

Artigo Original de Pesquisa
Original Research Article

Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC)¹

Knowledge of mothers from different social classes regarding oral health in the city of Cocal do Sul (SC)

Luciane Campos¹
Elisabete Rabaldo Bottan¹
Jaqueline Bez Birolo²
Eliane Garcia da Silveira¹
Beatriz Helena Eger Schmitt¹

Endereço para correspondência:

Address for correspondence:

Luciane Campos
Rua Uruguai, 1.300 – ap. 503 – Bairro Fazenda
CEP 88302-202 – Itajaí – SC
E-mail: lucampos@univali.br

¹ Grupo de Pesquisa Atenção à Saúde Individual e Coletiva do Curso de Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí – Itajaí – SC.

² Programa de Iniciação Científica Artigo 170/Governo do Estado de Santa Catarina/Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura da Universidade do Vale do Itajaí – Itajaí – SC.

Recebido em 13/11/2009. Aceito em 3/3/2010.

Received on November 13, 2009. Accepted on March 3, 2010.

Palavras-chave:

conhecimentos;
atitudes e prática em
saúde; saúde bucal;
mães.

Resumo

Introdução: A cárie dental e a doença periodontal são anomalias frequentes, e fatores socioeconômicos podem intervir na dinâmica de desenvolvimento dessas patologias. Acredita-se que o nível de conhecimento da mãe em relação aos cuidados de saúde bucal dos filhos é importante, pois os membros da família criam e transmitem valores, conhecimentos e práticas de saúde. **Objetivo:** Buscou-se avaliar os conhecimentos de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo transversal com uma população-alvo de 416 mães de crianças de 0

¹ Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica desenvolvido com financiamento do Programa de Iniciação Científica Artigo 170/Governo do Estado de Santa Catarina/Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura da Universidade do Vale do Itajaí.

a 6 anos. Solicitou-se à participante que respondesse uma entrevista com questões relacionadas a faixa etária, número de filhos, grau de escolaridade, condição socioeconômica e conhecimentos sobre saúde bucal. O nível de conhecimento das entrevistadas foi qualificado em bom, médio e baixo. Para a classificação socioeconômica utilizou-se o indicador ABA/Abipeme [1]. **Resultados:** A maioria das entrevistadas (49,8%) enquadrou-se na categoria socioeconômica B. Em relação a informações sobre saúde bucal, 83,3% das mães da classe A e 31,8% das da classe D relataram tê-las recebido. As mães que disseram ter obtido orientações citaram principalmente o médico (35,7%) e o cirurgião-dentista (21,8%) como as principais fontes. As mães das classes A, B e C mostraram um nível médio, e as da D, um baixo nível de conhecimento. **Conclusão:** O fator socioeconômico interferiu no recebimento de informações sobre saúde bucal. Mães de nível socioeconômico menos favorecido apresentaram menor conhecimento em saúde bucal.

Keywords: health knowledge; attitudes; practice; oral health; mothers.

Abstract

Introduction: Dental caries and periodontal disease are common anomalies, and socioeconomic factors may interfere in the development of these pathologies. We believe that the knowledge of mothers regarding oral health is important because the family members create and transmit values, knowledge and health practices. **Objective:** To evaluate the knowledge of mothers from different social classes regarding oral health. **Material and methods:** A cross-sectional study was carried out with a target population of 416 mothers of children aged from 0 to 6 years. Each participant was asked to answer an interview with questions related to age, number of children, level of education, family income and knowledge regarding oral health. The interviewees' level of knowledge was classified as: good, medium and low. The ABA/Abipeme [1] indicator was used for the socioeconomic classification. **Results:** The majority of the interviewees (49.8%) were classified in social class B. With regards to receiving information about oral health, 83.3% of the mothers of class A and 31.8% of class D reported that they had received it. The majority of the mothers that reported having received information mentioned the physician (35.7%) and the dentist (21.8%) as the main sources. The interviewees of classes A, B and C presented a medium level of knowledge, while the interviewees of class D showed a low level of knowledge regarding oral health. **Conclusion:** The socioeconomic factor had influenced on reception of information regarding oral health. Mothers of the lowest socioeconomic level showed to have lower knowledge regarding oral health.

Introdução

Apesar do fato de que, com práticas relativamente simples, a cárie dental e a doença periodontal podem ser prevenidas, essas patologias ainda são prevalentes. Com relação à cárie dental, embora se tenha observado uma tendência de queda dos seus índices aos 12 anos, o ataque de cárie na dentição decídua ainda é preocupante. No que diz respeito às metas da Organização Mundial da Saúde para o ano 2000, a única que o Brasil atingiu foi com relação ao

CPO-D aos 12 anos. Quanto à condição periodontal, verifica-se que grande parte da população de crianças e adolescentes continua apresentando quadros em que predominam sangramento e cálculo [6]. Isso ocorre porque o desenvolvimento dessas patologias está associado a condições sociais, econômicas, políticas e educacionais e não apenas ao resultado de interações biológicas no meio bucal [2, 3, 5, 9, 12, 16, 29, 30, 31].

Tratando-se da promoção da saúde da criança, os métodos utilizados pelas mães no que se refere

aos cuidados de saúde bucal de seus filhos são imprescindíveis. É com a família que a criança passa a maior parte de seus primeiros anos de vida e adquire parte de sua bagagem social, cultural e educacional. Os membros da família possuem, criam e transmitem crenças, valores, conhecimentos e práticas de saúde. Historicamente, a figura materna representa um papel de destaque no cuidado à saúde dos filhos; frequentemente ela é a responsável pelo estabelecimento de rotinas de higiene [10, 11, 26, 29].

Os familiares devem estar atentos aos próprios hábitos de higiene, porque a criança tende a imitar a atitude dos mais velhos. Os adultos precisam estar estimulados, receptivos e cooperativos, bem como apresentar conhecimentos, hábitos saudáveis e atitudes positivas de modo a atuar como multiplicadores, motivando e orientando os filhos para a adoção de um adequado estilo de vida para a saúde bucal. Nesse sentido, programas educativos/preventivos em saúde bucal para pais e cuidadores são de vital importância, pois podem efetivamente contribuir para uma menor incidência das doenças bucais na medida em que estimulam a adoção de hábitos saudáveis [10, 15, 18].

Bons hábitos de higiene bucal são comuns quando valores de saúde são aceitos como parte do estilo de vida da família, e historicamente as mulheres estão mais envolvidas nesse processo. O exemplo das mães é fundamental para que seus filhos adquiram bons hábitos [10]. Assim, é importante que as mães tenham conhecimentos adequados com relação à saúde bucal e estejam motivadas e capacitadas a atuar na promoção de saúde da criança. Desse modo estarão aptas a repassar orientações corretas aos filhos, desenvolvendo práticas adequadas e tendo atitudes positivas.

Embora a etiopatogenia da cárie dental e da doença periodontal, bem como suas formas de prevenção e controle, estejam bem estabelecidas na literatura, é necessário ampliar as discussões sobre o nível de conhecimento da população com relação a essas questões, levando em conta que um baixo nível de conhecimento pode gerar práticas que favoreçam o aparecimento da doença. Tendo em vista a importância dos pais no cuidado com a saúde da criança, assim como a possibilidade de fatores socioeconômicos interferirem na etiopatogenia das doenças bucais e no nível de conhecimento das famílias, optou-se por desenvolver esta pesquisa com o objetivo de verificar o conhecimento de mães de diferentes níveis socioeconômicos sobre saúde e higiene bucal.

Material e métodos

Esta pesquisa é descritiva, do tipo transversal, feita por meio da análise de dados primários. A população-alvo foi constituída por mães de crianças de 0 a 6 anos, residentes no município de Cocal do Sul (SC). Essas mães responderam a um questionário em espaços públicos como praças e vias públicas. Cocal do Sul foi escolhida por tratar-se de um município de pequeno porte fora da área de abrangência da Universidade do Vale do Itajaí (Univali). A escolha por abordar as mães em locais públicos teve o objetivo de obter uma amostra de sujeitos pertencentes a todas as classes socioeconômicas. O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Univali sob n.º 215/08.

Partindo da população-alvo, foi estabelecida uma amostra semiprobabilística sistemática. Entendeu-se que, pelo fato de a população-alvo ser formada por mães de crianças de 0 a 6 anos residentes no município investigado, tratava-se de uma população finita, contudo para aumentar o índice de confiabilidade da investigação optou-se por calcular a amostra para uma população infinita. Tal amostra ficou definida em 416 sujeitos, de modo a obter-se um índice de confiança de 95% com margem de erro de 5% para o estudo.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário com questões abertas e fechadas, aplicado por uma única pesquisadora em julho de 2008. A primeira parte do questionário tratava de aspectos referentes à caracterização dos sujeitos da pesquisa (idade, número de filhos, grau de escolaridade e condição socioeconômica). Na segunda parte, avaliou-se o conhecimento da entrevistada sobre saúde e higiene bucal.

Inicialmente as mulheres foram abordadas pela pesquisadora, que perguntava se elas tinham filhos na faixa etária de 0 a 6 anos. Em caso positivo, eram selecionadas, de forma aleatória, as mães que seriam convidadas a participar da pesquisa. Para tanto, foi previamente definido o critério de entrevistar a terceira mãe a cada duas mães que passavam. A entrevistada deveria consentir em colaborar com a pesquisa. Caso isso não ocorresse, ela seria substituída pela próxima e assim sucessivamente.

Após o consentimento, a pesquisadora passava à leitura de cada questão, e as respostas emitidas eram registradas. Adotou-se o cuidado de não repetir a entrevista com a mesma mãe.

A análise das questões relacionadas ao nível de conhecimento foi determinada por uma matriz de resposta. Para a classificação geral do grupo nesse sentido, definiram-se três parâmetros: bom nível de conhecimento – para um número de acertos entre 7 e 9 questões; médio nível de conhecimento – quando houve acerto de 4 a 6 questões; baixo nível de conhecimento – quando os sujeitos acertaram menos de 4 questões.

A amostra foi estruturada em grupos, segundo a condição socioeconômica. Para tanto, adotou-se o indicador da Associação Brasileira de Anunciantes/ Associação Brasileira dos Institutos de Mercado – ABA/Abipeme [1]. Esse critério segue um sistema de pontos de acordo com a posse de determinados itens e o grau de escolaridade do sujeito. Os dados foram tabulados com auxílio do programa Excel, versão 2007, tendo sido calculada a frequência relativa para cada item. O grau de significância dos resultados obtidos nas variáveis classe socioeconômica e nível de conhecimento, bem como de classe socioeconômica e recebimento de informações sobre higiene bucal na gestação, foi avaliado pelo teste estatístico qui-quadrado.

Resultados

O grupo ficou constituído por 416 mães. A faixa etária predominante (48,1%) foi de 30 a 39 anos, seguida pela de 20 a 29 anos (38,7%). Com relação à condição socioeconômica, a maioria (49,8%) foi classificada na categoria B. As categorias A, C e D perfizeram um total de 7,2%, 37,7% e 5,3%, respectivamente. Quanto ao número de filhos, observou-se que em todas as classes socioeconômicas a maioria tinha 1 ou 2 filhos (80,3%). A faixa etária dos filhos mais frequente foi de 5 a 6 anos (46,4%), e na sequência, a de 3 a 4 anos (42,1%).

Sobre o acesso a informações quanto à saúde bucal, de modo geral 57,57% responderam que haviam recebido essas orientações durante a gravidez e/ou

logo após o parto. No entanto, ao efetuar a análise segundo a classe socioeconômica, identificou-se que as mães das classes mais elevadas (A e B) foram as que mais tiveram acesso a informações, quando comparadas com as das classes C e D (figura 1). Verificou-se que esse resultado foi significativo pela aplicação do teste qui-quadrado, para o qual se obteve o valor de 4,68 com P crítico de 0,031.

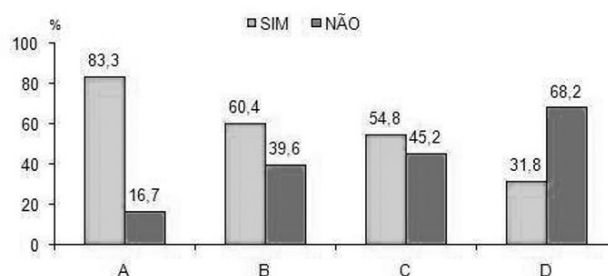


Figura 1 - Distribuição da frequência relativa das respostas à pergunta “Recebeu alguma informação sobre saúde/higiene bucal durante a gestação ou após o nascimento do filho”, segundo a classe socioeconômica

Para a maioria das que receberam informações, independentemente da classe socioeconômica, o médico (35,7%) foi a principal fonte, seguido pelo dentista (21,8%).

Os resultados obtidos com relação aos conhecimentos das entrevistadas sobre a relação entre dieta e saúde bucal, higiene bucal, flúor e placa bacteriana estão apresentados na tabela I.

Tabela I - Distribuição da frequência relativa dos resultados obtidos com relação aos conhecimentos das entrevistadas sobre saúde bucal

Questões/respostas	Classificação socioeconômica			
	A	B	C	D
<i>A dieta alimentar influencia na saúde dos dentes?</i>				
Sim	100%	90,8%	91,1%	81,8%
Não		8,7%	7,6%	13,6%
Não sei		0,5%	1,3%	4,5%
<i>Qual a frequência ideal para o uso do fio dental?</i>				
Uma vez ao dia, de preferência à noite	50%	48,3%	40,1%	27,3%
Quando existem alimentos entre os dentes	50%	51,7%	59,9%	72,7%
<i>Como se pode ter acesso ao flúor?</i>				
Resposta completa (citou todas as formas de acesso ao flúor)	77,8%	53,8%	44%	19%
Resposta incompleta	22,2%	46,2%	56%	81%

Continuação da tabela I

Questões/respostas	Classificação socioeconômica			
	A	B	C	D
<i>Qual a quantidade ideal de creme dental para a escovação?</i>				
Tamanho de um grão de ervilha	66,7%	66,2%	63,1%	45,5%
Cobrir toda a escova	13,3%	18,8%	19,7%	50%
Produção de espuma	6,7%	7,7%	8,9%	0
Não sei	13,3%	7,2%	8,3%	4,5%
<i>Como deve ser o consumo de doces?</i>				
Totalmente restrito	30%	44%	41,4%	22,7%
Em qualquer momento	6,7%	6,8%	3,3%	4,5%
Após as refeições principais	63,3%	37,7%	42,7%	54,5%
Não sei	0	11,6%	12,7%	18,2%
<i>O que é placa bacteriana?</i>				
Massa composta por restos de alimentos e bactérias	93,3%	70,5%	52,2%	63,6%
Apenas restos de alimentos	0	1,4%	1,9%	0
Início de cárie	6,7%	17,9%	21%	4,5%
Não sei	0	10,1%	24,8%	31,8%
<i>De que maneira, principalmente, a placa bacteriana pode ser removida?</i>				
Apenas pelo dentista	66,7%	52,7%	49,7%	36,4%
Em casa, através da escovação e uso do fio dental	16,6%	31,9%	25,5%	36,4%
Com uso de flúor	6,7%	6,7%	5,1%	0
Não sei	10%	8,7%	19,7%	27,3%
<i>O que causa a cárie dental?</i>				
Citou todos os fatores relacionados à etiologia da cárie	73,3%	78,8%	71,2%	71,4%
Citou fatores relacionados à etiologia da cárie de forma incompleta	26,7%	21,2%	28,8%	28,6%
<i>Para que serve o flúor?</i>				
Para branquear os dentes	3,3%	4,8%	6,4%	22,7%
Para evitar gengivite	0	3,4%	4,5%	4,5%
Para evitar cárie	76,7%	78,3%	70,1%	54,5%
Não sei	10%	10,6%	15,9%	18,2%

A maioria das mães classificou-se como portadora de um nível médio de conhecimento sobre saúde/higiene bucal. No entanto, ao analisar esse aspecto em função da classe socioeconômica, verificou-se que à medida que decresce a classe socioeconômica aumenta o percentual de portadoras de baixo nível de conhecimento (figura 2).

Para a aplicação do teste qui-quadrado, considerando-se o número pequeno de indivíduos em algumas classes sociais, optou-se por agrupá-las. Foram definidas então as classes AB (formada por pessoas das classes A e B) e CD (composta por indivíduos das classes C e D). Ao aplicar o teste qui-quadrado para comparar as classes AB e CD, obteve-se o valor de 13,74 com P crítico de 0,0010, que é considerado um resultado significativo.

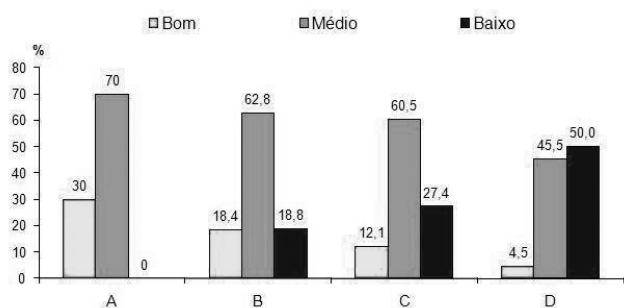


Figura 2 - Distribuição da frequência relativa da classificação do nível de conhecimento das entrevistadas segundo a classe socioeconômica

Discussão

Considera-se uma limitação do estudo o fato de que, tendo em vista o critério de aleatoriedade para a escolha da mãe a ser entrevistada, não se conseguiu uma amostra com o mesmo número de mães em cada faixa socioeconômica. Contudo acreditamos que esse fato não tenha interferido na confiabilidade dos resultados, se levarmos em conta a verificação, por intermédio do teste qui-quadrado, de que os dados obtidos são significativos.

Com base nos dados coletados, podemos afirmar que a classe socioeconômica, para a população pesquisada, é um fator que interfere no acesso a informações sobre saúde bucal. Esse dado também é encontrado na literatura, que mostra o fator socioeconômico como um aspecto de suma importância no acesso às informações; quanto mais alto o padrão socioeconômico, melhores são os cuidados com a saúde bucal das crianças, maiores são os conhecimentos e mais motivadas à prática de comportamentos saudáveis as mães se encontram [2, 3, 8, 16, 17, 23, 27, 29].

Nesse processo de troca de informações e motivação das mães para os cuidados de saúde bucal, cabe ao cirurgião-dentista um importante papel social de educador. Contudo os achados desta pesquisa alertam para o fato de que esse profissional não está atuando ativamente na educação em saúde de mães e futuras mães. Dados semelhantes foram encontrados por outros autores [7], os quais verificaram que haviam recebido orientações sobre saúde bucal apenas 32,5% das mães. Entre estas, o pediatra foi o agente transmissor mais frequentemente citado. Nenhuma das mães relatou ter recebido informações de um cirurgião-dentista.

É, portanto, imprescindível uma mudança de comportamento por parte dos profissionais e futuros profissionais da área odontológica no sentido de promover autênticos processos de educação em saúde.

Verificou-se também que a condição socioeconômica interfere no nível de conhecimento da população estudada, tendo em vista o resultado obtido pelo teste qui-quadrado. Analisando a figura 2, averiguamos que as mães das classes A, B e C apresentaram um nível melhor de conhecimento do que as da classe D. Tais resultados são coerentes com outras pesquisas nas quais se observou que quanto maior o nível socioeconômico maior o grau de conhecimento sobre saúde bucal [3, 8, 9, 16, 23, 29]. Diante dessa constatação, vários autores [4, 10, 13, 20, 25] recomendam que ações educativas voltadas à primeira infância sejam priorizadas na atenção primária à saúde, de forma a incluir os responsáveis pelas crianças. O objetivo de tais ações é ampliar o grau de conhecimento desses atores, bem como motivá-los aos cuidados necessários para a manutenção da saúde bucal no núcleo familiar. Elas devem envolver prioritariamente os grupos menos favorecidos socioeconomicamente, tendo em vista que ações de educação têm o potencial de superar possíveis barreiras culturais ou educacionais [3, 11].

Passando à análise das questões de forma isolada, nota-se, no tocante à influência da dieta na saúde bucal, que um percentual alto de entrevistadas, em todas as classes socioeconômicas, acredita na influência que os hábitos de dieta exercem sobre a saúde bucal. Esse dado contrasta com os resultados obtidos por Gusso e Fraiz [14], em cuja pesquisa a maioria das entrevistadas citou a atenção odontológica como um dos fatores associados à saúde bucal do bebê e a higiene bucal como importante para manter condições favoráveis de saúde. Todavia os autores observaram também que somente um pequeno grupo de gestantes (18%) identificou o controle da dieta da criança como um aspecto relevante para a saúde bucal. Fadel [9] verificou que a inserção de açúcar na dieta das crianças

foi um hábito praticado pela maioria das mães de todas as classes sociais avaliadas em sua pesquisa. Chamou a atenção do autor o fato de que quase a totalidade (96,7%) das crianças pertencentes à classe D esteve exposta ao açúcar.

Com relação à função do flúor, grande parte das entrevistadas, em todas as classes socioeconômicas, demonstrou conhecer o benefício desse elemento na prevenção da cárie dentária. Entretanto é importante atentar para o fato de que algumas mães, de todas as classes socioeconômicas, principalmente na D, associaram de forma equivocada o uso do flúor ao clareamento dental e à prevenção de gengivite ou ainda afirmaram desconhecer a função dele.

Quanto ao conceito de placa bacteriana, o índice de respostas corretas foi grande. Porém um percentual alto de mães afirmou desconhecer o que é placa bacteriana, sobretudo nas classes C e D. Outras entrevistadas definiram placa bacteriana como o início de cárie, especialmente nas classes B e D. Acredita-se que, nas classes de menor condição socioeconômica, esse tópico deva ser tratado com mais atenção ou abordado com maior frequência pelos cirurgiões-dentistas.

Um fato interessante a ser ressaltado relaciona-se às respostas dadas pelas mães sobre a forma de remoção da placa bacteriana. A maioria delas, em praticamente todas as classes socioeconômicas, afirmou que a placa bacteriana pode ser removida apenas pelo dentista. Dado semelhante a esse foi encontrado por Unfer e Saliba [30], que entrevistaram 389 pessoas com idade entre 15 e 79 anos em Santa Maria (RS) e constataram que 36,5% delas atribuíam ao dentista papel significativo no processo de prevenção da cárie dental.

Considera-se importante fazer uma reflexão sobre a autonomia do paciente no autocuidado em saúde bucal, pois quando o indivíduo acredita que apenas o profissional da Odontologia pode atuar na remoção da placa bacteriana acaba assumindo uma atitude passiva, colocando toda a responsabilidade por sua saúde nas mãos do cirurgião-dentista. Em que pese a importância da atuação do profissional, ele não pode ser responsabilizado incondicionalmente por todas as necessidades de saúde bucal do paciente, já que a higiene bucal cabe somente a este. Compete ao cirurgião-dentista atuar como educador e motivador do autocuidado, contudo esse profissional deve deixar claro que o cuidado e a higiene bucal frequentes e eficazes são tarefas do paciente.

Sobre as fontes de acesso ao flúor e os fatores etiológicos da cárie dental, houve uma quantidade expressiva de respostas corretas, porém incompletas. Assim, notou-se que a população estudada conhece

algumas fontes de acesso ao flúor, todavia não reconhece todas elas. O acréscimo de flúor na água de abastecimento público foi a menos citada. Observam-se também, na população estudada, dificuldades com relação ao entendimento da cárie dental como uma doença de etiologia multifatorial e transmissível. Considera-se esse dado preocupante, pois o conhecimento da etiologia multifatorial da cárie constitui um passo importante para a prevenção dessa doença. Tanaka *et al.* [28] também averiguaram que, de maneira geral, os entrevistados não tinham uma ideia clara sobre a cárie dental, pois apenas 35% associaram simultaneamente a falta de higiene e a alimentação cariogênica à etiologia da doença. Com relação à transmissibilidade da cárie dental, Sakai *et al.* [25] constataram que a maioria dos entrevistados não conhecia o conceito de cárie dentária como doença infecciosa. Para Gussy *et al.* [13], os profissionais de saúde, não somente o cirurgião-dentista, devem atuar na educação em saúde. É importante enfatizar que o contato precoce da criança com bactérias cariogênicas contribui significativamente para a etiopatogenia da cárie dental.

O dentifrício é o produto com flúor mais utilizado pela população, e este é encontrado em concentrações variadas em diferentes marcas do produto. Por isso é importante, tanto para o profissional quanto para o paciente, estar atento para a quantidade de dentifrício fluoretado que deve ser colocada na escova dental, por conta da toxicidade do flúor. Trata-se de um fator relevante, principalmente para as crianças, que são consideradas mais vulneráveis à toxicidade crônica, sobretudo na faixa etária de 1 a 4 anos [19, 21, 22].

No que se refere à quantidade ideal de creme dental a ser disposta na escova para a escovação, observou-se que a maioria das entrevistadas das classes A, B e C tinha o conhecimento de que o ideal é uma porção semelhante a um grão de ervilha. Contudo a maior parte das mães da classe D e também uma parcela das demais classes achavam que o creme dental deveria ser disposto na escova de modo a cobri-la totalmente. Acredita-se que esse fato se dê principalmente em função da mídia, que costuma veicular propagandas em que se mostra o creme dental cobrindo toda a escova. Esse é um equívoco que deve ser desfeito pelo cirurgião-dentista. Além disso, é importante que esse profissional oriente pais e responsáveis por crianças pequenas a evitar o uso de dentifrício fluoretado enquanto estas ainda não conseguem expelir todo o produto, pois há a possibilidade de que a ingestão do dentifrício leve, especialmente nos casos de crianças pequenas que ainda não sabem expelir o produto, ao desenvolvimento da fluorose dental [19, 21, 22].

Um expressivo percentual de entrevistadas acreditava que o consumo de doces deveria ser totalmente restrito. Esse dado demonstra que a população investigada tem conhecimento sobre a influência da sacarose na etiologia da cárie dental, contudo essa não pode ser considerada a resposta mais adequada, já que o açúcar é uma importante fonte de energia, além do fato de que a completa restrição desse elemento é uma medida inviável do ponto de vista prático. Assim, atualmente em Odontologia se fala no consumo racional do açúcar; a sacarose não é mais considerada um alimento proibido, mas que deve ser ingerido com moderação e em baixa frequência, preferencialmente após as principais refeições.

A questão que obteve o maior percentual de respostas incorretas foi a que abordava a constância ideal para o uso do fio dental. Grande parte das entrevistadas respondeu que o fio dental deve ser utilizado somente quando existem restos de alimentos entre os dentes. Esse dado é semelhante aos obtidos por Rank *et al.* [24], os quais verificaram que 84% das crianças participantes da sua pesquisa não recebiam adequada limpeza interdental.

Apesar de o fio dental ser o mais eficaz agente de limpeza interproximal, nota-se que, de modo geral, a escovação recebe enfoque principal em vários programas de prevenção. Recomenda-se que o cirurgião-dentista em suas ações educativas dedique uma parcela maior de tempo para orientar e motivar as mães para o uso do fio dental.

Conclusão

Em relação ao recebimento de informações e ao domínio teórico de conhecimentos sobre saúde bucal na população investigada, verificou-se que a classe socioeconômica foi um fator que interferiu nas respostas. À medida que diminui o nível socioeconômico, maior é o percentual de mães que não receberam informações e mais baixo é o nível de conhecimentos.

Agradecimentos

Agradecemos ao Programa de Iniciação Científica Artigo 170/Governo do Estado/Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura da Universidade do Vale do Itajaí o financiamento do projeto que deu origem a este artigo.

Referências

1. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. Critério padrão de classificação econômica – Brasil/2008. 2007 Jun [acesso 2007 Aug 2]. Disponível em: www.aba.com.br/doc/classificacaobrasil.pdf.

2. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):245-59.

3. Akpabio A, Klausner CP, Inglehart MR. Mothers'/guardians' knowledge about promoting children's oral health. *J Dent Hyg*. 2008;82(1):12.

4. Antunes LS, Soraggi MBS, Antunes LAA, Corvino MPF. Conhecimentos, práticas e atitudes de responsáveis frente à saúde bucal do pré-escolar. *Clín-Científ*. 2008;7(3):241-6.

5. Brandão IMG, Arcieri RM, Sundefeld MLM, Moimaz SAS. Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1247-56.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Condições de saúde bucal da população brasileira – Projeto SBBrasil 2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

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

8. Ditterich RG, Romanelli MV, Rastelli CR, Wambier DS. Cárie de acometimento precoce: uma revisão. *Publ UEPG Ci Biol Saúde*. 2004;10(3/4):33-41.

9. Fadel CB. Dieta e higienização bucal como marcadores de risco de cárie dental em bebês e sua relação com o fator socioeconômico. *Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebê*. 2005;8(42):119-25.

10. 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 de Porto Alegre, RS. *Rev Odonto Ciênc*. 2008;23(4):375-9.

11. Franzin LCS, Bijella MFTB. Conhecimento de um grupo de mães sobre a saúde bucal de seus filhos. *Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebê*. 2005;8(45/46):333-41.

12. Garbeiro I, Delgado AM, Benito de Cardenas IL. Salud oral en embarazadas: conocimientos y actitudes. *Acta Odontol Venez*. 2005;43(2):135-40.

13. Gussy MG, Waters EB, Riggs EM, Lo SK, Kilpatrick NM. Parental knowledge, beliefs and behaviours for oral health of toddlers residing in rural Victoria. *Aust Dent J.* 2008;53(1):52-60.
14. Gusso CM, Fraiz FC. Percepção das gestantes sobre a saúde bucal de seus futuros bebês – Araucária – PR. *Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebê.* 2006;9(47):66-71.
15. Kuhn E, Wambier DS. Incidência de lesões de cárie em bebês após 15 meses de um programa educativo-preventivo. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr.* 2007;7(1):75-81.
16. Lawder JAC, Mendes YBE, Silva LC, Andrade DKD, Rocha LM, Rogalla TM et al. Conhecimento e práticas em saúde bucal entre usuários de serviços odontológicos. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr.* 2008;8(3):321-6.
17. Levin L, Ashkenazi M. Dental knowledge regarding preventive measures of young adults. *N Y State Dent J.* 2008;74(5):60-4.
18. Magalhães AC, Machado MAAM, Silva SMB, Honório HM. Avaliação da efetividade do treinamento de mães para a higienização bucal de seus bebês. *Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebê.* 2005;8(41):48-53.
19. Martins CC, Pinheiro NR, Paiva SM. Perfil de crianças portadoras de fluorose dentária quanto às diversas formas de acesso ao flúor. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2002;5(27):396-402.
20. Mofidi M, Zeldin LP, Rozier RG. Oral health of early head start children: a qualitative study of staff, parents, and pregnant women. *Am J Public Health.* 2009;99(2):245-51.
21. Negri HMD, Cury JA. Efeito dose-resposta de uma formulação de dentifrício com concentração reduzida de fluoreto. *Pesqu Odontol Bras.* 2002;16(4):361-5.
22. Oliveira ACB, Amaral CRFL, Pereira CRS. Fluorose dentária: uma revisão bibliográfica. *Rev ABO Nac.* 2000;8(2):92-7.
23. Ramos TM, Almeida Júnior AA, Ramos TM, Novais SMA, Gringeld S, Fortes TMV et al. Condições bucais e hábitos de higiene oral de gestantes de baixo nível sócio-econômico no município de Aracaju – SE. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr.* 2006;6(3):229-35.
24. Rank RCI, Rank MS, Dib JE. Dificuldades maternas quanto ao uso do fio dental em crianças. *Publ UEPG Ci Biol Saúde.* 2006 Sep;12(3):31-8.
25. Sakai VT, Oliveira TM, Silva TC, Moretti AB, Geller-Palti D, Biella VA et al. Knowledge and attitude of parents or caretakers regarding transmissibility of caries disease. *J Appl Oral Sci.* 2008;16(2):150-4.
26. Serra-Negra JMC, Vilela LC, Rosa AR, Andrade ELSP, Paiva SM, Pordeus IA. Hábitos bucais deletérios: os filhos imitam as mães na adoção de hábitos? *Revista Odonto Ciência.* 2006;21(52):146-52.
27. Silveira RG, Brum SC, Silva DC. Influência dos fatores sociais, educacionais e econômicos na saúde bucal das crianças. *RMAD.* 2002;52(1/2):6-10.
28. Tanaka F, Maciel SM, Sonohara MK. Comportamentos dos pais e condições de saúde bucal em crianças especiais – saúde bucal de crianças especiais. *Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebê.* 2005;8(45/46):342-8.
29. Theodoro DS, Gigliotti MP, Oliveira TM, Silva SMB, Machado MAAM. Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal de bebês. *Odontologia Clín-Cientif.* 2007;6(2):133-7.
30. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):190-5.
31. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(4):1015-24.

Como citar este artigo:

Campos L, Bottan ER, Birolo JB, Silveira EG, Schmitt BHE. Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC). *Rev Sul-Bras Odontol.* 2010 Jul-Sep;7(3):287-95.
