eloy TC. Prevalência e distribuição de lesões de cárie em bebê. *Publ. UEPG Biol. Health Sci* 2004 Mar.;10(1):15-22.

Wambier DS, Chibinski ACR. Protocolo de promoção de saúde bucal para a criança portadora de cárie de estabelecimento precoce. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2005 Set./Nov.;5(3):281-90.

Wanderley MT, Nosé CC, Corrêa MSNP. Educação e motivação na promoção da saúde bucal. In: Corrêa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos; 2005. p.439-58.

Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating mothers to prevent caries: confirming the beneficial effect of counseling. *J Am Dent Assoc* 2006 Jun.;137(6):789-93.

Weinstein P, Oberg D, Domoto PK. A prospective study of the feeding and brushing practices of WIC mothers: six-and twelve-month data and ethnicity and familial variable. *J Dent Child* 1996 Mar./Abr.;63(2):113-7.

Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim Oficina Sanitária Panamericana* 1996;120(6):472-82.

World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion (Carta de Ottawa)*. 1st Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 1986 Nov 21; Ottawa. Genebra: WHO; 1986 [acesso 2009 Out 20]. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

Zagury T. *Limites sem trauma*. Rio de Janeiro: Record; 2000.

APÊNDICE A – QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

1. Quem permanece ao lado da criança, a maior parte do tempo, exercendo a tarefa de cuidar?
2. Fale sobre a rotina diária da sua criança.
3. O quê a sua criança come e bebe diariamente?
4. Dente de leite é importante? Por quê?
5. O quê é cárie dentária?
6. Quais os motivos encontrados por você para o aparecimento das lesões de cárie dentária em sua criança?
7. Existe algum algo que impede ou dificulta você cuidar de sua criança?
8. Como você analisa a sua saúde bucal?

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

Data do preenchimento: ___/___/___ por _____

Nome completo do bebê: _____ Idade: _____

1 – O que é cárie?

2 – O que devemos fazer para não ter cárie?

3 – É possível não ter cárie durante toda a vida?

() Sim () Não () Não sei

4 – A boca do bebê (dentro da boca) deve ser limpa após a amamentação ou alimentação?

() Sim () Não () Não sei

5 – Com que idade devemos iniciar a limpeza ou escovação dos dentes do bebê?

() Quando nascer o primeiro dente () Quando tiver todos os dentes

() Quando a criança deixar () Com 1 ou 2 anos de idade () Não sei

6 – O leite do peito da mãe pode dar cárie nos dentes do bebê?

() Sim () Não () Não sei

7 – Quantos dentes tem a dentição de leite completa do bebê?

Tem _____ dentes () Não sei

8 – Importância dos dentes de leite:

() Estética (beleza) () Fala () Mastigação () Guardar espaço

() Guia para o dente permanente () Não sei

9 – Com que idade você acredita que os dentes de leite do seu filho vai começar a estragar?

() Antes de 1 ano () Entre 1 e 2 anos () Acima de 2 anos

() Não estragam () Não sei

10 – Seu filho tem cárie?

() Sim () Não () Não sei

ANEXO B – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA



Duque de Caxias, 16 de janeiro de 2009

Do: Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO
Para Pesquisadora: Cláudia da Silva Emílio Canalli
Orientador: Prof. Dr. José Massao Miasato
Co-Orientadora: Profª Drª Edna Gurgel Casanova

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO, após avaliação considerou **aprovado** o projeto de pesquisa protocolado sob o nº. 0101.0.317.000-08, "**FATORES NÃO BIOLÓGICOS ASSOCIADOS A CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS ASSISTIDAS NA BEBÊ CLÍNICA DA UNIGRANRIO/RJ**", encontrando-se a referida pesquisa e o Consentimento Livre e Esclarecido em conformidade com a Resolução N.º 96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa solicita a V. Sª, que ao término da pesquisa encaminhe a este comitê um sumário dos resultados do projeto, previsto para outubro de 2009, a fim de que seja expedido o certificado de aprovação final.


Prof. Ms Renato Cerqueira Zambrotti
Coordenador do CEP/UNIGRANRIO


Márcia Ribeiro Pedra Fixe
Secretária do CEP/UNIGRANRIO

CEP/UNIGRANRIO – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA da UNIGRANRIO
Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160 – 25 de Agosto – Duque de Caxias – CEP: 25071-202
Tel.: 21 2672-7733 – E-mail: rzambrotti@unigranrio.com.br

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



18

APENDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fatores não biológicos associados à carie dentária em crianças assistidas na Bebê-Clinica da UNIGRANRIO/RJ.

Pesquisadora: Cláudia da Silva Emílio Canalli.

Esta pesquisa será realizada pela aluna de Pós-Graduação do Curso de Mestrado Profissional em Odontologia da UNIGRANRIO/RJ, Cláudia da Silva Emílio Canalli, orientada pelo Professor Doutor José Massao Miasato e pela Professora Doutora Édna Gurgel Casanova, que tem como objetivo analisar os fatores não biológicos associados à cárie dentária em crianças assistidas na Bebê-Clinica da UNIGRANRIO/RJ. Os riscos serão mínimos, correspondentes ao tipo de metodologia utilizada, especialmente a coleta de dados através de entrevista individual com os respectivos pais/cuidadores, gravada com auxílio de aparelho eletrônico. Caso haja necessidade poderá ser realizada documentação fotográfica.

Como benefício você estará contribuindo para fornecer subsídios na promoção da saúde bucal como um todo e na importância dos pais/cuidadores como figuras sociais no contexto familiar e educacional.

A entrevista seguirá um roteiro para identificação dos fatores não biológicos relacionados à cárie dentária. O anonimato dos participantes é garantido, os quais serão identificados por codinomes e os dados serão utilizados somente pelos pesquisadores. O relatório final do estudo será publicado em revistas especializadas, podendo ser apresentado em eventos científicos como congressos e jornadas, mantendo os codinomes. Você poderá desistir de colaborar em qualquer momento, retirando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sem que haja qualquer prejuízo no tratamento da criança assistida na Bebê-Clinica. Em caso de dúvidas, poderá contatar a pesquisadora Cláudia da Silva Emílio Canalli, os orientadores e/ou

Comitê de Ética em Pesquisa da Unigranrio pelo telefone 2672-7733 (Márcia). Uma cópia deste documento ficará em seu poder e a outra arquivada pela pesquisadora.

José Massao Miasato
Tel.: (24) 9211-9523

Édna Gurgel Casanova
Tel.: (21) 9978-0107

Cláudia da Silva Emílio Canalli
Tel.: (21) 7891-9640 / 8629-5879

Duque de Caxias, ____ de _____ de 2009

Eu _____
li, compreendi, esclareci minhas dúvidas e concordo em participar desta pesquisa.

Assinatura do responsável – Nº.: documento de identidade

ANEXO D – SÍNTESE DAS ENTREVISTAS

LUCIENE

Mãe solteira, 26 anos, com ensino fundamental completo, dona de casa, renda familiar mensal de cento e trinta reais, reside em casa de laje com 5 cômodos. A família consome água de abastecimento público. Luciene é a principal responsável pelo cuidado de seu único filho de 2 anos de idade. A avó materna assume essa responsabilidade quando ela vai para a escola à noite.

Luciene sente-se rejeitada pelo pai de seu filho que a abandonou quando ainda estava grávida. São moradores da mesma comunidade, e, quando vê o pai da criança no bar, a mãe agride fisicamente o filho para chamar a atenção do pai, na tentativa de que ele se aproxime e dê atenção a ambos. Mas, o pai finge que não os vê. Apesar de amar o filho e assumir a maternidade sem o apoio do pai da criança, ela se sente sobrecarregada com tantas tarefas. Isso contribui para que se esqueça, “um pouquinho” de cuidar do filho, segundo suas próprias palavras. Disse cuidar dos próprios dentes escovando-os várias vezes ao dia. Ama seu sorriso. Nunca foi à consulta odontológica. Tem uma lesão de cárie e ainda não procurou um dentista porque tem medo de “rancar dente”.

Considera seu filho muito agitado. Luciene relatou que ele ainda se alimenta de mamadeira de conteúdo açucarada e também de arroz, feijão, carne e legumes.

Em relação à escovação dos dentes do filho, relatou que quem escova é ele mesmo, a avó ou a tia.

MARIA FRANCISCA

Avó, 52 anos, aposentada, ensino médio completo, renda familiar mensal de um mil e seiscentos reais, reside em casa com 5 cômodos. A família consome água de poço. Declarou ser a principal cuidadora da neta de dois anos. Maria Francisca aconselhou sua filha a estudar, mas a moça engravidou de um rapaz desempregado, sem documentos, sem futuro.

Passada a gestação, a mãe da criança desistiu do relacionamento. Hoje a mãe da criança trabalha e estuda. Por isso, quando chega a casa está sempre cansada, e deixa a filha aos cuidados da avó o tempo todo. A avó cuida da criança com amor e dedicação.

Devido ao esgotamento físico, a mãe da criança oferece diariamente jujuba a fim de “enganá-la”, e incentivando, com essa prática, a menina a deixar de fazer “xixi e fezes” na calcinha. Essa postura adotada por sua filha faz com que o “peso” fique todo com ela (a avó). Algumas vezes a mãe oferece doce e pede a criança para ir brincar, enquanto ela descansa antes de ir para a faculdade.

A menina se alimenta de arroz, feijão, carne, frango, biscoito e bebida de soja, além de doces oferecidos diariamente pela mãe.

Maria Francisca acredita que o aparecimento da cárie ocorreu por falta de escovação dentária. E culpa a mãe por essa ocorrência.

A avó tem conhecimentos básicos sobre saúde bucal e a cárie dentária; visita o dentista regularmente, mesmo assim considera sua saúde bucal “mais ou menos”.

WANDERSON

Casado, 40 anos, ensino fundamental incompleto, serralheiro autônomo, exerce suas atividades em sua residência, enquanto cuida de sua filha de cinco anos. Tem renda familiar mensal de um mil e trezentos reais, reside em casa de alvenaria com 5 cômodos. Sua família consome água de poço artesiano. A esposa dedica-se ao magistério durante a semana em horário integral.

A filha de Wanderson alimenta-se de arroz, feijão, carne, frutas, refrigerante e de mamadeira de conteúdo açucarado nas principais refeições. A menina não gosta de legumes. A própria filha realiza sozinha, uma vez ao dia, a escovação dentária.

Wanderson não sabe o que é cárie dentária. Ele considera necessitar de tratamento odontológico urgentemente, mas não tem condições financeiras para isso. Sua esposa “cobra” frequentemente a conclusão do tratamento dentário suspenso.

LEILA

21 anos, com ensino fundamental incompleto, renda familiar mensal de novecentos reais, residente em casa de alvenaria com 3 cômodos, dona de casa, responsável pelo cuidado da filha de 3 anos. A família consome água de abastecimento público.

A filha de Leila escova sozinha seus dentes antes do desjejum e depois do almoço. A menina alimenta-se de arroz, feijão, macarrão, carne, legumes, frutas, biscoito, leite fermentado, mamadeira de conteúdo açucarado e doces variados. A mãe acrescentou ainda que sua filha “come toda hora”. Atribuiu o aparecimento de lesões cáries ao fato de a filha comer a toda hora e à pouca escovação dentária. Leila tem dúvidas sobre a importância dos dentes decíduos, apesar de afirmar que crianças que não têm seus dentes decíduos saudáveis têm dificuldades de se relacionar com outras pessoas e ainda são vítimas de zombaria.

Essa mãe relatou queixas odontálgicas diárias e que não concluiu o tratamento dentário porque sua mãe interrompeu o pagamento por falta de condições financeiras.

Ama a filha e assume sozinha a responsabilidade de cuidar, não deixando que problemas interfiram nessa tarefa.

ROSA

39 anos, com ensino fundamental incompleto, renda familiar mensal de um mil cento e doze reais, reside em uma casa com 4 cômodos. A família consome água de abastecimento público.

Rosa trabalha como doméstica em companhia de sua filha de três anos de idade.

Sua filha alimenta-se de arroz, feijão, carne, legumes, frutas, pão, biscoito, refresco de guaraná, refrigerante, além de mamadeira de conteúdo açucarado. Ora, Rosa escova os dentes da filha, ora a filha os escova sozinha.

Rosa teve dúvidas sobre o conceito de cárie dentária. Ela afirmou fazer tudo que a Bebê-Clínica ensina: escovação dentária, uso de fio dental e por isso não

entende o porquê do aparecimento das lesões de cárie. Admite ter problemas conjugais, mas nem por isso deixa de cuidar da única filha, que é tudo para ela.

Rosa tem um dente com indicação de tratamento endodôntico, mas devido a problemas financeiros ainda não o fez.

CRISTALINA

30 anos, estudou até a quarta série do ensino fundamental, dedica-se ao cuidado do lar, da filha caçula de 3 anos e dos outros dois filhos. Seu companheiro é um mecânico. Possui renda familiar mensal de setecentos reais. Reside em uma casa com 5 cômodos. Sua família consome água de abastecimento público.

Não citou o hábito de escovação dentária de sua filha. Apesar de afirmar que a criança come muito recheio de biscoito, bala, chiclete e leite com achocolatado. Acrescenta que sua filha chora constantemente, e que para a menina não ficar chorando o tempo todo pedindo para mamar o seu peito, ela mesma compra e dá o doce.

Disse não saber bem o motivo do aparecimento das lesões de cárie dentária de sua filha, mas que pode ter sido devido ao alto consumo de doce, e mamadas no peito de madrugada, sem a devida higiene bucal posteriormente. Os três filhos gritam, brigam o tempo todo. A mãe, por sua vez, briga e grita com as crianças. Assim, o estresse foi citado como um fator que dificulta o cuidar da filha caçula. Sendo esta a primeira filha do atual companheiro, esse faz todas as suas vontades, inclusive oferecendo doces constantemente.

Cristalina é fumante, tem queixas odontálgicas constantes e relatou: “dois dentes meus caíram”. Apesar de algumas tentativas, ainda não conseguiu agendar consulta odontológica na unidade de saúde mais próxima de sua residência. Tem dúvidas no que se refere à cárie dentária.

ANA CRYS

39 anos, ensino fundamental completo, com renda familiar mensal de dois mil reais, é a responsável pelo cuidado de seu filho de dois anos de idade. Reside

em uma casa com 5 cômodos. Sua família consome água de abastecimento público. Gosta de sorrir, mas não o faz porque tem ausência de dentes. A falta de condição financeira não permitiu o tratamento dentário.

Seu filho come arroz, feijão, frango, leite fermentado, bebe suco de laranja e caju, às vezes toma refrigerante; gosta de melancia, gosta muito de chocolate que o pai às vezes compra. Relatou que o filho é pirracento e não gosta de escovar os dentes, e por isso limpa frequentemente os dentes dele com gaze umedecida em soro.

Afirmou não entender o que é cárie dentária, porém, acha que é uma sujeirinha que fica em volta do dente. Aprendeu sobre a importância do dente decíduo depois que participou da palestra. Quanto ao aparecimento das lesões de cárie em seu filho, acredita ser porque ele ainda mama no peito de madrugada e ela não faz a higiene após as mamadas.

Deixou o emprego depois de descobrir que sua filha mais velha tem vitiligo. O tratamento, a dedicação dispensada a esta filha e as inúmeras tarefas do lar, a deixam nervosa e muito agitada. Tudo isso contribui para que não faça a higiene bucal do filho caçula após as mamadas. Acrescentou ainda que somente o dinheiro do marido é pouco para pagar o aluguel, a luz, a escola, a alimentação... e mesmo assim fez a opção de cuidar dos filhos porque os tem como prioridade.

LÍDIA

27 anos, estudou até a quinta série do ensino fundamental, tem renda familiar mensal de dois salários mínimos, reside em uma casa com 4 cômodos. Sua família consome água de poço.

Lídia é a responsável pelo cuidado de seu filho de quatro anos.

Na rotina diária de seu filho, não fez menção da escovação dentária.

O filho de Lídia não gosta de almoçar nem de jantar quando se encontra em casa. Ele prefere comer biscoito e beber leite com achocolatado, refrigerante, refresco de guaraná e doces. Quando o menino está na escola, a mãe acredita que ele almoça.

Lídia sabe o que é cárie dentária. Ela culpa o marido pelo aparecimento dessa doença em seu filho. O marido, por sua vez, diz que pode dar doce porque é ele quem compra as coisas para dentro de casa e paga as contas.

Ao falar sobre sua saúde bucal, Lídia relatou necessitar de tratamento odontológico.

ELAINE

42 anos, com ensino fundamental completo, renda familiar mensal de um mil e trezentos reais, reside em uma casa com 6 cômodos. Sua família consome água de abastecimento público. Elaine é responsável pelo cuidado do filho de 5 anos de idade.

O filho de Elaine alimenta-se de biscoito, carne, peixe, legumes, macarrão, suco, refrigerante, refresco de guaraná, leite com achocolatado. O menino tem preferência por doces. A mãe, porém, tenta controlar o consumo de doces.

Ele mesmo realiza a escovação dentária, que foi citada somente após o desjejum. Elaine culpou-se sobre a ocorrência das lesões de cárie em seu filho, alegando que deveria ter um pouco mais de cuidado, ou seja, deveria escovar mais vezes os dentes do menino. Porém sente-se sobrecarregada com o correr do dia a dia: lavar roupa, passar roupa, cozinhar, limpar casa e levar a criança para escola... o que a impede de cuidar melhor do filho.

Elaine fez tratamento dentário há pouco tempo, mas se sente incomodada por ter uma ponte fixa escurecida que por dificuldades financeiras ainda não pode trocar.

.

YOLANDA

52 anos, estudou até a quinta série do ensino fundamental, tem um mil e quatrocentos e noventa reais de renda mensal, reside em casa de 5 cômodos. Ela e sua família consomem água de abastecimento público.

Yolanda cuida da neta de quatro anos enquanto a filha, mãe solteira, trabalha fora.

A neta alimenta-se de arroz, feijão, pão, leite, leite fermentado e refresco de guaraná. Às vezes toma refrigerante. Não gosta de legumes, por isso, a avó bate os legumes no liquidificador e mistura no arroz ou no feijão para que ela come-los. Come doce, mas não é fanática. A escovação é realizada pela neta apenas ao acordar.

Yolanda relatou não saber o porquê de terem aparecido lesões de cárie no dente da neta. No mesmo período em que a neta nasceu, houve a separação de seu esposo, por isso apegou-se muito à menina, que tanto ama.

Yolanda considera sua saúde bucal péssima, mas não tem condições financeiras para fazer o tratamento dentário. Não quer que o mesmo aconteça com a neta. Considera os dentes decíduos importantes para mastigação. Entende o que é cárie dentária.

DAMIANA

23 anos, concluiu o ensino médio, tem renda familiar mensal de quinhentos reais provenientes de pensão e ajuda de familiares; é separada do esposo que é militar, no momento encontra-se à procura de emprego. Damiana reside em casa de 4 cômodos e utiliza água de abastecimento público. É a responsável pelo cuidado de sua única filha de um ano de idade.

A filha de Damiana alimenta-se de leite materno, arroz, feijão, macarrão, legumes, frutas e biscoito. A menina tem o hábito de, segundo sua mãe, “biliscar” toda hora, isto é, comer “toda hora”.

Damiana citou o hábito de escovar os dentes de sua filha somente após o almoço.

Para Damiana os dentes decíduos não são importantes.

Damiana culpou-se pelo aparecimento das lesões de cárie em sua filha. A sua saúde bucal está ruim, mas não tem tempo para ir à consulta odontológica.

CÉLIA

24 anos, estudou até a quarta série do ensino fundamental, tem renda mensal de um salário mínimo, reside em casa de 04 quartos e utiliza água de abastecimento público. Célia é a responsável pelo cuidado de sua filha de um ano de idade.

A menina alimenta-se de arroz, feijão, legumes, carne, frutas com um pouquinho de açúcar, biscoitos, mamadeira de conteúdo açucarado, às vezes bebe refrigerante.

Após as mamadas de madrugada, disse que “às vezes não limpa” os dentes de sua filha. Durante o dia a limpeza é realizada. Entretanto, quando Célia falou da rotina de sua filha, não mencionou o hábito de escovação dentária.

Célia disse não saber se dente decíduo é importante. Para ela, cárie dentária é uma mancha preta, meio amarela, mancha branca que dá no dente.

Sobre o aparecimento das lesões de cárie em sua filha, culpou o marido pela ocorrência, uma vez que o pai deixa a filha dormir de boca suja.

Célia considera sua saúde bucal péssima. Não fez ainda o tratamento dentário porque não tem quem fique com a filha. Célia relatou não saber se dente decíduo é importante.

JANDIRA

Tem 25 anos, não concluiu o ensino médio, tem renda familiar mensal de setecentos reais, é a responsável pelo cuidado de sua filha de um ano de idade, reside em casa de 5 cômodos. Sua família consome água de poço artesiano.

Sua filha come feijão, arroz, legumes, carne desfiada, leite fermentado, refrigerante, suco com açúcar, mamadeira de conteúdo açucarado, além de mamar no peito. A avó dá pirulito quando a visita a neta. A criança mama no peito a noite toda. A mãe relatou que não realiza a higienização bucal após as mamadas à noite porque se sente cansada da rotina do dia.

Jandira disse não se lembrar do que foi dito na palestra sobre a importância do dente decíduo.

Jandira culpou-se pelo aparecimento das lesões de cárie dentária em sua filha devido a ausência de higiene bucal após as mamadas noturnas

Jandira relatou que não vai ao dentista há muito tempo, porém conseguiu agendar uma consulta odontológica no posto de saúde próximo a sua residência.

LÚCIA

38 anos, ensino fundamental incompleto, renda familiar mensal de oitocentos reais, reside em casa de 5 cômodos. Sua família consome água de abastecimento público.

Lúcia é a responsável pelo cuidado do filho de um ano de idade.

O filho de Lúcia alimenta-se de leite materno, frutas, verduras, legumes, arroz, feijão, suco açucarado, refrigerante às vezes, biscoito, bala, pirulito e bolo. Dorme a noite toda mamando no peito e a mãe não limpa os dentes. Ela quer dormir e ele não deixa, mamando.

Lúcia considera sua saúde bucal “um pandareco”. Ela disse que tratamento dentário é caro. Tem dado prioridade à saúde bucal do filho porque não quer que ele tenha os dentes cariados e que receba por isso apelidos de outras crianças.

Ela considera importante o fio dental, uma boa escova e uma boa pasta para limpeza do dente, a fim de se evitar a cárie dentária. Apontou o pai, a outra filha e as tias como culpados pelo aparecimento das lesões de cárie em seu filho, pois eles oferecem doces ao menino constantemente.

Lúcia admitiu que as “muitas preocupações” que tem fazem com que seja negligente em escovar os dentes do filho após as refeições.

JORGIANE

26 anos, casada, ensino fundamental, renda mensal de novecentos e trinta e dois reais, reside em casa de 4 cômodos. Sua família consome água de abastecimento público. Jorgiane trabalha num hospital em dias alternados como

auxiliar de serviços gerais, e por isso divide a responsabilidade do cuidado de seu filho de cinco anos com a sogra.

O filho de Jorgiane se alimenta de arroz, feijão, carne, legumes, biscoito, doce, leite fermentado, biscoito recheado, refrigerante, achocolatado, pipoca, sorvete às vezes, e chocolate. Não mencionou hábito de escovação dentária na rotina do filho. Acredita que as lesões de cárie que apareceram no filho são decorrentes do excesso de doce que o menino consome nos dias em que ela trabalha. Acrescentou também que quando encontra-se em casa, tenta controlar.

Jorgiane sente dor de dente frequentemente, mas ainda não agendou consulta odontológica.

Jorgiane acrescentou que o estresse muda a maneira de ela cuidar do filho. Para não “descontar” no menino, deixa-o brincar à vontade e procura uma atividade para ela fazer.

CECÍLIA

35 anos, ensino médio, renda mensal de seiscentos a oitocentos reais, reside em casa de 4 cômodos, dedica-se ao cuidado de sua filha de 4 anos de idade. A família consome água de abastecimento público.

A alimentação da filha de Cecília é arroz, feijão, fígado, carne, frango, suco com açúcar, refrigerante, refresco artificial, chocolate, biscoito de sal, biscoito recheado, além de doce. Enfatizou que a filha gosta muito de doce. A escovação dentária é realizada pela criança apenas uma vez ao dia, após o desjejum.

Cecília afirmou não saber o que é cárie dentária. Considerou que o aparecimento das lesões de cárie de sua filha é decorrente da falta de higienização da cavidade bucal após o consumo de mamadeiras açucaradas de madrugada.

Cecília relatou ter problemas, mas que isso não interfere no cuidado com a filha.