

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO  
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

**VLAMIR OLIVEIRA DA SILVA**

**PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA  
DE CRIANÇAS PORTADORAS DE CÁRIE DE MAMADEIRA**

Ribeirão Preto  
2016

**VLAMIR OLIVEIRA DA SILVA**

**PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA  
DE CRIANÇAS PORTADORAS DE CÁRIE DE MAMADEIRA**

Dissertação apresentada a Universidade  
de Ribeirão Preto – UNAERP para  
obtenção do título de Mestre em Saúde e  
Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Mendes de Souza T. Roque

Ribeirão Preto  
2016

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico  
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

S586p Silva, Vlamir Oliveira da, 1966-  
Percepção materna sobre a qualidade de vida de crianças  
portadoras de cárie de mamadeira / Vlamir Oliveira da Silva.  
-- Ribeirão Preto, 2016.  
78. : il. color.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Mendes de Souza T. Roque.

**Dissertação (mestrado) – Universidade de  
Ribeirão Preto,  
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2016.**

1. Percepção materna. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde da  
criança. I. Título.

CDD 610

VLAMIR OLIVEIRA DA SILVA

**PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS  
PORTADORAS DE CÁRIE DE MAMADEIRA**

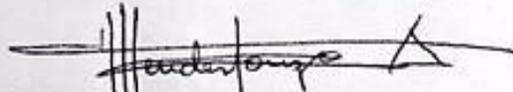
Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde e  
Educação da Universidade de Ribeirão  
Preto para obtenção do título de Mestre  
em Saúde e Educação

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

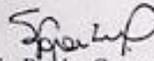
Data da defesa: 30 de julho de 2016

Resultado: Aprovado

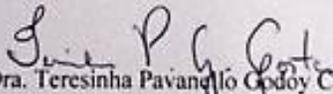
BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque  
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dr. Silvio Rocha Correa da Silva  
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Profª. Dra. Teresinha Pavanello Godoy Costa  
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto - SP  
2016

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que  
trabalham pela educação, e assim,  
contribuem para a melhorar da vida das pessoas.

*A educação é a arma mais poderosa para mudar o mundo.*  
NELSON MANDELA

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, que nos dá a oportunidade de vivermos neste lugar tão maravilhoso que é a Terra. E nos permite ter a liberdade de viver nossas vidas conforme nossos desejos.

Aos meus pais, **Osmar** e **Luiza**, que sempre confiaram em mim, e me ajudaram a me tornar a pessoa que sou. Muito obrigado pelo carinho e ensinamentos de toda uma vida. Me orgulho muito de tê-los como meus pais. Muito obrigado!!!!

Ao meu amigo e companheiro **Zé Carlos**, aquele das horas felizes e difíceis da vida, me ensina a ser humilde e generoso e ver a vida com mais alegria.

À minha irmã **Conceição**, que me faz transformar sua admiração por mim, em uma vontade imensa de querer ser uma pessoa melhor. Também te admiro muito minha querida, seu sorriso e sua bondade irradiam e iluminam qualquer ambiente!!

Ao meu primo-irmão **Leonardo**, que com sua simplicidade e disposição em auxiliar o próximo, me mostra que o mundo pode sempre ser melhor.

À minha sobrinha e afilhada **Lívia** e meu sobrinho **João Antonio**, os quais me dão a oportunidade de ver o andar da vida e a força da juventude. Obrigado sempre pelo seu carinho.

À **Julinha**, que com força e o sorriso de uma criança transforma minha vida e a torna mais feliz

Aos **meus amigos** (Lidia, Érika, Helio, Luciene, Jura, Jorge, Lincoln, Val e tantos outros mais graças a Deus) que sempre ao meu lado, ouvem minhas lamúrias, têm paciência comigo e compartilham minhas alegrias, me estimulam no trabalho e assim contribuem para que minha vida seja mais feliz.

Aos meus amigos e professores do Curso de Odontologia, **Luis José Floriam, Silvio Rocha Correa da Silva e Fuad Jacob Abi Rached Jr**, grandes companheiros de trabalho e que sempre me ajudam, me mostram a importância do ensinar e de nossa responsabilidade como mentores dos futuros dentistas.

À amiga e **Profa. Dra. Delsa Deise M. Kanaan**, que me deu a grande oportunidade de me tornar professor, e que sei que olha por mim para que eu sempre melhore como profissional e pessoa. E acima de tudo me ensina a amar nossa profissão e ter carinho e respeito pelas pessoas.

À amiga e **Profa. Dra. Yara Terezinha Correa da Silva Souza**, pela amizade, companheirismo no trabalho, confiança e oportunidade de estar nesta Instituição realizando o trabalho como professor.

Ao **Prof. Dr. Edson Alfredo**, pelo apoio para a realização deste trabalho.

À **Comissão de Capacitação de Docentes da UNAERP** pela oportunidade da realização deste trabalho, e que espero realmente poder retribuir melhorando ainda mais a qualidade do ensino desta querida Instituição.

Aos **amigos e funcionários da UNAERP, em especial a todos os que trabalham no curso de ODONTOLOGIA**, companheiros do dia-a-dia, pela ajuda e apoio diários, tornando nosso trabalho mais fácil e prazeroso.

Às **meninas da sala dos professores da Unaerp - Cida, Rosângela e Susi**, sempre disponíveis a nos ajudar (e ouvir), e com isso fazem com que nossa caminhada como professores seja mais suave. Sempre disponíveis

Às secretárias da pós-graduação, **Joana Néia Vieira, Patrícia Machado, Marcela Euzébio Bertí**, pela atenção sempre presente, amizade e o sorriso permanente nos lábios quando nos atende.

Aos **meus amigos e companheiros da turma do mestrado de Saúde e Educação**, em especial à **Eliana, Raquel e Fabiana**. Aprendi muito com todos vocês. Foi maravilhoso conhecer tantas pessoas com vontade de realizar mudanças no mundo. Valeu!!! E boa sorte a todos!!!

Aos **meus alunos**, que me ajudam a renovar a cada dia o desejo de aprender e ensinar. Eles são um dos grandes motivos de estar realizando este trabalho.

Aos **pacientes, mães e familiares** que com muita boa vontade participaram desta pesquisa e assim permitiram a realização deste trabalho

**A todos, meu MUITO OBRIGADO!!!**

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

**À Profa Eliana Mendes de Souza T. Roque**, minha grande orientadora, que mais do que ensinar a arte da Educação em Saúde, me ensina sobre **VIDA**. Sobre a importância de nos olharmos e olharmos ao nosso redor e ver que o mundo se relaciona como um todo. Ver as pessoas e ter um profundo respeito e amor por elas. Muito obrigado por me ensinar a ter esse imenso carinho pelo mundo!!!

## EPÍGRAFE

*“No final, apenas três coisas importam:  
o quanto você amou.  
o quão delicadamente você viveu,  
e o quão gentilmente você deixou passar as coisas que não  
foram feitas para você”*

**BUDA**

## RESUMO

**Percepção materna sobre a qualidade de vida de crianças portadoras de cárie de mamadeira. 78p, Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto.**

O objetivo deste estudo foi compreender a percepção materna sobre a qualidade de vida de crianças com idades entre 1 e 5 anos, portadoras de cárie de mamadeira (doença de desenvolvimento rápido associado á amamentação prolongada). Teve por objeto de estudo, mães de crianças com cárie de mamadeira em tratamento na Clínica de Odontologia da UNAERP (Universidade de Ribeirão Preto). Realizou-se entrevista semi-estruturada gravada e a observação livre. Os dados foram analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1979) utilizando-se os conceitos teóricos oriundos de Urie Bronfembrenner para avaliar aspectos da cárie de mamadeira. O perfil do grupo de mães variou a idade entre 19 e 33 anos, e o nível de escolaridade maior foi o ensino médio, a atividade laborativa técnica ou manual, a renda mediana do grupo se apresentou em R\$ 2.400,00. Depreendeu-se dos dados, 03 categorias empíricas: 1ª - “o dente natural é tudo”; 2ª - “Procura o dentista quando tem dor” e 3ª - “A mãe tem responsabilidade no aparecimento da cárie porque não limpa a boca da criança”. Nossos resultados demonstram que a influência dos aspectos sócio-econômicos e educacionais das mães tornam as crianças mais vulneráveis à cárie de mamadeira. As mães compreendem a importância dos dentes na saúde bucal, porém, embora valorizem a dentição, não lhe atribuem alto impacto na qualidade de vida das crianças, como a predisposição ao desenvolvimento de problemas sistêmicos, como desnutrição, problemas cardíacos e também afetar o desenvolvimento psicossocial gerando assim um impacto na qualidade de vida dos filhos. A procura pelo dentista aparece quando existem problemas na cavidade bucal, como dor, dificuldades na alimentação e alterações estéticas evidentes. Não há procura por atendimento para orientações preventivas ou de promoção de saúde. Houve reclamações de mães quanto à falta de atendimento e de acesso ao serviço público, assim como, pelo despreparo dos profissionais tanto no serviço público como privado. Além disso, as mães se sentem responsabilizadas pelo desenvolvimento da cárie de mamadeira, pois mesmo sabendo dos cuidados preventivos, elas acabam fraquejando nos cuidados por ficarem com dó ou se sentirem judiando seus filhos. Nossos achados reforçam a abordagem teórica de Bronfembrenner que, demonstra a relação do modo de viver, conhecimentos e experiências das mães, da sua interação com o meio e a influência do ambiente social e da classe sócio-econômica a que pertencem, que dificultam o acesso à prevenção e atendimento curativo, e o tempo, influenciando no sentido histórico, proporcionando facilidades ou dificuldades no desenvolvimento biológico e psicossocial da criança portadora de cárie de mamadeira. Consideramos que a percepção das mães em relação à qualidade de vida de seus filhos, se detém mais a ações imediatistas como resolver problemas como dor, dificuldades na alimentação e no sorriso da criança. As mães apresentaram baixa percepção no que diz respeito aos problemas futuros que a cárie de mamadeira pode trazer a seus filhos. Nosso estudo demonstra também a necessidade da ampliação de medidas sócio-educativas da população, através de estratégias que visem formar e ampliar o conhecimento coletivo em saúde bucal e melhoria da Política Nacional da Saúde Bucal.

**Palavras chave: percepção materna, qualidade de vida, cárie de mamadeira, saúde da criança.**

## ABSTRACT

**Maternal perception of the quality of life of children with baby bottle caries. 78p, Dissertation (Professional Masters in Health and Education), University of Ribeirão Preto.**

The aim of this study was to understand the maternal perception of the quality of life of children aged 1 to 5 years, with bottle caries (rapid development of disease associated to prolonged breastfeeding). Had by object of study, mothers of children with baby bottle caries treatment in Dental Clinic UNAERP (University of Ribeirão Preto). We conducted semi structured interviews and the free observation. Data were analyzed according to the content analysis technique proposed by Bardin (1979) using the theoretical concepts from Urie Bronfembrenner to evaluate aspects of bottle caries. The profile of the group of mothers ranged in age between 19 and 33, and the highest level of education was high school, the productive working technique or manual activity, the median income of the group performed at R\$ 2,400.00. Surmised up data 03 empirical categories: 1st - "the natural tooth is everything"; 2nd - "Looking for the dentist when you have pain" and 3rd - "The mother has responsibility in the appearance of decay because they do not clean the child's mouth." Our results demonstrate that the influence of socio-economic aspects and educational mothers make children more vulnerable to caries bottle. Mothers understand the importance of teeth in the oral health, however, while highlighting the teeth, do not give it high impact on the quality of life of children, such as predisposition to systemic problems such as malnutrition, heart problems and also affect the psychosocial development thus generating an impact on the quality of life of children. The search for the dentist appears when there are problems in the oral cavity, such as pain, feeding difficulties and obvious cosmetic changes. There is no demand for care for preventive or health promotion guidelines. There were complaints from mothers about the lack of care, access to public service, as well as the unpreparedness of professionals in both public service and private. In addition, mothers feel accountable for the development of baby bottle caries, as even though the preventive care, they end up faltering in caring for staying with pity or feel causing suffering their children. Our findings reinforce the theoretical approach of Bronfembrenner which shows the relationship of the live mode, knowledge and experience of mothers, their interaction with the environment and the influence of the social environment and economic social class they belong to, which hinder access to preventive and curative care, and time, influencing the historical sense, providing facilities or difficulties in the biological and psychosocial development of carrier bottle caries child. We believe that the mothers' perception about the quality of life of their children, it holds more shortsighted actions to solve problems such as pain, difficulty in feeding and in the child's smile. Mothers had low perception regarding the future problems that the bottle caries can bring their children. Our study also demonstrates the need for expansion of social and educational measures of population through strategies to build and expand the collective knowledge of oral health and improvement of the National Oral Health Policy.

**Keywords: maternal perception, quality of life, baby bottle caries, child health**

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AAPD** – American Academy of Pediatric Dentistry

**CSIN**- Cárie Severa na Infância

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**UNAERP** – Universidade de Ribeirão Preto

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**CEP** – Comitê de Ética e Pesquisa

**CONEP** - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

## LISTA DE FIGURAS

FÍGURA 1 .....	27
FIGURA 2 .....	34

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 .....	42
----------------	----

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	15
1. INTRODUÇÃO.....	17
2. CONSTRUINDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO .....	18
3. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA .....	24
4. OBJETIVOS .....	24
4.1. OBJETIVO GERAL .....	24
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	24
5. REFERENCIAL TEÓRICO .....	25
6. PRESSUPOSTOS .....	34
7. PERCURSO METODOLÓGICO .....	35
7.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	35
7.2. CAMPO E PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	35
7.3. INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS .....	37
7.3.1. OBSERVAÇÃO LIVRE.....	37
7.3.2. ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS .....	37
7.4. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	38
7.5. PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS .....	38
7.6. ASPECTOS ÉTICOS .....	40
8. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	41
8.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	41
8.2. COMPREENSÃO DA PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE QUALIDADE DE VIDA DE SEUS FILHOS PORTADORES DE CÁRIE DE MAMADEIRA .....	44
8.2.1. PRIMEIRA CATEGORIA EMPÍRICA: “O DENTE NATURAL É TUDO” .....	45
8.2.2. SEGUNDA CATEGORIA EMPÍRICA: “ PROCURA O DENTISTA QUANDO TEM DOR” .....	49
8.2.3. TERCEIRA CATEGORIA EMPÍRICA: “ MÃE TEM RESPONSABILIDADE NO APARECIMENTO DA CÁRIE PORQUE NÃO LIMPA A BOCA DA CRIANÇA .....	53
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	58
10. REFERÊNCIAS .....	61
ANEXO 1 .....	70
ANEXO 2.....	71
ANEXO 3.....	72
ANEXO 4.....	73
APÊNDICE 1 .....	76
APÊNDICE 2 .....	77
APÊNDICE 3 .....	78

## APRESENTAÇÃO

Formei-me em Odontologia no ano de 1987, na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A seguir iniciei o curso de Residência Odontológica em Odontopediatria na mesma instituição com duração de 02 anos. Nesta residência tive a oportunidade de aprimorar conhecimentos clínicos e teóricos.

Ao término da Residência fui convidado pela Profa. Dra. Delsa Deise Macchetti Kanaan para dar aulas da Disciplina de Odontopediatria no Curso de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP.

Concomitantemente com a atividade de docente na Universidade, atuei como cirurgião-dentista em Ribeirão Preto e Guaíra, onde além de trabalhar em consultório particular atuei também como cirurgião-dentista da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, até o ano de 1993.

Em 1994, a fim de melhorar minha capacidade docente, iniciei no ano de 1994 o Mestrado em Odontopediatria na Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista – UNESP, e defendi a dissertação em 1997.

Em 1997, comecei também a dar aulas de Odontologia Preventiva e Odontopediatria na Universidade Paulista – UNIP de Ribeirão Preto e logo a seguir em 1998, as aulas foram estendidas para unidade de São José do Rio Preto, onde ministrei aulas até 2006.

Em 1997 julguei necessário iniciar o curso de Especialização em Saúde Pública pela Instituição São Camilo, que terminei em 1999.

No início do ano 2000, comecei a fazer o Doutorado em Odontopediatria, também pela Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista – UNESP, e defendi a tese em 2004.

Durante o período de 1999 até 2000, ministrei aulas de Odontologia Preventiva e Odontopediatria também no Instituição Municipal de Ensino de Catanduva – IMES – FAFICA, onde ministrei aulas até 2010.

Estas disciplinas, tanto a Odontopediatria como a Odontologia Preventiva, têm um forte apelo educacional, uma vez que lidamos principalmente com crianças e adolescentes que estão em formação de seus hábitos, logo, acabei me envolvendo com um trabalho de educação coletivo nas escolas, e isso fez com que me interessasse cada vez mais em Educação em Saúde.

Em 2008, comecei a trabalhar em um projeto de Educação em Saúde Bucal no município de Guaraci, minha cidade natal. Trabalhava com crianças desde de tenra idade nas creches até alunos do Ensino Médio, e aí então, me apaixonei mais ainda pela Educação, e neste trabalho, aprendi a falar a língua das várias idades e busquei lançar mão de várias estratégias educacionais a fim de tornar atrativo e despertar nas crianças o interesse pelo cuidado com a saúde bucal e com o próprio corpo. Acredito que foi neste período que me reconheci como professor e educador.

O projeto durou até a metade do ano de 2010, quando voltei a ministrar aulas na UNAERP de onde havia me afastado desde 2006.

Neste retorno à UNAERP, ministro aulas até o presente momento nas disciplinas de Odontopediatria e Odontologia Preventiva.

Durante este período, fiquei sabendo do Mestrado de Saúde e Educação da UNAERP, me interessei por ele e então resolvi entrar em outra empreitada de estudo, com o intuito de aprender mais e assim poder me melhorar como professor. Tive a feliz oportunidade de perceber que o curso me melhorou como profissional e principalmente como pessoa.

Em meu trabalho, optei por trabalhar com a percepção de mães de crianças portadoras de cárie de mamadeira, pois queria poder entender melhor como uma doença prevenível pode acontecer e trazer tanto sofrimento para as crianças e seus familiares, sob a ótica dessas mães, assim acredito, poder contribuir para melhorar a qualidade de vida destas pessoas e de nosso país.

## 1. INTRODUÇÃO

O trabalho como dentista e mais propriamente como Odontopediatra nos leva a oportunidade de promover saúde e prevenir o aparecimento das várias doenças bucais e com isto proporcionar saúde bucal para a criança. Algumas crianças durante a fase de amamentação, que pode se estender além do período recomendado de um ano de idade, se amamentam pela mamadeira ou pelo peito durante a noite ou o fazem de modo contínuo durante o dia, sem a devida higiene bucal; estas podem ser acometidas por um tipo de cárie rampante e de desenvolvimento rápido e definido, atingindo mais gravemente os dentes decíduos (de leite) de acordo com a sua ordem de erupção ou nascimento dos mesmos na cavidade bucal, denominado **“cárie de mamadeira”**.

A American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) classifica cárie precoce na infância como a presença de um ou mais dentes decíduos cariados (lesões cavitadas ou não), perdidos (pela cárie) ou restaurados antes dos 71 meses de idade. Porém, qualquer sinal de superfície dentária lisa cariada, com ou sem cavidade, em crianças com menos de 3 anos de idade, é considerada cárie severa da infância (CSI). Também é considerada CSI se, dos 3 aos 5 anos de idade, a criança apresenta mais de quatro, cinco e seis superfícies afetadas em dentes anteriores decíduos aos 3, 4 e 5 anos, respectivamente. A CSI substituiu o termo anteriormente conhecido como “cárie de mamadeira” (AAPD, 2008). Porém, em nosso trabalho, optamos pelo uso tradicional “cárie de mamadeira”, uma vez que as crianças foram selecionadas de acordo com o uso da mamadeira e sua influência como fator etiológico no desenvolvimento das lesões de cárie.

Muitas crianças, não poucas vezes em tenra idade (1 ano e meio ou 2 anos) têm seus dentes muito destruídos, levando à necessidade de extrações precoces, tratamento endodôntico (canal) e às vezes até colocação de prótese total. Com certeza, esta situação provoca dor, desconforto, tristeza e problemas de desenvolvimento para a criança. Na maioria das vezes, o tratamento a ser adotado é invasivo (anestesia, cirurgias, tratamento de canal entre outros procedimentos), o que requer colaboração do paciente, já que provocam sofrimento na criança, mães e familiares. Logo, nos despertamos a procurar entender como esta mãe interpreta esta situação de seu filho, e se ela percebe o quanto a cárie pode afetar o dia-a-dia e o desenvolvimento biopsicossocial de seu filho.

O atendimento odontológico da criança no passado restringia-se ao tratamento de doenças bucais e orofaciais, tanto no setor público como no setor privado. Somente a partir de 1980, enfatizou-se a importância de esclarecer e motivar os pais quanto à necessidade de prevenção precoce dos problemas bucais em crianças, visto que a infância é o período ideal para a incorporação de hábitos. O conhecimento e os hábitos em saúde bucal dos cuidadores apresentam grande relevância no que diz respeito ao correto desenvolvimento do sistema estomatognático e à manutenção da saúde bucal das crianças de 0 a 2 anos. Os cuidados dentais aprendidos e realizados pelas crianças são ensinados pelos pais o que demonstra a necessidade de incluir e valorizar a participação da família nas ações de promoção e prevenção em saúde bucal (SANTI, 2003).

Tal despertar nos impôs iniciar uma análise da literatura a respeito do tema na tentativa de compreender melhor esta perspectiva, conhecendo e situando a cárie de mamadeira e suas consequências ao universo infantil. Mediante levantamento realizado acerca de artigos científicos pertinentes, no Scielo, Google Acadêmico e Pubmed nos últimos cinco anos para conhecer como esta questão é compreendida pelos pesquisadores, observamos escassez na literatura em relação a este tema, uma vez que encontramos trabalhos como o de Simioni; Comiotto; Rêgo (2005), que tratam da percepção de gestantes sobre saúde bucal e os cuidados que estas pretendiam ter com seus filhos e, após o nascimento, avaliaram as ações realizadas, hábitos presentes e a percepção delas acerca dos métodos educativos empregados, e os autores concluíram que muitas mães se perdem no percurso entre intenção e a ação.

Outros trabalhos terminam por avaliar conhecimento e percepção de cuidados a serem realizados, mas a percepção sobre o quanto a condição bucal pode afetar a vida da criança não foi relatada, o que nos moveu a buscar uma resposta a nossa indagação mediante pesquisa sobre o tema.

## **2. CONSTRUINDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO**

O estado da arte sobre o tema apresenta, nestes últimos anos, trabalhos que descrevem a cárie dental como uma doença da cavidade bucal que provoca destruição e perda dos dentes. O paciente acometido pela doença a vive então, uma série de situações difíceis para a sua

vida, como dificuldades para comer, falar, dor e atrapalha suas relações sociais e de trabalho na vida adulta.

Este fato, com certeza, coloca a criança em risco de alterações no seu desenvolvimento físico (dificuldades de alimentação), mental e psicológico (dificuldade de fala e expressão) que podem influenciar no seu aprendizado e auto-estima, influenciando negativamente por toda sua vida.

Alguns estudos realizados no Brasil afirmam que a prevalência de cárie severa na infância varia de 12 a 46%, sendo que a faixa etária que desenvolveu mais cárie foi de 1 a 3 anos de idade (BONECKER; MARCENES; SHEIHAM, 2002). O levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal encontrou prevalência de 26,85% de experiência de cárie em crianças entre 18 e 36 meses, com aumento desta prevalência com o avanço da idade, independente do gênero (BRASIL, 2003). Já o levantamento Pesquisa de Saúde Bucal demonstrou que aos 5 anos de idade, uma criança brasileira possui, em média, o índice de 2,43 dentes com experiência de cárie, com predomínio do componente cariado, que é responsável por mais de 80% do índice (BRASIL, 2010).

Considerando a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada das crianças no Sistema Único de Saúde (SUS), entende-se que é atribuição essencial das unidades de saúde propor medidas educativas e preventivas em busca da promoção da saúde bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal preconiza que o acesso à saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos deve-se dar no máximo a partir dos 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais ou em grupo de pais. Além disso, recomenda que as ações em saúde bucal sejam parte de programas integrais da criança, compartilhados com a equipe multiprofissional e não desenvolvida isoladamente pelo dentista (BRASIL, 2008).

Durante o atendimento odontológico, antes do atendimento clínico, é realizada uma entrevista com o responsável pela criança, que na maior parte das vezes são as mães, a fim de obter informações sobre a criança.

São questionados dados de identificação, anamnese (história médico-odontológica; história odontológica; aspectos de higiene e nutricionais). Posteriormente, faz-se o exame clínico (atenção aos cabelos, cabeça, face, pescoço deve ser as primeiras observações feitas pelo dentista). As mãos podem revelar informações importantes; verifica-se a temperatura: mãos frias, pegajosas, ou unhas roídas podem constituir indicação de ansiedade anormal por parte da criança; um polegar com calosidades e incomumente limpo sugere um hábito

persistente de chupar o dedo; dedos deformados ou com cor azulada podem indicar doença cardíaca. Em sequência, desenvolvem-se diálogos com a criança, a apresentação do ambiente e instrumental do consultório, a fim de conseguir um condicionamento ótimo para aceitação do futuro tratamento. O condicionamento da criança é gradual e variável de criança para criança (GUEDES PINTO, 2010).

Durante a anamnese, questiona-se à mãe os aspectos sobre a gestação, parto e história de doenças familiares, além dos aspectos relacionados à criança, como história de experiências odontológicas, hábitos da criança, aleitamento materno, alimentação complementar, dieta e forma de higienização bucal. A maioria desses cuidados são social e culturalmente desempenhados pelas mulheres. Algumas mães, ao tomarem consciência de que a situação dos filhos, em alguma medida, é resultante dos cuidados por elas prestados, tendem a manifestar sentimento de culpa, desconsiderando a existência de outros fatores que possam ter contribuído com o quadro de saúde bucal de seus filhos (SANTI, 2003).

Buscando assim, entender melhor e oferecer uma ajuda mais efetiva ao atendimento odontológico de crianças, o **objeto deste trabalho** focou-se em mães de crianças portadoras de cárie de mamadeira.

Fadel; Kozłowski Jr. (2000) observaram a importância do conhecimento sobre a realidade das pessoas envolvidas no processo educacional. Sobre isso, Bijella (1999), afirma que são necessárias três etapas inter-relacionadas para que os objetivos educacionais sejam alcançados: buscar as percepções quanto ao problema e à medida preventiva em questão; relacionar a higiene bucal com as necessidades de cada indivíduo; e ligar a intenção com a ação, por meio do apoio ou aprovação que deve ser realizada com o indivíduo e também pela criação de facilidades para a execução das ações desejadas.

Outro diferencial nos trabalhos desenvolvidos com a população está na compreensão de como as pessoas pensam e percebem o mundo. Na concepção de Fonseca (2000), as histórias de vida e o contexto sociocultural em que as pessoas vivem são fatores fundamentais para o processo de ensino-aprendizagem. Assim sendo, Peregrino (2000) relata que muitas vezes, a causa da não obediência às regras é muito mais as condições precárias de vida do que a uma pretensa falta de vontade em segui-las.

Nesta linha de investigação, Cruz et al. (2004), avaliaram a percepção materna sobre a higiene bucal de bebês, em um hospital público em Campina Grande na Paraíba, os autores identificaram que apenas pequena parcela das mães recebeu informações sobre a higiene

bucal do bebê, o que ressalta a necessidade de um serviço integrado e multidisciplinar nas Unidades de Pediatria dos hospitais objetivando um atendimento global do paciente infantil.

Abreu; Pordeus; Modena (2005) analisaram as representações sociais sobre o processo saúde-doença bucal entre mães residentes no meio rural de Itaúna, a cárie dental foi vista como uma experiência inevitável, mas a perda dentária, não. Apesar das condições materiais de vida no meio rural dificultarem a adoção de práticas consideradas favoráveis à saúde bucal, essas mães são cobradas quanto aos cuidados de seus filhos, o que gera sentimentos negativos (de culpa) e, como consequência, queda na qualidade de vida nessa população. Apesar das mesmas entrevistadas apresentarem informações sobre o cuidado bucal e desejarem “cuidar dos filhos direito”, uma complexa rede de fatores sociais, econômicos, culturais, etc. não favorece a promoção de saúde.

Outro aspecto interessante e de grande importância para com os cuidados com a saúde bucal da criança, corresponde às dificuldades de acesso de gestantes ao tratamento odontológico, como relato por Moimaz et al. (2007). Os autores afirmam que esta dificuldade reside no conflito entre hábitos antigos e novos conceitos adquiridos; os autores avaliaram se gestantes foram ou não submetidas à assistência odontológica durante a gravidez e os motivos que dificultaram o acesso ao serviço em uma Unidade Básica de Saúde de Araçatuba/SP. Os resultados indicaram que os principais motivos pelos quais elas não procuram o serviço foram a ausência de necessidade de tratamento (32,9%), crenças e mitos (16,4%), falta de dinheiro/vontade ou tempo (15,1%), medo (8,2%). E entre as que procuraram o serviço, 40,7% não foram atendidas, e citaram como principal motivo: problemas relacionados ao serviço público de saúde, como demora no atendimento, falta de dentista, dificuldade para marcar consulta. Os autores concluíram que a falta de informação demonstra a necessidade de as gestantes serem priorizadas nos programas de atenção odontológica. Os profissionais devem promover o aprendizado sobre saúde bucal na gravidez.

No intuito de observar as representações sociais de mães de crianças da faixa etária de zero a cinco anos de idade do Núcleo de Saúde da Família em Ribeirão Preto, Domingues; Carvalho; Narvai (2008), por meio de uma pesquisa qualitativa, constataram que as mães têm grande dificuldade em se expressar a respeito do que é, para elas, saúde. Para essas mães, a saúde bucal está relacionada a normas de higiene e dietéticas e, também, com a ida ao dentista, restringindo-se à preocupação estética e pouco com a função. Os autores concluíram que a expressão “saúde bucal” está associada à assistência odontológica.

Em outro estudo sobre práticas e significados de saúde bucal de mães de crianças atendidas em clínicas de Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina, em um estudo de caso, Robles; Grosseman; Rosseman (2010) observaram, por meio de questionário semi-estruturado, as experiências negativas vivenciadas em trabalhos odontológicos anteriores, dificuldades financeiras e gravidez influenciaram-nas na busca e adesão a tratamentos. As mães cuidam dos dentes de seus filhos por considerarem tais cuidados uma responsabilidade materna, para prevenir cárie e suas consequências, evitar gastos com tratamentos onerosos e para evitar que as crianças passem por experiências desagradáveis com dentistas. Suas fontes de informação foram dentistas, médicos, enfermeiras, escolas, veículos de comunicação em massa e acadêmicos de odontologia. Apesar de desejarem cuidar da saúde de seus filhos de maneira adequada, nem sempre elas têm condições econômicas e sociais favoráveis para colocar os ensinamentos em prática.

Seow (2012) afirma que embora as vias gerais de ligação do ambiente social e de risco da criança e dos fatores externos de cárie da primeira infância sejam previamente identificados, os vínculos maternos e outros para cárie na primeira infância não são bem compreendidos. Casos graves de cárie precoce na infância, foram vinculados a desvantagem social associada com baixo nível sócio-econômico, etnia ou condição de imigrante, e baixo nível de escolaridade materna. Esses fatores são comumente associados a tensões econômicas e familiares, que por sua vez, podem resultar em sofrimento psíquico materno. O sofrimento pode ser agravado pelo temperamento difícil dos filhos e pode levar a comportamentos parentais disfuncionais que colocam a criança em risco de desenvolvimento da cárie precoce na infância.

Patrocínio; Bortolin (2014) avaliando o conhecimento dos pais em relação à saúde bucal de crianças institucionalizadas em uma creche de Taubaté / SP, destacam que a Odontologia vem buscando adequar meios que consigam diminuir os índices de doenças bucais na população; e concluíram que os pais apresentavam algum conhecimento sobre saúde bucal, porém, não estavam motivados a empregá-los em suas crianças.

Considerando a cárie precoce na infância como um problema de saúde pública em diferentes partes do mundo, e que fatores socioeconômicos, comportamentais e psicológicos têm sido associados à ocorrência da mesma, Luz (2014) propôs um modelo teórico conceitual para a cárie precoce na infância, no qual destaca que muitos fatores interagem para a ocorrência da doença, de modo que todas as peculiaridades às quais as crianças de tenra idade estejam expostas devem servir de base para ações de saúde. O primeiro nível do modelo

compreende “O Contexto Sócio-econômico e Político”, que inclui todos os mecanismos sociais e políticos que geram as hierarquias sociais: desde o mercado de trabalho, às políticas públicas de saúde, o sistema educacional, o tipo de governo, entre outros. Encaixam-se nesse primeiro nível, dados referentes às características sócio-econômicas dos indivíduos como renda, escolaridade, ocupação, moradia e rede de apoio social. O segundo nível do modelo, “Determinantes Intermediários”, trata do reflexo da posição sócio-econômica do primeiro nível e por isso são considerados intermediários. Eles trazem a ligação entre as exposições do ambiente (mais distais) e as exposições aos fatores etiológicos da doença (as mais proximais). As principais categorias dos determinantes intermediários são: comportamentos de saúde e fatores psicossociais como – conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde dos cuidadores sobre a cárie precoce na infância, fatores psicológicos dos cuidadores e saúde bucal destes. O terceiro nível do modelo corresponde do modelo aos “Determinantes Proximais”, que nada mais são do que o resultado da interação do primeiro com o segundo nível, culminando com as exposições aos conhecidos fatores etiológicos da cárie precoce na infância. Assim, fazem parte deste nível: o tempo de aleitamento materno natural, o consumo de líquidos adoçados, o uso de mamadeira para pegar no sono e a higiene oral e acesso a dentifrícios fluoretados.

Macedo; Ammari (2014) destacaram que a cárie dentária continua sendo uma das grandes preocupações da Odontologia contemporânea, especialmente da Odontopediatria, devido à sua origem multifatorial e complexa, além da incapacidade da criança controlar sozinha todos os fatores que influenciam no seu aparecimento. E um amplo estudo de revisão literária sobre os fatores causais da cárie da primeira infância. Verificou-se que a etiologia da doença cárie está fortemente associada a fatores como higiene bucal deficiente, hábitos alimentares inadequados e transmissibilidade dos microrganismos cariogênicos. Além disso, outros fatores foram relacionados, como condições socioeconômicas, culturais, psicológicas e comportamentais, os quais podem comprometer a qualidade de vida e o bem estar da criança. A abordagem precoce da saúde bucal na criança é de suma importância, visto o impacto que promove no decorrer de toda sua vida. Com isso, a prevenção deve ser priorizada de modo mais precoce possível, através de uma abordagem multiprofissional, para repercutir em saúde bucal não só para bebês e crianças, mas para todo o núcleo familiar.

### **3. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA**

As mães, independentemente do seu nível sócio-econômico, talvez devido ao seu desconhecimento, colocam seus filhos em risco do desenvolvimento da cárie de mamadeira, sem ter ideia do quanto essa doença pode afetar a vida dos mesmos, uma vez que a infância é o estágio da vida do ser humano em que se alicerçam conceitos e atitudes que servirão como bases para a vida adulta. Logo, é de grande importância avaliar qual a sua percepção sobre a influência da condição de saúde bucal de seus filhos sobre sua qualidade de vida. Tal avaliação justifica-se em importância, na medida em que esta circunstância pode afetar o bem-estar da criança, pois sendo as mães as principais responsáveis pelos seus cuidados, com certeza, esse conhecimento pode ajudar os profissionais odontopediatras a entendê-las e orientá-las de maneira mais apropriada.

### **4. OBJETIVOS**

#### **4.1. Objetivo Geral**

- Analisar a percepção de mães de crianças portadoras de cárie de mamadeira sobre o quanto esta condição pode afetar a vida de seus filhos.

#### **4.2. Objetivos Específicos**

- Conhecer o perfil socioeconômico e demográfico das mães de crianças que apresentam cárie de mamadeira.
- Identificar sentimentos maternos quanto ao fato do filho apresentar a condição bucal provocada pela cárie de mamadeira.

## 5. REFERENCIAL TEÓRICO

Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociais vividos culturalmente. Para promover saúde de maneira efetiva, deve-se levar em conta não só aspectos objetivos deste processo, mas também os subjetivos, relativos às opiniões das pessoas que o vivenciam (BUSS, 2000; BERND et al., 1992).

Qualidade de vida é um conceito subjetivo e sua interação com o campo saúde/doença eleva sua complexidade, porque o impacto de doença na vida de uma pessoa depende de vários fatores, nem sempre controláveis (CERVEIRA, 2003).

A saúde bucal é o resultado da harmonia entre essas condições objetivas e subjetivas, sendo função da Odontologia realizar, direta ou indiretamente, as ações necessárias à sua produção, tanto no âmbito da sociedade quanto no acompanhamento preventivo-terapêutico realizado pelo dentista. Esse acompanhamento deve ser iniciado o mais precocemente possível, de preferência com as crianças na faixa etária de zero a cinco anos de idade, e envolver toda a equipe de saúde, notadamente médicos pediatras e pessoal de enfermagem que mantêm contato periódico com as crianças e seus pais nessa fase do seu desenvolvimento. (ARAÚJO, 1988).

Historicamente, a condição de saúde bucal tem sido medida por indicadores clínicos que são sensíveis à condição física, tais como doença periodontal, tumores e cárie. Para tanto, a condição da dentição é medida pelo número de dentes cariados, perdidos e obturados. E assim, outros índices são usados para descrever prevalência de doenças, refletindo somente no estágio final da doença, sem indicar o impacto que o processo saúde/doença tem no bem-estar funcional ou psicossocial de uma pessoa (MENEZES et al., 2009).

O conceito de necessidade percebida de saúde se originou no movimento da promoção de saúde em 1974 e mudou a ideia de que saúde é ausência de doença, conforme analisam Locker et al. (1997): Saúde foi definida como uma dimensão de qualidade de vida. Portanto, saúde e doença passaram a ser entendidas como duas entidades distintas, multidimensionais e sendo assim, não aptas a serem medidas em uma escala linear unidimensional”.

Na definição da Carta de Otawa (OMS, 1986), “promoção de saúde é o processo de capacitação da comunidade para que ela própria possa participar e controlar ações para a melhoria da sua qualidade de vida e saúde”.

A “promoção de saúde bucal” da criança merece atenção especial dos odontólogos, antes mesmo do bebê nascer, acompanhando seu crescimento e desenvolvimento durante a gestação. Assim a maternidade é um espaço onde a mãe é chamada a ter consciência do seu papel de cuidadora dentro da família e da sociedade (COZZUPOLI, 1981)

Domingues; Carvalho; Narvai (2008) ressaltaram que em vista dos conhecimentos atuais sobre o processo saúde-doença, sabe-se que promover saúde e, portanto, saúde bucal, é tão necessário quanto desafiador num país em que uma grande porcentagem da população apresenta edentulismo, dentes cariados, problemas periodontais, ortodônticos e estéticos. Destacaram então que é indispensável conhecer a visão de cada comunidade sobre a saúde e especificamente em relação à prática odontológica, o que pensa sobre saúde bucal e o cuidado odontológico, pois esses aspectos podem estar influenciando, positiva ou negativamente, decisões importantes com relação à prevenção e tratamento de doenças bucais.

No que diz respeito à cárie dental e seu desenvolvimento, para Fejerskov et al (1997) a cárie é uma doença multifatorial, porém, o biofilme dental (ou placa bacteriana - película gelatinosa que se adere aos dentes e mucosa gengival, sendo formada principalmente por colônias de bactérias (70% da placa), água, produtos finais bacterianos, células epiteliais descamadas, glóbulos brancos e resíduos alimentares) é a única causa necessária para a doença. Isso significa que, fatores capazes de alterar o biofilme dental e alterar o pH bucal, são entendidos como “determinantes” e variáveis sociais que parecem alterar a distribuição da doença, mas não agem diretamente sobre o biofilme, são chamados de confundidores (FEJERSKOV, 1990). No diagrama ilustrado abaixo, estes fatores estão na periferia do modelo pois não agem diretamente sobre a doença e parecem ter maior importância em determinadas populações, diferentemente dos fatores determinantes, que estão sempre presentes e são iguais em todo o mundo. Os pesquisadores explicam que, como a cárie ocorre em um nível sub-clínico, sempre haverá uma imprecisão no grau de erro, no momento de estabelecer a rede causal já que quando a lesão cariiosa está evidente, ela já é o resultado de um desequilíbrio que está ocorrendo há mais tempo. Dessa maneira, para esses autores, será sempre difícil estabelecer a força de associação entre os diversos fatores (de risco) e a cárie dental (FEJERSKOV, 1997)

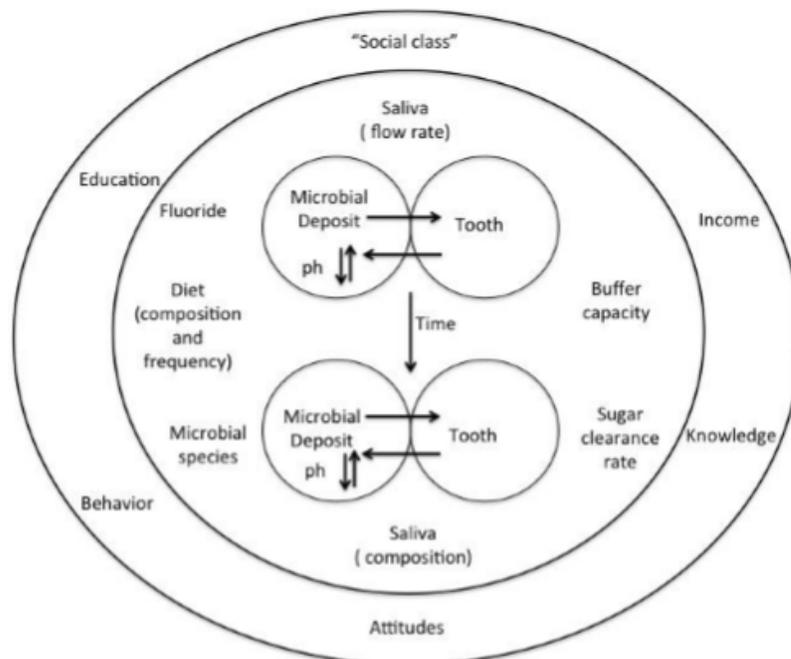


Figura 1. Representação esquemática da relação entre fator etiológico – biofilme e fatores determinantes e confundidores da cárie dental. Fonte: FEJERSKOV, 1990.

Segundo Santi, em 2003, o ato de cuidar tem sido atribuído ao gênero feminino. Na sociedade ocidental, a mãe é a principal cuidadora dos filhos, no que se refere aos cuidados em geral, na alimentação, na vestimenta, na educação e na saúde. Na promoção da saúde infantil, o cuidado materno, bem como a relação dentista-mãe são essenciais. Logo, com o intuito de compreender os significados atribuídos pelas mães de crianças de 0 a 6 anos em tratamento odontológico acerca de seu papel como cuidadora da saúde bucal de seus filhos, realizou uma pesquisa qualitativa por meio de entrevista semi-estruturada e observação com 10 mães com filhos em atendimento odontológico pelo Curso de Graduação em Odontologia, de Especialização e Clínica de Bebês da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, sendo que os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1979). A pesquisa revelou que as mães reconhecem o profissional especializado como fonte do saber, estando prontas a auxiliá-los no tratamento, independentemente de suas emoções mergulhadas no ideário do amor incondicional da mãe para com o filho e do dever materno, sentindo satisfação em atender a necessidade dos filhos. Concluiu-se que a mãe pode ser considerada

como agente multiplicador de ações educativas relacionadas à saúde bucal, uma vez que a atuação materna não fica circunscrita a ajudas momentâneas durante o atendimento clínico, perpassando as barreiras físicas, chegando ao cuidado diário com a saúde bucal de seus filhos, porém, ainda dissociando a saúde bucal da saúde geral. Dentro desta lógica, há que se investir na capacitação de profissionais que lidam diariamente com tais mães e todos os indivíduos da família, para que estes sintam-se responsáveis pela saúde de crianças menores.

As doenças bucais embora não se apresentem inicialmente como uma ameaça à vida, elas constituem importantes problemas de saúde pública não somente devido à sua alta prevalência, mas também em virtude dos danos causados aos indivíduos e à comunidade, em aspectos de dor, desconforto e limitações funcionais e sociais, afetando a qualidade de vida dos mesmos (MENEZES et al., 2009)

Com o objetivo de identificar a percepção dos cuidadores familiares e profissionais da equipe de Estratégia de Saúde da Família em relação aos cuidados com a saúde bucal de crianças de 0 a 2 anos de idade em as ações desenvolvidas nesta faixa etária, Oliveira; Nascimento; Marcolino (2010) realizaram um estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa. Para coleta de dados, utilizaram um roteiro de entrevista semi-estruturada e para o tratamento de dados empíricos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin. O estudo revelou a percepção de cuidado em saúde bucal de ambos os grupos e como as ações profissionais se desenvolvem neste contexto. Evidenciou-se também que a responsabilidade do cuidado em saúde bucal oferecido à criança deve ser compartilhada entre a equipe e os cuidadores familiares, para que haja efetividade das ações e garantia do cuidado integral da criança.

Em relação à saúde bucal a compreensão dos profissionais da saúde, em especial de odontopediatras, sobre a realidade de seus pacientes propicia uma abordagem mais próxima de suas necessidades (ROBLES; GROSSEMAN; BOSCO, 2010).

Losso et al., em 2009, realizaram um amplo levantamento bibliográfico sobre cárie precoce na infância, sob um visão integral e ressaltaram a importância dos médicos pediatras reconhecerem os fatores de risco para o início da cárie precoce e da cárie severa na infância, possibilitando a intervenção precoce de tais fatores, e, assim, evitar a instalação dessa doença prevenível e as suas consequências.

A etiologia da cárie precoce na infância sempre foi bastante estudada, inclusive considerando novos fatores que influenciam seu desenvolvimento, como os socioeconômicos, demográficos e cognitivos (LITT; REISIN; TINANOFF, 1995) Porém, quando a patologia se

instala, se não controlada, pode atingir estágios severos, repercutindo de maneira negativa na vida da criança.

Oliveira (2001), em um estudo de natureza qualitativa com o objetivo de conhecer e analisar o conhecimento de mães quanto aos cuidados com sua saúde bucal e com a saúde bucal da criança, entrevistou mães de crianças assistidas nos Serviços de Atendimento em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto -UNAERP. Através de entrevista estruturada foi possível verificar as condições sócio-econômicas da população estudada, enquanto que entrevista aberta foi o instrumento utilizado para se colherem dados referentes ao conhecimento das mães quanto aos cuidados com sua saúde bucal e com a saúde bucal da criança, dados estes interpretados com base na análise de conteúdo. Os dados revelam que a maioria das mães estudadas tem como ocupação principal os afazeres do lar e são pertencentes a famílias, em média, com 4 ou 5 integrantes e com renda mensal entre 2 a 5 salários mínimos. Verificou-se que a principal importância dada aos dentes se relaciona à estética enquanto que a atenção com a saúde bucal se traduz basicamente pela escovação dental. As mães que fazem uso de soluções fluoretadas mostraram desconhecer os benefícios do flúor para a saúde bucal. O cirurgião-dentista é reconhecido pela sua ação curativa/restauradora embora a população estudada manifeste expectativas por ações educativas. A população estudada mostrou-se carente de conhecimento quanto a cuidados com a saúde bucal e quanto a métodos preventivos da cárie dentária e da doença periodontal. Muito há que se trabalhar para incrementar ações educativas no sentido de conscientizar, esclarecer e motivar o indivíduo para os cuidados com sua saúde bucal e com a saúde bucal da criança.

A infância é o estágio da vida do ser humano em que se alicerçam conceitos e atitudes que servirão como base para a vida adulta (FEITOSA; COLARES, 2003). A criança dos 2 aos 6 anos de idade, caminhará no sentido da adaptação mental e do equilíbrio de suas estruturas cognitivas. Estas não lhe serão dadas diretamente pelo desenvolvimento biológico, mas resultarão da integração de um substrato maturacional orgânico e da busca de maneiras melhores de responder às solicitações do ambiente físico e social.

Há relatos na literatura que sugerem que cáries severas podem causar danos tanto ao aspecto físico como também ao psicológico da criança. Autores como Miller et al. (1982), Acs; Suskan; Yildirim (1999) e Low; Tan (1999) realizaram pesquisas em que foram avaliados os efeitos das cáries severas, dentre elas a cárie precoce na infância, na vida da criança portadora, e verificaram que existe comprometimento, inclusive, da qualidade de vida

destes pacientes. A qualidade de vida, que possui caráter subjetivo e multidimensional, vem sendo bastante estudada na área de saúde, envolvendo esferas amplas em seu conceito, como físicas, familiares, autonomia, lazer, dentre outras.

Oliveira et al. (2008) observaram uma associação significativa entre o baixo peso das crianças e a presença de lesões cariosas na dentição decídua. As crianças de baixa estatura e abaixo do peso apresentavam maior experiência de cárie em dentes decíduos. O estudo de RIBEIRO et al. (2005) determinou que a existência de defeitos de esmalte foi o único fator estatisticamente significativo associado ao desenvolvimento de cárie precoce na infância. Os autores não encontraram associação significativa entre as variáveis comportamentais analisadas (dieta, higiene, uso de flúor, amamentação natural e artificial) e a doença cárie. As comunidades de nível socioeconômico baixo normalmente são mais susceptíveis à prevalência de cárie dentária.

De acordo com Bonecker (2004), as lesões cariosas referem-se a um sinal clínico associado à interação de alguns fatores determinantes, de acordo com a frequência e a intensidade com que interagem. Comportamentos e hábitos relacionados à saúde influenciam a saúde bucal dos indivíduos ao longo da vida. Na infância e adolescência, ocorre o processo de socialização primária e secundária que influencia diretamente na formação desses hábitos e comportamentos.

Kuhn; Wambier (2007) avaliaram um programa educativo/preventivo no controle da doença cárie em 160 bebês na faixa etária de 1 a 21 meses. As crianças selecionadas para o trabalho eram saudáveis e livres de cárie e foram atendidas de 3 em 3 meses durante 15 meses. Além do controle do biofilme dental as mães eram orientadas em práticas preventivas adequadas utilizando-se de orientação verbal, cartazes e projeção de slides. O exame bucal e treinamento materno em higiene foram realizados nas Unidades Básicas de Saúde, Centros Comunitários e Universidade. Com o intuito de verificar alterações nos hábitos alimentares e de higiene, foram aplicados questionários no início do estudo e após 12 meses. Ao final da pesquisa, verificou-se que o programa educativo/preventivo contribuiu para uma menor incidência de cárie, estimulando a adoção de hábitos mais saudáveis, uma vez que ocorreu redução de 33% na amamentação noturna e aumento de 20,9% na higiene bucal.

Ferreira et al. (2010) realizaram um estudo descritivo com o propósito de avaliar o conhecimentos de pais em relação à saúde bucal dos bebês atendidos no setor de Puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley, João Pessoa, Paraíba. Para coleta de dados se utilizou um questionário, contendo perguntas objetivas, relativas a dados socioeconômicos e

culturais dos pais e saúde bucal na primeira infância. Os autores constataram que houve um conhecimento limitado dos participantes da pesquisa sobre Odontologia na primeira infância, evidenciando a necessidade da implementação de programas de educação continuada sobre o tema.

A cárie de mamadeira é um tipo de destruição dental de alta presença entre crianças de tenra idade, sendo assim, Carvalho (2015) avaliou sua prevalência em crianças de 2 a 4 anos de idade que frequentaram a Clínica Infantil do Curso de Odontologia da UNAERP. Os dados obtidos evidenciaram alta prevalência de cárie nessas crianças, provavelmente, pelo uso de mamadeira noturna com líquidos açucarados sem higienização adequada, tornando-se necessário esclarecer e motivar as mães para que possam minimizar ou eliminar a prevalência da cárie precocemente em seus filhos

Neste estudo em específico, utilizamos os conceitos teóricos oriundos de Urie Bronfenbrenner (1996) para responder aos nossos objetivos e contextualmente avaliar aspectos da cárie de mamadeira que interferem no pleno desenvolvimento da pessoa desde a infância.

Para este autor, pessoa e contexto não podem ser separados, pois ambos são detentores de variáveis, com diferentes e múltiplos níveis. É o chamado modelo bioecológico, que tende a reforçar a ênfase nas características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento. Outro aspecto proposto é o construto teórico “processos proximais”, entendido como “formas particulares de interação entre organismo e ambiente, que operam ao longo do tempo e compreendem os primeiros mecanismos que produzem o desenvolvimento humano” (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). No modelo bioecológico, são reapresentados quatro aspectos multidirecionais inter-relacionados: “pessoa, processo, contexto e tempo”.

**Pessoa:** refere-se ao fenômeno de constâncias e mudanças na vida do ser humano em desenvolvimento, no decorrer de sua existência, ressaltando a importância de se considerar as características do indivíduo em desenvolvimento, como suas convicções, nível de atividade, temperamento, além de suas metas e motivações. Tudo isto tem um impacto na maneira pela qual os contextos são experimentados pela pessoa, tanto quanto os tipos de contextos no qual o sujeito se insere. Características do tipo pessoais, como gênero, cor da pele, que podem influenciar na maneira pela qual outros lidam com a pessoa em desenvolvimento, como valores e expectativas que se têm na relação social dever ser consideradas. Qualidades pessoais como esta, podem nutrir ou romper a operação de processos de crescimento

psicológico. Além disso, nenhuma característica da pessoa pode existir ou exercer influência sobre o desenvolvimento isoladamente (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

**Processo:** tem a ver com as ligações entre os diferentes níveis e se acha constituído pelos papéis e atividades diárias da pessoa em desenvolvimento. Para se desenvolver intelectual, emocional, social e moralmente um ser humano, criança ou adulto – requer para todos eles – a mesma coisa: participação ativa em interação progressivamente mais complexa, recíproca com pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato. Para ser afetiva, a interação tem que ocorrer em uma base bastante regular em períodos estendidos de tempo. Tais formas duradouras de interação no ambiente imediato referem-se a processos proximais. São achados exemplos duradouros destes processos na relação pais-criança (como quando os pais cuidam ou alimentam um bebê) e atividades criança-criança em grupo ou jogo solitário, como lendo, aprendendo habilidades novas, resolvendo problemas, executando tarefas complexas e adquirindo conhecimento e experiências novas (BRONFENBRENNER; CECI, 1994).

**Contexto:** meio ambiente global em que o indivíduo está inserido e onde se desenrolam os processos desenvolvimentais. Os vários ambientes subdivididos pelo autor, abrangendo tanto os ambientes mais imediatos nos quais vive a pessoa em desenvolvimento, como os mais remotos, em que a pessoa nunca esteve, mas que se relacionam e têm o poder de influenciar o curso de desenvolvimento humano. Esses ambientes são denominados micro, meso, exo e macrosistemas (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998)..

O microsistema é definido como: “um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente com características físicas e materiais específicas”. Portanto, ambientes como a casa, a creche ou a escola em que a pessoa é envolvida em interações face-a-face fazem parte do microsistema. Além disso, os aspectos como locais onde dormem, tipos de conflitos, cuidados entre membros, punições e brincadeiras existentes nessas interações, etc (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

O mesossistema diz respeito às inter-relações entre dois ou mais ambientes no quais uma pessoa participa ativamente, podendo ser formado ou ampliado sempre que ela passe a fazer parte de novos ambientes. Em alguns casos, por exemplo, esse sistema inclui as relações que uma criança mantém em casa, na escola, no clube e com amigos da vizinhança, ou outros, apenas as relações exclusivamente familiares e com membros da igreja da qual sua família faz parte (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998)..

Já no exossistema, ao contrário do mesossistema, a criança ou pessoa em desenvolvimento não é participante ativa, mas aí podem ocorrer eventos que a afetem, ou ainda vice e versa, podem ser afetados por acontecimentos do ambiente imediato onde a criança se encontra. Estes tipos de ambientes que consistem em exossistemas podem ser por exemplo: o local de trabalho dos pais, a escola do irmão ou a rede de amigos dos pais, que podem dar sugestões na educação dos filhos e como fornecem subsídios verbais e materiais para as práticas educativas familiares (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

O macrossistema envolve todos os outros ambientes, formando uma rede de interconexões que se diferenciam de uma cultura para outra. Neste caso, podemos dar, como exemplo, a estrutura política e cultural de uma família norte americana de classe média enquanto sistema, muito diferente de um grupo familiar de operários brasileiros. Além disso, a influência dos aspectos sócio-econômicos-culturais nas relações familiares. A falta de infraestrutura oferecida pela Prefeitura do bairro em forma de praças, parques ou mesmo de escolas e creches, faz com que as famílias e sua crianças tenham um modo de vida diferente daquelas pessoas que moram em locais em que todos esses requisitos são respeitados pelos governantes. A situação precária em que vivem as famílias, com baixos salários, desemprego e aumento da violência ocasionada pelo tráfico de drogas e a criminalidade afeta diretamente o desenvolvimento das crianças (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

**Tempo:** pode ser entendido como o desenvolvimento no sentido histórico ou, em outras palavras, como ocorrem as mudanças nos eventos no decorrer dos tempos, devido às pressões sofridas pela pessoa em desenvolvimento. Eventos históricos podem alterar o curso de desenvolvimento humano, em qualquer direção, não só para indivíduos, mas para segmentos grandes da população. Pequenos episódios da vida familiar, como a entrada da criança na escola, o nascimento de um irmão ou a mudança de trabalho dos pais, podem ter significativa influencia no desenvolvimento das pessoas da família num dado momento de suas vidas. Outro exemplo que de como o tempo influencia o desenvolvimento da pessoa, é a diferença na maneira dos pais criarem seus filhos, na década de 40, na década de 80 ou na atualidade (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

A abordagem teórica recente de Urie Bronfenbrenner contribui para os estudos com crianças e famílias. Leva em consideração a importância de estabelecer-se uma conexão clara e consistente entre a teoria utilizada e os métodos empregados para se chegar a dados fidedignos na pesquisa em contextos naturais (MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

Para melhor entendimento, julgamos interessante, representar a abordagem bioecológica de Bronfenbrenner na Figura 2, logo abaixo:

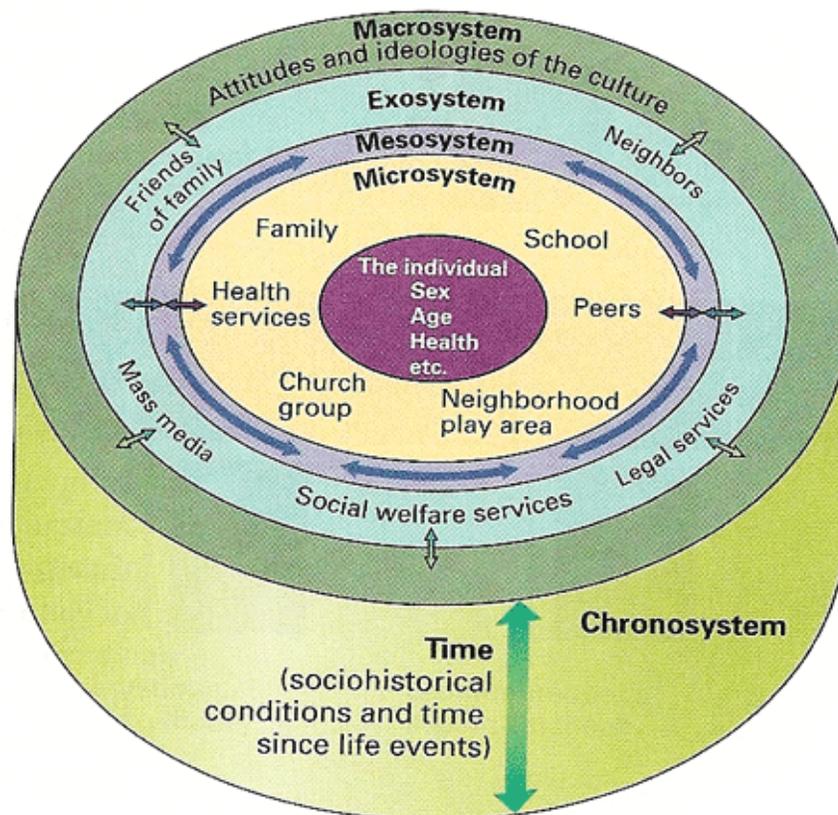


Figura 2 - Representação da abordagem bioecológica de Bronfenbrenner (1996)

## 6. PRESSUPOSTOS

Este estudo focaliza a percepção de mães de crianças portadoras de cárie de mamadeira sobre a influência da condição de saúde bucal de seus filhos e o efeito disto sobre a vida e desenvolvimento. Nesse sentido, o estudo partiu do pressuposto de que esta condição pode afetar o desenvolvimento biopsicossocial das crianças e que pode ser de grande importância conhecer o olhar dessas mães sobre essa condição na vida de seus filhos.

## **7. PERCURSO METODOLÓGICO**

### **7.1. Caracterização do estudo**

O estudo em questão é exploratório de abordagem qualitativa.

Para a compreensão do objeto de estudo, optamos pela análise qualitativa, considerada como aquela desenvolvida no estudo da história, das relações, das crenças, das representações e das opiniões resultantes das interpretações que os indivíduos realizam a respeito do modo de como vivem, de como constroem seus artefatos e assim mesmo, como sentem, pensam, além de mostrar processos sociais ainda pouco conhecidos relativos a grupos particulares, dando a oportunidade de construir novas abordagens, revisão e estabelecendo novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa parece ter vocação para mergulhar na profundidade dos fenômenos. Faz isto de forma compreensiva, abrindo-se para apreender a toda informação subjacente ao fenômeno, leva em conta toda a sua complexidade e particularidade. Não almeja alcançar a generalização, mas sim o entendimento das singularidades (BIGNARDI, 2003).

### **7.2. Campo e participantes do estudo**

O estudo foi realizado a partir de questões norteadoras junto ao grupo de mães de pacientes portadores de cárie de mamadeira que estejam em tratamento na Clínica de Odontologia da UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto, após autorização para realização da pesquisa neste espaço (Anexo 1).

A cidade de Ribeirão Preto situa-se no Nordeste do Estado de São Paulo, distante 313 km da capital (CODERP, 2016). É uma das regiões mais ricas do Estado de São Paulo apresentando elevado padrão de vida (renda, consumo, longevidade). Além de possuir bons indicadores sociais (saúde, educação e saneamento), possui uma localização privilegiada, próxima a importantes centros consumidores, e acesso facilitado devido à boa qualidade de infra-estrutura de transportes e comunicação. Também constitui-se em um dos principais

centros universitários e de pesquisa do estado e do país, com destaque para as áreas médicas em Ribeirão Preto, engenharia em São Carlos, agronomia e veterinária em Jaboticabal, entre outros. Assim, a região consolida-se como um dos principais polos de geração de tecnologia e mão de obra qualificada.

A UNAERP enquanto Instituição de Ensino Pesquisa e Extensão, apresenta-se em situação bastante diferenciada, pois a Universidade tem vários programas de atendimento à comunidade como Fisioterapia, Psicologia, Medicina, ações de educação em saúde entre outros, atendendo pacientes da cidade de Ribeirão Preto e cidades circunvizinhas, situadas no Estado de São Paulo.

A Clínica Infantil da Disciplina Odontopediatria, do Curso de Odontologia da UNAERP atende pacientes até os 12 anos de idade, e visa capacitar os alunos de Odontologia, futuros cirurgiões-dentistas no atendimento preventivo e clínico curativo dos pacientes infantis. A Clínica Infantil atende, no primeiro semestre de 2016, em torno de cento e setenta pacientes, entre estes, há pacientes que são portadores de lesões de cáries, advindos do uso prolongado da mamadeira e da amamentação no peito, resultando no que chamamos de cáries de mamadeira.

Para este estudo tomamos os pacientes em atendimento na clínica no período de fevereiro a abril de 2016, que foram previamente selecionados por meio de anamnese (Anexo 2) e exame clínico (Anexo 3) que indicaram serem portadores de cárie de mamadeira.

Foram também inseridos dados sociodemográficos e econômicos maternos com vistas a contemplar seu perfil familiar, como data de nascimento, sexo, escolaridade, composição familiar, renda familiar, atividade produtiva (Apêndice 1, Tabela 1). A população do estudo foi constituída de 6 mães de crianças portadoras de cárie de mamadeira que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). As mesmas foram identificadas pela sílaba M seguida de números ordinais em ordem crescente.

A escolha desses atores sociais baseou-se na afirmativa de Minayo (2010) de que a pesquisa qualitativa trabalha com gente, com atores sociais em relação a grupos sociais. Partindo do pressuposto de que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas dimensões, foram propostos critérios múltiplos para a delimitação da amostra: privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que se pretende conhecer; efetuar entrevistas em número suficiente para permitir uma certa reincidência de informações, garantia de que as informações contenham o conjunto das experiências e expressões dos elementos informantes.

Desse modo, o tamanho amostral teve como base a saturação, a qual segundo Minayo (2010) considera o número de sujeitos suficiente quando for permitido uma certa reincidência das informações, porém, sem desprezar informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta. Na busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão.

Os custos advindos da realização do projeto serão de inteira responsabilidade do pesquisador responsável (Apêndice 3).

### **7.3. Instrumentos para coleta de dados**

Para este estudo, como instrumentos para coleta de dados foram utilizadas a observação livre e entrevistas semi-estruturadas.

#### **7.3.1. A observação livre**

A observação também é considerada uma coleta de dados para conseguir informações sob determinados aspectos da realidade. Ela ajuda o pesquisador a “identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento” A observação também obriga o pesquisador a ter um contato mais direto com a realidade (LAKATOS, 1996).

#### **7.3.2. Entrevistas semi-estruturadas**

As entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo

de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados (BONI; QUARESMA, 2005).

#### **7.4. Procedimentos para coleta de dados**

A coleta dos dados foi realizada durante o atendimento clínico. Após avaliação da ficha de anamnese (Anexo 2) e de avaliação clínica (Anexo 3) a fim de diagnóstico do paciente como portador de cárie de mamadeira, foram aplicadas as questões norteadoras mediante entrevista semi-estruturada, sendo as entrevistas gravadas com o consentimento das mães das crianças portadoras da cárie de mamadeira mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), e analisadas posteriormente.

São as questões norteadoras:

- 1- Qual é seu entendimento sobre a função dos dentes numa pessoa? E quanto ao seu filho, como você percebe a saúde dos dentes dele? Fale-me um pouco sobre isso?
- 2- Você entende que os dentes estragados do seu filho podem acarretar problemas atuais e futuros para ele? Se positivo, quais seriam estes problemas e de que maneira poderiam atrapalhar a vida dele como um todo? Se negativo, por que não?
- 3- Na sua percepção por qual motivo os dentes e a boca do seu filho necessitaram a vinda ao dentista, tem alguma explicação? Você se sente responsável pela atual condição bucal de seu filho? Comente a sua resposta positiva ou negativa.

#### **7.5. Procedimentos para análise dos dados**

A análise de conteúdo tem sido muito utilizada na análise de comunicações nas ciências humanas e sociais. Minayo (2010) afirma ser o método mais comumente adotado no tratamento de dados de pesquisas qualitativas.

Optamos pela análise de conteúdo, a qual segundo Minayo (2010):

“... em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e

analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção de mensagem”.

Na busca de atingir os significados manifestos e latentes do material, realizamos a análise temática segundo a técnica de Bardin (1979). A análise de conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com a finalidade de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens (quem as emitiu, em que contexto e/ou quais efeitos se pretende causar por meio delas). Mais especificamente, a análise de conteúdo constitui:

*Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979)*

Como se pode perceber pela definição apresentada, a autora defende que a análise de conteúdo oscila entre os dois polos que envolvem a investigação científica: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade, resultando na elaboração de indicadores quantitativos e/ou qualitativos que devem levar o pesquisador a uma segunda leitura da comunicação, baseado na dedução, na inferência. Essa nova compreensão do material textual, que vem substituir a leitura dita “normal” por parte do leigo, visa a revelar o que está escondido, latente ou subentendido na mensagem (BITTAR, 2010).

Operacionalmente, conforme apresentado por Mianyo (2010) a análise compreende três etapas operacionais: 1ª) pré-análise – escolha de documentos a serem analisados; retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado; e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final; 2ª) exploração do material (operação e codificação) e 3ª) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Durante a trajetória de análise seguimos as seguintes etapas:

- a) Leituras flutuantes das fontes da pesquisa (conjunto de entrevistas);
- b) Identificação dos/ núcleos temáticos;
- c) Discussão dos temas encontrados com o referencial teórico trabalhado anteriormente;
- d) Estabelecimento de conclusões com bases nos resultados do estudo.

Durante os resultados são apresentadas falas das depoentes, sendo que os nomes citados e seus próprios nomes são fictícios.

## **7.6. Aspectos éticos**

Respeitando-se as prerrogativas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o estudo está submetido à Plataforma Brasil e conseqüentemente aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto nº CAAE 48542015.0.00005498 (Anexo 4). Às mães participantes foi solicitado o consentimento, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os propósitos, procedimentos e objetivos do estudo foram devidamente explicados utilizando-se de uma linguagem clara e acessível às participantes, visando salvaguardar seus direitos e sua opção em relação a participar ou não da mesma.

Quanto aos riscos e benefícios da pesquisa devemos salientar que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos de tipos e graduações variadas, sendo que cuidados e proteção dados pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CONEP apontam para uma observação substantiva a tais sujeitos. No foco em tela, a análise de risco é componente básico á análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo sistema CEP/CONEP em cada especificidade.

A pesquisa em tela se enquadra no risco mínimo, de acordo com a Legislação Brasileira em relação á Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, pois trata-se de um estudo que emprega técnicas e métodos em que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis psicológicas, fisiológicas ou sociais das mulheres mães que participaram do estudo , no entanto, fatores como exposição de imagem, de questões de foro íntimo, de informações pessoais e familiares, podem trazer desconforto, constrangimentos, que obedecendo-se às normas de Biossegurança e guardando o sigilo ético, podemos afirmar que os riscos foram mínimos, não tendo sido detectado durante a realização do estudo nenhum acontecimento de risco que ensejasse o encaminhamento a apoio oriundo do corpo de profissionais da UNAERP.

Já os benefícios da pesquisa, foram afeitos à possibilidade de acesso aos dados de difícil obtenção, tais como sentimentos, pensamentos, entre outros. Os achados ora descritos poderão influenciar pautas nacionais, no sopeso de melhor atuação da saúde pública, nos

aspectos preventivos ao não aparecimento da cárie de mamadeira, na melhor qualificação da mãe cuidadora nos procedimentos com seu filho na fase de desenvolvimento que especifica-se como criança.

## **8. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **8.1. Caracterização dos participantes**

O campo de estudo foi a Clínica Infantil da disciplina Odontopediatria, do curso de graduação em Odontologia da UNAERP. As atividades desenvolvidas são basicamente procedimentos preventivos e curativos. Também é prestado atendimento de emergência a crianças não agendadas que chegam ao serviço.

Após a avaliação da ficha de anamnese e avaliação clínica, realizou-se o diagnóstico dos pacientes como portadores de cárie de mamadeira.

A caracterização do perfil socioeconômico e demográfico das mães de crianças que apresentam cárie de mamadeira está ilustrado na Tabela 1, onde podemos constatar que as mães de crianças que apresentam cárie de mamadeira pertencem a um nível sócio-econômico das camadas populares, pois a renda familiar caracterizou mediana de R\$ 2.400,00, e a atividade econômica exercida pelas mesmas correspondem a atividades técnicas e manuais, e todas as mães não apresentam nível superior de ensino, tendo no máximo, em termos de formação educacional, o ensino médio completo.

Tabela 1. Perfil socioeconômico e demográfico das mães das crianças portadoras de cárie de mamadeira.

Mãe	Idade da mãe	Escolaridade	Profissão	Estado civil	Cor	Renda familiar (R\$)	Responsável sustento da casa	Número de filhos	Ordem de nascimento
M1	23	Fundamental	Auxiliar de limpeza	União estável	Parda	2.300	A própria e companheiro	01	1°
M2	19	Fundamental	Manicure	Casada	Branca	800	A própria e marido	01	1°
M3	33	Ensino Médio	Auxiliar de enfermagem	Casada	Parda	5.200	A própria e marido	02	2°
M4	32	Fundamental. Incompleto	Faxineira	Solteira	Parda	880,00	A própria	04	4°
M5	32	Ensino Médio	Artesã	Casada	Branca	2.500	Marido	03	3°
M6	26	Fundamental	Do lar	Casada	Parda	2.500	Marido	02	2ª

Nossos achados no que dizem respeito a estes fatores, estão corroborados pelo estudo de Pinto (1989), que afirmou ser a cárie dentária não é uma "doença da pobreza", como as enfermidades transmissíveis e a desnutrição, e sim uma consequência do desenvolvimento, o qual costuma apresentar como um dos seus efeitos perversos um ativo incremento nos padrões de consumo de açúcar. Oliveira et al. (2008), além de concordarem com tal afirmativa, destacam que a renda familiar pode afetar a aquisição de alimentos ricos em nutrientes para mães e crianças e, conseqüentemente, alterar o desenvolvimento dentário, tornando a criança mais susceptível. Porém, existe a associação entre o aumento do risco de cárie da primeira infância e uma baixa condição sócio-econômica familiar e reduzido nível de escolaridade materna (CRALL, 2006).

Mães que normalmente pertencem à classe social menos privilegiada possuem menos escolaridade e menor renda, e tipicamente, essas mães não entendem que a saúde bucal de seus filhos seja importante e não acham que seus filhos sejam susceptíveis à cárie. Além disso, a maioria delas não entende a cárie como uma condição séria e passível de prevenção. Aliado a isso, a mãe de baixa escolaridade demonstra padrões de comportamento que a colocam em risco para cáries e conseqüentemente, copia esse comportamento, colocando seu filho na mesma condição de risco (dieta e higiene) (SEOW, 2012).

Ainda sob esse prisma, Luz (2014), investigou se as mães ou responsáveis pelas crianças conhecem ou não os fatores etiológicos da cárie e por que não conseguem estabelecer práticas de saúde capazes de preveni-la. A autora verificou que os resultados apontaram que o caminho dos fatores determinantes para a cárie precoce da infância passa pelas condições

socioeconômicas que geram uma posição na qual as pessoas experimentam diferentes exposições, principalmente no que diz respeito aos hábitos dietéticos (consumo de mamadeira açucarada e aleitamento natural prolongado) que aumentam a susceptibilidade dos indivíduos. Ao final, considerou que a renda e atitude da mãe entender como normal um bebê de 2 anos acordar durante a madrugada para mamar, como variáveis de maior impacto sobre a cárie precoce na infância. Fejerskov et al (1997) chamam a atenção ainda para o fato de que o desenvolvimento da cárie é o resultado de um desequilíbrio, e que sempre é difícil estabelecer a força de associação entre os diversos fatores (de risco) no que diz respeito a fatores tanto determinantes (que são comuns em todos locais) e os confundidores que podem ter pesos desiguais em locais diferentes.

A fim de exemplificar como os determinantes sociais agem na saúde das populações, um modelo causal universal foi proposto em 2010 pela Organização Mundial de Saúde, através da Comissão de Determinantes de Saúde (CDSH – Commission on Social Determinants on Health), com o objetivo de guiar as políticas públicas e ações em saúde (WHO, 2010). Para isso, três teorias sobre produção social de saúde foram consideradas: 1) abordagens psicossociais; 2) produção social de doenças/políticas econômica de saúde; 3) modelo eco-social. Todas as três teorias entendem que o principal caminho para explicar a causa das doenças passa por: a) seleção social/mobilidade social; b) causação social; c) perspectiva de curso de vida. Assim, trazendo estes vários elementos juntos, o modelo proposto mostra como fatores sociais, econômicos e políticos dão origem a um conjunto de posições sócio-econômicas, em que as populações são estratificadas de acordo com a renda, educação, ocupação, gênero, etnia e outros fatores. Essas posições sócio-econômicas, por sua vez, formam determinantes específicos do estado de saúde (determinantes intermediários), reflexivos da posição em que as pessoas se encontram dentro das hierarquias sociais. Com base em seu respectivo status social, os indivíduos experimentam diferenças de exposição e vulnerabilidade a condições que comprometem a saúde. A doença pode ainda retroalimentar esse mecanismo, por comprometer as oportunidades de emprego do doente, por exemplo, reduzindo ainda mais a renda e piorando sua posição social.

Porém, as observações de Patrocínio; Bertolin (2014) são importantíssimas, uma vez que consideram que a prevenção está estruturada para que abranja todas as classes socioeconômicas e faixas etárias, sendo que em crianças, quando se estabelecem valores de saúde precocemente, estas adquirem hábitos saudáveis que serão levados para a vida adulta.

Daí, ressaltamos a grande importância das medidas educativas e preventivas na prevenção da cárie de mamadeira.

Baldani; Narvai; Antunes (2002) afirmaram que o risco de cárie é influenciado por uma série de fatores, como condição sócio-econômica, grau de instrução dos pais, atividade econômica das mães, desigualdade social, tamanho da família (quanto maior a família, maior o risco), a idade da mãe ao casar-se e na época do nascimento e tipo de habitação.

Apoiados por estes estudos, podemos também afirmar que nossos resultados demonstram claramente a influência dessas variáveis, que expõe os indivíduos à maior vulnerabilidade à cárie dentária e talvez às demais doenças bucais. Nossos estudos também corroboram com os conceitos do modelo bioecológico de Bronfenbrenner (1996), que demonstra a interação entre organismo e ambiente, operando por um período de tempo afetando o desenvolvimento do indivíduo, no caso, o aparecimento da cárie de mamadeira na população estudada. Volschan; Soares (2003), reafirmam que na análise da problemática da cárie de estabelecimento precoce (como a cárie de mamadeira), observa-se a influência tanto das questões biológicas quanto das dimensões sócio-culturais, e desta maneira, pode-se afirmar que a cárie é uma doença determinada biologicamente e condicionada socioculturalmente.

## **8.2. Compreensão da percepção materna sobre qualidade de vida de seus filhos portadores de cárie de mamadeira**

Na análise das entrevistas depreendemos 03 categorias empíricas apresentadas a seguir:

1. “O dente natural é tudo”
2. “Procura o dentista quando tem dor”
3. “A mãe tem responsabilidade no aparecimento da cárie porque não limpa a boca da criança”

### 8.2.1. Primeira categoria empírica: “ O dente natural é tudo”

Após a análise de conteúdo dos discursos das participantes elaboramos a primeira categoria empírica “**O dente natural é tudo**” que traduz o conteúdo da percepção das mães sobre a condição do filho ter a cárie de mamadeira e sobre o quanto esta condição pode afetar a vida dos mesmos.

Domingues; Carvalho; Narvai (2008) ao questionarem mães sobre suas concepções de saúde, apesar de citarem o cuidado com alimentação e a prática da higiene, poucas citaram a higiene dental e nem sequer a ida ao dentista. Destacam assim que ações de saúde bucal, domésticas ou de assistência à saúde, não emergem espontaneamente como associadas à saúde e com certeza podem influenciar, positiva ou negativamente nas decisões em relação a prevenção e tratamento das doenças bucais.

Bonecker (2004) destaca que muitas vezes muitas pessoas consideram as doenças bucais sem importância por não acarretarem risco de morte. No entanto, as alterações na cavidade bucal podem gerar um alto impacto na qualidade de vida das pessoas. Por exemplo, a dor, o desconforto, as noites sem dormir e as faltas na escola provenientes das doenças bucais influenciam diretamente sobre a qualidade de vida das crianças e de seus familiares.

Em nossa pesquisa, as mães entrevistadas ao referenciarem que “**o dente natural é tudo**” acenam para a importância de totalidade que dão à questão dentária, denotando que embora valorem desta forma, não atribuem o mesmo sentido e conteúdo para os aspectos gerais de saúde, que se apresenta nas falas dissociadas de tal entendimento.

Nossos achados também foram observados por Santi (2003) em um estudo realizado na mesma Clínica de Odontologia da UNAERP, que revelou que a saúde para as mães reveste de um significado amplo, não restrito ao biológico, entretanto, ainda ancoradas no conceito de saúde como ausência de doenças e de corpo funcional. A saúde bucal encontra-se dissociada da saúde geral e as práticas de manutenção da saúde bucal são voltadas para a prevenção de uma única doença: a cárie dental, relacionando sua ocorrência na dependência dos cuidados prestados por elas como formadoras de hábitos. Afirmou que as mães representam a ideia de que a saúde bucal tem seu espaço circunscrito e de menor valor frente a outros mais importantes e determinantes no seu modo de vida.

O discurso das mães demonstrou também a falta de preparo para lidar com a questão como se pode perceber no discurso de M1, com 23 anos de idade, residente em bairro distante

da Instituição UNAERP, com ensino fundamental completo e com vida laborativa na função de auxiliar de limpeza.

*M1 - O dente natural é tudo, serve melhor que a dentadura, a dentadura pra mastigar, tem que tirar, o dente normal não. É tudo numa pessoa o dente. Pra alimentação ela reclama, por causa que quando ela vai comer ela reclama de dor no dente, não se alimenta direito. Quando ela vai comer dependendo do tipo de comida ela reclama que sente dor, fica frágil, né, o dente.*

Outras mães, como M2, de apenas 19 anos e com menor renda entre as entrevistadas, e também M5, uma mãe, mais adulta com 32 anos de idade e renda familiar melhor que M2, confirmam as falas de M1:

*M2: “Pra saúde, eu acho que a gente também né, não sei muito. Agora tá melhorando, mas tava feio, quando antes de fazer o tratamento tava bem feio, porque ela não deixava escovar, não deixava fazer nada, agora depois que veio pra cá melhorou, ela com, ela não comia carne, ela come bastante coisa, escovar ela tá deixando, e melhorou bastante, ela não reclama mais de dor, tá bem melhor.”*

*M5: “Tudo. Pra mastigar, ingerir os alimentos, né. O dentes tem que estar bom e forte. Os dentes dele começou a atrapalhar a alimentação dele, quando ele tava com as cárie, porque doía muito, teve muita obturação que teve agora, mas agora tá bom, porque agora depois do tratamento ele tá ótimo, bem melhor, come, não sente dor, chupa sorvete. Uma criança normal.”*

Como podemos observar a interpretação da fala destas mães, há uma demonstração que elas entendem da importância dos dentes na vida de seus filhos. Interpretam como fundamental a presença dos dentes e faz reiteraões sobre sua utilidade na alimentação e em caso da cárie da presença da dor, dificultando a vida da criança. Porém, estes são apenas alguns dos aspectos observados pelas mães, não percebendo a influência dos dentes na vida psicológica, social e na saúde sistêmica da criança.

Já M4, mãe de uma criança de uma cidade da região de Ribeirão Preto, destaca em sua fala a relevância dos dentes na alimentação e no sorriso de seu filho.

*M4- Eu acho que serve assim, pra tudo né. Pra ter um sorriso melhor, pra comer e..... muda o rosto da gente, né, que o sorriso fica melhor com os dentes na boca.*

Tal observação também foi compartilhado por M3, uma mãe de 33 anos e com maior renda entre todas.

*M3 - Pra mastigar bem os alimentos, ter um sorriso bonito. Estão péssimo, agora que tá melhorando, depois que começou o tratamento começou a melhorar. Mas as cáries dela vêm muito rápido. Enfim, você faz o tratamento e daqui a pouco tá com cárie de novo. Da outra é melhor, o dela é um pouco mais rápido.*

Neste aspecto, ressalta a importância da imagem e estética do indivíduo, outro fator considerado de importância pelas mães e que as impulsionam a procurar o dentista para tratamento odontológico, sem considerar os fatores psicológicos e físicos que são influenciados pela presença de lesões de cárie e falta de dentes, como a dificuldade na alimentação que pode levar a desnutrição e enfraquecimento geral da criança levando-a a ficar mais susceptível ao aparecimento de outras doenças e, além disso, a aparência comprometida pode levar um baixo rendimento escolar (vergonha, bulling) com diminuição da auto estima. Uma outra observação importante pode ser no que diz respeito à frase de M3 “*cárie vem muito rápido*” não desconfiando que a cárie acontece assim devido a má higiene.

Tal aspecto fica bem retratado nas falas sobre a consciência das mães em problemas atuais ou futuros que a condição bucal provocada pela cárie de mamadeira pode trazer para seus filhos, como pontuado pelas mães M2, M4 e M5.

*M2: Não, assim não, tô sabendo agora que to vindo pra cá, que to se informando sobre os dentes, porque antes eu não sabia.*

*M4: Sim, eu já ouvi falar que traz problema pro coração, porque eu já assiti uma palestra. Tem outra doença lá também, que tem assim um negócio, eu esqueci como*

*é que fala, vermelho, umas 3 coisas que ouvi lá na palestra. Mas foi o do coração que eu guardei mais.*

*M5: Sim, mas não sei.*

Oliveira (2001) ressaltou que a principal importância dada aos dentes se relaciona à estética enquanto que a atenção com a saúde bucal se traduz basicamente pela escovação dental. As mães que fazem uso de soluções fluoretadas mostraram desconhecer os benefícios do flúor para a saúde bucal.

Em estudo sobre significados sociais da aparência dental, que a boca e os dentes são os principais elementos na avaliação da aparência física do indivíduo e por isso, interfere diretamente nas suas ações e comportamento na sociedade (ELI; BAR-TARL; KOSTOVETZKI, 2001)

Kleiman (1988) refere que o estigma tem o significado baseado na deformidade, reputação ou feiúra. E ainda, pode estar associado a uma desgraça atual geradora de sinais no corpo. Se a fonte do estigma é visivelmente pública o estigma é profundamente sacramentado, e opostamente, quando o estigma não é visível ele é ocultado. Em ambos os casos, para o estigmatizado, o peso é idêntico passando pelo público e privado.

Santi (2003) ressalta que o estigma da falta de dentes e/ou dentes cariados afeta imensamente o comportamento das crianças e suas mães. Sendo fator motivador da busca pelo cuidado profissional. A autora destaca também que na sociedade a má aparência dos dentes é associada à feiura e à ignorância. Entretanto, no Brasil do “eduntulismo” é pois um estigma que muitos carregam por lhe faltarem condições mínimas de subsistência; representa as marcas da pobreza, da ignorância e da miséria.

Logo, podemos considerar que apoiados na literatura acima citada, que essas mães, apesar de acharem que a saúde bucal é tudo, quando cuidam de seus filhos, se preocupam com problemas provocados pela presença da cárie de mamadeira, voltados para mastigação ou estética, mas com profundo desconhecimento de seus efeitos no desenvolvimento físico, mental e social de seus filhos.

### 8.2.2. Segunda categoria empírica: “ Procura o dentista quando tem dor”

Segundo Araujo (1988) é imprescindível que pais e cuidadores sejam orientados para o desenvolvimento de certas ações domésticas, como a realização de uma boa higienização bucal, de modo a acostumar a criança com a manipulação da boca e a sensação de "boca limpa", a importância da manutenção da saúde bucal e geral, o irrompimento dos dentes decíduos e as implicações dos problemas nessa primeira dentição para a dentição permanente.

Quando as mães foram questionadas sobre sua percepção sobre a qualidade de vida de seus filhos portadores de cárie de mamadeira mediante questões norteadoras, as respostas revelaram um entendimento da necessidade da dor para procurar por atendimento, não se falando em prevenção e ou outros procedimentos de promoção de saúde diante da questão. O desconhecimento sobre o desenvolvimento da doença cárie ou dos procedimentos preventivos ainda são muito presentes entre as mães. O que se revela na fala das mães M3 E M5:

*M3: Dores, não tá podendo comer direito, beber água, líquidos gelados ou até mesmo quente, sorriso, se ela for querer sorrir ela não vai , vai ter vergonha de estar sorrindo. Pra mim é isso.*

*M5- Dor né, procurei mais porque tava sentindo muita dor, ele chorava muito de dor, daí a gente procurou, porque já estava atrapalhando ele em tudo. Beber leite, comer, brincar, .... daí veio o desespero mesmo e fui procurar ajuda.*

Segundo Rodrigues (2012) as mães desconhecem a época de levar seus filhos à primeira consulta, ignorando sobre o aparecimento de cáries na dentição decídua, só buscando tratamento de emergência devido à dor, desconforto e problemas estéticos apresentados pelas crianças.

Ferreira et al. (2010) observaram que os pais apresentam conhecimento limitado sobre a saúde bucal do bebê. Sendo assim, existe a necessidade de implantação de um programa educacional de saúde bucal para bebês, abordando pontos referentes à etiologia e transmissão da cárie dentária, uso de dentifrícios fluoretados e higiene bucal na população estudada.

Pelo que constatamos nas falas além dos dados disponíveis na literatura, revela-se então a necessidade de implantação de programas de orientação de mães e familiares, a fim de que estes apresentem recursos próprios para atuarem e prevenirem, assim, o desenvolvimento da cárie de mamadeira. Porém, Simioni; Comiotto; Rêgo (2005) fazem uma importante ressalva, de que a transmissão de informações não consegue por si só modificar padrões de comportamento e hábitos comumente existentes na população. No entanto, o entendimento acerca das diferentes realidades deve nortear toda e qualquer atividade educativa, visando captar os valores dos sujeitos e buscando, a partir daí, adequar ações, com o objetivo de motivar os indivíduos a agir, respeitando suas particularidades.

Sob esse prisma, o papel do dentista nos cuidados à saúde bucal está relacionado às ações ditas “curativas”, sendo as atividades preventivas pouco mencionadas, contradizendo a estratégia do Programa de Saúde da Família. Isso, de certa forma, atende às expectativas das mães usuárias da unidade de saúde da família, que demonstram ter uma percepção muito fraca e difusa das atividades preventivas e associam a saúde bucal mais com a assistência curativa. A associação do cuidado odontológico à dor, desencadeando medo, resultado das experiências anteriores aversivas, levanta a necessidade de conhecer a população a ser assistida para, dessa forma, orientar a prática do cirurgião-dentista. (DOMINGUES; CARVALHO; NARVAI, 2008)

E mais uma vez nos deparamos com os conceitos de Bronfembrenner (1996) onde o modelo bioecológico afirma que pessoa e contexto não podem ser separados, pois ambos são detentores de variáveis, com diferentes e múltiplos níveis – pessoa, processo, contexto e tempo. Pois com certeza, os valores das sobre saúde e o meio em que vivem, influenciam na possibilidade de seus filhos terem mais ou menos saúde.

Vale ressaltar que, dentro da família, ganha destaque a figura da mãe que tem importância no interior do ambiente familiar, devido ao fato de ser, segundo Queiroz (1993), a personagem principal da família, com voz decisória no trato de questões de saúde e doença e de, segundo Alves (1996), ser responsável pelo equilíbrio no binômio saúde-doença. Dessa forma, ela poderia influenciar, positiva ou negativamente, as ações de promoção da saúde bucal, sendo o seu papel decisivo para uma boa ou má educação em saúde bucal da criança e, por extensão, da família como um todo.

Dentro desta categoria empírica, nos deparamos com outra situação vivida pelas mães e que contribuiu para o agravamento da cárie de mamadeira em seus filhos, a falta de acesso ao serviço público ou desconhecimento dos dentistas em relação ao problema e, até mesmo, falhas nas orientações e de um efetivo atendimento odontológico para paralisar a cárie de mamadeira e tratar os danos por ela causados, e acreditamos que possa ser dito até que seja falta de vontade do profissional em resolver o problema.

Estas observações são constatadas nas falas de M1, M4 e M6:

*M1:” É a cárie que começou né. Porque na época minha sogra falou assim: quando começou , os dentes dela tava no começo, nascendo, já com problema, ela falou tem que levar no dentista, eu levei, só que a mulher lá, a dentista não insistiu em fazer um tratamento forçado com ela, ai quando foi encaminhar praqui já era um pouco tarde, já tava mais avançado.”*

*M4: “Então ele ficou daquele jeito ali, ....., daí o dente já tava quebrado, dai ele quebrou e ficou daquele jeito ali. Ai fui pra dentista de Santo Antonio e mandou pra cá. E não tinha mais jeito assim lá.”*

*M6: “Se tivesse pegado uns dentistas bom acho que não teria arrancado os dentes dela. Quando começou a dar um pouquinho de cárie, eu levei, e eles falou: “a mãe é dente de leite e logo vai cair, então não tem problema”. Ai foi indo, começou a ficar podre, eu paguei particular, e foi a mesma coisa: “ai mãe é dente de leite e logo vai cair” . ai até que eu consegui a vaga aqui. Só que daí eu consegui depois que cáram os 4 dente. Já tava feio. Levei desde pequenininha, porque o pai dela também teve este problema, sabe de dente”.*

Podemos destacar que esta dificuldade de atendimento, leva a uma situação de agravamento de cada caso e, conseqüentemente, a um sofrimento maior tanto para a criança como para a mãe e toda a família.

Oliveira; Nascimento; Marcolino (2010) ressaltam que a cárie precoce na infância é de grande relevância. Suas causas e conseqüências são bastante conhecidas pelos profissionais, o que demonstra que estes são capacitados a orientar os cuidadores. Cabe ao profissional de saúde empenhar-se em busca de estratégias para a melhoria da qualidade das orientações

oferecidas, tornando viável a adoção dos hábitos de saúde bucal nos domicílios e desmistificando o tratamento odontológico, para que este passe a ser visto como parte fundamental na busca pela saúde integral da criança. E ainda destacam como de fundamental importância e primordial o desenvolvimento de políticas públicas de cuidado para esta população infantil, principalmente em razão do grande impacto que os cuidados em saúde bucal terão no crescimento e desenvolvimento da criança.

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, os diferentes profissionais inseridos no SUS devem buscar, a partir da capacitação mútua, ampliar seus conhecimentos em saúde bucal, tornando-os objeto de sua prática profissional (BRASIL, 2004). Muitas vezes os profissionais, em razão da divisão técnica do trabalho e da ideia de que a saúde bucal é atribuição apenas do dentista, se afastam do que julgam não ser de sua competência. Há uma concepção fragmentada do conhecimento de cada área, o que leva a um entendimento de que o corpo é dividido e, dessa forma, cada profissional teria seu campo de atuação predeterminado (SANTOS; ASSIS, 2006), o que contraria a integralidade da atenção preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe aqui ressaltar que a Política Nacional de Saúde Bucal preconiza que o acesso à saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos deve-se dar, no máximo, a partir dos 6 meses; além disso, recomenda que as ações em saúde bucal seja parte de programas integrais da criança, compartilhados com a equipe multiprofissional e não desenvolvida isoladamente pelo dentista (BRASIL, 2008).

Domingues; Carvalho; Narvai (2008) citam a desigualdade no acesso e na utilização dos serviços odontológicos como um fator relevante na decisão de ir ou não ao dentista. Mães entrevistadas por eles relataram que está mais fácil ir ao dentista, hoje em dia, provavelmente em decorrência do aumento do número de unidades básicas de saúde (UBS), com a presença de dentista. Porém, apesar de citarem aumento na quantidade dos materiais odontológicos, no desenvolvimento da área, e numa maior facilidade em marcar consultas, esses avanços ainda não lograram acabar com as dificuldades relacionadas com a demora para ser atendida e com o alto custo de alguns procedimentos odontológicos não cobertos pelos serviços públicos de saúde.

A saúde bucal de bebês depende da qualidade e do acesso das mães às medidas educativas e preventivas e do reforço constante na construção deste conhecimento. Reflete, ainda, a necessidade de reorganização dos programas de saúde pública, envolvendo à atenção

básica em saúde. É preciso investir em educação e na melhoria das condições sócio-econômicas, além de estimular a solidariedade coletiva e a auto-estima, para que o nível de saúde seja melhorado (BUISCHI, 2000).

### **8.2.3. Terceira categoria empírica: “A mãe tem responsabilidade no aparecimento da cárie porque não limpa a boca da criança”.**

As mães entrevistadas demonstraram percepção de culpa pelo aparecimento da cárie de mamadeira no filho, como pode ser observado na fala de M4.

*M4: Eu acho que é assim, mamadeira, antibiótico né. Que causou.*

*Responsabilidade: A gente né, porque, quando sempre é de menor a gente é responsável. Né. Quando ele tiver de maior, daí ele responde pra cima.*

Ou desta outra mãe, M3:

*M3: Pra mim, todo dentista fala que é a mamadeira, porque a gente escova o dente dela direitinho, tá fazendo tudo sempre certinho e sempre sai a cárie. Então, pra gente é a mamadeira noturna, porque ela já dorme com a mamadeira na boca. Escovo, depois que, antes dela deitar, aí que dá a mamadeira, porque ela dorme um pouco mais tarde, aí da mamadeira, aonde ela dorme mamando, é assim que ela dorme. Com certeza, a culpa é minha né. Eu tinha que tentar fazer com que ela não desse essa mamada ou se mamasse, ela escovasse o dente dela, só que eu fico com dó de acordar, e eu me sinto muito mal, porque ela reclama de dor. Eu queria pegar a dor pra mim.*

Na percepção das mães, ao conhecer o fator etiológico causador da doença bucal em seu filho, se percebe culpada, tanto pelo próprio desconhecimento, assim como, pelo sentimento de proteção e dó em obrigar o filho a realizar ações de prevenção como a simples escovação dos dentes, como reforça em sua fala também outras mães M2 e M5.

*M2: Ah, ela comia bastante doce e não deixava escovar, agora ela deixa, parou, manerou, mas antes ela não deixava escovar de jeito nenhum, e eu acho que foi por isso, ela não gostava de escovar e eu deixava, acabava deixando e ai ela não gostou. E agora eu faço, nem se ela chorar eu faço ela escovar.*

*No começo eu sentia (responsável), porque ela não escovava, agora melhorou, mas antes eu achava que era.*

*M5: Responsabilidade: sim, Eu acho que a gente mãe é muito comodo, igual ele, mamava no peito, eu não limpava a boca dele direto, sabe, ai quando queria, deixava, é mais fácil pra gente ir levando. Eu só cai em si depois que eu vi a cárie na boca dele. Daí ele mamava a noite inteira, né, comendo Nescau, essas coisas. Hoje eu tirei tudo, ele não bebe nada. Hoje se ele estiver dormindo eu acordo ele pra limpar os dentinho dele. Quer dizer, a gente tem que ter conhecimento pra passar pra ele, porque ele depende de mim, né. Então o erro é meu, eu acho que o erro é meu.*

No relato dessas duas mães, nota-se que, à medida que adquiriram o conhecimento de fatores etiológicos e método de prevenção da cárie de mamadeira, houve uma mudança da postura, sendo que o sentimento da responsabilidade de cuidar supera o de dó. Observamos na literatura pesquisada que a responsabilidade pelos cuidados com os filhos recai sobre a mãe, que assumem assim o papel de cuidadoras nas famílias.

A prática do cuidado é realizada predominantemente pelo sexo feminino (Karsch, 1998). A constatação de que a grande maioria dos cuidadores é do sexo feminino foi evidenciado por Dias; Wanderley; Mendes (2002), confirmando assim, que, em geral, as mulheres assumem o cuidar. Este papel, muitas vezes, é visto como natural e está inscrito socialmente no papel de mãe e, culturalmente, as mulheres o assumem como mais um papel pertinente à esfera doméstica.

A manutenção da saúde bucal é um desses papéis. As mães são, significativamente, cobradas em relação a essa obrigação social, sendo apontadas como responsáveis pelas condições de saúde bucal dos seus filhos (CARNEIRO, 2001)

Com isso, torna-se válido investir em projetos de atenção e orientação em saúde bucal a estes que são responsáveis pelas crianças (BLINKHORN, 1981, SANTI, 2003). Quando as mães têm acesso a informações e são motivadas na adoção de hábitos saudáveis, observa-se acentuada redução da cárie (WEINSTEIN; HARRISON; BENTON, 2006)

O estudo de Domingues; Carvalho; Narvai (2008) reforçou estas observações, sendo que em sua pesquisa consideraram que as mães assumem plenamente, a tarefa de responsáveis pela saúde bucal de seus filhos. Destacaram que para a grande maioria das entrevistadas foram suas respectivas mães que as ensinaram a cuidar da boca, sendo que metade delas mencionou exclusivamente a mãe e a outra mãe mencionou, além da mãe, outras pessoas como o pai, o médico, o dentista ou uma instituição como a escola. Segundo os autores, os relatos dessas mães (pertencentes a famílias de baixa renda) sobre saúde e os meios de verificar e garantir a saúde da sua família refletem sobretudo, sua vivência do papel de zelar pela saúde daqueles que estão sob sua responsabilidade em casa e, que a mãe atua como agente multiplicador de informações sobre saúde bucal, sendo crucial para a criação e manutenção do elo família-profissional.

Para Ferreira; Gaiva (2001) a "educação odontológica" da mãe é fator determinante para a saúde bucal da futura criança, sendo que a família serve como modelo, auxiliando a criança a cuidar dos seus dentes. Os pais transmitem aos filhos suas fantasias, seus conhecimentos, suas experiências, moldando-os de acordo com suas condições psíquicas e com o grau de maturidade em que se encontram. A influência dos antecessores dos pais explica boa parte do que se passa na relação familiar. Especificamente em relação ao cuidado em saúde bucal, por mais que os filhos participem de programas preventivos nas escolas ou que outra pessoa cuide dessas crianças, quem tem a possibilidade de estar mais próximo e cuidar é a mãe.

É relevante salientar que os hábitos de higiene são formados no interior da família desde a infância (SANTI, 2003). Nesta perspectiva, o cuidado em saúde bucal deve ser oferecido à criança menor de 2 anos pelos seus pais ou cuidadores, pois os hábitos e atitudes ensinados por eles serão incorporados e mais tarde praticados pela criança. Os cuidados em saúde bucal precisam ser estimulados pelos cuidadores, apesar das evidências apontarem que muitas vezes eles não estão presentes no contexto familiar, o que torna esta tarefa mais desafiadora (OLIVEIRA; NASCIMENTO; MARCOLINO, 2010).

Sob o olhar de Bronfenbrenner (1996), sobre a questão à luz dos 4 itens: pessoa-mães que apresentam suas convicções, conhecimentos de cuidados de saúde e saúde bucal; processo – em como estas mães se relacionam com seu meio ambiente doméstico e social em seus processos proximais adquirindo conhecimento e experiências próprias; processo – que traduz os diferentes níveis de interação das mães com o meio, e promove o desenvolvimento intelectual, emocional e social, representado como exemplo pela relação mãe-filho, pais-filho e os exemplos de saúde demonstrado por estes aos filhos; contexto – as mães que vivem em ambiente social de classe média baixa, o que dificulta seu acesso à informações de prevenção e atendimento curativo de seus filhos com cárie de mamadeira; e toda influência do tempo, em seu sentido histórico, proporcionando facilidades ou pressões dificultadoras no desenvolvimento e cuidado de cada pessoa. Tudo isto, influenciando tanto nos cuidados maternos e que refletirão no desenvolvimento biológico e psicossocial da criança.

Para Oliveira; Nascimento; Marcolino (2010) além das intervenções em saúde bucal, os cuidadores familiares, assim como todos os membros da família também devem ser alvo das ações individuais e coletivas. Isto porque a criança incorpora os hábitos da família durante sua infância e este é um período propício para modificar e adquirir novos hábitos. Se a criança perceber que os pais ou cuidadores sentem prazer em realizar a escovação dental, esta também sentirá prazer nisto. O fato de incluir a família nas ações de saúde bucal realizadas pelos profissionais de saúde contribui para motivar e sensibilizar a família quanto à importância destas práticas. Dessa forma, todos se sentirão responsáveis pela promoção e prevenção em saúde bucal.

No contexto da clínica odontológica, o profissional cobra e responsabiliza os pacientes pelos problemas que apresentam, julgando-os, “ignorantes” ou “desleixados” com a saúde bucal. Weinstein; Riedy (2001) em estudo qualitativo numa população de mães nativas da América, sobre o significado de experiências odontológicas, observou uma certa sensibilidade crítica na explanação de uma mãe quando refere a forma como esta foi abordada pelo profissional.

Na odontopediatria, mães são culpabilizadas em relação à saúde bucal de seus filhos, pois são as responsáveis pela higiene e dieta infantil, como já evidenciado anteriormente, Hábitos cotidianos arraigados no cuidado infantil (provar alimentos com a colher da criança ou resfria-los soprando, limpa a chupeta com a própria boca, beijar na boca) são vias de

transmissão de mãe para filho, fazendo a mulher o principal agente transmissor de *Streptococcus mutans* – as bactérias presente na cárie (LIMA, 2001; WAN et al., 2001).

Domingues; Carvalho; Narvai (2008) ressaltam que as mães associam o ato de levar seus filhos ao dentista: 1) ao cuidado com os dentes, proporcionando ausência de cárie e conseqüentemente, dentes bonitos; 2) à concepção de “ir ao dentista” como sinônimo de saúde para seu filho (a); e , 3) ao direito do filho(a) a esse benefício e ao dever de mãe de leva-lo ao dentista.

Santi (2003) destaca a importância de sobre a orientação dos bons hábitos para as mães, porém, para tal, isto não vale nada se não forem incorporados e postos em prática. Para tal realidade o profissional odontólogo precisa desenvolver outras capacidades – a de interagir com as mães sem o viés do autoritarismo e tecnicismo, pois o aperfeiçoamento técnico não exclui a atenção ao lado humano da relação com o paciente, ressaltando que o conhecimento científico acrescido do lado humano torna-se mais efetivo.

Neste aspecto, Valença (1997) salienta a importância dos profissionais compreenderem seu papel na democratização do conhecimento sobre saúde, uma vez que o profissional de saúde não é apenas um técnico, a ação educativa está implícita na própria ação saúde. A ação educativa é acima de tudo um processo participativo, para tanto, deve levar à superação da formação academicista e, exclusivamente tecnicista que o profissional de saúde traz da universidade, adotando um modelo de educação em saúde que utilize de mecanismo e estratégia de transformação da realidade, onde sua prática, na relação paciente-profissional deve ser transformadora, facilitadora e libertadora.

Volschan; Soares (2003) afirmaram que quando coexistem envolvimento de fatores híbridos, ou seja, sociais e biológicos, a lógica de informar para responsabilizar, estratégias tradicionais de educação e instrução, é combatida e deve ser superada através de apoio social. Desta forma, as cobranças e os aconselhamentos sobre saúde bucal devem ser feitos sem agressividade e compreensão. Considera também este tipo de cárie como sendo um problema de saúde pública; verifica-se, portanto, a necessidade dos profissionais de saúde se empenharem neste trabalho, romperem barreiras impostas e proporcionarem à população, por ele assistida, a conscientização para a superação dos limites e a busca pela qualidade de vida.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossas dúvidas iniciais visaram compreender a percepção de um grupo de mães da camada popular e analisar sua óptica sobre o significado da saúde bucal e sua percepção sobre o quanto este fator exerce influência sobre a qualidade de vida da criança, analisados sob o referencial teórico do conhecimento científico e popular sobre saúde bucal.

Apoiados pelas pesquisas, podemos consideramos que nossos resultados demonstram a influência dos aspectos sócio-econômicos e educacionais, que neste grupo de mães revelam ser de classe media-baixa da população, o que expõe os indivíduos à maior vulnerabilidade à cárie dentária e talvez às demais doenças bucais. A renda familiar baixa, pode afetar a aquisição de alimentos ricos em nutrientes para mães e crianças e, conseqüentemente, alterar o desenvolvimento dentário, tornando a criança mais susceptível. Podemos, assim associar o risco de desenvolvimento da cárie de mamadeira à baixa condição sócio-econômica familiar e o baixo nível de escolaridade materna.

No desenvolvimento da pesquisa buscamos unidades de significado sobre a saúde bucal na fala das mães, e entendemos que estas consideram **“o dente natural é tudo”**, assumindo assim que compreendem a importância dos dentes na cavidade bucal e na saúde bucal, porém, embora valorizem a dentição, não apresentam o mesmo olhar no que diz respeito aos aspectos gerais da saúde, no sentido de que, as alterações na cavidade bucal podem gerar um alto impacto na qualidade de vida das pessoas. Como dor, o desconforto, as noites sem dormir e as faltas na escola provenientes das doenças bucais influenciam diretamente sobre a qualidade de vida das crianças e de seus familiares. Além disso, o impacto da cárie na predisposição do indivíduo no desenvolvimento de outros problemas gerais, como desnutrição, problemas cardíacos, problemas no desenvolvimento psicossocial da criança. Tal aspecto nos mostra a necessidade da criação e ampliação de medidas educativas a população, através de estratégias de medidas que visem formar e ampliar o conhecimento coletivo em saúde bucal.

Apesar de considerarem a importância de ter dentes saudáveis na cavidade bucal a fala das mães evidenciou que a busca pelo dentista aparece quando existe algum problema já presente na cavidade bucal, normalmente a dor, dificuldades na alimentação e alterações estéticas que podem atrapalhar a criança. Não procuram o atendimento para orientações para prevenção ou promoção de saúde bucal **“Procura o dentista quando tem dor”**.

Porém, algumas mães reclamaram de falhas no acesso ao atendimento odontológico de crianças na situação de portadores de cárie de mamadeira. As reclamações estavam relacionadas tanto à falta de atendimento, assim como, pelo despreparo dos profissionais no atendimento, como pela necessidade de melhoria no atendimento público e seguindo os princípios da Política Nacional de Saúde Bucal preconiza que o acesso à saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos deve-se dar no máximo a partir dos 6 meses, pensamos que nosso trabalho possa contribuir para melhoria do atendimento público dos pacientes infantis e em especial aqueles com cárie de mamadeira.

Além disso, a relação de culpa das mães com o desenvolvimento da doença também esteve presente nas falas, uma vez que estas se sentem responsáveis pela saúde bucal da criança **“A mãe tem responsabilidade no aparecimento da cárie porque não limpa a boca da criança”**. A literatura pesquisada reforçou esta consideração, uma vez que esta confirma que a responsabilidade pelos cuidados com os filhos recai sobre a mãe, que assumem assim o papel de cuidadoras nas famílias. Porém, esta também demonstrou que mesmo conhecendo as medidas de cuidados estas mães acabam fraquejando nos cuidados por ficarem com dó ou se sentirem judiando de seus filhos, como por exemplo no momento de acordá-los para realizar a higiene bucal.

Havemos de nos atentar aos conceitos de Bronfenbrenner, que menciona que os acontecimentos da vida estão diretamente relacionados com a pessoa (como vivem, seus conhecimentos e experiências próprias); processo – que traduz os diferentes níveis de interação das mães com o meio, e promove o desenvolvimento intelectual, emocional e social, representado como exemplo pela relação mãe-filho e mãe-pai; contexto – as mães que vivem em ambiente social de classe média baixa, o que dificulta seu acesso à informações de prevenção e atendimento curativo de seus filhos com cárie de mamadeira; e toda influência do tempo, em seu sentido histórico, proporcionando facilidades ou pressões dificultadoras no desenvolvimento de cada pessoa. Tudo isto, influenciando tanto nos cuidados maternos e que refletirão no desenvolvimento biológico e psicossocial da criança.

Em vista do que se pesquisou, consideramos que, a percepção das mães em relação à qualidade de vida de seus filhos, se prende mais a ações imediatistas como resolver problemas como dor, dificuldades na alimentação e no sorriso da criança. As mães apresentam baixa percepção no que diz respeito aos problemas futuros que a cárie de mamadeira pode trazer a

seus filhos, como problemas psicológicos, nas suas relações sociais e outros problemas na saúde geral.

Ao tecer as considerações finais deste trabalho, tivemos por objetivo destacar os aspectos que entendemos serem importantes na compreensão da percepção de mães sobre a qualidade de vida de crianças portadoras de cárie de mamadeira na idade de 0 a 5 anos de idade, a respeito de seu papel de principais cuidadoras da saúde bucal de seus filhos, assim como ampliar a visão dos profissionais da Odontologia, e talvez mais especificamente aos Odontopediatras, atingindo também o sistema público de saúde, afim de que melhore o acolhimento e atendimento desses pacientes, e além das mães, principais cuidadoras das crianças, chamar também a atenção de toda a família como agentes cuidadores da saúde bucal.

## 10. REFERÊNCIAS

ALVES, A. R. Saúde e doença: uma abordagem sócio-cultural. In: FLORES E SILVA F. **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis, Papa-Livro, Cap. 3, p. 56-74. 1996.

ABREU, M.H.N.G.; PODEUS, I.A.; MODENA, C.M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n. 1, p. 24-59, 2005.

ACS, G.; SUSKAN, E.; YILDIRIM, A. The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. **Pediatr.Dent.**, v. 21, n. 2, p. 109-13, 1999.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. 2008-9 Definition, oral health policies and clinical guidelines. [Http://www.aapd.org/media/policies.asp](http://www.aapd.org/media/policies.asp) Acesso: 16/09/2008

ARAÚJO M.C.M. **Ortodontia para clínicos. Programa pré-ortodôntico**: 4 ed., São Paulo: Livraria Editora Santos, 1988, 286 p.

BALDANI, M. H.; NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. **Cad. Saúde Pública**. v. 18, n.3, p. 755-763, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70, Lisboa, 1979.

BERND, B. et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. **Saúde em Debate**, v. 34, p.33-39, 1992.

BIGNARDI, F.A.C. **Reflexões sobre a pesquisa qualitativa e quantitativa: maneiras complementares de aprender a realidade**. São Paulo: Comitê Paulista para a Década da Cultura de Paz – um programa da UNESCO, 2003.

BIJELLA, M.F.T.B. A importância da educação em saúde bucal nos programas preventivos para crianças. **JBP, J. Bras. Odontopediat. Odontol. Bebê.** v. 2, n. 5, p. 127-31, 1999.

BITTAR, D.B. **Violência intrafamiliar: um estudo com mães agressoras usuárias de álcool e drogas.** Dissertação, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2010.

BLINKHORN, A. S. Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers-sociological implications. **Int. Dent. J.**, v. 31, n. 1, p. 14-22, 1981.

BONECKER, M. Cárie dentária; um enfoque epidemiológico. Apud: BONECKER, M.; SHEIHAM, A. **Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: conhecimentos e Prática.** Santos, São Paulo, p. 13-28, 2004

BONECKER, M.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Caries reductions between 1995, 1997 and 1999 in preschool in diadema, Brazil. **Int. J. Paediatr. Dent.** v. 12, p. 183-8, 2002.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan-jul, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – Resultados Principais.** [http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/04\\_0347\\_M.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/04_0347_M.pdf) Acesso:22/03/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde bucal. Diretriz Nacional de Saúde Bucal. Brasília 9DF); 2004. Disponível em: [http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf) Acesso em 01/05/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica n.17.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. SB BRASIL 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal- Resultados Principais** .

[http://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf) Acesso: 22:03/2016.

BRONFENBRENNER, U. A **ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRONFENBRENNER , U.; CECI, S. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. **Psychological Review**. Washington, D.C., American Psychological Association, n. 101, p. 568-86, 1994.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P.A. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W.; LERNER, R.M. **Handbook of child psychology. v.1, Theoretical models of human development**. John Wiley, New York, p. 993-1028, 1998.

BUISCHI, I. Novos avanços em saúde bucal coletiva. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** v. 54, n. 6, p. 434, 2000.

BUSS, P.M. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Cien. Saúde Colet.** v. 5, n.1, p. 13-77, 2000.

CARNEIRO, A.M.O. **Percepções em saúde bucal: valores, atitudes e problemas de um grupo de pessoas residentes na área rural de Brazilândia – DF**. 2001. Dissertação (mestrado) Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

CARVALHO, M. S. **Prevalência de cárie de mamadeira em crianças abaixo de 4 anos de idade**. Ribeirão Preto. Revisão de literatura (Curso de Odontologia, UNAERP), 36p, 2015.

CERVEIRA J. A. **Influência da qualidade de vida na ocorrência da doença carie em pré-escolares**. [Mestrado] São Paulo: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo; 2003.

- CODERP. **Conheça Ribeirão**. 2016. Disponível em: <http://www.coderp.com.br/ribeirao.php> . acesso em 10 de maio de 2016.
- COZZUPOLI, C.A. **Odontologia na gravidez**. São Paulo, Panamed, 1981.
- CRALL, J.J. Rethinking prevention. **Pediatric Dentistry**. v.28, n. 2, p. 96-101, 2006.
- CRUZ, A.A.G. et al. Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: um estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande – PB. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.** v.4, n. 3, p. 185-89, set/dez, 2004.
- DIAS, E.L.R. ; WANDERLEY, J.S.; MENDES, R.T. **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. Ed. Da Unicamp, Campinas, p. 11-16, 2002.
- DOMINGUES, M.D.; CARVALHO, A.C.D.; NARVAI, P.C. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.** São Paulo. v. 18, n. 1, p. 66-78, 2008.
- ELI, I.; BAR-TARL, Y.; KOSTOVETZKI, I. At first glance : social meanings of Dental Appearance. **Journal of Public Health Dentistry**. v. 61, n. 3, p. 150-4, 2001
- FADEL, C.B.; KOZLOWSKI Jr., V.A. Cárie dental precoce – Uma estratégia mais ampla de prevenção. **JBP, J. Bras. Odontopediat. Odontol. Bebê**. v. 3, n.14, p. 313-7, 2000.
- FEITOSA, S.; COLARES, V. As repercussões da cárie precoce na infância na qualidade de vida de pré-escolares. **JBP – Rev. Ibero-am. Odontopediatr. Odontol. Bebê**. v. 6, n.34, p. 542-8, 2003.
- FEJERSKOV, O. Risk assessment in dental caries. Apud: JD, B. (ed) **Risk assessment in dentistry**. North Carolina: chapel Hill University of North Carolina Dental Ecology, 1990.
- FEJERSKOV, O. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. **Community Dent Oral Epidemiol.** v.25, p. 5-12, 1997.
- FERREIRA A.R.C; GAIVA M.A.M. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. **J. Bras. Ped.** v. 4, n.22, p. 485-489, 2001.

FERREIRA, J.M.S. et al. Conhecimento de pais sobre saúde bucal na primeira infância. **Pediatria Moderna**. v. 46, n. 6, p. 224 a 230, 2010.

FONSECA, L.C.S. Ensino de ciências e saber popular. Apud: VALLA, V.V. organizador. **Saúde e educação**. DP&A, Rio de Janeiro, cap. 7, p. 87-04, 2000.

GUEDES PINTO, A.C. **Odontopediatria**, Ed. Santos, São Paulo, 8ª ed. 2010.

KLEIMAN, A. **The illness narratives – suffering, healing, and the human condition**. New York, Basic Books, 1988.

KUHN, E. WAMBIER, D.S. Incidência de lesões de cárie em bebês após 15 meses de um programa educativo-preventivo. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.** v. 7, n. 1, p.75-81, 2007

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**. 3a edição. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

LIMA, I.C. Os hábitos alimentares e a saúde dos dentes. **J. Assoc. Paul. Cir Dent.** n. 2, p. 17, 2002.

LITT, M.D.; REISINE S.; TINANOFF N. Multidimensional causal model of dental caries development in low-income preschool children. **Public Health Rep.** v. 57, n. 3, p. 607-17, 1995.

LOCKER, D. Subjective indicators of oral health status. In: Slade GD, editor. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina. Dental Ecology, p. 105-12, 1997.

LOSSO, E.M. et al. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **J. Pediatr.** v.85, n. 4, p. 95-300, 2009.

- LOW.W.; TAN, S.; The effect of severe caries on the quality of life in Young children. **Pediatr. Dent.**, v. 21, n. 6, p. 325-6, 1999.
- LUZ, P.B. **Cárie precoce da infância: influência de variáveis sociais, psicológicas e comportamentais.** Tese (Nível Doutorado) Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.
- MACEDO, L.Z.; AMMARI, M.M. Cárie da primeira infância: conhecer para prevenir. **Revista Rede de Cuidados em Saúde.** V. 8, n. 3, p.1-14 , 2014.
- MARTINS, E.; SZYMANSKI, H. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. **Estud. Pesqui. Psicol.** v. 4, n. 1, p. 63-77, 2004
- MENEZES, K.E. et al. Avaliação do impacto da doença cárie na qualidade de vida de crianças com faixa etária de 6 a 12 anos, atendidas na clínica odontológica da Faculdade São Lucas. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo.** v. 21, n. 1, p. 24-30, 2009
- MILLER, J. et al. Dental caries and children's weights. **J. Epidemiol Community Health.** v. 36, n. 1, p. 49-52, 1982.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro, 12 ed. Hucitec/Abrsco, 2010.
- MOIMAZ, S.A.A. et al. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.19, n. 1, p. 39-45, 2007.
- NARVAI, P.C. et al. Uso de produtos fluorados conforme o risco de cárie dentária: uma revisão crítica. **Rev. da Assoc. Paul. Cir. Dent.** v. 56, n. 2, p. 101-7, 2002.
- OLIVEIRA, L.B. et al. Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. **Eur.J. oral Aci.**, v.1, n. 16, p. 37-43, 2008.
- OLIVEIRA, L.S.G.; NASCIMENTO, D.D.G.; MARCOLINO, F.F. Saúde bucal na estratégia saúde da família: percepções de profissionais e cuidadores familiares. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 65-72, 2010.

OLIVEIRA, M.C.T. **Conhecimento de mães sobre os cuidados com sua saúde bucal e com a saúde bucal da criança. Ribeirão Preto (SP)**. Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/Fundação Osvaldo Cruz. Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; p.11-8, 1986.

PATROCINIO, M.C.; BORTOLIN, G.C. Avaliação do conhecimento dos pais em relação à saúde bucal de crianças institucionalizadas. **ClipeOdonto – UNITAU**. v.6, n.1, p. 18-27, 2014.

PEREGRINO, M. Uma questão de saúde: saber escolar e saber popular nas entranhas da escola. Apud: VALLA, V.V. organizador. **Saúde e educação**. DP&A, Rio de Janeiro, cap. 6, p. 61-85, 2000.

PINTO, V.G. Relacionamento entre padrões de doenças e serviços de atenção odontológica. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, n. 23, p. 509-514, 1989.

QUEIROZ, M.S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo. v. 9, n. 3, p. 272-282, 1993

RIBEIRO, A.G. et al. Carie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, ao 48 meses, na cidade de João Pessoa. Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 21, n. 5, p. 1695-1700, 2005.

ROBLES, A.C.C.; GROSSEMAN, S.; BOSCO, V.L. Práticas e significados de saúde bucal: um estudo quaitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. **Cien. Saúde Colet**. v. 15, n. 2, p. 3.271-81, 2010.

RODRIGUES, L.A. **Avaliação do conhecimento das mães sobre a saúde bucal e a prevalência de cárie de seus filhos.** Ribeirão Preto. Revisão de literatura (Curso de Odontologia, UNAERP), 34p, 2012.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, Bahia. **Rev. C. S. Col.** v. 11, n. 1, p. 3-24, 2006.

SANTI, L.N. **Cuidando da saúde bucal do filho: o significado para um grupo de mães. Ribeirão Preto (SP).** Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

SEOW, W.K. Enviromental, maternal and child factors which contribute to early childhood caries: unifying conceptual model. **International Journal of Paediatric Dentistry.** v. 22, p. 157-68, 2012.

SIMIONI, L.R.G.; COMIOTTO, M.S.; REGO, D.M. Percepções materna sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. **RPG Rev. Pos. Grad.**, v.12, n. 2, p. 167-73, 2005.

WAN, A.K.L. Oral colonization of Streptococcus mutans in six-month-old predentale infants. **J. of Dental Research.** v. 80, n. 12, p. 2060-5, 2001.

VALENÇA, A.M.G. **A educação em saúde na formação do cirurgião-dentista: da necessidade à pratica participativa.** Niterói, EdUFF, 1997.

VOLSCHAN, B.C.; SOARES, E.L. Cárie de estabelecimento precoce: relação entre o biológico e o psicossocial. JBP – **Rev. Ibero-am Odontopediatr. Odontol. Bebê.** v. 6, n. 34, p. 533-40, 2003.

WEINSTEIN, P.; RIEDY, C.A. The reliability and validity of the RAPIDD scale: readiness assessment of parentes concerning infant dental decay. **ASDC Journal of Dentistry Children.** v. 68, n. 2, p. 29-35, 2001.

WEINSTEIN, P.; HARRISON, R.; BENTON, T. Motivating mothers to prevent caries confirming the beneficial effect of counseling. **J. Am. Dent. Assoc.** v. 137, n. 6, p. 789-93, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Social determinants of health discussion paper 2.** Apud: WHO (ed.) Conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva, 2010.

**ANEXO 1**  
**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA CLÍNICA DE**  
**ODONTOLGIA DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO**



**Autorização para realização da pesquisa**

Declaro haver infra-estrutura necessária na Clínica de Odontologia da UNAERP, para realização do Projeto de Pesquisa "*Percepção materna sobre a qualidade de vida de crianças portadoras de cárie de mamadeira*" sob responsabilidade do Pesquisadora e Orientadora Profa. Dra. Eliana Mendes de Souza T. Roque e do pesquisador e mestrando Vlamir Oliveira da Silva, e autorizo o mesmo a utilizá-la para fins de pesquisa.

Ribeirão Preto, 10 de junho de 2015.

**Yara Teresinha Correa Silva Sousa**  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UNAERP

**ANEXO 2**  
**FICHA DE ANAMNESE DO PACIENTE**

**UNAERP**  
*Universidade do Estado do Rio de Janeiro*

**CENTRO DE SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA  
ODONTOPEDIATRIA**

**DATA:** \_\_\_\_\_

---

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Código:** \_\_\_\_\_

**História Médica e Dental**

**História Pré-Natal**

Teve alguma enfermidade durante a gestação? \_\_\_\_\_  
 Qual enfermidade? \_\_\_\_\_ em que mês? \_\_\_\_\_  
 Tomou algum medicamento neste período? \_\_\_\_\_ qual? \_\_\_\_\_  
 E por quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 Tomou flúor durante a gestação? \_\_\_\_\_  
 Parto: Natural \_\_\_\_\_ Prematuro \_\_\_\_\_ Fórceps \_\_\_\_\_ Cesariana \_\_\_\_\_

**História Pós-Natal**

Amamentação peito _____	até que idade? _____
Mamadeira _____	com açúcar? _____
Mamadeira noturna _____	com açúcar? _____
Chupeta com mel _____	chá com açúcar _____

Está sob tratamento médico? \_\_\_\_\_  
 Está tomando algum medicamento? \_\_\_\_\_ qual? \_\_\_\_\_  
 Costuma sangrar excessivamente quando se machuca? \_\_\_\_\_  
 Já tomou antibiótico? \_\_\_\_\_ quando? \_\_\_\_\_  
 Foi observada alguma reação alérgica a este medicamento? \_\_\_\_\_  
 Já esteve hospitalizada? \_\_\_\_\_ quando? \_\_\_\_\_  
 Por que? \_\_\_\_\_  
 Já tomou anestesia geral? \_\_\_\_\_ quando? \_\_\_\_\_  
 Por que? \_\_\_\_\_  
 Doenças da infância: Coqueluche \_\_\_\_\_ Rubéola \_\_\_\_\_ Sarampo \_\_\_\_\_  
 Varicela \_\_\_\_\_ Paratidite \_\_\_\_\_ Difteria \_\_\_\_\_ Poliomielite \_\_\_\_\_  
 Raquitismo \_\_\_\_\_ Desidratação \_\_\_\_\_ Outras \_\_\_\_\_  
 Alimenta-se bem? \_\_\_\_\_ Ingere muito doce? \_\_\_\_\_  
 Motivo da visita: \_\_\_\_\_  
 Já visitou o dentista? \_\_\_\_\_ Data do último tratamento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Teve alguma experiência desagradável no dentista? \_\_\_\_\_  
 Já tomou anestesia local para tratamento dental? \_\_\_\_\_  
 Foi observado alguma reação? \_\_\_\_\_ qual? \_\_\_\_\_  
 Já tomou flúor em comprimidos? \_\_\_\_\_  
 Já fez aplicação tópica de flúor? \_\_\_\_\_ quando? \_\_\_\_\_  
 Já morou em regiões com água de abastecimento fluorada? \_\_\_\_\_  
**Informações adicionais:** \_\_\_\_\_



## ANEXO 4

**APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA  
UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO**

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO  
PRETO - UNAERP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS PORTADORAS DE CÁRIE DE MAMADEIRA

**Pesquisador:** Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 48542015.0.0000.5498

**Instituição Proponente:** Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.239.738

**Apresentação do Projeto:**

A cárie dental representa uma doença da cavidade bucal que provoca destruição e perda dos dentes. O paciente acometido pela doença passa assim, a viver uma série de situações dificultosas para a sua vida, como dificuldades para comer, falar, dor e atrapalha suas relações sociais e de trabalho na vida adulta.

Este fato com certeza coloca a criança em risco de alterações no seu desenvolvimento físico (dificuldades de alimentação), mental e psicológico (dificuldade de fala e expressão) que podem influenciar no seu aprendizado e auto estima. Transtornos estes, que com certeza terão uma má influência por toda a vida da criança.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

- Analisar a percepção de mães de crianças portadoras de cárie de mamadeira sobre o quanto esta condição pode afetar a vida de seus filhos.

**Objetivo Secundário:**

- Conhecer o perfil socioeconômico e demográfico das mães de crianças que apresentam cárie de

**Endereço:** Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
**Bairro:** RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO  
**Telefone:** (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO  
PRETO - UNAERP



Continuação do Protocolo: 1.239.736

mamadeira.

• Identificar sentimentos maternos quanto ao fato do filho apresentar a condição bucal provocada pela cárie de mamadeira

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa em tela se enquadra no risco mínimo, de acordo com a Legislação Brasileira em relação a Ética em Pesquisa envolvendo seres

humanos, pois trata-se de um estudo que emprega técnicas e métodos em que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas

variáveis psicológicas, fisiológicas ou sociais das mulheres mães que participaram do estudo, no entanto, fatores como exposição de imagem, de

questões de foro íntimo, de informações pessoais e familiares, podem trazer desconforto, constrangimentos, que obedecendo-se às normas de

Biossegurança e guardando o sigilo ético, podemos afirmar que os riscos são mínimos, mas se detectados deverão ser encaminhados à apoio,

oriundo do corpo de profissionais da UNAERP.

**Benefícios:**

Já os benefícios da pesquisa, estão afetos a possibilidade de acesso a dados de difícil obtenção, tais como sentimentos, pensamentos, entre outros.

Os achados poderão influenciar pautas nacionais, no sopeso de melhor atuação da saúde pública, nos aspectos preventivos ao não aparecimento

da cárie de mamadeira, na melhor qualificação da mãe cuidadora nos procedimentos com seu filho na fase de desenvolvimento que especifica-se

como criança.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A coleta dos dados será realizada durante o atendimento clínico, por meio da aplicação de questões norteadoras mediante entrevista semiestruturada, sendo as entrevistas gravadas com o consentimento das mães. O procedimento para análise de dados será a Análise de Conteúdo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

n/a

**Recomendações:**

n/a

Endereço: Av. Costabile Romero nº 2201, sala 06, Bloco D  
Bairro: RIBEIRÃO CEP: 14.096-380  
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
Telefone: (16)3603-6895 Fax: (16)3603-6815 E-mail: [cefics@unaerp.br](mailto:cefics@unaerp.br)

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO  
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 1.239.736

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

n/a

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de pesquisa aprovado, obedecendo a Resolução do CNS 466/12.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Cronograma de execução do projeto.docx	16/08/2015 18:54:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	16/08/2015 18:55:49		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo consentimento livre e esclarecido.docx	16/08/2015 18:56:23		Aceito
Folha de Rosto	pagina de rosto - comite plataforma.docx	16/08/2015 18:54:08		Aceito
Outros	oficio custeio.docx	16/08/2015 19:03:32		Aceito
Outros	oficio comite etica.docx	16/08/2015 19:04:05		Aceito
Outros	oficio autorização da pesquisa.docx	16/08/2015 19:05:09		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_567347.pdf	16/08/2015 19:07:02		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIBEIRAO PRETO, 22 de Setembro de 2015

Assinado por:

Luclana Rezende Alves de Oliveira  
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-980  
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
Telefone: (16)3603-8805 Fax: (16)3603-8815 E-mail: cefics@unaerp.br

**APÊNDICE 1**  
**PERFIL SÓCIO ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO**

Entrevista: **PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS PORTADORAS DE CÁRIE DE MAMADEIRA**

Criança: \_\_\_\_\_ código: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses      data de nascimento: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Renda familiar: \_\_\_\_\_

Número de filhos: \_\_\_\_\_

Pela ordem de nascimento, o filho de referência é o \_\_\_\_\_ filho.

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Projeto:** "Percepção materna sobre a qualidade de vida de crianças portadoras de cárie de mamadeira"

**Orientadora:** Profa. Dra. Eliana Mendes de Souza T. Roque

**Orientando:** Vlamir Oliveira da Silva

#### Informações sobre a pesquisa

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa que busca avaliar a percepção materna sobre a qualidade de vida de crianças portadoras de cárie de mamadeira.

Essa entrevista irá durar aproximadamente 30 minutos e será gravada e tem como finalidade conhecer algumas informações sobre a vida odontológica do seu(ua) filho(a), e sobre sua percepção sobre o quanto a condição da cavidade bucal de seu filho pode afetar a vida dele.

É importante ressaltarmos que estas informações com certeza serão importantes para melhorar o atendimento odontológico das crianças, e também orientar os cirurgiões-dentistas no cuidado com as mães e pacientes infantis.

Você pode aceitar ou não participar; e, caso aceite, assumimos o compromisso de manter o sigilo/segredo sobre sua identidade, assim como garantimos que você não terá nenhum gasto participando do estudo. A qualquer momento, caso não seja mais do seu interesse participar, haverá a possibilidade de retirar este consentimento e isto não interferirá em seu atendimento aqui no serviço nem em nenhum outro serviço social ou de saúde.

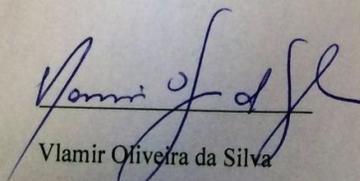
Agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para os esclarecimentos ou dúvidas que surgirem, através dos telefones (16) 3603 6780 e (16) 982201053 ou pelo email profvladi@hotmail.com ou pelo email do Comitê de Ética (cetica@unaerp.br).

Sua participação será muito importante, pois esta pesquisa ajudará no desenvolvimento de ações e estratégias que possam melhorar a qualidade do atendimento odontológico do seu filho(a).

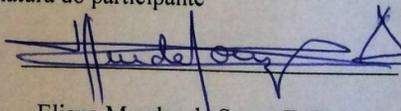
Eu, \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

  
Vlamir Oliveira da Silva  
Mestrando - Pesquisador

Assinatura do participante

  
Eliana Mendes de Souza T. Roque  
Orientadora – Pesquisadora responsável

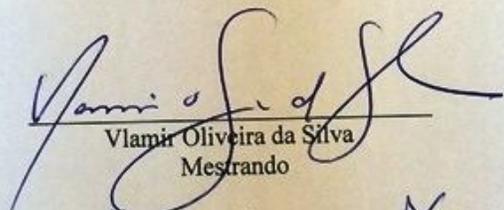
**APÊNDICE 3**  
**DECLARAÇÃO DE CUSTOS E ORÇAMENTO**

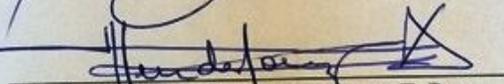


**Declaração de custos para realização da pesquisa**

Declaro que os custos advindos da realização do projeto "*Percepção materna sobre a qualidade de vida de crianças portadoras de cárie de mamadeira*" serão de inteira responsabilidade do pesquisador responsável.

Ribeirão Preto, 10 de junho de 2015.

  
Vladimir Oliveira da Silva  
Mestrando

  
Prof. Dra. Eliana Mendes de Souza T. Roque  
Orientadora