



# CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE BUCAL DE CUIDADORES DE CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CEARÁ

## INSTITUTIONALIZED CHILDREN AND THE ORAL HEALTH KNOWLEDGE AMONG CAREGIVERS

**BARBOZA, M. L.**

Universidade Federal do Ceará (UFC)

**SILVEIRA, P. D.**

Universidade Federal do Ceará (UFC)

**SARAIVA, A. C. da S.**

Universidade Federal do Ceará (UFC)

**BEZERRA, F. S. A.**

Universidade Federal do Ceará (UFC)

**PASSOS, V. F.**

<https://orcid.org/0000-0001-5121-0436>

Universidade Federal do Ceará (UFC)

**FERREIRA, R. L. G. A.**

Universidade Federal do Ceará (UFC)

### RESUMO

Durante os primeiros anos de vida, as crianças incorporam hábitos de higiene e de cuidados com a saúde oral, especialmente aqueles advindos de pais, responsáveis e cuidadores. O objetivo do presente estudo é descrever o conhecimento de cuidadores de crianças institucionalizadas sobre saúde bucal. Realizou-se um estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa, com a participação de 40 cuidadores, de sete instituições que abrigam crianças até 12 anos. As informações foram coletadas em janeiro de 2019, por meio de um questionário estruturado, inseridas no programa Excel® e analisadas estatisticamente no programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versão 17.0 para Windows®. A maioria dos cuidadores eram mulheres (90%), entre 31 e 40 anos (35,9%), com o Ensino Médio completo (27,5%). Entre os respondentes, 70% escovavam os dentes das crianças duas vezes ao dia e 34,2% cobriam todas as cerdas da escova com dentífrico. Segundo 39,5% dos cuidadores, a placa bacteriana pode ser removida por meio de bochechos e somente 5,3% responderam acertadamente que a placa pode ser removida com escova e fio dental. Os cuidadores possuíam conhecimento sobre a etiologia da cárie, entretanto, desconheciam aspectos importantes relativos à higiene oral das crianças, remetendo à necessidade de se implementarem programas educativos direcionados a essa clientela.

**PALAVRAS-CHAVE:** saúde bucal; criança institucionalizada; cuidadores.

## ABSTRACT

During their first years of life, children acquire hygiene and oral health care habits, especially those coming from parents, guardians, and caregivers. The aim of this study is to describe the knowledge caregivers of institutionalized children have concerning oral health. A descriptive cross-sectional quantitative study was conducted with the participation of 40 caregivers from seven institutions sheltering children up to 12 years old. Information was collected in January 2019, by means of a structured questionnaire, entered into the Excel® program and statistically analyzed in the Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) version 17.0 for Windows®. Most caregivers were women (90%), between 31 and 40 years old (35.9%), with complete high school education (27.5%). Among the respondents, 70% brushed the children's teeth twice a day and 34.2% covered all the toothbrush bristles with dentifrice. According to 39.5% of caregivers, plaque can be removed by rinsing, and only 5.3% answered correctly that plaque can be removed by using toothbrush and dental floss. The caregivers had knowledge about the etiology of caries; however, they were unaware of important aspects related to the oral hygiene of children, referring to the need to implement educational programs directed to this clientele.

**Keywords:** oral health; institutionalized children; caregivers.

## 1. Introdução

A cárie dentária é uma doença que envolve um desequilíbrio no processo desmineralização-rem mineralização, com perda de minerais dos tecidos dentários, pela ação de microrganismos (COLAK et al., 2013; MILLS; MOSES, 2010; MOREIRA et al., 2015). O último levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde (SB Brasil 2010) mostrou dados alarmantes sobre a saúde bucal da população brasileira ao revelar que, aos cinco anos de idade, uma criança brasileira tinha, em média, 2,43 dentes cariados e apenas 46,60% das crianças brasileiras estavam livres de cárie, percentual este distante da meta preconizada pela Organização Mundial da Saúde, na qual 90% das crianças de cinco e

seis anos de idade deveriam estar livres da doença no ano de 2010. O referido levantamento também demonstrou que, aos 12 anos, 56,5% das crianças estavam acometidas pela doença (Ministério da Saúde, 2012).

Antunes e colaboradores (2006) mostraram que a presença de cavitação por cárie nos dentes anteriores foi o mais forte preditor de cárie para os dentes posteriores, na dentição decídua, o que justifica a aplicação de medidas preventivas também em crianças na primeira infância, como boa forma de prevenir a cárie ou, caso já esteja instalada, de controlá-la. Sabendo-se que a cárie pode interferir na qualidade de vidas das crianças (Boeira et al. 2012), preconiza-se

o uso de dentifrícios fluoretados como uma das mais amplas formas de utilização do flúor no combate a essa doença, aumentando o efeito da escovação mecânica sobre o seu controle (CURY e TENUTA, 2013).

Nesse contexto, programas educativo-preventivos fundamentados na orientação de higiene bucal, no aconselhamento dietético e no uso racional do flúor têm sido um forte aliado na prevenção da cárie dentária, considerando-se o baixo custo, bem como o impacto odontológico no âmbito público e coletivo (ANTUNES et al., 2008; PAREDES et al., 2014). Vale ressaltar que os programas de educação em saúde bucal destinados a crianças devem ser estendidos aos seus responsáveis, pois a atenção em saúde bucal nessa faixa etária está diretamente relacionada a atividades voltadas a grupos que estão em contato com o público infantil (MARIN e LEITE, 2011; SANTOS et al., 2011).

Durante os primeiros anos de vida, as crianças incorporam hábitos de higiene e comportamentos saudáveis, considerando-se dos quatro aos sete anos a faixa de idade em que ocorre o maior aprendizado (ANTUNES et al., 2008; MARIN e LEITE, 2011; CARVALHO et al., 2013). É nessa fase que se conseguem consideráveis mudanças de hábitos ou práticas que levam à preservação e à manutenção da saúde bucal, já que os modelos de comportamento adquiridos nessa faixa etária são fortemente incorporados e resistentes a alterações (VENNCIO et al., 2011).

Pais e cuidadores se constituem referência para as crianças no que concerne à adoção de práticas rotineiras, inclusive aquelas relacionadas à manutenção da saúde. Sendo a remoção mecânica do biofilme o principal fator para a prevenção da cárie e da gengivite (BROFFITT et al., 2013; AMINABADI et al., 2014), é importante que esses atores tenham conhecimento sobre os aspectos relativos à saúde bucal, especialmente no que concerne à higiene oral da criança (SOARES et al., 2013; BASKARADOSS et al., 2019).

Os cuidados da criança institucionalizada em abrigos ou creches são realizados, rotineiramente, por funcionários intitulados cuidadores. Em um estudo transversal com 670 crianças de 3 a 5 anos de

idade, Wulaerhan e colaboradores (2014) observaram que, além da influência de variáveis sociodemográficas, hábitos dietéticos e comportamentos relacionados à higiene dental das crianças, o conhecimento geral de saúde bucal dos cuidadores também apresentou associação significativa com a cárie dentária.

Considerando-se que a criança institucionalizada cresce afastada da vida familiar, poderá apresentar dificuldades para reproduzir hábitos rotineiros, haja vista que os cuidadores precisam dividir sua atenção e empenho entre várias crianças (HUTZ e SILVA, 2002). Pesquisas acerca da visão desses profissionais quanto aos limites e oportunidades colocados em seu ambiente de trabalho revelam a necessidade de se conhecer seu perfil, bem como suas condições de trabalho e o que pensam acerca da saúde e do desenvolvimento das crianças que estão sob seus cuidados. Esses dados podem fornecer importantes subsídios para a implantação de políticas públicas voltadas a esse público (VERÍSSIMO e FONSECA, 2003; MAGALHÃES et al. 2011).

Diante do exposto, e considerando-se o influente papel do cuidador sobre a incorporação de hábitos saudáveis nas crianças sob seus cuidados, em especial aqueles relativos à manutenção da saúde oral, realizou-se este estudo, cujo objetivo é descrever o conhecimento de cuidadores de crianças institucionalizadas acerca da saúde bucal. A pesquisa foi conduzida no âmbito da ação de extensão intitulada “Núcleo de Pesquisa e Extensão em Clínicas – NUPEC”, vinculada à Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará, tendo como pesquisadores alunos de graduação em Odontologia, coordenados por uma professora do curso.

## 2. Materiais e métodos

Trata-se de estudo descritivo, observacional, transversal, de natureza quantitativa, cuja população de estudo foram cuidadores de crianças de instituições de acolhimento infantil cadastradas no município de Fortaleza, Ceará. A princípio, foram selecionadas sete instituições nas quais o projeto de extensão NUPEC costuma

atuar, por meio de atividades de promoção e educação em saúde, e que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: estar cadastrada na Secretaria de Desenvolvimento Social do município e acolher crianças de 0 a 12 anos. Desse modo, as seguintes instituições foram selecionadas, por conveniência, e deram a anuência formal para que a pesquisa se realizasse em suas dependências: Casa de Apoio Sol Nascente, Casa do Menor São Miguel Arcanjo, Abrigo Santa Gianna, Lar Santa Mônica, Casa de Jeremias, Lar Batista e Missão Vida em Foco.

Em cada instituição foram convidados a participar da pesquisa todos os seus cuidadores, e, após o seu aceite, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), estabeleceu-se a amostra não probabilística, obtida por conveniência, composta por 40 profissionais, tendo sido critério de inclusão: atuar diretamente nos cuidados com as crianças, incluindo aqueles relacionados à higiene oral. Não houve recusas por parte dos cuidadores.

O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário estruturado, aplicado por uma estudante de Odontologia, devidamente treinada por uma cirurgiã-dentista, docente do curso de Odontologia da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE), da Universidade Federal do Ceará (UFC). O questionário possibilitou definir o perfil sociodemográfico dos cuidadores e descrever seu conhecimento acerca de tópicos relativos à saúde bucal, tais como: o que ocasiona a cárie, definição de placa bacteriana, uso de fluoretos, higiene oral (frequência de escovação, quantidade de dentifício, uso do fio dental etc.), se recebeu orientação prévia sobre saúde bucal, dentre outros. A pesquisa ocorreu durante o mês de janeiro de 2019.

Vale salientar que, para melhor adequação do conteúdo e validação do questionário, este foi submetido a um pré-teste, que foi aplicado a cuidadores de crianças de outras instituições (creches), que não participaram da pesquisa. A elaboração do formulário teve como base a literatura acerca do conhecimento de pais e/ou responsáveis pelas crianças sobre saúde bucal, tendo sido adaptado para o presente estudo (MASSONI et al. 2010; SANTOS et al.

2011; MARTINS e JETELINA, 2016; GISLON et al. 2017).

Os dados coletados foram tabulados no Microsoft Excel, exportados para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0 para Windows, e, posteriormente, foram submetidos à análise estatística descritiva, sendo as variáveis descritas por meio de suas frequências absolutas e percentuais.

Seguindo a Resolução CNS N° 466, de 12 de dezembro de 2012, que rege as pesquisas com seres humanos, submeteu-se o estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, tendo sido aprovado sob o parecer N° 3.066.369.

### 3. Resultados e discussões

Conforme pode se ver na Tabela 1, os 40 cuidadores de crianças institucionalizadas que participaram da pesquisa, eram, na maioria, do sexo feminino (90,0%), corroborando os achados de Nagarajappa e colaboradores (2013) e de Patrocínio e Bortolin (2014), onde, respectivamente, 62,4% e 82% dos participantes eram mulheres.

Em relação à idade, a maior parte dos cuidadores (64,1%) tinham de 21 a 40 anos de idade, sendo de 31 a 40 anos a faixa etária mais prevalente, conforme a Tabela 1. Esses resultados corroboram aqueles apontados por Baskaradoss e colaboradores (2019), onde a faixa etária de maior prevalência dos cuidadores foi de 30 a 45 anos.

Essa “feminização” das atividades profissionais de cuidado infantil está de acordo com os resultados de Silveira e colaboradores (2019), que analisaram o cuidado de crianças com desenvolvimento atípico, com os de Veríssimo e Fonseca (2003), que conduziram estudos em ambiente educacional. A realidade histórica apresentada por esses autores mostra a presença secular de um contingente expressivo de mulheres encarregadas do cuidado e da educação de crianças em tenra idade, muitas delas em situação de acolhimento institucional (CAVALCANTE e CORREA, 2012).

No que se refere à escolaridade, mais da metade dos respondentes tinha cursado o Ensino Médio completo ou incompleto

(52,5%), havendo também uma parcela de analfabetos (7,5%) entre os cuidadores. Chamou atenção o fato de alguns deles terem concluído o Ensino Superior (7,5%) e cursado pós-graduação (2,5%). A maioria dos sujeitos (74,5%) declarou possuir renda familiar de até dois salários-mínimos mensais (Tabela 1). Na pesquisa conduzida por Bispo e colaboradores (2015), a maior parte dos profissionais (58,2%) possuía Ensino Médio completo, o que representa mais que o dobro de sujeitos do presente estudo nesse nível de escolaridade.

Tem-se observado a influência da renda familiar e do nível educacional, entre outros fatores, sobre os conhecimentos, atitudes e práticas de saúde bucal de cuidadores infantis. Por falta de maturidade, as crianças, especialmente na primeira infância, não conseguem assimilar as orientações sobre higiene bucal advindas diretamente do cirurgião-dentista, tendo os cuidadores importante papel na promoção da saúde bucal dessa clientela (ADAMS et al., 2012; GONZÁLEZ et al., 2013; BASKARADOSS et al., 2019).

Uma parcela de 65% dos respondentes exercia a função de cuidador no abrigo há, no máximo, dois anos, conforme a Tabela 1. Segundo Cavalcante e Corrêa (2012), a criança institucionalizada em abrigos, por se

encontrar longe da família, necessita de atenção e apoio físico e emocional, buscando construir relações com as pessoas que estão mais próximas de si.

Quando questionados sobre seus conhecimentos sobre saúde bucal, a maioria dos cuidadores (70%) considerou bom o seu nível de conhecimento sobre o assunto. De maneira positiva, pôde-se verificar, por meio das respostas ao questionário, que 79,5% dos sujeitos da pesquisa relataram ter recebido alguma orientação prévia sobre saúde bucal (Tabela 1).

A definição de placa bacteriana como uma “massa amarelada nos dentes” foi a resposta de 25% dos participantes (Tabela 2), percentual inferior aos 38,2% apontados por Bispo e colaboradores (2015), em estudo semelhante. Ainda com relação à placa bacteriana, 15,0% dos participantes afirmaram que esta consiste em restos de alimentos e 25,0% não responderam ou não souberam informar. Segundo 37,5% dos cuidadores, a placa pode ser removida por meio de bochechos (Tabela 2), e, embora 75% dos cuidadores terem qualificado seu nível de conhecimento em saúde bucal como bom/ótimo (Tabela 1), somente 5,0% responderam acertadamente que a placa bacteriana pode ser removida com escova e fio dental.

**Tabela 1- Perfil sociodemográfico de cuidadores de crianças institucionalizadas em abrigos. Fortaleza (CE), 2019.**

|                            | N  | %    |
|----------------------------|----|------|
| <b>Idade (n=39)</b>        |    |      |
| 21 a 30 anos               | 11 | 28,2 |
| 31 a 40 anos               | 14 | 35,9 |
| 41 a 50 anos               | 09 | 23,1 |
| 51 a 60 anos               | 05 | 12,8 |
| <b>Sexo (n=40)</b>         |    |      |
| Masculino                  | 04 | 10,0 |
| Feminino                   | 36 | 90,0 |
| <b>Estado Civil (n=39)</b> |    |      |
| Solteiro                   | 12 | 30,8 |
| Casado                     | 21 | 53,8 |
| Divorciado                 | 02 | 5,1  |
| Viúvo                      | 01 | 2,6  |
| União Estável              | 02 | 5,1  |
| Separado                   | 01 | 2,6  |
| <b>Escolaridade (n=40)</b> |    |      |
| Analfabeto                 | 03 | 7,5  |
| EF incompleto              | 07 | 17,5 |

|  |           |            |
|--|-----------|------------|
| EF completo  | 02        | 5,0        |
| EM incompleto  | 10        | 25,0       |
| EM completo  | 11        | 27,5       |
| ES incompleto  | 03        | 7,5        |
| ES completo  | 03        | 7,5        |
| Pós-Graduação  | 01        | 2,5        |
| <b>Tempo na Instituição (n=40)</b>                                 |           |            |
| 0 a 2 anos   | 26        | 65,0       |
| 3 a 5 anos   | 07        | 17,5       |
| 6 a 8 anos   | 03        | 7,5        |
| 9 a 10 anos  | 03        | 7,5        |
| Mais de 10 anos  | 01        | 2,5        |
| <b>Renda Familiar (n=36)</b>                                       |           |            |
| Menor ou igual a 1 SM  | 17        | 47,2       |
| 1 a 2 SM   | 12        | 33,4       |
| 3 a 4 SM   | 07        | 19,4       |
| <b>Recebeu alguma orientação sobre saúde bucal(N=39)</b>           |           |            |
| Sim  | 31        | 79,5       |
| Não  | 08        | 20,5       |
| <b>Nível de conhecimento em saúde bucal (N=40) (autoavaliação)</b> |           |            |
| Ótimo  | 02        | 5,0        |
| Bom  | 28        | 70,0       |
| Regular  | 08        | 20,0       |
| Insuficiente   | 02        | 5,0        |
| <b>Total</b>   | <b>40</b> | <b>100</b> |

EF= Ensino Fundamental EM= Ensino Médio ES= Ensino Superior SM= salário-mínimo  
 Fonte: elaborada pelos autores.

**Tabela 2- Conhecimento de cuidadores de crianças institucionalizadas em abrigos sobre placa bacteriana. Fortaleza (CE), 2019.**

|   | <b>N</b>  | <b>%</b>   |
|---|-----------|------------|
| <b>O que é a placa bacteriana (N=40)</b>                |           |            |
| Restos de alimentos                                     | 06        | 15,0       |
| Massa amarelada nos dentes                              | 10        | 25,0       |
| Grupo de bactérias                                      | 09        | 22,5       |
| Grupo de bactérias e massa amarela                      | 05        | 12,5       |
| Não sabe informar/Não respondeu                         | 10        | 25,0       |
| <b>Como pode ser removida a placa bacteriana (N=40)</b> |           |            |
| Pelo dentista no consultório                            | 18        | 45,0       |
| Com bochechos com soluções                              | 15        | 37,5       |
| Escova e fio dental                                     | 02        | 5,0        |
| Não sabe informar/Não respondeu                         | 05        | 12,5       |
| <b>Total</b>  | <b>40</b> | <b>100</b> |

Fonte - elaborada pelos autores.

Sabe-se que a remoção da placa é feita de maneira mecânica, por meio da escovação e do uso do fio dental (DEMARI et al., 2016), entretanto, no presente estudo, apenas 30,0% dos cuidadores responderam

que o fio dental deve ser usado regularmente nas crianças (Tabela 3).

Ao serem indagados sobre os fatores relacionados às causas da cárie dentária, os respondentes tiveram a possibilidade de escolher mais de uma opção (Tabela 3). Açúcar (80,0%), falta de higiene (77,5%) e bactérias (37,5%) foram as mais assinaladas, o que denota razoável conhecimento dos cuidadores. Quando se indagou sobre o que poderia favorecer o surgimento da cárie, 52,5% dos entrevistados afirmaram ser a má escovação associada ao açúcar em excesso. De fato, o controle deficiente do biofilme dental associado a uma dieta rica em açúcares, ocasiona o aumento da prevalência de cárie na população infantil brasileira (GOLDENFUM et al. 2019).

Ainda com relação à cárie dentária, cerca de 25% dos cuidadores acreditavam no envolvimento de fungos ou de vírus na sua etiologia (Tabela 3). Contrariamente aos achados do presente estudo, Garcia e colaboradores (2010), apontam que apenas 9% dos respondentes mencionaram a importância do binômio “dieta rica em açúcar e má higiene oral” para o surgimento da cárie. Entretanto, na pesquisa de Bispo e colaboradores (2015), 85,5% dos participantes citaram o açúcar como o principal alimento relacionado à lesão cariada, e somente 40% associaram o surgimento da cárie à escovação não adequada. Contribuindo com este debate, Medeiros e colaboradores (2015) demonstraram que crianças que tiveram introdução precoce da sacarose, aos seis meses de vida, tiveram mais cáries aos três anos de idade, motivo pelo qual se deve retardar o contato da criança com alimentos doces, pelo menos até os dois anos.

A respeito do flúor, constatou-se que a maioria dos cuidadores (57,5%) respondeu corretamente sobre o papel dos fluoretos de tornar os dentes mais resistentes à cárie. Da mesma forma, 72,5% deles também responderam positivamente, ao serem indagados sobre o uso do dentifrício fluoretado na escovação das crianças (Tabela 3). Existe comprovação científica de que não há sentido na recomendação de dentifrícios não fluoretados ou de baixa concentração para crianças de pouca idade, pois isso as impede de receber o comprovado benefício dos fluoretos na prevenção de cárie (Chedid

et al., 2013). A recomendação é que o dentifrício fluoretado seja empregado em todas as faixas etárias, a partir do primeiro dente decíduo (CURY e TENUTA, 2013). Dessa forma, considera-se fundamental avaliar se essa recomendação está sendo colocada em prática, especialmente considerando crianças institucionalizadas em abrigos.

Em um estudo conduzido por Jagher e colaboradores (2016), quase a totalidade das crianças participantes utilizavam dentifrício fluoretado de forma adequada, com a concentração mínima de 1.100 ppm de flúor. Entretanto, apenas 31,8% dos pais/responsáveis relataram ter introduzido o dentifrício fluoretado antes de um ano de idade (fase em que ocorre a erupção dos primeiros dentes decíduos).

Com base na melhor evidência científica disponível sobre estratégias para o controle de cárie, recomenda-se que um dentifrício fluoretado tenha, no mínimo, 1.100 ppm de flúor, e seja utilizado pelo menos duas vezes ao dia, como coadjuvante da limpeza dos dentes de todas as crianças, principalmente direcionada aos dentes com alto risco de cárie, tais como os primeiros molares decíduos e permanentes em erupção (CURY e TENUTA, 2013). Desmistifica-se, pois, a crença de que crianças não devem usar creme dental fluoretado, devido ao risco de fluorose (BISPO et al., 2015). É indispensável, entretanto, a supervisão da escovação por um responsável, e a quantidade a ser usada deve ser pequena, sendo um esfregaço, para crianças abaixo de 3 anos, e do tamanho de uma ervilha, para crianças entre 3 e 6 anos de idade (AAPD, 2014; OLIVEIRA; SANTOS; NADANOVSKY, 2012).

No intuito de modificar o padrão de comportamento de crianças pertencentes a famílias de baixa renda e melhorar o conhecimento de saúde bucal de cuidadores, Menegaz e colaboradores (2020) realizaram um estudo controlado e randomizado, baseado em intervenções pautadas na promoção de saúde. Os autores demonstraram efeitos positivos dessas intervenções, tanto sobre o comportamento das crianças, quanto sobre o conhecimento dos cuidadores, representando, segundo os pesquisadores, o passo inicial para a prevenção de doenças bucais, como a cárie.

Tais resultados respaldam a necessidade de se implementarem medidas educativas junto aos cuidadores de crianças, haja vista a existência de lacunas de conhecimentos sobre saúde bucal.

Com relação ao momento para se iniciar a limpeza da boca da criança, cerca de 75% responderam ser após a erupção do primeiro dente (Tabela 4). Existe a crença de que é desnecessário higienizar a boca do bebê antes da erupção dentária, entretanto, a higiene oral da criança deve ser iniciada a partir dos primeiros dias de vida, com a finalidade de remover o leite estagnado no interior da boca e nas comissuras labiais, além de massagear a gengiva etc. (BRASIL, 2012 b). A ausência da alternativa (“antes da erupção dentária”), como uma das opções de resposta a esta pergunta, no questionário empregado na presente pesquisa, consistiu numa falha, já que este seria o momento adequado de se iniciar a higiene oral, o que

impediu uma análise mais acurada desta questão. Por outro lado, o fato de a maioria ter apontado a necessidade de iniciar a higiene oral logo após a erupção do primeiro dente, é indicativo do conhecimento sobre a importância da limpeza dos dentes do bebê.

Ao serem questionados sobre a quantidade ideal de dentífrico a ser colocada na escova dental (crianças até cinco anos), 7,5% dos cuidadores afirmaram, erroneamente, que deveria cobrir todas as cerdas da escova, e igual percentual afirmou a necessidade de fazer bastante espuma. Do mesmo modo, quando indagados acerca do fator mais importante para uma boa escovação, 32,5% mencionaram, de modo equivocado, a colocação de dentífrico cobrindo todas as cerdas (Tabela 4). Fica evidente, pois, a falta de conhecimento dos cuidadores sobre aspectos básicos relativos à higiene oral das crianças.

**Tabela 3 – Conhecimento dos cuidadores de crianças institucionalizadas em abrigos sobre cárie e métodos preventivos. Fortaleza (CE), 2019.**

|   | N  | %    |
|---|----|------|
| <b>O que você acha que causa a cárie* (n=40)</b>                          | 04 | 10,0 |
| Vírus   | 15 | 37,5 |
| Bactéria  | 06 | 15,0 |
| Fungo   | 32 | 80,0 |
| Açúcar  | 31 | 77,5 |
| Falta de higiene  | 03 | 7,5  |
| Não sabe informar/Não respondeu   | 10 | 25,0 |
| <b>O que pode favorecer o surgimento da cárie* (n=40)</b>                 | 07 | 17,5 |
| Escovação inadequada  | 21 | 52,5 |
| Alimentação rica em açúcar  | 05 | 12,5 |
| Má escovação e açúcar em excesso  | 05 | 12,5 |
| Não soube informa/Não respondeu   | 05 | 12,5 |
| <b>Para que serve o flúor (n=40)</b>                                      | 08 | 20,0 |
| Clarear os dentes   | 23 | 57,5 |
| Fortalecer os dentes e combater a cárie                                   | 04 | 10,0 |
| Tornar hálito agradável   | 05 | 12,5 |
| Não sabe informar/não respondeu   | 05 | 12,5 |
| <b>Deve-se utilizar pasta fluoretada na escovação das crianças (n=40)</b> | 29 | 72,5 |
| Sim   | 06 | 15,0 |
| Não   | 05 | 12,5 |
| Não sabe informar/não respondeu   | 05 | 12,5 |
| <b>Deve-se utilizar o fio dental na higiene oral das crianças (n=40)</b>  | 12 | 30,0 |
| Sim (regularmente)  | 06 | 15,0 |
| Não   | 06 | 15,0 |



|  |    |      |
|--|----|------|
| Às vezes   | 03 | 7,5  |
| Somente pelas crianças que sabem usar o fio dental | 07 | 17,5 |
| Não soube informar/Não respondeu                   | 12 | 30,0 |
|  | 40 | 100  |

\* O respondente pôde escolher mais de uma opção.

**Fonte:** elaborada pelos autores.

É fundamental que os cuidadores sejam orientados sobre a quantidade adequada de dentifrício a ser colocada sobre a escova dental, de acordo com a faixa etária da criança. Embora não esteja padronizada a quantidade exata de dentifrício a ser depositada na escova, estudos demonstram que pequenas quantidades (cerca de 0,3 g) são indicadas para crianças menores de 7 anos de idade (CURY e TENUTA, 2013). Quando se reduz a quantidade de dentifrício aplicado na escova, está sendo reduzida a dose de exposição sistêmica ao fluoreto, sem comprometimento do seu efeito preventivo, considerando-se que o dentifrício está sendo utilizado em uma área restrita: a cavidade bucal da criança (CHEDID et al., 2013).

Baseadas em evidências científicas, a American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD, 2014) e a American Dental Association (ADA, 2014) recomendam o uso de dentifrícios fluoretados, sob supervisão, em quantidades pequenas, como uma fina camada sobre a escova ou similares, em volume correspondente a um “grão de arroz”, para crianças menores de três anos, e a um “grão de ervilha”, para aquelas de três a seis anos de idade. Dessa forma, se garante o benefício anticariogênico do fluoreto, sem o risco de ocasionar fluorose dentária. Considerando-se os fatores envolvidos no desenvolvimento da cárie e o efeito do flúor no seu controle, não há razão para privar crianças abaixo de cinco anos da utilização do dentifrício fluoretado (TENUTA et al., 2011).

Jagher e colaboradores (2016) observaram que a quantidade de dentifrício colocada na escova das crianças foi superior à recomendada para a faixa etária, sendo um

indicativo de que pais e crianças têm dificuldades de assimilar as orientações oferecidas apenas verbalmente pelos profissionais. Os referidos autores destacam a importância de os cirurgiões-dentistas instruírem seus pacientes e familiares, utilizando também métodos alternativos, tais como ilustrações e demonstrações visuais das quantidades apropriadas de dentifrício para cada faixa etária.

No presente estudo, a escovação duas vezes ao dia foi apontada por 70% dos cuidadores, assim como 42,5% mencionaram que a quantidade de dentifrício para uma criança de cinco anos deveria ser equivalente a um grão de ervilha (Tabela 4), percentual este inferior aos 50,9% encontrados por Bispo e colaboradores (2015).

Estudos demonstram que o conhecimento, as crenças e as atitudes de pais e responsáveis em relação à saúde bucal exercem influência sobre o comportamento saudável das crianças (WINNIER et al. 2015; MARTINS e JETELINA, 2016; SHETTY et al. 2016). Indubitavelmente, tem havido uma ampliação do conhecimento da população acerca da saúde bucal, entretanto, ainda há muito a ser esclarecido com relação a este tema, para que pais e responsáveis possam atuar de modo eficaz na prevenção das doenças bucais.

Cabe salientar que o nível socioeconômico interfere no acesso à informação, como apontado por diversos autores. Sendo assim, é fundamental que haja a oferta de programas de educação em saúde para pais/responsáveis de crianças de diferentes classes sociais (ALMEIDA et al. 2011; CASTILLO et al. 2013; MEDEIROS et al. 2015).

**Tabela 4 – Conhecimento dos cuidadores de crianças institucionalizadas em abrigos sobre higiene oral. Fortaleza (CE), 2019.**

|   | N  | %    |
|---|----|------|
| <b>Idade para iniciar a higiene oral (n=40)</b> |    |      |
| Após erupção do 1º dente                        | 30 | 75,0 |

|  |           |            |
|--|-----------|------------|
| Após erupção de vários dentes  | 05        | 12,5       |
| Não sabe informar/não respondeu  | 05        | 12,5       |
| <b>Frequência com que os dentes devem ser escovados (n=40)</b>                     |           |            |
| Uma vez por dia  | 01        | 2,5        |
| Duas vezes por dia   | 28        | 70,0       |
| Três vezes por dia   | 11        | 27,5       |
| <b>Quantidade de dentifrício na escova para crianças de até 05 anos (n=40)</b>     |           |            |
| Equivalente a um grão de arroz cru   | 10        | 25,0       |
| Equivalente a um grão de ervilha   | 17        | 42,5       |
| Cobrindo todas as cerdas da escova   | 03        | 7,5        |
| Quantidade para bastante espuma  | 03        | 7,5        |
| Não soube informar/não respondeu   | 07        | 17,5       |
| <b>Como devem ser os movimentos da escova (n=39)</b>                               |           |            |
| Horizontais  | 01        | 2,6        |
| Verticais  | 06        | 15,4       |
| Circulares   | 09        | 23,0       |
| Verticais e circulares   | 06        | 15,4       |
| Horizontais e circulares   | 02        | 5,1        |
| Horizontais, verticais e circulares  | 15        | 38,5       |
| <b>O que é mais importante para uma boa escovação (n=40)</b>                       |           |            |
| Usar a escova na posição correta e fazer os movimentos corretos                    | 08        | 20,0       |
| Usar força na hora de escovar  | 02        | 5,0        |
| Colocar creme dental cobrindo todas as cerdas                                      | 13        | 32,5       |
| Escova na posição correta, movimentos corretos e quantidade correta de dentifrício | 13        | 32,5       |
| Não sabe informar/Não respondeu  | 04        | 10,0       |
| <b>Total</b>   | <b>40</b> | <b>100</b> |

**Fonte** - elaborada pelos autores.

O presente estudo possui algumas limitações: o pequeno tamanho da população impede que os resultados sejam generalizados; a concentração do fluoreto utilizado pelas crianças não foi investigada por meio do questionário utilizado. Ademais, a ausência da alternativa: “antes da erupção dentária,” como uma das opções de escolha para se iniciar a higiene oral da criança, consistiu numa falha, impedindo uma análise mais acurada desta questão. Acrescenta-se o fato de que o instrumento de coleta de dados consistiu em um

questionário que, embora tenha sido aplicado pela pesquisadora, está sujeito à interpretação do respondente, portanto, sujeito a viés de memória.

## 4. Conclusão

Considerando-se os dados apresentados nesta pesquisa, foi possível constatar a existência de lacunas de conhecimento sobre saúde bucal entre os cuidadores de crianças institucionalizadas, especialmente no que diz respeito a aspectos relativos à higiene oral. Em contrapartida, os profissionais demonstraram conhecimento razoável sobre a etiologia da cárie dentária.

Os cuidadores possuem papel essencial na formação das crianças, podendo influenciá-las positivamente quanto à manutenção de hábitos saudáveis, especialmente aqueles relacionados à saúde bucal. Acredita-se, pois, na necessidade de se implementarem programas educativos eficazes direcionados a esses atores, no intuito de suprir tais lacunas e potencializar o papel do cuidador de influenciar positivamente a saúde das crianças.

## REFERÊNCIAS

- (1) ADAMS, S.H.; ROWE, C.R.; GANSKY, S.A.; CHENG, N.F.; BARKER, J.C.; HYDE, S. Caregiver acceptability and preferences for preventive dental treatments for young African-American children. *J Public Health Dent*, v. 72, n. 3, p. 252-60, 2012.
- (2) ALMEIDA AL, BARBOSA AMF, MENEZES VA, GRANVILLE-GARCIA AF. Experiência de cárie entre mães e filhos: influência de fatores socioeconômicos e comportamentais. *Odontol. Clín. Cient*, v. 10, n. 4, p. 373-9, 2011.
- (3) AMINABADI, N.A.; GHOREISHIZADEH. A.; GHOREISHIZADEH. M.; OSKOU EI, S.G.; GHOUZADEH, M. Can child temperament be related to early childhood caries? *Caries Res*, V. 48, p. 3-12, 2014.
- (4) ANTUNES, L.S.; ANTUNES, L.A.A.; CORVINO, M.P.F. Percepção de pré-escolares sobre saúde bucal. *Rev Odontol USP*, v. 21, n. 1, p. 52-9, 2008.
- (5) BASKARADOSS, J.K.; AITHUNAVAN, M.F.; ALESSA, J.A.; ALOBAIDY, S.S.; ALWAKEEL, R.S.; ALSHUBAIKI, A.H.; ALHUDAVRIS, R.S.; ALMOTLAG, S.K.; GEEYARGHESE, A. Relationship Between Caregivers' Oral health Literacy and their Child's caries Experience. *Community Dent Health*, v. 36, n. 2, p. 111-17, 2019.
- (6) BISPO, J.R.; VALENTE, A.G.L.R.; ANDRADE; L.H.R.; TANNURE, P.N. Conhecimento dos educadores do abrigo Tereza de Jesus sobre saúde bucal infantil. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*, v. 27, n. 3, p. 201-9, 2015.
- (7) BOEIRA, G.F.; CORREA, M.B.; PERES, K.G.; PERES, M.A.; SANTOS, I.S.; MATIJASEVICH, A. et al. Caries is the Main Cause for Dental Pain in Childhood: findings from a birth cohort. *Caries Res*, V. 46, N. 5, P. 488-95, 2012.
- (8) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. *Cadernos de Atenção Básica*, nº 33. Brasília, DF, 2012.
- (9) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

- (10) BROFFITT, B.; LEVY, S.M.; WARREN, J.; CAVANAUGH, J.E. Factors associated with surface-level caries incidence in children aged 9 to 13: the Iowa Fluoride Study. *J. Public. Health Dent. V.* 73, n. 4, p. 304-10, 2013.
- (11) CARVALHO, T.H.L.; PINHEIRO, N.M.S.; SANTOS, J.M.A.; COSTA, L.E.D.; QUEIROZ, F.S.; NÓBREGA, C.B.C. Estratégias de promoção de saúde para crianças em idade pré-escolar do município de Patos-PB. *Rev Odontol Unesp*, v. 42, n. 6, p. 426-31, 2013.
- (12) CASTILLO, A.R.; MIALHE, F.L.; BARBOSA, T.S.; PUPPIN-RONTANI, R.M. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr*, v. 89, n. 2, p. 116-23, 2013.
- (13) CAVALCANTE, L.I.C.; CORRÊA, L.S. Perfil e Trajetória de Educadores em Instituição de Acolhimento Infantil. *Cad Pesqui*, v. 42, n. 146, p. 494-517, 2012
- CHEDID, S.J.; TENUTA, M.; CURY, J.A. O Uso de Fluoretos em Odontopediatria
- COLAK, H.; DÜLGERGIL, C.T.; DALLI, M.; HAMIDI, M.M. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *J Nat Sci Biol Med*, v. 4, n. 1, p. 29-38, 2013.
- (14) CURY, J.A.; TENUTA, L.M.A. Evidence-based Recommendation on Toothpaste Use. *Braz Oral Res*, v. 12, n. 17, p. 1-7, 2013.
- (15) DEMARI, S; MARQUES, C; OLIVEIRA, R. S., PEREIRA, J. T; WERLE, S. Avaliação do conhecimento sobre higiene bucal dos responsáveis por crianças de 0-6 anos de idade. *Rev Fac Odontol Lins*, v. 26, n. 1, p. 11-18, 2016.
- (16) GARCIA, P.P.NS.; SANTOS, P.A.; CASTRO, C.F.; OLIVEIRA, A.L.B.M.; DOTTA, E.A.V. Conhecimento de cárie dental e doença periodontal de professores do ensino fundamental segundo o tipo de instituição (pública ou privada). *Odonto*, v. 18, n. 36, p. 155-63, 2010.
- (17) GISLON, L.c.; BOTTAN, E.R.; STAIMBACH, C.O.; RAFAELI, C. Conhecimento de mães sobre saúde bucal na infância. *Journal of Oral Investigations*, v. 6, n. 2, P. 1-6, 2017.
- (18) GOLDENFUM, G.M.; SILVA, N.C.; ALMEIDA, I.A.; MOURA, M.S.; SILVA, B, B.; JARDIM, J.J.; RODRIGUES, J.A. Risk indicators of caries lesion activity in children. *Eur J Paediatr Dent*. v. 20, n. 3, p.179-82, 2019.
- (19) GONZÁLEZ, M.F.; HERNÁNDEZ, S.L.; CORREA, M.K. Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles. *Rev Cub Salud Publica*, v. 39, n. 1, p. 59-68, 2013.
- (20) HUTZ, C.S.; SILVA, D.F. Avaliação psicológica de crianças em situação de risco. *Aval Psicol.* v. 1, p. 73-79, 2002. JAGHER, A.C.; RIPPLINGER, T.; PINTO, G.S.; MAGALHÃES, COLINO, C.M.; COSTA, L. N.; CAVALCANTE, L. I.C. Percepção de educadores de abrigo: o seu trabalho e a criança institucionalizada. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum*, v. 21, n. 3, p. 818-31, 2011.
- (21) MARIN, K.K.; LEITE, I.C.G. Prevalência de cárie dentária em escolares de 05 e 06 anos de idade atendidos pelo programa saúde da família em uma cidade de porte populacional médio de Minas Gerais – Brasil. *Rev APS*, v. 14, n. 2, p. 170-76, 2011.
- (22) MASSONI, A. C. L. T.; PAULO, S. F.; FORTE, F. D. S.; FREITAS, C. H. S. M.; SAMPAIO, F. C. Saúde Bucal Infantil: Conhecimento e Interesse de Pais e Responsáveis. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, v. 10, n. 2, p. 257-64, 2010.

- (23) MEDEIROS, P.B.; OTERO, S.A.; FRENCKEN, J.E.; BRONKHORST, E.M.; LEA, S.C. Effectiveness of an oral health program for mothers and their infants. *Int J Paediatr Dent*. V. 25, N. 1, P. 29-34, 2015.
- (24) MENEGAZ, A.M.; QUEVEDO, L.A.; MUNIZ, L.C.; FINLAYSON, T.L.; AYALA, G.X.; CASCAES, A.M. Changes in Young Children's Oral Health-Related Behaviours and Caregiver Knowledge: a cluster randomized controlled trial in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 48, p. 81-77, 2020.
- MILLS, L.W.; MOSES, D.T. Oral health during pregnancy. *Am J Matern Child Nurs*, v. 27, n. 5, p. 275-80, 2002.
- (25) MOREIRA, J.C.; GALLINARI, M.O.; PELLIZZER, E.P.; MENDONÇA, M.R.; OKAMOTO, R. Resina infiltrativa para tratamento de lesão de mancha branca: revisão de literatura. *Rev Odontol Araçatuba*, v. 36, n. 1, p. 30-5, 2015.
- (26) NAGARAJAPPA, R.; KAKATKAR, G.; SHARDA, A. J.; ASAWA, K.; RAMESH, G.; SANDESH, N. Infant oral health: knowledge, attitude and practices of parents in Udaipur, India. *Dent Res J (Isfahan)*. V. 10, n. 5, p. 659-665, 2013.
- (27) OLIVEIRA, B.H.; SANTOS, A.P.P.; NADANOVSKY, P. Uso de dentifrícios fluoretados por pré-escolares: o que os pediatras precisam saber? *Resid. Pediat.*, v. 2, n. 2, p. 12-9, 2012.
- (28) PAREDES, S.O.; GALVÃO, R.N.; FONSECA, F.R.A. Influência da saúde bucal sobre a qualidade de vida de crianças pré-escolares. *RBSP*, v. 38, n. 1, p. 125-139, 2014.
- (29) PATROCÍNIO, M.C.; BORTOLIN, G.C. Avaliação do conhecimento dos pais em relação à saúde bucal de crianças institucionalizadas. *Clipe Odonto*, v; 6, n. 1, p. 18-27, 2014.
- (30) SANTOS, Y.M.; RAMOS-JORGE, M.L.; PAIVA, S.M.; FERREIRA, M.C. Avaliação do conhecimento e práticas dos pais quanto à saúde bucal dos filhos de 3 a 9 anos de idade: um estudo piloto. *Arq Odontol* v. 47, n. 4, p. 219-229, 2011.
- (31) SHETTY, R.M.; DEOGHARE, A. RATH, S.; SARDA, R.; TAMRAKAR, A. Influence of mother's oral health care knowledge on oral health status of their preschool child. *Saudi J Oral Sci*, v. 3, n. 1, p.12-6, 2016.
- (32) SILVEIRA, M.S.; FARIAS, Y.B.; SOUZA, R.D.C. Uma Análise Generificada de Cuidadoras de Crianças com Desenvolvimento Atípico. *PSI UNISC*, V. 3, N. 2, P. 101-14, 2019.
- (33) SOARES, J.; VOLPATO, L.E.R.; CASTRO, P.H.C.; LAMBERT, N.A.; BORGES, A.H.; CARVALHOSA, A.A. Assessment of oral health knowledge of parents and caregivers of children and teens with disabilities. *J Health Sci Inst*, v. 31, n. 3, p. 239-43, 2013.
- (34) TENUTA, L.M.; CHEDID, S.J.; CURY, J.A. Uso de fluoretos em odontopediatria: mitos e evidências. In: Maia LC, Primo, L. G. *Odontopediatria clínica integral*. São Paulo: Ed. Santos; 2011.
- (35) VEN NCIO, D.R.; GIBILINI, C.; BATISTA, M.J.; GONÇALO, C.S.; SOUSA, M.L.R. Promoção da saúde bucal: desenvolvendo material lúdico para crianças na faixa etária pré-escolar. *J Health Sci Inst*, v. 29, n. 3, p. 153-6, 2011.
- (36) VERÍSSIMO, M.O.R.; FONSECA, R.M.G.S. O cuidado da criança segundo trabalhadores de creches. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 11, n. 1, p. 28-35, 2003.

BARBOZA, M. L.; SILVEIRA, P. D.; SARAIVA, A. C. da S.; BEZERRA, F. S. A.; PASSOS, V. F.; FERREIRA, R. L. G. A.

WIGEN, T.I.; WANG, N.J. Parental influences on dental caries development in preschool children. An overview with emphasis on recent Norwegian research. *Nor. Epidemiol.*, V. 22, N. 1, P. 13-9, 2012.

(37) WULAERHAN, J.; ABUDUREYIMU, A.; BAO, X.L.; ZHAO, J. Risk determinants associated with early childhood caries in Uygur children: a preschool-based cross-sectional study. *BMC Oral Health*, v. 14, n. 136, p. 1-8, 2014.