



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMACIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
CURSO DE ODONTOLOGIA

MARIANNA LANDIM BARBOZA

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

FORTALEZA

2018

MARIANNA LANDIM BARBOZA

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

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Odontologia da Universidade
Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Odontologia. Área de Concentração: Saúde
Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Gláucia
Lucena Aguiar Ferreira.

FORTALEZA

2018

MARIANNA LANDIM BARBOZA

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

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Odontologia da Universidade
Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Odontologia. Área de Concentração: Saúde
Pública.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Regina Glaucia Lucena Aguiar Ferreira (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus Fortaleza

Prof. Dra. Vanara Florêncio Passos
Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus Fortaleza

Prof. Dra. Ana Karine Macedo Teixeira
Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus Fortaleza

A Deus, meu guia.
Ao meu Senhor do Bonfim e
minha Nossa Senhora de Fátima.
Aos meus pais, Carlos Silva Barboza
e Eugênia Maria Landim Barboza.
E a minha irmã amada, Lorena Landim.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, minha maior fonte de força, sabedoria e determinação. Foram anos de luta, algumas fraquejadas e muitos desafios, mas Ele havia determinado os caminhos que eu deveria trilhar e graças aos seus planos perfeitos hoje estou aqui.

Aos meus pais, Carlos e Eugênia, por nunca terem desistido de mim, sempre me apoiarem nas minhas escolhas, nas minhas derrotas e nas minhas vitórias e acreditarem no meu potencial quando nem eu acreditava. Vocês são a razão de tudo! Sempre fizeram tudo por mim, abrindo mão de seus sonhos para realizar os meus, do seu conforto para proporcionar o meu e de tantas outras coisas para que eu chegasse até aqui, espero daqui pra frente recompensa-los com orgulho. Vocês são os responsáveis pela profissional e pela mulher que sou.

A minha irmã Lozinha, meu porto seguro. Você é a minha maior inspiração de qual profissional eu quero me tornar. Que eu consiga ser tão brilhante e reconhecida como você é e um dia te proporcione um pouco do gigante orgulho que eu tenho de você. Você é a luz da minha vida, jamais esqueça disso.

A minha mãezinha Janoca, que suporta meu temperamento muitas vezes forte demais, que me aconselha e incentiva nas minhas dúvidas e erros e que, apesar de eu algumas vezes não merecer, está sempre lá por mim. Essa conquista também é sua!

A minha amiga querida Sâmia (in memorian), você foi a maior patrocinadora dessa vitória, você acreditou e investiu na profissional que hoje me torno e sei que de onde estiver está vibrando por mim. Você esteve presente ao longo desses anos na minha rotina, através dos instrumentais que você me deu com tanto carinho e da saudade que carrego de você no coração.

A minha orientadora, Dra. Regina Lucena, por todos esses anos de orientação, de convívio, de carinho e de confiança. Como a senhora mesma disse, nossa relação é de amizade, vai além de uma mestre orientando uma aluna e se aproxima de uma mãe cuidando de um filha. Obrigada por todo incentivo, todos os conselhos, toda a paciência e por todo o crescimento que a senhora me proporcionou.

Ao NUPEC, a experiência mais linda e cheia de amor que vivi na faculdade. Foram 6 incríveis anos em que conheci grandes pessoas, vivenciei momentos lindos, aprendi muito com os participantes e com os que convivemos em nossas ações e cresci bastante em vários aspectos. O NUPEC fez essa caminhada ser mais cheia de amor e mais tranquila e por isso o levarei para sempre na minha história e no meu coração.

As minhas duplas Camila, Carla, Neudo e Rayane. Obrigada pela convivência diária, pelos momentos de bom humor durante as tensões, cansaços e tensões da nossa rotina. Vocês em muito acrescentaram na minha vida acadêmica e pessoal.

A todos os meus amigos que acompanharam minha jornada, torceram por mim, comemoraram minhas vitórias e suportaram meus momentos ruins, vocês foram essenciais, principalmente para minha sanidade mental. Um eterno obrigada em especial para Giovanna, Jade, Paulo Matheus e Rebecca, vocês são anjos.

Aos meus colegas de turma que vivenciaram comigo a rotina louca que a odontologia é. Foi um prazer estarmos juntos durante esses anos. A minha amada Garoba, que esteve comigo durante o início dessa caminhada e segue compartilhando comigo a rotina diária de cirurgões-dentistas, as minhas Garoba Girls, amigas que ganhei de presente na odonto, com que compartilho toda minha vida e aos colegas com que finalizo o curso, os Odontoserious, vocês são demais! É uma honra concluir a graduação com vocês.

A todos os professores e mestres que me acompanharam, impulsionaram e muitas vezes enxugaram minhas lágrimas. Vocês foram fundamentais para minha formação acadêmica e pessoal, um agradecimento e especial para aqueles que eu tive a honra de conviver de maneira ainda mais especial: Clélia, Cristiane, Fábio, Lúcio Kurita, e Ricardo Martiniano e Thyciana.

Aos funcionários que acrescentavam leveza e bom humor ao nosso dia a dia, com um carinho especial aos queridos: Carlinhos, Helaine, Helô, Leuda, Nunes, Solange e nossa eterna Soninha.

Ao SEMENTE e a JOIA pelas experiências únicas e indescritíveis que vivi em ambos. Foi incrível participar de um projeto tão lindo e tão cheio de amor ao próximo e de uma jornada que é referência na comunidade acadêmica.

A todos os pacientes que confiaram em nós e nos permitiram aprender através da cura de suas dores, da reconstrução de seus sorrisos e da recuperação de suas autoestimas. Foi graças a vocês e por vocês que embarcamos nessa jornada.

Aos IC's dessa pesquisa que em muito me ajudaram para que ela fosse concluída. Carolzinha, Patrícia e Samuel, não tenho dúvidas do sucesso que vocês serão, já me orgulho muito de ver o quanto cresceram em tão pouco tempo.

As instituições e cuidados que desempenham um lindo trabalho e participaram da pesquisa, com isso permitiram a realização deste trabalho.

A UFC por me proporcionar durante esses anos toda estrutura física e acadêmica para a minha formação profissional. Foi incrível realizar, durante a minha graduação, as atividades de

extensão, pesquisa e iniciação a docência que a universidade proporciona, além de contar com um excelente corpo docente.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Perfil sociodemográfico dos cuidadores de crianças institucionalizadas no município de Fortaleza (CE), 2018.....	20
Tabela 2 – Perguntas relacionadas a higiene oral de crianças institucionalizadas do município de Fortaleza (CE), 2018.	21
Tabela 3 – Conhecimento sobre cárie, flúor e fio dental de cuidadores de abrigos do município de Fortaleza (CE), 2018.	22
Tabela 4 – Conhecimento sobre placa bacteriana de cuidadores de abrigos do município de Fortaleza (CE), 2018.....	23
Tabela 5 – Conhecimento de cuidadores de crianças institucionalizadas em abrigos sobre a quantidade de dentifrício x escolaridade. Fortaleza (CE), 2018.	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

FFOE	Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
UFC	Universidade Federal do Ceará
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
CE	Ceará
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences®
SM	Salário mínimo

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	9
	RESUMO.....	14
	ABSTRACT.....	14
1	INTRODUÇÃO.....	16
2	MÉTODOS.....	17
3	RESULTADOS.....	18
4	DISCUSSÃO.....	24
5	CONCLUSÃO.....	28
	REFERÊNCIAS.....	28
	APÊNDICES.....	31
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS CUIDADORES.....	32
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	34
	ANEXO.....	36
	ANEXO A – NORMAS DA REVISTA.....	37

APRESENTAÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) encontra-se sob o formato de artigo científico, seguindo as normas da revista “Revista Brasileira em Promoção da Saúde”.

Trata-se de uma pesquisa realizada junto aos cuidadores de crianças institucionalizadas em abrigos do município de Fortaleza, Ceará. O seu intuito foi analisar o conhecimento sobre saúde bucal, desde os cuidados com a higiene oral até as doenças que afetam a cavidade oral.

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

**KNOWLEDGE ON BUCAL HEALTH OF CHILDREN'S CAREGIVERS
INSTITUTIONALIZED IN THE MUNICIPALITY OF FORTALEZA,
CEARÁ**

Marianna Landim **Barboza**¹, Regina Glaucia Lucena Aguiar **Ferreira**², Ana Carolina da Silva Saraiva; Francisco Samuel Aurélio Bezerra; Patrícia Silveira Damasceno.

**Conhecimento sobre saúde bucal de cuidadores de crianças
institucionalizadas no município de Fortaleza, Ceará.**

**Knowledge on bucal health of children's caregivers
institutionalized in the municipality of Fortaleza, Ceará.**

Marianna Landim Barboza*; Regina Glaucia Lucena Aguiar Ferreira**; Ana Carolina da Silva Saraiva*; Francisco Samuel Aurélio Bezerra*; Patrícia Silveira Damasceno*.

* Estudante, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará.

** Doutora, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará.

¹ Graduanda em Odontologia da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil.

Endereço da autora: Marianna Landim Barboza. Rua Andrade Furtado, 955 – Cocó – Fortaleza- CE Fone: + 55 85 999624444. Email: mariannalandimb@gmail.com

² DDS, Ms, Professora Adjunto, Departamento de Odontologia Restauradora, curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil.

Endereço para correspondência: Regina Glaucia Lucena Aguiar Ferreira. Rua Tibúrcio Cavalcante, 2150 – Dionísio Torres- Fortaleza-CE. Fone: + 55 85 988964364. Email: reginalucena1@hotmail.com

RESUMO

Introdução - Em instituições de acolhimento, os cuidadores são as responsáveis pelo cuidado com as crianças, influenciando em seu desenvolvimento. Crianças institucionalizadas constituem um grupo de risco onde a cárie dentária concentra-se predominantemente. A literatura relacionada ao tema ainda é reduzida e seu impacto na saúde pública da população tornou evidente a relevância deste estudo. **Objetivo** – Descrever o perfil de cuidadores de crianças institucionalizadas em abrigos do município de Fortaleza (CE) quanto ao conhecimento sobre saúde bucal infantil.. **Materiais e métodos** - Estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa, utilizando um questionário estruturado, previamente testado. As informações foram coletadas de 40 cuidadores em 6 instituições e inseridas em um banco de dados do programa *Excel®* e, posteriormente, analisadas estatisticamente no programa *software Statistical Package for the Social Sciences®* (SPSS) versão 17.0 para *Windows®*. Os dados foram tabulados e, em sua análise, foram empregados testes com nível de significância de 5%. **Resultados e conclusões.**- A maioria dos cuidadores afirmou que a escovação deve ser iniciada após a erupção do primeiro dente (76,9%), realizada duas vezes ao dia (70%) e com a quantidade de dentifrício na escova equivalente a um grão de ervilha (44,7%). Entretanto, 34,2% deles afirmaram que a quantidade de dentifrício deve cobrir todas as cerdas da escova. A maioria dos participantes afirmou que a placa consiste em uma massa amarelada nos dentes, devendo ser removida pelo dentista no consultório (44,7%), e 39,5% acreditam que a mesma possa ser removida por meio de bochechos. Apenas 5,3% dos cuidadores afirmaram que a remoção da placa bacteriana deve se dar por meio da escova e do fio dental. Observou-se correlação entre o nível de escolaridade do cuidador e a quantidade de dentifrício utilizada na escovação, assim, aqueles que possuíam maior escolaridade (ensino médio e ensino superior), (30,8% dos cuidadores), utilizaram a quantidade indicada para a faixa etária da criança ($p < 0,004$). Constatou-se a existência de lacunas de conhecimento entre

os cuidadores sobre saúde bucal, especialmente no que diz respeito a aspectos relativos à higiene oral das crianças, remetendo à necessidade de se implementar programas educativos direcionados a esse público.

Descritores: Saúde bucal. Criança institucionalizada. Cuidadores.

ABSTRACT

Introduction - In care institutions, caregivers are responsible for caring for children, influencing their development. Institutionalized children constitute a risk group where dental caries is predominantly concentrated. The literature related to the subject is still reduced and its impact on public health of the population made evident the relevance of this study.

Objective - To describe the profile of caregivers of institutionalized children in shelters in the city of Fortaleza (CE) regarding the knowledge about oral health of children. **Materials and**

methods - A descriptive, cross-sectional study of a quantitative nature, using a semi-structured questionnaire previously tested. The information collected of 40 caregivers in 6 institutions was entered into an Excel® database and then analyzed statistically in the software Statistical Packing for Social Sciences® (SPSS) version 17.0 for Windows®. The data were tabulated and, in their analysis with a significance level of 5%. **Results and conclusions:** The majority of caregivers stated that toothbrushing should be started after the eruption of the first tooth (76.9%), performed twice a day (70%) and with the amount of toothpaste equivalent to a pea grain (44, 7%).

However, 34.2% of them stated that the amount of dentifrice should cover all the brush bristles. Most participants stated that the plaque consists of a yellowish mass in the teeth and should be removed by the dentist in the office (44.7%), and 39.5% believe that it can be removed by means of mouthwashes. Only 5.3% of caregivers stated that removal of plaque

should occur through brushing and flossing. It was observed a correlation between the level of schooling of the caregiver and the amount of toothpaste used in the brushing, thus, those who had higher education (high school and higher education) (30.8% of caregivers) used the amount indicated for the age ($p < 0.004$). It was verified the existence of knowledge gaps among the caregivers on oral health, especially regarding aspects related to children's oral hygiene, referring to the need to apply educational programs directed to this public

Keywords: Oral health. Institutionalized child. Caregivers.

1. INTRODUÇÃO

O último levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2010 revelou dados preocupantes sobre a saúde bucal da população brasileira, mostrando que as patologias bucais ainda representam um grave problema de saúde pública. A cárie dentária é a infecção oral mais comum no mundo⁽¹⁾, atingindo sobremaneira crianças em idade pré-escolar, com uma prevalência próxima a 50%. As regiões Norte, Centro-oeste e Nordeste do Brasil são as mais afetadas⁽²⁾.

A lesão de cárie é resultante das flutuações de pH no biofilme dental⁽³⁾ que levam à desmineralização dos tecidos duros do órgão dental. Outra doença bucal altamente prevalente em crianças é a gengivite, sendo o acúmulo de biofilme dental o principal fator de risco para o seu desenvolvimento⁽⁴⁾.

Reconhecidas como ferramentas eficazes para a mudança de hábitos dos indivíduos, a motivação e a educação em saúde são essenciais para a manutenção da saúde, por meio da mudança de hábitos individuais ou coletivos⁽⁵⁻⁶⁾. A infância é um período crítico de aquisição de novos hábitos, que poderão refletir no futuro. Nessa fase, o aprendizado se dá por meio da interação com o meio social e físico em que as crianças estão inseridas, estando seus hábitos, valores e atitudes diretamente influenciados por esse meio⁽⁷⁾.

Pais e responsáveis se constituem em referência na adoção de práticas relacionadas à saúde⁽⁸⁻⁹⁾. Sendo a remoção mecânica do biofilme o principal fator para a prevenção da cárie e gengivite⁽¹⁰⁻¹¹⁾, é importante que esses atores tenham conhecimento sobre saúde bucal, especialmente sobre os cuidados com a higiene oral. Recomenda-se que a higiene bucal da criança tenha início desde a erupção do primeiro dente, e seja realizada com uso de escova multicerdas, dentífrico fluoretado⁽¹²⁻¹³⁾ e uso de fio dental, quando necessário⁽¹⁴⁾.

Há de se considerar ainda, que a criança que cresce afastada da vida familiar, à semelhança daquelas institucionalizadas em abrigos, pode apresentar prejuízos em seu

desenvolvimento e dificuldades de reproduzir hábitos rotineiros, haja vista ter que dividir a atenção e o empenho de um cuidador com várias outras criança⁽¹⁵⁾. Assim, pode-se presumir uma condição de saúde bucal prejudicada para esse grupo de crianças e considerar seu elevado índice de cárie, conforme visto no estudo conduzido por Vieira e Karbage⁽¹⁶⁾. Estratégias eficazes de prevenção são essenciais para melhorar a qualidade de vida da saúde bucal para os muito jovens⁽¹⁷⁾.

Baseado nesse contexto, este trabalho teve como objetivo analisar o nível de conhecimento de cuidadores de crianças institucionalizadas sobre saúde bucal.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal, de natureza quantitativa, tendo como população de estudo cuidadores de crianças abrigadas em instituições de acolhimento infantil cadastradas no município de Fortaleza, Ceará. A amostra foi composta por 40 cuidadores das seguintes instituições: 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; sendo critérios de inclusão: a instituição estar cadastrada na Secretaria de Desenvolvimento Social do município, acolher crianças de 0 a 12 anos e o cuidador estar atuando diretamente nos cuidados relativos à higiene oral de crianças no momento da pesquisa. Todos os participantes consentiram em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Em obediência aos preceitos da Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que rege as pesquisas com seres humanos, o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, tendo sido aprovado sob o parecer Nº 3.066.369.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado que possibilitou se traçar o perfil sociodemográfico dos cuidadores, bem como seu nível de conhecimento sobre saúde bucal (Apêndice A). Para adequação da linguagem e validação do questionário, esse instrumento foi submetido a um pré-teste, junto a cuidadores que não participaram da pesquisa. Acadêmicos de Odontologia aplicaram o questionário juntamente com a pesquisadora principal. À direção da instituição foi solicitada a concessão de um Termo de Anuência (Apêndice C), autorizando a realização do estudo nas dependências daquela instituição. A pesquisa ocorreu durante os meses de novembro e dezembro de 2018.

Os dados coletados foram tabulados no *Microsoft Excel* e exportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 17.0 para *Windows*. Na análise, foram empregados os testes “Qui-quadrado de Pearson” e “Exato de Fisher”, tendo sido adotado o nível de significância de 95% ($p < 0.05$).

3. RESULTADOS

Neste estudo, participaram 40 indivíduos, a maioria do gênero feminino (90,0%), com idade entre 31 e 40 anos (35,9%), casados (52,5%), com Ensino Médio completo (27,5%) e renda mensal de até um salário mínimo (41,2%). No que diz respeito ao tempo em que exercem a função de cuidadores, 65% estão nessa função a, no máximo, dois anos (Tabela 1).

Quando questionados em relação a seus conhecimentos sobre saúde bucal, a maioria dos cuidadores (70%) considerou bom o seu nível de conhecimento sobre o assunto, assim como a maioria (77,5%) também respondeu já ter recebido alguma orientação sobre saúde bucal (Tabela 1).

Questionados sobre os cuidados com a higiene oral aplicados na rotina das crianças, a maioria dos cuidadores afirmou que a escovação deve ser iniciada após a erupção do primeiro

dente (76,9%), realizada duas vezes ao dia (70%) e com a quantidade de dentífrico na escova equivalente a um grão de ervilha (44,7%) (Tabela 2).

Os entrevistados também afirmaram em sua maioria que os movimentos de escovação devem ser horizontais, verticais e circulares (38,5%) e que o mais importante para uma boa escovação é colocar creme dental cobrindo todas as cerdas (34,2%) e utilizar a escova na posição correta, com movimentos e quantidade de dentífrico corretos (34,2%) (Tabela 2).

Em relação à cárie dentária, os participantes da pesquisa afirmaram ser o açúcar (84,2%) o principal causador da cárie e que a mesma é ocasionada pela má escovação associada ao açúcar em excesso (56,8%) (Tabela 3).

Tabela 1- Perfil sociodemográfico de cuidadores de crianças institucionalizadas em abrigos. Fortaleza (CE), 2018

	N	%
Idade		
20 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
Não respondeu	01	-
Gênero		
Masculino	04	10,0
Feminino	36	90,0
Estado Civil		
Solteiro	12	32,5
Casado	21	52,5
Divorciado	02	5,0
Viúvo	01	2,5
União Estável	02	5,0
Separado	01	2,5
Escolaridade		
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
Tempo na Função		
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
Renda Familiar		
Menor ou igual a 1 SM	17	41,2
1 a 2 SM	12	33,3
3 a 4 SM	07	19,4
Não responderam	04	-
Recebeu alguma orientação sobre saúde bucal		
Sim	31	77,5
Não	08	20,0
Não sabe informar	01	2,5
Nível de conhecimento em saúde bucal		
Ótimo	02	5,0
Bom	28	70,0
Regular	08	20,0
Insuficiente	02	5,0
Total	40	100

Fonte: elaborada pela autora.

Tabela 2 – Conhecimento dos cuidadores de crianças institucionalizadas em abrigos sobre higiene oral. Fortaleza (CE), 2018

	N	%
Idade para iniciar a escovação		
Após erupção do 1º dente	30	76,9
Após erupção de vários dentes	05	12,8
Não sabe informar	04	10,3
Não respondeu	01	-
Frequência que os dentes devem ser escovados		
Uma vez por dia	01	2,5
Duas vezes por dia	28	70,0
Três vezes por dia	11	27,5
Quantidade de dentifrício na escova para crianças até 05 anos		
Equivalente a um grão de arroz cru	10	26,3
Equivalente a um grão de ervilha	17	44,7
Cobrindo todas as cerdas da escova	03	7,9
Quantidade para bastante espuma	03	7,9
Não soube informar	05	13,2
Não respondeu	02	-
Como devem ser os movimentos da escova		
Horizontais	01	7,5
Verticais	06	15,4
Circulares	09	23,1
Verticais e circulares	06	15,4
Horizontais e circulares	02	5,1
Horizontais, verticais e circulares	15	38,5
Não respondeu	01	-
O que é mais importante para uma boa escovação		
Usar a escova na posição correta e fazer os movimentos corretos	08	21,1
Usar força na hora de escovar	02	5,3
Colocar creme dental cobrindo todas as cerdas	13	34,2
Escova na posição correta, movimentos corretos e quantidade correta de dentifrício	13	34,2
Não sabe informar	02	5,3
Não respondeu	02	-
Total	40	100

Fonte: elaborada pela autora.

Quanto aos conhecimentos sobre o flúor e fio dental, a maioria dos participantes afirmou que o mesmo serve para fortalecer os dentes e combater a cárie (60,5%), que as crianças devem sim utilizar dentifrício fluoretado (78,4%) e também o fio dental (34,3%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Conhecimento dos cuidadores de crianças institucionalizadas em abrigos sobre cárie e métodos preventivos. Fortaleza (CE), 2018

	N	%
O que você acha que causa a cárie *		
Vírus	04	10,5
Bactéria	15	39,5
Fungo	06	15,8
Açúcar	32	84,2
Falta de higiene	31	81,6
Não sabe informar	01	2,6
Não respondeu	02	-
O que pode ocasionar a cárie		
Escovação inadequada	10	24
Alimentação rica em açúcar	07	10,8
Má escovação e açúcar em excesso	21	56,8
Não soube informar	02	5,4
Não respondeu	03	
Pra que serve o flúor		
Clarear os dentes	08	21,1
Fortalecer os dentes e combater a cárie	23	60,5
Tornar hálito agradável	04	10,5
Não sabe informar	03	7,9
Não respondeu	02	-
Utilização de pasta fluoretada na escovação das crianças		
Sim	29	78,4
Não	06	16,2
Não sabe informar	02	5,4
Não respondeu	03	-
Utilização do fio dental na higiene oral das crianças		
Sim	12	34,3
Não	06	17,1
Às vezes	03	8,6
Somente pelas crianças que sabem usar o fio dental	07	20,0
Não soube informar	07	20,0
Não respondeu	05	-
Total	40	100*

Fonte: elaborada pela autora.

* O respondente pôde escolher mais de uma opção.

Quanto ao conhecimento sobre placa bacteriana, a maioria dos participantes afirmou que a placa consiste em restos de alimentos, devendo ser removida pelo dentista no consultório (83,3%). Poucos cuidadores afirmaram que a placa bacteriana pode ser removida por meio da escova e do fio dental (5,3%). (Tabela 4)

Tabela 4 – Conhecimento de cuidadores de crianças institucionalizadas em abrigos sobre placa bacteriana. Fortaleza (CE), 2018

O que é a placa bacteriana	N	%
Restos de alimentos	06	16,2
Massa amarelada nos dentes	10	27,0
Grupo de bactérias	09	24,3
Grupo de bactérias e massa amarela	05	13,5
Não sabe informar	07	18,9
Não respondeu	03	-
Como pode ser removida a placa bacteriana		
Pelo dentista no consultório	18	47,4
Com bochechos	15	39,5
Escova e fio dental	02	5,3
Não sabe informar	03	7,9
Não respondeu	02	-
Total	40	100

Fonte: elaborada pela autora.

Como pode ser visto na Tabela 5, observou-se uma correlação entre o nível de escolaridade do cuidador e a quantidade de dentifrício utilizada na escovação, assim, aqueles que possuíam maior escolaridade (ensino médio e ensino superior), representando 30,8% dos cuidadores, utilizaram a quantidade indicada para a faixa etária da criança ($p < 0,004$) (Tabela 5).

O uso da chupeta foi considerado por 97,4% dos cuidadores como prejudicial a saúde bucal, tendo a maioria (65,8%) respondido que a mesma só deve ser utilizada até no máximo os 2 anos de idade.

Tabela 5 Conhecimento de cuidadores de crianças institucionalizadas em abrigos sobre a quantidade de dentífrico x escolaridade. Fortaleza (CE), 2018.

Quantidade de dentífrico na escova	Escolaridade		Total
	Analfabeto – EF	EM – ES	
Equivalente a um grão de arroz cru	2	8	10 26,3%
	16.7%	30.8%	
Equivalente a um grão de ervilha	2	15	17 44,7%
	16.7%	57.7%	
Cobrindo todas as cerdas da escova	1	2	3 7,9%
	8.3%	7.7%	
Quantidade para bastante espuma	3	0	3 7,9%
	25.0%	0%	
Não sabe informar	4	1	5 13,2%
	33.3%	3.8%	
Total	12	26	38 100%
	100%	100%	

Fonte: elaborada pela autora.

P < 0,004

4. DISCUSSÃO

Neste estudo pôde-se constatar a predominância do sexo feminino entre os cuidadores, totalizando 90% da amostra; houve a prevalência da faixa etária de 31 a 40 anos, sendo a idade média 38,1 anos. Esses resultados entram em conformidade com os estudos de Nagarajappa⁽¹⁸⁾ e de Patrocínio e Bortolin⁽¹⁹⁾, onde, respectivamente, 62,4% e 82% dos entrevistados eram mulheres⁽²⁰⁾. A maioria dos entrevistados (77,5%) referiu já ter recebido orientações de saúde bucal por parte de profissionais da Odontologia, corroborando outros estudos⁽²¹⁻²²⁻²³⁾.

Quanto à escolaridade, 55% dos cuidadores não haviam concluído o Ensino Médio. Tem-se observado na literatura a influência da renda familiar, nível educacional, número de

filhos e valores culturais sobre os conhecimentos, atitudes e práticas sobre saúde bucal de cuidadores infantis. As crianças, especialmente na primeira infância, não possuem maturidade para assimilar as orientações sobre higiene bucal dada pelo cirurgião-dentista, sendo os cuidadores atores importantes na promoção da saúde bucal dessa clientela ⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Em relação ao momento ideal de se iniciar a escovação da criança, a maioria dos cuidadores (76,9%) respondeu a questão de maneira adequada, afirmando que a escovação deve ter início a partir da erupção do primeiro dente ⁽²⁶⁾.

Ao responderem sobre a frequência os dentes da escovação, 70% dos entrevistados afirmaram 2 vezes ao dia; tais achados corroboram aqueles encontrados nos estudos de Oliveira e Forte ⁽²⁷⁾, e de Silva ⁽²⁸⁾, em que após a atividade educativa, todas as crianças passaram a fazer a escovação diária, duas vezes ao dia (74,7%)⁽²⁸⁾.

Os cuidadores devem ser orientados sobre sua responsabilidade de colocar o creme dental sobre a escova, em quantidade mínima, na medida de um grão de arroz cru, com o incentivo para a criança cuspir a pasta após a escovação.⁽²⁹⁾ Neste estudo, 26,3% dos cuidadores responderam de acordo com tal orientação. Assim está se garantindo o balanço entre o benefício anticárie do fluoreto sem preocupação com fluorose⁽³⁰⁾. Considerando os fatores envolvidos no desenvolvimento de cárie e o efeito do flúor no seu controle, não há razão para privar crianças abaixo de cinco anos da utilização do dentífrico fluoretado⁽²⁶⁾.

Um percentual de 34,2% cuidadores afirmou que utilizar a escova na posição correta, com movimentos e quantidade de dentífricos corretos é o mais importante para uma boa escovação. De fato, é essencial a instrução correta e o acompanhamento dos movimentos de escovação realizado pelas crianças, movimentos estes que 38,5% dos sujeitos afirmaram ser horizontais, verticais e circulares. Castilho⁽³¹⁾ enfatizam que, durante o processo de aprendizado da escovação, as crianças “brincam” com a escova em suas bocas e a higiene não é feita a contento.

Não obstante 75% dos cuidadores terem qualificado seu nível de conhecimento em saúde bucal como bom/ótimo, 83,3% deles consideram que a remoção da placa bacteriana deve ser realizada pelo cirurgião-dentista no consultório, e 16,7% por meio de bochechos. Este achado foi corroborado por outros autores^(21,32). Sabe-se que a remoção da placa é feita de maneira mecânica, através da escovação e do uso do fio dental⁽³³⁾, porém apenas 34,3% dos entrevistados afirmaram que o mesmo deve ser usado por crianças. Embora apenas 7,9% dos cuidadores tenham afirmado que o dentífrico deve cobrir todas as cerdas, ao serem questionados sobre a quantidade de dentífrico a ser posto na escova, 34,2% afirmaram o mesmo, quando indagados sobre o fator mais importante para uma boa escovação. Fica evidente, pois, a falta de conhecimento dos respondentes sobre aspectos básicos da higiene oral. Os cuidadores são o principal exemplo para as crianças nessa fase, podendo influenciar diretamente a saúde das crianças⁽³⁴⁾.

Ao se indagar sobre as causas da cárie dentária, os cuidadores tiveram a possibilidade de escolher mais de uma opção. Açúcar (84,2%), falta de higiene (81,6%) e bactérias (39,5%) foram as mais assinaladas. Já quando solicitada apenas uma resposta para o que poderia ocasionar a cárie, 56,8% dos entrevistados afirmaram ser a má escovação associada com o açúcar em excesso. Resultante do controle deficiente do biofilme dental e de dietas ricas em açúcares, a cárie tem se mostrado altamente prevalentes na população infantil brasileira⁽³⁵⁾.

A respeito do flúor, constatou-se que a maioria dos cuidadores (60,5%) respondeu corretamente sobre seu papel de fortalecer os dentes e combater a cárie. Os entrevistados também responderam em sua maioria (78,4%) corretamente quando foram questionados se a pasta utilizada na escovação das crianças poderia conter flúor. O dentífrico pode ser usado em concentração convencional (1000 a 1500ppm), desmistificando perante a sociedade a crença de que crianças não podem usar creme dental fluoretado, devido ao risco de fluorose.

O uso da chupeta foi considerado por 97,4% dos cuidadores como prejudicial a saúde bucal, tendo a maioria (65,8%) respondido que a mesma só deve ser utilizada até no máximo os 2 anos de idade, período no qual o desenvolvimento facial pode ser comprometido.⁽³⁶⁾ Alterações na morfologia das arcadas dentárias podem ser percebidas em crianças usuárias de chupetas, como mordidas aberta anterior e cruzada. Em um estudo conduzido por Massoni⁽³²⁾ os entrevistados também consideraram o uso prolongado da chupeta prejudicial à criança.

Por meio da análise do perfil sociodemográfico dos cuidadores e da identificação de lacunas de conhecimento sobre saúde bucal, pretende-se desenvolver *bundles*, que terão como objetivo elencar os temas e assuntos sobre saúde bucal que necessitam ser reforçados e implementar um programa educativo sobre saúde bucal tendo como público-alvo os cuidadores. *Bundle* é uma ferramenta já utilizada com sucesso por outras áreas, e contribui para o planejamento de ações junto a determinado público-alvo, visando à otimização, simplificação e padronização das condutas utilizadas. A responsabilidade e o foco são as bases de aplicação do *bundle*, já que devem ser avaliados periodicamente e podem ser modificados, como um planejamento estratégico, mediante as respostas dos próprios usuários e profissionais envolvidos⁽³⁷⁻³⁸⁾.

O estudo teve como limitações a recusa de algumas instituições devido questões burocráticas ou recomendação da assistente social responsável pelo abrigo e a alta rotatividade de cuidadores na escala de plantões que os próprios trabalham.

A importância de proporcionar conhecimento aos cuidadores, formadores de hábitos e opiniões de crianças em sua responsabilidade, ficou evidente e foi corroborada por quase todos os autores utilizados como referência.

5. CONCLUSÃO

Constatou-se a existência de lacunas de conhecimento entre os cuidadores sobre saúde bucal, especialmente no que diz respeito a aspectos relativos à higiene oral das crianças, levando à necessidade de se implementar programas educativos direcionados a essa clientela.

Os cuidadores possuem papel essencial na formação de crianças institucionalizadas, salientando a necessidade de práticas educativas eficazes direcionadas a essa clientela, haja vista que ela tem o importante papel de influenciar diretamente as crianças no tocante à manutenção de sua saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. Jeon JG, Rosalen PL, Falsetta ML, Koo H. Caries Res. Natural products in caries research: current (limited) knowledge, challenges and future perspective. 2011;45(3):243-63.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, DF: SVS; 2012.
3. Kidd E, Fejerskov O. Changing concepts in cariology: forty years on. Dent Update, 2013, May; 40(4): 277-80.
4. Padovani MCRL, Santos MTBR, Sant'anna GR, Guaré RO. Prevalence of oral manifestations in soft tissues during early childhood in Brazilian children. Braz. Oral Res., 2014; 28(1): 1-7.
5. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto de Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva; 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

6. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde; 1990.
7. Cascaes AM, Peres KG, Peres MA, Demarco FF, Santos I, Matijasevich A. et al. Validade do padrão de higiene bucal de crianças aos cinco anos de idade relatado pelas mães. *Rev. Saúde Pública*, 2011; 45(4): 668-75.
8. Soares J, Volpato LER, Castro PHC, Lambert NA, Borges AH, Carvalhosa AA. Assessment of oral health knowledge of parents and caregivers of children and teens with disabilities. *J Health Sci Inst.* 2013; 31(3):239-43.
9. Macarini SM, Martins GF, Minetto MFJ., Vieira ML. Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. *Arq. bras. psicol.* 2010 Abr [citado 2018 Dez 01]; 62(1): 19-134. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672010000100013&lng=pt.
10. Broffitt B., Levy SM, Warren J., Cavanaugh JE. Factors associated with surface-level caries incidence in children aged 9 to 13: the Iowa Fluoride Study. *J. Public. Health Dent.*, 2013; 73(4): 304-10.
11. Aminabadi NA, Ghoreishizadeh A., Ghoreishizadeh M., Oskouei SG, Ghojzadeh M. Can child temperament be related to early childhood caries? *Caries Res.*, 2014; 48: 3-12.
12. Buzalaf MA, Pessan JP, Honório HM, Ten cate, JM. Mechanisms of action of fluoride for caries control. *Monog. Oral Science*, 2011; 22: 97-114.

13. Olatosi OO, Inem V, Sofola OO, Prakash P, Sote EO. The prevalence of early childhood caries and its associated risk factors among preschool children referred to a tertiary care institution. *Nigerian J. Clin. Pract*, 2015; 18(4): 493-501.
14. Teles PR, Teles FRF. Antimicrobial agents used in the control of periodontal biofilms: effective adjuncts to mechanical plaque control? *Braz. Oral Res.*, 2009; 23(1): 39-48.
15. Hutz CS, Silva DF. Avaliação psicológica de crianças em situação de risco. *Aval Psicol.* 2002;1:73-9.
16. Vieira APF, Karbage JP. Impacto da atenção odontológica na saúde bucal de crianças. *RBPS.* 2011 jan.-mar.;24(1):10-15.
17. Schroth RJ1, Brothwell DJ, Moffatt ME. Caregiver knowledge and attitudes of preschool oral health and early childhood caries (ECC). *Int J Circumpolar Health.* 2007 Apr;66(2):153-67.
18. Nagarajappa R, Kakatkar G, Sharda AJ, Asawa K, Ramesh G, Sandesh N. Infant oral health: knowledge, attitude and practices of parents in Udaipur, India. *Dent Res J (Isfahan).* 2013; 10(5):659-65.
19. Patrocínio MC, Bortolin GC. Avaliação do conhecimento dos pais em relação à saúde bucal de crianças institucionalizadas. *Clipe Odonto* 2014;6(1):18.
20. Nagarajappa R, Kakatkar G, Sharda AJ, Asawa K, Ramesh G, Sandesh N. Infant oral health: knowledge, attitude and practices of parents in Udaipur, India. *Dent Res J (Isfahan)* 2013; 10(5):659-65.
21. Santos PA, Rodrigues JA, Garcia PPNS. Avaliação do conhecimento dos professores do ensino fundamental de escolas particulares sobre saúde bucal. *Rev Odontol UNESP* 2002 31(2):205-14.

22. Antunes LS, Antunes LAA, Soraggi MBS, Corvino MPF. Conhecimento dos profissionais da educação infantil sobre saúde bucal: um estudo quali-quantitativo. *Arq odontol* 2007 43(2):42-7
23. Bispo JR, Valente AGLR, Andrade LHR, Tannure PN. Conhecimento dos educadores do abrigo Tereza de Jesus sobre saúde bucal infantil. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo* 2015; 27(3): 202-9.
24. Adams SH, Rowe CR, Gansky SA, Cheng NF, Barker JC, Hyde S. Caregiver acceptability and preferences for preventive dental treatments for young African-American children. *J Public Health Dent*, 2012; 72(3): 252-260.
25. González MF, Hernández SL, Correa MK. Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles. *Rev Cub Salud Publica*, 2013; 39(1): 59-68.
26. Macambira DSC, Chaves ES, Costa EC. Conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2017; 10(3):463-72.
27. Oliveira WF, Forte FDS. Construindo o Significado da Saúde Bucal a Partir de Experiência com Mães. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2011;2(11):183-191.
28. Silva RA, Nóia NB, Gonçalves LM, Pinho JRO, Cruz MCFN. Assessment of mothers' participation in a program of prevention and control of caries and periodontal diseases for infants. *Rev. paul. pediatr.*. 2013 Mar [citado 2018 Nov. 14]; 31(1): 83-89.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000100014&lng=en.
29. 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.

30. Tenuta LM, Chedid SJ, Cury JA. Uso de fluoretos em odontopediatria: mitos e evidências. In: Maia LC, Primo, L. G. Odontopediatria clínica integral. São Paulo: Ed. Santos; 2011.
31. Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças: uma revisão sistemática. J. Pediatr. (Rio J.). 2013 Apr; 89(2): 116-123.
32. Massoni ACLT, Paulo SF, Forte FDS, Freitas CHSM, Sampaio FC. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2010; 10(2):257-264.
33. Sabrina D, Camila M, Renata S, Joanna TP, Stefanie W. Avaliação do conhecimento sobre higiene bucal dos responsáveis por crianças de 0-6 anos de idade. Unimep. 2016; 26(1) 11-8.
34. Guarienti CA, Barreto VC, Figueiredo MC. Conhecimento de pais e cuidadores sobre saúde bucal de crianças pré-escolares. 2009; 9(3): 321-25.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Brasília: MS, 2011.
36. Charchut SW, Alfred EN, Needleman HL. The effects of infant feeding on the occlusion of the primary dentition. J Dent Child 2003; 3(7):197-203.
37. Souza AF, Guimarães AC, Ferreira E.F. Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. REME rev. min. Enferm. 2013; 17(1):177-184, jan./mar.
38. Silva PSB. Oral 09: como os bundles podem se tornar ferramentas de sustentabilidade: conheça e utilize-os. Arch Health Invest 2015;4(Supl.1):22-3

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO A CUIDADORES

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre o conhecimento dos cuidadores de crianças de abrigos de Fortaleza (CE) sobre saúde bucal. Os questionários não são identificados e suas respostas não serão divulgadas, sendo utilizadas somente para fins de estudo.

Agradecemos, desde já, sua colaboração e disponibilidade.

Questionário Nº _____

Dados gerais:

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: M () F ()

Estado civil: solteiro () casado () divorciado () viúvo ()

união estável () separado ()

Nível de escolaridade: Analfabeto () E.F. incompleto () E.F. completo ()

E.M. incompleto () E.M. completo () Ensino superior incompleto ()

Ensino superior completo () Pós-graduação ()

Renda Familiar: < 1SM () 1 a 2 SM () 3 a 4 SM () 5-6 SM () 7-8 SM () >8 SM ()

Há quanto tempo está na função: _____

CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE BUCAL

Você já recebeu alguma orientação sobre a saúde bucal?

1- Sim () Por quem? _____ 2- Não () 3- Não sabe informar ()

Você considera o seu grau de conhecimento sobre saúde bucal:

1. Ótimo () 2. Bom () 3. Regular () 4. Insuficiente ()

HIGIENE ORAL

A partir de que ano os dentes devem ser escovados?

Logo após o aparecimento(erupção) do primeiro dente ()

2- Depois da erupção de vários dentes () 3- Não sabe informar ()

Onde devem ser guardadas as escovas das crianças?

Em embalagens individuais () 2. Todas as escovas das crianças devem ser guardadas no mesmo reservatório ()

3. Não sabe informar ()

Quem deve escovar os dentes da criança?

Os responsáveis () 2- A criança escova com a supervisão e ajuda do responsável () 3- A criança escova sozinha ()

4 – Não sabe informar ()

A partir de que idade a criança já pode escovar os dentes sozinha? _____

Com que frequência os dentes devem ser escovados?

Uma vez ao dia () 2 - Duas vezes ao dia () 3 -Três ou mais vezes ao dia

4- Não sabe informar ()

Na escovação em crianças bem pequenas (até 5 anos), qual a quantidade ideal de dentifrício (pasta dental)?

Equivalente a um grão de arroz cru () 2. Equivalente a um grão de ervilha () 3. Cobrindo todas as cerdas da escova 4. Uma quantidade que faça bastante espuma () 5. Não sabe informar ()

Se você só tivesse possibilidade de escovar os dentes uma única vez durante o dia, que turno você escovaria?

Pela manhã () 2. À tarde () 3. À noite () 4. Não sabe informar ()

Por que você escolheria este turno?

Como devem ser, respectivamente, a “cabeça” e as cerdas da escova dental das crianças?

Grande, com cerdas macias () 2. Pequena com cerdas macias () 3. Pequena com cerdas duras ()

4. Grande com cerdas duras () 5. Não sabe informar ()

Como você acha que devem ser os movimentos da escova contra os dentes?

1. Movimentos horizontais () 2. Movimentos verticais () 3. Movimentos circulares () 4. Movimentos verticais e circulares () 5. Movimentos horizontais e circulares () 6. Movimentos horizontais, verticais e circulares ()

O que é mais importante para uma boa escovação na criança?

1. Usar a escova na posição correta e fazer os movimentos corretos () 2. Usar força na hora de escovar (...)
 3. Colocar creme denta cobrindo todas as cerdas () 4. Usar a escova na posição correta, com os movimentos corretos e a quantidade adequada de creme dental 5. Não sabe informar ()

Você já ouviu falar no flúor?

1. Sim () 2. Não ()

Para que serve o flúor?

1. Para clarear dos dentes () 2. Para fortalecer os dentes e combater a cárie () 3. Para tornar o hálito agradável
 4. Não sabe informar ()

A pasta dental utilizada na escovação das crianças pode conter flúor?

1. Sim ()

2. Não () Por que não? _____

Na higiene bucal da criança, o fio dental deve ser utilizado?

- 1- Sim () 2- Não () 3- Às vezes () 4- () Só em crianças que sabem usá-lo sozinhas 5- Não sabe informar ()

Aqueles que responderam sim. Responderão a próxima pergunta:**Quantas vezes o fio dental deve ser utilizado?**

- 1- Uma vez por dia () 2- Mais de uma vez ao dia () 3- Uma vez por semana () 4- De duas a cinco vezes por semana () 5- Menos de uma vez por semana 6- Não sabe informar ()

CÁRIE**Você acha que a alimentação pode interferir no surgimento de cárie?**

- 1-Sim () 2-Não () 3- Não sabe informar ()

Que tipo de alimento você acha que pode colaborar para o surgimento de cárie?

- 1 – Doces () 2 – Salgados () 3 – Frutas () 4 – Leite e derivados ()

Na sua opinião, o que você acha que causa cárie? (nesta pergunta pode marcar mais de uma opção)

- 1 – Vírus () 2 – Bactéria () 3 – Fungo () 4 – Açúcar () 5 – Falta de Higiene Bucal ()

- 6 – Não sabe informar ()

Outro: _____

O que é placa bacteriana?

1. Restos de alimentos () 2. Massa amarelada nos dentes () 3. Grupo de bactérias ()

4. Grupo de bactérias e massa amarelada 5. Não sabe informar ()

De que maneira pode ser removida a placa bacteriana dos dentes?

- Pelo dentista no consultório() 2. Com bochechos 3. Pelo dentista e também pela escova e fio dental ()

4. Pela escova e fio dental () 5 Não sabe informar ()

O que pode causar inflamação na gengiva?

1. Falta de higiene oral () 2. Tendência da própria pessoa () 3. Não sabe informar ()

O que pode ocasionar a cárie?

1. escovação não adequada () 2. Alimentação rica em açúcar () 3. Escovação não adequada e açúcar em excesso na alimentação () 4. Não sabe informar ()

A cárie é transmissível de uma pessoa para outra?

- Sim () 2. Não () 3. Não sabe informar ()

HÁBITOS**O uso da chupeta pode ser prejudicial à saúde bucal da criança?**

- Sim () 2. Não ()

Qual a idade limite, na sua opinião, para que a criança deixe de usar a chupeta?

- Até 2 anos () 2. Até 3 anos () 3. Até 4 anos() 4. Até 5 anos 5. Não sabe informar ()

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ FACULDADE DE FARMÁCIA,
ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
CURSO DE ODONTOLOGIA

Título da Pesquisa: “CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE BUCAL DE CUIDADORES DE CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CEARÁ”

Prezado (a) Senhor(a),

Você está sendo solicitado(a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo analisar o conhecimento sobre saúde bucal de cuidadores de crianças acolhidas em abrigos de Fortaleza, Ceará.

Nesta pesquisa, serão feitas algumas perguntas sobre sua saúde bucal, com duração de, aproximadamente, 10 minutos, no momento que for mais propício para isso. Esclareço que a identificação pessoal se manterá confidencial, que as perguntas não se referem a aspectos morais sobre a sua intimidade, que suas respostas são confidenciais exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das informações obtidas serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade. Sua participação não é obrigatória, nem o (a) Senhor (a) receberá qualquer forma de pagamento, sendo inteiramente voluntária, ou seja, decorrente de sua livre decisão e da autorização, após receber todas as informações que julgar necessárias. Participar ou não da pesquisa não lhe acarretará em nenhum benefício direto, mas, indiretamente, poderá contribuir com a melhoria da saúde bucal das crianças das instituições. Sua participação na pesquisa também não irá prejudicá-lo (a), pois o risco envolvido é apenas o de tomar 10 minutos do seu tempo, o que pode lhe causar alguma mudança na sua rotina. É o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. O (a) Senhor (a) não precisa responder às perguntas que não quiser e pode desistir de participar deste estudo a qualquer momento. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável, por um período de 5 anos, e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelas pesquisadoras, e a outra será fornecida ao (à) participante.

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

Nome: Regina Glaucia Lucena Aguiar Ferreira

Instituição: UFC

Endereço: Rua Tibúrcio Cavalcante, 2150 – Dionísio Torres- Fortaleza-CE

Telefones para contato: 85 988964364

Nome: Marianna Landim Barboza

Instituição: UFC

Endereço: Rua Nelson Machado, 473 – Amadeu Furtado - Fortaleza-CE

Telefones para contato: 85 97766027

Nome: Patrícia Damasceno

Instituição: UFC

Endereço: Rua Sabino Monte, 4324 – São João do Tauape- Fortaleza-CE

Telefones para contato: 85 997843287

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante desta pesquisa.

Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do Responsável

Assinatura

Nome do pesquisador

Assinatura

ANEXO

ANEXO A – Regras da revista para submissão

A Revista Brasileira em Promoção da Saúde vem desenvolvendo uma política de ampliação de seu impacto, com vistas à indexação em bases de dados nacionais e internacionais, para o que é imprescindível e obrigatória a publicação de manuscritos em outro idioma (língua inglesa). Assim, informamos que:

- 1) O manuscrito tramitará em português ou espanhol e somente quando for aprovado em última versão pelos editores é que os autores providenciarão a versão em inglês.
- 2) Os custos com a tradução para a língua inglesa serão de responsabilidade dos autores.
- 3) A Revista Brasileira em Promoção da Saúde recomenda tradutores especializados a serem informados posteriormente.
- 4) Caso não haja interesse na publicação do manuscrito na língua inglesa solicitamos breve manifestação para cancelamento do processo de avaliação. Recomendamos a busca de outro periódico.
- 5) Para as submissões na língua inglesa não se faz necessária a tradução para outro idioma.

Normas e Diretrizes para autores:

O manuscrito, incluindo ilustrações e referências bibliográficas, deve estar em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas [http://\(www.icmje.org\)](http://www.icmje.org).

O manuscrito deve conter as seguintes seções:

- I. Página de rosto;
- II. Resumo em português, abstract em inglês;
- III. Texto;
- IV. Agradecimentos e conflitos de interesse;
- V. Referências.

Para a redação do manuscrito, deve-se utilizar o Microsoft Word, ser formatado para folha tamanho A4, com todas as margens de 25 mm, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo em todas as seções e páginas numeradas no canto superior direito iniciando na página de rosto.

I. Página de rosto

A página de rosto deverá conter:

- Título do manuscrito em português, inglês ou espanhol, de acordo com o idioma do manuscrito; em negrito, centralizado e em letras caixa alta para o título principal.
- O Título deve ser conciso e explicativo, representativo do conteúdo do trabalho, conter até 14 palavras e sem siglas.

- Tradução do título em inglês/português, em itálico, negrito, centralizado e em letras maiúsculo-minúscula.
- Título resumido do manuscrito com no máximo 40 caracteres, incluindo os espaços.
- O tipo de colaboração enviada (artigo original, artigo de revisão, descrição ou avaliação de experiências).
- Nome completo, ORCID e filiação institucional de cada autor, permitindo até 8 autores.
- Nome, endereço institucional (Rua/avenida, bairro, CEP, cidade, estado, país), telefone e e-mail do primeiro autor e do autor responsável pela correspondência (que será contatado durante o período de submissão do manuscrito e que constará no artigo para posterior contato sobre a publicação).
- Fonte financiadora (órgãos ou instituições de fomento) da pesquisa, se houver.
- Se o manuscrito foi baseado em tese/dissertação, colocar o título, o nome da instituição, o ano de defesa e o número de páginas.

II. Resumo e abstract

- Artigos Originais: devem conter de forma sintetizada e estruturada: objetivo, métodos, resultados e conclusão.
- Artigos de Revisão: devem conter de forma sintetizada e estruturada: objetivo, métodos, resultados e conclusão.
- Descrição ou Avaliação de Experiências: devem conter de forma sintetizada e estruturada: objetivo, síntese dos dados e conclusão.
- O resumo deve conter até 250 palavras, e o abstract deve ser uma versão fiel do resumo em português.
- Descritores e Descriptors: inserir de 3 a 6 descritores, listados nos Descritores em Ciências da Saúde, da Biblioteca Virtual em Saúde (DeCS.bvs.br) ao final do resumo e do abstract, apresentados em português e em inglês.
- Apresentar ao final do resumo/abstract, o número do registro (NCT) obtido no cadastramento da pesquisa de Ensaio Clínico, em estudos de intervenção, em bases de dados internacional ou nacional.

Os autores devem cadastrar sua pesquisa em uma das seguintes bases de dados (website):

US National Library - ClinicalTrials.gov: <https://www.clinicaltrials.gov>

Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>

III. Texto

A estruturação do texto deve se adequar à norma Vancouver de texto, referencial teórico e ao tipo de artigo, conforme abaixo:

a) ARTIGOS ORIGINAIS:

Devem conter de forma sintetizada: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão.

a1. Introdução: Deve ser concisa e atualizada, mostrar evidência da relação do tema com promoção da saúde/saúde coletiva e conter a justificativa e os objetivos do trabalho ressaltando a relevância do tema investigado. Devem ser evitadas revisões extensas sobre o assunto, assim como adiantar resultados do estudo a ser descrito.

a2. Métodos: Devem descrever de forma sucinta: tipo de estudo, período e local do estudo, a população e amostra estudada, os critérios de seleção, procedimentos, técnicas, materiais e instrumentos utilizados e a estatística aplicada na análise dos dados, de forma a permitir a reprodução da pesquisa e a verificação da análise a partir desta descrição. Métodos e procedimentos estabelecidos devem ser citados com referências. Devem ser citados os fabricantes dos aparelhos e equipamentos e a origem do material utilizado. **O número do Parecer de aprovação do Comitê de Ética do local do estudo deve ser incluído no último parágrafo dos métodos.**

a3. Resultados: Devem ser descritos de forma objetiva e em sequência lógica. Deve ser evitada a repetição dos dados nas tabelas e figuras. Quando houver grande número de dados tentar apresentá-los por meio de gráficos ao invés de tabelas, respeitando o número máximo de 5 figuras/tabelas.

a4. Discussão: Deve conter a análise interpretativa dos resultados, embasada por dados existentes na literatura atual (de preferência dos últimos cinco anos) e pertinente com o tema, enfatizando as novas informações obtidas no estudo, sua importância e suas implicações. Deve-se também ressaltar a correlação com promoção da saúde/saúde coletiva. Informar e discutir as limitações do estudo. A repetição de resultados ou de aspectos descritos em outras seções deve ser evitada. Texto em Vancouver.

a5. Conclusão: Deve conter de forma concisa a resposta aos objetivos propostos. A repetição de resultados ou de aspectos descritos em outras seções deve ser evitada.

Nos trabalhos com abordagem qualitativa, os resultados poderão ser descritos, analisados e discutidos conjuntamente, devendo neste caso receber a denominação: Resultados e Discussão.

Da mesma forma, serão aceitas: Considerações finais, substituindo a seção Conclusão, como forma de síntese dos objetivos alcançados.

Limite permitido de 6.000 palavras e 5 ilustrações. A contagem de palavras inclui o texto, agradecimentos e conflitos de interesse e referências.

b) ARTIGOS DE REVISÃO:

Devem conter uma introdução, na qual seja apresentada a fundamentação teórica da temática, abordando seus aspectos específicos justificando sua relevância. Deve estar evidente na introdução a relação do tema com a promoção da saúde/saúde coletiva.

Métodos devem descrever os procedimentos utilizados (fontes de busca onde foram coletados os dados, escolha e combinação dos descritores, período de publicação, critérios de elegibilidade, idioma).

Resultados devem apresentar a descrição dos principais achados e possíveis limitações das pesquisas encontradas; podem ser utilizados quadros para sumarização dos resultados.

Discussão deve conter a análise interpretativa e confrontamento dos resultados, embasada por dados existentes na literatura, enfatizando as novas informações obtidas no estudo, sua importância e suas implicações para a promoção da saúde/saúde coletiva. Seguir norma Vancouver.

Conclusão, baseada nos dados analisados e nos objetivos propostos.

Limite permitido de 8.000 palavras e 5 ilustrações. A contagem de palavras inclui o texto, agradecimentos e conflitos de interesse e referências.

c) DESCRIÇÃO OU AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS:

As descrições devem conter uma introdução, com fundamentação teórica sobre o assunto para situar o leitor quanto à importância do tema para promoção da saúde/saúde coletiva, a justificativa da experiência e os seus objetivos; Síntese dos dados, que pode ser subdividida em seções/tópicos, descrevendo a experiência e a prática à luz de teoria ou conceito que a fundamentem; e a conclusão, baseada nos dados analisados e nos objetivos propostos.

No caso de avaliação, devem-se seguir a mesma padronização recomendada para os artigos originais (introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão). A avaliação deve compreender aspectos positivos e negativos e dificuldades para sua realização. Sem resultados de pacientes.

Limite permitido de 4.000 palavras e 3 ilustrações. A contagem de palavras inclui o texto, agradecimentos e conflitos de interesse e referências.

IV. Agradecimentos e conflitos de interesse

Nesta seção incluir, de forma sucinta, colaborações que não justificam autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios institucionais, governamentais ou privados, sendo colocados antes das referências e quando absolutamente necessário.

Autores devem informar se o manuscrito apresenta relações que possam implicar em potencial conflito de interesse, sendo colocado antes das referências.

V. Referências

As referências bibliográficas devem estar após a seção conclusão ou agradecimentos com a mesma formatação recomendada para o restante do manuscrito, sendo dispostas por

ordem de entrada no texto e numeradas consecutivamente, sendo obrigatória a sua citação.

No texto, devem ser citadas por ordem de aparecimento, utilizando-se algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses.

A exatidão das referências constantes e a sua correta citação no texto são de responsabilidade do autor.

Aceitar-se-á um máximo de 20% de referencial advindo de livros, teses e dissertações. E no mínimo 60% de referencial dos últimos cinco anos (75% desejável), incluindo-se artigos de língua estrangeira.

Usualmente, o número de referências deve totalizar não mais que 60 para Artigos de Revisão e 40 citações para Artigos Originais e Descrição ou Avaliação de Experiências; sendo um mínimo aceitável de 20 referências.

Devem ser formatadas no estilo **Vancouver**, conforme os exemplos a seguir. Incluir todos os autores de cada artigo ou livro; em trabalhos com um grande número de autores, deverão ser listados os primeiros seis (6) seguidos de “et al.”.

Para maiores detalhes consulte os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, disponível no site: <http://www.icmje.org/#print> - IV.A.9.b. Reference Style and Format e acesso direto pela National Library of Medicine no site https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

V. 1. Artigos em periódicos:

Fuchs SC, Silva AA. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: uma visão global. Rev Bras Hipertens. 2011;18(3):83-8.

V. 2. Livro e Capítulo de livro:

Capítulo de livro:

Diniz EMA. Toxoplasmose congênita. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. Pediatria básica. São Paulo: Sarvier; 2008. p. 533-40.

Livro no todo:

Luna RL. Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Revinter; 2010.

V. 3. Evento (Anais/Proceedings de conferência):

Malecka-Tendera E, Klimek K, Matuski P. Obesity prevalence and risk factors in representative group of Polish 7 to 9 years old children [abstract]. In: 16th European Congress of Endocrinology;2003 Nov 13-14; Copenhagen; 2003.

V. 4. Dissertação e Tese:

Venancio SI. Determinantes individuais e contextuais do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em cento e onze municípios do Estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.

V. 5. Artigo de revista ou monografia em formato eletrônico:

Melere C, Hoffmann JF, Nunes MAA, Drehmer ME, Buss C, Ozcariz SGI, et al. Índice de alimentação saudável para gestantes: adaptação para uso em gestantes brasileiras. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2013 Nov 18]; 47(1):20-8.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100004&lng=en.

V. 6. Livro no formato eletrônico:

Livro eletrônico no todo:

Kapoor OP. Role of vegetarian diet in health and diseases

[monography online]. India: Reddy 's Laboratories. [cited 2013 Nov 10]. Available from: URL: <http://www.bhj.org/books/diets/contents.htm>

Capítulo de livro eletrônico: Banka NH. Vegetarianism and the liver. In: Kapoor OP. Role of vegetarian diet in health and diseases [monography online] India; Reddy's Laboratories. [cited 2013 Nov 10]. Available from: URL: <http://www.bhj.org/books/diets/chap6.htm> Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.

VI. Ilustrações (Tabelas, Quadros e Figuras)

As tabelas, quadros e figuras devem ser utilizadas para facilitar a apresentação de dados. Respeitar o limite de 5 no total. Deve conter título explicativo (o que, onde, quando), com legenda disposta adequadamente.

Fotografias, gráficos e desenhos devem constar no manuscrito como figuras.

Quando houver grande número de dados, preferir os gráficos ao invés de tabelas. Deve-se evitar a repetição dos dados (texto, tabelas e gráficos).

Cada tabela, quadro e figura deve ser apresentada de forma ordenada de acordo com seu aparecimento no texto.

As tabelas e quadros devem ser numeradas com algarismos romanos e as figuras com algarismos arábicos (Ex. Tabela I, II, III ...; Figura 1, 2, 3 ...).

Cada tabela, quadro ou figura deve conter a respectiva legenda. Esta deve ser clara e objetiva, de forma a permitir a compreensão da tabela ou figura, independente do texto. Figuras que necessitam de digitalização (Ex. fotografias, desenhos) devem ter suas legendas em página própria, devidamente identificada com os respectivos números. As figuras devem ser originais e de boa qualidade. O significado das letras, siglas e símbolos deve constar nas legendas. As figuras deverão ser encaminhadas em preto e branco ou tons de cinza.

No caso de uso de figuras ou tabelas publicadas previamente por outro autor, é necessário enviar a permissão dos editores para sua reprodução.

VII. Abreviações e siglas

O uso de abreviações e siglas deve ser mínimo, sendo evitadas no título e resumo. Quando utilizadas, devem ser definidas na sua primeira menção no texto, colocada entre parênteses.

VIII. Análise de similaridade

O manuscrito deve citar fontes corretamente na transcrição, escrevendo com suas palavras.

Se reproduzir a ideia de terceiros deve citar a fonte.

Não deve ter erro de citação nem parágrafos idênticos ao publicado em outras fontes.

Todos os manuscritos da RBPS passam por ferramenta de análise de similaridade.