

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ODONTOPEDIATRIA**

Ana Carolina Couto Robles

**Atitude e percepção sobre saúde bucal de mães de crianças
atendidas na Clínica de Odontopediatria da UFSC**

Dissertação de Mestrado

Florianópolis

2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ODONTOPEDIATRIA

Ana Carolina Couto Robles

Atitude e percepção sobre saúde bucal de mães de crianças atendidas
na Clínica de Odontopediatria da UFSC

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Santa Catarina como parte dos
requisitos para obtenção do título de Mestre em
Odontologia – Área de Concentração Odontopediatria

Orientadora: Profª Dra Vera Lúcia Bosco
Co-orientadora: Profª Dra Suely Grosseman

Florianópolis

2005

ANA CAROLINA COUTO ROBLES

**“ATITUDE E PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL DE MÃES DE CRIANÇAS
ATENDIDAS NA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRIA DA UFSC”**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de MESTRE EM ODONTOLOGIA – OPÇÃO: ODONTOPEDIATRIA e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 15 de dezembro de 2005.

Prof.Dr. Ricardo de Sousa Vieira (Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia)

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Vera Lúcia Bosco (Orientadora)

Profª. Dra. Suely Grosseman (Co-orientadora)

Prof. Dr. Saul Martins de Paiva (Membro)

Profª. Dra. Zuleica Maria Patrício (Membro)

AGRADECIMENTOS

Ao meu amor e melhor amigo, **Esdras Camargos**, pelo incentivo, paciência e carinho. Obrigada por entender minha ausência, meu nervosismo e insegurança nos últimos dois anos. Sem o seu apoio, tudo isso ainda seria um sonho... Te amo muito!

Aos meus pais, **Arlete** e **Antônio Carlos Robles** por terem me ensinado o valor dos estudos e a enfrentar os obstáculos da vida com caráter e força. Obrigada por tudo o que fizeram por mim e, por muitas vezes, abrirem mão de seus sonhos em prol dos meus. O que sou hoje, devo a vocês... Pai, obrigada também por ter melhorado e corrigido os resumos em inglês.

À Professora Doutora **Vera Lúcia Bosco**, por ter colocado a metodologia qualitativa em minha vida, pelas boas conversas, pelos conselhos, pela atenção dispensada, sempre oferecendo grande contribuição a este trabalho. Obrigada pelo incentivo!

À Professora Doutora **Suely Grosseman**, pelo exemplo de ser humano e de profissional que é. Sua amizade, atenção e ensinamentos foram essenciais nesta caminhada. Obrigada por me acolher e por me auxiliar em todos os momentos que precisei, pelos almoços deliciosos e agradáveis em sua casa, pela confiança depositada em mim. Tudo o que escrever aqui será pouco, diante do que fez por mim... Professora, obrigada por tudo!

Aos demais professores da área de concentração em Odontopediatria, Prof. Dr. **Ricardo de Souza Vieira**, Profª. Dra. **Izabel Cristina Santos Almeida**, Profª Dra. **Joeci Oliveira**, Profª

Dra. **Maria José de Carvalho Rocha**, por terem me proporcionado a oportunidade de fazer parte do curso de mestrado 2004/2005 desta Instituição.

Às colegas e amigas, **Ângela Scarparo Caldo-Teixeira** e **Carla Moreira Pitoni**, pelo exemplo de amor à odontopediatria e à pesquisa. Meninas, a amizade de vocês tornou esta jornada muito mais leve e agradável. Obrigada por tudo o que me ensinaram, pelo apoio e, principalmente, pelos momentos agradáveis que vivemos juntas. Nunca esquecerei as tardes em Santo Antonio de Lisboa e os “pastéis” na Lagoa.... Vocês são demais!

À grande amiga, “quase irmã”, **Tatiana N. R. Clementino Luedmann**, por continuar presente em minha vida, mesmo estando tão longe! Tati, você merece um agradecimento especial, pois continua sendo uma super companheira, apesar das dificuldades que a distância impõe. Nunca esquecerei o seu apoio, as dicas e a enorme colaboração, buscando artigos para este e outros trabalhos, muitas vezes abrindo mão de seu tempo para me auxiliar. Muito obrigada!

À **Mariane Cardoso** e **Ana Cristina Gerent Petry Nunes**, pela orientação durante o período de estágio no Programa de Atendimento ao Paciente Traumatizado.

Ao Prof. **Luís Candido Pinto da Silva**, pelo exemplo, carinho e incentivo, desde os tempos da Graduação na PUC-MG.

Aos demais **colegas de mestrado e doutorado**, pelos momentos de descontração durante os últimos dois anos.

À **Ângela Gama** e **Raimundo Gama**, pela calorosa acolhida em Florianópolis. Obrigada pelos conselhos e pelos almoços de domingo! Vocês têm sido minha segunda família!

À **Mariana Couto Gama**, pelo auxílio na elaboração dos resumos em inglês.

Às **mães** que participaram da construção desta pesquisa , sempre solícitas e amáveis, dispostas a dividir comigo um pouco da sua vida, de seus problemas, de seus sentimentos. Com vocês, aprendi a enxergar a vida e a Odontologia de maneira diferente.

**“Não existe caminho...
o caminho se faz ao andar...”**

A. Machado.

ROBLES, Ana Carolina Couto. **Atitude e percepção sobre saúde bucal de mães de crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria da UFSC**. 2005. 76p. Dissertação (Mestrado em Odontologia – Área de Concentração Odontopediatria) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMO

Esta pesquisa foi dividida em dois artigos. O método utilizado foi o qualitativo, tipo estudo de caso. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada e a população estudada constituiu-se por sete mães de crianças que estavam sendo atendidas em clínicas de odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O Artigo I buscou conhecer práticas e significados de saúde bucal das mães entrevistadas. Observou-se que experiências negativas vivenciadas em tratamentos odontológicos anteriores, dificuldades financeiras e gravidez influenciaram-nas na busca e adesão a tratamentos. A procura pelo dentista ocorreu, principalmente, para realização de procedimentos curativos. As mães cuidam dos dentes de seus filhos por considerarem tais cuidados responsabilidade materna, para prevenir cárie e suas conseqüências, evitar gastos com tratamentos onerosos e que as crianças passem por experiências desagradáveis com dentistas. As fontes de informação citadas sobre os cuidados com a boca foram dentistas, médicos, enfermeiras, escolas, veículos de comunicação em massa e acadêmicos de odontologia da UFSC. Apesar de desejarem cuidar da saúde de seus filhos de maneira adequada, nem sempre elas têm condições econômicas e sociais favoráveis para colocar os ensinamentos em prática. O Artigo II objetivou conhecer a percepção de mães em relação ao atendimento odontológico prestado em clínicas de odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), bem como sua concepção sobre como seria o dentista “ideal”. Observou-se que, para as mães entrevistadas, o dentista ideal deveria reunir habilidades afetivas, psicomotoras e cognitivas,

tais como, gostar do que faz, ser atencioso e amigável, fornecer informações claras sobre saúde bucal, resolver os problemas bucais do paciente e manter-se atualizado. Os aspectos interpessoais foram fundamentais para a satisfação com o atendimento na universidade, além da capacidade técnica dos alunos e a facilidade para conseguir uma vaga no serviço de odontopediatria. Sugere-se maior entendimento, por parte dos profissionais, dos aspectos que envolvem a relação dentista-paciente, de maneira a associar fatores afetivos aos cognitivos e psicomotores no dia-a-dia da prática odontológica.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Conduta de saúde. Relações dentista-paciente.

ROBLES, Ana Carolina Couto. **Mother's attitude and perception about the oral health of their children attended at the UFSC's dental pediatric clinic.** 2005. 76p. Dissertação (Mestrado em Odontologia – Área de Concentração Odontopediatria) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ABSTRACT

This research was divided into two separate articles. The qualitative method was used in both ones. The data have been collected by means of open-ended questions and the studied population consisted of seven mothers whose children were attended at the dental pediatric clinics at the Federal University of Santa Catarina (UFSC). Article I aimed to know oral health practices and meanings of the interviewed mothers. It was observed that negative odontologic experiences occurred in the past, economic difficulties and pregnancy have influenced those mothers to look for and adhere to dental care. The dental visits occurred, mostly, for curative assistance. The mothers take care of their children's teeth because they considered this a maternal responsibility, to prevent dental caries and their consequences, to avoid wasting money with expensive treatment and children's bad experiences with dentists. Mothers received information on the subject from dentists, doctors, nurses, schools, mass communication media and UFSC's odontology students. Despite of their desiring to take care adequately of their children's health, those mothers don't always have favorable socio-economic conditions to put the obtained instructions into practice. Article II aimed to know mothers' perception in relation to the given dental attendance at pediatric dentistry clinics' of the Federal University of Santa Catarina and their conception about the "ideal" dentist. It was observed that, for the mothers, the ideal dentist should come together with affective, psychomotor and cognitive abilities, like enjoy what they do, be attentive, friendly, inform clearly about oral health, resolve the patient's oral problems and

be actualized. The interpersonal aspects were fundamental for the satisfaction with the attendance at the university, besides the technical ability of the students, and the promptness to obtain a service. Better understanding of aspects that involve dentist-patient relations is suggested, associating affective factors to cognitive and psychomotor in the everyday practical dental assistance.

Key-words: Oral health. Health behavior. Dentist-patient relations

SUMÁRIO

	RESUMO	7
	ABSTRACT	9
1	APRESENTAÇÃO	13
2	ARTIGO 1	16
2.1	Resumo	17
2.2	Abstract	18
2.3	Introdução	19
2.4	Metodologia	20
2.5	Resultados	22
2.5.1	Perfil das mães entrevistadas	22
2.5.2	Conhecendo a história de saúde bucal das mães	22
2.5.2.1	Cuidados com a saúde bucal na infância e adolescência	22
2.5.2.2	Experiências relacionadas ao tratamento odontológico na infância	24
2.5.2.3	Experiências odontológicas na gestação	24
2.5.2.4	Experiências odontológicas recentes	25
2.5.3	Conhecendo a história de saúde bucal dos filhos	26
2.5.3.1	Cuidados com a saúde bucal dos filhos	26
2.5.4	Os significados atribuídos à saúde bucal	29
2.6	Discussão	31
2.6.1	Dos cuidados de ontem... aos cuidados de hoje	31
2.7	Considerações Finais	38
2.8	Referências	40
3	ARTIGO 2	44
3.1	Resumo	45
3.2	Abstract	46
3.3	Introdução	47
3.4	Metodologia	49
3.5	Resultados	51

3.6	Discussão	56
3.7	Considerações Finais	61
3.8	Referências	62
4	APÊNDICES	66
4.1	Apêndice A	66
4.2	Apêndice B	68
5	ANEXOS	70
5.1	Anexo A	70
5.2	Anexo B	72
5.3	Anexo C	73
6	REFERÊNCIAS	75
7	RELAÇÃO DE TRABALHOS PUBLICADOS OU ENVIADOS PARA PUBLICAÇÃO DURANTE O CURSO DE MESTRADO	76

1 APRESENTAÇÃO

O modelo biomédico, ainda brutalmente hegemônico, tem levado a uma visão reducionista da doença, vista como um processo exclusivamente biológico. As crenças quanto aos padrões de comportamento dos indivíduos fazem parte do sistema de atenção à saúde e são, em parte, derivadas de regras culturais. Estes aspectos relacionam-se com a integralidade e humanização da saúde e devem ser levados em consideração, pois caso contrário, a abordagem do profissional será apenas parcial e, menores serão as chances de se alcançar o sucesso em um tratamento ^{1,2}.

A prática da odontologia integral implica na construção de uma odontologia educativa, considerando os indivíduos não mais como seres que necessitam ser preenchidos pelo conhecimento científico, e sim, como sujeitos biopsicossociais, dotados de sabedorias, valores e condutas determinados culturalmente. Desta forma, entender a lógica da percepção que os indivíduos têm acerca de seus problemas de saúde, confrontando estes saberes populares com o científico podem contribuir no processo de promoção de saúde ³.

“Percepção pode ser entendida como uma forma simbólica através da qual os indivíduos representam a realidade objetiva em que vivem. Esta realidade simbólica, ou mundo subjetivo, não se cria no vazio e sim como reflexo dessas realidades objetivas nas quais os indivíduos e os grupos humanos se inserem, permeados por um processo cultural e historicamente determinados” ³.

Percepção em saúde é baseada em perspectivas individuais, subjetivas, que podem refletir a condição atual de saúde, experiências com os serviços relacionados, conhecimentos sobre o processo saúde e doença ou interpretações de sintomas ^{4,5}.

De acordo com o conceito de promoção da saúde, é indispensável maior participação dos sujeitos nas questões políticas da sociedade, redistribuindo responsabilidades entre poder público

e população, possibilitando a construção da “saúde que o povo quer”⁶. Assim, conhecer a visão das pessoas acerca do processo saúde e doença bucal, bem como sua percepção sobre o atendimento recebido, são maneiras de adequar as ações de saúde, oferecendo um serviço de qualidade não só na concepção dos profissionais, mas também da população que usufrui destes serviços.

Na área da saúde, tradicionalmente, o diagnóstico das condições de saúde e doença da população tem sido abordado por métodos quantitativos de pesquisa, produzidos por instrumentos padronizados, visando à objetividade e generalização dos resultados. É inegável a contribuição do positivismo na produção de conhecimento em saúde, entretanto, a realidade vai além daquilo que pode ser reduzido à operacionalização de variáveis^{7,8}. Estudos quantitativos e qualitativos são complementares e a escolha deve ser baseada nos objetivos do estudo⁹.

Segundo Patrício⁹, o contexto sócio-econômico brasileiro necessita modelos de pesquisa baseados nas Ciências Sociais, a fim de desnudar situações, identificar problemas e apontar alternativas para resolução de problemas atuais. É particularmente importante em estudos que envolvem seres humanos e suas relações com a sociedade, buscando conhecer significados, valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e aspirações, enfim, fenômenos impossíveis de serem quantificados.

Partindo destes princípios e levando-se em consideração a influência da subjetividade no processo saúde/doença, a idéia para a realização deste trabalho surgiu do interesse da pesquisadora em aprofundar conhecimentos relacionados à influência do contexto biopsicossocial na saúde bucal. Optou-se pela utilização do método qualitativo, pois através dele seria possível extrair a percepção dos sujeitos acerca do fenômeno de interesse, sem partir de questões pré-concebidas pelo pesquisador, já que cada sujeito é um ser único, dotado de opiniões, valores, sentimentos, de acordo com o meio social em que está inserido. Assim, determinadas questões de

grande relevância, talvez só pudessem ser evidenciadas através de questões abertas. Partiu-se então de certos questionamentos básicos, evitando pré-conceitos, e junto com o entrevistado o conteúdo da pesquisa foi sendo construído.

A pergunta da pesquisa foi: “Qual a percepção de mães de crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em relação ao processo saúde / doença bucal?” Para que o objetivo fosse alcançado, partiu-se de 8 questões norteadoras (APÊNDICE A), permitindo aos sujeitos falarem livremente, sem interrupções ou induções por parte do pesquisador. Após cada entrevista, passou-se à transcrição e análise dos dados.

Em função da riqueza dos dados coletados por meio da entrevista semi-estruturada, foram então elaborados dois artigos, já que outras questões emergiram, além daquelas que estavam restritas ao roteiro de entrevista. Cada artigo desta dissertação foi formatado de acordo as normas das revistas às quais foram submetidos (Artigo 1/Cadernos de Saúde Pública; Artigo 2/Revista Ciência & Saúde Coletiva).

Os dados relativos às práticas e significados de saúde bucal das mães entrevistadas foram abordados no 1º artigo desta dissertação e a percepção das mães sobre o atendimento nas clínicas de odontopediatria da UFSC foi focado no 2º artigo. Espera-se que o conhecimento produzido forneça subsídios para melhorar a compreensão dos profissionais da saúde, em especial de odontopediatras, sobre a realidade de seus pacientes, propiciando uma abordagem mais próxima de suas necessidades.

2 ARTIGO 1

**“Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças
atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina”**

**“Practices and meanings of oral health: a qualitative study with mothers of children who
were attended at the Federal University of Santa Catarina”**

Título corrido: “Práticas e significados de saúde bucal”

Autores:

Ana Carolina Couto Robles

Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Estomatologia. Universidade Federal de Santa
Catarina

Servidão Feliciano Martins Vieira 114 Apto. 109. Itacorubi. Cep: 88034130. Florianópolis – SC.

E-mail: aninharobles@hotmail.com

Profa. Dra. Suely Grosseman

Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Pediatria. Universidade Federal de Santa
Catarina

Profa. Dra. Vera Lúcia Bosco

Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Estomatologia. Universidade Federal de Santa
Catarina

2.1 RESUMO:

Este estudo objetivou conhecer práticas e significados de saúde bucal de mães de crianças atendidas em clínicas de odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O método qualitativo, tipo estudo de caso, foi utilizado e os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada. A população estudada constituiu-se por sete mães que levavam seus filhos para atendimento odontológico na universidade. Observou-se que experiências negativas vivenciadas em tratamentos odontológicos anteriores, dificuldades financeiras e gravidez influenciaram-nas na busca e adesão a tratamentos. A procura pelo dentista ocorreu, principalmente, para realização de procedimentos curativos. As mães cuidam dos dentes de seus filhos por considerarem tais cuidados responsabilidade materna, para prevenir cárie e suas conseqüências, evitar gastos com tratamentos onerosos e que as crianças passem por experiências desagradáveis com dentistas. As fontes de informação citadas sobre os cuidados com a boca foram dentistas, médicos, enfermeiras, escolas, veículos de comunicação em massa e acadêmicos de odontologia da UFSC. Apesar de desejarem cuidar da saúde de seus filhos de maneira adequada, nem sempre elas têm condições econômicas e sociais favoráveis para colocar os ensinamentos em prática.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde bucal; Percepção; Conduta de saúde; Mães; Pesquisa qualitativa

2.2 ABSTRACT:

This research aimed to know oral health practices and meanings of mothers whose children were attended in the dental pediatric clinics of the Federal University of Santa Catarina (UFSC). The qualitative method, case study, was used and data were collected by semi-structured interview. The studied population consisted by seven mothers that were taken their children to odontologic attendance at the university. It was observed that negative odontologic experiences occurred in the past, economic difficulties and pregnancy have influenced those mothers to look for and adhere to dental care. The dental visits occurred, mostly, for curative assistance. The mothers take care of their children's teeth because they considered this a maternal responsibility, to prevent dental caries and their consequences, to avoid wasting money with expensive treatment and children's bad experiences with dentists. Mothers received information on the subject from dentists, doctors, nurses, schools, mass communication media and UFSC's odontology students. Despite of their desiring to take care adequately of their children's health, those mothers don't always have favorable socio-economic conditions to put the obtained instructions into practice.

KEY-WORDS: Oral Health; Perception; Health behavior, Mothers; Qualitative study

2.3 INTRODUÇÃO

Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociais vividos culturalmente. Para promover saúde de maneira efetiva, deve-se levar em conta não só aspectos objetivos deste processo, mas também os subjetivos, relativos às opiniões das pessoas que o vivenciam^{1,2}.

Pesquisas sobre percepção em saúde são importantes pois possibilitam entender os comportamentos e a influência que o processo saúde e doença exerce na qualidade de vida das pessoas^{3,4,5,6,7}.

Em relação à saúde bucal, a compreensão dos profissionais da saúde, em especial de odontopediatras, sobre a realidade de seus pacientes, propiciam uma abordagem mais próxima de suas necessidades. Esta compreensão pode ser favorecida por estudos qualitativos, entretanto, segundo Östberg et al.⁸, estudos deste tipo têm sido pouco frequentes.

O conteúdo deste trabalho teve como fonte de dados a dissertação de mestrado “Atitude e percepção sobre saúde bucal de mães de crianças atendidas em clínicas de Odontopediatria da UFSC”⁹. Através da metodologia utilizada, emergiram dois grandes temas: “Práticas e significados de saúde bucal” e “Satisfação com o atendimento odontológico”. O primeiro deles será abordado neste artigo, cujo objetivo foi conhecer práticas e significados de saúde bucal de mães de crianças atendidas em clínicas de odontopediatria da UFSC.

2.4 METODOLOGIA

O método qualitativo, tipo estudo de caso^{10,11}, foi utilizado. Neste método, “o significado que as pessoas dão às coisas e à vida são focos de atenção especial pelo pesquisador”¹².

A amostra foi escolhida intencionalmente e constituiu-se de sete mães que traziam seus filhos para consultas em clínicas de odontopediatria da UFSC. Este número justifica-se pois a partir da quinta entrevista observou-se saturação dos dados .

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas que foram gravadas, transcritas e analisadas.

Foram coletados dados de identificação das mães e de seus filhos. As questões norteadoras foram (APENDICE A): 1) “Como foram as suas experiências com dentistas ao longo da sua vida?”; 2) “Hoje em dia, como você cuida dos seus dentes?”; 3) “Como você cuida dos dentes dos seus filhos?”; 4) “Por que você acha que os dentes estragam?”; 5) “O que você aprendeu sobre os cuidados com a boca desde que as crianças iniciaram o tratamento na universidade?”.

Após explicação dos objetivos do estudo e seu método e da possibilidade de desistência em qualquer etapa da pesquisa, as mães eram convidadas a participar da pesquisa. Após anuência, era solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). Para manter o anonimato, elas foram denominadas de M1, M2, M3, M4, M5, M6 e M7.

A análise dos dados foi realizada pelo processo de Análise-Reflexão-Síntese, preconizado por Patrício¹³. Neste processo, a análise decompõe os dados e a síntese os integra às diversas dimensões e contextos da vida dos sujeitos. A análise e a síntese são realizadas de maneira sinérgica, através da reflexão, que é uma reconsideração dos dados, associando sensibilidade e razão.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, em Dezembro de 2004 (ANEXO C).

2.5 RESULTADOS

2.5.1 PERFIL DAS MÃES ENTREVISTADAS (APÊNDICE B)

A TABELA I apresenta as características das mães entrevistadas e a TABELA II as de seus filhos.

2.5.2 CONHECENDO A HISTÓRIA DE SAÚDE BUCAL DAS MÃES

2.5.2.1 Cuidados com a saúde bucal na infância e adolescência

Algumas mães comentaram a **idade** em que iniciaram os cuidados com seus dentes. M4 iniciou a escovação aos 4 anos, M6 aos 7 e M3 aos 10 anos. Cuidar dos dentes era representado pela escovação; o fio dental não era utilizado. A **procura pelo dentista** estava associada à casos agudos e o procedimento realizado, geralmente, se reduzia à exodontia do dente acometido, como ilustrado no depoimento de M6:

A mãe nunca disse: -“Hoje eu vou ensinar vocês a escovar os dentes”. (...) nós tínhamos uma escova pra quatro irmãos. (...) Fio dental, a gente nem sabia que existia. (...) Eu comecei a escovar os dentes quando eu fui pra aula, com 7 anos. Eles faziam escovação, flúor, mas meus dentes já estavam detonados. (...). A mãe só levava no dentista quando o dente tava podre. (...) Só levava pra extrair.

A dificuldade de cuidar dos dentes foi associada às **condições financeiras** vivenciadas pelas famílias: “A família é muito humilde, não conhecia escova de dente. Só enxaguava com água. (...)

Com o tempo, meu pai comprou uma escovinha pra cada um (...). Mas eu já tinha uns 10 anos. Antes, eu nem lembro de ter escovado dente”. (M3)

M1 citou estratégias utilizadas por seu pai para a higienização dentária incluindo a questão alimentar como forma de cuidar dos dentes: “Escovava o dente da gente com cinza porque deixava mais branquinho. (...). Era aquele sistema rígido: -‘não vou comprar pasta de dente que é caro’. Então era com sabonete. (...) O que ajudava é que a gente não comia muito doce. A gente comia muita carne.”

Segundo M5, sua mãe realizava a **escovação** e permitia que ela “treinasse” a higienização bucal, “brincando com a escova”. A mãe de M7 também escovava seus dentes, entretanto, nunca a levou ao dentista.

A maioria das participantes **não recebeu** informações sobre saúde bucal no **âmbito familiar**. M1, M2 e M3 justificaram dizendo que seus pais não tiveram acesso a este tipo de informação, por morarem na roça: “...em casa, a mãe não fica: -‘Vai escovar o dente!’ (...) ela também não foi instruída. Minha mãe, aos 25 anos, não tinha mais nenhum dente e meu pai também tinha dentadura”. (M2)

M4 comentou que aprendeu “sozinha” a cuidar dos dentes, pois a jornada de trabalho da mãe não permitia envolvimento com tais cuidados. M6 relatou que sua mãe nunca se interessou pela saúde bucal dos filhos: “A mãe nunca se interessou! E ela era professora! Ela ensinava as crianças na aula, mas em casa, com a gente... como é que pode?”.

Entre as mães que receberam orientações sobre saúde bucal na infância, M5 citou sua mãe como **fonte de informações**. Os ensinamentos são repassados às suas filhas atualmente. M1 e M3 citaram o dentista como fonte de informação. A escola foi citada por duas mães como coadjuvante no aprendizado sobre saúde bucal na infância: “...é mais na escola, eles faziam flúor (...). E ofereciam tratamento, palestra.... Foi quando eu aprendi a escovar a língua. (M1)

2.5.2.2 Experiências relacionadas ao tratamento odontológico na infância

Todas as entrevistadas lembravam-se de suas **primeiras experiências**, sendo bastante mencionados o medo do dentista, a mágoa, a dor e o trauma.

Meu pai levou nesse dentista da cidade. Ele catou o boticão e tchá! Dentista era sinônimo de dor, chegava lá e só arrancava o dente. (M1)

...quando ela veio pra tirar, a anestesia já tinha passado e ela puxou do mesmo jeito. Eu gritando e ela puxando...(...) Eu ficava com medo! (M2)

...eu tenho mágoa até hoje. (...) com 7 anos (...) ele (dentista) me arrancou um dente permanente. (...). O dente tava cariado, um molar, e naquela época acho que eles eram mais pela opção “arranca” do que tentar restaurar o dente, salvar... (M4)

Minha experiência com dentista foi péssima. (...) Extraiu meu dente, deu hemorragia. (...). Eu fiquei com trauma. Até hoje, se eu sentar numa cadeira de dentista eu tremo! (M6)

M7 não teve acesso ao dentista durante a infância, por residir em povoado sem assistência à saúde: “...precisava pegar ônibus, era difícil. A mãe (...) só me levava certinho pra fazer as vacinas. Dente eu só escovava e deu.”

2.5.2.3 Experiências odontológicas na gestação

Durante a gestação, algumas mães **procuraram atendimento por terem problemas**, como a necessidade de substituição de restaurações, sangramento gengival e sensibilidade.

...na gravidez, quebrou um dente. (...). Ele (dentista) só falou que não podia fazer uma coisa “mais assim”, devido à gravidez, não poderia tomar anestesia. O procedimento que ele ia fazer poderia interferir no bebê. (M1)

...eu tive problema de sangramento na gengiva. (...) e teve dente que eu tive que arrumar. Ela viu que era coisa pequena. Eu tava grávida, tinha o problema de levar anestesia, eu não queria. (M4)

M6 relatou que **apresentou cárie** dentária durante a gravidez, entretanto, **não procurou atendimento**. M2 e M3 **não procuraram atendimento por “não ter precisado”**. M5 comentou que foi encaminhada ao dentista na segunda gestação.

2.5.2.4 Experiências odontológicas recentes

As mães continuam procurando atendimento odontológico somente quando necessário. Nas palavras de M1: “As pessoas só vão no dentista quando está muito grave a coisa. Talvez a dor insuportável”. M7 teve sua primeira experiência odontológica há dois anos (aos 27 anos de idade), quando foi submetida à exodontia de quatro dentes em posto de saúde.

Em relação às **experiências relacionadas ao atendimento**, M2, M3 e M5 sentiram limitações nos serviços públicos, tais como dificuldade de acesso, qualidade insatisfatória e falta de serviços especializados:

Demora muito! Quando começa, é só obturação que eles fazem (...). Se tem que fazer tratamento de canal, ou você vai pra fila ou você paga um. Às vezes, tu nem vai porque é tanta gente! Ou fica tanto tempo que passa a dor, você acaba deixando e quando dói, vai no posto e eles tiram, porque está estragado. (M2)

...é que a gente não tem plano de saúde, é o “sistema único”, é bem difícil. Estamos na espera para fazer. (...). A última vez que eu fiz tratamento foi na policlínica “X”. O dentista era muito bom. Mas, dependendo do posto... Uma vez, eu fui num dentista particular. Só que aí era bem

diferente. (...). Eles trabalham porque gostam da profissão. Eles fazem a coisa bem feita. Os outros (do posto), estão ali porque são incumbidos disso, mas não porque eles gostam. (M3)

2.5.3 CONHECENDO A HISTÓRIA DE SAÚDE BUCAL DOS FILHOS

2.5.3.1 Cuidados com a saúde bucal dos filhos

As entrevistadas referiram que, quando seus filhos eram bebês, os **instrumentos** que utilizaram para a higienização da boca foram fralda ou gaze umedecida, dedeira e escova associada à pasta infantil. A **época** em que se deu o início da limpeza variou, sendo que algumas iniciaram a limpeza antes da erupção dos dentes decíduos e outras após.

...primeiro eu passei gaze. Com o tempo, a gente usava a dedeira. (...). Quando apareceu mais dentinho, aí começou com escovinha. (...). A mais nova fica brincando com a escova, toma banho, escova os dentinhos, tudo brincando. (...) já cria aquele hábito. Já sabe que sabonete, shampoo, escova, está tudo junto. Depois que ela termina eu dou uma olhada, uma massageada. (M5)

Em relação aos cuidados com a cavidade bucal, as **fontes de informação** citadas logo que as mães tiveram seus filhos foram **enfermeiras** e médicos **pediatras**.

... Depois que ele nasceu, eu tive informações de como limpar a gengiva com água oxigenada diluída em água. Pegava uma fraldinha e passava na gengivinha depois das mamadas. Procurar não colocar açúcar na mamadeira... (M1)

O pediatra auxiliou quando ele viu que a gengiva tava ficando grossa. (M4)

Recebi na maternidade, explicou que depois da mamada tem que passar um algodãozinho na boca.(M5)

M6 comentou ter aprendido com **outra mãe**. Ela raramente higienizava os dentes de seu bebê e comentou que ofereceu muito Nescau[®], sentindo-se culpada pela precária condição bucal de seu filho:

Às vezes, eu passava uma fraldinha na boquinha dele. (...) Depois que nasceram os dentinhos, sabe como é que eu fazia? Dava uma escovinha pra ele brincar. Foram poucas as vezes que eu escovei. Eu dei muito Nescau[®]. Quando ele tinha 2 anos e meio já tinha cárie. Com 3 anos, tive que extrair dois dentinhos. Um dia, ele tava todo inchado, deu pena, eu chorei no consultório. A culpa veio: “-Por que eu não cuidei, por que eu não pedi ajuda?” (M6)

À medida que as crianças foram crescendo, os cuidados direcionados à sua saúde bucal continuaram associados à **escovação** e utilização de **pasta dental infantil**. O **fio dental** não era utilizado: “...eu não usava fio dental. Só escovava os dente deles, do jeito que eu escovava os meus”. (M2)

O **controle da alimentação cariogênica** também foi lembrado: “Na mamadeira, nunca foi colocado açúcar. (...) Sempre teve essa consciência de cuidar.” (M4)

Algumas mães comentaram não fazer a **escovação noturna** porque, ao retornar do trabalho, encontravam as crianças dormindo: “À noite, tinha vez que eu chegava e eles já estavam dormindo. Ninguém tinha escovado, aí ficava. Eu não ia tirar criança da cama pra escovar dente”. (M2)

Os **veículos de comunicação em massa** (revistas e televisão) foram citados por quatro mães como **fonte de informação atual**: “... hoje em dia, as propagandas na televisão... (...) motivando a cuidar dos dentes... Acho que antigamente não tinha nada disso. Hoje a gente vê na televisão as propagandas com os cremes dentais.” (M4)

M2 não considera a televisão uma boa fonte de informações, sugerindo **quadros explicativos nas salas de espera** dos consultórios: “Tu acha que alguém vai ver a propaganda? Informação de

higiene bucal, higiene do corpo, ou até mesmo de camisinha, de droga... É muito difícil! Você consegue mais informação quando vai no consultório e vê uns quadrinhos na sala de espera”.

M2 e M5 lembraram que, antigamente, eram realizados teatros nas **escolas** abordando temas de saúde bucal e sugeriram a retomada destas atividades educativas no ambiente escolar: “...hoje em dia não existe reforço nas escolas, eu sinto falta disso, de ter um pessoal da odontologia que faça um trabalho. (...) Porque na minha época eles faziam teatro. A gente adorava, ficavam aqueles dentões, vinha a escovinha... Isso estimula a criança. (M5)

Três mães lembraram do dentista como fonte de informações. M2 e M7 citaram os **alunos** de odontologia da UFSC como os responsáveis pelos seus conhecimentos sobre saúde bucal: “Eu fui aprender foi lá, porque em outro lugar não ensina” (M2).

As mães comentaram as orientações fornecidas pelos alunos sobre a relação entre **alimentação cariogênica e cárie dentária**.

Eu adoçava a mamadeira e colocava mel. (...). É uma coisa que eu já tirei. (M5)

Cada vez que come doce tem que escovar bem os dentes. Às vezes, a gente relaxava e nem escovava.. (M7)

Após o ingresso das crianças no serviço de odontologia da UFSC, parece ter ocorrido uma mudança de hábitos, principalmente em relação à escovação supervisionada e uso do fio dental: “Nem comeu, já vai escovar os dentes, passo fio dental, ele me ajuda. Hoje eu reviso”.

M4 associou o momento da higiene dentária com **sofrimento**: “A última escovação da noite... (...) tadinha, a gente fica judiando dela... porque escovo, escovo...”. (M4)

M5 comentou que realiza a higiene bucal da sua filha caçula, de 3 anos de idade e nela utiliza creme dental sem flúor: “Eu uso porque se não cuspir não faz mal”. (M5)

A preocupação de M5 com a alimentação está também associada ao sobrepeso: “A mais velha não come verdura, fruta, adora chiclete, bala, chocolate. Então, não compro porque ela tá acima do peso e, além disso, a boca também, porque o açúcar...”.

M2 referiu ter aprendido a necessidade de troca periódica da escova dentária e M3 a quantidade de dentifrício a ser utilizada. M4 e M7 comentaram os **hábitos de sucção não nutritiva**.

A **importância da dentição decídua** e sua relação **com a saúde geral** emergiram em uma das falas. M5 demonstrou preocupação em relação à condição bucal de outras crianças e mencionou repassar orientações neste sentido para outras mães.

2.5.4 OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À SAÚDE BUCAL

Observou-se **preocupação** das participantes **em cuidar** de seus filhos e sua **responsabilidade materna** em relação à promoção da saúde bucal.

É uma responsabilidade que você tem como mãe. (M1)

Eu me preocupo, não quero que eles passem o medo que eu passei. (...) Eu não culpo a minha mãe dela não ter ensinado, porque ela não aprendeu. Tanto é que ela usa dentadura debaixo e em cima, desde moça. (M2)

Entre os motivos alegados para cuidar da cavidade bucal, foram citados aqueles vinculados às **conseqüências da doença**, tais como o prejuízo na mastigação e na estética, gastos financeiros com tratamentos onerosos, relação saúde bucal e saúde geral. M2 relatou ainda não querer ser culpada futuramente pelos filhos pela situação de seus dentes:

Eu vejo como é difícil pra mastigar, prejudica! (...) Depois de grande, está lá com os dentes feios, tem que gastar... Porque caro do jeito que estão as coisas, e por descuido meu, porque não vai ser por descuido deles. Aí eles ficam maiores: -“A mãe que não cuidou!”. Por isso que eu quero cuidar. (M2)

Pra você ter um sorriso adequado, até no conversar, faz parte do corpo, então você tem que cuidar bem. Por causa de ter boa saúde. Porque senão, você não vai conseguir nem conversar direito! (M3)

De maneira geral, a **falta de cuidados** foi o motivo alegado pelas mães para os dentes de seus filhos terem cariado. Cada uma delas, entretanto, tem uma interpretação diferente do processo saúde e doença.

Para algumas, a cárie está relacionada à **alimentação, higienização insatisfatória** da cavidade bucal e **presença de bactérias**. Para M3: “Com o tempo, os alimentos vão ali, as bactérias, e acabam apodrecendo o dente.”

M1, apesar de conhecer os fatores ligados à etiologia desta doença, relatou que: “... nem sempre você consegue ter controle de escovar o dente sempre depois que ele come alguma coisa. Às vezes, você não está por perto (...), nem fica sabendo que comeu.” A escovação noturna também foi lembrada: “Você faz janta, dá comidinha, vai fazer alguma coisa e quando vê, tá dormindo. Já deixa pra outro dia a escovação”. (M1)

Outros fatores mencionados como causadores de cárie foram estomatite, falta de controle periódico com o cirurgião-dentista, sucção de chupeta e anestesia local.

Eu fiquei com os dentes muito fracos devido à estomatite. (M4)

Falta de higiene e falta de orientação da comida. (...). E visitar o dentista de 6 em 6 meses (...) porque se tem alguma coisa errada já conserta tudo. (M5)

Meu marido diz que anestesia apodrece os dentes. (M7)

2.6 DISCUSSÃO

2.6.1 DOS CUIDADOS DE ONTEM, AOS CUIDADOS DE HOJE

Enquanto algumas entrevistadas mencionaram a mãe como principal cuidadora, outras receberam poucos cuidados com a cavidade bucal, sendo a falta de conhecimento de seus pais uma das justificativas para tal. A jornada de trabalho deles e as dificuldades financeiras foram também apontadas como fatores que dificultaram os cuidados. Atualmente, elas preocupam-se em cuidar bem dos filhos, buscando não repetir nas crianças os “erros” cometidos por seus pais.

Estudo realizado na área rural de Itaúna/MG procurou conhecer as representações sociais sobre o processo saúde/doença entre 29 mães de escolares. Muitas delas não tiveram acesso a qualquer informação sobre saúde bucal na infância. Entretanto, atualmente, estavam bem informadas pois algumas tiveram acesso aos serviços odontológicos em universidade próxima e outras a um serviço itinerante de saúde bucal realizado em escolas. Segundo os autores, as condições de vida no meio rural nem sempre são favoráveis para a promoção da saúde, impedindo, muitas vezes, que as mães cuidem de seus filhos “da maneira adequada”, sendo equivocado exigir das pessoas hábitos que não foram transmitidos pelas gerações passadas¹⁴.

Quanto à busca por atendimento odontológico na infância, as mães só eram levadas ao dentista em caso de dor e o procedimento realizado geralmente se reduzia às exodontias e, assim, as pessoas perdiam seus dentes desnecessariamente, devido à menor ênfase na reabilitação bucal.

Segundo Mendonça¹⁵, o edentulismo no Brasil é uma prática instituída pelas instâncias de saúde bucal como cuidado sanitário. Investigação em área rural da Bahia encontrou associação entre exodontias e fracasso de tratamentos anteriores, sendo que o encorajamento ao

desdentamento esteve também relacionado a dentistas práticos que firmavam contratos vantajosos, estabelecendo prazos para a conclusão das extrações e entrega da “chapa” em tempo mínimo, num valor tal que a extração unitária seria onerosa.

Em relação à preferência por serviços odontológicos particulares, observou-se neste estudo que também nestes serviços, algumas vezes, os pacientes não recebiam opções de tratamento diferentes da exodontia.

Matos e colaboradores¹⁶ encontraram diferenças em relação à saúde bucal e ao tipo de tratamento recebido entre os usuários dos diferentes serviços de odontologia. Os usuários dos serviços privados tinham mais chance de receber tratamento restaurador ou preventivo, enquanto os que utilizavam os públicos tinham mais chance de receber tratamento cirúrgico (exodontia).

Muitas entrevistadas relataram experiências desagradáveis com dentistas no passado, o que acabou gerando medo, dor, trauma e mágoa.

Trabalho de Syrjälä et al.¹⁷, realizado através de entrevistas com 5 adultos, demonstrou que experiências traumáticas na infância e presença ou ausência de um modelo familiar que incentivasse os cuidados com os dentes, influenciaram a percepção e o comportamento das pessoas em relação à sua saúde bucal.

Em nossa investigação, algumas mães iniciaram a escovação tardiamente e o fio dental não era utilizado. Algumas lembraram a escola como marco inicial dos cuidados bucais e mencionaram que lá eram realizados bochechos com soluções fluoretadas.

No estudo de Carneiro¹⁸, que buscou conhecer a percepção sobre saúde bucal de um grupo de pessoas residentes na área rural de Brazlândia (Distrito Federal), também foi observado que alguns entrevistados receberam as primeiras orientações sobre cuidados com a boca na escola. Entretanto, segundo a autora, mesmo que os programas educativo-preventivos desenvolvidos em escolas públicas tenham sido importantes, as contribuições, talvez, não tenham sido suficientes para

desenvolver o autocuidado para além do espaço escolar. Abreu, Pordeus e Modena¹⁴ sugerem a escola como um ambiente profícuo para a discussão de temas ligados à alimentação e saúde, por ser considerado um local de credibilidade, segundo a população rural entrevistada.

Uma participante deste estudo relatou que, na infância, escovava seus dentes com sabonete e, às vezes, com cinza, para fazer os dentes brilharem. Num contexto de dificuldades financeiras, escassez de serviços odontológicos e de informações preventivas, as pessoas acabam cuidando de sua saúde, guiadas por saberes populares.

No estudo de Carneiro¹⁸, também foi citada a utilização de outros recursos para a limpeza dentária, como escovar os dentes com folha de laranja, folha de juá, fumo ou cinza.

Neste trabalho, a gravidez pareceu influenciar a busca ao tratamento odontológico. Uma mãe citou ter receio de ser anestesiada e outra relatou ter recebido do próprio dentista informações contra-indicando determinados procedimentos. Observou-se que as mães que consultaram o dentista o fizeram por necessitarem procedimentos curativos. Quase todas tiveram acesso ao pré-natal, mas somente uma foi encaminhada ao cirurgião-dentista.

No trabalho qualitativo de Albuquerque *et al.*¹⁹, a gravidez foi considerada pelas entrevistadas uma barreira ao atendimento odontológico, já que o próprio dentista desaconselhava o tratamento neste período. Para elas, existem riscos relativos à anestesia local e à hemorragia e perigos para o bebê.

Atualmente, ainda é forte a presença de crenças em relação ao atendimento odontológico na gestação, tanto entre a população em geral quanto entre os profissionais da saúde^{2, 20}. O atendimento odontológico deve fazer parte do pré-natal, integrando profissionais da área da saúde, possibilitando troca de conhecimentos, fornecimento de orientações e promoção da saúde bucal materna²⁰.

Em relação à higienização bucal do bebê, as mães que foram orientadas realizavam esta limpeza com fralda, dedeira, ou escova e dentífrico, conforme recomendação do pediatra, de enfermeiras ou de outras mães. Uma delas mencionou utilização de fralda molhada com água oxigenada.

A água oxigenada já foi prescrita para a higienização bucal do bebê, entretanto, caiu em desuso, por desestabilizar a microflora²¹. É recomendável a utilização de dedeiras, fralda ou gaze umedecida em água filtrada a partir da erupção do primeiro dente decíduo. Antes disso, a limpeza deve ser realizada somente se houver excesso de placas lácteas. Após a erupção dos molares decíduos, geralmente a partir de dezoito meses, a escova deve ser introduzida para limpeza das superfícies oclusais. O fio dental faz-se necessário a partir do momento que existirem pontos de contato entre os dentes^{22,23}.

As mães deste estudo foram informadas sobre a limpeza da cavidade bucal do bebê por enfermeiras, médicos pediatras ou outras mães. Em estudo realizado com 42 mães internadas em maternidade para terem seus bebês, a maioria das mães desconhecia a época para início, a maneira de se realizar a higiene bucal do bebê e o momento ideal de levar a criança para a primeira consulta odontopediátrica. Em relação às fontes de informação sobre saúde bucal do bebê, as mais citadas foram os pediatras e, principalmente, os veículos de comunicação em massa. O cirurgião-dentista foi citado por 2,38% das participantes²⁴.

Neste estudo, uma mãe comentou deixar seu bebê brincar com a escova durante o banho, para depois finalizar a escovação. Sua intenção era ele crescer associando os cuidados da boca com os cuidados do corpo. Esta prática era realizada por sua mãe e foi incorporada à sua rotina. De acordo com Tiba²⁵, a mãe deve permitir que a criança brinque com a escova, assumindo a complementação da limpeza. É favorável a criação de um momento de descontração durante a escovação, já que uma escovação apressada pode virar um “castigo” e acabar agredindo a criança.

Nos depoimentos das mães percebeu-se o valor que elas dão à escovação, após as refeições, e ao controle da alimentação cariogênica (especialmente os doces) como as principais formas de prevenir a doença cárie.

Algumas mães citaram como dentifício frequentemente utilizado, o de marca Tandy[®], por considerarem-no “mais fraco”. Isto provavelmente se deve à maneira como foi veiculado na mídia e ao seu sabor agradável, favorecendo que a escovação seja realizada com menos resistência por parte da criança. Este dentifício contém em sua formulação 1100 ppm de flúor, a mesma concentração encontrada em muitas pastas prescritas para adultos.

Dentifícios infantis contêm menos detergente em sua composição, assim, formam menos espuma, tornando a escovação mais segura²⁶. Entretanto, a possibilidade de desenvolvimento da fluorose é maior em pré-escolares, pois a deglutição da pasta é maior nesta faixa etária^{27,28}.

A literatura apresenta controvérsias em relação à época de introdução de dentifícios fluoretados na higiene bucal do bebê. Alguns autores²⁹ recomendam a sua utilização a partir da erupção do primeiro dente, enquanto outros³⁰ consideram cedo a idade de 6 meses, pois até os três anos de idade a chance de ingestão é grande. Holt e Murray³¹ salientam que a indicação de dentifícios com concentração menor que 1000 ppmF em crianças deve levar em consideração a relação risco / benefício, já que, por um lado o risco de desenvolvimento de fluorose diminui, entretanto, aumentam as chances de desenvolvimento da cárie. O importante é que os pais estejam orientados a colocar uma pequena quantidade de creme dental na escova, além de realizar a escovação nas crianças, cuidando para que não ocorra a ingestão da espuma³².

Nesta investigação, as mães utilizaram o fio dental ocasionalmente, apesar de reconhecerem os benefícios da sua utilização. Estes resultados foram também encontrados em outros estudos

Mesmo sendo relativamente bem informadas, a rotina do dia-a dia e a falta de tempo das participantes interferiram nos cuidados com a saúde bucal infantil. Em momentos de esgotamento físico ou de envolvimento com outras atividades, as crianças acabavam adormecendo sem escovar os dentes e as mães consideravam inoportuno acordá-las. Assim, não basta ter informações, é preciso ter condições adequadas para colocar os ensinamentos em prática.

Neste estudo, a culpa pela precária condição bucal do filho emergiu em um depoimento, sendo associada ao mau cuidado materno. De acordo com Abreu, Pordeus e Modena¹⁴, a cobrança da sociedade em relação aos cuidados com os filhos, e ao mesmo tempo, o não cumprimento dessa “regra” acaba causando sentimentos negativos nas mães, prejudicando sua qualidade de vida. Portanto, ao se aconselhar mães, deve-se levar em conta a realidade em que elas estão inseridas, para junto delas construir um plano que seja mais adequado para cada família, nas circunstâncias em que elas vivem.

A partir de alguns discursos, percebeu-se que o acesso ao serviço de odontopediatria da UFSC marcou o fim da peregrinação de muitas delas por outros serviços, em busca de tratamento odontológico para as crianças. A universidade foi considerada importante na aquisição de conhecimentos sobre a etiologia das doenças bucais. As mães sentiram-se mais motivadas e preparadas para cuidar dos filhos, modificando hábitos de higiene e de alimentação no âmbito familiar.

A dificuldade de acesso, a falta de vagas e de pessoal despreparado para o atendimento infantil nos postos de saúde e a impossibilidade de pagar pelo atendimento odontopediátrico particular foram mencionadas.

Em relação à percepção das mães sobre o processo saúde/doença bucal, de acordo com os dados deste estudo, cuidar dos dentes está relacionado à prevenção da cárie e suas conseqüências como dor, alterações estéticas e funcionais, além de gastos financeiros com tratamentos onerosos.

As mães citaram a cárie como uma doença causada por bactérias e alimentação rica em doces, sendo a escovação, a maneira de evitar que os dentes estraguem. Outros fatores que poderiam desencadear problemas dentários foram também citados, como a estomatite e a anestesia local.

A preocupação com aparência dos dentes e com problemas funcionais decorrentes de perdas dentárias influenciaram as mães a cuidar dos dentes.

Este tema também foi abordado em outros estudos^{2,4-6,14,17,18}. As alterações estéticas e funcionais decorrentes da cárie podem levar à estigmatização das pessoas e limitações interpessoais ao conversar e ao sorrir. Atualmente, o culto à beleza é supervalorizado e a aparência pessoal está diretamente relacionada à aceitação social¹⁴.

A relação saúde bucal e saúde geral foi comentada por algumas mães. Essa preocupação é importante e, ao mesmo tempo, interessante, já que o curso de odontologia no Brasil é separado do de medicina, sendo o tratamento da maioria dos problemas de saúde bucal de responsabilidade do dentista, ficando a saúde geral desvinculada da bucal. Assim, a “boca acaba não fazendo parte de corpo”, já que não é tratada por médicos. Além disso, a busca constante por especializações dentro da própria odontologia acabou levando à fragmentação da cavidade bucal.

2.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta pesquisa, pôde-se observar limitações vivenciadas pelas mães em relação à sua saúde bucal, influenciadas principalmente, por experiências negativas com dentistas, dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde bucal e falta de condições financeiras para freqüentarem consultórios odontológicos particulares. A odontologia praticada no passado, segundo as entrevistadas, valorizava a realização de exodontias em detrimento a tratamentos mais conservadores, causando nelas medo de dentista, trauma, dor e mágoa. Existe preocupação destas mães em cuidar da saúde bucal de seus filhos para evitar que elas tenham sentimentos de culpa, pois consideram tais cuidados responsabilidade materna. Além disso, desejam prevenir a cárie dentária e evitar que as crianças sofram com as conseqüências da doença, como dor, problema estéticos e funcionais.

Observou-se ainda que profissionais da saúde estão abordando, precocemente, a promoção da saúde bucal, fato este que indica maior interdisciplinaridade, já que diversas entrevistadas citaram os médicos pediatras e as enfermeiras de maternidades como as primeiras pessoas a orientar sobre os cuidados com a cavidade bucal do bebê.

Muitas mães também receberam informações sobre saúde bucal na escola, bem como através dos veículos de comunicação em massa e cartazes explicativos nos consultórios odontológicos e consideraram-nos importantes fontes de orientação. Parece que o ingresso de seus filhos no ambulatório de odontopediatria da UFSC propiciou que elas compreendessem melhor o processo saúde/doença bucal e ficassem mais motivadas a cuidar da cavidade bucal das crianças.

As entrevistadas mostraram-se satisfeitas com atendimento realizado pelos estudantes nas clínicas de odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina e isto provavelmente deve-

se à valorização da filosofia de promoção da saúde, que é ensinada em aulas teóricas e estimulada nas práticas, buscando aliar comunicação e habilidade técnica e compreender a cultura e a realidade em que os pacientes vivem, desenvolvendo um plano de tratamento individualizado e adequado às circunstâncias de cada família.

2.8 REFERÊNCIAS:

1. Buss PM. Promoção de saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 163-177.
2. Bernd B. et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. *Saúde em debate* 1992; 34: 33-39.
3. Gift HC, Atchison KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res* 1998; 77(7): 1529-1538.
4. Locker D, Clarke M, Payne B. Self perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *J Dent Res* 2000; 7(4):970-975.
5. Mc Grath C, Bedi R, Gilthorpe MS. Oral health related quality of life – views of the public in the United Kingdom. *Community Dental Health* 2000; 17: 3-7.
6. Mc Grath C, Bedi R. Understanding the value of oral health to people in Britain – importance to life quality. *Community Dental Health* 2002; 19: 211-214.
7. Férez JJ, Hernández IE, Rancel ALG-C. La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. *Revista ADM* 2003; LX(1): 19-24.
8. Östberg A-L, Jarkman K, Lindblad U, Halling A. Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors: a qualitative study. *Acta Odontol Scand* 2002; 60: 167-173.
9. Robles ACC. Atitude e percepção sobre saúde bucal de mães de crianças atendidas em clínicas de Odontopediatria da UFSC. [Dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

10. Bogdan RC, Biklen, SK. Investigação qualitativa em educação. Porto: Porto Editora; 1994.
11. Minayo, MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.
12. Ludke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
13. Patrício ZM. A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica. [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.
14. Abreu MHNG de, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10(1):245-259.
15. Mendonça, TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. Cad. Saúde Pública 2001; 17(6): 1545-1547.
16. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviç osodontol gicos privados, públicos e de sindicato. Ver Saúde Pública 2002; 36(2): 237-243.
17. Syrj l  A-MH, Knuuttila MLE, Syrj l  LK. Self-efficacy perceptions in oral health behavior. Acta Odontol Scand 2001; 59:1-6.
18. Carneiro, AM de O. Percepção em saúde bucal: valores, atitudes e problemas de um grupo de pessoas residentes na área rural de Brazlândia – DF. [Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
19. Albuquerque OMR de, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do Programa saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública 2004; 20 (3): 789-796.
20. Tirelli, MC. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação   saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes. [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2004.

21. Tombes MB, Gallucci B. The effects of hydrogen peroxide rinses on the normal oral mucosa. *Nursing Res* 1993; 42 (6): 332-337.
22. Walter, L.R.F; Ferrele, A.; Issao, M. *Odontologia para o bebê*. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
23. Maltz, M. Prevenção das doenças cárie e periodontal. In: Toledo, O.A. de. *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica*. São Paulo: Editorial Premier; 1999.
24. Politano GT, Pellegrinetti MB, Echeverria SR, Imparato JCP. Avaliação da informação das mães sobre cuidados bucais com o bebê. *JBP-Ver. Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê* 2004; 7 (36): 138-148.
25. Tiba, I. *Disciplina, limite na medida certa*. São Paulo: Editora Gente; 1986.
26. Puppin-Rontani RMP, Kassawara ABC, Delgado CRM. Influence of socioeconomic level and dentifrice brand on the oral hygiene habits and the fluoride dentifrice ingestion. *J Clin Pediatr Dent* 2002; 26(3): 319-325.
27. Simard PL, Lachapelle D, Trahan L, Naccache H, Demers M, Brodeur JM. The ingestion of fluoride dentifrice by young children. *ASDC J Dent Child* 1989; 56(3): 177-181.
28. Bawden JW, Crenshaw MA, Wright JT, LeGeros RZ. Consideration of possible biologic mechanisms of fluorosis. *J Dent Res* 1995; 74:1349-52.
29. Curnow MMT, Rine CM, Burnside G, Nocholson JA, Chesters RK. A randomized controlled trial of the efficacy of supervised toothbrushing I high-caries-risk children. *Caries Res* 2002; 36(4): 294-300.
30. Feldens EG, Feldens CA, Raupp SMM, Wessler ALM, Graef SL, Kramer PF. avaliação da utilização de dentifícios fluoretados por crianças de 2 a 5 anos de idade de três escolas da cidade de Porto Alegre. *JBPJ Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2001; 4(21): 375-382.
31. Holt RD, Murray JJ. Developments in fluoride toothpastes – an overview. *Community Dent Health* 1997; 14(1): 4-10.

32. Rock WP. Young children and fluoride toothpaste. Br Dent J 1994; 177(1): 17-20.

Autoria:

ACC Robles (concepção, delineamento, coleta e análise dos dados e redação)

S Grosseman (concepção, delineamento e orientação)

VL Bosco (concepção, delineamento e orientação)

3 ARTIGO 2

**“Satisfação com o atendimento odontológico: estudo qualitativo com mães de crianças
atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina”**

**“Satisfaction with odontologic attendance: qualitative study with mothers of children who
were attended at the Federal University of Santa Catarina”**

Título corrido: Satisfação de mães com o atendimento odontológico

Mothers' satisfaction with the odontologic attendance

Autores:

Ana Carolina Couto Robles

Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Estomatologia. Universidade Federal de Santa
Catarina. Florianópolis, Brasil.

Campus Universitário - Trindade

CEP: 88040-970 - Florianópolis - Santa Catarina

TEL: (048) 3331.9394/3331.9525/3331.9785 - FAX: (048) 3331.9542

E-mail: aninharobles@hotmail.com

Profa. Dra. Suely Grosseman

Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Pediatria. Universidade Federal de Santa
Catarina. Florianópolis, Brasil.

Profa. Dra. Vera Lúcia Bosco

Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Estomatologia. Universidade Federal de Santa
Catarina. Florianópolis, Brasil.

3.1 RESUMO:

Esta pesquisa objetivou conhecer a percepção de mães em relação ao atendimento odontológico prestado em clínicas de odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), bem como sua concepção sobre como seria o dentista “ideal”. O método utilizado foi o qualitativo, tipo estudo de caso. A coleta de dados foi feita através de entrevista semi-estruturada e a população estudada constituiu-se por sete mães de crianças atendidas em clínicas de odontopediatria da UFSC. As entrevistas foram transcritas e analisadas. Observou-se que, para as mães entrevistadas, o dentista ideal deveria reunir habilidades afetivas, psicomotoras e cognitivas, tais como, gostar do que faz, ser atencioso e amigável, fornecer informações claras sobre saúde bucal, resolver os problemas bucais do paciente e manter-se atualizado. Os aspectos interpessoais foram fundamentais para a satisfação com o atendimento na universidade, além da capacidade técnica dos alunos e a facilidade para conseguir uma vaga no serviço de odontopediatria. Sugere-se maior entendimento, por parte dos profissionais, dos aspectos que envolvem a relação dentista-paciente, de maneira a associar fatores afetivos aos cognitivos e psicomotores no dia-a-dia da prática odontológica.

Palavras-chave: relações dentista-paciente; qualidade percebida; mães; cuidado da criança; assistência ambulatorial; odontopediatria.

3.2 ABSTRACT:

This research aimed to know mothers' perception in relation to the given dental attendance at pediatric dentistry clinics' of the Federal University of Santa Catarina and their conception about the "ideal" dentist. The qualitative method (case study) was used. The data was collected by means of semi-structured interview and the studied population consisted of seven mothers of children who were attended in the dental pediatric clinics of the UFSC. The interviews were transcribed and analyzed. It was observed that, for the mothers, the ideal dentist should come together with affective, psychomotor and cognitive abilities, like enjoy what they do, be attentive, friendly, inform clearly about oral health, resolve the patient's oral problems and be actualized. The interpersonal aspects were fundamental for the satisfaction with the attendance at the university, besides the technical ability of the students, and the promptness to obtain a service. Better understanding of aspects that involve dentist-patient relations is suggested, associating affective factors to cognitive and psychomotor in the everyday practical dental assistance.

Key-words: dentist-patient relations; perceived quality; mothers; child care; ambulatory care; pediatric dentistry.

3.3 INTRODUÇÃO

Estudos sobre a satisfação do usuário são importantes pois avaliam a qualidade dos serviços de saúde, sob a sua ótica, fornecendo subsídios para aqueles que administram tais serviços e para a equipe que presta os cuidados, possibilitando a superação das limitações detectadas. Especificamente em relação a um hospital escola, permitem também coletar informações acerca da qualidade do ensino oferecido aos alunos (Cardoso, 2005; Périco, 2004).

A satisfação dos usuários com os serviços prestados é a chave para o sucesso do tratamento (Douglass & Sheets, 2000) pois pacientes satisfeitos aderem mais ao tratamento (Gürdal et al., 2000).

Em relação ao atendimento infantil, a satisfação dos pais com o atendimento irá influenciar a saúde de seus filhos, já que dependendo da idade da criança, eles serão os mediadores entre o profissional da saúde e a criança, acompanhando-a à consulta e colocando em prática os aconselhamentos ou tratamentos prescritos pelo profissional (Dougherty & Simpson, 2004).

No Departamento de Estomatologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o atendimento odontológico infantil tem sido realizado por alunos e supervisionados pelos professores de Odontopediatria. Os atendimentos acontecem nas clínicas da Graduação, da Especialização, da Pós Graduação (nível mestrado e doutorado) e de Atendimento ao Paciente Traumatizado.

O conteúdo deste artigo teve como fonte de dados a dissertação de mestrado “Atitude e percepção sobre saúde bucal de mães de crianças atendidas em clínicas de Odontopediatria da UFSC” (Robles, 2005), cujo objetivo foi conhecer a percepção de um grupo de mães sobre o processo saúde e doença bucal. Através da metodologia utilizada, emergiram dois grandes temas:

“Práticas e significados de saúde bucal” e “Satisfação com o atendimento odontológico”; este último será abordado neste artigo.

Este trabalho teve como objetivo conhecer a percepção de mães de crianças atendidas em clínicas de odontopediatria da UFSC em relação ao atendimento odontológico prestado, bem como sua concepção sobre como seria o dentista “ideal”. Busca-se com isso, otimizar o atendimento oferecido à população, valorizando-se as opiniões dos usuários que vivenciam este serviço.

3.4 METODOLOGIA

O método utilizado foi o qualitativo, tipo estudo de caso (Bogdan & Biklen, 1994; Minayo, 2004; Minayo & Sanches, 1993). A amostra foi escolhida intencionalmente e constituiu-se de sete mães que traziam seus filhos para consultas em clínicas de odontopediatria da UFSC. O tamanho da amostra justifica-se pois atingiu-se a saturação dos dados a partir da quinta entrevista.

Para a coleta de dados, utilizou-se entrevista semi-estruturada (APÊNCIDE A). Foram coletados dados de identificação das mães (iniciais do nome, idade, número de filhos, idade dos filhos, estado civil, procedência, profissão, escolaridade, renda familiar, data do início do tratamento na UFSC e motivo da consulta), e dados relativos à entrevista (local, data e hora). As participantes foram questionadas acerca de sua percepção sobre o serviço de odontopediatria da UFSC, assim como sua opinião sobre como seria o “dentista ideal”. Para garantia do anonimato, as entrevistadas foram denominadas de M1, M2, M3, M4, M5, M6 e M7.

As mães foram abordadas na sala de espera ou dentro da clínica, enquanto acompanhavam a consulta de seus filhos. Após explicação do objetivo, do método, da garantia de confidencialidade dos dados e da possibilidade de desistência em qualquer etapa da pesquisa, elas eram convidadas a participar do estudo. Foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). As entrevistas foram realizadas no local escolhido pelas participantes: três mães foram entrevistadas em sua residência e quatro na UFSC.

Para avaliação do instrumento proposto, foi realizado um projeto-piloto com três mães.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Os dados foram analisados, a partir da primeira entrevista, pelo processo de Análise-Reflexão-Síntese, preconizado por Patrício (1995). Neste processo, a análise decompõe os dados, a síntese os integra às diversas dimensões e contextos da

vida dos sujeitos. A análise e a síntese são realizadas de maneira sinérgica, através da reflexão, que é uma reconsideração dos dados, associando sensibilidade e razão.

O projeto de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC em Dezembro de 2004, sob protocolo número 298/04 (ANEXO C).

3.5 RESULTADOS

Os dados de identificação das mães e de seus filhos (em tratamento odontológico na UFSC), encontram-se nas TABELAS I e II.

Em relação à **concepção das mães sobre o dentista ideal**, diversos aspectos foram apontados e estes relacionaram-se às habilidades afetivas, cognitivas e psicomotoras do profissional.

Fatores interpessoais da relação dentista-paciente, tais como **atenção, carinho e comunicação** foram muito valorizados pelas entrevistadas: “Tipo vocês (alunos da UFSC), eu acho bons profissionais. Acho interessante aquela integração que vocês têm com a criança. Não é só uma coisa da profissão, é um relacionamento que vocês cultivam com o paciente, que faz com que eles gostem de voltar”. (M1)

M4 citou como ponto importante o fato do dentista saber **conversar sobre outros assuntos**, “quebrando o gelo” durante a consulta e desenvolvendo uma relação de **amizade** com o paciente: “...não fica só aquela coisa, a gente chega, ela conversa. A gente conversa outros assuntos, a gente faz aquela amizade, é bem legal. Não é só aquela coisa, chegou, sentou, abre a boca. Não, a gente conversa”.

M7 gostaria de ter tido **outras opções de tratamento** dentário, diferentes da exodontia, ao vivenciar sua primeira experiência odontológica (há dois anos, aos 27 anos de idade): “Eu queria que eles fizessem o canal, ou obturassem, mas ele (dentista) disse que não tinha mais jeito. Eu não queria tirar os meus (dentes). Porque dente natural é outra coisa, não é que nem colocar chapa”.

As mães também consideraram fundamental que o dentista se preocupe em **orientar** o paciente em relação aos seus problemas dentários:

Um bom dentista é aquele que faz ali direitinho as coisas, mas também que te passe, porque você não entende direito, não é da área. Você é leigo ali... (M1)

Não te dão uma orientação, uma coisa que é difícil... aquele médico, médica ou dentista que conversa com você e te explica alguma coisa. É muito difícil conseguir. Acho que a população precisa mais é de informação. (M2)

O **encaminhamento** para atendimento odontológico especializado, quando necessário, também foi lembrado:

(...) te informar: -“Ó, você vai em tal lugar porque lá tem pediatra” (...). Ou indicar alguém pelo menos... (...). Mas não! Simplesmente: - “Eu não sou pediatra então...não posso atender”. Aí só passa uma escova e uma pasta de dente na boca das crianças e manda embora! Isso que fizeram com os meus! (M2)

Além do fornecimento de informações, a **resolução dos problemas dentários** foi mencionada por M3: “Aquele dentista que se preocupa, que vai cuidar do problema do dente. Que a gente quando procure ele, que cuide bem, que trate o problema e que explique a maneira correta de agir naquela situação”.

Questões relacionadas à **atualização** de conhecimentos também foram valorizadas: “O profissional não deve parar no tempo (...). Um bom profissional, que gosta do que faz, tem que estar sempre ali, indo junto com a tecnologia, facilitando, melhorando naquela área”. (M1)

Para M5, um bom dentista deve **ser dedicado e gostar do que faz**: “Tem que se dedicar ao que faz, tem que gostar do que faz. A gente sente quando o dentista (...) tá fazendo por prazer, tá fazendo porque gosta”.

Quanto à **percepção sobre o serviço de odontopediatria oferecido na UFSC**, todas as entrevistadas mencionaram estar satisfeitas com o atendimento na universidade: “Ai, é tudo de bom. Fiquei feliz de ter conseguido tratamento!”. (M6)

Uma das razões desta satisfação está relacionada ao **fornecimento de informações** sobre saúde bucal:

O atendimento é muito bom, vocês dão uma boa instrução, o mais interessante é isso... Que mesmo indo no particular, você não vai ter isso. (M1)

Vocês se preocupam. Como é que faz escovação, como é que tá a criança... (...). É o melhor que eu conheço. Porque onde eu fui nunca deram informação nenhuma. (M2)

A **capacidade de resolução dos problemas** bucais também foi citada: “Eu tô achando ótimo porque eu fui em outros lugares e é bem pior. (...) Como no posto: -‘ah, eu não sou pediatra’. Não tem um tratamento de canal... Lá com vocês, pra mim é tudo novo. É onde eu gosto de ir, porque é onde se preocupam mais”. (M2)

M5 comentou ainda que o **atendimento satisfaz** não só **as mães**, mas também **as crianças** atendidas: “Acho muito bacana, são muito prestativos, dedicados (...). E elas (as filhas) também gostam. Que é o mais importante, porque criança ir no dentista porque gosta é meio difícil. Elas gostam de vir”.

M3 valorizou o atendimento na UFSC porque **conseguiu rapidamente uma vaga** na odontopediatria e lá recebeu orientações adequadas sobre o problema dentário de sua filha.

O fato do dentista **conversar** com a criança foi considerado importante para M7: “Conversam com a criança, é muito bom”.

As mães comentaram também sobre algumas **experiências vivenciadas em outros serviços de saúde**. Para M1, M2 e M3, os dentistas, geralmente, não orientam seus pacientes de maneira satisfatória:

...pelo postinho não dá instrução nenhuma.. Até particular mesmo, às vezes dava o toque, faz isso faz aquilo com fio dental, mas nada num grau educativo. (M1)

...pode ir até num dentista.... mesmo particular, como esse que eu fui. Ele nunca me falou como é que é uma escovação. Só assim: - “Tem que escovar mais o dente!”. Mas ninguém ensina. (M2)

...não me lembro deles falarem como que escova (...)! Uma vez eu até fui num dentista particular. Só que aí era bem diferente, porque era particular. Agora, os dentistas normais (do posto), eu não me lembro deles terem falado alguma coisa não. (M3)

M2 complementou esta questão reprimendo a postura do **profissional da saúde**, que, **não informa, porém critica certas atitudes do paciente, desconsiderando fatores sociais e culturais** inerentes à vida das pessoas.

Ele nunca me falou como era pra eu fazer, nunca me perguntou como que eu escovava meus dentes. Eles só sabem criticar, dizer: - “Ó, tem que escovar mais!”. Como o médico, o médico também não sabia da minha vida, só disse assim: - “Mãe, tem que cuidar dos dentes dessas crianças!” Mas ele não tava sabendo o trabalho que eu tava passando. Eu tava correndo atrás.

Algumas entrevistadas referiram **limitações** no atendimento prestado **nos serviços públicos de saúde**, relatando demora para conseguir atendimento odontológico:

...é que a gente não tem plano de saúde. É o sistema único e é bem difícil. Então, nós estamos na espera, esperando eles chamarem. (M3)

...Eu nunca tive condições de fazer tratamento particular. E a gente sabe que tratamento particular é uma coisa, tratamento público, fora da universidade... porque o da universidade é 110%, mas fora disso, deixa muito a desejar. (M5)

... é muito demorado no posto... (M7)

M2 relatou que existe muita dificuldade para conseguir vagas nos **serviços de referência**, onde são realizados os procedimentos de maior complexidade, como tratamentos endodônticos e próteses. Comentou que, com isso, as pessoas acabam perdendo seus dentes, conforme depoimento abaixo:

(no posto) é só obturação que eles fazem. (...). Se tem que fazer tratamento de canal ...ou você vai pra fila de espera ou você paga um. Mas, às vezes, tu nem vai lá porque é tanta gente....Ou fica tanto tempo (esperando) que passa a dor, você acaba deixando. Vai relaxando e quando dói você vai lá no posto e eles tiram (o dente). Porque tá estragado. (M2)

A **falta de odontopediatras** nos postos também foi vivenciada por duas mães:

Eu fui no posto levar ele, fiquei praticamente uma noite na fila esperando pra marcar, depois da marcação foi esperado dois meses pra eles chamarem: - “Daqui a 2 meses, tal dia que a senhora vai trazer ele”. A dentista simplesmente disse: - “Olha mãe, eu vou dar só uma limpadinha nos dentes dele porque eu não sou pediatra”. (M2)

3.6 DISCUSSÃO

De acordo com os achados deste estudo, um bom dentista é aquele que valoriza o relacionamento interpessoal, estabelecendo uma comunicação adequada com o paciente, fornecendo informações relevantes para a manutenção da saúde bucal e dispensando atenção e carinho à criança. Outros elementos citados pelas mães como importantes relacionam-se às habilidades cognitivas e psicomotoras, e ainda, gostar da profissão e realizar encaminhamento a um profissional especializado, quando necessário.

Em estudo qualitativo realizado no Hospital Universitário da UFSC, com mães que levavam seus filhos para consulta no Serviço Ambulatorial de Pediatria, observou-se resultados semelhantes em relação à concepção sobre a consulta médica ideal. As expectativas das entrevistadas giraram em torno de habilidades técnicas e afetivas. Para elas, um médico com bons conhecimentos e habilidades psicomotoras não é suficiente, pois desejam também que ele estabeleça uma relação de cumplicidade, aliando atenção e comunicação (Cardoso, 2005). Resultados similares foram também encontrados em outros estudos (Périco, 2004; Gürdal et al. 2000; Lewis, 1994).

Segundo Lahti et al. (1995), existe uma lacuna separando as expectativas dos pacientes e a realidade encontrada por eles: “as discrepâncias entre o comportamento ideal do dentista e o efetivamente praticado, geralmente, se dão na área comunicativa, isto é, os dentistas por vezes não informam seus pacientes acerca de procedimentos preventivos...”

De acordo com Woo et al. (2005), a aceitação do plano de tratamento pelo paciente e a adesão ao tratamento proposto estão diretamente relacionados à confiança no dentista e sua habilidade técnica. Neste contexto, Freeman (1999a) salienta que o dentista deveria assumir uma

posição de igualdade com o seu paciente e sugere que o plano de tratamento seja realizado levando-se em consideração suas necessidades clínicas e psicológicas.

Na revisão da literatura realizada por Newsome e Wright (1999), os autores observaram que, geralmente, os fatores que mais afetam a satisfação do paciente em relação ao tratamento odontológico são competência técnica, fatores interpessoais, conveniência, custos e outras facilidades. A competência técnica do dentista é considerada um dos fatores mais importantes na satisfação do paciente odontológico. Entretanto, segundo os autores, as pessoas apresentam dificuldades para avaliar a qualidade técnica de um tratamento, formando impressões a respeito do serviço baseadas em outros aspectos (Newsome & Wright, 1999). Trabalhos demonstram que, geralmente, o atendimento com um todo é avaliado com base no desempenho afetivo (Périco, 2004; Newsome & Wright, 1999; Jung, 1998).

Abrams et al.(1986) destacaram que as habilidades técnicas não necessariamente são suficientes para convencer o paciente que ele recebeu um tratamento dentário de qualidade. Outros aspectos da prática odontológica devem também ser considerados, como os fatores humanos e psicológicos relacionados aos cuidados. Para Freeman (1999b), as dificuldades dos pacientes em aderirem ao tratamento proposto pelo dentista, bem como a comportamentos saudáveis para a promoção da saúde bucal, possuem raízes na infância, na maneira pela qual suas famílias se relacionavam com os serviços odontológicos e até mesmo em experiências pessoais negativas. Desta maneira, fatores psicossociais podem influenciar as pessoas, propiciando ou não, a modificação de hábitos.

O dentista deveria ouvir mais os pacientes, seus sintomas e conhecer os sentimentos envolvidos em relação ao tratamento, estabelecendo uma comunicação adequada. Assim, estes se sentirão mais motivados a cuidar de saúde bucal e a colocar em prática as orientações fornecidas pelo profissional (Freeman, 1999a; Freeman, 1999c).

Neste estudo, as entrevistadas mostraram-se satisfeitas com o serviço de odontopediatria da UFSC, ressaltando que encontraram na universidade, as qualidades desejáveis a um serviço de saúde. Fornecimento de informações, carinho, atenção e comunicação entre os alunos e os pacientes / responsáveis, resolução dos problemas bucais, proporcionam, na opinião delas, um atendimento que satisfaz tanto as mães quanto as crianças atendidas. Estes dados corroboram os de outros estudos (Cardoso, 2005; Périco, 2004) e ressaltam a importância do atendimento centrado no paciente e na sua história de vida, e não apenas na doença.

Na investigação de Cardoso (2005), as entrevistadas consideraram relevante a duração da consulta, de maneira que o fornecimento de informações e esclarecimento de dúvidas ocorra com tranquilidade. A pesquisadora ressaltou a importância da linguagem simples utilizada pelos acadêmicos, tornando a consulta um momento de interação e aprendizagem.

Segundo Karydis et al. (2001), para se alcançar um serviço de saúde de qualidade, as expectativas dos pacientes devem ser consideradas. Em estudo realizado em hospital-escola na Grécia, a empatia na abordagem do paciente foi considerada essencial, assim como o respeito às normas de biossegurança (adesão às regras de antissepsia e esterilização, utilização de luvas, gorro e máscara), boa vontade em ajudar, fornecimento de informações sobre saúde bucal e competência técnica. Neste trabalho, ter especialização não foi essencial para a escolha de um dentista.

Al-Mudaf et al. (2003) investigaram, através de questionário, a satisfação de 1242 pacientes em um serviço de odontologia no Kuwait. A maioria dos entrevistados considerou este serviço excelente, citando como pontos positivos a capacidade dos dentistas em ouvirem suas queixas, a atenção dispensada e o interesse em questões pessoais.

A satisfação de pacientes com o atendimento odontológico prestado em uma universidade na Turquia esteve principalmente associada ao relacionamento interpessoal. Os autores sugerem que,

apesar de diferenças culturais existentes nas diversas sociedades, a interação pessoal deve ser prioridade nos serviços odontológicos. O reconhecimento, por parte dos profissionais, da complexidade da relação dentista-paciente promove melhor aceitação e adesão ao tratamento e, conseqüentemente, maior possibilidade de sucesso, não só para quem presta, mas também para quem recebe os cuidados (Gürdal et al., 2000)

Alguns estudos realizados em escolas de odontologia encontraram como fatores de insatisfação do paciente, o elevado tempo de espera, tanto entre as consultas, quanto antes do atendimento, e consultas excessivamente longas (Gürdal et al., 2000; Karydis et al., 2001). O fato do atendimento ser realizado por alunos foi motivo de insatisfação para uns, mas não para outros, que confiam na pessoa que presta os cuidados, já que existe supervisão de professores capacitados (Gürdal et al., 2000). Outra questão encontrada na literatura relacionada à insatisfação com o atendimento prestado em escolas de odontologia associa-se à impessoalidade no atendimento, já que os pacientes são atendidos por diversos alunos ao longo do tratamento (Crossley et al., 2001).

As participantes deste estudo comentaram experiências vivenciadas em outros serviços públicos de saúde, como dificuldade de acesso e de encaminhamento para os centros de referência, ausência de profissionais capacitados para o atendimento em odontopediatria e pouca comunicação entre os profissionais e seus pacientes. Talvez isto justifique sua preferência pelos serviços privados. Entretanto, observou-se que mesmo considerando tal serviço de melhor qualidade, na opinião delas, nem sempre o dentista particular fornece informações para a manutenção da saúde bucal.

No estudo de Abreu et al. (2005), também houve cobrança dos entrevistados por tratamentos de maior complexidade nos postos de saúde. Ainda, a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde foi mencionada em outras investigações (Abreu et al., 2005; Albuquerque et al., 2004; Baldani et al., 2005).

Matos et al. 2(002) encontraram importantes diferenças em relação à saúde bucal e ao tipo de tratamento recebido entre os usuários de diferentes serviços de odontologia. Os usuários de serviços privados e de sindicato tinham mais chance de receber tratamento restaurador ou preventivo, enquanto os que utilizaram os serviços públicos tinham mais chance de receber tratamento cirúrgico (exodontia). Estes achados são preocupantes pois um dos objetivos do Programa Saúde da Família (PSF) é a redução das desigualdades, melhorando a qualidade de vida de indivíduos com menor nível sócio-econômico, que são mais vulneráveis às doenças bucais.

3.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção deste grupo de mães em relação à consulta odontológica ideal gira em torno de habilidades afetivas e técnicas dos dentistas. Para elas, é importante que o profissional tenha boas qualidades cognitivas e psicomotoras, mas que, aliado à isso, demonstre atenção, carinho e preocupação com a criança. A satisfação com o atendimento em clínicas de Odontopediatria da UFSC está relacionado justamente ao fato destas mães terem encontrado nos alunos que realizam o atendimento, as características desejáveis a um dentista “ideal”. Segundo elas, eles são atenciosos com a criança, aliando habilidades afetivas e técnicas, além de orientarem os pacientes e seus responsáveis para a manutenção da saúde bucal.

Para que os programas de saúde sejam adaptados às reais necessidades da população é importante a valorização dos usuários como parceiros na construção dos serviços. Para tanto, mais estudos sobre a satisfação do usuário deveriam ser realizados, como forma de otimizar o atendimento oferecido à população.

Somado a isto e levando-se em consideração a importância dos aspectos comunicacionais para a satisfação com o atendimento, sugere-se que os cursos de odontologia dêem maior ênfase ao treinamento dos alunos, para que eles possam aprender a se comunicar adequadamente com os pacientes. Com isso, a consulta se tornará um momento de interação e aprendizagem, aumentando a satisfação mútua (profissionais e usuários) com a assistência e as chances de sucesso do tratamento.

3.8 REFERÊNCIAS

Abrams R, Ayers C & Vogt Peterson M 1986. Quality assessment of dental restorations: a comparison by dentists and patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 14: 317-319.

Abreu MHNG de, Pordeus IA & Modena CM 2005. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciência & Saúde Coletiva* 10(1):245-259.

Albuquerque OMR de, Abegg C & Rodrigues CS 2004. Percepção de gestantes do Programa saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 20 (3): 789-796.

Al – Mudaf BA, Moussa MAA, Al-Terky MA, Al-Dakhil GD, El-Farargy AE & Al-Ouzairi 2003. Patient satisfaction with three dental speciality services; a centre-based study. *Med Princ Pract* 12: 39-43.

Baldani MH, Fadel CB, Possamai T & Queiroz MGS 2005. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 21(4): 1026-1035.

Bogdan RC & Biklen, SK 1994. *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.

Cardoso, MP 2005. Percepção de mães sobre o atendimento prestado no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Monografia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Crossley ML, Blinkhorn A & Cox M 2001. ‘What do our patients really want from us?’: investigating patients perceptions of the validity of the chartermark criteria. *British Dental Journal* 190 (11): 602-606.

Dougherty D & Simpson LA 2004. Measuring the quality of children’s health care: a prerequisite to action. *Pediatrics* 113: 185-198.

Douglass CW & Sheets, CG 2000. Patients’ expectations for oral health care in the 21st century. *JADA* 131: 3-6.

Freeman R 1999a. A psychodynamic understanding of the dentist-patient interaction. *British Dental Journal* 186(10): 503-506.

Freeman R 1999b. Barriers to accessing and accepting dental care. *British Dental Journal* 187 (2): 81-84.

Freeman R 1999c. Communicating effectively: some practical suggestions. *British Dental Journal* 187 (5); 240-244.

Gürdal P, Çankaya H, Önem E, Dinçer S & Yılmaz T 2000. Factors of patient satisfaction/dissatisfaction in a dental faculty outpatient clinic in Turkey. *Community Dent Oral Epidemiol* 28;461-9.

Jung HP, Van Horne F, Wensing M, Hearnshaw H & Grol R 1998. Which aspects of general practitioners behavior determine patients' evaluations of care? *Soc Sci Med* 47(8):1253-61.

Karydis A, Mando K-K, Hatzigeorgiou D & Panis V 2001. Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care 13(5): 409-416.

Lahti S, Tuuti H, Hausen H & Kääriäinen R 1995. Comparison of ideal and actual behavior of patients and dentists during dental treatment. *Community Dent Oral epidemiol* 23: 374-378.

Lewis JR 1994. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med* 39 (5): 655-70.

Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL & Marcenes W 2002. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev. Saúde Pública* 36(2): 237-243.

Minayo, MC de S 2004. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.

Minayo MC de S & Sanches O 1993. quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública* 9 (3): 239-262.

Newsome PRH & Wright GH 1999. A review of patients satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. *British Dental Journal* 186(4): 166-170.

Patrício ZM 1995. A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica. Tese. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Périco GV 2004. Percepção de mães sobre a assistência prestada a seus filhos por alunos de medicina da sétima fase no ambulatório de pediatria do hospital Universitário da UFSC. Monografia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis

Robles ACC 2005. Atitude e percepção sobre saúde bucal de mães de crianças atendidas em clínicas de Odontopediatria da UFSC. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Woo D, Sheller B, Willians B, Mancl L & Grembowski D 2005. Dentists and patients perceptions of health, esthetics and treatment of maxillary primary incisors. *Pediatric Dentistry* 27(1): 19-23.

Autoria:

Ana Carolina Couto Robles

Profª. Dra. Vera Lúcia Bosco

Profª. Dra. Suely Grosseman

4 APÊNCICES

4.1 APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

Entrevista nº _____

Encontro nº _____

Local: _____

Data: _____

Hora: _____

Características do Sujeito

Participante (iniciais da mãe): _____

Idade: _____ anos.

Procedência: _____

Estado civil: _____

Endereço: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Renda Familiar: _____

Número de filhos: _____

Idade dos filhos: _____

Início do tratamento na UFSC _____

Motivo da consulta: _____

Questões norteadoras

- 1) Como foram as suas experiências com dentistas ao longo da sua vida?
- 2) Hoje em dia, como você cuida dos seus dentes?
- 3) Como você cuida dos dentes dos seus filhos?
- 4) Por que você acha que os dentes estragam?
- 5) O que você aprendeu sobre os cuidados com a boca desde que as crianças iniciaram o tratamento na UFSC?
- 6) Para você, como é um bom dentista?
- 7) O que você acha do serviço de odontologia da faculdade?
- 8) O que você achou da entrevista? Tem alguma sugestão?

4.2 APÊNDICE B

Tabela 1 Perfil das mães entrevistadas

Entrevistada	Faixa Etária	Ocupação	Estado Civil	Procedência	Cidade em que residem	Escolaridade	Renda Familiar (em reais)
M1	25-30	Do lar	Casada	Paraná	Palhoça (SC)	2º grau completo	1800,00
M2	30-35	Balconista	Casada	Santa Catarina	Biguaçu (SC)	2º grau incompleto	800,00
M3	35-40	Artesã	Casada	Paraná	São José (SC)	1º grau incompleto	850,00
M4	30-35	Do lar	Casada	Santa Catarina	Florianópolis (SC)	2º grau completo	2000,00
M5	30-35	Comerciante	Casada	Santa Catarina	Florianópolis (SC)	2º grau completo	1000,00
M6	25-30	Auxiliar de produção	Casada	Rio Grande do Sul	São José (SC)	2º grau completo	1250,00
M7	25-30	Faxineira	Casada	Santa Catarina	Florianópolis (SC)	1º grau incompleto	630,00

Tabela 2 Número e idade dos filhos, início do tratamento na UFSC, motivo da consulta inicial e clínica em que são atendidos

Entrevistada	Número de filhos	Idade dos filhos (em anos)	Início do tratamento	Motivo da 1ª consulta da criança	Local de Atendimento
M1	2	3 e 4	2004	Cárie	Pós-graduação ¹
M2	2	6 e 8	2004	Cárie	Pós-graduação ¹
M3	2	9 e 13*	2005	Cárie e Hipoplasia de esmalte	Graduação ²
M4	1	4	2001	Traumatismo dentário	Programa de Atendimento ao Paciente Traumatizado ³
M5	2	3 e 10	2005 e 2002	Cárie; prevenção	Clínica de Bebês ⁴ , Graduação
M6	1	6	2004	Cárie	Graduação ²
M7	4	5, 7*, 14* e 15*	2005	Cárie	Graduação ²

*Não são pacientes das Clínicas de Odontopediatria da UFSC.

¹Atendimento realizado por alunos dos cursos de Especialização, Mestrado ou Doutorado da UFSC (Área de Concentração – Odontopediatria).

²Atendimento realizado por alunos do curso de Graduação em Odontologia da UFSC.

³Atendimento realizado por alunos dos cursos de Especialização, Mestrado ou Doutorado da UFSC (Área de Concentração – Odontopediatria).

⁴Atendimento realizado por professores e alunos dos cursos de Graduação e Doutorado.

5 ANEXOS

5.1 ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO - ODONTOPEDIATRIA**

Meu nome é Ana Carolina Couto Robles e estou desenvolvendo a pesquisa “Atitude e percepção sobre saúde bucal de mães de crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria da UFSC”, com o objetivo de conhecer o que as mães pensam sobre saúde da boca, como a doença cárie se estabelece, como prevenir cárie dentária e o que acham do atendimento odontológico prestado pela Faculdade de Odontologia da UFSC. Este estudo é necessário em virtude da importância de se verificar se as orientações repassadas pelos alunos são colocadas em prática e, ao mesmo tempo, conhecer a percepção das mães das crianças atendidas em relação ao processo saúde / doença na boca. Serão realizadas entrevistas utilizando-se mini-gravadores. Isto não traz riscos e desconfortos, mas esperamos que traga melhorias no atendimento odontológico prestado à comunidade. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (48) 3381017. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisadora principal _____

Pesquisadoras responsáveis _____

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa “Atitude e percepção sobre saúde bucal de mães de crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria da UFSC” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, / / .

Assinatura: _____ RG: _____

5.2 ANEXO B – Declaração da instituição



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO - ODONTOPEDIATRIA**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: Atitude e percepção sobre saúde bucal de mães de crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria da UFSC, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 08/11/2004

Prof. Dr. Gilsée Ivan Regis Filho
Chefe do Departamento de Estomatologia

5.3 ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

6 REFERÊNCIAS

1 Oliveira FA. Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication. *Interface _ Comunic, Saúde, Educ* 2002; 6(10): 63-74.

2 Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1994.

3 Bernd B. et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. *Saúde em debate* 1992; 34: 33-39.

4 Gilbert L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. *Community dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 47-51.

5 Sogaard A. Theories and models of health behaviour. In: *Oral health promotion*. Schou L, Blinkhorn AS, editors. Oxford: Oxford University Press; 1997.

6 Buss PM. Promoção de saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 163-177.

7 Minayo, MC de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.

8. Minayo MC de S, Sanches O. quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadê. Saúde Pública* 1993; 9 (3): 239-262.

9 Patrício ZM, Pinto MDS, Brito SLE, Colossi N. Aplicação dos métodos qualitativos na produção de conhecimento: uma realidade particular e desafios coletivos para compreensão do ser humano nas organizações. *23 Encontro da ANPAD*. Foz do Iguaçu, Paraná, 1999.

7 RELAÇÃO DE TRABALHOS PUBLICADOS OU ENVIADOS PARA PUBLICAÇÃO DURANTE O CURSO DE MESTRADO

1 Robles ACC, Bosco VL, Grosseman S. Divulgação sobre saúde bucal da criança em uma revista informativa de circulação nacional: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** (no prelo).

2 Pitoni CM, Caldo-Teixeira AS, Robles ACC, Vieira RS, Almeida ICS. Efeito de diferentes concentrações de formol na microdureza de esmalte e dentina de dentes permanentes. **Brazilian Oral Research**, v.19, supplement September 2005.

3 Caldo-Teixeira AS, Pitoni CM, Robles ACC, Vieira RS. Influência da calibração inter e intra-examinador na realização de estudos de microdureza. **Brazilian Oral Research**, v.19, supplement September 2005.