

---

**A importância dos responsáveis na  
saúde bucal das crianças**  
**The importance of the responsible in  
oral health of children**

---

FÁBIO LUIZ MIALHE<sup>1</sup>  
CAMILA DA SILVA GONÇALO<sup>2</sup>

**RESUMO:** Os conhecimentos e práticas dos responsáveis podem ter grande impacto na saúde bucal das crianças. A educação é fator primordial para despertar nas pessoas o interesse em manter sua saúde. Quando o foco é a saúde bucal da criança, faz-se necessário que o processo educativo se estenda também aos pais e familiares, para que estes sejam agentes de motivação na inserção e perpetuação de hábitos saudáveis. Entretanto, para que as intervenções educativas alcancem o êxito desejado, é necessário inicialmente conhecer as percepções e práticas individuais em relação à saúde. Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar, através da revisão da literatura, a importância dos responsáveis na saúde bucal das crianças.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde Bucal. Crianças. Odontologia em Saúde Pública.

**ABSTRACT:** The knowledge and practice of responsible may have great impact on the oral health of children. Education is a prime factor to arouse interest of people in maintaining their health. When the focus is the oral health of the child, the educational process should be extended also to the parents and family so that they are agents of motivation in the insertion and perpetuation of healthy habits. However, for that the educational interventions could achieve the desired success, you must

---

<sup>1</sup>Docente do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP – Avenida Limeira 901, Bairro Areião, Cep 13414-903, Piracicaba-SP, e-mail: mialhe@fop.unicamp.br

<sup>2</sup>Mestranda do Curso de Saúde Coletiva da FOP-UNICAMP

first know the individual perceptions and practices regarding health. Thus, the objective of this study was to assess, by means of a review of literature, the importance of responsibility in the oral health of children.

**Key-words:** Dental Health Education. Children. Public Health Dentistry.

## INTRODUÇÃO

Dentro do contexto familiar, observa-se que a mãe é a principal encarregada pelos cuidados com os filhos, inclusive verificando o que a criança come e bebe, quando dorme e o que veste. Quando a criança adoce, geralmente é ela quem leva ao serviço de saúde, adotando as medidas preventivas ou curativas necessárias, de acordo com o seu saber médico, mas também em conformidade com o seu saber e experiência de vida (DYTZ, 1998).

Em relação à manutenção da saúde bucal das crianças, a mãe é considerada peça principal neste processo, devido à sua importância na transmissão precoce de bactérias cariogênicas, bem como pelo estabelecimento de hábitos alimentares e de higiene bucal e geral adequados ou não. Portanto, observa-se que seu padrão de saúde bucal tende a ser perpetuado em seus filhos (SARNAT; KAGAN; RAVIV, 1984; TUUTTI et al., 1989; PEREZ et al., 1996; COUTO et al., 2000; AQUILANTE et al., 2002; PAULINE et al., 2004; MATTILA et al., 2005).

Muitas das atitudes negativas dos pais ou familiares em relação à saúde dos filhos estão relacionadas à falta de informação sobre como cuidar de forma adequada de sua própria saúde (ALVES; VOLSCHAN; HAAS, 2004; JACKSON, 2006).

Desta forma, é essencial que os programas de saúde bucal voltados às crianças discutam o processo saúde-doença sobre seu ponto de vista, baseados em suas experiências de vida, mas também sobre a ótica de seus responsáveis ou familiares, a fim de conhecê-los enquanto sujeito com valores e saberes construídos através de seus percursos de vida. Para isso, o profissional deve ter ciência que o dialógico entre o saber popular e o saber erudito é peça-chave para um processo de transformação conjunta entre educadores e educandos. A partir deste diálogo, é que se estabelece uma relação de confiança e o estabelecimento de vínculos, permitindo ao profissional trabalhar com o conceito ampliado de saúde, comprometido com o repertório sociocultural do indivíduo e/ou comunidade.

Portanto, estudos avaliando estes aspectos são importantes para instrumentalizar os profissionais e gestores no planejamento de programas educativo-preventivos voltados às crianças.

## REVISÃO DA LITERATURA

### Conhecimentos, percepções e práticas em saúde bucal de crianças

A literatura evidencia o quanto as crianças e adolescentes apresentam hábitos e conhecimentos insatisfatórios para a manutenção de sua saúde bucal.

Santos (1992) avaliou os hábitos de saúde bucal de 550 crianças e adolescentes residentes em São Paulo, na faixa etária de 5 a 14 anos, com diferentes níveis sócio-econômicos, por meio de um questionário e observou que apenas 35,5% faziam uso do fio dental e 60,6% afirmaram escovar os dentes três vezes ou mais diariamente. Quando questionados se costumavam comer balas, doces, chicletes entre as refeições, 88,4% disseram que sim.

Dinbarre e Wanber (1996) estudaram o conhecimento de 141 escolares sobre saúde bucal. Verificou-se que 100% dos entrevistados utilizavam dentifrícios e 99,3% possuíam escova dental. No que diz respeito à frequência de escovação, 41,2% escovavam seus dentes três vezes ao dia enquanto que 22,5% quatro vezes e 0,7% mais de quatro vezes ao dia.

Miyazaki, Takushi e Reiche (1997), estudaram o nível de conhecimento e motivação quanto a saúde bucal em 168 escolares de duas escolas de Londrina, PR, sendo uma particular (escola 1) e outra pública (escola 2). Os dados foram coletados através de questionário. Quanto à frequência de escovação na escola 2, os resultados mostraram que 61,9% dos entrevistados escovavam três vezes ou mais. Em relação ao conhecimento da relação entre o açúcar e a cárie dentária os autores verificaram na escola 2 que 26,2% achavam que o açúcar não deveria ser consumido; 4,8%, que ele não interfere na cárie; 69% que é nocivo, mas pode ser consumido de forma equilibrada; 27,4% afirmaram usar fio dental diariamente e 42,6% responderam não saber usar o fio dental.

Ramos et al. (1999) analisaram as percepções e práticas de saúde bucal de 442 escolares da rede pública do Rio de Janeiro na faixa etária de 7 a 11 anos, utilizando um questionário. Os resultados mostraram que 58,2% dos que foram orientados sobre dieta e hábitos alimentares saudáveis acham que é melhor comer uma quantidade de doces de uma

vez só do que dividir esta mesma quantidade durante todo o dia. A porcentagem de alunos que afirmaram utilizar fio dental e receberam orientações foi de 56,1%. Os autores concluíram que a transmissão de conhecimentos sobre hábitos de higiene bucal e alimentar é um fator importante na prevenção das doenças bucais.

Freire, Soares e Pereira (2002) avaliaram o nível de conhecimento sobre a relação entre saúde dental, dieta e higiene bucal de um grupo de crianças atendidas pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. A amostra foi constituída de todos os pacientes de 5 a 13 anos atendidos no período de 1994-1997 e que participaram das atividades da Disciplina de Educação em Odontologia, num total de 79 crianças. Na coleta de dados foi utilizado um formulário contendo figuras dos principais recursos de higiene bucal (dentifrício, escova e fio dental), alguns alimentos não-cariogênicos (frutas: maçã, banana e abacaxi) e alguns alimentos cariogênicos (balas, bombons, pirulitos e sorvete). O formulário foi aplicado antes de qualquer atividade educativa. As crianças eram orientadas para fazer um círculo nos "amiguinhos" dos dentes, ou seja, aqueles que eram bons para a saúde dos dentes. Todas as crianças selecionaram algum recurso de higiene bucal, principalmente o dentifrício (100%) e a escova (98,7%). O percentual de crianças que selecionou o fio dental também foi alto (93,7%). Menos da metade escolheu as frutas. Os autores concluem que há a necessidade de melhorar o nível de conhecimento sobre a influência da dieta na saúde dental entre os pacientes infantis atendidos naquela instituição de ensino.

Os conhecimentos, as percepções, os comportamentos e as representações relacionados à saúde bucal de adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre foram analisados por Flores e Drehmer (2003). Dois instrumentos de pesquisa foram utilizados: um questionário e a técnica dos grupos focais. Cinquenta e três adolescentes constituíram uma amostra intencional. Para os adolescentes a doença cárie foi representada pela dor de dente e eles não consideraram a cárie como doença, porque é comum, assim como a gengivite, que é percebida como um desequilíbrio. A negligência pessoal foi considerada a principal causa da cárie e da gengivite e a motivação para realizar a higiene bucal estavam vinculadas à sociabilização. O dentista foi indicado como responsável pelo ensinamento do uso do fio dental e pelo reforço e aperfeiçoamento da técnica de escovação.

Poutanen, Lahti e Hausen (2005) examinaram os conhecimentos, atitudes e crenças em saúde bucal entre escolares de 11 a

12 anos com comportamentos favoráveis, moderados e pobres em relação à manutenção da saúde bucal. Os dados foram coletados por meio de questionário e as diferenças entre os grupos foram analisadas por regressão logística. A porcentagem de crianças com conhecimentos apropriados foi maior no grupo com comportamentos bons em saúde bucal (GB) do que nos outros grupos. Os grupos diferiram mais em relação ao conhecimento das crianças em relação à recomendação do uso de dentifícios fluoretados pelo menos uma vez ao dia. A maioria das crianças no grupo GB considerava importante escovar seus dentes pela sensação de frescor que ela provocava. A maioria das crianças em todos os grupos considerou importante escovar seus dentes quando iam ao dentista. A maioria também considerou a escovação importante para evitar cárie e pigmentação dos dentes assim como para ter bom hálito. Fatores associados a comportamentos desfavoráveis estavam relacionados ao gênero masculino, baixo nível técnico de ocupação da mãe e pobre conhecimento da criança sobre os fatos relacionados à manutenção da saúde bucal.

### **A importância dos pais na saúde bucal dos filhos**

Sendo os responsáveis pelas crianças os agentes primários de socialização e cuidados em saúde, a influência do seu grau de conhecimento e práticas em saúde tem sido estudada como fonte de perpetuação dos mesmos nas crianças. As crianças adquirem o hábito saudável de escovação, por exemplo, seguindo o modelo de seus pais, assim como o hábito deletério do consumo de açúcar dos mesmos (PAUNIO et al., 1994; MACIEL et al. 2001).

Schneider et al. (1989) avaliaram a situação de 507 crianças e seus pais durante a primeira visita ao departamento de ortodontia sendo que uma entrevista também era realizada com ambos. Encontrou-se uma forte correlação mais ( $r = 0,61$ ) entre a rotina de frequência de escovação dos pais e das crianças. O nível de higiene bucal dos pais também exerceu um efeito favorável na higiene oral dos filhos.

Perez et al. (1996) avaliaram, através de um exame clínico, a relação existente entre o índice de cárie, placa visível e sangramento gengival de 30 pares de mães-filho, cujos filhos eram pacientes dos cursos de Especialização em Odontopediatria e da Clínica Materno-Infantil, oferecidas pela Disciplina de Odontopediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Como resultados, encontraram que 36,6% das mães com alto índice CPO-S modificado tiveram filhos com um alto

índice ceo-s modificado. O desconhecimento pelas mães avaliadas, do que seja a doença cárie, sem dúvida alguma, levou a falta de cuidados básicos para preveni-la, sendo, pois, o responsável pelo alto índice de cárie encontrado em seus filhos.

Lopes e Morita (1997) entrevistaram 39 crianças e suas mães, com o objetivo de verificar o conhecimento desta população em relação à higiene bucal, bem como analisar a diferença de conhecimento entre as duas gerações, em uma população de baixa renda, na região sul do município de Londrina, PR. As questões aplicadas através de questionário, na escola para os filhos e em visitas domiciliares para as mães, eram referentes à limpeza bucal, uso de escovas dentais, uso de dentifrícios, entre outras. Os resultados demonstraram uma diferença significativa de conhecimento e de comportamento entre as duas gerações sendo que as crianças escovam por mais tempo, um maior número de vezes ao dia e têm mais acesso a informação, seja através do dentista, da escola, da televisão ou das próprias mães.

Takahashi e Ursi (1997) avaliaram o conhecimento de 85 pais de crianças de 06 a 12 anos de idade da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jardim Alvorada, Londrina, PR, a respeito de prevenção de cárie e doença periodontal. Verificou-se que existia uma conscientização preventiva por parte dos pais e que a maioria das informações foram obtidas através do programa educativo-preventivo adotado pela UBS.

Sawazaki e Nakama (1997) realizaram um estudo sobre os aspectos psicossociais envolvidos na mudança comportamental das pessoas em relação à saúde bucal relacionado com o trabalho educativo preventivo de cárie dentária realizado pela equipe odontológica. A amostra foi constituída de 433 pais de crianças de 0 a 14 anos atendidas nas UBS da cidade de Londrina, PR, sendo as respostas obtidas mediante questionários. As autoras analisando a percepção das pessoas quanto a possibilidade de apresentarem dentes sem lesões de cárie a vida toda observaram que apenas 52,4% da amostra acham isso possível, mostrando que as pessoas ainda acreditam que a cárie é uma fatalidade. As autoras enfatizam ser este um fato negativo, pois estimula o comportamento conformista, “por que tanto esforço em prevenir se eu vou ter cárie mesmo?”. Para 37,9%, não é possível ter dentes sem cárie a vida toda. Concluíram que os fatores psicossociais como caracterização sócio-econômica, percepções e crenças, grupos de pressão, podem interferir de maneira significativa no processo educacional e devem ser estudados com critério.

Fritscher, Araújo e Figueiredo (1998) examinaram 50 pares mãe-filho para a avaliação dos índices de cárie (CPO-S modificado), de placa visível e de sangramento gengival. Como resultados, encontraram mães apresentando uma higiene bucal deficiente e 50% dos filhos sem receber nenhum tipo de higienização bucal. A dieta dos pares mãe-filho era extremamente cariogênica e 76% destas mães adicionavam açúcar nos alimentos de seus filhos. A ignorância das mães com relação ao conceito de que cárie é uma doença transmissível e que elas são os vetores principais de transmissão reforçam a idéia de que a Odontologia deva voltar-se para a educação e cuidados preventivos a partir da gestante.

Por outro lado, Couto et al. (2000) avaliaram a relação entre hábitos alimentares, de higiene bucal e índices de cárie e higiene bucal entre 20 pares mãe-filho e não verificaram associações significativas entre as variáveis analisadas das mães e filhos analisados.

Freire, Hardy e Sheiham (2001) investigando a relação entre o senso de coerência (SC) das mães de 664 crianças na faixa etária de 15 anos em Goiânia-GO. O modelo de SC avalia a probabilidade intrínseca da pessoa manter um determinado padrão, independente dos fatores estressantes externos. No caso da saúde, uma pessoa ou grupo com alto nível de SC tende a trabalhar melhor com estes fatores estressantes e então manter seu nível de saúde adequado. Neste estudo, adolescentes que tinham mães com altos valores de SC tinham menores porcentagens de lesões cariosas e sangramento gengival após sondagem e eram menos propensos a visitar o dentista apenas em caso de dor, em relação com as mães que apresentavam valores menores de SC.

Maciel et al. (2001) avaliaram o padrão de consumo de açúcar e o estado de saúde dental entre 255 crianças na faixa etária de 4 a 5 anos de baixo nível socioeconômico e suas respectivas mães em Maringá/PR. Apesar de não ser forte, encontraram uma correlação entre os índices de cárie entre mães e filhos e também no padrão de preferência de consumo de açúcar entre os pares analisados.

Aquilante et al. (2002) avaliaram o nível de conhecimento odontológico dos pais/responsáveis de escolares da E. E. Prof. Silvério São João (Bauru-SP) e a motivação para atitudes de saúde bucal das crianças. Utilizou-se um questionário auto-aplicável para os pais/responsáveis e outro para as crianças da 3ª série do 1º grau. Os questionários foram classificados em níveis. Na análise comparativa entre o desempenho dos pais/responsáveis e de seus filhos constatou-se que os níveis de educação em saúde bucal são extremamente semelhantes. A

renda familiar não foi um fator relevante quando comparada ao nível superior de conhecimento dos pais/responsáveis. Concluiu-se que houve correlação entre o nível de educação odontológica do pais/responsáveis e a motivação e educação odontológica de seus filhos.

Cavalcanti e Rodrigues (2002) objetivando avaliar o grau de conhecimento em relação aos cuidados com a saúde bucal na primeira infância, entrevistaram 37 pais de crianças matriculadas na creche da Universidade Federal da Paraíba. Após a análise dos dados, foi possível constatar, em relação à amostra, que existe a necessidade de uma maior orientação dos pais no que se refere à Educação em Saúde Bucal, para que se consiga, de forma eficaz, promover a saúde bucal na infância.

A inter-relação dos comportamentos em saúde bucal entre 296 pares de crianças na faixa etária entre 7 e 12 anos e seus respectivos responsáveis (mães ou pais) foram analisados por Okada et al. (2002) no Japão. Os autores acharam uma correlação significativa entre os comportamentos em saúde bucal dos responsáveis e número de dentes cariados encontrados nas crianças avaliadas.

Jokovic et al. (2003) observaram que apesar das mães poderem ser utilizadas como representantes de seus filhos em algumas ocasiões e para algumas propostas, os pontos de vista de ambos devem ser obtidos de forma a conhecer por completo o valor que a criança atribui a sua saúde bucal e a relação com sua qualidade de vida.

Adair et al. (2004), num estudo internacional, objetivou desenvolver uma medida psicométrica válida e confiável para examinar a extensão que as atitudes dos pais em escovar seus dentes duas vezes ao dia e controlar o consumo de produtos açucarados podia prever os mesmos comportamentos em suas crianças. Participaram 2.822 crianças na faixa etária dos 3-4 anos e seus pais. Foram coletados dados clínicos e outros por meio de questionário. A análise dos fatores identificou 8 atitudes coerentes em direção à escovação dos dentes, consumo de produtos açucarados e cárie em crianças. As atitudes foram significativamente diferentes entre famílias de áreas privadas e não-privadas e nas famílias de crianças com cárie e sem cárie. A percepção dos pais e sua habilidade de controlar a escovação de seus filhos e hábito de consumo de produtos açucarados foi o mais significativo preditor para se avaliar se estes seriam desenvolvidos nas crianças.

Szatko et al. (2004) investigaram se o nível de conhecimento em saúde de mães polonesas e seus respectivos filhos na faixa etária de 3 anos de idade por meio de avaliação clínica das crianças e questionários

aplicados aos pais. Foi observada uma correlação positiva entre a porcentagem de crianças livres de cárie e a nível de conhecimento dos responsáveis sobre cuidados em saúde bucal.

Massoni, Forte e Sampaio (2005) verificaram a percepção de pais e responsáveis por crianças atendidas na clínica de odontologia preventiva da UFPA sobre promoção de saúde bucal. A amostra foi composta por 78 indivíduos de ambos os gêneros, entrevistados com o auxílio de um formulário específico para coleta após a atividade educativa. Do total de participantes 58% da amostra consideraram que não estavam seguindo uma conduta adequada para manter seus dentes saudáveis apesar de que 73% acreditavam estar orientando satisfatoriamente seus filhos. Percebeu-se que a maioria dos entrevistados percebia ainda a odontologia como uma prática mutiladora e distante das ações de promoção de saúde, reflexo das condições de saúde identificadas e das práticas de orientação inadequadamente recebidas.

Mattila et al. (2005) analisaram a prevalência de cárie dentária como também associações entre saúde bucal e competência de família entre crianças de 7 anos e suas respectivas famílias num estudo prospectivo. Através de questionários, coletaram dados dos pais em 6 pontos do tempo, ou seja, quando as mães estavam grávidas, quando o filho(a) nasceu, aos 18 meses de idade e quando a criança tinha as idades de 3, 5, e 7 anos. Exames clínicos bucais das crianças aos 3, 5 e 7 anos foram realizados também. Os autores observaram uma forte influência da família na manutenção de comportamentos saudáveis em saúde bucal das crianças por meio de análise logística de regressão.

Poutanen et al. (2006) verificaram que os pais de crianças finlandesas na faixa etária de 11-12 anos que apresentavam melhores comportamentos em saúde bucal apresentavam melhores níveis de ocupação e comportamentos mais favoráveis em relação a sua saúde bucal, ou seja, a associação entre os conhecimentos em saúde das crianças e de seus respectivos pais teve um impacto nos comportamentos em saúde bucal das crianças.

## DISCUSSÃO

Considerando que os responsáveis exercem papel principal em garantir o bem-estar das crianças, é importante explorar suas percepções sobre a saúde bucal de suas crianças, visto que podem afetar o tipo de cuidado preventivo que a mesma recebe em casa e também sua frequência

de utilização de serviços odontológicos. Isso é um dos motivos que pode explicar o porquê de tantas crianças que necessitam de tratamento odontológico, mesmo tendo acesso a determinados programas, não são levadas pelos seus pais para serem tratadas (TALEKAR et al., 2005).

Um detalhe muito importante, porém não observado nas práticas de educação em saúde voltadas aos responsáveis, diz respeito ao nível de compreensão dos mesmos sobre as informações disponibilizadas via oral ou escrita, por meio de materiais educativos impressos, pelos profissionais durante a consulta.

Infelizmente, somente 1 em cada 4 brasileiros consegue compreender totalmente as informações contidas em um texto e relacioná-las com outros dados (FOLHA DE SÃO PAULO, 1997). Portanto, grande parte dos responsáveis pelas crianças em nosso país possui um baixo nível de compreensão das informações que lhe são passadas nos serviços de saúde, pois muitas vezes são carregadas de jargões técnicos ou vocabulários rebuscados, fora do contexto diário do educando. Estudos indicam que pessoas que possuem um baixo nível de compreensão das informações em saúde apresentam dificuldades em perceber seu real estado de saúde e utilizam menos os serviços, particularmente aqueles relacionados à prevenção das doenças (JACKSON, 2006). Uma maneira de se comunicar bem com os responsáveis, garantindo que a informação seja decodificada de forma adequada por eles, é conversar com os mesmos sem utilizar jargões técnicos e em nível básico, dar a chance a ele para explicar sua estória sem ser interrompido, limitar os novos conceitos em no máximo três por visita, iniciar questões perguntando “como” e “o que” para garantir a compreensão. Uma ferramenta efetiva para avaliar se os responsáveis entenderam as mensagens transmitidas é solicitar para que os mesmos repitam a mensagem segundo suas próprias palavras (JACKSON, 2006).

Conseqüentemente, não adianta apenas passar informações aos adultos sobre como proceder aos cuidados em saúde para suas crianças. Esta prática informativa torna as atividades tradicionais de educação voltadas às crianças e respectivos responsáveis fadadas ao insucesso.

Portanto, o profissional deve saber que o nível de educação dos responsáveis é considerado um dos principais fatores de risco para se predizer o risco de cárie na dentição decídua de crianças (MATTILA et al., 2000; ZERO; FONTANA; LENNON, 2001). Um nível melhor de educação coincide com crenças em saúde positivas.

Verifica-se então, que outras barreiras existem para se melhorar a qualidade da saúde bucal das crianças, além do acesso ao serviço, e, uma delas, é a percepção dos responsáveis de que suas crianças necessitam de assistência odontológica (TALEKAR et al., 2005).

Aqui cabe a questão: como o cirurgião-dentista deve proceder em suas práticas educativas a fim de sensibilizar pais e filhos na promoção de saúde? Estudos têm verificado que uma breve sessão de aconselhamento aos pais seguida de ligações telefônicas periódicas para reforçar as informações passadas naquela sessão melhora o nível de saúde bucal das crianças. Enquanto as ações tradicionais de educação em saúde efetivam-se em apenas uma via (profissional-paciente), sessões de aconselhamento ou entrevistas motivacionais são vistas mais como uma pedagogia do diálogo e troca de saberes mais efetiva e duradoura (WEINSTEIN, 2006). Esta é uma estratégia que pode ser utilizada na área da saúde por meio de uma breve sessão de aconselhamento de 3 a 15 minutos com o profissional, onde há trocas importantes de informações, percepções e dificuldades para se alcançar melhores estados de saúde e, depois, sessões rápidas de motivação via telefone, como parte da terapia de aconselhamento. Os passos para o profissional realizar a entrevista motivacional são: 1- estabelecimento de um processo de confiança mútua; 2- fazer questões e ajudar o paciente a argumentar para mudanças; 3- encorajar declarações auto-motivadoras; 4- ajudar a preparar para mudança; 5- responder as resistências; 6- lembretes por meio de telefonemas (WEINSTEIN, 2006).

Esta estratégia pode ajudar o profissional a combater a cárie e a obesidade que coexistem em crianças com baixo nível sócio-econômico. Estudos têm indicado que crianças apresentando várias lesões cáries e com sobrepeso de camadas socioeconomicamente mais baixas apresentam geralmente mães que consomem uma quantidade maior de refrigerantes e os pais geralmente são mais gordos (MARSHALL et al., 2007).

Portanto, os responsáveis necessitam ser ajudados a compreender que eles exercem o papel de modelo em saúde para suas crianças e serem encorajados a melhorar os hábitos em saúde bucal das mesmas (MATTILA et al., 2000).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como se pôde perceber, os conhecimentos e práticas dos responsáveis podem ter grande impacto na saúde bucal das crianças. Os

momentos educativos, para que resultem em práticas cotidianas capazes de gerar saúde, exigem a identificação da população alvo em suas características socioculturais, bem como de seu nível de letramento, a fim de que a linguagem utilizada nas ações de educação seja adequada à população-alvo motivando-os elaborarem um modo de viver mais saudável para si e suas crianças. A partir do momento em que os pais ou responsáveis se tornam mais conscientes de seus papéis no processo de promoção de saúde das crianças, os cuidados em saúde se tornam mais efetivos.

Desta forma, nas práticas educativas crianças, é importante o levantamento de seus conhecimentos, percepções e práticas em saúde bucal, mas, também dos familiares, visto que são co-responsáveis na promoção e manutenção das condições de saúde de seus filhos. Só deste modo é que propostas de intervenção educativo-preventivas poderão ser implementadas baseadas num diálogo entre saberes e não apenas de forma unidirecional, ou seja, dentista – paciente, sendo o último apenas um receptor passivo de informações, o que, muitas vezes, não colabora para a promoção de ambientes e atitudes saudáveis em relação à própria saúde e também à da criança ao qual é responsável.

## REFERÊNCIAS

- ADAIR, P.M. et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. **Community Dent Health** v.21, n.1, p.102-11, 2004.
- ALVES, M.U.; VOLSCHAN, B.C.G.; HAAS, N.A.T. Educação em saúde bucal: sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades privadas. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.4, n.1, p.47-51, 2004.
- AQUILANTE, A.G. et al. Análise do nível de educação odontológica dos pais/responsáveis de escolares da 3ª série do 1º grau e sua relação na motivação e educação odontológica de seus filhos. **Rev Odontol UNICID**, v.14, n.1, p.25-34, 2002.
- CAVALCANTI, A.L.; RODRIGUES, B.C. Avaliação do conhecimento dos pais sobre saúde bucal na primeira infância. **Rev do CROMG**, v.8, n.2, p.103-7, 2002.
- COUTO, G.B.L. et al. Comparações clínico-anamnésicas e microbiológicas entre mães e filhos relacionadas com a transmissão da doença cárie. **An Fac Odontol Univ Fed Pernamb**, v.10, n.1, p.14-9, 2000.
- DINBARRE, D.T.; WANBER, D.S. A influência da motivação e supervisão profissional na redução da placa bacteriana em escolares. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.10, n.3, p.169-73, 1996.
- DYTZ, J.L.G. **O modo de vida da mãe e a saúde infantil**: estudo realizado no distrito federal. Ribeirão Preto, 1988. 296f. Tese (Doutorado) - Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e de São Paulo, Universidade de São Paulo.

- FLORES, E.M.T.L.; DREHMER, T.M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciênc saúde coletiva**, v.8, n.3, p.743-52, 2003.
- FOLHA DE SÃO PAULO. **Analfabetismo funcional atinge 38% em pesquisa**. São Paulo, 08 set. 1997, p.3-12. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/educacao/ult305u13599.shtml>>. Acesso em 10 de dezembro de 2007.
- FREIRE, M.C.M.; HARDY, R.; SHEIHAM, A. Mothers' sense of coherence and their adolescent children's oral health status and behaviors. **Community Dent Health**, v.19, n.1, p.23-31, 2001.
- FREIRE, M.C.M.; SOARES, F.F.; PEREIRA, M.F. Conhecimentos sobre saúde dental, dieta e higiene bucal das crianças atendidas pela faculdade de odontologia da Universidade Federal de Goiás. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebe**, v.5, n.25, p.195-9, 2002.
- FRITSCHER, A.M.G.; ARAÚJO, D.F.; FIGUEIREDO, M.C. Avaliação comparativa dos índices de cárie, placa visível e sangramento gengival de 50 pares mãe-filho. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebe**, v.1, n.4, p.34-42, 1998.
- JACKSON, R. Parental health literacy and children's dental health: implications for the future. **Pediatr Dent**, v.28, n.1, p.72-5, 2006.
- JOKOVIC, A. et al. Agreement between mothers and children aged 11-14 years in rating child oral health-related quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.31, p.335-43, 2003.
- LOPES, L.F.Z.; MORITA, M.C. Higiene bucal: mudanças de conhecimentos e hábitos de uma geração para outra em uma população de baixa renda. **Semina**, v.18, p.25-33, 1997.
- MACIEL, S.M. et al. The relationship between sweetness preference and dental caries in mother/child pairs from Maringá-Pr, Brazil. **Int Dent J**, v.51, n.2, p.83-8, 2001.
- MARSHALL, T.A. et al. Dental caries and childhood obesity: roles of diet and socioeconomic status. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35, n.6, p.449-58, 2007.
- MASSONI, A.C.L.T.; FORTE, F.D.S.; SAMPAIO, F.C. Percepção dos pais e responsáveis sobre promoção de saúde bucal. **Rev Odontol UNESP**, v.34, n.4, p.193-7, 2005.
- MATILLA, M.L. et al. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. **J Dent Res**, v.79, p.875-81, 2000.
- MATTILA, M.L. et al. Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? **Acta Odontol Scand**, v.63, n.2, p.73-84, 2005.
- MIYAZAKI, A.Y.; TAKUSHI, F.J.A.R.; REICHE, M. Avaliação do nível de conhecimento e motivação relativo à saúde bucal em duas escolas de Londrina, Paraná. **Semina**, v.18, p.83-9, 1997.
- OKADA, M. et al. Influence of parents' oral health behavior on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modeling technique. **Int J Paediatr Dent**, v.12, n.2, p.101-8, 2002.
- PAULINE, M.A. et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. **Community Dent Health**, v.21, p.102-11, 2004.

- PAUNIO, P. et al. Children's poor toothbrushing behavior and a mother's assessment of dental health education at well baby clinics. **Acta Odontol Scand**, v.52, n.1, p.36-42, 1994.
- PEREZ, M.S. et al. Avaliação do CPOS modificado, do índice de placa visível e de sangramento gengival em 30 pares mãe – filho. **Cecade News**, v.4, n.1/2, p.35-45, 1996.
- POUTANEN, R.; LAHTI, S.; HAUSEN, H. Oral health-related knowledge, attitudes, and beliefs among 11 to 12-year-old Finnish schoolchildren with different oral health behaviors. **Acta Odontol Scand**, v.63, n.1, p.10-6, 2005.
- POUTANEN, R. et al. Parental influence on children's oral health-related behavior. **Acta Odontol Scand**, v.64, n.5, p.286-92, 2006.
- RAMOS, A.R. et al. Percepções e práticas de saúde bucal de escolares de primeiro grau no município do Rio de Janeiro. **Ação Coletiva**, v.2, n.4, p.37-9, 1999.
- SANTOS, V.A. Hábitos de saúde bucal em crianças e adolescentes residentes na cidade de São Paulo. **Rev Odontopediatr**, v.1, n.3, p.183-93, 1992.
- SARNAT, A.; KAGAN, A.; RAVIV, A. The relation between mothers attitude toward dentistry and the oral status of their children. **Pediatr Dent**, v.6, n.3, p.128-31, 1984.
- SAWAZAKI, I.; NAKAMA, L. Educação para saúde bucal: trabalho em equipe e aspectos psicossociais. **Semina**, v.18, p.15-24, 1997.
- SCHNEIDER, H.G. et al. Effect of the parental home on the oral health status of children. **Z Gesamte Hyg**, v.35, n.9, p.523-6, 1989.
- SZATKO, F. et al. Oral health of Polish three-year-olds and mother's oral health-related knowledge. **Community Dent Health**, v.21, n.2, p.175-80, 2004.
- TAKAHASHI, C.; URSI, W.J.S. Avaliação da influência do programa educativo-preventivo odontológico da UBS do Jardim Alvorada (Londrina-PR/Brasil) sobre a educação dos pais das crianças usuárias. **Semina**, v.18, p.90-7, 1997.
- TALEKAR, B.S. et al. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. **J Am Dent Assoc**, v.136, n.3, p.364-72, 2005.
- TUUTTI, H. et al. Comparison of dental caries experience of parents of caries-free and caries-active children. **J Pediat Dent**, v.5, p.93-8, 1989.
- WEINSTEIN, P. Provider versus patient-centered approaches to health promotion with parents of young children: what works/does not work and why. **Pediatr Dent**, v.28, n.1, p.172-6, 2006.
- ZERO, D.; FONTANA, M.; LENNON, A. Clinical applications and outcomes of using indicators of risk in caries management. **J Dent Educ**, v.65, p.1126-32, 2001.

Enviado em: outubro de 2007.

Revisado e Aceito: dezembro de 2007.