

# Aspectos sócio-dentais e de representação social da cárie dentária no contexto materno-infantil

*Social-dental and social representation aspects of dental caries in the mother-child context*

Cristina Berger FADEL<sup>1</sup>  
Nemre Adas SALIBA<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objetivos:** Investigar características sociais e dentárias maternas relacionadas à experiência da doença cárie no filho e averiguar a representação social de mães a respeito do processo saúde-doença bucal.

**Métodos:** A amostra constituiu-se de 272 pares de mães e filhos frequentadores de instituições públicas da educação infantil da cidade de Ponta Grossa, Paraná. As informações de interesse foram coletadas por meio de um questionário estruturado, de exame clínico bucal e de entrevista semiestruturada. O teste adotado para a análise estatística foi o de qui-quadrado para independência.

**Resultados:** Os resultados comprovaram a associação entre necessidade de tratamento odontológico das mães e experiência de cárie nos filhos, assim como a sua relação com variáveis sócio-econômicas. Escolaridade, renda, número de filhos e frequência de visitas ao cirurgião-dentista foram as variáveis que apontaram significância estatística.

**Conclusão:** A inserção social materna desfavorável, o número de filhos que a mãe possui, sua necessidade de tratamento odontológico e sua frequência de visitas ao cirurgião-dentista estiveram associadas à experiência da cárie dentária infantil. Ainda, conclui-se que as representações sociais maternas constituíram um importante instrumento de informação em saúde, devendo ser consideradas no processo de formulação de políticas públicas.

**Termos de indexação:** cárie dentária; condições sociais; fatores de risco; saúde bucal.

## ABSTRACT

**Objectives:** To investigate social and dental maternal characteristics related to the child's caries experience and to verify the social representation of mothers with regard to the oral health-illness process.

**Methods:** The sample consisted of 272 pairs of mothers and children who attending public institutions of early childhood education in Ponta Grossa city. The information of interest was collected through a structured, oral clinical examination and semi-structured interview. The test used for statistical analysis was a chi-square for independence.

**Results:** The results confirmed the association between the mothers' need for treatment and the children's dental caries experience as well as their relationship with socio-economic variables. Education, income, number of children and frequency of visits to the dentist were the variables that showed statistical significance.

**Conclusion:** Unfavorable maternal social inclusion, the number of children the mother has, their need for dental treatment and their frequency of visits to the dentist were associated with the children's dental caries experience. Moreover, it appears that the mother's social representations was an important tool for health information, and should be considered in the formulation of public policies.

**Indexing terms:** dental caries; social conditions; risk factors; oral health.

## INTRODUÇÃO

Dentre as inúmeras transformações que a família brasileira vem sofrendo ao longo do tempo está o crescimento da participação da mulher como pessoa de referência na família<sup>1-2</sup>. Neste cenário, emerge a figura da mãe, assumindo um papel central na formação, transmissão e preservação biológica e social dos indivíduos, em especial de seus filhos.

Esta nova perspectiva da inserção materna reflete-se no processo de cura e adoecer infantil e também se relaciona com a ampla discussão da saúde e da doença, a serem vistas como processos, ao mesmo tempo biológicos e sociais. Assim, quando se analisa como a enfermidade ocorre e se distribui na população, descobre-se que o fato de ela se individualizar em determinados grupos humanos, como é o caso de pares de mães e filhos, passa a ser uma consequência de determinadas relações sociais. O olhar agora se afasta da doença, como

<sup>1</sup> Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Departamento de Odontologia Infantil e Social, Faculdade de Odontologia. Rua José Bonifácio, 1193, 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: CB FADEL. E-mail: <cfadel@telefonica.com.br>.

fenômeno meramente natural, e incide sobre problemas sociais, políticos e culturais, os quais requerem a utilização de metodologias mais sensíveis, nas formas de tratar os objetos de investigação.

Os questionamentos que norteiam esta pesquisa remetem a uma investigação criteriosa da relação materno-infantil, no campo da epidemiologia social, e suas consequências, capazes ou não de condicionar o aparecimento da doença cárie em crianças.

Constituem os objetivos deste estudo: investigar a relação entre as características sociais e dentárias maternas e a experiência da doença cárie na criança e averiguar a representação social de diferentes grupos de mães a respeito do processo saúde-doença bucal de seu filho.

## MÉTODOS

O município de Ponta Grossa (PR) possui 34 instituições públicas de ensino infantil em funcionamento, atendendo ao universo de crianças com faixa de idade entre 1 e 6 anos. Destas instituições, 28 são gerenciadas pelo próprio município e seis atuam sob competência do governo estadual. A população de matriculados em 2007 era de 5 243 crianças, correspondendo a 27,8% da população total do município nesta faixa etária.

Para a etapa quantitativa, uma amostra probabilística de 360 indivíduos foi selecionada para participar do estudo. O cálculo do tamanho amostral foi realizado pelo programa Epi Info 6.0, considerando-se um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5% além do tamanho da população total de interesse para o estudo. A prevalência considerada da experiência da doença cárie nas crianças foi de 50%. O total calculado foi acrescido de 10% como taxa de não participação.

As crianças foram categorizadas de acordo com as instituições de ensino e sua distribuição em turmas (maternal I e II; jardim I, II e III). Posteriormente, procedeu-se a um sorteio sistemático, o qual envolveu o total de turmas encontradas ( $n=170$ ). Como o número de crianças matriculadas em cada escola e turma revelou-se muito parecido, não foi utilizado o critério da proporcionalidade entre as amostras durante a estratificação. Ao final deste processo, 13 turmas, distribuídas em 10 instituições, foram selecionadas, com a inclusão na amostra de todos os alunos pertencentes a cada uma delas.

Participaram do estudo as crianças previamente selecionadas e suas respectivas mães, quando em acordo com sua participação e de seu filho(a) na pesquisa. Não houve recusa por parte das escolas sorteadas.

As informações necessárias para a realização do estudo foram coletadas por um único pesquisador, previamente treinado e padronizado. Foram utilizados dois instrumentos,

sendo o primeiro estruturado, elaborado para a pesquisa, previamente validado por meio de estudo piloto e composto de três partes distintas. Na primeira parte deste instrumento foram abordadas características sociais maternas, incluindo-se o nível de escolaridade, a presença ou não de vínculo empregatício, a renda média mensal, a idade, o estado civil e a quantidade de filhos. Além disso, questões relativas ao acesso ao sistema público de saneamento básico e seu padrão de atendimento por dentista também estiveram presentes. A segunda parte relacionou-se às condições dentárias maternas, observando-se a necessidade ou não de tratamento odontológico, no que se refere à cárie dental, por meio de um exame clínico bucal<sup>3</sup>. Na terceira parte analisou-se a experiência presente e passada da doença cárie na criança, segundo critérios propostos por Fraiz<sup>4</sup>, também por meio da realização de um exame clínico bucal. Os exames bucais foram realizados nas próprias instituições de ensino, com o auxílio de sondas exploradoras, espelhos clínicos planos, espátulas de madeira e gazes estéreis, sob luz artificial. A concordância de diagnóstico intraexaminador foi aferida pelo teste Kappa<sup>5</sup> e o resultado encontrado foi 0,98.

Posteriormente o grupo inicial de mães sofreu uma estratificação, constituindo quatro novos grupos: Grupo 1 - mães com necessidade de tratamento e portadoras de filhos com experiência de cárie, Grupo 2 - mães sem necessidade de tratamento e portadoras de filhos com experiência de cárie, Grupo 3 - mães com necessidade de tratamento e portadoras de filhos livres de cárie, Grupo 4 - mães sem necessidade de tratamento e portadoras de filhos livres de cárie.

O segundo instrumento, um roteiro semiestruturado, também inédito, e submetido à pré-teste foi então aplicado às mães constituintes dos quatro novos grupos formados, visando conhecer os significados por elas atribuídos à condição de saúde, aos determinantes de saúde-doença e, especificamente, ao processo saúde-doença bucal. O roteiro foi elaborado no sentido de orientar uma conversa, visando apreender o ponto de vista dos sujeitos entrevistados sobre temas pré-estabelecidos, ou seja, permitiu-se o livre discurso e ao mesmo tempo o delineamento da conversa, buscando manter a entrevista sintonizada com os objetivos da pesquisa.

As entrevistas ocorreram até o momento em que as respostas maternas, frente aos temas abordados, tornaram-se repetitivas, com enorme similaridade em seu conteúdo. Utilizando-se então o critério de “saturação”, proposto inicialmente por Bertaux<sup>6</sup>, no qual o pesquisador verifica a formação de um todo e reconhece a reconstituição do objeto no conjunto do seu material, delimitou-se o grupo de mães exposto à análise qualitativa.

Os relatos maternos foram gravados, transcritos e analisados.

O material produzido por meio de entrevista foi tratado de acordo com uma das técnicas da Análise de Conteúdo proposta inicialmente por Bardin<sup>7</sup>, a Análise Temática. Esse procedimento metodológico consiste em descobrir os núcleos

de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado<sup>8</sup>, ou seja, consiste essencialmente numa operação classificatória, que busca categorizar expressões-chave ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A ordenação dos achados permitiu uma abordagem descritiva do material empírico, o qual, visando a confidencialidade dos sujeitos, foi expresso por sentimentos humanos.

A associação entre as variáveis categóricas denominadas estado civil, número de filhos, escolaridade materna, emprego, renda e frequência de visitas ao cirurgião-dentista, e as variáveis necessidade de tratamento odontológico materno e presença de cárie nos filhos foi analisada através do teste qui-quadrado para independência, adotando-se um nível de significância de 5%.

Este estudo, classificado como quali-quantitativo, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Processo FOA 2006-01460), segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Do universo de mães e filhos proposto por este estudo, 272 pares humanos constituíram a amostra final. A perda de indivíduos deu-se pela recusa das mães em participarem (n=67) ou pela ausência da criança na data do exame clínico (n=57).

Para melhor visualização e compreensão dos resultados, os dados alcançados serão expostos em quatro segmentos:

### *Características sociais maternas*

Com base nos dados sociais, verificou-se que a idade média das mães foi de 23 anos e que a maioria declarou-se casada ou sob união estável (80,1%). Com relação à quantidade de filhos, 72,8% eram mães de uma única criança. O grau de escolaridade concentrou as maiores frequências nos níveis básico e médio (50,7% e 32,7%, respectivamente). Quanto à existência de vínculo empregatício, 95,6% das mães afirmou trabalhar, estando sua renda média mensal concentrada em até três salários mínimos (81,2%).

No que se refere ao saneamento básico, a totalidade das entrevistadas respondeu usufruir de água encanada e de rede de esgoto.

A atenção dedicada à saúde bucal foi refletida na frequência em que as mães frequentavam o dentista: 45,2% asseguraram nunca ter consultado um profissional, 42,6% frequentaram raramente, 10,3% uma vez ao ano e 1,9% mais de uma vez ao ano.

### *Características dentárias maternas e filiais*

Das 272 mães examinadas, 184 (67,6%) possuíam filhos que já haviam sido expostos à cárie dentária e 88 (32,4%) eram mães de crianças livres da doença. Dentre as portadoras de filhos com experiência de cárie, 136 (73,9%) apresentaram alguma necessidade normatizada de tratamento odontológico – Grupo 1 e 48 (26,1%) foram consideradas sem necessidade de tratamento, com relação à doença cárie – Grupo 2. Já, entre as mães de filhos livres de cárie, nove (10,2%) mostraram-se com necessidade de tratamento – Grupo 3 e 79 (89,8%) não expuseram tal necessidade – Grupo 4.

A associação entre necessidade de tratamento odontológico das mães e experiência de cárie nos filhos foi comprovada: 93% das crianças de mães com necessidade de tratamento já havia tido experiência de cárie, ao passo que apenas 38% das crianças de mães sem necessidade de tratamento haviam sido acometidas pela doença ( $X^2=94,46$ ,  $gl=1$ ,  $p<0,0001$ ).

### *Características sócio-dentárias maternas*

A associação entre as variáveis sócio-econômicas e necessidade de tratamento odontológico materno pode ser observada na Tabela 1. Houve uma associação estatisticamente significativa entre a necessidade de tratamento odontológico materno e as variáveis escolaridade, renda e frequência de visitas ao cirurgião-dentista.

A associação entre as variáveis sócio-econômicas e a experiência da doença cárie nos filhos pode ser observada na Tabela 2. Houve uma associação estatisticamente significativa entre a presença da cárie nos filhos e as variáveis número de filhos, escolaridade, renda e frequência de visitas ao cirurgião-dentista.

A correlação entre as variáveis sociais maternas, suas diferentes condições de necessidade odontológica e a experiência de cárie apresentada por seus filhos é apresentada a seguir, obedecendo-se a formação dos quatro subgrupos, por meio de exposição descritiva e gráfica.

Com relação ao estado civil, variável com somente duas opções de resposta: solteira/casada, a maioria das entrevistadas declarou-se casada: 80,2%; 66,7%; 100% e 86,1% das mães referentes aos Grupos 1, 2, 3 e 4, respectivamente.

As respostas relativas ao número de filhos foram categorizadas em: somente um filho/mais de um filho, sendo que as maiores porcentagens concentraram-se na segunda opção: 69,8%; 52%; 77,8% e 89,8% referentes aos Grupos 1, 2, 3 e 4, respectivamente.

Quanto à existência de vínculo empregatício, a grande maioria afirmou trabalhar formal ou informalmente: 97%; 87,5%; 100%, 97,5% das mães referentes aos Grupos 1, 2, 3 e 4, respectivamente.

### *Percepção materna*

Adotando a saturação dos temas como ponto de corte para a limitação do número de entrevistas, atingiu-se uma amostra de 25 mães: 5,1%; 8,3%; 55,5% e 11,4% referentes aos Grupos 1, 2, 3 e 4, respectivamente.

**Tabela 1.** Associação entre as variáveis sócio-econômicas maternas e sua necessidade de tratamento odontológico.

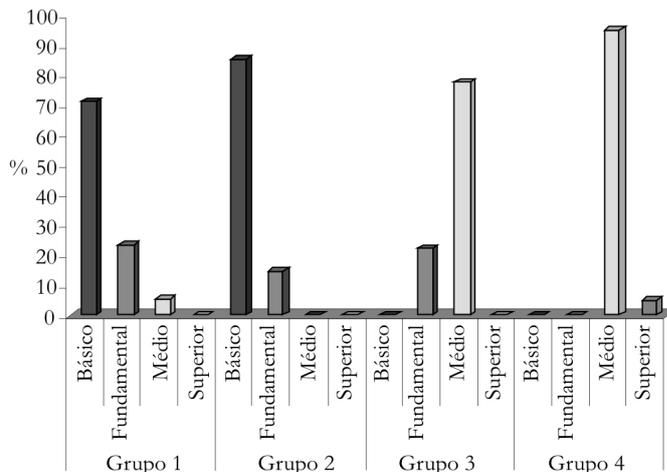
Variável sócio-econômica	Mães com necessidade de tratamento odontológico		Mães sem necessidade de tratamento odontológico		p-valor*
	n	%	n	%	
<b>Estado civil</b>					
Solteira	27	9,9	28	10,2	0,695
Casada	117	43,1	100	36,8	
<b>Número de filhos</b>					
1 filho	102	37,5	96	35,3	0,404
>1 filho	43	15,8	31	11,4	
<b>Escolaridade</b>					
Básico	97	35,7	41	15,1	p<
Fundamental	34	12,5	7	2,6	
Médio	14	5,1	75	27,5	
Superior	0	0	4	1,5	
<b>Emprego</b>					
Sim	141	51,8	119	43,8	0,261
Não	4	1,5	8	2,9	
<b>Renda</b>					
< 1 salário mínimo	103	37,9	45	16,5	p<
1-3 salários mínimos	42	15,4	31	11,4	
> 3 salários mínimos	0	0	51	18,8	
<b>Frequência visitas ao cirurgião-dentista</b>					
Nunca	79	29,1	44	16,2	0,0018
Raramente	52	19,1	64	23,4	
1 vez/ano	14	5,2	14	5,2	
>1 vez/ano	0	0	5	1,8	

\* Teste qui-quadrado

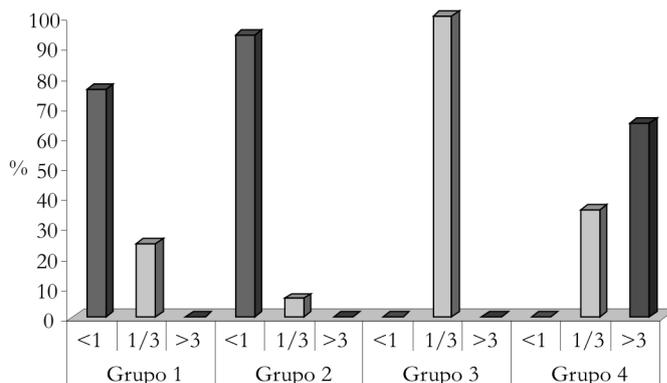
**Tabela 2.** Associação entre as variáveis sócio-econômicas maternas e a presença da cárie dentária nos filhos.

Variável sócio-econômica	Crianças com experiência de cárie		Crianças sem experiência de cárie		p-valor*
	n	%	n	%	
<b>Estado civil</b>					
Solteira	43	15,8	11	4,1	0,053
Casada	141	51,8	77	28,3	
<b>Número de filhos</b>					
1 filho	120	44,2	78	28,7	p<
>1 filho	64	23,4	10	3,7	
<b>Escolaridade</b>					
Básico	138	50,7	0	0	p<0,000
Fundamental	39	14,3	2	0,8	
Médio	7	2,6	82	30,1	
Superior	0	0	4	1,5	
<b>Emprego</b>					
Sim	174	64	86	31,6	p=0,383
Não	10	3,6	2	0,8	
<b>Renda</b>					
< 1 sal. mínimo	148	54,4	0	0	p<
1-3 sal. mínimos	36	13,2	37	13,6	
> 3 sal. mínimos	0	0	51	18,8	
<b>Frequência visitas ao cirurgião-dentista</b>					
Nunca	113	41,5	10	3,7	p<0,000
Raramente	55	20,3	61	22,4	
1 vez/ano	16	5,9	12	4,4	
>1 vez/ano	0	0	5	1,8	

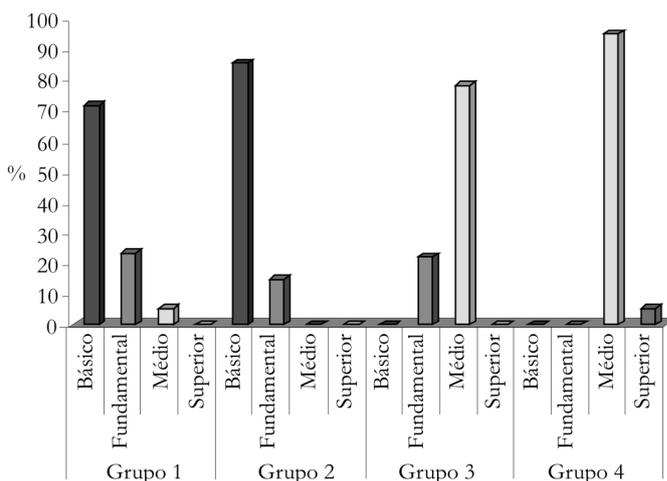
\* Teste qui-quadrado



**Figura 1.** Distribuição percentual dos grupos de mães, segundo o grau de escolaridade. Ponta Grossa (PR), 2007.



**Figura 2.** Distribuição percentual dos grupos de mães, segundo a renda média mensal - expressa em salários-mínimos. Ponta Grossa (PR), 2007.



**Figura 3.** Distribuição percentual dos grupos de mães, segundo a frequência de visitas ao cirurgião-dentista. Ponta Grossa (PR), 2007.

## DISCUSSÃO

Inúmeros estudos têm apontado para uma associação entre determinantes sócio-econômicos e a presença da cárie dentária<sup>9-12</sup>, entre outros, demonstrando que as piores condições de saúde bucal não podem ser dissociadas, sobretudo, das disparidades de renda e do grau de escolaridade, fatores indicativos do nível social.

Nesta pesquisa, as variáveis sociais que mostraram relação com a saúde bucal materno-infantil, além da escolaridade e da renda, foram a frequência de visitas ao cirurgião-dentista e o número de filhos apresentado pelas mães.

Dentre as mães portadoras de filhos com experiência de cárie (G1 e G2), a maioria completou somente o nível básico de ensino e sua renda média mensal não alcançou um salário-mínimo. Já entre as mães com filhos sem cárie (G3 e G4), o nível de escolaridade predominante foi o médio e a renda concentrou-se em valores mais elevados. Renda e a escolaridade materna surgem também como bons indicadores da cárie dental em crianças em outros estudos<sup>13-16</sup>.

Do grupo de mães pesquisado, 45,2% afirmou nunca ter consultado um cirurgião-dentista. A falta de acesso às ações odontológicas, neste estudo, alcançou valores extremamente maiores do que o exposto pela média nacional, considerando-se a idade adulta<sup>17</sup>. Ressalta-se ainda que a frequência de visitas “mais do que uma vez ao ano” incidiu somente no Grupo 4.

No que se refere à quantidade de filhos, 34,7% das mães dos Grupos 1 e 2 possuíam mais de um filho e somente 11,3% das mães dos Grupos 3 e 4 expuseram essa mesma situação. Assim como na pesquisa de Galindo et al.<sup>18</sup>, a maior quantidade de filhos esteve relacionada com a ocorrência mais frequente de cárie na criança, fato atribuído pelos autores à dificuldade das crianças de pouca idade em assumir a responsabilidade com sua higiene bucal.

A necessidade materna de tratamento odontológico também esteve associada a um menor grau de escolaridade, baixa renda e pouca ou nenhuma frequência ao dentista. No estudo conduzido por Alexandre et al.<sup>19</sup>, a necessidade de tratamento odontológico, representada especificamente pela dor de dente, também se relacionou com o não visitar o dentista para uma revisão de rotina.

É importante considerar que a condição bucal da mãe e o número de consultas ao dentista, o que sugere barreiras de acesso à atenção em saúde bucal<sup>20</sup>, também são reflexos das condições sócio-econômicas.

Com base nos temas relacionados à condição de saúde e determinantes de saúde, o relato das mães, e consequentemente o seu modo de condução da realidade em saúde de seus filhos, atribui, em maior ou menor grau, a causalidade das doenças ao modelo biomédico e à alimentação. Observavam-se, nitidamente, as representações maternas vinculadas ao profissional da saúde, a remédios e à alimentação, inde-

pendentemente das características sociais ou dentárias por elas apresentadas. Esses resultados vão de encontro aos alcançados por Abreu et al.<sup>21</sup>, os quais, em seu estudo realizado com 29 mães de escolares residentes no meio rural de Itaúna (MG), identificaram a alimentação e a utilização de serviços médicos como eixos centrais das representações sociais sobre o processo saúde-doença bucal. Minayo<sup>22</sup> salienta que o sistema biomédico penetra em todas as áreas e em todos os grupos sociais, configurando-se, para cada um deles, de forma específica. Salientam-se então as premissas do pensamento biomédico enquanto valores culturais próprios desses grupos sociais. Para Schwartz & Ros<sup>23</sup>, os valores culturais servem para estabelecer crenças compartilhadas, as quais são capazes de definir um comportamento apropriado para cada situação, além de servir para justificar o motivo de determinada escolha. Paim & Almeida Filho<sup>24</sup> ressaltam que a superação do biologismo dominante, da naturalização da vida social, da sua submissão à clínica e da sua dependência ao modelo médico hegemônico representam elementos significativos para o campo conceitual da saúde coletiva.

Com relação ao tema saúde bucal, especificamente à presença de cárie, a percepção das entrevistadas e sua compreensão quanto à causalidade da doença fez referência maior à dor, à fatalidade, à má-alimentação (G1 e G2), à ausência de escovação e à falta de acesso ao dentista (G3 e G4). As variáveis apontadas vão de encontro aos achados de Silva et al.<sup>25</sup> e de Bardal et al.<sup>26</sup>, ambos realizados visando à interpretação dos pais a respeito do estado de saúde bucal infantil. O estudo conduzido por Ferreira<sup>27</sup>, desenvolvido com a população residente na periferia de Natal (RN), alcançou resultados semelhantes, encontrando ainda percepções típicas da história do grupo social estudado, como a lagarta que causa cárie e o antibiótico que causa dano ao dente.

Ao realizar-se uma análise entre as representações que as mães possuem a respeito da etiologia das doenças, em especial a da doença bucal, e a presença ou ausência da doença cárie em seu filho, verifica-se certa diferença nos elementos de representação por elas utilizados, apesar de todas reconhecerem a presença da doença. Na pesquisa realizada por Talekar et al.<sup>28</sup>, o real acometimento pela doença cárie e a percepção da necessidade de tratamento foi significativamente associada à percepção dos pais a respeito da saúde bucal de seus filhos, fato que, segundo os autores, pode auxiliar na transposição das barreiras que os pais encontram no acesso ao serviço odontológico para seus filhos. As mães pertencentes aos Grupos 1 e 2, ou seja, aquelas cujos filhos já foram acometidos pela doença cárie, atribuem sua causalidade mais frequentemente a fatores externos, os quais, de acordo com os relatos, não são passíveis de serem controlados. Já as mães dos Grupos 3 e 4, portadoras de filhos livres de cárie, relacionam, na maioria das vezes, a etiologia da cárie a causas pessoais ou públicas. A sua falta de condição financeira e o descaso dos governos para com a saúde foram várias vezes apontados.

Cabe aqui ressaltar que as representações sociais maternas a respeito da causalidade da doença cárie devem ser consideradas, visando subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, voltadas à realidade social e cultural de cada núcleo familiar.

## CONCLUSÃO

Frente à análise dos pares mãe-filho estudados e cientes da relevância materna no processo de cura e adoecer bucal infantil, os resultados encontrados neste estudo sugerem que a inserção social materna desfavorável implica na maior ocorrência da doença cárie na criança, sendo que número de filhos, escolaridade e renda foram as variáveis que apontaram significância estatística.

## REFERÊNCIAS

- Oliveira MLS, Bastos ACS. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicol Reflex Crit.* 2000;13(1):97-107.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
- World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4. ed. Geneva: OMS; 1997.
- Fraiz FC. Estudo dos fatores associados à cárie dentária em crianças que recebem atenção odontológica precoce (odontologia para bebês) [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
- Kramer MS, Feinstein AR. Clinical biostatistics: the biostatistics of concordance. *Clin Pharmacol Ther.* 1981;29(1):111-23.
- Bertaux D. L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités. *Cahiers Internationaux de Sociologie.* 1980;69:197-225.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: HUCITEC; 2006.
- Host D, Schüller AA, Aleksejuniénė J, Eriksen HM. Caries in population: a theoretical causal approach. *Eur J Oral Sci.* 2001;109(3):143-8.
- Ismail A, Sohn W. The impact of universal access to dental care in disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc.* 2001;132(3):295-303.
- Patussi MP, Marcenes W, Croucher R, Sheiham A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. *Soc Sci Med.* 2001;53(7):915-25.
- Reisine ST, Psoter W. Socioeconomic status and select behavioral determinants and risk factors for dental caries. *J Dent Educ.* 2001;65(10):1009-16.
- Gonçalves ER, Peres MA, Wagner M. Dental caries and socioeconomic conditions: a cross-sectional study among 18 years-old male in Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2002;18(3):699-706.
- Peres MA, Latorre MRDO, Sheiham A, Peres KG, Barros FC, Maas AMN, et al. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2003;6(4):293-306.
- Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Cárie dentária entre escolares do meio rural de Itaúna (MG), Brasil. *Rev Panam Salud Pública.* 2004;16(5):334-44.
- Peres MA, Peres KG, Traebert J, Zabot NE, Lacerda JT. Prevalence and severity of dental caries are associated to the worst socio-economic conditions: a Brazilian cross-sectional study among 18-year old males. *J Adolesc Health.* 2005;37(2):103-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB-2000: condições de saúde bucal da população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Galindo EMV, Pereira JAC, Feliciano KVO, Kovacs MH. Prevalência de cárie e fatores associados em crianças da comunidade do Vietnã, Recife. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2005;5(2):199-208.
- Alexandre GC, Nadanovsky P, Lopes CS, Faerstein E. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(5):1073-8.
- Moreira RS, Nico LS, Tomita, NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(6):1665-75.

## Colaboradores

CB FADEL delineou a metodologia, coletou e tabulou os dados e confeccionou a redação do artigo. NA SALIBA orientou a sua elaboração em todas as etapas.

21. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG). *Ciênc Saúde Colet*. 2005;10(1):245-59.
22. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad Saúde Pública*. 1998;4(4):363-81.
23. Schwartz SH, Ros M. Values in the west: a theoretical and empirical challenge to the individualism-collectivism cultural dimension. *World Psychology*. 1995;1:91-122.
24. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública*. 1998;32(4):299-316.
25. Silva SMB, Rios D, Oliveira AF, Machado MA. Comparação da efetividade entre o exame bucal profissional e o de pais no reconhecimento do estado de saúde bucal de seus filhos. *Rev Fac Odontol Bauru*. 2002;10(3):142-8.
26. Bardal PAP, Olympio KPK, Valle AAL, Tomita NE. Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa. *Ciênc Saúde Colet*. 2006;11(1):161-7.
27. Ferreira AAA. Representações sociais da necessidade de cuidados bucais: um estudo com habitantes do bairro de Cidade da Esperança – Natal-RN [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2002.
28. Talekar BS, Rozier RG, Slade GD, Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children’s oral health. *J Am Dent Assoc*. 2005;136(3):364-72.

Recebimento em: 16/7/2008

Versão final reapresentada em: 26/10/2008

Aprovado em: 13/11/2008

**ANEXO** - Critérios utilizados para a determinação das categorias em cada uma das variáveis.

VARIÁVEL	CATEGORIA	CRITÉRIO
<b>Lesão de cárie (unidade dente)</b>	0. Dente ausente 1. Dente hígido 2. Dente com cárie questionável 3. Dente com cárie incipiente 4. Dente com cárie evidente 5. Dente restaurado 6. Dente restaurado com recidiva de cárie 7. Dente perdido por cárie 8. Dente perdido por outros motivos	0. Dente ausente, quando o dente ainda não irrompeu. 1. Dente hígido, esmalte de cor normal, sem evidência de lesões de cárie tratadas ou não. 2. Dente com lesão questionável, sem a possibilidade de determinação clínica de perda de substância de esmalte, podendo haver alteração de cor, sendo que esta alteração de cor não pode ser definida entre cárie, alteração de estrutura ou pigmentação extrínseca. 3. Dente com cárie incipiente, perda de substância de esmalte, caracterizada por lesão de mancha branca (ativa ou inativa) sem cavitação visível de esmalte. 4. Dente com lesão evidente, evidência clínica de cavitação. 5. Dente restaurado, dente com material restaurador sem presença de lesão cáriosa. 6. Dente restaurado com recidiva de cárie. 7. Dente perdido por cárie. 8. Dente perdido por outros motivos.
<b>Criança com experiência de cárie<sup>4</sup></b>	- Com experiência de cárie - Sem experiência de cárie	• Com experiência de cárie, quando no exame clínico dental for atribuído em pelo menos um dos dentes os códigos 3, 4, 5, 6 ou 7. • Sem experiência de cárie, quando no exame clínico não forem atribuídos em nenhum dos dentes os códigos 3, 4, 5, 6 ou 7.
<b>Mãe com necessidade de tratamento odontológico (NTO)<sup>3</sup></b>	- Com NTO - Sem NTO	• Com NTO, quando no exame clínico dental estiver indicado em pelo menos um dos dentes os seguintes tratamentos: restauração, terapia pulpar, extração, prótese, controle de mancha branca ou selante, devido à cárie. • Sem NTO, quando no exame clínico não for atribuído em nenhum dos dentes os tratamentos acima citados.