

Pais/responsáveis como coadjuvantes na saúde bucal de seus filhos
Parents/responsible co-advances in the oral health of your children
Padres/responsables como coadyuvante en la salud bucal de sus hijos

Recebido: 18/11/2019 | Revisado: 19/11/2019 | Aceito: 25/11/2019 | Publicado: 28/11/2019

Michele Soares Brandão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7504-7095>

Faculdades Integradas de Patos, Brasil

E-mail: michele-mic@hotmail.com

Ana Karina Almeida Rolim

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6910-2898>

Universidade Estadual da Paraíba, Brasil

E-mail: k_rolim19@hotmail.com

Germana de Queiroz Tavares Borges Mesquita

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8689-644X>

Centro Universitário Facisa, Brasil

E-mail: germanaacb@hotmail.com

Suyene de Oliveira Paredes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8068-5729>

Faculdades Integradas de Patos, Brasil

E-mail: suyparedes@hotmail.com

Maria Carolina Bandeira Macena Guedes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1475-6012>

Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

E-mail: lcbandeira79@hotmail.com

Sérgio D'ávila Lins Bezerra Cavalcanti

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7836-896X>

Universidade Estadual da Paraíba, Brasil

E-mail: davila2407@hotmail.com

Fátima Roneiva Alves Fonseca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9107-3261>

Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

E-mail: fatima_roneiva@hotmail.com

Resumo

Verificar o nível de conhecimento dos pais e responsáveis sobre a odontologia na primeira infância, além de analisar variáveis sociodemográficas. Tratou-se de uma pesquisa de campo, observacional e transversal com abordagem quantitativa e análise descritiva e analítica dos dados, por meio de questionários, que foram aplicados a pais/responsáveis por crianças de 0 a 3 anos de idades de creches municipais de uma cidade do sertão paraibano. Foram entrevistados 171 pais ou responsáveis por crianças matriculadas em creches públicas de um município do sertão paraibano. Observou-se que a maioria era predominante do gênero feminino (91,2%), com 15 à 30 anos de idade (63,2%), possuíam renda mensal familiar de até R\$ 780,00 (67,3%), e tinham nível de escolaridade predominante o fundamental I (33,9%). A maioria dos pais/ responsáveis (55,6%), consideraram que saúde bucal significava higiene e tinham conhecimento sobre a existência da Odontologia para bebês (64,9%). Para 52,6% dos entrevistados, o momento ideal iniciar a higiene da cavidade bucal do bebê é a partir do nascimento do primeiro dente e sobre o método empregado para realizar essa higienização, 53,8% indicaram gaze ou fralda embebida em água filtrada. Foi observado que 53,8% relataram que a importância da higiene bucal está relacionada saúde geral do bebê. Pais e/ou responsáveis por bebês das creches públicas demonstraram um conhecimento razoável, em relação à saúde bucal infantil.

Palavras-chave: Odontologia; Conhecimento; Bebês.

Abstract

To verify the level of knowledge of parents and guardians about dentistry in early childhood, and to analyze sociodemographic variables. This was a field research, observational and cross-sectional with quantitative approach and descriptive and analytical analysis of the data, through questionnaires, which were applied to parents / guardians of children from 0 to 3 years old from municipal daycare centers a city of the Paraíba hinterland. 171 parents or guardians of children enrolled in municipal public day care centers were interviewed. Most of them were predominant females (91.2%), aged 15 to 30 years (63.2%), with monthly family income of up to R \$ 780.00 (67.3%), and had predominant education level of elementary school I (33.9%). Most parents / guardians (55.6%) considered that oral health meant hygiene and were aware of the existence of dentistry for babies (64.9%). For 52.6% of respondents, the ideal time to start hygiene of the baby's oral cavity is from the birth of the first tooth and on the method used to perform this hygiene, 53.8% indicated gauze or diaper soaked in

filtered water. It was observed that 53.8% reported that the importance of oral hygiene is related to the overall health of the baby. Parents and /or guardians of public daycare infants centers demonstrated a reasonable knowledge regarding children's oral health.

Keywords: Dentistry; Knowledge; Babies.

Resumen

Verificar el nivel de conocimiento de los padres y tutores sobre odontología en la primera infancia, y analizar las variables sociodemográficas. Esta fue una investigación de campo, observacional y transversal con enfoque cuantitativo y análisis descriptivo y analítico de los datos, a través de cuestionarios, que se aplicaron a los padres / tutores de niños de 0 a 3 años de las guarderías municipales. Una ciudad del interior de Paraíba. Se entrevistó a 171 padres o tutores de niños inscritos en guarderías públicas municipales. La mayoría de ellas eran mujeres predominantes (91,2%), de 15 a 30 años (63,2%), con ingresos familiares mensuales de hasta R \$ 780,00 (67,3%), y tenía un nivel de educación predominante en la escuela primaria I (33.9%). La mayoría de los padres / tutores (55.6%) consideraron que la salud oral significaba higiene y eran conscientes de la existencia de odontología para bebés (64.9%). Para el 52.6% de los encuestados, el momento ideal para comenzar la higiene de la cavidad bucal del bebé es desde el nacimiento del primer diente y en el método utilizado para realizar esta higiene, el 53.8% indicó gasa o pañal empapado en agua filtrada. Se observó que el 53.8% informó que la importancia de la higiene oral está relacionada con la salud general del bebé. Los padres y / o tutores de los niños de guarderías públicas demostraron un conocimiento razonable sobre la salud bucal de los niños.

Palabras clave: Salud Oral; Conocimiento; Bebes.

1. Introdução

A promoção de saúde bucal tem recebido grande importância na atualidade. Com base no princípio da integralidade, vem traçando novos conceitos capazes de transformar o cotidiano em relação aos hábitos e aos cuidados com a saúde dos indivíduos (TEIXEIRA, 2016). Na Odontopediatria, o processo preventivo das doenças bucais, iniciado ainda na gestação é essencial para que o indivíduo atinja a idade adulta livre de patologias que acometem a cavidade bucal, como cárie e doença periodontal (PEREIRA *et.al.*, 2018).

Durante o período de 0 a 36 meses, período que corresponde a primeira infância, a Odontologia para bebês, em sua estratégia educativo-preventiva está intimamente ligada à

promoção de saúde bucal e ao exercício político da profissão odontológica de disseminação de conhecimentos e capacitação do indivíduo, adquirindo função educativa individual e social (OLIVEIRA; BOTTA; ROSELL, 2017).

Procedimentos odontológicos em crianças na primeira infância tem sido uma realidade, apesar de avanços no ganho em níveis de saúde bucal da população, a doença cárie continua sendo um grave problema de saúde pública, afetando grande parcela da população. Na primeira infância ela apresenta-se mais agressiva e de evolução acelerada, requerendo esforços em relação à prevenção da doença e promoção de saúde bucal. (SANTOS *et al.*, 2016) Neste sentido, é de extrema importância a educação materna para a mudança de concepções e hábitos por meio do reconhecimento da cárie como doença infecciosa, passível de controle e prevenção desde que interrompida precocemente (FREIRE *et al.*, 2017).

A prevenção precoce deve ser instituída nas crianças durante a primeira infância, antes mesmo da erupção dos primeiros dentes, criando hábitos de higiene saudáveis e prevenindo futuras doenças bucais (PEÇANHA *et al.*, 2019). Medidas educativas e preventivas e atenção precoce a saúde bucal são mais eficazes quando iniciadas em idade precoce, preferencialmente no primeiro ano de vida (OLIVEIRA; BOTTA; ROSELL, 2017).

De acordo com Silva (2016) a família representa o núcleo forte e primitivo, além de ser responsável pela formação da personalidade, hábitos e costumes do indivíduo tornando-os competentes em atitudes relacionadas a sua saúde.

Orientações devem ser feitas ainda no período gestacional quanto a alimentação saudável rica em vitaminas necessárias a formação dentária e informações sobre cuidados bucais relacionados à gestante e ao bebê devem fazer parte do pré-natal, sendo continuada após o nascimento (MACHADO *et al.*, 2019). Gouveia *et al.*, (2018) ressaltavam a importância de equipes multidisciplinares atuando de maneira a aumentar o conhecimento das mães sobre sua saúde bucal.

Por considerar relevante o conhecimento dos aspectos relacionados aos cuidados com a saúde bucal dos bebês por parte dos responsáveis, aos quais são capazes de favorecer a instituição de práticas diárias de saúde bucal na primeira infância, visto que estão diretamente ligados aos aspectos de instituição de hábitos sob uma postura mais preventiva e precoce, o objetivo desse estudo é verificar o nível de conhecimento dos pais e responsáveis sobre a odontologia na primeira infância, além de analisar variáveis sociodemográficas.

2. Metodologia

A presente pesquisa trata-se de uma pesquisa de campo, transversal com abordagem quantitativa e análise descritiva e analítica dos dados, com questões objetivas relacionadas a questões socioeconômicas e temas como cárie dentária, cuidados com a higiene bucal e Odontologia para bebês onde foram observados os conhecimentos de pais e responsáveis sobre a saúde bucal na primeira infância. Foi desenvolvida em creches públicas de um município do sertão paraibano com pais e ou responsáveis por crianças de 0 a 3 anos de idade que estavam matriculadas.

Após a explicação dos objetivos e esclarecimentos sobre o que se trata e qual o tema da pesquisa, os pais e/ou responsáveis foram convidados a participarem da pesquisa, após a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido A coleta de dados foi feita por meio de formulários, de formato estruturado, composto de perguntas objetivas.

Os dados foram registrados na forma de banco de dados do programa de informática SPSS Statistics para Windows, versão 20.0, e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial bivariada. Para os procedimentos descritivos, foram apresentados os dados absolutos e relativos (frequências e porcentagens), ao passo que os procedimentos de inferência estatística foram realizados por meio do teste Qui-Quadrado (χ^2) e cálculo do coeficiente V de Cramer.

3. Resultados

Participaram desta pesquisa 171 pais ou responsáveis, a maioria predominante do gênero feminino (91,2%), distribuídos nas faixas etárias: de 15 a 30 anos de faixa etária (63,2%), de 31 a 45 anos (31,5%) e de 46 a 60 anos (5,3%). A maioria possuía renda familiar mensal de até R\$ 780,00 (67,3%) e apresentava grau de escolaridade fundamental I (33,9%).

Tabela 1: Distribuição das características sociodemográficas dos pais e responsáveis participantes da pesquisa.

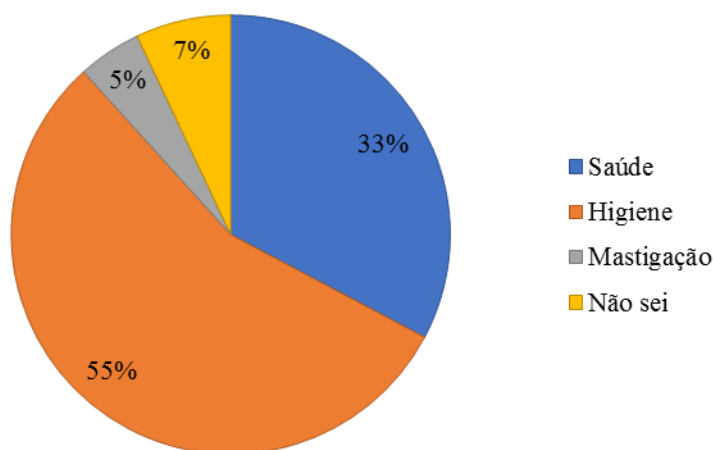
Variáveis	Subgrupos	Frequência (f)	Percentual (%)
Idade	15 a 30 anos	108	63,2
	31 a 45 anos	54	31,6
	46 a 60 anos	9	5,3
Gênero	Masculino	15	8,8
	Feminino	156	91,2
Renda	Sem renda atualmente	41	24,0
	De R\$261 a R\$780	115	67,3

	De R\$781 a R\$1.300	11	6,4
	De R\$1.301 a R\$2.100	2	1,2
	Acima de R\$2.100	2	1,2
<hr/>			
	Analfabeto/Fundamental incompleto	25	14,6
	Fundamental I	58	33,9
	Fundamental II	36	21,1
Escolaridade	Ensino médio incompleto	24	14,0
	Ensino médio completo	25	14,6
	Superior incompleto	2	1,2
	Superior completo	1	0,6

A estes participantes, foi solicitado que respondessem algumas questões voltadas para a saúde bucal de seus filhos, com a finalidade de avaliar o conhecimento daqueles sobre o tema. Estas respostas foram analisadas separadamente, bem como em função das características sociodemográficas dos participantes. Ressalta-se, ainda, que para as variáveis renda e escolaridade, dado o baixo efetivo amostral em algumas categorias, as escalas de resposta foram alteradas para duas categorias. Em relação à renda familiar, as escalas de respostas ficaram: renda até R\$ 780,00 ou acima de R\$ 780,00; ao passo que para a escolaridade etária foram: até o ensino fundamental e a partir do ensino médio.

O primeiro item do questionário estava voltado para o significado de saúde bucal. Para a maioria dos pais/ responsáveis (55,6%), saúde bucal significava higiene; entretanto, também foram observadas as respostas saúde (32,7%) e mastigação (4,7%). Verificou-se também que 7,0% dos participantes relataram não saber o significado de saúde bucal, e que nenhum participante associou o termo saúde bucal ao significado de estética, conforme ilustrado na (Gráfico 1).

Gráfico 1: Avaliação do conhecimento de pais e responsáveis sobre o significado de saúde bucal.



Discriminado estas respostas em função das características sociodemográficas dos participantes, não foram observadas associações significativas do ponto de vista estatístico entre estimar que saúde bucal seja “saúde”, “higiene” ou “mastigação” e a faixa etária ($p=0,24$), o gênero ($p=0,66$), a renda ($p=0,66$) e a escolaridade ($p=0,26$) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição do conhecimento de pais e responsáveis sobre o significado de saúde bucal, em função de dados demográficos

Variáveis	Respostas	Saúde f (%)	Higiene f (%)	Mastigação f (%)	Não sei f (%)
Geral	Todos os participantes	56 (32,7)	95 (55,6)	8 (4,7)	12 (7,0)
	15 a 30 anos	33 (19,3)	63 (36,8)	4 (2,3)	8 (4,7)
	31 a 45 anos	22 (12,9)	27 (15,8)	3 (1,8)	2 (1,2)
	46 a 60 anos	1 (0,6)	5 (2,9)	1 (0,6)	2 (1,2)
	X^2 (p)	7,88 (0,24)			
Gênero	Masculino	6 (3,5)	8 (4,7)	1 (0,6)	0 (0,0)
	Feminino	50 (29,2)	87 (50,9)	7 (4,1)	12 (7,0)
	X^2 (p)	1,57 (0,66)			
Renda	Até R\$ 780,00	50 (29,2)	87 (50,9)	7 (4,1)	12 (7,0)
	Acima de R\$ 780,00	6 (3,5)	8 (4,7)	1 (0,6)	0 (0,0)
	X^2 (p)	1,57 (0,66)			
Escolarid.	Até ens. fundamental	41 (24,0)	61 (35,7)	7 (4,1)	10 (5,8)
	A partir ens. médio	15 (8,8)	34 (19,9)	1 (0,6)	2 (1,2)
	X^2 (p)	3,93 (0,26)			

No segundo item do instrumento de pesquisa, foi questionado aos pais se eles sabiam da existência de odontologia para bebês. A maioria informou que sabia que existia (64,9%), em detrimento dos 35,1% que não tinham conhecimento da odontologia aplicada aos bebês. Avaliando estas informações em função do perfil dos participantes, não foram verificadas associações estatisticamente significativas destas variáveis com a faixa etária e o gênero dos participantes; contudo, foram observadas associações à renda e escolaridade dos mesmos.

Inicialmente, quanto à renda, foi constatada uma associação entre ter renda mensal familiar de até R\$ 780,00 e não saber da existência de odontologia para bebês, assim como entre ter renda acima de R\$ 780,00 e saber da aplicabilidade da Odontologia aos bebês ($\chi^2=5,83$; $p=0,01$). Considerando estes resultados, foi calculado o coeficiente V de Cramer, para estimar a força desta associação, que foi correspondente a 0,18, sugerindo, dessa forma, uma associação fraca entre as variáveis.

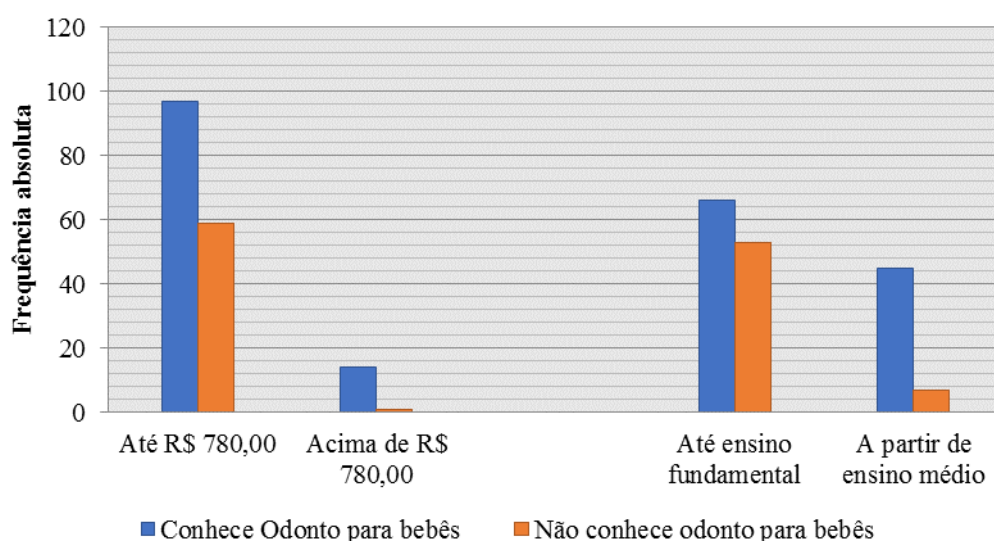
Resultados similares a estes foram encontrados para a variável escolaridade. Observou-se uma associação significativa segundo critérios estatísticos entre ter escolaridade formal até o ensino fundamental e não ter conhecimento da área de odontologia para bebês, da mesma forma que possuir escolaridade a partir do ensino médio se mostrou associado a ter conhecimento da odontologia na primeira infância. Em contrapartida, para a escolaridade dos participantes, o coeficiente V de Cramer apontou uma associação mais forte entre as variáveis. Os dados brutos e relativos correspondentes a estas informações estão apresentados na Tabela 3, e ilustrado no gráfico 2.

Tabela 3: Distribuição do conhecimento de pais e responsáveis sobre a existência de odontologia para bebês, em função de dados demográficos.

Variáveis	Respostas	Sim f (%)	Não f (%)
Geral	Todos os participantes	111 (64,9)	60 (35,1)
Faixa etária	15 a 30 anos	66 (38,6)	42 (24,6)
	31 a 45 anos	37 (21,6)	17 (9,9)
	46 a 60 anos	8 (4,7)	1 (0,6)
	X^2 (p)	3,26 (0,19)	
Gênero	Masculino	11 (6,4)	4 (2,3)
	Feminino	100 (58,5)	56 (32,7)
	X^2 (p)	0,51 (0,47)	
Renda	Até R\$ 780,00	97 (56,7)	59 (34,5)*

	Acima de R\$ 780,00	14 (8,2)*	1 (0,6)
	X ² (p)	5,83 (0,01); V=0,18	
Escolaridade	Até ens. fundamental	66 (38,6)	53 (31,0)*
	A partir ens. médio	45 (26,3)*	7 (4,1)
	X ² (p)	15,34 (<0,001); V=0,30	

Gráfico 2: Avaliação do conhecimento de pais e responsáveis sobre a existência de odontologia para bebês, em função de sua renda e escolaridade.



A terceira questão do instrumento avaliava a opinião dos pais sobre o início do cuidado com a saúde bucal dos bebês. A maioria informou que este momento é a partir do nascimento do primeiro dente (52,6%), ao passo que 7,0% acreditavam que deve se dar somente quando a criança tiver dentes permanentes. Ressalta-se, ainda, que 4,1% dos pais responderam que o cuidado com a saúde bucal dos filhos deve ser apenas quando a criança estiver com cárie ou com dor (Tabela 4).

Confrontando tais informações com os dados sociodemográficos dos participantes, não foram verificadas associações estatisticamente significativas para nenhuma das variáveis.

Tabela 4: Distribuição do conhecimento de pais e responsáveis sobre o início do cuidado com a saúde bucal dos bebês, em função de dados demográficos

Variáveis	Respostas	Após nascimento	Após 1º dente	Dente permanente	Cárie ou dor
		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)

Geral	Todos os participantes	62 (36,3)	90 (52,6)	12 (7,0)	7 (4,1)
Faixa etária	15 a 30 anos	41 (24,0)	55 (32,2)	8 (4,7)	4 (2,3)
	31 a 45 anos	18 (10,5)	32 (18,7)	2 (1,2)	2 (1,2)
	46 a 60 anos	3 (1,8)	3 (1,8)	2 (1,2)	1 (0,6)
	X ² (p)	6,35 (0,38)			
Gênero	Masculino	3 (1,8)	7 (4,1)	3 (1,8)	2 (1,2)
	Feminino	59 (34,5)	83 (48,5)	9 (5,3)	5 (2,9)
	X ² (p)	8,68 (0,03)			
Renda	Até R\$ 780,00	58 (33,9)	82 (48,0)	11 (6,4)	5 (2,9)
	Acima de R\$ 780,00	4 (2,3)	8 (4,7)	1 (0,6)	2 (1,2)
	X ² (p)	3,85 (0,27)			
Escolarid.	Até ens. fundamental	37 (21,6)	66 (38,6)	10 (5,8)	6 (3,5)
	A partir ens. médio	25 (14,6)	24 (14,0)	2 (1,2)	1 (0,6)
	X ² (p)	5,40 (0,14)			

Os pais também foram avaliados como devem ser realizados estes cuidados. Observou-se que a maioria dos participantes acredita que os cuidados com a higiene devem ser realizados por meio de gaze e fralda (53,8%), ao passo que 38,6% relataram ser por meio de escova e creme dental. Em percentuais de respostas menos prevalentes, também foi citado o uso isolado da escova dental por 5,3% dos participantes, bem como a não necessidade de realizar a higienização bucal em bebês (2,3%).

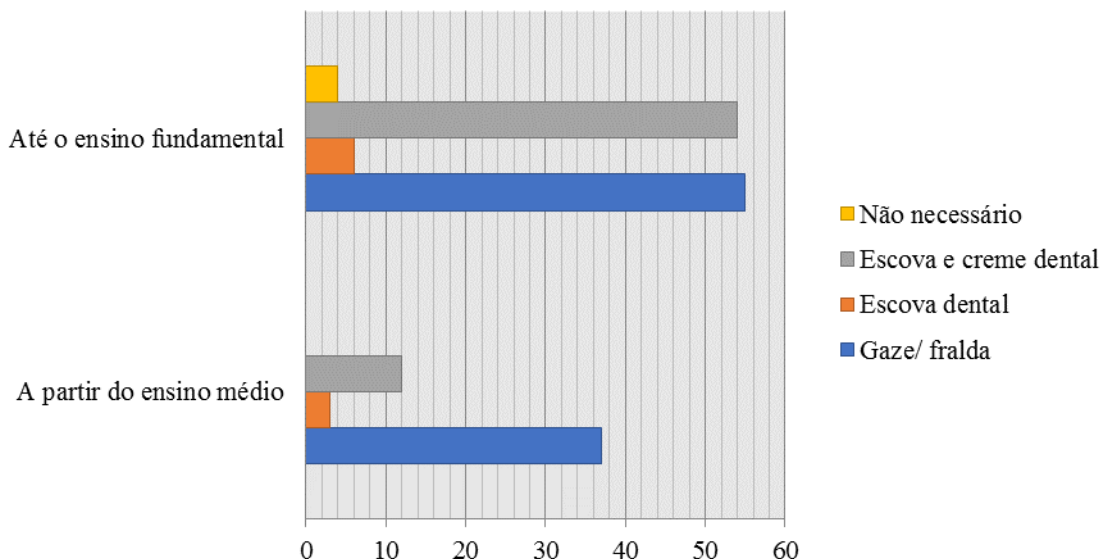
Para atender aos objetivos desta pesquisa, estes dados foram submetidos ao teste Qui-Quadrado para avaliar a relação com os dados demográficos dos participantes. Inicialmente, não foram observadas associações à faixa etária, gênero e renda familiar dos participantes. Entretanto, observou-se uma associação estatisticamente significativa destas informações à escolaridade dos pais/ responsáveis. Isto é, foi constatada uma associação entre ter escolaridade formal até o ensino fundamental e acreditar que a higienização deve se dar por meio de escova e creme dental, ao passo que foi observada uma associação entre possuir escolaridade a partir do ensino médio e acreditar que a higienização deve ser feita com o auxílio de gaze ou de uma fralda, conforme dados discriminados na Tabela 5 e ilustrados no gráfico 4.

Tabela 5: Distribuição do conhecimento de pais e responsáveis sobre quais cuidados são necessários para a saúde bucal dos bebês, em função de dados demográficos.

Variáveis	Respostas	Gaze e	Escova	Escova e	Não necessário
-----------	-----------	--------	--------	----------	----------------

		fralda	dental	pasta	
		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Geral	Todos os participantes	92 (53,8)	9 (5,3)	66 (38,6)	4 (2,3)
Faixa etária	15 a 30 anos	59 (34,5)	6 (3,5)	42 (24,6)	1 (0,6)
	31 a 45 anos	29 (17,0)	2 (1,2)	20 (11,7)	3 (1,8)
	46 a 60 anos	4 (2,3)	1 (0,6)	4 (2,3)	0 (0,0)
	X ² (p)	4,64 (0,59)			
Gênero	Masculino	8 (4,7)	0 (0,0)	7 (4,1)	0 (0,0)
	Feminino	84 (49,1)	9 (5,3)	59 (34,5)	4 (2,3)
	X ² (p)	1,52 (0,67)			
Renda	Até R\$ 780,00	85 (49,7)	9 (5,3)	59 (34,5)	3 (1,8)
	Acima de R\$ 780,00	7 (4,1)	0 (0,0)	7 (4,1)	1 (0,6)
	X ² (p)	2,61 (0,45)			
Escolarid.	Até ens. fundamental	55 (32,2)	6 (3,5)	54 (31,6)*	4 (2,3)
	A partir ens. médio	37 (21,6)*	3 (1,8)	12 (7,0)	0 (0,0)
	X ² (p)	10,61 (0,01); V=0,24			

Gráfico 4: Avaliação do conhecimento de pais e responsáveis sobre quais cuidados são necessários para a saúde bucal dos bebês, em função da escolaridade dos participantes.



A quinta questão do instrumento estava voltada para a avaliação do conhecimento dos pais sobre o momento da primeira consulta odontológica. Foi observado como resposta mais prevalente após o nascimento do primeiro dentinho (55,6%) (Tabela 6).

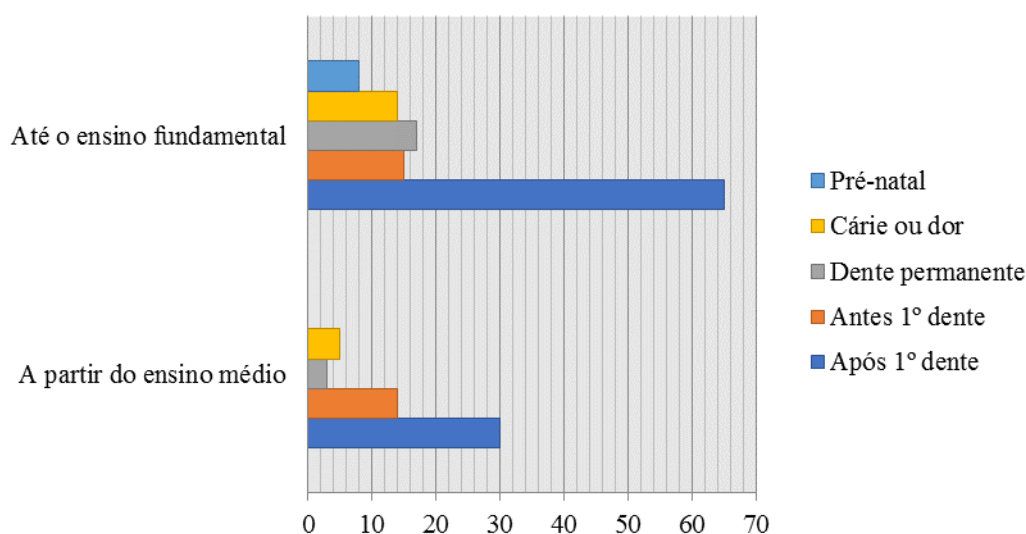
A partir da análise das respostas com o perfil dos participantes, tais quais os resultados da questão anterior, não foram identificadas associações entre a faixa etária, o gênero e a renda dos participantes (ver dados inferenciais apresentados na Tabela 6). No entanto, foi observada uma associação significativa segundo critérios estatísticos entre a escolaridade dos pais/responsáveis e a opinião sobre o momento da primeira consulta. Ou seja, observou-se que os pais que possuem escolaridade a partir do ensino médio acreditam que a primeira consulta deve se dar antes do nascimento do primeiro dente (Gráfico 5).

Tabela 6: Distribuição do conhecimento de pais e responsáveis sobre o momento da primeira visita ao dentista, em função de dados demográficos.

Variáveis	Respostas	Após 1º dentes f (%)	Antes 1º dente f (%)	Dente perman. f (%)	Cárie ou dor f (%)	Pré-natal f (%)
Geral	Todos os participantes	95 (55,6)	29 (17,0)	20 (11,7)	19 (11,1)	8 (4,7)
Faixa etária	15 a 30 anos	57 (33,3)	20 (11,7)	15 (8,8)	12 (7,0)	4 (2,3)
	31 a 45 anos	30 (17,5)	9 (5,3)	4 (2,3)	7 (4,1)	4 (2,3)
	46 a 60 anos	8 (4,7)	0 (0,0)	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
	X ² (p)	7,59 (0,47)				
Gênero	Masculino	7 (4,1)	4 (2,3)	2 (1,2)	2 (1,2)	0 (0,0)
	Feminino	88 (51,5)	25 (14,6)	18 (10,5)	17 (9,9)	8 (4,7)
	X ² (p)	2,02 (0,73)				
Renda	Até R\$ 780,00	87 (50,9)	25 (14,6)	18 (10,5)	18 (10,5)	8 (4,7)
	Acima de R\$ 780,00	8 (4,7)	4 (2,3)	2 (1,2)	1 (0,6)	0 (0,0)
	X ² (p)	2,02 (0,73)				
Escolarid.	Até ens. fundamental	65 (38,0)	15 (8,8)	17 (9,9)	14 (8,2)	8 (4,7)
	A partir ens. Médio	30 (17,5)	14 (8,2*)	3 (1,8)	5 (2,9)	0 (0,0)
	X ² (p)	10,32 (0,03); V=0,24				

Gráfico 5: Avaliação do conhecimento de pais e responsáveis sobre o momento da primeira visita ao dentista, em função da escolaridade dos

participantes.



A sexta questão avaliava a opinião dos participantes quanto à importância da higiene bucal em bebês, cuja resposta prevalente foi: saúde geral (53,8%). Ressalta-se que 1,8% dos pais/ responsáveis acreditam que a higiene bucal em bebês não é importante. Para avaliar estas informações segundo o perfil dos sujeitos, os dados foram submetidos ao teste Qui-Quadrado, cujos resultados não apontaram para associação com qualquer variável (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição do conhecimento de pais e responsáveis sobre a importância da higiene bucal em bebês, em função de dados demográficos.

Variáveis	Respostas	Saúde f (%)	Prevenç. f (%)	Higiene f (%)	Hálito f (%)	Não imp. f (%)
Geral	Todos os participantes	92 (53,8)	35 (20,5)	39 (22,8)	2 (1,2)	3 (1,8)
Faixa etária	15 a 30 anos	54 (31,6)	23 (13,5)	29 (17,0)	0 (0,0)	2 (1,2)
	31 a 45 anos	34 (19,9)	9 (5,3)	9 (5,3)	2 (1,2)	0 (0,0)
	46 a 60 anos	4 (2,3)	3 (1,8)	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,6)
	X ² (p)	14,40 (0,07)				
Gênero	Masculino	7 (4,1)	1 (0,6)	6 (3,5)	1 (0,6)	0 (0,0)
	Feminino	85 (49,7)	34 (19,9)	33 (19,3)	1 (0,6)	3 (1,8)
	X ² (p)	8,35 (0,07)				
Renda	Até R\$ 780,00	82 (48,0)	35 (20,5)	35 (20,5)	1 (0,6)	3 (1,8)
	Acima de R\$ 780,00	10 (5,8)	0 (0,0)	4 (2,3)	1 (0,6)	0 (0,0)
	X ² (p)	8,51 (0,07)				
Escolarid.	Até ens. fundamental	69 (40,4)	22 (12,9)	23 (13,5)	2 (1,2)	3 (1,8)

	A partir ens. médio	23 (13,5)	13 (7,6)	16 (9,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
	X^2 (p)	6,28 (0,17)				

A sétima questão do instrumento buscou investigar a fonte de informações dos pais/responsáveis sobre cuidados com a saúde bucal de bebês. As respostas mais frequentes foram: dentista (48,0%), escola dos filhos (14,0%) e médico (14,0%). Estes dados não diferiram em função das características sócio demográficas dos participantes (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição da fonte de informações que pais e responsáveis receberam sobre os cuidados com a saúde bucal dos bebês, em função de dados demográficos.

Variáveis	Respostas	Médico f (%)	Dentista f (%)	Mídia f (%)	Escola f (%)	Sem inf. f (%)
Geral	Todos os participantes	24 (14,0)	82 (48,0)	19 (11,1)	24 (14,0)	22 (12,9)
Faixa etária	15 a 30 anos	19 (11,1)	49 (28,7)	12 (7,0)	16 (9,4)	12 (7,0)
	31 a 45 anos	4 (2,3)	26 (15,2)	7 (4,1)	7 (4,1)	10 (5,8)
	46 a 60 anos	1 (0,6)	7 (4,1)	0 (0,0)	1 (0,6)	(0,0)
	X^2 (p)	8,60 (0,37)				
Gênero	Masculino	0 (0,0)	10 (5,8)	1 (1,2)	0 (0,0)	3 (1,8)
	Feminino	24 (14,0)	72 (42,1)	17 (9,9)	24 (14,0)	19 (11,1)
	X^2 (p)	6,54 (0,16)				
Renda	Até R\$ 780,00	21 (12,3)	77 (45,0)	18 (10,5)	20 (11,7)	10 (11,7)
	Acima de R\$ 780,00	3 (1,8)	5 (2,9)	1 (0,6)	4 (2,3)	2 (1,2)
	X^2 (p)	3,31 (0,50)				
Escolarid.	Até ens. fundamental	14 (8,2)	54 (31,6)	14 (8,2)	17 (9,9)	20 (11,7)
	A partir ens. médio	10 (5,8)	28 (16,4)	5 (2,9)	7 (4,1)	2 (1,2)
	X^2 (p)	6,87 (0,14)				

Por fim, a última questão contemplou a opinião dos pais/responsáveis, sobre a possibilidade de transmissão da cárie pelos pais ao bebê. Os resultados encontrados apresentaram proporções equivalentes. 55,6% acreditam que é possível a cárie ser transmitida ao bebê pelos pais, em detrimento dos 44,4% que não acreditam que isto é possível. Estas informações, tal qual a questão anterior, não diferiu em função do perfil dos participantes (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição do conhecimento de pais e responsáveis sobre a possibilidade de transmissão da cárie pelos pais ao bebê, em função de dados demográficos.

Variáveis	Respostas	Sim f (%)	Não f (%)
Geral	Todos os participantes	95 (55,6)	76 (44,4)
Faixa etária	15 a 30 anos	54 (31,6)	54 (31,6)
	31 a 45 anos	34 (19,9)	20 (11,7)
	46 a 60 anos	7 (4,1)	2 (1,2)
	X ² (p)	4,35 (0,11)	
Gênero	Masculino	7 (4,1)	8 (4,7)
	Feminino	88 (51,5)	68 (39,8)
	X ² (p)	0,52 (0,46)	
Renda	Até R\$ 780,00	85 (49,7)	71 (41,5)
	Acima de R\$ 780,00	10 (5,8)	5 (2,9)
	X ² (p)	0,82 (0,36)	
Escolaridade	Até ens. fundamental	64 (37,4)	55 (32,2)
	A partir ens. médio	31 (18,1)	21 (12,3)
	X ² (p)	0,40 (0,48)	

4. Discussão

Bons hábitos de higiene bucal são comuns quando valores de saúde bucal são aceitos como parte do estilo de vida, implicando a responsabilidade e compromisso contínuo estendido à família (CUNHA *et al.*, 2018). A avaliação dos indicadores socioeconômicos tem elevada relevância em estudos de saúde infantil, pois externalizam as condições de vida, acesso a bens de consumo, serviços de saúde, educação e cultura (MOTTA *et al.*, 2016), assim primeiramente foi traçado o perfil socioeconômico do grupo.

De acordo com os dados obtidos na presente pesquisa, pôde-se observar que 91,2% eram do sexo feminino, aspecto que se aproxima dos achados observados nos trabalhos de Souza *et al.* (2017), Martins e Jetelina (2016) e Garbin *et al.* (2016) apresentando, 100%, 82% e 69,4% respectivamente. O processo de educação objetiva a atenção à mulher em qualquer fase da vida, desde o pré-natal, fase onde a gestante está bastante receptiva a aquisição de novos conhecimentos, até o fim da vida, pois, esta representa um veículo de comunicação

dentro da família, sendo a mãe uma ferramenta essencial para que seus filhos adquiram bons hábitos em saúde (MACHADO *et al.*, 2016).

No que refere a faixa etária, grande parte dos participantes da pesquisa variam entre 15 e 30 anos de idade, corroborando com os achados de Gabin *et al.* (2016), dado importante pois mães mais jovens estariam mais abertas a incorporação de hábitos saudáveis (MASSONI *et al.*, 2009).

Os hábitos de higiene são fortes indicadores de saúde bucal e esses cuidados estão diretamente relacionados ao nível de instrução e de renda dos indivíduos (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Pôde-se observar na presente pesquisa, que o nível socioeconômico foi baixo, onde maior parte dos participantes apresentou renda familiar média de até 780,00 reais. Este achado também foi corroborado pelo trabalho realizado por Macambira, Chaves e Costa (2018) e divergiu dos resultados encontrados por Garbin *et al.* (2016), e Massoni *et al.*, (2009), cujas famílias de seus estudos contavam, principalmente, com uma renda de 2 a 3 salários mínimos.

Em relação ao grau de escolaridade dos entrevistados, a maioria apresentou fundamental I (33,9%), e apenas 14,6% apresentou o ensino médio completo. Este dado é relevante, pois a experiência educacional e a maior compreensão dessas mães favorecem a adoção de bons hábitos de saúde bucal (MASSONI *et al.*, 2009). Aspecto preocupante, visto que, esse aspecto coloca o indivíduo em situação de risco para desenvolvimento de doenças bucais (MOTTA *et al.*, 2016).

Analisando a importância da saúde bucal para os pais e responsáveis entrevistados, um pouco mais da metade relacionou a higiene, divergindo do estudo de Guarienti, Barreto e Figueiredo (2009), onde a maioria dos entrevistados associou saúde bucal à saúde geral. Ehbrecht *et al.* (2017), enfatizam que a formação de indivíduos com uma condição de saúde bucal favorável e a consciência sobre a importância da prevenção são importantes para a formação de uma geração com menos doenças bucais.

Nesse presente estudo, a maioria dos entrevistados informaram que tinham conhecimento sobre a assistência odontológica direcionada a bebês, estes, foram os que apresentaram maior renda e nível de escolaridade. Fundamentada na educação e na prevenção, a Odontologia para Bebês, tem a conscientização dos pais como a chave principal para educar e motivar, devendo ela ser realizada através de orientações sobre a importância da dentição decídua, do conceito de cárie dentária como doença e da existência de medidas preventivas eficazes e da amamentação natural (OLIVEIRA; BOTTA; ROSELL, 2017).

Santos *et al.*, (2007), expõem e analisam que a associação entre o recebimento de informações e ao conhecimento sobre saúde bucal, onde quanto menor a classe

socioeconômica, maior o percentual de mães que não receberam informações e mais baixo o nível de conhecimento. Nessa perspectiva, quanto maior o nível socioeconômico da mãe maior o seu grau de conhecimento sobre saúde bucal, devendo essas mães com menos condições econômicas receberem mais educação em saúde bucal (MOTTA *et al.*, 2016; GISLON *et al.*, 2017). Com reflexões semelhantes nesse presente estudo, foi possível observar que pais e responsáveis que apresentaram mais conhecimento acerca da saúde bucal do bebê, existência do atendimento precoce, método de higienização da cavidade bucal apresentaram maior nível de escolaridade (a partir do ensino médio) e renda mensal familiar (acima de 780,00 reais).

Diversos autores recomendam que o momento ideal para o início com os cuidados bucais do bebê sejam antes dos primeiros dentes erupcionarem, pois apesar da cavidade bucal ainda não ser colonizada por bactérias cariogênicas, nessa fase é recomendado higienizar a boca do bebê após ele ser alimentado, para criar um ambiente saudável e propício a erupção dos primeiros dentes e criar um hábito de higienização dental após a erupção dos dentes quando a criança necessitará fazer o uso da escova dental (LAZZARIN, 2015; OLIVEIRA; BOTTA; ROSELL, 2017; SOUZA *et al.*, 2017), porém, diverge do presente estudo, dado considerado preocupante visto que, a maioria dos participantes informou que este momento ideal é a partir do nascimento do primeiro dente decíduo e não logo após ao nascimento. O método mais relatado para a higienização da cavidade bucal dos bebês, foi gaze ou fralda embebida em água filtrada, concordando com o estudo de Lazzarin (2015) e Martins *et al.* (2019) que analisaram o conhecimento de gestantes sobre a higiene bucal de bebês e observaram que 84% e 44,8%, respectivamente, das mães optaram pelo uso da fralda com água filtrada.

A atenção precoce dos pais juntamente com a idade inicial de atendimento precoce é uma das armas mais eficientes na prevenção da cárie dentária, sendo mais fácil impedir o estabelecimento de maus hábitos antes da erupção dos primeiros dentes (MASSONI *et al.*, 2010). Em relação ao momento adequado para a primeira visita ao dentista, o grupo estudado não apresentou conhecimento adequado, pois apenas 17% dos entrevistados acreditam que esta deva ocorrer antes que os elementos dentais irrompam, estes resultados estão semelhantes com os estudos de Mendonça *et al.* (2015), Lazzarin *et al.* (2015) e discorda de Massoni *et al.*, (2016) onde encontraram, mães que tinham conhecimento de ser antes da erupção dos primeiros dentes o momento ideal da primeira visita do bebê ao dentista. Crianças na faixa etária de 0 a 1 ano de idade procuraram atendimento por orientação e prevenção, enquanto de 2 a 3 anos procuraram por cárie, mostrando grande dificuldade para conseguir a

conscientização e colaboração das famílias, tendo o tratamento curativo como maioria da procura por atendimento odontológico (MARTINS; JETELINA, 2016).

O conhecimento sobre seu estado de saúde promove a motivação para aquisição de um estado saudável. A conscientização sobre a saúde bucal integrada ao corpo permite aos pais e responsáveis maior participação na aquisição de novos hábitos e medidas favoráveis à manutenção da saúde como um todo (FONSECA *et al.*, 2016). A percepção da maioria dos pais e responsáveis desse estudo associou a importância da higiene bucal à saúde geral da criança. Lima *et al.* (2016) demonstram em seu estudo que a cavidade bucal é um componente importante do contexto de saúde, por suas funções e da importância na vida das pessoas. O que diverge dos resultados encontrados por Guarienti, Barreto e Figueiredo (2009) e Theodoro *et al.*, (2007) onde pais informaram, respectivamente, a manutenção de dentes saudáveis e remoção de restos alimentares sobre a gengiva, como medidas mais relevantes para a realização da higienização bucal em bebês.

Guarienti, Barreto, Figueiredo (2009) ressaltam que, a mudança de atitudes é mais facilmente adquirida quando informações são obtidas por meio de profissionais capacitados, instituindo a melhor forma de colocar em prática as informações recebidas. Neste aspecto, as mães acreditam que é importante a orientação do Cirurgião-Dentista, o que foi encontrado como principal fonte de informações nessa pesquisa, o que está de acordo com os resultados descritos por Massoni *et al.*, (2010). Já Guarienti, Barreto, Figueiredo (2009) observaram livros e revistas como principal fonte de informações em seu estudo com pais e responsáveis por pré-escolares creches comunitárias do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Toda ação educativa e preventiva deve levar em consideração as diferentes realidades, visando entender sobre a necessidade de cada indivíduo, buscando a visão holística do paciente, para poder orientar da melhor maneira possível adequando ações, com o objetivo de motivar a aquisição de novos hábitos relacionados à saúde, respeitando suas particularidades.

O profissional de saúde deve ter discernimento para lidar com as dificuldades da realidade socioeconômica de cada comunidade, tendo a responsabilidade de transformação dessa realidade social.

5. Conclusão

Pôde-se concluir, de acordo com a metodologia empregada, análise e observação dos resultados, que pais e/ou responsáveis por bebês das creches públicas municipais de um município do sertão paraibano, demonstraram um conhecimento razoável, em relação à saúde bucal infantil. Há predominância do sexo feminino entre a amostra estudada, na faixa etária

de 15 a 30 anos de idade e com renda mensal familiar de até R\$ 780,00 e nível de escolaridade fundamental I. Diante dos resultados observados enfatiza-se a necessidade de estudos de base populacional abrangendo outros municípios da região e até mesmo de caráter longitudinal.

REFERÊNCIAS

Cunha, LM et al. (2018). Percepção dos pais sobre a qualidade de vida e o impacto negativo de saúde bucal em crianças atendidas na Unicatólica. *Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica*, 4 (1).

Ehbrecht, H et al. (2017). Palestra educativa na promoção de saúde bucal com alunos da creche-escola rainha da paz de Quixadá-Ce. *Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica*, 2(1).

Freire, JCP et al. (2017). Percepção Materna Sobre Saúde Bucal: um Estudo em um Hospital de Referência do Estado da Paraíba. *Rev. bras. ciênc. saúde*, 21 (3), 197-202.

Garbin, CAS et al. (2016). Saúde bucal na escola: avaliação do conhecimento dos pais e da condição de saúde bucal das crianças. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, 21 (1).

Gislon, LC et al. (2017). Conhecimento de mães sobre saúde bucal na infância. *Journal of Oral Investigations*, 6 (2), 10-20.

Gouvêa, NS et al (2018). A atuação do residente em Odontologia Hospitalar neonatal na abordagem multidisciplinar do SUS: relato de experiência. *Revista da ABENO*, 18 (4), 48-57.

Guarienti, AC; Barreto, VC; Figueiredo, MC (2009). Conhecimento dos Pais e Responsáveis Sobre Saúde Bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 9 (3), 321-325.

Lazzarin, HC (2015). Conhecimento das gestantes sobre a higiene bucal dos bebês em cidades da região oeste do paraná, Brasil, 2013. *Arquivos do Museu Dinâmico Interdisciplinar*, 19 (2-3), 6-17.

Lima, MCPS et al. (2016). Condição de saúde bucal de crianças internadas no Hospital Municipal Infantil de Imperatriz–Maranhão. *Revista Brasileira de Odontologia*, 73 (1), 24.

Macambira, DSC; Chaves, ES; Costa, EC. (2018). Conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância. *Saúde e Pesquisa*, 10 (3), 463-472.

Machado, MD et al. (2016). Saúde bucal do binômio mãe-filho focalizando pré-escolares de uma escola municipal de Santa Maria-RS. *Disciplinarum Scientia/ Saúde*, 8 (1), 169-178.

Machado, NEN et al. (2019). Manual de orientações à saúde bucal da gestante durante o pré-natal odontológico. *Archives of Health Investigation*, 7 (6).

Martins, CLC; Jetelina, JC (2016). Conhecimento dos pais sobre saúde bucal na infância e a relação com o motivo da consulta odontológica. *Journal of Oral Investigations*, 5 (1), 27-33.

Massoni et al. (2010). Saúde Bucal Infantil: Conhecimento e Interesse de Pais e Responsáveis. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 10 (2), 257-264.

Massoni, ACDLT et al. (2016). Percepções das gestantes e puérperas sobre a saúde bucal infantil: influência das condições sociodemográficas. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, 21 (3), 318-324.

Massoni, ACLT et al. (2009). Conhecimento de Gestantes sobre a Saúde Bucal dos Bebês. *Rev Bras Cienc Saúde*, 13 (1), 41-47.

Mendonça, CPS et al. (2015). Avaliação do grau de conhecimento das gestantes quanto a saúde oral do bebê atendidas em uma unidade básica de saúde. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 3 (8), 1-5.

Motta, LJ et al. (2016). Análise dos índices de saúde bucal associados a indicadores sociais e econômicos no Brasil de 1986 a 2010. *Revista Economia & Gestão*, 16 (42), 138-152.

Oliveira, A.B.M.; Botta, A.C.; Rosell, F.L. (2017). Promoção de saúde bucal em bebês. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 22 (3), 247-253.

Peçanha, TF et al. (2019). Confeção e validação de cartilha educativa sobre prevenção da cárie precoce da infância. *Revista de Trabalhos Acadêmicos-Campus Niterói*, 1 (18), 1-15.

Pereira, M. et al. (2018). Promoção de saúde bucal a gestantes: revisão de literatura. *Archives of Health Investigation*, 6 (3).

Santos, CS; Rosell, FS; Javorski JR (2007). Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. *Rev Bras Mater Infant*, 7 (4), 373 – 80.

Santos, SP et al. (2016). Práticas alimentares e cárie dentária-uma abordagem sobre a primeira infância. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, 70 (1), 12-18.

Silva, R.D.L.F.D. (2016). Inter-relação escola e família: análise acerca da superação de conflitos e promoção do desenvolvimento infantil.

Teixeira, C. (2016). Atenção em promoção de saúde bucal. *Academus Revista Científica da Saúde*, 3 (2), 1-5.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Michele Soares Brandão – 14,29%

Ana Karina Almeida Rolim – 14,29%

Germana de Queiroz Tavares Borges Mesquita – 14,29%

Suyene de Oliveira Paredes – 14,29%

Maria Carolina Bandeira Macena Guedes – 14,28%

Sérgio D'avila Lins Bezerra Cavalcanti – 14,28%

Fátima Roneiva Alves Fonseca – 14,28%