

Saúde bucal de crianças: avaliação do conhecimento de mães de diferentes situações socioeconômicas

Oral health of children: the knowledge of mothers from different socioeconomic situations

Luciene Campos Gislon¹
Elisabete Rabaldo Bottan¹
Suelen Janete Mianes¹

Correspondência: erabaldo@univali.br
Submetido: 11/08/2017 Aceito: 22/11/2017

Resumo

Bons hábitos de higiene bucal são frequentes quando valores de saúde são aceitos como parte do estilo de vida da família. O estudo teve por objetivo avaliar o conhecimento sobre saúde bucal de um grupo de mães de crianças da primeira infância, de acordo com a situação socioeconômica. A amostra não probabilística foi obtida por conveniência (n=162). O instrumento de coleta de dados constou de um questionário autoaplicável, contendo questões relacionadas à faixa etária, número de filhos, escolaridade, itens de posse e questões referentes aos conhecimentos sobre saúde bucal. A classificação socioeconômica foi efetuada segundo os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP-2014. O conhecimento foi classificado em três níveis: bom, médio e baixo. Para a análise da associação entre nível de conhecimento e situação socioeconômica foi utilizado o teste qui-quadrado, ao nível de significância de 5%. A maioria das mães das classes B e C apresentou nível médio de conhecimentos. E aquelas da classe D evidenciaram um baixo nível de conhecimento. Pelo teste do qui-quadrado, houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre nível de conhecimento e situação socioeconômica. Concluiu-se que o nível de conhecimento sobre saúde bucal foi influenciado pela situação socioeconômica materna, ou seja, mães de classe mais alta apresentaram melhor desempenho cognitivo do que aquelas de classe inferior.

Palavras-chave: Conhecimento; Classe social; Saúde bucal.

Abstract

Good oral hygiene habits are frequent when health values are accepted as part of a family's lifestyle. This study evaluated the oral health knowledge of a group of mothers of young children based on their socioeconomic status. The nonprobabilistic sample was obtained by convenience (n=162). The data collection instrument was a self-administered questionnaire, containing questions related to age, number of children, schooling, items that they possessed, and questions regarding their oral health knowledge. Socioeconomic classification was performed according to the criteria of the Brazilian Association of Research Companies (ABEP-2014). Oral health knowledge was classified into three levels: good, medium, and low. A chi-squared test was used, at a significance level of 5%, to analyze the association between the level of knowledge and socioeconomic class. The majority of mothers in classes B and C had an average level of knowledge. Mothers in class D had a low level of knowledge. The results of the chi-square test showed that there was a statistically significant association ($p < 0.05$) between the level of oral health knowledge and socioeconomic status. We conclude that the level of knowledge on oral health is influenced by the mother's socioeconomic situation, and that mothers of higher classes present better cognitive performance than those of lower classes.

Key words: Knowledge; Social class; Oral health.

¹ Universidade do Vale do Itajaí- UNIVALI, Itajaí, Santa Catarina, Brasil.

Introdução

A saúde está diretamente ligada às condições de vida sendo influenciada por diferentes fatores, como renda, educação, envolvimento social, qualidade ambiental e habitacional, dentre outros. Neste contexto, o acesso à informação é importante para a obtenção de uma melhor qualidade de vida.

O processo educativo auxilia na formação e manutenção de hábitos saudáveis em relação à promoção de saúde. A educação em saúde bucal e o uso de serviços odontológicos são considerados como fundamentais para o estabelecimento de condições e comportamentos em saúde. Educar, com vistas à promoção em saúde, é capacitar pessoas para que atuem como agentes de transformação. Os programas educativos devem prover a população de conhecimentos fundamentais que favoreçam a tomada de consciência, tendo em vista a importância de assumirem atitudes positivas em relação à qualidade de vida individual e coletiva [1,2].

Neste sentido, no que tange à saúde infantil, deve-se evidenciar o papel desempenhado pela família, pois é nela que se desenvolvem os hábitos relacionados à saúde, e, em especial, deve-se dar destaque à figura materna. O exemplo das mães é essencial para que seus filhos adquiram bons hábitos [3-10]. É necessário, portanto, que os pais tenham conhecimentos e atitudes adequados para atuarem na promoção da saúde de seus filhos.

Tendo em vista a importância da mãe no cuidado para com a saúde da criança e o atual entendimento de que a educação em saúde é uma das práticas que devem integrar a rotina dos profissionais da área da saúde, esta pesquisa teve o objetivo de avaliar o conhecimento sobre saúde bucal junto a um grupo de mães de diferentes classes sociais.

Material e Métodos

A pesquisa descritiva, do tipo transversal mediante coleta de dados primários, teve com população-alvo as mães de 849 crianças da faixa etária de 0 a 5 anos, que estavam matriculadas em três Centros Municipais de Educação Infantil, situados no perímetro urbano de um município do litoral norte de Santa Catarina, na mesorregião do Vale do Itajaí. A densidade populacional deste município, em 2010, era de 540 hab/km², com maior concentração (95%) na área urbana. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) era de 0,736, o que é considerado como alto.

A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2015. Para este procedimento, uma pesquisadora participou de reuniões entre pais e professores das três unidades escolares selecionadas, convidando as mães para participarem da pesquisa. Após o consentimento formal da participante, foi solicitado que ela respondesse a um questionário anônimo e autoaplicável.

A constituição da amostra ocorreu de modo não probabilístico, do tipo acidental, que teve como único critério de inclusão o aceite por livre e espontânea vontade manifestado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

O instrumento para a coleta de dados foi obtido junto ao estudo de Campos *et al.* [11] e compunha-se de três partes. Na primeira parte, os itens se relacionaram à caracterização da amostra (idade; número de filhos; e fontes de informações sobre saúde bucal). A segunda parte continha nove questões referentes ao domínio cognitivo. E a terceira parte objetivava classificar a situação socioeconômica da participante, conforme critérios definidos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP [12].

A ABEP [12] estabelece um sistema de atribuição de pontos para as seguintes variáveis: a) itens de posse (microcomputador, lava-louça, micro-ondas, geladeira, freezer, secadora e lavadora de roupas, automóvel, motocicleta, DVD, banheiro na residência, número de empregados domésticos); b) ser beneficiado por determinados serviços públicos (água encanada e rua pavimentada); c) grau de escolaridade. O somatório de pontos destes itens define a classificação

socioeconômica nos seguintes termos: Nível A - de 100 a 45 pontos; Nível B - de 44 a 29 pontos; Nível C - de 28 a 17 pontos; e Nível D - 16 a zero ponto.

Para a determinação do conhecimento relativo à saúde bucal, foram instituídos três níveis, a saber: Bom – para um número de acertos entre 9 e 7; Médio – para um número de acertos entre 6 e 4; e Baixo – para um número de acertos inferior a 4.

O questionário foi previamente testado em 10% da população-alvo, mediante estudo-piloto, com a finalidade de avaliar a compreensão das participantes em relação às perguntas. Com base nos resultados do piloto não houve necessidade de ajustes no instrumento. Estes questionários não foram incluídos na pesquisa.

A análise estatística foi do tipo descritivo, através do cálculo da frequência relativa para cada item. A fim de determinar a associação entre nível de conhecimento e situação socioeconômica, adotou-se o teste não paramétrico qui-quadrado. Consideraram-se como diferenças significativas aquelas definidas por um “p” crítico igual ou menor que 0,05 ($p \leq 0,05$).

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitados os preceitos éticos da resolução 466/12, tendo o projeto sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI, sob o parecer 981.143.

Resultados

A amostra ficou constituída por 162 mães com idades entre 17 e 48 anos, sendo a idade média de 30 anos. O número de filhos, por mãe, variou de 1 a 5.

Com relação à situação socioeconômica, 34,5% pertenciam à classe B, 55% à C e 10,5% eram da classe D.

A avaliação do nível de conhecimentos evidenciou que a maioria das mães de classes B e C obteve um nível de conhecimento médio e as da classe D, um nível de conhecimento baixo (Tabela 1).

Pelo teste do qui-quadrado, ocorreu associação estatisticamente significativa entre nível de conhecimento e situação socioeconômica ($p=0,04$). Entre as classes B e C não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,38$). Porém, quando se comparou a classe B com a D ($p=0,001$), bem como a C com a D ($p=0,002$), encontrou-se diferença significativa.

Tabela 1- Nível de conhecimento das participantes segundo a classe social (CS)

CS	NÍVEL DE CONHECIMENTO							
	Baixo		Médio		Bom		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
B	11	19,6	37	66,1	8	14,3	56	100
C	20	22,5	59	66,3	10	11,2	89	100
D	11	64,7	05	29,4	01	5,9	17	100
Total	42	25,9	101	62,4	19	11,7	162	100

A análise da frequência de acertos para cada questão do campo cognitivo indica um comportamento similar entre as classes B e C, uma vez que ambas obtiveram uma frequência de acertos superior a 50% em quatro das nove questões.

Já para a classe D, a frequência de acertos superior a 50% foi em apenas uma das nove questões (Tabela 2).

Tabela 2- Frequência (%) de acertos das questões do campo cognitivo, segundo a classe social (CS)

Conteúdos	CS		
	B	C	D
A dieta alimentar influencia na saúde bucal	94,6	83,1	76,5
Consumo de alimentos doces	46,4	49,4	29,4
Remoção da placa bacteriana	44,7	39,4	35,3
Conceito de placa bacteriana	62,5	52,8	23,5
Quantidade creme dental para escovação	42,9	33,7	35,3
Função do flúor	78,6	74,2	35,3
Fontes de flúor	19,7	23,6	5,9
Etiologia da cárie	64,3	60,7	35,3
Frequência ideal do uso do fio dental	41,1	40,4	23,5

Com relação às fontes de informação sobre saúde bucal, as participantes de todas as classes citaram em maior frequência o Cirurgião-Dentista (Tabela 3).

Tabela 3 - Fontes de informação segundo a classe social (CS)

Fonte de Informação	CS		
	B	C	D
Cirurgião-Dentista	71,1	52,2	72,7
Família	6,7	13,0	9,1
Meios de comunicação	17,8	24,6	9,1
Material informativo	4,4	10,1	9,1

Discussão

Bons hábitos de higiene bucal são frequentes quando valores de saúde são aceitos como parte do estilo de vida da família. O contexto familiar pode influenciar nos comportamentos dos indivíduos com relação às práticas que favorecem prevenção e promoção da saúde. As pesquisas destacam que um dos fatores decisivos para a qualificação do desenvolvimento humano é a existência de uma família bem preparada [6,8,9,13-16].

No contexto familiar, as mães têm um significativo papel, em especial na primeira infância. A saúde bucal infantil depende dos cuidados da mãe, os quais são influenciados por diferentes aspectos, tais como: nível de escolaridade; acesso à informação; percepções, valores e crenças; hábitos de higiene bucal; acesso aos serviços de saúde pública, dentre outros [3,6,9,14-16].

Sobre o acesso à informação, a literatura é consistente quando indica que ele não ocorre de modo universal, pois seu modo de disseminação está relacionado à posição das famílias na estrutura social; quanto mais alto for o padrão socioeconômico, melhores são os cuidados e os conhecimentos em relação à saúde [3,11,15-17]. Neste estudo, identificou-se relação entre a situação socioeconômica e o nível de conhecimento das mães, ratificando os achados de outras pesquisas [7,11,15,18,19].

No entanto, vale destacar que, além da existência de uma associação entre conhecimento e classe social, o fato de que uma parcela das mães das diferentes classes sociais denotou significativas lacunas no conhecimento sobre itens relacionados à saúde bucal na infância. O tópico que obteve o pior índice de acerto, entre as pesquisadas de todas as classes sociais, refere-se às fontes de flúor. Muito embora as mães de classes mais altas, quando comparadas àquelas de estratos mais baixos, tenham tido um bom desempenho no que se refere à função do flúor, no que tange às suas fontes a maioria se limitou a citar o creme dental.

Outra fragmentação do conhecimento é o desconhecimento sobre a quantidade de creme dental a ser utilizado na escova quando do processo de higienização da boca da criança. A maioria acreditava que o dentífrico deveria ser disposto na escova de modo a cobri-la totalmente. Deduz-se, portanto, que há uma limitação do conhecimento destas mães quanto à ingestão crônica de dentífrico a qual pode contribuir para o desenvolvimento da fluorose dentária.

É importante, tanto para o profissional quanto para o paciente, estar atento para a quantidade de dentífrico fluoretado que deve ser colocada na escova dental. Trata-se de um fator relevante, principalmente para as crianças, que são mais vulneráveis à toxicidade crônica e ao desenvolvimento de fluorose dental, sobretudo na faixa etária de 1 a 4 anos [20,21].

Portanto ações educativas direcionadas aos pais de crianças da primeira infância devem ser priorizadas, quando do planejamento da atenção primária à saúde pelos municípios. O objetivo destas ações é ampliar o grau de conhecimento, bem como motivá-los para a adoção dos cuidados necessários à manutenção da saúde bucal no núcleo familiar [4,11,18,22]. A capacitação da família é uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de hábitos de autocuidado, independente da situação socioeconômica; sendo assim, é de extrema importância a oferta de programas de educação em saúde para pais/responsáveis de crianças de todas as classes sociais.

Muito embora a maioria das participantes deste estudo tenha afirmado que recebe orientações sobre saúde bucal, sendo o cirurgião-dentista a principal fonte, há que se destacar a necessidade de se avaliar o modo como este repasse ocorreu. A busca constante por uma prática educativa que possibilite a construção do conhecimento, e não a sua simples transmissão, requer atitudes inovadoras. Deste modo, a participação do cirurgião-dentista deve ser a de um mediador, um facilitador, para que ocorra a internalização do conhecimento [1,3,11,18].

Para finalizar, deve-se destacar que o estudo apresenta algumas limitações, as quais, no entanto, não interferem na confiabilidade dos seus resultados. O delineamento transversal do procedimento de coleta e análise dos dados não nos permitiu estabelecer uma avaliação de causalidade, limitando-nos a considerar, apenas, que houve um comportamento diferenciado quanto ao nível de conhecimento entre as classes sociais, sem que possamos afirmar que a causa deste comportamento seja a situação socioeconômica.

Outro aspecto a ser pontuado reporta-se à constituição da amostra que se deu de modo casual, não permitindo uma composição numérica similar entre os grupos. Assim, recomenda-se que novos estudos sejam conduzidos com esta temática, com amostras ampliadas, objetivando corroborar para com a constatação de que possa existir (ou não) uma associação entre o nível de conhecimento de mães e sua condição socioeconômica.

Em que pese tais limitações, acredita-se que os resultados da pesquisa se constituirão em indicadores para o replanejamento das ações educativas e preventivas específicas para o município onde se efetivou a coleta de dados, bem como que as reflexões aqui tecidas possam servir como norteador a outros contextos.

Conclusão

Com base na metodologia adotada para este estudo, pode-se concluir que, neste grupo:

1. o nível de conhecimento sobre saúde bucal na infância diferiu entre as classes sociais;
2. mães das classes B e C apresentaram um nível médio de conhecimento;
3. mães da classe D evidenciaram um baixo nível de conhecimento;
4. em todas as classes socioeconômicas foram identificadas lacunas no conhecimento.

Portanto, faz-se necessário um replanejamento de ações educativas que permitam a estas mães ampliar seus conhecimentos com vistas à melhoria dos cuidados dispensados à saúde bucal de crianças.

Referências

1. Bottan ER, Tremea JP, Gomes P, Uriarte Neto M. Educação em saúde: concepções e práticas de cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família. Unimontes Científica [Online] 2016 [acesso 25 Jul 2017];18(2):25-35. Disponível em: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/412>
2. Oliveira RCN, Souza JGS, Oliveira CC, Oliveira LFB, Pelino JEP, Martins AMEBL et al. Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da rede pública de ensino. Ciênc saúde coletiva [Online] 2015 [acesso 12 Jul 2017];20(1):85-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.00032014>
3. Almeida AL, Barbosa AMF, Menezes VA, Granville-Garcia AF. Experiência de cárie entre mães e filhos: influência de fatores socioeconômicos e comportamentais. Odontol Clín-Cient 2011;10(4):373-9.
4. Chhabra N, Chhabra A. Parental knowledge, attitudes and cultural beliefs regarding oral health and dental care of preschool children in an Indian population: a quantitative study. Eur Arch Paediatr Dent [Online] 2012 [acesso 12 Jul 2017];13(2):76-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF03262848>
5. Demari S, Marques C, Pereira JT, Oliveira RS, Werle SB. Avaliação do conhecimento sobre higiene bucal dos responsáveis por crianças de 0-6 anos de idade. FOL [Online] 2016 [acesso 8 Jul 2017];26(1):11-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15600/2238-1236/fol.v26n1p11-18>
6. Medeiros PB, Otero SA, Frencken JE, Bronkhorst EM, Leal SC. Effectiveness of an oral health program for mothers and their infants. Int J Paediatr Dent 2015;25(1):29-34. <https://doi.org/10.1111/ipd.12094>
7. Nourijelyani K, Yekaninejad MS, Eshraghian MR, Mohammad K, Rahimi-Foroushani A, Pakpour A. The influence of mothers' lifestyle and health behavior on their children: an exploration for oral health. Iran Red Crescent Med J 2014;16(2):e16051. <https://dx.doi.org/10.5812%2Fircmj.16051>
8. Sujlana A, Parampreet P. Family related factors associated with caries prevalence in the primary dentition of five-year-old children. J Indian Soc Pedod Prev Dent [Online] 2015 [acesso 8 Jul 2017];33(2):83-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4103/0970-4388.155108>
9. Shetty RM, Deoghare A, Rath S, Sarda R, Tamrakar A. Influence of mother's oral health care knowledge on oral health status of their preschool child. Saudi J Oral Sci [Online] 2016 [acesso 8 Jul 2017];3(1):12-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4103/1658-6816.174291>
10. Wiggen TI, Wang NJ. Parental influences on dental caries development in preschool children. An overview with emphasis on recent Norwegian research. Nor Epidemiol 2012;22(1):13-9. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-46307>
11. Campos L, Bottan ER, Birolo JB, Silveira EG, Schmitt BHE. Conhecimentos de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul – SC. RSBO 2010;7(3):287-95.
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério padrão de classificação econômica – Brasil/2014. 2014. [acesso 28 Jun 2015]. Disponível em: <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>.
13. Capote Fernández MM, Campello Trujillo LE. Importancia de la familia en la salud bucal. Rev cuba estomatol 2012;49(1):47-54.
14. Castillo AR, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. J Pediatr 2013;89(2):116-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.03.014>
15. Correa-Faria P, Junior MAP, Andrade VGR, Marques SL, Jorge RLM. Factors associated with the development of early childhood caries among Brazilian preschoolers. Braz Oral Res 2013;27(4):356-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242013005000021>
16. Marín C, Pereira CC, Koneski K, Andrades KMR, Miguel LCM, Ávila LFC. Avaliação do conhecimento de adolescentes gestantes sobre saúde bucal do bebê. Arq Odontol [Online] 2013 [acesso 8 Jul 2017];49(3):133-9. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-09392013000300005&script=sci_arttext
17. Figueira TR, Leite ICG. Conhecimentos e práticas de pais quanto à saúde bucal e suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2008;8(1):87-92. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6689>
18. Guitoku CM, Guitoku SK. Conhecimento e percepção de mães da Unidade de Saúde Vila Verde em Curitiba-PR em relação à higiene bucal de seus bebês. Revista Gestão & Saúde [Online] 2010 [acesso 8 Jul 2017];1(2):27-36. Disponível em: www.herrero.com.br/revista/Edicao%202%20Artigo%204.pdf
19. Cypriano S, Hugo FN, Sciamarelli MC, Tôrres LHN, Sousa MLR, Wada RS. Fatores associados à experiência de cárie em escolares de um município com baixa prevalência de cárie dentária. Ciênc saúde coletiva 2011;16(10):4095-106.
20. Moura MS, Gomes MRP, Teles JBM, Moura LFAD. Fluorose dentária em escolares de 12 anos. RGO 2010;58(4):463-8.
21. Oliveira RD, Brighenti FL. Dental fluorosis associated with chronic ingestion of dentifrices – what health professionals should know. Rev Bras Med Fam Comunidade [Online] 2015; [acesso 8 Jul 2017];10(34):1-5. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(34\)812](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10(34)812)
22. Garbin CAS, Sumida DH, Santos RR, Chehoud KA, Moimaz SAS. Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. Rev Odontol UNESP 2011;40(4):161-5.