

Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS

Oral health care in preschool children: perceptions and knowledge of parents or legally responsible persons in a health care center of Porto Alegre, RS

Resumo

Objetivo: Avaliar as percepções e os conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças sobre os cuidados com a saúde bucal na primeira infância.

Metodologia: Estudo descritivo transversal, cuja amostra foi composta por 235 pais residentes na área de abrangência de seis Unidades Básicas de Saúde do Centro de Saúde Escola Murialdo, em Porto Alegre, RS. Como instrumento de coleta de dados foi utilizada entrevista estruturada, realizada durante a campanha de multivacinação no ano de 2004.

Resultados: Entre os entrevistados, 45% opinaram que a higiene bucal das crianças deveria ser iniciada antes de seis meses de idade, sendo que 57% consideraram que a criança teria capacidade de escovar seus dentes sozinha entre um e três anos. Com relação à idade ideal para a primeira consulta com o dentista, 35% relataram que ela deveria acontecer entre um e três anos. Quanto aos hábitos alimentares, a sacarose deveria ser introduzida na dieta já no primeiro ano de vida para 69% dos entrevistados.

Conclusão: Há necessidade que ações educativas voltadas à primeira infância sejam priorizadas na atenção primária à saúde, de forma a incluir os responsáveis pelas crianças, uma vez que a família tem grande impacto no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal da criança.

Palavras-chave: Promoção da saúde; educação em saúde; conhecimentos, atitudes e prática em saúde; higiene bucal; odontopediatria

Abstract

Purpose: To evaluate the perceptions and knowledge of parents or legally responsible persons about oral health care in preschool children.

Methods: Cross-sectional and descriptive study design. The sample consisted of 235 parents or legally responsible persons of children living in areas attended by the six Health Basic Units of the health care center Escola Murialdo, in Porto Alegre, RS. Data were collected using a structured interview, which was applied during the multi-vaccination campaign in 2004.

Results: Forty-five percent of the interviewed subjects reported that the child oral hygiene should start before six months of age, and 57% declared that the child is able to brush his/her own teeth between one and three years old. In relation to the ideal age for the first dental appointment, 35% reported the ages between one and three year-old. Considering child dietary habits, 69% believed that saccharose should be introduced in the diet during the first year.

Conclusion: It is necessary to prioritize education actions with target on parents and legally responsible persons of preschool children in the primary health care, because the family greatly influences the development of oral health habits in children.

Key words: Health promotion; health education; health knowledge, attitudes, practice; oral hygiene; Pediatric Dentistry

Daniel Demétrio Faustino-Silva^a
Fernando Ritter^b
Iêda Maria Nascimento^c
Paulo Vinícius Nascimento Fontanive^d
Sibila Persici^e
Eloá Rossoni^f

^a Programa de Pós-Graduação em Clínicas Odontológicas/Odontopediatria, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil

^b Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

^c Coordenação Estadual da Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre, RS, Brasil

^d Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil

^e Secretaria Municipal de Saúde de Gravataí, Gravataí, RS, Brasil

^f Faculdade de Odontologia, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil

Correspondência:
Daniel Demétrio Faustino da Silva
Rua Santana, 1350/104
Porto Alegre, RS – Brasil
90040-371
E-mail: ddemetrio@gmail.com

Recebido: 29 de abril, 2008
Aceito: 10 de setembro, 2008

Introdução

A saúde de uma população, em especial a saúde bucal, é expressa claramente pelas condições do meio no qual ela está inserida e, principalmente, pela forma com que são estabelecidos os relacionamentos interpessoais e familiares. Além disso, a vida está inserida num processo cíclico e dinâmico de mudanças contínuas, sendo que para crianças e adolescentes a saúde significa crescer e se desenvolver sem intercorrências, principalmente durante a primeira infância. Por tudo isso, desde o momento em que nasce, a criança estabelece uma interdependência com o seu meio, tendo os pais, cuidadores ou responsáveis um papel fundamental nesse desenvolvimento biopsicossocial. A melhor maneira de motivar pré-escolares acerca de saúde bucal é através dos pais, pois estes desempenham um papel psicossocial muito importante para os filhos. Desta forma, o exemplo estabelecido pela família tem grande impacto no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal da criança (1). No que se refere às condições de saúde bucal da população, fatores extraclínicos das doenças, tais como fatores ambientais, sociais, econômicos e políticos, tornam-se relevantes para a responsabilização dos cuidados com o corpo. Neste sentido, estudos anteriores observaram maior prevalência de lesões cariosas em crianças com baixos níveis sócio-econômicos e culturais (2). Peres et al. (3) observaram que, em relação à renda familiar, crianças pertencentes a famílias que recebiam menos de cinco salários mínimos apresentavam 4,18 vezes mais chances de desenvolver lesões de cárie quando comparadas àquelas cujas famílias recebiam mais de 15 salários mínimos.

O predomínio do sexo feminino na rede pública de saúde pode ser explicado, em grande parte, pela priorização da atenção à saúde da mulher e da criança através dos serviços oferecidos. Em relação aos cuidados com saúde bucal, há maior participação do sexo feminino, que em geral participa com maior empenho nos assuntos relacionados aos filhos, como saúde e educação (1). Além disso, os profissionais de saúde devem avaliar a percepção que os indivíduos têm em relação aos cuidados com a saúde. As noções de saúde e doença bucal são concebidas por cada indivíduo de acordo com seu próprio critério, podendo refletir tanto suas experiências anteriores com os cuidados dentários como expectativas de saúde bucal relativas a algum grupo de referência. Seria oportuno, ainda, o esclarecimento da população sobre a complexidade do processo saúde-doença bucal. No caso da cárie dentária, o aparecimento da doença ocorre antes dos sinais visíveis de lesão ou de sintomatologia dolorosa, salientando a possibilidade de intervenção precoce e de controle dos problemas de saúde (4). Tendo em vista o papel fundamental dos pais na promoção e na manutenção da saúde das crianças, é importante o conhecimento daqueles sobre a saúde bucal de seus filhos nos primeiros anos de vida, já que na faixa etária de zero a três anos de idade a criança é totalmente passiva em seus hábitos de saúde bucal (higienização e controle alimentar), dependendo dos pais para realização destas tarefas (5).

Nos últimos anos, transformações significativas nas condições de saúde bucal puderam ser observadas, segundo o levantamento epidemiológico brasileiro SB Brasil 2003. No entanto, observa-se que essa melhora foi menos sensível com relação aos hábitos de higiene e condições periodontais. No que diz respeito à primeira infância, os dados mostram que quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie, e esta proporção aumenta para quase 60% das crianças aos 5 anos de idade, sendo que muitos municípios tinham entre as suas metas para o ano 2000 um percentual de 100% das crianças de zero a um ano de idade livres de cárie (6). Há um grande número de fatores que influenciam o desenvolvimento de comportamentos e hábitos que conduzem à saúde individual e de grupos, alguns desses de ordem sociodemográficos, ambientais, estruturais, psicológicos e culturais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser entendido como um programa assistencial que prima pela integralidade da atenção à saúde e pela equidade como princípios doutrinários, onde o profissional de saúde deve se apropriar das percepções de saúde da população. A importância da saúde bucal no desenvolvimento infantil é demonstrada pelos reflexos sistêmicos que a maioria das doenças bucais e hábitos parafuncionais acarretam durante o crescimento da criança que está no período pré-escolar (zero a cinco anos de idade). A cárie de estabelecimento precoce, alterações maxilo-mandibulares, problemas respiratórios, nutricionais e antropométricos são conseqüências da ausência de hábitos saudáveis e também da falta de ambientes suportivos para a população (7).

As ações em saúde coletiva necessitam, invariavelmente, de indicadores de saúde norteadores conseguidos por meio de diagnósticos e levantamentos de campo, para que por meio de planejamento das ações possa-se atingir maior efetividade e espectro de efeito. Essa efetividade deve-se à seletividade na atenção resultante da discriminação dos indivíduos e grupos com comportamento de risco ou em vulnerabilidade psicossocial. Por isso, o presente estudo teve como objetivo avaliar as percepções e os conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças sobre os cuidados com a saúde bucal na primeira infância.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo transversal, realizado com pais ou responsáveis de crianças em idade pré-escolar. A coleta dos dados foi realizada em seis Unidades Básicas de Saúde do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), localizadas no Bairro Partenon, no Município de Porto Alegre, RS.

A amostra foi calculada a partir dos dados populacionais do IBGE para a região a ser estudada, totalizando 235 indivíduos. Para isso, foi considerado um intervalo de confiança de 95%, um erro estatístico de 4% e uma margem de confiança de 10% para possíveis perdas de dados. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada uma entrevista estruturada abordando questões socioeconômicas e de conhecimentos sobre cuidados bucais e dieta na primeira infância, testada anteriormente em um estudo-piloto. Os dados foram

coletados por seis cirurgiões-dentistas, previamente treinados, durante o dia da campanha de multivacinação do ano de 2004. Essa data foi escolhida por ser um dia no qual o público alvo do estudo freqüenta, em quase a sua totalidade, a unidade de saúde. Os indivíduos foram abordados na fila de espera para imunização de forma aleatória durante todo o período da campanha e, após concordarem em responder as perguntas, os pais ou responsáveis assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram realizadas até alcançar o número mínimo determinado pelo cálculo amostral. Os dados coletados foram analisados com o auxílio do software Excel® 2000 e expressos através de estatística descritiva, em freqüências relativas.

Resultados

Quanto às características pessoais e socioeconômicas da amostra, houve predominância do sexo feminino (86%) e da faixa etária entre 22 e 35 anos (57%). Quanto ao grau de escolaridade dos entrevistados, 45% possuíam primeiro grau incompleto, enquanto que apenas 4% ingressaram no nível superior. Em relação à renda familiar, 28% recebiam até um salário mínimo, 30% de um a dois salários mínimos e apenas 10% mais de cinco salários mínimos.

Quanto ao nível de percepção dos pais ou responsáveis acerca dos cuidados com a saúde bucal das crianças, 45% dos entrevistados consideraram que a higiene bucal das crianças deveria ser iniciada antes dos seis meses de idade, sendo que para 57% a gaze ou a fralda seriam os instrumentos adequados para a higienização bucal no primeiro ano de vida da criança (Tabela 1). Quanto à autonomia para a realização da mesma, 57% de pais e responsáveis relataram que a criança teria capacidade de escovar seus dentes entre um e três anos de idade, sendo que 35% das pessoas acreditavam que a criança deveria ir à primeira consulta odontológica entre um e três anos (Tabela 1). Quanto ao nível de percepção dos pais ou responsáveis acerca dos hábitos alimentares das crianças (Tabela 1), 69% responderam que o açúcar poderia ser introduzido na dieta já no primeiro ano de vida.

Discussão

A cavidade bucal e seus tecidos adjacentes representam uma história humana e social que vai além da simples presença ou ausência de doença e por isso os determinantes socio-culturais devem ser levados em consideração no processo de educação em saúde (8). Esse processo educativo em saúde bucal deve ser entendido como agente transformador de comportamentos, essenciais para a aquisição e manutenção da saúde. A realidade dos indivíduos, seu modo de vida, suas crenças, mitos e valores, seus anseios, a forma como adoecem e tratam as doenças, seus conceitos de qualidade de vida, dentre outros indicadores, são fundamentais para se conhecer os pacientes e, assim, poder ajudá-los nas suas necessidades de saúde (9). As evidências científicas apontam cada vez mais para uma associação entre os níveis socioeconômicos da população e as principais doenças bucais, tais como cárie, doença periodontal e má-oclusão, inclusive

Tabela 1. Percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças sobre os cuidados com a saúde bucal na primeira infância. Porto Alegre, RS, 2004.

Questões	Categorias	n	%
Quando devemos iniciar a higiene bucal das crianças?	Não sei	8	4%
	Antes do 1º mês	54	23%
	1-5 meses	56	22%
	6-11 meses	67	29%
	12-23 meses	27	12%
	24-35 meses	21	9%
	3 ou mais anos	2	1%
O que devemos usar para fazer a higiene bucal no primeiro ano de vida?	Não sei	17	7%
	Gaze/Fralda	134	57%
	Escova	75	32%
	Outro	9	4%
Com que idade a criança pode escovar os dentes sozinha?	Não sei	12	5%
	1-3 anos	134	57%
	4-6 anos	67	29%
	7-9 anos	17	7%
	10 anos ou mais	5	2%
Com que idade deve ser realizada a primeira consulta odontológica?	Não sei	40	17%
	Até 1 ano	71	30%
	1-3 anos	82	35%
	Após 3 anos	42	18%
A partir de que idade pode dar açúcar para a criança?	Não sei	17	7%
	Não dar	5	2%
	Até 1 ano	163	69%
	1-2 anos	27	12%
	2 anos ou mais	23	10%

na primeira infância (10,11). Freire et al. (2) constataram que a prevalência de cárie era menor nas crianças cujos pais apresentam melhores condições socioeconômicas, havendo uma relação significativa entre grupo socioeconômico e proporção de crianças livres de cárie.

Os hábitos de higiene são fortes determinantes nos padrões de saúde bucal e esses cuidados estão diretamente relacionados ao nível de instrução e de renda dos indivíduos (1). Os resultados do presente estudo evidenciam os baixos níveis de escolaridade e de renda da população estudada. Destaca-se que 6% dos entrevistados não têm renda, 28% recebem até um salário mínimo e 30% recebem de um a dois salários. E com relação à escolaridade, 45% não concluíram o ensino fundamental e apenas 16% têm esse concluído. Esses fatos colocam os indivíduos estudados em situação de risco para desenvolvimento de doenças bucais.

Bons hábitos de higiene bucal são comuns quando valores de saúde bucal são aceitos como parte do estilo de vida da família, e historicamente as mulheres estão mais envolvidas nesse processo. O exemplo das mães é fundamental para que seus filhos adquiram bons hábitos. Essa situação pode ser observada nos dados deste estudo, onde 86% dos responsáveis por crianças entrevistados eram do sexo feminino. Esse dado está de acordo com um estudo que analisou o nível de educação odontológica de pais/responsáveis de escolares, onde 75,51% dos participantes eram do sexo feminino. Portanto, a participação das mães é muito importante nos programas de saúde bucal dos seus filhos, já que os hábitos de higiene bucal das crianças dependem da supervisão materna (1). Ainda nesse contexto, Inglehart e Tedesco (12) relataram que os responsáveis pela criança são os agentes

primários de socialização, os quais cuidam dos dentes da criança e estabelecem hábitos de saúde. O estabelecimento da prática diária de hábitos que geram saúde depende fundamentalmente de um adequado ambiente familiar (13). Em qualquer sociedade, a família é uma unidade social e também uma unidade funcional básica de saúde.

As crianças que desenvolvem hábitos de higienização precocemente terão maiores chances de crescer com boas condições de saúde bucal. Apesar de a cavidade bucal não ser colonizada por bactérias cariogênicas antes da erupção dos primeiros dentes, recomenda-se a higienização bucal do bebê após alimentar-se ou no mínimo à noite, após a última amamentação. Orienta-se o responsável a molhar a ponta da fralda ou de uma gaze em água filtrada ou fervida e realizar a limpeza bucal, esfregando a parte interna da bochecha, gengivas e língua de forma a remover os detritos da alimentação (14). Esse ato deve constituir em um hábito diário, sendo os responsáveis conscientizados da importância da higienização do bebê, mesmo que este ainda não possua dentes. Moss (15) acrescenta ainda que, quanto mais cedo for a manipulação da cavidade bucal dos bebês, mais receptivos estes serão, no futuro, em relação aos cuidados com sua saúde bucal. No entanto, essa ainda não é uma prática conhecida e aplicada por muitos pais ou responsáveis. Os resultados do presente estudo mostram que apenas 45% dos entrevistados acham que a higienização deve ser iniciada antes dos 6 meses de vida, ou seja, antes do nascimento dos primeiros dentes e 57% consideram a gaze ou fralda como o instrumento mais adequado para essa fase. Em um estudo com 160 crianças de 0 a 36 meses do município de Vila Velha, ES, 71% dos pais não realizavam a higienização antes do surgimento dos dentes; dentre os que realizavam tal ação, 35% utilizavam fralda ou gaze (16).

Por volta de 2 anos de idade as crianças geralmente querem realizar a higienização sozinhas. É importante que isso seja respeitado e, inclusive, incentivado, mas os pais devem ser orientados para refazer o processo após a criança realizar a escovação, tendo em vista que a motricidade fina de uma criança nesta idade está pouco desenvolvida e a higiene não será realizada de forma adequada (17). Com o passar da idade e com a maturação do sistema motor, a criança se tornará cada vez mais capaz de realizar a atividade sozinha. A supervisão da criança deve ser feita diariamente por um responsável até os 7 ou 8 anos de idade (14). Os achados deste estudo mostraram que 57% dos entrevistados acreditam que as crianças com idade entre 1 e 3 anos teriam condições de realizar sua higiene bucal sozinha, embora a criança ainda não tenha habilidade adequada para fazê-la. Barreira et al. (18) encontraram resultados semelhantes na clínica de odontopediatria da FOUFBA, onde 18,4% dos pais nunca acompanhavam e 55% acompanhavam às vezes a higienização de seus filhos.

A idade ideal para levar a criança à primeira consulta com o dentista ainda é motivo de dúvida e desconhecimento de pais e responsáveis. Estudos anteriores mostraram que a maioria dos pais leva seus filhos ao dentista por volta dos dois e três anos de idade, quando a dentição decídua

já está completa e, em alguns casos, o processo cariioso já está instalado (19,20). Essa situação não foi diferente dos resultados do presente trabalho, onde apenas 30% dos pais ou responsáveis relataram que a criança deveria ser levada à primeira consulta odontológica antes do primeiro ano de vida. Por outro lado, Barroso et al. (21) mostraram que 100% das mães entrevistadas levaram suas crianças ao médico pediatra no primeiro ano de vida, enquanto apenas a metade delas levou seus filhos à consulta odontológica, nesse mesmo período. No entanto, sabe-se que a abordagem do bebê ainda nos primeiros seis meses de vida é de extrema importância para a introdução de métodos educativo-preventivos, possibilitando um maior envolvimento dos pais quanto aos cuidados com dieta, aleitamento materno, hábitos de higiene bucal, bem como hábitos deletérios para a saúde bucal da criança.

Com relação ao consumo de sacarose, quanto maior a exposição a produtos doces, maior é a preferência por esses produtos e a preferência por doces é aumentada, cada vez mais, pelo uso de açúcar (22). Bebês que recebem açúcar precocemente parecem gostar de produtos com maior quantidade de açúcar ao crescer (22). Outro aspecto interessante é que membros da família apresentam padrões similares de consumo de açúcar, estando diretamente relacionado com o surgimento de cárie dentária. Mães são mais fortemente determinantes nos padrões de consumo de açúcar de seus filhos. Maciel et al. (23) encontraram similaridade nos padrões de preferência por açúcar e cáries dentárias entre mães e seus filhos, sugerindo que mães podem desenvolver um importante papel no estabelecimento de preferência na dieta dos seus filhos e no padrão de doença dental. Valle et al. (24) encontraram associação significativa entre consumo de sacarose, refrigerantes e alimentos sólidos cariogênicos e prevalência de cárie em bebês de 0 a 36 meses de idade. Portanto, a introdução precoce do açúcar na alimentação da criança é um fator importante no desenvolvimento da cárie na infância, e esse contato deve ser retardado ao máximo. Esta intervenção é difícil, pois o primeiro contato com o açúcar já ocorre antes do primeiro mês de vida em 50% das crianças, através do “chazinho”. Ainda, por volta dos 7 ou 8 meses, quando já se iniciou o processo de erupção dentária, quase 100% das crianças já experimentaram o açúcar (25). Os resultados do presente estudo apontam que 69% dos responsáveis entrevistados pensam que o açúcar pode ser introduzido na dieta da criança ainda no primeiro ano de vida, denotando a falta de conhecimento sobre o assunto.

Conclusões

Pode-se concluir que os pais ou responsáveis por crianças desta população apresentam inadequados conhecimentos sobre os cuidados com a saúde bucal na primeira infância. Por isso, é fundamental a priorização de ações educativas voltadas a esse público na atenção primária à saúde, uma vez que as famílias, dentro de suas diversidades socioculturais, têm um grande impacto no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal das crianças.

Referências

1. Aquilante AG, Bastos JR, Sales Peres SH, Leal RB, Higa AM. Análise do nível de educação odontológica dos pais/responsáveis de escolares da 3ª série do 1º grau e sua relação na motivação e educação odontológica de seus filhos. *Rev Odontol UNICID* 2002;14:25-34.
2. Freire MC, Melo RB, Silva SA. Dental caries prevalence in relation to socioeconomic status of nursery school children in Goiânia-GO, Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24:357-61.
3. Peres KG, Bastos JR, Latorre MR. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública* 2000;34:402-8.
4. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev Saúde Pública* 2000;34:190-5.
5. Couto CM, Rio LM, Martins RC, Martins CC, Paiva SM. A percepção de mães pertencentes a diferentes níveis sócio-econômicos sobre a saúde bucal de seus filhos bebês. *Arq Odontol* 2001;37:121-32.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
7. Moyses SJ, Moyses ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004;9:627-41.
8. Alves MU, Tato NA, Brandão MC. Visão Holística de Saúde Bucal da Gestante Adolescente em Tratamento no IPPMG (FUNDÃO). *Rev Cient CRO-RJ* 1999;1:6-10.
9. Petry PC, Pretto SM. Educação e Motivação em Saúde Bucal. In: Kriger L. *ABOPREV – Promoção em Saúde Bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p.363-370.
10. Lalloo R, Myburgh NG, Hobdell MH. Dental Caries, Socio-economic Development and National Oral Health Policies. *Int Dent J* 1999;49:196-202.
11. Oliveira LB, Sheiham A, Bönecker M. Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. *Eur J Oral Sci* 2008;116:37-43.
12. Inglehart M, Tedesco LA. Behavioral research related to oral hygiene practices: a new century model of oral health promotion. *Periodontol* 2000 1995;8:15-23.
13. Costa IC, Marcelino G, Berti-Guimarães M. A gestante como agente multiplicador de saúde. *Rev Pós-Grad* 1998;5:87-92.
14. Martins AL, Tessler AP, Corrêa MS. Controle mecânico e químico da placa bacteriana. In: Corrêa MS. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo:Santos. 1999. p.271-8.
15. Moss SJ. *Crescendo sem cárie*. São Paulo: Quintessence. 1996.
16. Aguiar AD, Santos JA, Bönecker MJ. Avaliação dos Hábitos de Higiene Bucal de Crianças de 0 a 36 Meses do Município de Vila Velha-ES. *JPB – J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 1999;2:111-8.
17. Unkel JH, Fenton SJ, Hobbs G, Freire CL. Toothbrushing ability is related to age in child. *J Dent Child* 1995;61:346-8.
18. Barreira AK, Anjos AC, Soares CD, Vianna DC, Alves AC, Rocha MC et al. Percepção dos pais quanto à saúde bucal na clínica de odontopediatria da FOUFBA. *Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia* 1996/1997;16-17:13-20.
19. Zuanon ACC, Motisuki C, Bordin MM, Zuim K. Quando levar a criança para primeira visita ao dentista? *JPB – J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2001;4:321-4.
20. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24:150-6.
21. Barroso S, Damasceno L, Miasato J. Tabus e conhecimentos em saúde bucal de gestantes. *Rev Flum Odontol* 1998;4:33-8.
22. Jamel HA, Sheiham A, Cowell CR, Watt RG. Taste preference for sweetness in urban and rural populations in Iraq. *J Dent Res* 1996;75:1879-84.
23. Maciel SM, Marcenes W, Watt RG, Sheiham A. The relationship between sweetness preference and dental caries in mothers and their children. *Int Dent J* 2001;2:83-8.
24. Valle DD, Modesto A, Souza IP. Hábitos alimentares e prevalência da doença cárie em bebês. *Rev Bras Odontol* 2001;58:332-5.
25. Fraiz FC. Estudo das características de utilização de açúcar através da mamadeira, do primeiro contacto com açúcar e do padrão de aleitamento em crianças de 0 a 36 meses[dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1993.