

Práticas de pais sobre a higiene bucal e dieta de pré-escolares da rede pública

Parents' practices regarding the oral hygiene and diet of preschoolers attending public schools

Jainara Maria Soares FERREIRA¹
 Itamar Falcão BEZERRA²
 Raquel Ellen Soares da CRUZ²
 Ítala Tarciane de Almeida VIEIRA¹
 Valdenice Aparecida MENEZES¹
 Ana Flávia GRANVILLE-GARCIA³

RESUMO

Objetivo

Avaliar práticas de pais - responsáveis de pré-escolares -, na faixa etária de 2 a 5 anos da rede pública de João Pessoa, em relação à higiene bucal e dieta de seus filhos.

Métodos

O estudo foi observacional descritivo, sendo a amostra estratificada e proporcional ao número de pólos político-administrativos de João Pessoa (n=391). A coleta de dados foi realizada por meio de questionário contendo questões objetivas e os dados coletados foram trabalhados sob forma de estatística descritiva.

Resultados

Verificou-se que 70,1% dos pesquisados afirmaram haver recebido informações sobre higiene bucal da criança e principal fonte de informação citada foi o cirurgião-dentista (55,8%). Com relação à dieta da criança, 66,0% destas possuíam dieta cariogênica, 11,8% eram amamentadas e 47,8% faziam uso de mamadeiras. Quase a totalidade das crianças possuía escova (99,2%) e creme dental (96,4%) e 97,7% dos responsáveis limpavam a boca de seus filhos, sendo a forma mais citada a escova e o creme dental (79,1%). Os pais eram responsáveis pela escovação dentária das crianças na maior parte dos casos (76,2%). Dos participantes, 63,4% relataram iniciar a escovação dentária das crianças até 1 ano de idade e apenas 27,9% cobriam menos da metade as cerdas da escova neste momento.

Conclusão

Faz-se necessário a implementação de programas de educação continuada sobre risco de cárie em relação à dieta da criança e risco de fluorose dentária devido ao uso do dentífrico fluoretado.

Termos de indexação: Educação em saúde bucal. Odontopediatria. Pré-escolar.

ABSTRACT

Objective

To assess the practices of parents - responsible for preschoolers regarding the oral hygiene and diet of preschool children aged 2 to 5 years attending public schools in Joao Pessoa.

Methods

This was an observational, descriptive study. The sample was stratified and proportional to the number of political and administrative districts of João Pessoa (n = 391). An objective questionnaire was used to collect data, which were then processed by descriptive statistics.

Results

Most interviewees (70.1%) reported that their main source of information on children's oral hygiene was the dentist (55.8%). Regarding diet, 66.0% of the children consumed a cariogenic diet, 11.8% were breastfed and 47.8% were bottle-fed. Almost all the children had a toothbrush (99.2%) and toothpaste (96.4%) and 97.7% of the caregivers cleaned their children's mouths, usually with a toothbrush and toothpaste (79.1%). The parents were normally the ones who brushed the children's teeth (76.2%). Most (63.4%) participants reported starting to brush their children's teeth before the child's first birthday and only 27.9% covered less than half the bristles of the brush at this time.

Conclusion

Ongoing education programs on diet-related risk of caries and risk of dental fluorosis secondary to fluoridated toothpaste need to be implemented.

Indexing terms: Health education dental. Pediatric dentistry. Child preschool.

¹ Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontopediatria. Av. General Newton Cavalcanti, 1650, Tabatinga, 54756-220, Camaragibe, PE, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: JMS FERREIRA. E-mail: <jainara.s@superig.com.br>.

² Centro Odontológico de Estudos e Pesquisas. João Pessoa, PB, Brasil.

³ Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Odontologia. Campina Grande, PB, Brasil.

INTRODUÇÃO

A cárie dentária e a doença periodontal ainda podem ser consideradas um problema de saúde pública no Brasil, uma vez que 60,0% e 6,3% das crianças de 5 anos, respectivamente, são acometidas por estas doenças¹.

Estas doenças têm no biofilme dental um importante componente etiológico comum²⁻⁴. A higiene bucal adequada, com a desorganização constante e eficaz deste biofilme é necessária para prevenção destas doenças bucais que são frequentes em pré-escolares.

A atenção à saúde bucal deve ser iniciada em idade precoce⁵, tendo como ponto central o enfoque preventivo para a manutenção da saúde⁶.

A educação dos pais e responsáveis possui papel fundamental neste processo⁷⁻⁹, uma vez que, quanto mais precocemente se estabeleçam barreiras preventivas, melhores serão as condições futuras de saúde bucal da criança¹⁰.

Este trabalho teve como objetivo avaliar práticas de pais - responsáveis de pré-escolares -, na faixa etária de 2 a 5 anos da rede pública de João Pessoa em relação à higiene bucal e dieta de seus filhos.

Diante do exposto, a realização deste estudo justifica-se pela necessidade em reforçar e ampliar mudanças nas práticas sociais em relação à atenção à saúde bucal de pré-escolares, redirecionando os mecanismos e estratégias de prevenção junto aos programas de saúde pública.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional descritivo. Os dados foram obtidos através da observação direta extensiva, por meio de um questionário específico. Este estudo teve um universo composto por pais ou responsáveis de pré-escolares na faixa etária de 2 a 5 anos, pertencentes a creches do município de João Pessoa (PB). Foi obtido o consentimento para realização desta pesquisa por meio de declaração da Secretária de Educação do município de João Pessoa (PB).

A amostra foi aleatória, estratificada e proporcional ao número de crianças por pólo político-administrativo de João Pessoa, por meio de sorteio de crianças pertencentes a estes conglomerados.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Educação de João Pessoa do ano de 2009 existiam 35 Centros de Referência da Educação Infantil (CREI) distribuídos em nove pólos político-administrativos, distribuídos da seguinte forma: Pólo I: 4 CREI (n=362 alunos); Pólo II: 3 CREI (n=326 alunos); Pólo III: 5 CREI (n=156 alunos); Pólo IV: 4 CREI (n=239 alunos); Pólo V: 6 CREI (n=395 alunos); Pólo VI: 5 CREI (n=547 alunos); Pólo VII: 2 CREI (n=150 alunos); Pólo VIII: 5 CREI (n=177 alunos); Pólo IX: 1 CREI (n=214 alunos), totalizando um universo de 2 566 crianças.

A amostra foi calculada por meio do programa estatístico Epi Info™, sendo considerado grau de confiança de 95% e erro de 5%, perfazendo um total de 335 pais ou responsáveis de crianças para serem entrevistados, proporcionalmente distribuídos na seguinte forma: Pólo I (n=47 alunos); Pólo II (n=42) alunos; Pólo III: (20 alunos); Pólo IV: (32 alunos); Pólo V: (52 alunos); Pólo VI: (71 alunos); Pólo VII: (20 alunos); Pólo VIII: (23 alunos) e Pólo IX: (28 alunos), totalizando amostra representativa a partir de 335 participantes (pais/responsáveis).

Para considerar eventuais perdas amostrais, foi aumentado em aproximadamente 30% o número de questionários entregues aos participantes, num total de 436 questionários entregues.

A taxa de resposta foi 93,1%, perfazendo um total de 406 questionários. Foram excluídos da amostra os questionários com preenchimento incompleto, crianças fora da faixa etária proposta (2 a 5 anos) e pais menores de idade sem emancipação (n=15), totalizando uma amostra final de 391 participantes (pais/responsáveis).

O questionário continha informações relativas à identificação, dados socioeconômicos e questões objetivas específicas sobre a higiene bucal (início, método utilizado, frequência) e dieta em pré-escolares (amamentação natural, mamadeira e ingestão de carboidratos).

Previamente à coleta de dados foi realizado um estudo piloto com 10% da amostra (33 pais/responsáveis) com a finalidade de avaliar a fidedignidade das respostas, por meio do método de validação de "face". Nesse método, o pesquisador solicita aos pais/responsáveis que explicitem, com suas próprias palavras, o que entenderam sobre cada pergunta¹¹.

O pesquisador entregou o questionário aos professores do Centro de Referência da Educação Infantil, os quais distribuíram aos pais ou responsáveis pelas crianças ao final do turno de trabalho. Após sete dias,

o pesquisador retornou ao local de coleta e recebeu os questionários preenchidos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

Os dados coletados foram analisados pelo Programa Estatístico SPSS v.13.0 e trabalhados sob forma de estatística descritiva.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro Universitário de João Pessoa, na 13ª Reunião Ordinária, em 17/02/2009, s/nº.

RESULTADOS

A Tabela 1 retrata o estado civil dos participantes conforme o sexo e pode-se observar que a maior parte dos pesquisados correspondiam ao sexo feminino e estado civil solteiro.

Com relação ao grau de instrução, 60,4% dos responsáveis possuíam o ensino fundamental ou eram analfabetos e 39,6% possuíam o ensino médio ou superior. Quando averiguada a renda familiar, 95,1% dos pesquisados possuíam um salário-mínimo ou menos.

Por sua vez, a idade das crianças variaram entre 2 e 5 anos, sendo a idade de 4 anos a mais prevalente (29,2%) (Figura 1). O sexo das crianças correspondeu a 52,2% masculino e 47,8% feminino.

Com relação ao nível de informação sobre saúde bucal da criança, 70,1% dos pesquisados afirmaram haver recebido informações e principal fonte de informação citada foi o cirurgião-dentista (55,8%) (Figura 2).

Na Tabela 2 verifica-se a frequência da idade das crianças com relação à visita ao cirurgião-dentista. A Tabela 3 exibe as práticas dos participantes com relação à higiene bucal da criança.

Tabela 1. Distribuição do estado civil dos participantes conforme o sexo. João Pessoa (PB), 2009.

		Sexo				Total	
		Masculino		Feminino			
		n	%	n	%	n	%
Estado civil	Solteiro	35	14,5	206	85,5	241	100
	Casado	25	20	100	80	125	100
	Separado	3	15	15	85	20	100
	Viúvo	0	0	5	100	5	100
Total	63	16,1	328	83,9	391	100	

Tabela 2. Experiência de visita ao cirurgião-dentista conforme a idade das crianças. João Pessoa (PB), 2009.

Faixa etária (em anos)	Sim		Não		Não sei		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2	31	34,8	58	65,2	0	0	89	100
3	62	56,4	45	40,9	3	2,7	110	100
4	65	57	45	39,5	4	3,5	114	100
5	63	80,8	14	17,9	1	1,3	78	100
Total	221	56,5	162	41,4	8	2	391	100

Tabela 3. Práticas dos participantes sobre a higiene bucal e dieta da criança. João Pessoa (PB), 2009.

Perguntas	Respostas		% n
	%	n	
1. Seu filho é amamentado?	Sim	11,8	46
	Não	85,2	333
	Não sei	3,1	12
	Total	100	391
1.1 Em caso positivo, você limpa a boca dele após a amamentação?	Sim	69,6	32
	Não	28,3	13
	Não sei	2,2	1
	Total	100	46
2. Seu filho usa mamadeira ao dormir?	Sim	47,8	187
	Não	51,2	200
	Não sei	1	4
	Total	100	391
2.1 Em caso positivo, você limpa a boca dele após a amamentação?	Sim	67,4	126
	Não	29,4	55
	Não sei	3,2	6
	Total	100	187
3. Seu filho se alimenta com dieta rica em doces?	Sim	66	258
	Não	32,7	128
	Não sei	1,3	5
	Total	100	391
4. Seu filho tem escova de dente?	Sim	99,2	388
	Não	0,8	3
	Não sei	0	0
	Total	100	391
4.1 Em caso positivo, como é a escova?	De adulto	4,4	17
	De criança	81,4	316
	Não sei	14,2	55
	Total	100	388
5. Seu filho tem creme dental?	Sim	96,4	377
	Não	3,1	12
	Não sei	0,5	2
	Total	100	391
5.1 Em caso positivo, como é a creme dental?	De adulto	25,2	95
	De criança	60,7	229
	Não sei	14,1	53
	Total	100	377
6. É realizada a limpeza da boca do seu filho?	Sim	97,7	382
	Não	1,5	6
	Não sei	0,8	3
	Total	100	391
6.1 Com o que?	Escova e pasta	79,1	302
	Escova, pasta e bochecho	4,7	18
	Escova, pasta e fio dental	4,2	16
	Cotonete, fralda ou gaze	3,7	14
	Outros	8,3	32
	Total	100	382
7. O seu filho escova os dentes?	Sim	97,7	382
	Não	1,8	7
	Não sei	0,5	2
	Total	100	391
7.1 Em caso positivo, quantas vezes ao dias?	1 vez	9,7	37
	2 vezes	35,3	135
	3 vezes	55	210
	Total	100	382
7.2 É agradável a criança?	Sim	64,2	246
	Não	11,5	44
	Não sei	24,3	93
	Total	100	382
8. Com que idade começou a escovar os dentes de seu filho?	1 ano ou menos	63,4	248
	2 anos	29,2	114
	3 anos ou mais	1,1	24
	Total	100	391
9. Quem realiza a escovação ou limpeza da boca da criança?	Pais e crianças	76,2	298
	Criança	18,2	71
	Outros	5,1	20
	Total	100	391
10. Qual a quantidade de creme dental usada na escovação?	Cobrindo toda a escova	25,3	99
	Cobrindo metade da escova	46,8	183
	Cobrindo menos da metade da escova	27,9	109
Total	100	391	

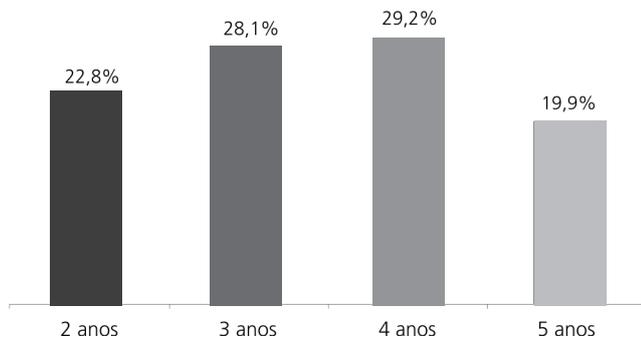


Figura 1. Distribuição por idade das crianças. João Pessoa (PB), 2009.

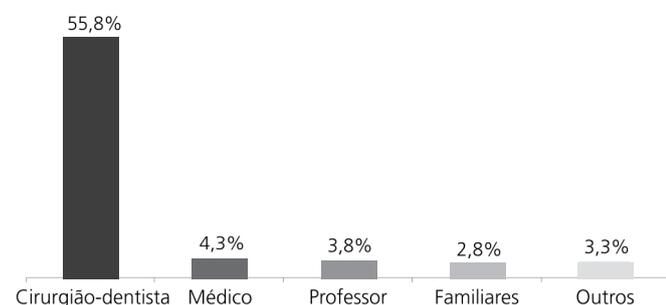


Figura 2. Distribuição das fontes de informação sobre higiene bucal da criança. João Pessoa (PB), 2009.

DISCUSSÃO

A despeito da adoção de todos os critérios e cuidados metodológicos, apesar das limitações como dificuldade de interpretação e subjetividade, a utilização de questionário para avaliação do conhecimento e das atitudes dos indivíduos quanto à saúde tem sido recomendado¹².

Os participantes eram, em sua maioria, de sexo feminino, estado civil solteiro e baixo nível socioeconômico. Castro et al.¹³ afirmaram que o estado civil das mães não interfere no fator higiene bucal dos filhos e sim o perfil socioeconômico e cultural destas. O baixo poder aquisitivo é potencializador de obstáculos à saúde e desta forma, pessoas vivendo em situações de risco não podem satisfazer suas necessidades básicas, a exemplo da higiene bucal. Neste sentido, existe maior predisposição à instalação da doença cárie em filhos de mães de baixa escolaridade¹⁴.

Como observado na Figura 2, 70,1% dos participantes afirmaram haver recebido informações sobre a higiene bucal da criança, sendo a principal fonte de informação citada o cirurgião-dentista (55,8%). Os resultados diferem do estudo de Cruz et al.⁸, no qual 67,5% das mães não tinham recebido orientações sobre o assunto e dentre aquelas que receberam, o pediatra foi o

agente transmissor mais frequentemente citado. No estudo de Barbosa & Chelotti¹⁵, o cirurgião-dentista foi citado como maior fonte de informações por 93,4% das mães. Vale ressaltar que não é de responsabilidade exclusiva do cirurgião-dentista a multiplicação da informação sobre higiene bucal infantil, cabendo ainda a professores, familiares e gestores o processo de educação em saúde.

O papel dos professores na transmissão de conhecimentos sobre a saúde bucal apresentou-se pequeno quando comparado aos profissionais de saúde. É importante ressaltar que as escolas são locais estratégicos para a realização de programas educativos em saúde bucal, pois agrupam indivíduos em faixas etárias propícias à adoção de decisões saudáveis, por meio de medidas educativas e preventivas¹⁶.

Na faixa etária estudada (2 a 5 anos) 41,4% das crianças ainda não haviam visitado o cirurgião-dentista (Tabela 2). Vale alertar que a Academia Americana de Odontopediatria¹⁷ especifica atualmente como ideal, o aconselhamento pré-natal aos pais e recomenda que a primeira visita para avaliação bucal da criança deva ocorrer em torno do sexto mês de vida, com a erupção do primeiro dente, não ultrapassando o primeiro ano de idade. No estudo de Barbosa & Chelotti¹⁵ foi constatado que apenas 16,2% das mães consideraram a idade entre seis e doze meses, o período ideal para a primeira visita ao cirurgião-dentista. Faustino-Silva et al.¹⁸ observaram que 35,0% dos participantes relataram que esta deveria acontecer entre um e três anos.

Com relação à amamentação, 11,8% das mães ainda amamentavam seus filhos e 69,6% destas faziam a higiene bucal da criança nestas condições. Este hábito alimentar pode ser considerado inadequado, uma vez que a Organização Mundial da Saúde¹⁹ preconiza que os bebês recebam exclusivamente leite materno durante os primeiros seis meses de idade e alimentação complementar juntamente com a amamentação até os dois anos de idade.

Quanto ao uso da mamadeira noturna, 47,8% dos pesquisados referiram o uso pela criança. Quando questionados se a criança fazia uso de uma dieta rica em sacarose, 66,0% dos pesquisados responderam afirmativamente. Faustino-Silva et al.¹⁸ encontraram que a sacarose deveria ser introduzida na dieta já no primeiro ano de vida para 69,0% dos entrevistados. Vale lembrar que este hábito inadequado constitui fator de risco para cárie de estabelecimento precoce²⁰.

Porém a maior parte das mães (67,4%) que informaram amamentar ou usar mamadeira realizava a higiene bucal da criança, corroborando com os pensamentos da

Academia Americana de Odontopediatria¹⁷ que preconiza a limpeza da cavidade bucal após a amamentação ou uso da mamadeira antes da criança dormir, no intuito de evitar a cárie de estabelecimento precoce.

Quase a totalidade das crianças possuía escova (99,2%) e creme dental (96,4%) e 94,4% dos responsáveis limpavam a boca de seus filhos, sendo a forma mais citada a escova e o creme dental (97,7%) e a associação destes com bochechos em 4,7% dos casos. Bengtson et al.²¹ e Corrêa et al.²² preconizam o início do uso da escova de dente aos 18 meses. Porém o uso de dentifrícios com flúor em crianças de baixa idade deve ser usado com cautela devido ao risco de toxicidade crônica da criança²³ e o uso do exagatório bucal é indicado apenas para crianças em idade escolar²⁴.

A escova e o creme dental infantil foram os mais citados para a higienização bucal, 81,4% e 60,7%, respectivamente. A escova infantil é indicada, desde que possua cabeça pequena, cerda macia e cabo reto²¹⁻²². O uso de dentifrício infantil deve ser realizado com prudência, pois é comum que estes apresentem sabor agradável e concentração padrão de flúor (superior a 1.000 ppm) no mercado brasileiro. Vale salientar que a ingestão de dentifrício fluoretado é mais frequente em pré-escolares, devido à dificuldade de coordenação motora nesta fase de vida. Albuquerque et al.²⁵ observaram que o tipo de dentifrício mais utilizado nas instituições públicas foi o adulto (48,5%) e nas particulares, o infantil (83,6%).

A escovação dentária era realizada, na maioria dos casos 3 vezes ou mais vezes ao dia (55,0%) e este hábito era agradável à criança em 64,2% dos casos. Estes dados corroboram com Stuardi et al.²⁶ que indicam a frequência ideal de escovação após a dentição decídua completa, três vezes ao dia. O prazer no ato da higiene bucal pode ser fruto do processo de educação em saúde bucal em idades precoces⁵.

Os pais juntamente com as crianças eram responsáveis pela escovação dentária na maior parte dos casos (76,2%). Este achado concorda com Cangussu et al.²⁷ ao referir a importância da supervisão dos pais no momento da escovação em crianças menores de 7 anos.

Na presente pesquisa, 63,4% dos participantes relataram iniciar a escovação dentária das crianças até 1 ano de idade e apenas 27,9% cobriam menos da metade as cerdas da escova. Albuquerque et al.²⁵ observaram que em instituições particulares e públicas, 57,8%; 50,9% das crianças utilizam quantidade média de dentifrício, respectivamente. Nesta perspectiva, Moraes et al.²⁸

apontam a necessidade de se instruir pais e cuidadores de crianças a utilizarem uma quantidade pequena de dentifrício (< 0,3 g), concentração de flúor reduzida por pré-escolares constitui em boa alternativa para se minimizar a ingestão de flúor e risco de fluorose dentária.

Foi observado que a maioria dos pesquisados não referiram o uso do fio dental por parte das crianças (4,2%). Este fato provavelmente pode estar associado ao baixo poder aquisitivo ou falta de informação dos participantes, uma vez quando comparada à escova de dente, aquele é um produto mais caro e menos difundido, sendo pouco incorporado ao cotidiano da população de baixa renda²⁹.

A prevenção é a maneira mais eficaz e econômica de se evitar o surgimento e a evolução das doenças bucais. Dentre as várias formas que a equipe de saúde bucal pode atuar para promover saúde, a educação e a motivação do indivíduo ocupam lugar de destaque, pois, por meio delas, procura-se estabelecer hábitos saudáveis.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, é lícito concluir que o cirurgião-dentista foi a principal fonte de informações sobre higiene bucal das crianças. A maioria dos participantes apresentou boas práticas quanto a higiene bucal da criança, exceto com relação à quantidade de creme dental usado para escovação.

Já em relação a dieta, a maioria dos participantes reportou hábitos alimentares inadequados dos pré-escolares, existindo a necessidade da implementação de programas de educação continuada sobre risco de cárie em relação à dieta da criança e risco de fluorose dentária devido ao uso do dentifrício fluoretado.

Colaboradores

JMS FERREIRA foi responsável pela concepção e desenho do projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. IF BEZERRA e RES CRUZ foram responsáveis pela coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. ÍTA VIEIRA, VA MENEZES e AF GRANVILLE GARCIA foram responsáveis pela redação do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Condições de saúde bucal na população brasileira. Projeto SB Brasil 2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. Moraes SM, Pessan JP, Ramires I, Buzalaf MAR. Fluoride intake from regular and low fluoride dentifrices by 2-3-year-old children: influence of the dentifrice flavor. *Braz Oral Res.* 2007;21(3):234-40.
3. Fraiz FC, Walter LRF. Study of factors associated with dental caries in children who receive early dental care. *Pesq Odontol Bras.* 2001;15(3):201-7.
4. Soares JMP, Aragão AKR, Jardim MCA, Sampaio FC. Gengivite e índice de higiene oral em crianças de Cabedelo - Paraíba - Brasil. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2003;7(2):177-86.
5. Hanna LMO, Nogueira AJ, Honda VYS. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2007;55(3):271-4.
6. Ferreira ARC, Gaíva MAM. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2001;4(22):485-9.
7. Medeiros EB, Rodrigues MJ. Conhecimento das gestantes sobre a saúde bucal de seu bebê. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2003;57(5):381-6.
8. Cruz AAG, Gadelha CGF, Cavalcanti AL, Medeiros PFV. Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: um estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande - PB. *Pesq Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2004;4(3):185-9.
9. Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que frequentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(4):1079-86.
10. Kuhn E. Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta Grossa/PR [dissertação]. Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
11. Frankfort-Nachimias C, Nachimias D. *Research methods in the social sciences.* 4 th. London: Edward Arnold; 1992, p.50-5.
12. Schwarz N. Assessing frequency reports of mundane behaviors: contributions of cognitive psychology to questionnaire construction. In: Hendrick C, Clark MS. *Research methods in personality and social psychology.* London: Sage Publications; 1990. p. 98-119.
13. Castro LA, Teixeira DLS, Modesto A. A influência do perfil materno na saúde bucal da criança: relato de caso. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2002;5(23):70-4.
14. Nowak AJ, Warren JJ. Infant oral health and oral habits. *Pediatr Clin North Am.* 2000;47(5):1043-66.
15. Barbosa TRCL, Chelotti A. Avaliação do conhecimento de aspectos da prevenção e educação em odontologia, dentição decídua em gestantes e mães até 6 anos pós-parto, como fator importante na manutenção da saúde bucal da criança. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 1997;15(n. especial):13-7.
16. Granville-Garcia AF, Silva JM, Guinho SF, Menezes V. Conhecimento de professores do ensino fundamental sobre saúde bucal. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2007;55(1):29-34.
17. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent.* 2006;27(7 Suppl):31-3.
18. Faustino-Silva DD, Ritter F, Nascimento IM, Fontanive PVN, Persici S, Rossoni E. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. *Rev Odonto Ciênc.* 2008;23(4):375-9.
19. Organização Mundial da Saúde. Amamentação [citado 2009 Mar 19]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/amamentar.pdf>>.
20. Ramos BC, Maia LC. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. *Rev Odontol Univ São Paulo.* 1999;13(3):303-11.
21. Bengtson NG, Bengtson AL, Bengtson CRG, Pinheiro SL, Cichello LRD. Educação e higiene bucal de bebês: dispositivos e escovas dentais do mercado brasileiro. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2002;5(24):154-62.
22. Corrêa MSNP, Diseenha RMS, Weffort SYK. *Saúde bucal do bebê ao adolescente: guia de orientação.* São Paulo: Santos; 2005.
23. Batista MDE, Valença AMG. Dentifrícios fluoretados e sua utilização em crianças. *Arq Odontol.* 2004;40(2):111-206.
24. Amarante LA. Aplicação típica de flúor pelo método do bochecho. *Rev Bras Odontol.* 1983;40(4):27-37.
25. Albuquerque SSL, Lima MGCC, Sampaio FC. Avaliação da utilização de dentifrícios fluoretados em pré-escolares na cidade de João Pessoa - Paraíba - Brasil. *Odontol Clín-Científ.* 2003;2(3):211-6.
26. Stuari AS, Stuari AS, Freitas AC, Silva FWFG, Queiroz AM. Como realizar a higiene bucal em crianças. *Pediatria.* 2007;2(37):200-7.
27. Cangussu MCT, Narvai PC, Fernandes RC, Djehizian V. A fluorose dentária no Brasil: uma revisão crítica. *Cad Saúde Pública.* 2002;18(1):7-15.
28. Moraes EM, Valença AMG. Prevalência de gengivite e periodontite em crianças de 3 a 5 anos na cidade de Aracajú. *Ciênc Odontol Bras.* 2003;6(4):87-94.
29. Freddo LP, Aerts DRGC, Abegg C, Davoglio R, Vieira PC, Monteiro L. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade as Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(9):1991-2000.

Recebido em: 12/11/2009

Versão final reapresentada em: 3/6/2010

Aprovado em: 30/6/2010