



ARTIGO DE REVISÃO

Influence of family environment on children's oral health: a systematic review[☆]

Aline Rogéria Freire de Castilho^{a,*}, Fábio Luiz Mialhe^b, Taís de Souza Barbosa^c
e Regina Maria Puppim-Rontani^d

^aDoutora em Odontopediatria, Departamento de Ciências Biológicas, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (USP), Bauru, SP, Brasil

^bDoutor, Professor-associado, Departamento de Odontologia Infantil, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Piracicaba, SP, Brasil

^cDoutora em Odontologia Pediátrica, Departamento de Odontologia Infantil, Faculdade de Odontologia Pediátrica de Piracicaba, UNICAMP, Piracicaba, SP, Brasil

^dDoutora, Professora Titular, Departamento de Odontologia Infantil, Faculdade de Odontologia Pediátrica de Piracicaba, UNICAMP, Piracicaba, SP, Brasil

Recebido em 8 de outubro de 2012; aceito em 17 de outubro de 2012

KEYWORDS

Parental attitudes;
Parental knowledge;
Oral health;
Dental caries

Abstract

Objective: To review current models and scientific evidence on the influence of parents' oral health behaviors on their children's dental caries.

Sources: MEDLINE articles published between 1980 and June, 2012. Original research articles on parents' oral health behavior were reviewed. A total of 218 citations were retrieved, and 13 articles were included in the analysis. The studies were eligible for review if they matched the following inclusion criteria: (1) they evaluated a possible association between dental caries and parents' oral-health-related behaviors, and (2) the study methodology included oral clinical examination. The main search terms were "oral health", "parental attitudes", "parental knowledge", and "dental caries".

Summary of the findings: 13 experimental studies contributed data to the synthesis. Original articles, reviews, and chapters in textbooks were also considered.

Conclusion: Parents' dental health habits influence their children's oral health. Oral health education programs aimed at preventive actions are needed to provide children not only with adequate oral health, but better quality of life. Special attention should be given to the entire family, concerning their lifestyle and oral health habits.

© 2013 Sociedade Brasileira de Pediatria. Published by Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](#)

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.03.014>

[☆]Como citar este artigo: de Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. J Pediatr (Rio J). 2013;89:116–23.

*Autor para correspondência.

E-mail: acastilho@usp.br (A.R.F. de Castilho).

PALAVRAS-CHAVE

Atitudes dos pais;
Conhecimento dos pais;
Saúde bucal;
Cáries dentárias

Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças: uma revisão sistemática**Resumo**

Objetivo: Envolver modelos atuais e comprovações científicas sobre a influência de comportamentos de saúde bucal dos pais na cárie dentária de suas crianças.

Fontes: Artigos do MEDLINE publicados entre 1980 e junho de 2012. Foram analisados artigos de pesquisa originais tratando do comportamento dos pais quanto à saúde bucal. Um total de 218 citações foi analisado e 13 artigos foram incluídos na análise. Os estudos foram considerados elegíveis para análise se atendessem aos seguintes critérios de inclusão: (1) avaliassem uma possível associação entre cáries dentárias e o comportamento dos pais relacionado à saúde bucal; e (2) se a metodologia do estudo incluísse exame clínico bucal. Os principais termos de pesquisa foram “saúde bucal”, “atitudes dos pais”, “conhecimento dos pais” e “cáries dentárias”.

Resumo dos achados: Ao todo, 13 estudos experimentais contribuíram com dados para a síntese. Também foram considerados trabalhos, revisões e capítulos originais em livros didáticos.

Conclusão: Os hábitos de saúde dental dos pais influenciam a saúde bucal de seus filhos. São necessários programas de educação em saúde bucal com ações preventivas para proporcionar não apenas saúde bucal adequada às crianças, mas também uma melhor qualidade de vida. Deve ser dada atenção especial a toda a família, com relação a seu estilo de vida e hábitos relacionados à saúde bucal.

© 2013 Sociedade Brasileira de Pediatria. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](#)

Introdução

Os hábitos e conhecimento dos pais sobre saúde bucal parecem influenciar o estado da mesma de seus filhos.¹⁻³ Crianças com maus hábitos são mais propensas a desenvolver cáries dentárias em comparação às que possuem hábitos favoráveis.⁴⁻⁶ Ademais, a baixa condição socioeconômica da família⁷⁻⁹ e os maus hábitos de saúde bucal dos pais^{1,10} também parecem contribuir para o desenvolvimento de cáries dentárias. Além disso, outros fatores, como sexo¹¹ e variados níveis de influência, incluindo as dimensões temporais e de desenvolvimento,¹² foram observados.

Como a higiene oral é essencial para a saúde bucal, é importante fornecer à população orientações adequadas sobre o comportamento relacionado à saúde bucal das crianças e sua relação com as cáries dentárias. Abordar os fatores que influenciam a saúde bucal das crianças é útil para o desenvolvimento e a implementação de ações complementares de saúde pública com foco no comportamento das crianças e seus pais, em um esforço para proporcioná-los uma boa saúde bucal e uma melhor qualidade de vida.

Esta análise da literatura envolve vários modelos atuais e comprovações científicas sobre a influência dos comportamentos relacionados à saúde bucal dos pais sobre a situação de cáries dentárias das crianças.

Métodos**Fontes de dados e seleção do estudo**

Os autores pesquisaram a base de dados de literatura computadorizada Medline de 1980 até o final de junho de 2012, complementado por pesquisa manual de listas de referência de cada trabalho relevante identificado.

Os estudos foram considerados elegíveis para análise se atendessem aos seguintes critérios de inclusão: (1) avaliassem uma possível associação entre cáries dentárias e o comportamento dos pais relacionado à saúde bucal; e (2) se a metodologia do estudo incluísse exame clínico bucal. Adicionalmente, também foram considerados trabalhos, revisões e capítulos originais em livros didáticos.

Extração e síntese dos dados

Os principais termos de pesquisa foram “saúde bucal”, “atitudes dos pais”, “conhecimento dos pais” e “cáries dentárias”. Um total de 218 registros foi originalmente identificado. Dois revisores selecionaram e analisaram os artigos. Primeiro, cada um selecionou, de maneira independente, os artigos de seus resumos, verificando seus conteúdos. Depois, procuraram artigos sem resumos. Um consenso de 100% foi obtido entre os dois pesquisadores.

Tabela 1 Resumo das referências avaliadas.

Referência	Fonte	Tamanho da amostra	Idade (anos)	Achados selecionados
1	Mattila et al.	1.074	7	A cárie está relacionada ao estilo de vida dos pais, ao consumo de açúcar e à frequência da escovação
2	Adair et al.	2.822	3-4	A cárie está relacionada à capacidade de os pais controlarem a escovação e o consumo de açúcar dos filhos
3	Mattila et al.	828	5	A cárie está relacionada ao consumo de açúcar, domicílio na zona rural e à idade da mãe
9	Flinck et al.	3.373	12	O grupo social dos pais e o consumo de açúcar influenciam o desenvolvimento de cáries
10	Okada et al.	296	7-12	O comportamento dos pais com relação à saúde bucal afetou o comportamento de seus filhos
13	Saied-Moallemi et al.	457	9	O conhecimento e as atitudes da mãe quanto à saúde bucal está associada à ocorrência de cáries
14	Saied-Moallemi et al.	459	9	O autocuidado bucal da mãe está relacionado à saúde bucal dos filhos
15	Castilho et al.	200	5	A experiência de cárie da mãe e a prática de conhecimento quanto à saúde afetam a saúde bucal de seus filhos
16	Poutanen et al.	489	11-12	A cárie está relacionada à saúde bucal dos pais
17	Sundby et al.	794	3-5, 7, 15	A cárie está relacionada à saúde bucal dos pais
18	Paunio et al.	1.582	3	O consumo de açúcar à noite aumenta a incidência de cáries
20	Vanobberge et al.	1.500	7	A situação empregatícia dos pais afeta a saúde bucal dos filhos
21	Paunio et al.	1.582	3	A cárie está relacionada à idade da mãe

Um consenso foi atingido com relação aos artigos que atenderam de fato aos critérios de inclusão (13 artigos) e foram por fim incluídos nesta análise.

Resultados

De 13 estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade, oito^{1,2,10,13-17} relacionavam as cáries à prática de autocuidado dos pais, cinco descreviam o açúcar como o fator responsável pelas cáries,^{1,2,3,9,18} dois^{19,20} descreviam a influência da situação socioeconômica dos pais sobre a saúde bucal das crianças, e dois^{3,21} associavam a idade da mãe a cáries em seus filhos.

Um resumo de cada artigo selecionado é apresentado na Tabela 1.

Conceitos de antecedentes

Pais com bactérias cariogênicas

A negligência com relação à higiene bucal é amplamente conhecida como o principal fator causador de cáries dentárias. A cavidade oral de um recém-nascido não possui, basicamente, qualquer tipo de micróbios. Logo após o nascimento, várias bactérias, incluindo *Streptococcus mutans*, começam a se desenvolver na boca do bebê. Como o fluxo

de saliva é reduzido durante o sono, as bactérias cariogênicas obtêm acesso prolongado a substâncias fermentáveis, em um processo que leva à cárie dentária.²²

A colonização de *mutans streptococci* na boca de uma criança está diretamente relacionada ao risco de cáries. Sabe-se que *S. mutans* é o micro-organismo mais determinante no aparecimento de cáries, ao passo que *S. sobrinus* está relacionado à progressão e ao desenvolvimento das lesões.²³ Por esse motivo, as crianças com as espécies *S. mutans* e *S. sobrinus* apresentam mais cáries que as que apresentam apenas *S. mutans* ou *S. sobrinus*.²⁴⁻²⁶

Os hábitos e comportamentos maternos às vezes podem estimular ou aumentar a contaminação microbiana na cavidade oral das crianças. O contato frequente entre a mãe e a criança pode causar uma contaminação e transmissibilidade precoce das bactérias.²⁷

As mães são as primeiras a infectar suas crianças com bactérias cariogênicas,²⁸ sugerindo que seu DMFS (número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) pode ser um bom indicador de experiência com cáries em suas crianças.^{29,30} Níveis elevados de *S. mutans* nas mães aumentam em 11 vezes a chance de os filhos desenvolverem cáries dentárias. Uma redução na quantidade de *S. mutans* na saliva de mães altamente infectadas é um procedimento adequado para evitar a colonização por esses micro-organismos na cavidade oral dos filhos. Esse é um aspecto importante que deve ser avaliado, pois o quanto antes a criança for contaminada por micro-organismos

cariogênicos, maior o risco de desenvolver cáries precocemente.^{27,31} Adicionalmente, a experiência de cáries da mãe e do pai tem mostrado um impacto negativo sobre a saúde bucal dos filhos.^{1,3}

A colonização por *mutans streptococci* leva ao desenvolvimento precoce de cáries e deve ser alvo de prevenção na prática clínica.³² Embora a transmissibilidade seja fundamental para o surgimento das cáries, outros fatores, como a qualidade da higiene bucal, também influenciam o desenvolvimento dessa doença.³³ Portanto, as estratégias de prevenção de cáries dentárias devem focar no controle da colonização de bactérias cariogênicas em crianças pequenas,³⁴ e os pais devem incentivar melhores comportamentos relacionados à saúde bucal diariamente.³⁵

Hábito de escovação dos pais e comportamento das crianças relacionado à escovação

A associação entre a escovação dos pais e as cáries em crianças

Foi constatado que os hábitos de escovação dos pais influenciam os comportamentos de escovação dos filhos. Esta hipótese foi confirmada por um estudo internacional envolvendo 17 países.²

Considerando que a escovação e o uso do fio dental regulares eliminam bactérias cariogênicas e substâncias fermentáveis da superfície dos dentes, os bons hábitos de higiene bucal ajudam a evitar algumas patologias, como doenças periodontais e cáries dentárias, consideradas problemas de saúde pública comuns. Em idades diferentes na infância, os hábitos de escovação devem ser apresentados às crianças por seus pais ou cuidadores e praticados diariamente.³⁶ Portanto, uma abordagem educativa direcionada tanto para crianças quanto para seus pais os ajudaria a sofrer um número menor de lesões de cáries e a apresentar saúde bucal e qualidade de vida melhores.³⁷

A importância das intervenções para melhorar a escovação dos pais

O comportamento dos pais em relação à saúde bucal tem uma influência direta no número de dentes cariados de seus filhos, indicando que as estratégias de saúde bucal devem ter como foco não apenas os pais, mas também os filhos.¹⁰ Filhos de pais que controlam a escovação e o consumo de açúcar das crianças apresentam hábitos de saúde bucal favoráveis, demonstrando que as atitudes dos pais têm um impacto positivo sobre o estado de saúde bucal dos filhos.²

De fato, quanto maior o nível de escolaridade dos pais, mais favorável o autocuidado bucal dos filhos. Sem dúvida, os hábitos de saúde bucal das mães influenciam o autocuidado bucal dos filhos, enfatizando o papel das mães na saúde bucal dos filhos; portanto, devem ser desenvolvidos programas educacionais com foco nesses aspectos.^{13,14}

Apesar de a maioria das mães (71%) estar ciente da necessidade da escovação diária supervisionada, apenas cerca de 40% delas supervisionam a escovação dos filhos. Ademais, foi constatado que apenas 40% das crianças cuidam da sua própria higiene bucal.³⁸ Embora os hábitos de higiene bucal, a frequência de visitas ao dentista e o consumo de alimentos saudáveis tendam a ser excessivamente

relatados, o consumo de produtos que contêm açúcar tende a ser sub-relatado, pois os entrevistados normalmente dão respostas socialmente desejadas.³⁹ Quando entrevistadas, a maioria das mães parece reconhecer a importância da higiene bucal e mostra algum conhecimento sobre saúde bucal ao dar respostas satisfatórias. Entretanto, o índice de cáries observado em crianças e o estado da saúde bucal de suas mães indicam que essa abordagem epidemiológica não conseguiu avaliar a saúde bucal daqueles que participam de programas educacionais com o objetivo de prevenir doenças.³⁹

Castilho et al. constataram que 47% das mães relataram que seus filhos escovavam os dentes três vezes por dia; apenas 32% dessas mães escovavam os dentes de seus filhos, ao passo que a maioria (68%) apenas supervisionava a escovação. Entretanto, uma análise do índice de cáries (dmft - dentes cariados/faltando/obturados - médio: 5,8) revelou incompatibilidade entre a frequência de escovação pelas crianças e a relatada por suas mães.¹⁵

De acordo com Finlayson et al., durante o processo de aprendizado da escovação, as crianças apenas brincam com a escova em suas bocas e não limpam seus dentes realmente.⁴⁰ Portanto, as mães desempenham um papel chave ao ajudar seus filhos a cuidar da saúde bucal, ensinando-os hábitos de favoráveis.⁴⁰ Na prática da higiene oral, constatou-se que filhos nascidos de mães que têm ciência da importância da higiene oral escovam seus dentes mais frequentemente, pois desenvolveram melhores hábitos de escovação.⁴⁰

Um fato interessante é que a autoeficácia dos pais está associada à insegurança sobre as técnicas corretas de escovação, e, principalmente, a uma hipersensibilidade autorrelatada aos desejos dos filhos por alguns alimentos específicos ou ao fato de não gostarem de escovar os dentes.⁴¹ Apesar de os pais se esforçarem ao máximo no sentido de adotar um estilo de vida saudável, foram encontradas algumas semelhanças e diferenças com relação à saúde bucal entre os gêneros. Hábitos bucais favoráveis são mais frequentemente relatados por meninas.¹⁶ De acordo com seus comportamentos autorrelatados, os pais de meninas pertencem a um grupo com estilo de vida mais satisfatório em comparação aos pais de meninos.¹⁶ Adicionalmente, as meninas escovam seus dentes mais regularmente que os meninos,¹¹ devido, provavelmente, ao fato de que meninas são mais propensas a seguirem os modelos de suas mães, ao passo que meninos tendem a imitar seus pais. Portanto, deve-se dar mais atenção aos pais, pois eles influenciam os comportamentos de seus filhos de um modo geral.¹⁹

Conhecimento, atitudes e situação socioeconômica dos pais

As características amplamente investigadas dos pais, como conhecimento, atitudes e situação socioeconômica, influenciam nos comportamentos de saúde bucal infantil.

As normas e práticas culturais influenciam uma grande variedade de fatores sociais, como valores, crenças e costumes, afetando a saúde bucal infantil. A cultura compreende religião, convicções com relação à saúde, idioma, dieta, estrutura familiar e abordagens médicas e odontológicas preventivas.^{2,42}

A associação entre a saúde bucal precária da criança e o baixo nível socioeconômico da família é clara.⁷⁻⁹ De acordo com Mattila et al., os principais fatores correlacionados ao índice de cáries em crianças (dmft) aos cinco anos de idade são: pouca idade da mãe, convívio dos pais, habitação na zona rural, baixo histórico de cáries dos pais, maus hábitos de higiene dental da mãe, consumo de açúcar pela criança antes dos 18 meses de idade e dor de cabeça infantil aos cinco anos.³

O fato de as mães de crianças em grupos étnicos minoritários receberem apenas alguns anos de educação resulta em baixa capacidade de comunicação e, conseqüentemente, má saúde dental.¹⁷ Da mesma forma, condições de vida miseráveis e práticas de saúde bucal irregulares também contribuem para as diferenças na prevalência de cáries dentárias.¹⁷ De fato, características sociodemográficas afetam o conhecimento e as atitudes de saúde bucal de pais com um nível de escolaridade mais baixo e afetam negativamente suas práticas de saúde bucal.⁴³ Foi constatada maior prevalência de cáries dentárias e menor frequência de escovação em crianças de três anos de idade vivendo em áreas rurais, em comparação às que habitam áreas urbanas.^{18,21}

Ao considerar a situação socioeconômica, as crianças que têm pais com uma melhor situação profissional e mães que pertencem à categoria profissional de dona de casa mostraram os menores valores de índice de cáries (dmft = 1,3; dmfs = 2,5).²⁰ Enquanto crianças de classes sociais mais altas mostraram ter menos experiência com cáries,⁴⁴ crianças de grupos desfavorecidos apresentaram saúde dental mais precária.⁴⁵ Em resumo, a idade e os níveis de escolaridade dos pais são importantes fatores sociais que influenciam diretamente na saúde dental de seus filhos.⁴⁶

Com base em diversos estudos, os principais elementos que mostraram impacto específico sobre o comportamento de saúde bucal e situação de saúde bucal infantil foram: atitudes dos pais relacionadas ao tema, conhecimento geral e estado de saúde.¹⁻³ Quando todos esses elementos principais foram comparados, os comportamentos dos pais pareciam estar mais fortemente relacionados ao comportamento infantil que o conhecimento e as atitudes dos pais, comprovando a suspeita de que as crianças adquirem comportamentos de seus pais.⁴⁷ O conhecimento das mães com relação à saúde bucal foi associado a cáries dentárias em crianças de três anos de idade.⁴⁸

Apesar de os fatores relacionados aos pais serem conhecidos por influenciar a saúde dental das crianças, há diferenças entre os modelos estudados para meninos e meninas. Os fatores de influência dos pais se dão em nível ocupacional para os meninos e em nível de conhecimento e comportamento para as meninas. Levando esses achados em consideração, as intervenções de educação em saúde envolvendo toda a família são necessárias para proporcionar às crianças (de ambos os sexos) orientações preventivas mais adequadas para garantir o sucesso de sua saúde bucal.¹⁶

É impressionante como o dia a dia das famílias é amplamente influenciado por fatores sociais, culturais, ambientais e pelas condições econômicas. Esses aspectos sociais têm papéis fundamentais na saúde bucal, com influência

positiva ou negativa sobre a adoção de atitudes e comportamentos específicos com relação à saúde bucal.⁴¹

Educação infantil e implementação de medidas preventivas em casa

É evidente que o ambiente familiar incentiva escolhas e estilos de vida saudáveis.⁴⁹

O ideal é que os profissionais de odontologia informem os pais sobre a influência que seus comportamentos e atitudes com relação à saúde dental podem ter sobre a saúde bucal de seus filhos, incluindo os benefícios dos cuidados em crianças, dos programas educacionais de saúde bucal e outras questões relacionadas ao tema.⁴

Apesar de os pais desempenharem o papel mais importante na saúde de seus filhos, os professores são igualmente importantes e devem estar envolvidos na educação das crianças em termos de saúde bucal.^{50,51} As crianças passam uma parte considerável do tempo na escola e podem, então, aprender os hábitos saudáveis.⁵⁰ Os professores podem enfatizar a importância de consumir menos alimentos e bebidas açucarados, principalmente durante o horário escolar, e atividades de educação em saúde bucal poderiam ser incluídas na matriz curricular geral.⁵¹

A educação em saúde bucal e medidas preventivas na infância ajudam a reduzir a necessidade de intervenções cirúrgicas no futuro. Entretanto, os pais devem conseguir assimilar as informações e entender as instruções fornecidas e, então, implementá-las como parte da rotina preventiva de saúde bucal dos filhos. Infelizmente, muitos adultos são apenas parcialmente alfabetizados e, conseqüentemente, têm mais dificuldade de entender as instruções sobre prevenção de cáries dentárias.⁵²

Resumindo, os hábitos de higiene dental, a formação educacional e os conhecimentos sobre a criação dos filhos têm um efeito favorável sobre o estado de saúde dental das crianças. Os aspectos contextuais relacionados à capacidade familiar de desenvolver e manter bons comportamentos de saúde dental são relevantes para a odontopediatria, pois pais que não apresentam comportamentos saudáveis de higiene bucal indicam fatores de risco para cáries de seus próprios filhos.³

Recomendações sobre cuidados com a saúde bucal de crianças

Um melhor entendimento dos fatores sociais, econômicos, religiosos, comportamentais e atitudes é fundamental em estudos que visam à promoção da saúde bucal.

Um modelo central com base nos esforços de promoção da saúde bucal (1970-1980) foi desenvolvido para fornecer à população os conhecimentos e orientações substanciais sobre os comportamentos relacionados à saúde bucal. Portanto, é necessária uma perspectiva mais ampla envolvendo os múltiplos determinantes da saúde bucal⁵³ para incentivar pessoas de origens diferentes a adotar estilos de vida mais saudáveis.⁵⁴

As disparidades socioeconômicas são responsáveis por parte dos comportamentos relacionados à saúde bucal envolvendo toda a família. Na verdade, as políticas destinadas a mudar esses comportamentos provavelmente

não eliminarão completamente as disparidades na saúde bucal.⁵⁵⁻⁵⁷

De acordo com Kay & Locker, a educação em saúde é útil para aumentar o nível de conhecimento e alterar atitudes e crenças.⁵⁸ Os programas de promoção da saúde fornecem, não apenas às crianças em idade escolar mas também a seus pais, as informações adequadas sobre assistência odontológica envolvendo hábitos e atitudes relacionados à saúde bucal. Toda a família deve se responsabilizar por sua higiene dental.⁴

Os fatores que influenciam a saúde são abordados nos níveis individual, familiar e comunitário.⁵⁹⁻⁶¹ De fato, modelos simples com base em cada indivíduo são limitados e deixaram de ser aceitáveis. As crianças vivem em famílias, e as famílias estão incluídas nas comunidades. Portanto, as iniciativas comunitárias efetivas, como abordagens públicas, estão relacionadas à saúde bucal das crianças. As comunidades que prezam a saúde bucal geram crianças mais saudáveis.⁶²

Como a saúde bucal está diretamente correlacionada à saúde em geral,⁶³ a boca é parte do corpo e o risco de uma criança desenvolver doenças bucais é tão alto quanto o de desenvolver outras em geral.^{64,65} Da mesma forma, é impossível separar os riscos da família e da sociedade dos riscos da criança de desenvolver patologias gerais e bucais. Consequentemente, qualquer abordagem à saúde bucal infantil deve ter como base uma perspectiva de vários ângulos, como um meio de atingir efeitos de longo prazo.⁶⁶

O significado da motivação do indivíduo e da comunidade deve ser entendido. Pessoas com maior risco de cáries e com pouca motivação são os pacientes mais difíceis de lidar durante a prática da educação em saúde bucal.⁶⁷

O conceito chave da abordagem da promoção da saúde é a capacitação das pessoas. Essa estratégia deve ser implementada a fim melhorar o controle que o indivíduo tem de sua própria vida.⁶⁸ Contudo, provocar uma mudança no comportamento das pessoas e fazê-las manter essa mudança é um grande desafio para os profissionais da saúde. Hábitos precários de saúde bucal dos pais são provavelmente preditores de cáries para seus filhos.⁴¹ Portanto, todos os aspectos associados ao processo familiar de aquisição e continuação de bons hábitos são aspectos que afetam o cuidado pediátrico da saúde bucal.^{3,69}

Funções compartilhadas de tomada de decisões são uma ferramenta de comunicação favorável entre profissionais e pacientes no cuidado com a saúde.^{70,71} Esforços para ouvir,⁷² diálogo com a família e avaliação dos recursos familiares são fatores importantes e contribuem bastante com essa interação.⁷³ Adicionalmente, a equipe odontológica deve ouvir com atenção os membros da família para fornecer orientações adequadas sobre o cuidado e os hábitos relacionados à saúde bucal.

A cárie, a doença oral mais frequente, é prevenida com a adoção de intervenções efetivas no estilo de vida e nos hábitos do indivíduo, incluindo o cuidado com a higiene bucal. Entretanto, a cooperação da população é um fator dominante em todas as abordagens preventivas, porque conhecimento e informação não são suficientes para promover a saúde bucal. Na verdade, a promoção da saúde bucal depende, em grande parte, de um bom comporta-

mento com relação à saúde.⁶⁷ Infelizmente, o poder da educação tradicional em saúde é limitado quanto ao cuidado pediátrico oral, e não consegue, às vezes, mudar o comportamento com relação à saúde.^{58,74}

Medidas preventivas bem-sucedidas contra doenças bucais envolvem modificações ambientais e desenvolvimento de estratégias que permitam que as pessoas escolham um estilo de vida mais saudável,⁷⁵ por meio da criação de recursos que as orientam para uma vida mais ativa e produtiva, resultando em um bom estado de saúde e, conseqüentemente, uma qualidade de vida satisfatória.⁶⁸

Reduzir as desigualdades na saúde bucal continua sendo o maior desafio para a saúde pública.⁵⁶ Os indivíduos no topo da hierarquia social conhecem melhor as condições de saúde que os indivíduos na base dessa hierarquia. Esse declive social é constantemente associado a doenças insigüificantes e causas de morte que afetam todas as faixas etárias, sexos, raças e países.⁷⁶⁻⁷⁹ Ao considerar essas desigualdades na saúde bucal, é necessária uma abordagem efetiva para identificar e entender as causas fundamentais das cáries dentárias. Com base em estudos sobre saúde pública, os fatores biológicos, psicossociais, comportamentais, ambientais e políticos foram considerados causas de doenças bucais. Os determinantes sociais das desigualdades na saúde bucal têm, sem dúvida, alguma influência sobre ela; contudo, é o contexto mais amplo que determina os padrões de comportamento que devem ser profundamente analisados para criar um ambiente social que incentive bons hábitos de saúde bucal.⁵⁶

O desenvolvimento e a realização de ações públicas de saúde satisfatórias em diferentes níveis, incluindo os locais, nacionais ou internacionais, são essenciais para a promoção da saúde.⁶⁸ Um componente longitudinal é necessário para mensurar a influência do tempo e os elementos relacionados à saúde bucal em diversos níveis - individual, familiar e comunitário.¹² As abordagens públicas e complementares de saúde, como desenvolvimento de estratégias, mudanças organizacionais, ações comunitárias e legislação,^{62,74} com foco nos indivíduos e comunidades, e não apenas em indivíduos de risco elevado, ajudaria a evitar cáries e a promover uma boa saúde bucal.

Conclusão

A adoção de hábitos comportamentais coerentes na infância começa em casa com os pais, principalmente com a mãe, que desempenha um importante papel no estilo de vida relacionado à saúde bucal dos filhos. Os pais devem ser informados de que seus hábitos de saúde dental influenciam a saúde bucal de seus filhos e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. Portanto, é necessário um programa educacional de saúde mais sólido envolvendo todos os familiares, para fornecer aos pais a orientação adequada sobre como manter a saúde bucal de seus filhos, resultando em uma melhor qualidade de vida.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências

- Mattila ML, Rautava P, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssälä L, Helenius H, et al. Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? *Acta Odontol Scand.* 2005;63:73-84.
- Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health.* 2004;21:102-11.
- Mattila ML, Rautava P, Sillanpää M, Paunio P. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *J Dent Res.* 2000;79:875-81.
- Mattila ML, Rautava P, Aromaa M, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssälä L, et al. Behavioural and demographic factors during early childhood and poor dental health at 10 years of age. *Caries Res.* 2005;39:85-91.
- Hausen H, Kärkkäinen S, Seppä L. Application of the high-risk strategy to control dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000;28:26-34.
- Gibson S, Williams S. Dental caries in pre-school children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of children aged 1.5-4.5 years. *Caries Res.* 1999;33:101-13.
- Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries - international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33:274-9.
- Källestål C, Wall S. Socio-economic effect on caries. Incidence data among Swedish 12-14-year-olds. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30:108-14.
- Flinck A, Källestål C, Holm AK, Allebeck P, Wall S. Distribution of caries in 12-year-old children in Sweden. Social and oral health-related behavioural patterns. *Community Dent Health.* 1999;16:160-5.
- Okada M, Kawamura M, Kaihara Y, Matsuzaki Y, Kuwahara S, Ishidori H, et al. Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique. *Int J Paediatr Dent.* 2002;12:101-8.
- Schou L, Currie C, McQueen D. Using a "lifestyle" perspective to understand toothbrushing behaviour in Scottish schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1990;18:230-4.
- Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics.* 2007;120:e510-20.
- Saied-Moallemi Z, Virtanen JI, Ghofranipour F, Murtomaa H. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2008;9:79-83.
- Saied-Moallemi Z, Murtomaa H, Tehranchi A, Virtanen JI. Oral health behaviour of Iranian mothers and their 9-year-old children. *Oral Health Prev Dent.* 2007;5:263-9.
- de Castilho AR, das Neves LT, de Carvalho Carrara CF. Evaluation of oral health knowledge and oral health status in mothers and their children with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2006;43:726-30.
- Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. Gender differences in child-related and parent-related determinants of oral health-related lifestyle among 11- to 12-year-old Finnish schoolchildren. *Acta Odontol Scand.* 2007;65:194-200.
- Sundby A, Petersen PE. Oral health status in relation to ethnicity of children in the Municipality of Copenhagen, Denmark. *Int J Paediatr Dent.* 2003;13:150-7.
- Paunio P, Rautava P, Helenius H, Alanen P, Sillanpää M. The Finnish Family Competence Study: the relationship between caries, dental health habits and general health in 3-year-old Finnish children. *Caries Res.* 1993;27:154-60.
- Poutanen R, Lahti S, Seppä L, Tolvanen M, Hausen H. Oral health-related knowledge, attitudes, behavior, and family characteristics among Finnish schoolchildren with and without active initial caries lesions. *Acta Odontol Scand.* 2007;65:87-96.
- Vanobberge JN, Martens LC, Lesaffre E, Declerck D. Parental occupational status related to dental caries experience in 7-year-old children in Flanders (Belgium). *Community Dent Health.* 2001;18:256-62.
- Paunio P, Rautava P, Sillanpää M, Kaleva O. Dental health habits of 3-year-old Finnish children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993;21:4-7.
- Loesche WJ. Nutrition and dental decay in infants. *Am J Clin Nutr.* 1985;41:423-35.
- Tanzer JM, Livingston J, Thompson AM. The microbiology of primary dental caries in humans. *J Dent Educ.* 2001;65:1028-37.
- Okada M, Soda Y, Hayashi F, Doi T, Suzuki J, Miura K, et al. PCR detection of *Streptococcus mutans* and *S. sobrinus* in dental plaque samples from Japanese pre-schoolchildren. *J Med Microbiol.* 2002;51:443-7.
- Babaahmady KG, Challacombe SJ, Marsh PD, Newman HN. Ecological study of *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sobrinus* and *Lactobacillus* spp. at sub-sites from approximal dental plaque from children. *Caries Res.* 1998;32:51-8.
- Hirose H, Hirose K, Isogai E, Miura H, Ueda I. Close association between *Streptococcus sobrinus* in the saliva of young children and smooth-surface caries increment. *Caries Res.* 1993;27:292-7.
- Alaluusua S, Renkonen OV. *Streptococcus mutans* establishment and dental caries experience in children from 2 to 4 years old. *Scand J Dent Res.* 1983;91:453-7.
- Caufield PW. Dental caries: a transmissible and infectious disease revisited: a position paper. *Pediatr Dent.* 1997;19:491-8.
- Zanata RL, Navarro MF, Pereira JC, Franco EB, Lauris JR, Barbosa SH. Effect of caries preventive measures directed to expectant mothers on caries experience in their children. *Braz Dent J.* 2003;14:75-81.
- Köhler B, Bratthall D, Krasse B. Preventive measures in mothers influence the establishment of the bacterium *Streptococcus mutans* in their infants. *Arch Oral Biol.* 1983;28:225-31.
- Alaluusua S, Nyström M, Grönroos L, Peck L. Caries-related microbiological findings in a group of teenagers and their parents. *Caries Res.* 1989;23:49-54.
- Litt MD, Reisine S, Tinanoff N. Multidimensional causal model of dental caries development in low-income preschool children. *Public Health Rep.* 1995;110:607-17.
- Islam B, Khan SN, Khan AU. Dental caries: from infection to prevention. *Med Sci Monit.* 2007;13:RA196-203.
- Law V, Seow WK, Townsend G. Factors influencing oral colonization of mutans streptococci in young children. *Aust Dent J.* 2007;52:93-100.
- Kleinberg I. A mixed-bacteria ecological approach to understanding the role of the oral bacteria in dental caries causation: an alternative to *Streptococcus mutans* and the specific-plaque hypothesis. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2002;13:108-25.
- Blinkhorn AS. Influence of social norms on toothbrushing behavior of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1978;6:222-6.
- Efe E, Sarvan S, Kukul K. Self-reported knowledge and behaviors related to oral and dental health in Turkish children. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 2007;30:133-46.
- Blinkhorn AS, Wainwright-Stringer YM, Holloway PJ. Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. *Int Dent J.* 2001;51:435-8.

39. Blinkhorn AS, Hastings GB, Leather DS. Attitudes towards dental care among young people in Scotland. Implications for dental health education. *Br Dent J.* 1983;155:311-3.
40. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35:272-81.
41. Amin MS, Harrison RL. Understanding parents' oral health behaviors for their young children. *Qual Health Res.* 2009; 19: 116-27.
42. Hilton IV, Stephen S, Barker JC, Weintraub JA. Cultural factors and children's oral health care: a qualitative study of carers of young children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35: 429-38.
43. Williams NJ, Whittle JG, Gatrell AC. The relationship between socio-demographic characteristics and dental health knowledge and attitudes of parents with young children. *Br Dent J.* 2002; 193:651-4.
44. Tinanoff N. Dental caries risk assessment and prevention. *Dent Clin North Am.* 1995;39:709-19.
45. Elley KM, Langford JW. The use of a classification of residential neighbourhoods (ACORN) to demonstrate differences in dental health of children resident within the south Birmingham health district and of different socio-economic backgrounds. *Community Dent Health.* 1993;10:131-8.
46. Kinnby CG, Lanke J, Lindén AL, Widenheim J, Granath L. Influence of social factors on sugary products behavior in 4-year-old children with regard to dental caries experience and information at child health centers. *Acta Odontol Scand.* 1995;53:105-11.
47. Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontol Scand.* 2006;64:286-92.
48. Szatko F, Wierzbicka M, Dybizbanska E, Struzycka I, Iwanicka-Frankowska E. Oral health of Polish three-year-olds and mothers' oral health-related knowledge. *Community Dent Health.* 2004;21:175-80.
49. Rossow I. Intrafamily influences on health behavior: a study of interdental cleaning behavior. *J Clin Periodontol.* 1992;19:774-8.
50. Rajab LD, Petersen PE, Bakaeen G, Hamdan MA. Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *Int J Paediatr Dent.* 2002;12:168-76.
51. Vigild M, Petersen PE, Hadi R. Oral health behaviour of 12-year-old children in Kuwait. *Int J Paediatr Dent.* 1999;9:23-9.
52. Jackson R. Parental health literacy and children's dental health: implications for the future. *Pediatr Dent.* 2006;28:72-5.
53. Watt RG, Fuller S, Harnett R, Treasure ET, Stillman-Lowe C. Oral health promotion evaluation - a time for development. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29:161-6.
54. McGoldrick PM. Principles of health behaviour and health education. Em: Pine CM, editor. *Community oral health.* Oxford: John Wright; 1997. p. 189.
55. Sabbah W, Tsakos G, Sheiham A, Watt RG. The role of health-related behaviors in the socioeconomic disparities in oral health. *Soc Sci Med.* 2009;68:298-303.
56. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35:1-11.
57. Sanders AE, Spencer AJ, Slade GD. Evaluating the role of dental behaviour in oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006;34:71-9.
58. Kay E, Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dent Health.* 1998;15:132-44.
59. Newacheck PW, Rising JP, Kim SE. Children at risk for special health care needs. *Pediatrics.* 2006;118:334-42.
60. Patrick DL, Lee RS, Nucci M, Grembowski D, Jolles CZ, Milgrom P. Reducing oral health disparities: a focus on social and cultural determinants. *BMC Oral Health.* 2006;6:S4.
61. Diez-Roux AV. Multilevel analysis in public health research. *Annu Rev Public Health.* 2000;21:171-92.
62. Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30:241-7.
63. Atchison KA, Gift HC. Perceived oral health in a diverse sample. *Adv Dent Res.* 1997;11:272-80.
64. Casamassimo PS. Relationships between oral and systemic health. *Pediatr Clin North Am.* 2000;47:1149-57.
65. Hollister MC, Weintraub JA. The association of oral status with systemic health, quality of life, and economic productivity. *J Dent Educ.* 1993;57:901-12.
66. Tellez M, Sohn W, Burt BA, Ismail AI. Assessment of the relationship between neighborhood characteristics and dental caries severity among low-income African-Americans: a multilevel approach. *J Public Health Dent.* 2006;66: 30-6.
67. Sgan-Cohen HD. Oral hygiene improvement: a pragmatic approach based upon risk and motivation levels. *BMC Oral Health.* 2008;8:31.
68. World Health Organization (WHO). *The Ottawa Charter for Health Promotion.* Geneva: WHO; 1986.
69. Paunio P. Dental health habits of young families from southwestern Finland. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994;22:36-40.
70. Halfon N, Hochstein M. Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. *Milbank Q.* 2002;80:433-79.
71. Schofield T, Elwyn G, Edwards A, Visser A. Shared decision making. *Patient Educ Couns.* 2003;50:229-30.
72. Hartrick G. Developing health-promoting practice with families: one pedagogical experience. *J Adv Nurs.* 2000;31:27-34.
73. Tuckett D, Boulton M, Olsen C, Williams A. Meeting between experts: an approach to sharing ideas in medical consultation. London: Tavistock; 1985.
74. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Organ.* 2005;83: 711-8.
75. Milio N. Promoting health through public policy. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1993.
76. Banks J, Marmot M, Oldfield Z, Smith JP. Disease and disadvantage in the United States and in England. *JAMA.* 2006;295:2037-45.
77. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet.* 2005;365:1099-104.
78. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet.* 2003; 362:233-41.
79. Adler NE, Ostrove JM. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Ann N Y Acad Sci.* 1999;896: 3-15.