

CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS E SEUS HÁBITOS DE VIDA: ANÁLISE NO PROJETO DENTE DE LEÃO, CENTRO UNIVERSITÁRIO DOCTUM DE TEÓFILO OTONI

Júlia Altivo Blanc¹

Mariana Vitória Graciano Silveira²

Thainá Sales Soares³

Josiane Colen Santos⁴

RESUMO

A cárie dentária representa um dos principais problemas de saúde pública na infância, estando intimamente relacionada aos hábitos alimentares, à amamentação, à frequência em creches, escolas, higiene bucal, bem como às condições socioeconômicas e ao acesso a serviços odontológicos. Considerando esse cenário, esta pesquisa teve como objetivo investigar a relação entre a prevalência de cárie dentária e os hábitos de vida das crianças atendidas pelo Projeto Dente de Leão, desenvolvido pelo Centro Universitário Doctum de Teófilo Otoni, analisando fatores clínicos, alimentares, de amamentação e de higiene bucal. Foram utilizados dados clínicos e questionários aplicados aos responsáveis, possibilitando a identificação de fatores relacionados aos hábitos de vida e às condições sociais que influenciam o desenvolvimento da doença. Os achados evidenciaram que a cárie infantil apresenta forte associação com os hábitos de vida, confirmando que alimentação rica em açúcares, higiene bucal inadequada, ausência de supervisão, uso prolongado de mamadeira e procura tardia por atendimento odontológico aumentam significativamente sua prevalência. Observou-se, ainda, que condições socioeconômicas desfavoráveis influenciam diretamente esses hábitos, intensificando a vulnerabilidade das crianças. Dessa forma, o estudo reforça o caráter multifatorial da cárie dentária e destaca a importância de estratégias integradas de prevenção, envolvendo orientação familiar, ações educativas, acompanhamento odontológico precoce e participação ativa das instituições de ensino. Conclui-se que a promoção de saúde bucal na infância exige intervenções contínuas e intersetoriais, capazes de modificar comportamentos e criar condições favoráveis para o desenvolvimento saudável e a redução da cárie infantil.

Palavras-chave: Cárie dentária; criança; hábitos de vida; saúde bucal; prevenção.

¹ Centro Universitário Doctum de Teófilo Otoni, graduanda em Odontologia, e-mail: juliaaltivo@gmail.com

² Centro Universitário Doctum de Teófilo Otoni, graduanda em Odontologia, e-mail: marianavitoriags@gmail.com

³ Centro Universitário Doctum de Teófilo Otoni, graduanda em Odontologia, e-mail: thainasales1919@gmail.com

⁴ Centro Universitário Doctum de Teófilo Otoni, Cirurgiã-Dentista com Planejamento Monitoramento e Avaliação em Gestão de Políticas Públicas Municipais de Saúde. e-mail: prof.josiane.santos@doctum.edu.br

1. INTRODUÇÃO

A cárie dentária constitui-se em uma das doenças crônicas mais prevalentes na infância e continua a representar um dos maiores desafios da saúde pública mundial. Trata-se de uma patologia multifatorial, resultante da interação entre microrganismos presentes na cavidade oral, dieta rica em açúcares, tempo de exposição aos agentes cariogênicos e susceptibilidade do hospedeiro. Em crianças, a presença da cárie está diretamente relacionada aos hábitos de vida, que englobam fatores alimentares, práticas de higiene bucal, amamentação, frequência de consultas odontológicas e, de modo mais abrangente, às condições socioeconômicas e educacionais do núcleo familiar (Fejerskov; Kidd, 2015; Dias et al., 2019).

No contexto brasileiro, ainda que os avanços em políticas públicas de saúde bucal, como o Programa Brasil Sorridente, tenham ampliado o acesso a serviços odontológicos, persistem desigualdades significativas que dificultam o controle e a prevenção da doença em populações vulneráveis. Crianças provenientes de famílias de baixa renda ou com acesso limitado à informação e aos cuidados odontológicos estão mais expostas à ocorrência da cárie dentária, especialmente quando associadas a dietas inadequadas e higienização insuficiente (Garnelo et al. 2018; Antunes; Peres; Mello, 2006).

Diante dessa realidade, projetos de extensão universitária assumem papel fundamental na promoção da saúde bucal e na conscientização social. O Projeto Dente de Leão, desenvolvido pelo Centro Universitário Doctum de Teófilo Otoni (MG), exemplifica essa iniciativa, ao oferecer atendimento odontológico gratuito e ações educativas voltadas à prevenção da cárie infantil, especialmente entre crianças em situação de vulnerabilidade social. A proposta visa integrar o ensino acadêmico à prática social, possibilitando o desenvolvimento de habilidades clínicas e de cidadania nos estudantes, ao mesmo tempo em que contribui para a melhoria das condições de saúde das comunidades atendidas.

Neste contexto, a presente pesquisa tem como objeto de estudo a seguinte questão: De que maneira os hábitos de vida das crianças atendidas pelo Projeto Dente de Leão – UNIDOCTUM influenciam na incidência de cárie dentária, e como esses fatores podem orientar ações preventivas e curativas em saúde bucal?

Assim, o estudo busca compreender a influência dos hábitos: alimentares, de amamentação, de higiene oral e das condições socioeconômicas no desenvolvimento da cárie dentária em crianças, relacionando tais aspectos às práticas educativas e clínicas do projeto. O objetivo geral consiste em analisar a correlação entre os hábitos de vida das crianças atendidas e a prevalência de cárie, enquanto os objetivos específicos incluem identificar fatores de risco comportamentais e sociais, avaliar a eficácia das ações de prevenção implementadas e propor estratégias de aprimoramento das atividades educativas em saúde bucal.

A fundamentação teórica será pautada em autores que abordam a cárie dentária como doença multifatorial e evitável, destacando-se a importância da educação em saúde e da atuação interdisciplinar. A metodologia adotada combina abordagem quantitativa e qualitativa, com análise de dados empíricos obtidos no âmbito do Projeto Dente de Leão e revisão bibliográfica sobre o tema.

Dessa forma, a pesquisa estrutura-se em cinco seções principais: a primeira introduz o tema, o problema e os objetivos da pesquisa; a segunda descreve os procedimentos metodológicos; a terceira apresenta o referencial teórico; a quarta expõe e discute os resultados obtidos; e a quinta traz as considerações finais, evidenciando a relevância das ações preventivas e educativas na redução da incidência de cárie dentária infantil.

2. METODOLOGIA

Para a realização deste artigo científico foram feitas pesquisas bibliográficas e utilizados dados empíricos provenientes do Projeto de Extensão “Dente de Leão”, o qual foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP (CAAE: 91525725.9.0000.8747). O referido projeto foi criado com o intuito de promover atendimento odontológico infantil, voltado à promoção de saúde bucal, à prevenção de doenças bucais e à reabilitação oral das crianças do município de Teófilo Otoni (MG) e região.

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, com delineamento transversal, descritivo e comparativo, pois busca analisar, em um único

momento temporal, as características e relações existentes entre a prevalência de cárie dentária e os hábitos de vida das crianças atendidas, relacionando dados clínicos e comportamentais. Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva tem como principal objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno, enquanto o delineamento transversal permite observar as variáveis simultaneamente, sem manipulação direta dos fatores estudados. Já a combinação entre métodos quantitativos e qualitativos possibilita maior amplitude interpretativa, conforme destaca Minayo (2010), ao afirmar que a integração de ambas as abordagens enriquece a análise dos fenômenos sociais e de saúde, permitindo compreender não apenas os dados numéricos, mas também o contexto e o significado das práticas observadas.

Como critérios de seleção dos artigos utilizados na pesquisa bibliográfica, foram considerados estudos publicados entre os anos de 2000 a 2025, redigidos nos idiomas português e inglês, que abordassem como tema principal o atendimento infantil e cárie dentária associada aos hábitos de vida. Foram excluídas as publicações anteriores ao ano de 2000, por não atenderem o critério de atualidade.

Além da utilização de dados do Projeto de Extensão “Dente de Leão”, foram realizadas pesquisas em bases científicas como Google Acadêmico, Scielo e PubMed, no período de agosto a novembro de 2025. Para tanto, utilizaram-se as seguintes palavras-chave: “cárie dentária”, “criança”, “hábitos de vida”, “saúde bucal”, “prevenção”.

O projeto tem como população-alvo crianças residentes em Teófilo Otoni e distritos circunvizinhos, adotando-se como sendo critérios de inclusão a faixa etária entre 4 e 12 anos, e como critérios de exclusão os pacientes menores de 4 anos ou maiores de 12 anos.

A amostra será composta por 40 crianças, selecionadas de forma não probabilística por conveniência, incluindo aquelas disponíveis no período de coleta e cujos responsáveis concordarem em participar, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para as crianças, será utilizado o Termo de Assentimento (TA), garantindo compreensão e concordância com a participação. Os dados serão coletados de forma a respeitar o sigilo e anonimato dos participantes, sendo utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

Os dados do Projeto foram coletados por meio de questionários aplicados aos responsáveis e avaliação intraorais, realizadas no período de outubro a novembro de

2025. A partir dessas informações, foi possível obter dados relevantes acerca da relação entre cárie dentária e os hábitos de vida das crianças participantes. Para investigar associações entre hábitos de vida e presença de cárie dentária, serão aplicados testes estatísticos adequados, como qui-quadrado para variáveis categóricas e testes paramétricos ou não paramétricos para variáveis contínuas, considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Para os dados qualitativos, as respostas dos questionários serão analisadas por meio de análise de conteúdo, identificando padrões e tendências nos hábitos de vida das crianças, com foco em fatores que possam influenciar a saúde bucal.

Após a coleta, os dados serão organizados e codificados em planilhas eletrônicas e analisados por meio de métodos quantitativos e qualitativos. Para os dados quantitativos, será realizada análise descritiva, incluindo médias, medianas desvios-padrão e frequências relativas. A partir dos dados obtidos tanto no Projeto de Extensão, quanto nas pesquisas bibliográficas, procedeu-se à leitura e análise do material coletado, sendo os índices apresentados por meio de gráficos elaborados pelas autoras, que posteriormente foram analisados, comparados e discutidos, possibilitando uma compreensão mais ampla e fundamentada sobre o tema abordado.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Cárie dentária

A cárie dentária é uma doença biofilme-dependente, multifatorial e dinâmica, caracterizada pela perda progressiva de minerais do esmalte e da dentina devido à atividade metabólica de microrganismos cariogênicos presentes no biofilme dental. Trata-se de um processo contínuo de desmineralização e remineralização, influenciado pela interação entre dieta fermentável, microbiota bucal, saliva e suscetibilidade individual do hospedeiro. Segundo Fejerskov e Kidd (2015), a cárie não deve ser compreendida apenas como a presença de cavidade, mas como um desequilíbrio ecológico que leva à predominância de bactérias acidogênicas e acidúricas, resultando em ambiente bucal com pH crítico, capaz de desencadear a dissolução dos tecidos dentários.

Do ponto de vista etiológico, a cárie é considerada uma patologia multifatorial,

envolvendo a interação simultânea de três fatores essenciais: microrganismos cariogênicos, carboidratos fermentáveis e o dente suscetível, além do fator tempo. A presença de espécies bacterianas como *Streptococcus mutans* e *Lactobacillus spp.* desempenha papel central devido à sua capacidade de fermentar açúcares e produzir ácidos orgânicos, reduzindo o pH local e promovendo a desmineralização (Marsh, 2018).

Fatores adicionais, como fluxo e composição salivar, frequência de ingestão de açúcares, condições socioeconômicas e comportamento de higiene bucal, modulam o risco individual. Assim, a etiologia da cárie resulta de um complexo interplay entre comportamentos, fatores biológicos e ambientais que interferem diretamente no equilíbrio do biofilme dental (Pitts et al., 2017).

3.2 Projeto Dente de Leão

O Projeto de Extensão Dente de Leão (DL) foi criado em 2023 como uma iniciativa de caráter comunitário, voltada à prestação de serviços de saúde bucal para crianças em situação de vulnerabilidade social. O projeto é desenvolvido pelo Centro Universitário Doctum de Teófilo Otoni (MG), oferecendo atendimentos odontológicos gratuitos realizados por acadêmicos do curso, sob supervisão docente, com foco na promoção da saúde bucal, prevenção de doenças e reabilitação dentária infantil.

O público-alvo do projeto compreende crianças com idade entre 4 e 12 anos, residentes em Teófilo Otoni e regiões circunvizinhas, garantindo que os atendimentos sejam direcionados a indivíduos que possam se beneficiar de forma efetiva das ações educativas e clínicas. As atividades desenvolvidas incluem orientações sobre higiene bucal e dieta, além de tratamentos restauradores, cirúrgicos, periodontais e endodônticos, com o objetivo de minimizar a perda dentária precoce e reduzir possíveis prejuízos futuros à saúde oral das crianças.

Além do atendimento clínico, o projeto enfatiza a orientação familiar, conscientizando os responsáveis sobre a importância do cuidado contínuo com a saúde bucal, potencializando o impacto positivo das práticas preventivas no desenvolvimento infantil. A iniciativa também promove uma odontologia menos invasiva e traumática, incentivando a formação de hábitos saudáveis desde os primeiros anos de vida.

Inspirado nas lições de São Marcelino Champagnat, que destaca que “a criança é o campo que Deus nos deu para cultivarmos o rebento novo”, o Projeto Dente de Leão reforça a importância de investir nos cuidados bucais precoces, contribuindo para a formação de adultos com hábitos de higiene oral adequados, saúde bucal preservada e qualidade de vida aprimorada, simbolizando, metaforicamente, dentes “fortes como de um leão”.

3.3 Relação da influência de hábitos alimentares e cárie dentária

A alimentação apresenta um papel muito importante na saúde bucal das crianças, sendo um dos principais fatores para o surgimento da cárie. Ingerir alimentos ricos em açúcar, como balas, biscoitos, sucos industrializados e refrigerantes, quando consumidos com frequência, favorece o acúmulo de placa bacteriana e, assim, pode alterar o pH da boca, criando condições para que o esmalte dos dentes se desgaste.

De acordo com a literatura, não apenas a frequência com que esses alimentos são consumidos, mas também as concentrações de açúcar possuem grande impacto no desenvolvimento da cárie, os hábitos alimentares das crianças geralmente sofrem extrema influência pela família e pelas condições financeiras, ou seja, fatores culturais e econômicos também podem alterar a qualidade da dieta.

Os hábitos alimentares formados na infância refletem em grande parte nos hábitos dos responsáveis, fazendo com que seja comum que as crianças repitam esses costumes de casa. Portanto, famílias com menor escolaridade e renda costumam ter uma alimentação menos equilibrada, o que aumenta a exposição das crianças a alimentos que provocam cáries e conseqüentemente, o risco de problemas dentários (Okubo et al., 2012; Costa et al., 2017).

Tendo em vista que a cárie é uma doença multifatorial, ou seja, pode estar associada a diversos fatores como alimentação com excesso de açúcar, fatores socioeconômicos, comportamentais e biológicos, embora a dieta seja um fator importante (Dias et al., 2019).

Devido à grande oferta de produtos ultra processados, os hábitos alimentares das crianças mudaram bastante. Hoje em dia, alimentos que possuem muito açúcar, sal e gordura estão substituindo opções mais naturais e nutritivas, em grande parte por conta da facilidade, o que está afetando tanto a saúde geral quanto a bucal, além

de essa mudança na alimentação ter contribuído cada vez mais para o aumento da cárie.

Com isso, incentivar uma alimentação equilibrada junto com educação em saúde e também o acompanhamento familiar além de uma boa e correta higienização, é extremamente importante para prevenir a cárie e formar hábitos saudáveis desde cedo. Para entender a alimentação infantil não podemos observar apenas o consumo de açúcar, mas também considerar como o ambiente familiar e social influencia na saúde bucal e no desenvolvimento da criança.

3.4 Papel das instituições infantis e de ensino na saúde bucal

O dia a dia nas creches e escolas desempenha um papel crucial na saúde bucal das crianças, principalmente nos primeiros anos de vida, quando os hábitos, tanto alimentares quanto de higiene começam a ser criados. Pesquisas mostram que o consumo frequente de alimentos açucarados e a introdução precoce de açúcar na dieta estão altamente ligados ao aumento da cárie dentária nessas idades.

Em um estudo que foi realizado, com crianças de 11 a 34 meses matriculadas em creches de São Paulo, observou-se que a alimentação muitas vezes feita de forma errada e a falta de escovação regular estavam muito ligadas a alta incidência de cárie, além do acúmulo de placa bacteriana (Biral et al., 2008).

De acordo com uma pesquisa feita em Juiz de Fora (MG), observou-se que o maior consumo de açúcar estava de fato bastante relacionado com a maior incidência de cárie, mesmo em uma região com água fluoretada, o que reforça ainda mais a importância do ambiente escolar e da família no desenvolvimento da doença cárie (Medeiros et al., 2009).

Além dos hábitos alimentares, o conhecimento e a percepção dos professores e cuidadores das creches sobre a importância da saúde bucal também influenciam bastante. Uma pesquisa realizada em uma creche de Bauru (SP) mostrou que muitos responsáveis julgam a cárie como algo normal na infância e apenas procuram tratamento quando há dor ou grande comprometimento tanto estético quanto funcional, isso atrasa o tratamento e prejudica a prevenção (Cortellazi et al., 2008).

Foi destacado também, em um estudo, com crianças de 0 a 30 meses em creches de Salvador, que a dieta rica em açúcar, a escovação sem supervisão e o

baixo nível de escolaridade dos responsáveis aumentam o risco de cárie nas crianças (Barros et al., 2001).

Consequentemente, isso reforça a necessidade de mais ações educativas e da conscientização dos professores e cuidadores quanto à importância da prevenção, voltada para promover hábitos alimentares saudáveis e ideais para a idade de cada criança, além de uma boa higiene oral desde cedo.

3.5 Fatores socioeconômicos e a doença cárie na infância

O Brasil, possui um histórico marcado pela desigualdade social, o que leva inúmeras famílias a viver em vulnerabilidade e influencia diretamente na saúde bucal infantil. Isso ocorre devido à várias doenças e condições que dificultam o acesso à saúde. Pode-se citar, por exemplo, que crianças oriundas de família de baixa renda e com menor acesso e informações sobre saúde bucal tendem a ter maior risco de cárie. A má higiene bucal, a falta de tratamento preventivo, a alimentação inadequada perpetua o ciclo da doença (Garnelo et al., 2018; Oliveira, 2014).

Tomando por base o Projeto Dente de Leão, essas condições podem ser observadas nas crianças atendidas, o que aumenta ainda mais a importância de compreender o impacto social na incidência da cárie.

Estudo realizado no Instituto de Primeira Infância e Desenvolvimento (IPREDE), localizado em Fortaleza, mostrou que fatores socioeconômicos como baixa renda, nível de escolaridade, acesso a tratamentos odontológicos entre outros afetam em grande escala a saúde bucal na primeira infância pois no levantamento realizado em 100 criança, onde 71 apresentaram lesões de cárie, 55 delas eram beneficiárias do Programa Bolsa Família, disponível apenas para famílias de baixa renda. Ou seja, mais de 70% apresentavam certo grau de vulnerabilidade econômica (Munhaes; Souza, 2022).

Diante disso, outros fatores podem ser observados, como menor acesso à informação, falta de prevenção e pouco acesso a produtos de higiene, constituindo-se como obstáculos à assistência e à educação voltada para a saúde bucal dessa população.

A cárie dentária acarreta impactos significativos em vários aspectos do cotidiano da criança, afetando negativamente a saúde e o bem-estar. A falta de tratamento adequado e de conhecimento dos responsáveis por tais práticas, pode

resultar em grande impacto negativo a qualidade de vida da criança, causando dor, desconforto, perda de apetite e afetando o desenvolvimento social e escolar (Williams, Whittle; Gatrell, 2002).

Com base nesses impactos, é de grande relevância a implementação de ações preventivas e educativas, assim como as desenvolvidas no Projeto Dente de Leão, que busca melhorar hábitos e promover saúde bucal desde a infância, além de levar informações de grande valia aos responsáveis.

Assim, os antecedentes socioeconômicos e culturais dos pais causam impacto significativo na saúde bucal das crianças. Conforme apresentado na literatura, muitas vezes o aparecimento da cárie na infância, está relacionado ao desconhecimento dos pais e a não percepção dos primeiros sinais, levando a uma busca por atendimento odontológico em fase tardia quando a criança já apresenta sinais dolorosos e grande desconforto. Todas essas consequências tendem a afetar negativamente o desenvolvimento infantil (Nunes; Perosa, 2017).

Além disso, é notório que hábitos são frequentemente transferidos dos pais para os filhos, e, quanto há limitação no acesso à informação e aos serviços odontológicos, o índice de crianças com cárie ativa, tende a elevar-se. É perceptível a forte relação entre a precária saúde bucal de crianças provenientes de famílias de baixo nível socioeconômico e fatores como: mães muito jovens, convivência dos pais, moradia em área rural, histórico de cárie nos pais e consumo de açúcar pela criança antes dos 18 meses de idade (Mattila et al., 2000).

A saúde bucal precária na infância é, sem dúvidas, resultado da combinação de diversos fatores já citados. Uma das estratégias mais eficazes no combate à cárie ainda é a prevenção e o acesso à informação, destacando-se o papel do atendimento odontológico desde a primeira infância.

3.6 A amamentação e sua influência em relação a cárie dentária

O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS) orientam que a amamentação seja realizada de forma exclusiva até os seis meses de idade e mantida de maneira complementar a alimentação até os dois anos ou mais (Bonizio, 2023).

Conforme essas recomendações, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) reforça que o aleitamento materno, especialmente nos primeiros anos de vida,

caracteriza-se como um alimento completo e nutritivo, capaz de fortalecer o sistema imunológico da criança. Além disso, a amamentação tem papel na proteção contra a cárie dentária pois reduz as chances de introdução precoce da sacarose na alimentação infantil e diminui a necessidade do uso de mamadeiras (CFO, 2015).

Reforçando essa ideia, o leite materno traz consigo importantes fontes de nutrientes como o cálcio, fósforo, magnésio e vitaminas, que exercem função na mineralização adequada tanto dos dentes quanto dos ossos da face, contribuindo para a prevenção de doenças como a cárie e maloclusões (Pomponet; Abreu, 2023).

Em vista do que foi apresentado, o leite materno possui nutrientes que colaboram para a proteção dos dentes e a sucção do seio aumenta a produção salivar, que ajuda a reduzir o pH do meio bucal, deixando-o mais equilibrado e menos propenso ao desenvolvimento da cárie dentária (American Academy Of Pediatrics, 2019).

Em consonância a isso, o leite materno é importante para que o desenvolvimento tanto do palato quanto dos ossos maxilares ocorra de forma efetiva, enquanto suas proteínas atuam de forma eficaz na formação dos dentes e no crescimento dos tecidos da boca (Pomponet; Abreu, 2023).

Segundo a *American Academy of Pediatrics* (2012), o aleitamento materno não é um fator de risco para a cárie na primeira infância, desde que sejam realizadas práticas adequadas de higiene bucal, alimentação balanceada e controle da frequência de consumo de açúcares. Dessa forma, observa-se que o aleitamento materno desempenha papel de grande relevância no desenvolvimento do sistema estomatognático, além de possuir um papel essencial na nutrição da criança, contribuindo para a proteção contra a cárie dentária quando associado a práticas adequadas de higiene oral e alimentação saudável.

Tomando por base todos os benefícios presentes no aleitamento materno, é importante ressaltar também sua relação com a cárie dentária, pois essa ligação está no padrão de consumo, como a livre demanda, duração prolongada e mamadas frequentes no período noturno que podem causar acúmulo de leite a superfície dentária, aumentando as chances de surgimento de lesões cariosas. Isso ocorre pela soma da redução do fluxo salivar durante o sono da criança e pela ausência de higienização dos dentes após a amamentação (Ribeiro; Ribeiro, 2004).

Ainda quanto aos malefícios relacionados à amamentação, é importante levar em conta a utilização de outros meios, como mamadeira e chupetas, que são fatores

predisponente para cárie dentária na primeira infância, pois o bico bloqueia o acesso da saliva aos incisivos superiores, enquanto os inferiores, devido à proximidade com as glândulas salivares ficam mais protegidos, aumentando o índice de cárie em incisivos superiores (Pierce; Rozier; Vann, 2002).

Além disso, há uma significativa redução do fluxo salivar associado ao uso da mamadeira a noite, impedindo a neutralização salivar, levando a uma exposição prolongada dos dentes aos carboidratos fermentados (Ribeiro; Ribeiro, 2004).

Diante do exposto, conclui-se que os malefícios mais citados dentro da literatura se devem à livre demanda sem a devida higienização dos dentes. Com isso, é crucial promover abordagens que tragam informações sobre higiene bucal, permitindo que os responsáveis atuem no cuidado da saúde bucal das crianças desde o período neonatal, evitando que a higienização se torne uma prática difícil após a introdução alimentar.

3.7 Higienização bucal e sua importante atuação na prevenção da cárie

A cárie dentária é intitulada como um grave problema de saúde pública, sendo considerada a doença crônica mais prevalente do mundo, afetando 60-90% das crianças, apresentando sua maior prevalência em populações mais vulneráveis (Davidoff; Abdo; Silva, 2005; Huang et al. 2019).

Partindo dessa informação, as práticas de higienização devem ser pauta principal na prevenção da cárie precoce na primeira infância. Devem englobar medidas que reconheçam precocemente causas e sinais e, principalmente, adotar intervenções em que os familiares atuem juntamente com profissionais treinados para realizar uma melhor abordagem preventiva (Pineda; Osório; Frazin, 2014; Tonial et al., 2015).

Tendo em vista que a promoção de higiene bucal é a melhor maneira de se prevenir a cárie em crianças, o papel dos familiares torna-se de grande valor, uma vez que, nessa fase, elas não possuem tanto domínio nem a devida conscientização sobre a importância da higienização oral.

Recomenda-se que a higienização bucal seja inserida na rotina da criança desde os primeiros meses de vida, assim como o hábito de tomar banho, por exemplo, para que ela entenda que escovar os dentes é algo inegociável no dia a dia. Em um primeiro momento, a mãe deve realizar a higiene bucal com gaze umedecida em soro

fisiológico ou água filtrada/mineral, para remover resíduos do leite que ficam na cavidade oral do bebê, além de evitar o possível aparecimento de candidíase, conhecido popularmente como “sapinho”. Quando se inicia o surgimento dos primeiros dentes, a gaze deve ser substituída por escovas específicas para cada etapa de crescimento da criança. Com isso, espera-se que seja criada uma rotina diária de higiene bucal, o que refletirá positivamente em seu desenvolvimento (CFO, 2015).

É importante frisar a importância da escolha correta da escova, que deve possuir cerdas macias e tamanho apropriado para a cavidade oral da criança, de modo que ela possa alcançar todos os dentes de forma mais tranquila. Somando-se a isso, a higienização deve ser realizada pelo menos duas vezes ao dia, para que seja inserida de forma gradativa na rotina e se torne um hábito com o tempo (Vilela et al., 2017).

As diretrizes de saúde bucal orientam que o creme dental utilizado deve conter, no mínimo, 1.000 ppm de flúor e atentar-se a quantidade ideal para cada idade da criança. Outro ponto importante a salientar é a supervisão da higiene pelos pais, já que a criança não possui coordenação motora ideal para realizar a própria escovação. Além disso, a ingestão de creme dental pela criança deve ser observada com atenção, tendo em vista que, quando ingerido em grande quantidade durante o processo de formação da dentição, pode causar fluorose dentária.

Portanto, torna-se indiscutível que a higienização é o ponto principal para prevenção da cárie, e o trabalho dos responsáveis juntamente com profissionais capacitados, é de grande valor para que os hábitos de escovação sejam construídos desde a primeira infância.

3.8 Acesso ao atendimento odontológico

O acesso ao atendimento odontológico desempenha um papel muito importante na prevenção e controle da cárie infantil, porém, mesmo com a ampliação dos serviços de saúde bucal, muitas crianças ainda apresentam dificuldades com o cuidado adequado.

O estudo de “Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil”, realizado por Antunes, Peres e Mello (2006), analisou dados em torno de 26 mil crianças de 5 anos e mostrou que o acesso desigual aos serviços, sendo associado à classe socioeconômica, à

presença de água fluoretada e à localidade foram determinantes para que a cárie não tratada persistisse. A doença cárie continua sendo comum entre crianças brasileiras, especialmente aquelas que vivem em situação de vulnerabilidade social (Antunes; Peres; Mello, 2006).

Outro ponto importante, é o simples fato de haver serviços odontológicos disponíveis não garante a eficácia do cuidado. A revisão de acesso e resolutividade na atenção em saúde bucal destacou que na primeira infância os serviços odontológicos disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) não têm sido suficientes para diminuir a doença, já que o acesso é limitado ou a resolutividade é baixa. Isso apenas reforça a ideia de que o acesso à saúde bucal tem que ir além do “ir ao dentista”; é necessário incluir um acompanhamento contínuo, educação em saúde e principalmente atendimento oportuno para evitar e prevenir o agravamento das lesões de cárie (Silva; Pimentel; Anjos, 2024).

Além disso, o comportamento e a percepção dos pais exercem enorme influência sobre a condição bucal das crianças. Em sua grande maioria, os responsáveis só procuram o dentista quando a criança sente dor ou apresenta os dentes muito afetados esteticamente, o que apenas diminui cada vez mais as chances de prevenção.

Considerando essa relação de percepção dos responsáveis e também a procura tardia pelos serviços odontológicos contribui para a continuidade da cárie, o que apenas reforçar a importância de um acesso precoce e da continuidade dos cuidados de saúde bucal infantil. Por isso, para um acesso precoce e uma boa prevenção e cuidado, é essencial uma contínua orientação e educação dos responsáveis, profissionais escolares e das crianças, para reforçar a importância de uma boa saúde bucal (Nunes; Perosa, 2017).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Hábitos alimentares

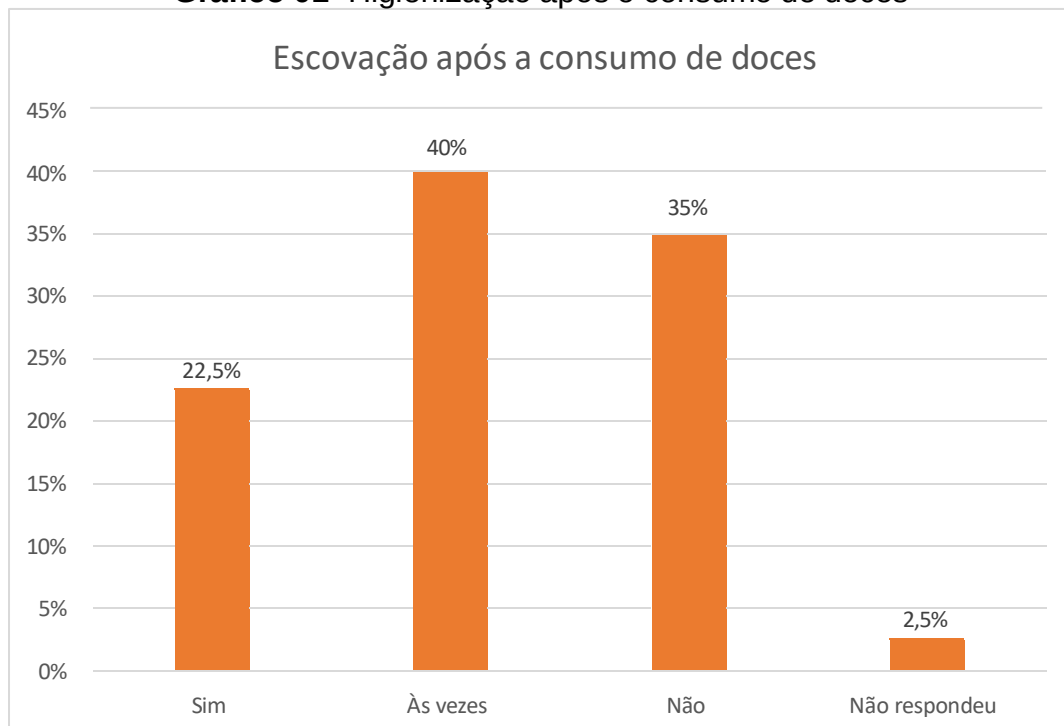
A alimentação mostrou-se um fator determinante na condição de saúde bucal das crianças avaliadas. Os dados revelaram que 80% das crianças consomem doces e/ou bebidas açucaradas mais de 2 vezes na semana, sendo que 45% apresentam

consumo superior a quatro vezes por semana (Gráfico 01). Essa exposição frequente ao açúcar representa um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da cárie dentária (Fejerskov; Kidd, 2015).

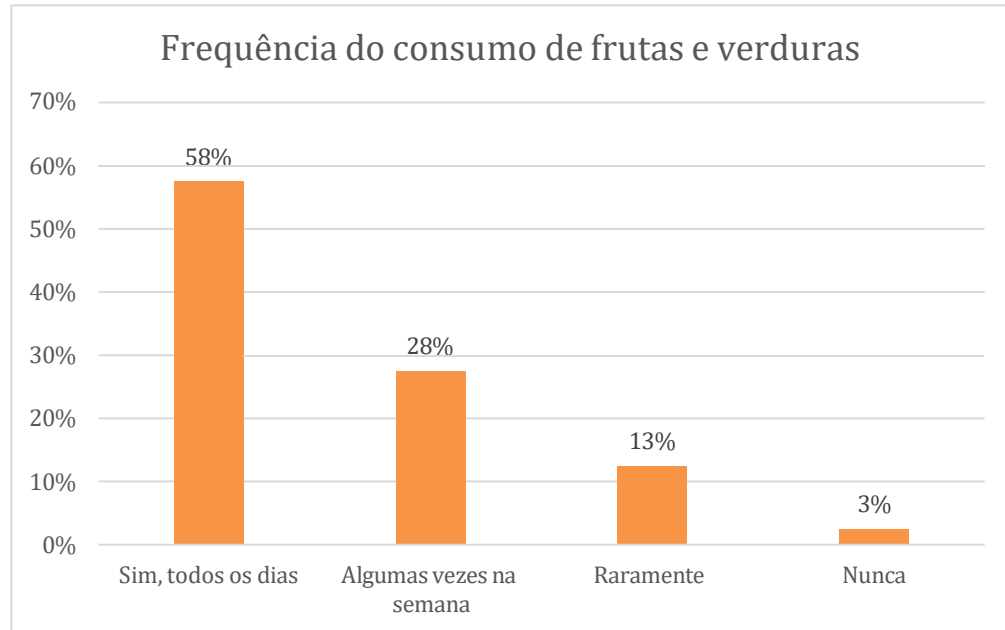
Em contrapartida, verificou-se que apenas 22,5% das crianças (9 participantes) realizam escovação logo após o consumo desses alimentos, o que agrava a vulnerabilidade à cárie (Gráfico 02). Essa relação direta, entre o alto consumo de produtos açucarados e a ausência de higiene imediata reforça a importância de práticas preventivas e de orientação familiar.

No que diz respeito aos hábitos alimentares gerais, 42,5% das crianças não consomem frutas e verduras diariamente (Gráfico 03), indicando uma dieta potencialmente desequilibrada e pobre em alimentos protetores da saúde bucal. Alimentos fibrosos e naturais, como frutas e hortaliças, estimulam o fluxo salivar e auxiliam na limpeza mecânica dos dentes, contribuindo para a neutralização de ácidos e redução do risco de cárie (Bönecker; Cleaton-Jones, 2010).

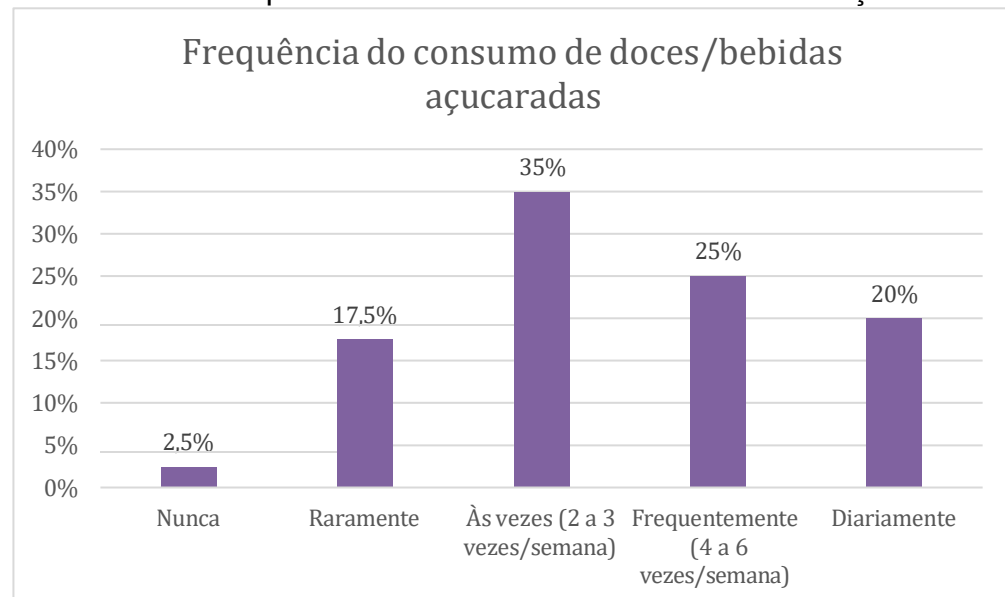
Gráfico 01- Higienização após o consumo de doces



Fonte: Os autores (2025).

Gráfico 02- Consumo diário de frutas e verduras

Fonte: Os autores (2025).

Gráfico 03- Frequências de consumo de doces/Bebidas açucaradas

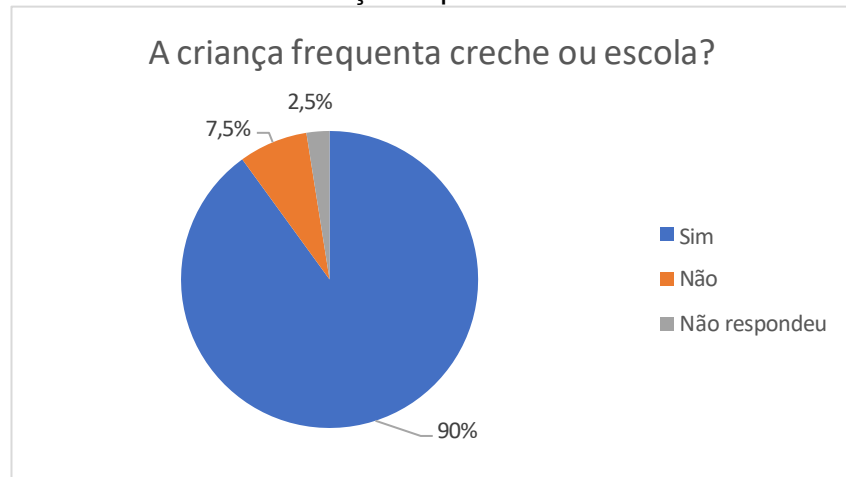
Fonte: Os autores (2025).

4.2 Escolas e Creches

As escolas e creches exercem papel fundamental na formação de hábitos de higiene e alimentação das crianças, uma vez que grande parte delas passa boa parte do dia nesses ambientes. Observou-se que 90% das crianças frequentam creches

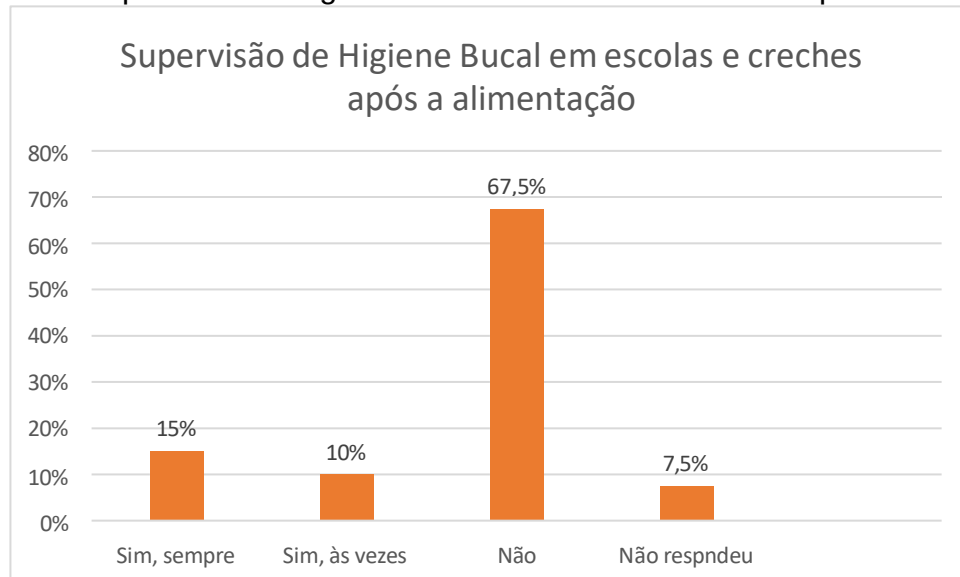
e/ou escolas (Gráfico 04), e que 67,5% não recebem supervisão de higiene bucal após as refeições nesses locais (Gráfico 05). Essa ausência de acompanhamento reflete uma lacuna importante na promoção da saúde bucal dentro das instituições de ensino.

Gráfico 04- A criança frequenta creche ou escola?



Fonte: Os autores (2025).

Gráfico 05- Supervisão de higiene bucal em escolas e creches após a alimentação



Fonte: Os autores (2025).

Os dados sugerem ainda que o tipo de alimentação oferecida ou permitida nas escolas podem estar associados à ocorrência de cárie. Essa análise reforça a importância de práticas educativas e escovação supervisionada nesses locais.

De forma geral, os resultados deste estudo evidenciam que os fatores socioeconômicos, alimentares e comportamentais estão intimamente relacionados à prevalência de cárie na infância. A ausência de supervisão de higiene, a elevada

ingestão de açúcares e a limitada participação das instituições escolares e de saúde nas ações preventivas contribuem para a manutenção de altos índices da doença. Dessa forma, torna-se imprescindível fortalecer programas intersetoriais de educação em saúde bucal, envolvendo famílias, escolas e profissionais, a fim de promover hábitos saudáveis desde os primeiros anos de vida.

Os resultados também apontam para a importância de fortalecer a integração entre escola, família e serviços de saúde no controle da cárie infantil. A escola por estar presente na rotina diária da criança, pode atuar como ponte entre esses contextos promovendo orientações e reforçando práticas de autocuidado aprendidas em casa e nas unidades de saúde.

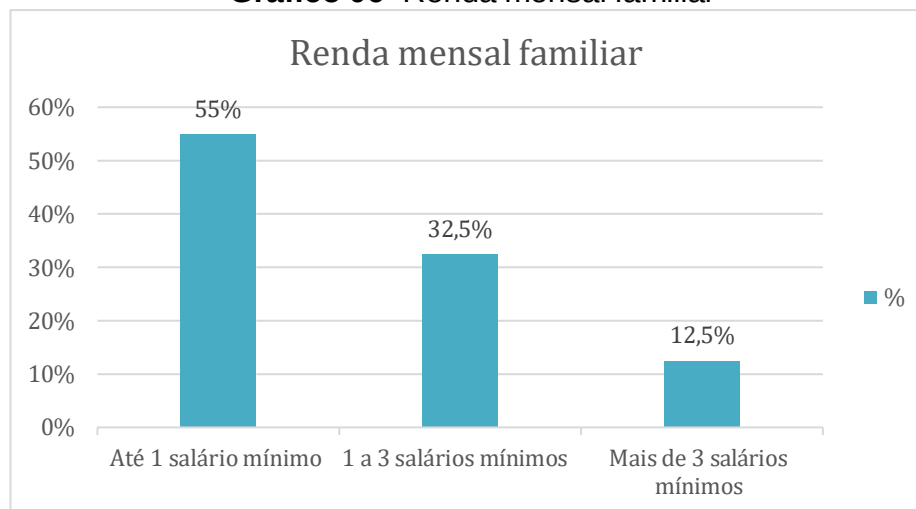
No entanto, a ausência de comunicação estruturada e de ações conjuntas limita a eficácia das estratégias preventivas. Quando as instituições educacionais assumem um papel ativo na promoção de saúde bucal, aliando-se às famílias e aos profissionais de saúde, torna-se possível criar um ambiente mais favorável para a adoção de hábitos saudáveis e para redução das desigualdades que impactam diretamente a ocorrência da cárie.

Dessa forma, reforça-se que a escola exerce influência decisiva na formação de hábitos que acompanharão indivíduo até a vida adulta.

4.3 Condições socioeconômicas

A cárie dentária é uma doença crônica, infecciosa e multifatorial, considerada uma das condições mais prevalentes em crianças, especialmente em populações com vulnerabilidades socioeconômicas. No contexto brasileiro, sua alta incidência tem sido associada a padrões de higiene bucal inadequados, consumo frequente de açúcares, baixo nível socioeconômico e acesso limitado a serviços odontológicos (Fejerskov; Kidd, 2015).

A análise dos dados revelou associação entre fatores socioeconômicos e condições de saúde bucal. Observou-se que índices elevados de cárie foram mais frequentes entre crianças provenientes de famílias com menor renda: 55% das famílias recebiam até 1 salário mínimo, 32,5% entre 1 e 3 salários mínimos, e apenas 12,5% acima de 3 salários mínimos (Gráfico 06).

Gráfico 06- Renda mensal familiar

Fonte: Os autores (2025).

Esses dados refletem, ainda, a escolaridade dos responsáveis, sendo que apenas 20% possuíam ensino superior, 27,5% concluíram o ensino médio e 52,5% não tiveram oportunidade de concluir os estudos (Gráfico 07).

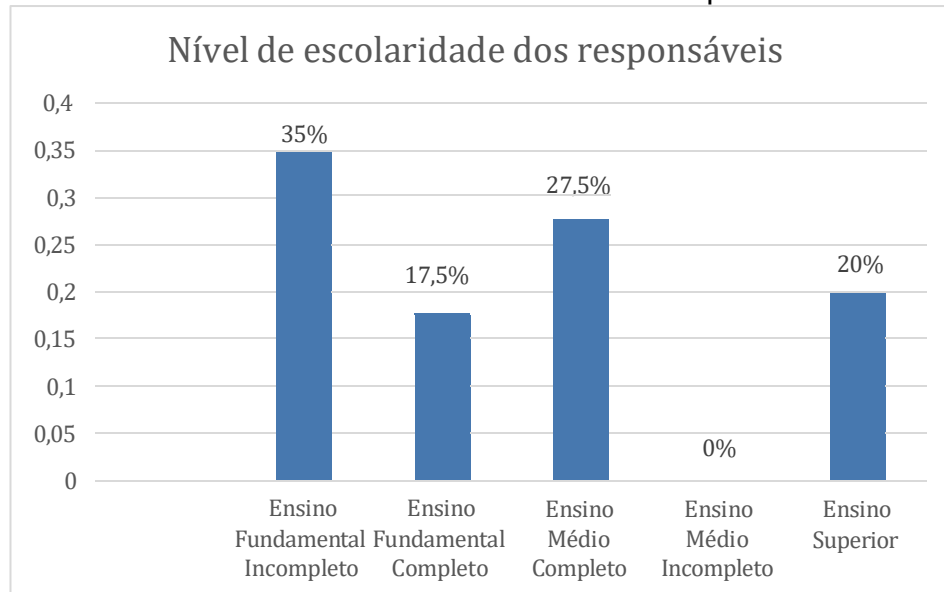
Além disso, ao analisar o conjunto das informações obtidas, observa-se que fatores comportamentais desempenham papel significativo na manutenção da saúde bucal infantil.

Nesse contexto, muitos responsáveis relataram dificuldades em manter uma rotina adequada de higiene bucal, especialmente no que diz respeito à escovação supervisionada e ao uso regular do fio dental.

Esse cenário reforça a influência do ambiente familiar na formação de hábitos preventivos, evidenciando que crianças cujos responsáveis possuem menor nível de instrução tendem a apresentar práticas menos consistentes de autocuidado.

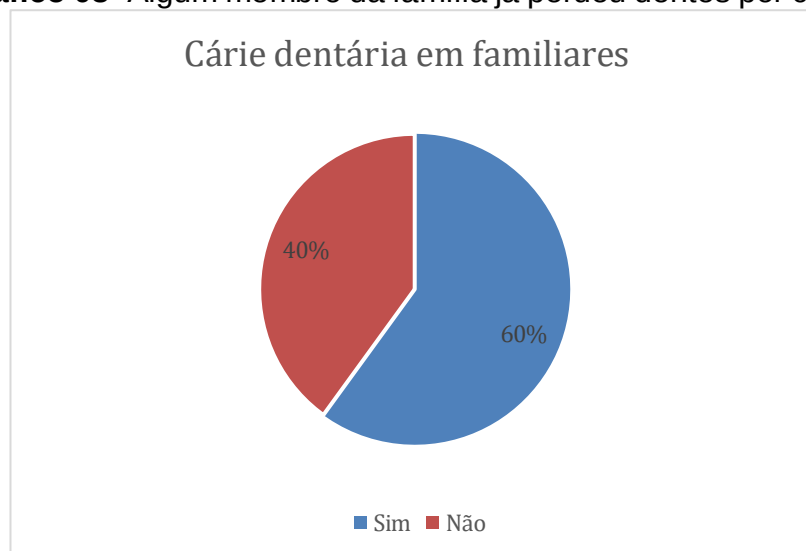
Outro ponto relevante identificado no estudo refere-se à alimentação, já que o consumo frequente de alimentos açucarados, relatado por grande parte das famílias, intensifica a suscetibilidade ao desenvolvimento da cárie. Tais condições, quando combinadas, contribuem para o surgimento precoce de lesões cariadas e para a dificuldade na interrupção do ciclo da doença.

Embora apenas um grupo reduzido dos participantes tenha relatado dificuldade para adquirir os itens necessários à higiene bucal, essa realidade ainda merece destaque. A limitação financeira impacta diretamente a rotina de cuidados, especialmente entre aqueles que não conseguem comprar itens básicos, como escovas, creme dental e fio dental. Essa restrição compromete a reposição adequada dos materiais e favorece o avanço das lesões de cárie, refletindo como a vulnerabilidade econômica limita a prevenção.

Gráfico 07- Nível de escolaridade dos responsáveis

Fonte: Os autores (2025).

Dessa forma, os maiores índices de cárie observados em crianças de condição socioeconômica menos favorável, podem ser explicados tanto pela dificuldade de acesso à tratamento odontológico e informações sobre saúde bucal, quanto pela menor valorização da necessidade de acompanhamento preventivo. Tal correlação é reforçada pelo dado de que 60% das famílias relataram perda dentária em algum membro da família, devido à cárie (Gráfico 08).

Gráfico 08- Algum membro da família já perdeu dentes por cárie?

Fonte: Os autores (2025).

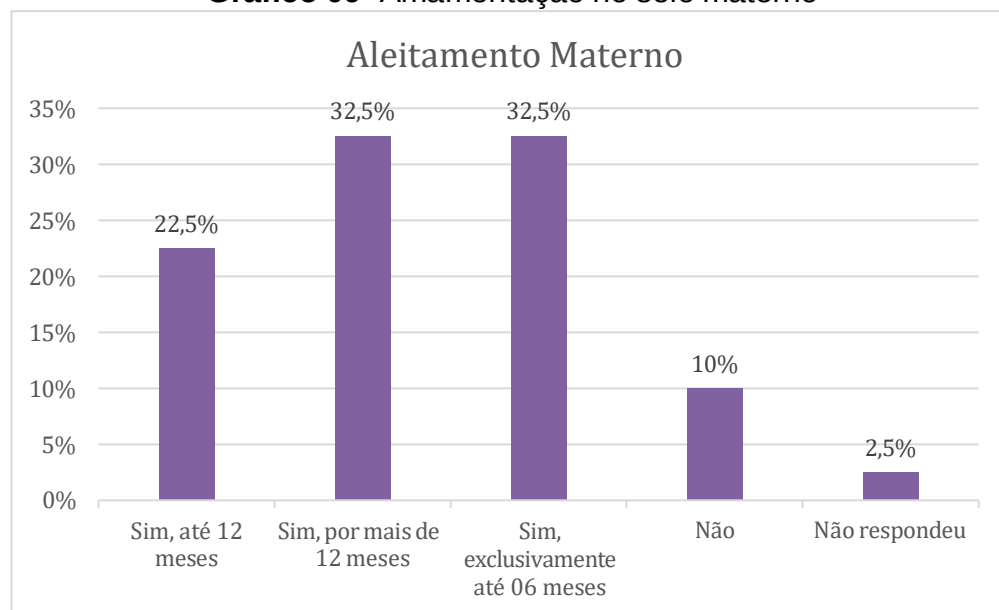
4.4 Amamentação e uso de mamadeira

Observou-se que o leite materno, quando oferecido de forma adequada e associado à higienização correta da cavidade oral, exerce papel benéfico e protetor à saúde bucal infantil. Além de fornecer imunoglobulinas e fatores antimicrobianos, o aleitamento natural contribui para o desenvolvimento funcional dos músculos orofaciais e da arcada dentária, favorecendo o crescimento harmônico e a respiração nasal (Bönecker; Cleaton-Jones, 2010).

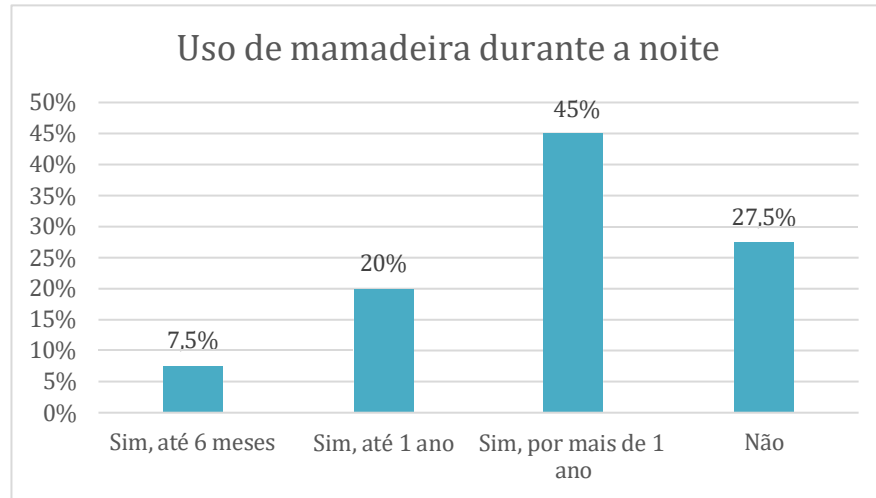
Em contrapartida, o uso frequente da mamadeira, especialmente com bebidas industrializadas, como leites fermentados, achocolatados e sucos prontos, favorece o acúmulo de açúcares fermentáveis, criando um ambiente ácido propício à desmineralização do esmalte dentário e, conseqüentemente, ao desenvolvimento da cárie dentária precoce (Zero, 2004; Fejerskov; Kidd, 2015)

Os dados obtidos demonstram que 87,5% das crianças receberam aleitamento materno (Gráfico 09), ademais 72,5% dessas utilizam mamadeira durante a noite (Gráfico 10), sendo que 55% consumam bebidas industrializadas nesses recipientes (Gráfico 11). Tal prática, associada à ausência de higienização bucal adequada, observada em 77,55% das crianças, potencializa o risco de desenvolvimento da chamada cárie de mamadeira ou cárie precoce na infância (Gráfico 12).

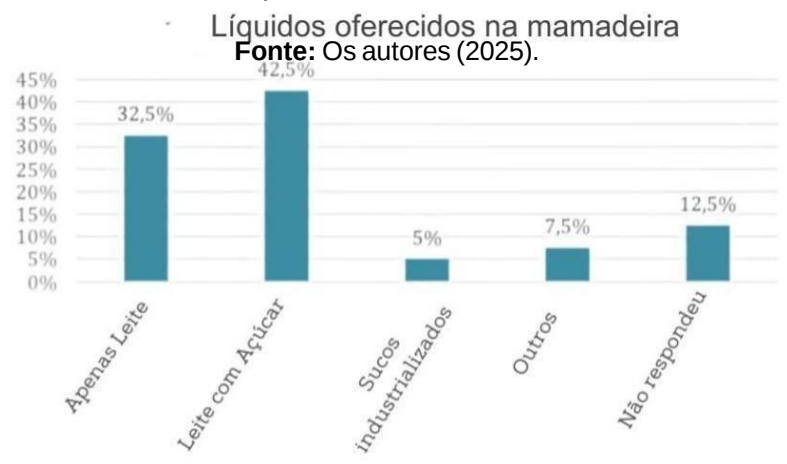
Gráfico 09- Amamentação no seio materno



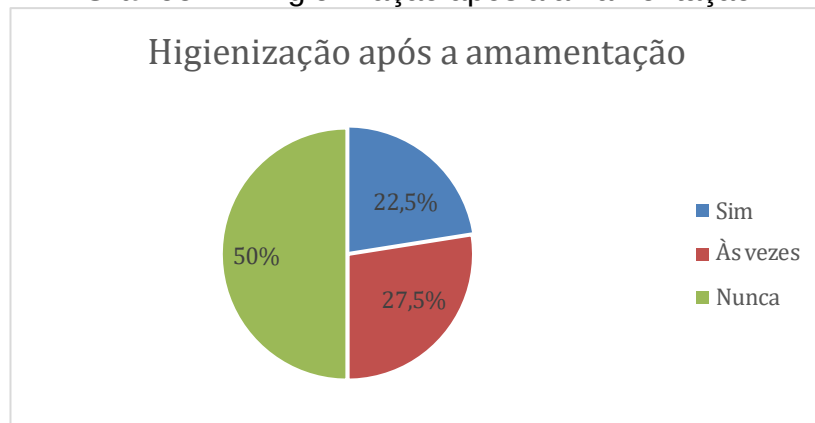
Fonte: Os autores (2025).

Gráfico 10- Uso de mamadeira durante a noite

Fonte: Os autores (2025).

Gráfico 11- Líquidos oferecidos na mamadeira

Fonte: Os autores (2025).

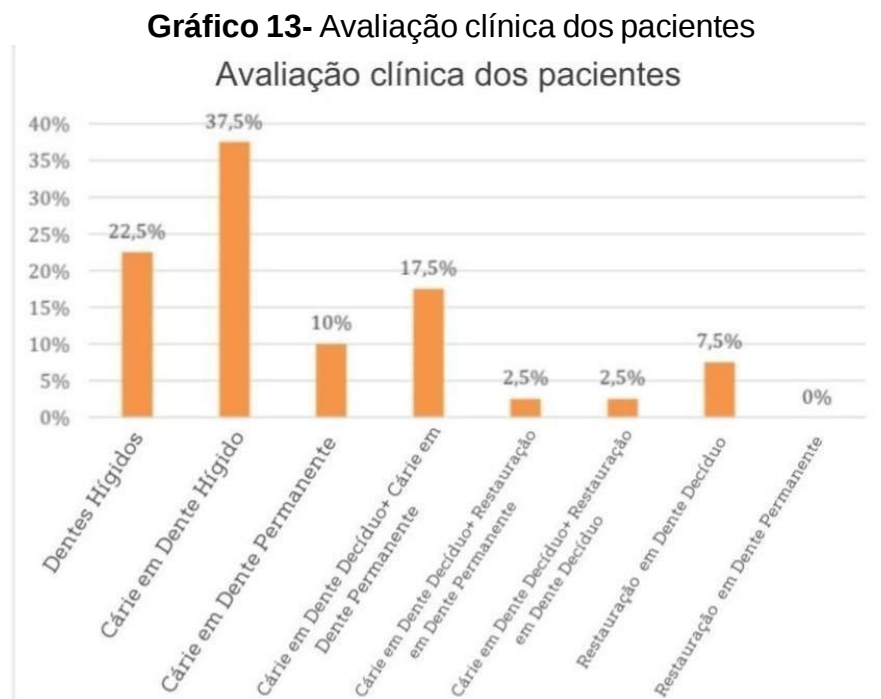
Gráfico 12- Higienização após a amamentação

Fonte: Os autores (2025).

Esses resultados reforçam que, embora o leite materno apresente reconhecidos benefícios nutricionais, imunológicos e fisiológicos, a ausência de higiene após a amamentação noturna, bem como a introdução precoce de líquidos açucarados em mamadeiras, pode transformar o hábito em um fator de risco significativo para a saúde bucal (Bönecker; Marcenes; Sheiham, 2012; Brasil, 2022).

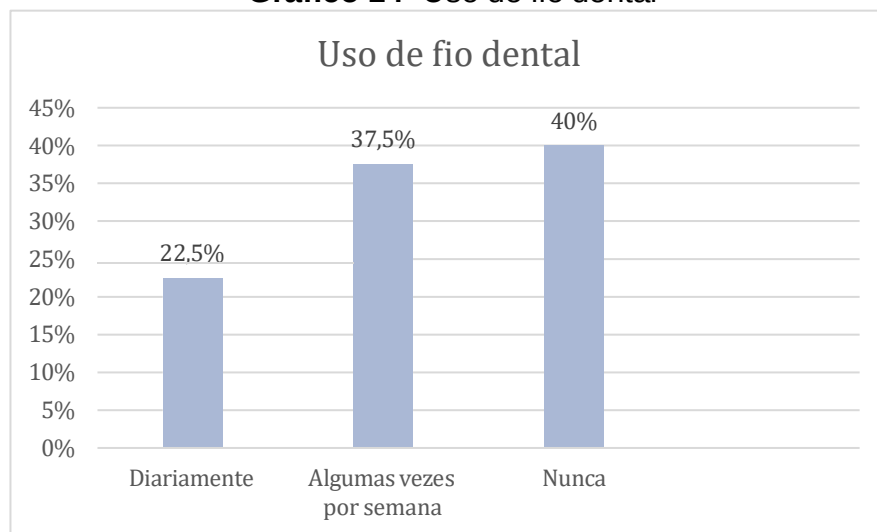
4.5 Higienização e acesso ao atendimento odontológico

No que se refere à condição de saúde bucal das crianças avaliadas, observou-se que 70% apresentavam cárie dentária ativa, sendo 37,5% em dentes decíduos, 10% em dente permanente, 17,5% apresentavam lesões tanto em dentes decíduos, quanto em dentes permanentes, e 7,5% já haviam apresentado a doença e realizado tratamento (Gráfico 13). Esses dados reforçam a elevada prevalência de cárie infantil, indicando a necessidade de intervenções contínuas de prevenção e promoção de saúde.



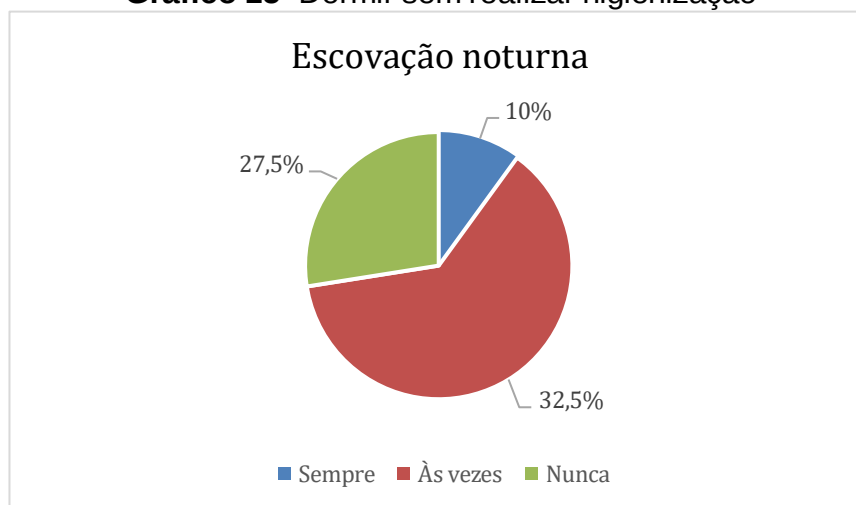
Fonte: Os autores (2025).

Quanto aos hábitos de higiene oral, verificou-se que apenas 22,5% das crianças utilizavam fio dental diariamente, enquanto 77,5% não faziam o uso regular do acessório. (Gráfico 14).

Gráfico 14- Uso de fio dental

Fonte: Os autores (2025).

Além disso, 77,5% relataram dormir sem escovar os dentes, e somente 40% realizavam a escovação ao menos três vezes ao dia, conforme as recomendações da literatura odontológica e do Ministério da Saúde (Gráfico 15).

Gráfico 15- Dormir sem realizar higienização

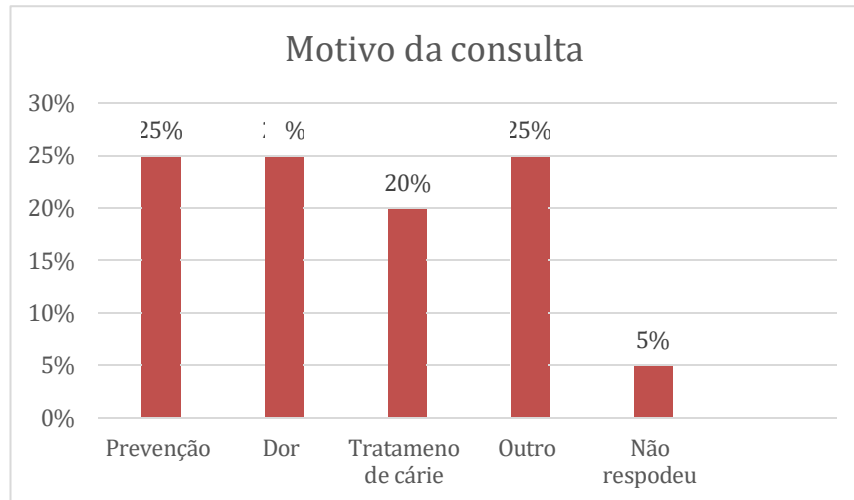
Fonte: Os autores (2025).

Esses resultados evidenciam uma discrepância entre o reconhecimento da importância da higiene oral e a prática efetiva de hábitos de cuidado bucal. Tal divergência sugere que o conhecimento sobre saúde bucal não tem se convertido integralmente em comportamento preventivo, o que reforça a relevância das ações educativas e de conscientização junto às famílias.

No que diz respeito à procura por atendimento odontológico, constatou-se que apenas 25% dos responsáveis buscavam o dentista de forma preventiva, enquanto

75% recorriam aos serviços apenas em quadros dolorosos ou problema já instalado (Gráfico 16).

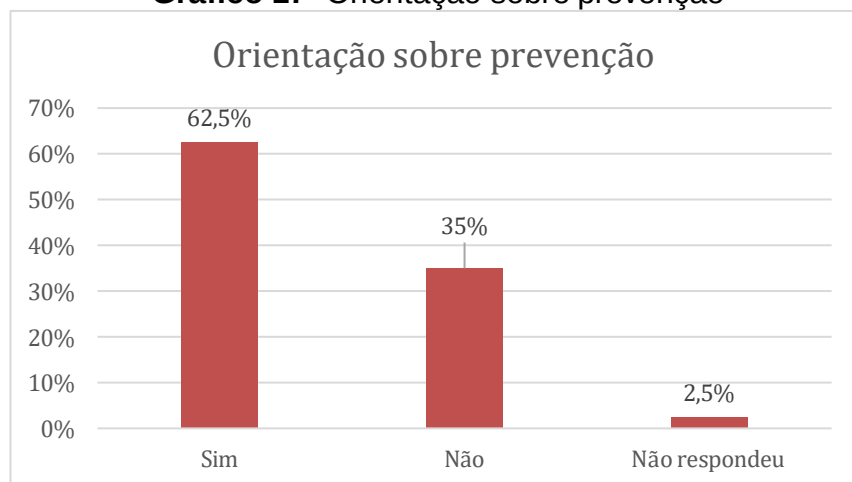
Gráfico 16- Motivo da consulta



Fonte: Os autores (2025).

Tal comportamento é corroborado pelo fato de que 70% dos pais afirmaram não realizar consultas preventivas regularmente, embora 62,5% tenham relatado já ter recebido orientações odontológicas sobre a importância da prevenção (Gráfico 17).

Gráfico 17- Orientação sobre prevenção



Fonte: Os autores (2025).

De forma geral, os resultados deste estudo evidenciam que os fatores socioeconômicos, alimentares e comportamentais estão intimamente relacionados à prevalência de cárie na infância. A ausência de supervisão de higiene, a elevada

ingestão de açúcares e a limitada participação das instituições escolares e de saúde nas ações preventivas contribuem para a manutenção de altos índices da doença. Dessa forma, torna-se imprescindível fortalecer programas intersetoriais de educação em saúde bucal, envolvendo famílias, escolas e profissionais, a fim de promover hábitos saudáveis desde os primeiros anos de vida.

Conforme a análise dos hábitos de vida e dos dados empíricos obtidos, observou-se que apenas 22,5% das crianças avaliadas apresentaram dentes hígidos, com idade variando entre 3 a 11 anos. (Gráfico 13) Esse resultado evidencia que a cárie dentária permanece como uma condição altamente prevalente na infância, sendo de natureza complexa e multifatorial.

Observou-se ainda que as crianças livres de lesões cariosas ou restaurações apresentavam maior frequência de higienização bucal, variando de duas a três vezes ao dia. Em contrapartida, mais de 60% relataram realizar a escovação “as vezes”, e 33% não realizavam a higiene após a ingestão de doces, sendo que apenas 11,1% afirmaram escovar os dentes após consumir esse tipo de alimento. Esses achados reforçam a influência direta dos hábitos de higiene bucal e da supervisão dos responsáveis na prevenção da doença cárie.

Por fim, verificou-se que todas as crianças que apresentaram cárie em dentes permanentes possuíam a lesão localizada no primeiro molar, e algumas também no segundo molar. Esse fato pode ser explicado tanto pela falta de informação dos responsáveis, quanto ao processo de troca dentária e à importância da higienização adequada desses dentes recém-irrompidos, uma vez que muitos relatam acreditar erroneamente que esses molares permanentes ainda fazem parte da dentição decídua.

Dessa maneira, os resultados obtidos reforçam a necessidade de ações educativas voltadas tanto aos pais e responsáveis, quanto às instituições de educação e assistência, com foco na orientação sobre o processo de erupção dentária e na importância da higienização precoce e supervisionada, a fim de reduzir a incidência de cárie nos primeiros molares permanentes e promover uma saúde bucal adequada desde a infância.

4.6 Análise Estatística

Para estimar o tamanho mínimo da amostra necessária para identificar

associações entre hábitos de vida e presença de cárie dentária, utilizou-se a fórmula de amostragem para proporções, considerando nível de confiança de 95% ($Z = 1,96$), erro amostral de 5% ($e = 0,05$) e proporção populacional desconhecida, adotando-se $p = 0,5$ como valor mais conservador.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{e^2}$$

Substituindo-se os valores:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2} \approx 384$$

Dessa forma, o tamanho amostral ideal estimado seria de 384 crianças. Entretanto, por se tratar de uma pesquisa inserida no Projeto de Extensão Dente de Leão, com fluxo limitado de atendimento e amostragem não probabilística por conveniência, a amostra final foi composta por 40 crianças, correspondente ao total de participantes atendidos e cujos responsáveis aceitaram participar da pesquisa no período de coleta.

Para investigar as associações entre hábitos de vida e presença de cárie dentária, serão aplicados testes estatísticos adequados, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Variáveis categóricas serão analisadas por meio do teste do qui-quadrado, enquanto variáveis contínuas serão avaliadas por testes paramétricos ou não paramétricos, conforme distribuição dos dados.

4.6.1 *Análise Descritiva*

A amostra foi composta por 40 crianças, participantes do Projeto de Extensão Dente de Leão. Os resultados mostram um perfil marcado por hábitos alimentares cariogênicos combinados com práticas de higienização insuficientes.

Observou-se que a maioria das crianças consumia alimentos açucarados com frequência elevada. Quanto ao consumo de doces, 35% consumiam de 2 a 3 vezes por semana, enquanto 25% ingeriam 4 a 6 vezes por semana e 20% consumiam diariamente. Apenas 2,5% nunca consumiam doces. De forma semelhante, o consumo de bebidas açucaradas mostrou prevalência importante: 35% ingeriam

diariamente, 27,5% entre 2 e 3 vezes por semana, e apenas 2,5% relatavam nunca consumir.

Com relação aos lanches entre refeições, 42,5% realizavam lanches duas vezes ao dia, e 20% três vezes ou mais, reforçando o padrão alimentar de exposição constante a carboidratos fermentáveis. O consumo de alimentos pegajosos (altamente associados à retenção prolongada de açúcares) foi relatado por 40% uma vez por semana, 27,5% duas a três vezes por semana e 20% diariamente.

Antes de dormir, 50% das crianças comiam todos os dias, fator que aumenta o risco de cárie principalmente quando associado à falta de escovação noturna. Após consumir doces, apenas 22,5% escovavam os dentes, enquanto 35% nunca realizavam higiene, e 40% faziam apenas às vezes.

A maior parte das crianças (90%) frequentava escola ou creche, porém a supervisão de higiene bucal era limitada: 67,5% nunca recebiam supervisão, e somente 15% tinham supervisão diária. A oferta de alimentos industrializados também era observável, com 17,5% recebendo diariamente e 32,5% às vezes.

A participação em campanhas educativas de saúde bucal era reduzida: embora 45% participassem raramente, 32,5% nunca participavam, indicando fragilidade nas ações preventivas.

A amamentação prolongada foi comum, com 32,5% amamentados até 12 meses e 32,5% por mais de 12 meses. O uso prolongado de mamadeira também foi frequente: 40% utilizaram por mais de 1 ano.

Durante a noite, 45% usaram mamadeira por mais de um ano, indicando um fator de risco significativo para cárie de primeira infância. Além disso, 52,5% adormeciam mamando, e apenas 22,5% realizavam higiene após a mamada — enquanto 50% nunca higienizavam.

A maioria dos responsáveis tinha baixa escolaridade: 35% possuíam ensino fundamental incompleto, e 17,5% fundamental completo. A renda familiar predominante era de até 1 salário mínimo (55%), seguida por 1 a 3 salários mínimos (32,5%).

A dificuldade para adquirir produtos de higiene bucal foi baixa (15%), porém 60% relatavam histórico familiar de perda dentária por cárie, o que pode reforçar padrões culturais e comportamentais associados à doença.

Embora 65% já tivessem ido ao dentista, 30% nunca realizaram consulta preventiva, e 40% só procuravam atendimento quando havia algum problema.

Quanto à facilidade de acesso ao atendimento, 47,5% relataram dificuldades.

A maioria utiliza exclusivamente o SUS (90%), reforçando dependência do sistema público.

Os hábitos de higiene mostraram inconsistência significativa. Embora 85% usassem creme dental fluoretado, 40% nunca usavam fio dental e 55% não escovavam após todas as refeições.

A escovação antes de dormir foi problemática: 62,5% dormiam sem escovar às vezes, e 10% sempre dormiam sem escovar. A troca de escova foi inadequada, com 42,5% trocando apenas quando desgastada.

O uso de enxaguante bucal era mínimo, com 29 das 40 crianças nunca utilizando.

Esses elementos, combinados, criam um ambiente altamente favorável ao desenvolvimento da cárie dentária na infância, especialmente em populações vulneráveis.

A análise descritiva dos dados revela que os hábitos alimentares das crianças avaliadas são fortemente caracterizados por alta exposição a açúcares, tanto por meio do consumo frequente de doces e bebidas açucaradas quanto pela realização de múltiplos lanches ao dia. Este padrão, associado a práticas de higienização bucal insuficientes, como a ausência de escovação após o consumo de doces e a alta prevalência de crianças que dormem sem escovar os dentes, representa um conjunto de fatores de risco clássico para o desenvolvimento da cárie dentária na infância.

O uso prolongado de mamadeira, especialmente durante a noite, aliado à falta de higiene após a amamentação ou mamada, reforça o risco de cárie de mamadeira, conforme amplamente descrito na literatura.

Aspectos socioeconômicos também se destacaram, uma vez que a maioria das famílias possui baixa escolaridade e renda, fatores que historicamente se associam a dificuldades no estabelecimento de hábitos preventivos e no acesso regular aos serviços de saúde. Somado a isso, muitos responsáveis relataram histórico familiar de perda dentária, evidenciando padrões intergeracionais de vulnerabilidade bucal.

Observou-se ainda que, apesar de parte das crianças frequentar escola ou creche, as ações educativas e a supervisão de higiene bucal são limitadas, reduzindo o potencial da escola como ambiente protetor de saúde.

De modo geral, os achados reforçam que a cárie dentária infantil resulta da interação entre fatores comportamentais, socioeconômicos e culturais, sendo

necessário fortalecer ações de educação em saúde e estratégias preventivas no âmbito familiar, escolar e comunitário.

Embora esse método previsse a utilização de testes estatísticos inferenciais como o qui-quadrado para variáveis categóricas e testes paramétricos ou não paramétricos para variáveis contínuas, não foi possível aplicá-los devido às características da amostra obtida.

A pesquisa contou com apenas 40 participantes, selecionados por amostragem não probabilística por conveniência, o que limita a aplicação adequada dos testes inferenciais, especialmente porque grande parte das variáveis apresenta categorias com frequência muito baixas, impossibilitando o uso correto do teste qui-quadrado, que exige contagens mínimas para resultados confiáveis.

Da mesma forma, não havia variáveis contínuas com distribuição adequada ou variação suficiente para aplicação de testes paramétricos ou não paramétricos, que requerem maior tamanho amostral e pressupostos de normalidade.

Apesar dessas limitações estatísticas, o estudo manteve sua coerência metodológica, pois seguiu o tipo de amostragem previamente definido (não probabilística por conveniência) e realizou uma análise descritiva detalhada, apresentando frequências e percentuais que permitiram alcançar plenamente os objetivos propostos, identificando os hábitos de vida e fatores associados ao risco de cárie dentária na população estudada.

Assim, a opção pela análise descritiva mostrou-se a abordagem mais adequada ao tipo de dados coletados, garantindo a fidelidade e confiabilidade das interpretações realizadas.

Além disso, o texto analítico e as tabelas apresentadas permitiram realizar a interpretação descritiva dos dados, evidenciando os padrões de hábitos e fatores associados ao risco de cárie, sem que fosse necessário alterar o restante do conteúdo do trabalho. Dessa forma, a análise descritiva mostrou-se suficiente para responder aos objetivos propostos.

As tabelas apresentadas nesta seção têm como objetivo sistematizar de forma clara e objetiva as principais variáveis investigadas no estudo, permitindo visualizar com precisão a distribuição das frequências e percentuais observados.

A organização dos dados em formato tabular facilita a compreensão dos padrões identificados, destacando a magnitude dos hábitos alimentares cariogênicos, das

práticas de higiene bucal e das condições socioeconômicas dos participantes. Essa estruturação contribui para uma leitura mais rápida e comparativa, reforçando os achados descritos no texto analítico.

Tabela 1 - Dieta

Variável	Categoria	n	%
Consumo de doces	Nunca	1	2,5%
	Raramente (1x/sem)	7	17,5%
	Às vezes (2–3x/sem)	14	35%
	Frequentemente (4–6x/sem)	10	25%
	Diariamente	8	20%
Consumo de bebidas açucaradas	Nunca	1	2,5%
	1x/sem	9	22,5%
	2–3x/sem	11	27,5%
	4–6x/sem	5	12,5%
	Diariamente	14	35%
Lanches entre refeições	Nunca	8	20%

	1x/dia	7	17,5%
	2x/dia	17	42,5%
	3+ vezes/dia	8	20%
Alimentos pegajosos	Nunca	4	10%
	1x/sem	16	40%
	2–3x/sem	11	27,5%
	Diariamente	8	20%
	Sem resposta	1	2,5%
Refeições completas/dia	1–2	7	17,5%
	3	14	35%
	4+	19	47,5%
Consumo diário de frutas e verduras	Sim	23	57,5%
	Algumas vezes/sem	11	27,5%
	Raramente	5	12,5%

	Nunca	1	2,5%
Come antes de dormir	Todos os dias	20	50%
	Algumas vezes	9	22,5%
	Raramente	6	15%
	Nunca	3	7,5%
	Não respondeu	2	5%
Escova após doces	Sim	9	22,5%
	Às vezes	16	40%
	Não	14	35%
	Não respondeu	1	2,5%

Fonte: Autores (2025)

Tabela 2 - Escola / Creche

Variável	Categoria	n	%
Frequenta escola/creche	Sim	36	90%
	Não	3	7,5%

	Não respondeu	1	2,5%
Oferta de doces na escola	Sim diariamente	7	17,5%
	Sim às vezes	13	32,5%
	Não	17	42,5%
	Não respondeu	3	7,5%
Supervisão de higiene bucal	Não	27	67,5%
	Sim sempre	6	15%
	Sim às vezes	4	10%
	Não respondeu	3	7,5%
Lanche levado de casa	Sim sempre	14	35%
	Sim às vezes	10	25%
	Não	14	35%
	Não respondeu	2	5%
Tipo de lanche levado	Frutas/saudáveis	5	12,5%

	Biscoitos/salgadinhos	12	30%
	Doces	3	7,5%
	Variado	9	22,5%
	Não respondeu	11	27,5%
Atividades educativas	Sim	19	47,5%
	Não	3	7,5%
	Não sei	16	40%
	Não respondeu	2	5%
Campanhas preventivas	Sim todo ano	5	12,5%
	Sim raramente	18	45%
	Nunca	13	32,5%
	Não respondeu	4	10%

Fonte: Autores (2025)

Tabela 3 - Amamentação

Variável	Categoria	n	%
----------	-----------	---	---

Amamentação materna	Exclusiva até 6 m	9	22,5%
	Até 12 m	13	32,5%
	>12 m	13	32,5%
	Não	4	10%
	Não respondeu	1	2,5%
Uso de mamadeira	>1 ano	16	40%
	Não usou	15	37,5%
	Até 1 ano	6	15%
	Até 6 meses	2	5%
	Sem resposta	1	2,5%
Mamadeira à noite	>1 ano	18	45%
	Não	11	27,5%
	Até 1 ano	8	20%
	Até 6 meses	3	7,5%

Líquidos na mamadeira	Leite	13	32,5%
	Leite + açúcar	17	42,5%
	Suco industrializado	2	5%
	Outros	3	7,5%
	Não respondeu	5	12,5%
Chupeta	Não	21	52,5%
	Até 1 ano	9	22,5%
	Até 2 anos	6	15%
	>2 anos	4	10%
Dormia mamando	Sempre	21	52,5%
	Às vezes	13	32,5%
	Nunca	6	15%
Higiene após mamada	Não	20	50%
	Às vezes	11	27,5%

	Sim	9	22,5%
--	-----	---	-------

Fonte: Autores (2025)

Tabela 4 - Fatores socioeconômicos

Variável	Categoria	n	%
Escolaridade do responsável	Fund. incompleto	14	35%
	Fund. completo	7	17,5%
	Médio completo	11	27,5%
	Superior	8	20%
Pessoas na casa	2–3	17	42,5%
	4–5	18	45%
	>5	5	12,5%
Renda familiar	Até 1 SM	22	55%
	1–3 SM	13	32,5%
	>3 SM	5	12,5%
Acesso à água tratada	Sim	36	90%

	Não	4	10%
Acesso a informações de saúde bucal	Frequentemente	21	52,5%
	Raramente	14	35%
	Não	5	12,5%
Dificuldade para produtos de higiene	Sim	6	15%
	Não	34	85%
Histórico familiar de perda dentária	Sim	24	60%
	Não	16	40%
Local adequado de higienização	Sim	38	95%
	Não	2	5%

Fonte: Autores (2025)

Tabela 5 - Atendimento odontológico

Variável	Categoria	n	%
Já foi ao dentista	Sim	26	65%

	Não	7	17,5%
	Não respondeu	7	17,5%
Motivo da última consulta	Prevenção	10	25%
	Dor	10	25%
	Tratamento de cárie	8	20%
	Outro	10	25%
	Não respondeu	2	5%
Consultas preventivas	Apenas com problema	16	40%
	Nunca	12	30%
	Semestral	5	12,5%
	Anual	5	12,5%
	Não respondeu	2	5%
Atendimento próximo	Sim	21	52,5%
	Não	18	45%

	Não respondeu	1	2,5%
Tipo de serviço	SUS	36	90%
	Particular	3	7,5%
	Convênio	1	2,5%
Dificuldade em atendimento	Sim	19	47,5%
	Não	21	52,5%
Urgência odontológica	Não	37	92,5%
	Sim	3	7,5%
Orientação preventiva pelo dentista	Sim	25	62,5%
	Não	14	35%
	Não respondeu	1	2,5%

Tabela 6 - Higienização bucal

Variável	Categoria	n	%
Escovação diária	1 vez	6	15%

	2 vezes	18	45%
	3+ vezes	16	40%
Responsável pela escovação	Criança	24	60%
	Supervisionado	11	27,5%
	Adulto realiza	5	12,5%
Fio dental	Nunca	16	40%
	Às vezes	15	37,5%
	Diário	9	22,5%
Escova após refeições	Sim	18	45%
	Não	22	55%
Dorme sem escovar	Sempre	4	10%
	Às vezes	25	62,5%
	Nunca	11	27,5%
Uso de enxaguante	Nunca	29	72,5%

	Às vezes	10	25%
	Diário	1	2,5%
Troca da escova	3 meses	11	27,5%
	6 meses	12	30%
	Quando desgasta	17	42,5%

Fonte: Autores (2025)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesse estudo permitem investigar aos objetivos propostos e concluir que a prevalência de cárie dentária entre as crianças atendidas pelo Projeto Dente de Leão apresenta-se elevada, estando diretamente relacionada com as condições de vida observadas, especialmente os hábitos alimentares, a higiene oral e o acesso ao atendimento odontológico. A análise dos prontuários e dos questionários estruturados demonstrou que práticas inadequadas de escovação, consumo frequente de açúcares, ausência de supervisão dos responsáveis, uso de mamadeira durante a noite e procura tardia por tratamento constituem fatores decisivos para o surgimento e agravamento da doença.

Em conformidade com o objetivo geral e atendendo ao primeiro objetivo específico, evidenciou-se que as condições de vida exercem influência direta na incidência da cárie dentária, confirmando que a alimentação, a higiene oral e o acesso a cuidados odontológicos são determinantes essenciais para a saúde bucal infantil. Além disso, constatou-se que fatores socioeconômicos, como baixa renda e nível de escolaridade dos responsáveis, ampliam a vulnerabilidade das crianças, afetando o padrão alimentar, a regularidade da higienização e a percepção sobre a necessidade de atendimento preventivo, conforme previsto no segundo objetivo específico.

Os achados reforçam, ainda, que a cárie dentária deve ser compreendida como uma doença multifatorial, cujo desenvolvimento resulta da interação entre fatores biológicos, comportamentais, culturais e sociais. Dessa forma, sua prevenção exige uma abordagem integral, que ultrapasse a intervenção clínica isolada e englobe educação em saúde, orientação familiar e participação ativa das instituições de ensino.

Considerando esse cenário, torna-se evidente a importância de fortalecer e ampliar as ações educativas do Projeto Dente de Leão, desenvolvendo-se de modo a promover maior conscientização sobre a higiene bucal, orientar adequadamente sobre a introdução alimentar, enfatizar o cuidado com os primeiros molares e estimular consultas odontológicas regulares desde os primeiros anos de vida. Reforça-se, assim, que a construção de hábitos saudáveis depende da atuação conjunta entre famílias, escolas e profissionais da saúde.

Conclui-se, portanto, que a redução da cárie infantil somente será alcançada mediante intervenções contínuas e integradas, capazes de modificar comportamentos, promover condições de vida mais favoráveis e garantir às crianças um desenvolvimento saudável, pleno e livre das consequências negativas que a cárie dentária traz consigo, cumprindo plenamente o objetivo geral deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, Elk Grove Village, v.129, n.3, p.e827-e841,2012.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, Elk Grove Village, v.129, n.3, p.e827-e841,2019.

ANTUNES, J L F; PERES, M A; MELLO, T R C. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 79-87, mar. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bg95jbKT4krWHjBkWT98TbS/?lang=pt>. Acesso em: 29 set. 25.

BARROS, S G de *et al.* Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 215-222, set. 2001.

BIRAL, A M *et al.* Cárie dentária e práticas alimentares entre crianças de creches do município de São Paulo. **Revista de Nutrição**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 37-48, fev. 2013.

BÖNECKER, M., & CLEATON-JONES, P. (2010). **Cárie precoce na infância: etiologia, diagnóstico e prevenção**. São Paulo: Santos Editora.

BÖNECKER, M., MARCENES, W., & SHEIHAM, A. (2012). Caries patterns in preschool children in relation to early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40(6), 510–516.

BONIZIO, J. **Agosto Dourado: a importância da amamentação para o desenvolvimento da saúde bucal**. Brasília: Conselho Federal de Odontologia, 14 ago. 2023. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/agosto-dourado-a-importancia-da-amamentacao-para-o-desenvolvimento-da-saude-bucal/>. Acesso em: 26 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2022). **Guia de recomendações para o cuidado da saúde bucal na atenção primária**. Brasília: MS.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Saúde bucal na infância é um cuidado dos pais**. Brasília: CFO, 27 out. 2015. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/saude-bucal-na-infancia-e-um-cuidado-dos-pais/>. Acesso em: 1 out. 2025.

COSTA, E. L. et al. Streptococcus mutans in Mother-Child Dyads and Early Childhood Caries: Examining Factors Underlying Bacterial Colonization. **Caries Research**, v. 51, n. 6, p. 582–589, 2017.

CORTELLAZZI, K. L. et al. Conhecimento e práticas sobre cárie dentária em cuidadores de crianças de uma creche filantrópica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1117-1124, 2008.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/H8PKsSWTNFCDW7XXWHxnR8f/>
Acesso em: 26 set. 2025

DAVIDOFF, D C O; ABDO, R C C; SILVA, M B. Prevalência da cárie precoce na infância. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 5, n. 3, p. 215-221, set./dez. 2005. Disponível em: <https://remunom.ojsbr.com/multidisciplinar/article/download/3346/3496/12161>. Acesso em: 1 out. 2025.

DIAS, A. G. A. et al. Experiência de cárie em crianças de 3 a 5 anos de idade em escolas públicas do município de Porto Velho-RO. **Archives Of Health Investigation**, São Paulo, v. 8, n. 3, 24 mai 2019.

FEJERSKOV, O., & KIDD, E. (2015). **Dental caries: The disease and its clinical management** (3rd ed.). Oxford: Wiley Blackwell. 2015.

GARNELO, L *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 81-99, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3tZ6QRxxTsPJNj9XwDftbgS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 out. 25.

HUANG, D *et al.* Maternal and Child Nutrition and Oral Health in Urban Vietnam. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 16, n. 14, p. 2579, 19 jul. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31331011/>. Acesso em: 30 set. 25.

MARSH, P. D. Microbiology of dental plaque biofilms and their role in oral health and caries. **Dental Clinics of North America**, v. 62, n. 2, p. 185–199, 2018.

MATTILA, M.-L. *et al.* Caries in Five-year-old Children and Associations with Family-related Factors. **Journal Of Dental Research**, [S.L.], v. 79, n. 3, p. 875-881, mar 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10765963/>. Acesso em: 28 set. 25.

MEDEIROS, Kelly Bento de et al. Relação entre consumo de açúcar e experiência de cárie dentária em crianças de 25 a 71 meses de idade. *Revista de Odontologia da UNESP, Araraquara*, v. 38, n. 2, p. 87-92, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rousp/a/BXDzSS9NRczrL5Z3pyWjNwC> Acesso em: 29 de setembro de 2025.

MINAYO, M C S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MUNHAES, A. B; SOUZA, J A S. Perda dental precoce em odontopediatria: etiologia, possíveis consequências e opções terapêuticas. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S.L.], v. 8, n. 5, p. 2135-2149, 31 maio 2022. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/5622/2179>. Acesso em: 27 set. 25.

NUNES, V. H; PEROSA, G. B. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 3, p. 1021-1021, mar. 2017.

OKUBO, H. et al. Dietary patterns in infancy and their associations with maternal socio-economic and lifestyle factors among 758 Japanese mother–child pairs: the Osaka Maternal and Child Health Study. **Maternal & Child Nutrition**, v. 10, n. 2, p. 213–225, 2014.

OLIVEIRA, F. M. Desigualdade social: uma trajetória de insistência no Brasil. **Revista Conexão**, v. 16, n. 7, p. 6750-6766, 2014. Disponível: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/ie/article/view/1725/1536>. Acesso em: 29 set. 2025.

PIERCE KM, ROZIER RG, VANN WF. Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries. **Pediatrics**. 2002;109(5):E82-2.

PINEDA, I. C; GÉAOSORIO, S. R; FRANZIN, L. C. S. Cárie precoce da primeira infância e reabilitação em odontopediatria. **Revista Uningá Review**, Jandaia do Sul, v. 19, n. 3, p. 51-55, 2014. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1543/1155>. Acesso em: 30 set.25.

PITTS, N. B. et al. Dental caries. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 3, p. 1–16, 2017.

POMPONET, C. T. B; ABREU, C. C. G. A relação do aleitamento materno com a cárie de primeira infância- revisão de literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S.L.], v. 9, n. 9, p. 3932-3944, 25 out. 2023.

RIBEIRO, N. M. E.; RIBEIRO, M. A. S. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. *Jornal de Pediatria, Porto Alegre*, v. 80,n. 5 Supl., p. S199-S210, nov. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/W3hN3SYNFdsPjyrkfxpC7yp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 set. 2025.

SILVA, A. C. S; PIMENTEL, Thamires Barros; ANJOS, Raíssa Soares dos. Incidência de cárie em crianças em idade escolar: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal Of Implantology And Health Sciences*, [S.L.], v. 6, n. 10, p. 472-487, 4 out. 2024. Disponível em: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/3786>. Acesso em: 01 out. 25.

TONIAL, F.G. et al. Impacto da doença cárie na qualidade de vida de pré- escolares atendidos na clínica da Universidade de Passo Fundo (UPF/RS). **Arq Odontol**, Belo Horizonte, 2015;51(1): 47-53. Disponível em: https://revista.uninga.br/uninga/article/download/2170/1836/7539?utm_source=chatgpt.com Acesso em: 29 de setembro de 2025

VILELA, M. M. et al. Odontologia do Bebê: Odontologia para bebês: uma possibilidade prática de promoção de saúde bucal. *Rev. odontopediatr. latinoam*, São Paulo, v. 7, n. 2, jul./dez. 2017.

WILLIAMS, N J; WHITTLE, J G; GATRELL, A C. The relationship between socio-demographic characteristics and dental health knowledge and attitudes of parents with young children. **British Dental Journal**, [S.L.], v. 193, n. 11, p. 651-654, dez. 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12607623/>. Acesso em: 27 set. 25.

ZERO, D. T. (2004). Sugars – The arch criminal? **Caries Research**, 38(3), 277–285.

Anexo A - Questionário Aplicado aos responsáveis pelas crianças.



QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DE VIDA

Nome do participante: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Nome do Responsável Legal: _____

() Mãe () Pai () Outro: _____

Data: ____ / ____ / ____

Dieta

1. Com que frequência a criança consome doces (balas, chocolates, pirulitos)?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente (1 vez/semana)
- ☐ Às vezes (2 a 3 vezes/semana)
- ☐ Frequentemente (4 a 6 vezes/semana)
- ☐ Diariamente

2. Frequência de consumo de bebidas açucaradas (refrigerantes, sucos industrializados, achocolatados):

- ☐ Nunca
- ☐ 1 vez/semana
- ☐ 2 a 3 vezes/semana
- ☐ 4 a 6 vezes/semana
- ☐ Diariamente

3. A criança realiza lanches entre as refeições principais?

- ☐ Nunca

- ☐ 1 vez/dia
- ☐ 2 vezes/dia
- ☐ 3 ou mais vezes/dia

4. Consumo de alimentos pegajosos (caramelos, biscoitos recheados, etc.):

- ☐ Nunca
- ☐ 1 vez/semana
- ☐ 2 a 3 vezes/semana
- ☐ Diariamente

5. Número de refeições completas por dia:

- ☐ 1 a 2
- ☐ 3
- ☐ 4 ou mais

6. Consumo diário de frutas e verduras:

- ☐ Sim, todos os dias
- ☐ Algumas vezes na semana
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

7.A criança costuma comer antes de dormir?

- ☐ Sim, todos os dias
- ☐ Algumas vezes na semana
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

8.Quando consome doces, a criança escova os dentes logo depois?

- ☐ Sim
- ☐ Às vezes
- ☐ Não

Escola/Creche

1.A criança frequenta escola ou creche?

- ☐ Sim
- ☐ Não

2.Na escola/creche há oferta de alimentos industrializados ou doces?

- ☐ Sim, diariamente
- ☐ Sim, às vezes
- ☐ Não

3.Há supervisão de higiene bucal após as refeições na escola/creche?

- ☐ Sim, sempre
- ☐ Sim, às vezes
- ☐ Não

4.O lanche é levado de casa?

- ☐ Sim, sempre
- ☐ Sim, às vezes

☐ Não

5.Os alimentos levados de casa geralmente são:

- ☐ Frutas e lanches saudáveis
- ☐ Biscoitos e salgadinhos
- ☐ Doces e guloseimas
- ☐ Variado

6.A escola/creche oferece atividades educativas sobre saúde bucal?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

7.A criança participa de campanhas de prevenção odontológica na escola?

- ☐ Sim, todo ano
- ☐ Sim, mas raramente
- ☐ Nunca

Amamentação

1.A criança foi amamentada no seio materno?

- ☐ Sim, exclusivamente até 6 meses
- ☐ Sim, até 12 meses
- ☐ Sim, por mais de 12 meses
- ☐ Não

2.Houve uso de mamadeira?

- ☐ Sim, até 6 meses
- ☐ Sim, até 1 ano
- ☐ Sim, por mais de 1 ano

☐ Não

3. Uso de mamadeira durante a noite:

☐ Sim, até 6 meses

☐ Sim, até 1 ano

☐ Sim, por mais de 1 ano

☐ Não

4. Líquidos oferecidos na mamadeira:

☐ Apenas leite

☐ Leite com açúcar/achocolatado

☐ Sucos industrializados

☐ Outros

5. Uso de chupeta:

☐ Sim, até 1 ano

☐ Sim, até 2 anos

☐ Sim, mais de 2 anos

☐ Não

6. Motivo da interrupção da amamentação:

☐ Orientação médica

☐ Falta de produção de leite

☐ Opção da mãe

☐ Outro

7. A criança adormecia mamando (peito ou mamadeira)?

☐ Sempre

☐ Às vezes

☐ Nunca

8. Durante a amamentação ou mamadeira, era feita higiene bucal depois?

☐ Sim

☐ Às vezes

☐ Não

Fatores Socioeconômicos

1. Escolaridade do responsável:

☐ Ensino fundamental incompleto

☐ Ensino fundamental completo

☐ Ensino médio completo

☐ Ensino superior

2. Pessoas que moram na mesma casa:

☐ 2 a 3

☐ 4 a 5

☐ Mais de 5

3. Acesso a água tratada:

☐ Sim

☐ Não

4. Renda familiar mensal:

☐ Até 1 salário mínimo

☐ 1 a 3 salários mínimos

☐ Mais de 3 salários mínimos

5. Acesso a informações sobre saúde bucal:

☐ Sim, frequentemente

☐ Sim, raramente

☐ Não

6. Dificuldade para adquirir produtos de higiene bucal:

- ☐ Sim
☐ Não

7. Algum membro da família já perdeu dentes por cárie?

- ☐ Sim
☐ Não

8. Na casa, há local adequado para higienização dos dentes da criança?

- ☐ Sim
☐ Não

Acesso a Atendimento Odontológico

1. A criança já foi ao dentista?

- ☐ Sim
☐ Não

2. Motivo da última consulta:

- ☐ Prevenção
☐ Dor
☐ Tratamento de cárie
☐ Outro

3. Frequência de consultas preventivas:

- ☐ Semestralmente
☐ Anualmente
☐ Apenas quando há problema
☐ Nunca

4. Disponibilidade de atendimento próximo à residência:

- ☐ Sim
☐ Não

5. Tipo de serviço utilizado:

- ☐ SUS
☐ Particular
☐ Convênio

6. Dificuldade para conseguir atendimento odontopediátrico:

- ☐ Sim
☐ Não

7. A criança já passou por atendimento de urgência odontológica?

- ☐ Sim
☐ Não

8. O dentista já orientou sobre prevenção de cáries?

- ☐ Sim
☐ Não

Higienização

1. Escovação dos dentes por dia:

- ☐ 1 vez
☐ 2 vezes
☐ 3 ou mais vezes

2. Responsável pela escovação:

- ☐ A própria criança
- ☐ Adulto supervisiona
- ☐ Adulto realiza totalmente

3. Uso de creme dental com flúor:

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

4. Uso de fio dental:

- ☐ Diariamente
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Nunca

5. Escovação após todas as refeições:

- ☐ Sim

- ☐ Não

6. Dorme sem escovar os dentes:

- ☐ Sempre
- ☐ Às vezes
- ☐ Nunca

7. Troca da escova de dentes:

- ☐ A cada 3 meses
- ☐ A cada 6 meses
- ☐ Apenas quando está desgastada
- ☐ Não sei informar

8. Uso de enxaguante bucal:

- ☐ Diariamente
- ☐ Às vezes
- ☐ Nunca

Informações Adicionais:

AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO E USO DE QUESTIONÁRIO

Eu, _____, responsável legal por
_____ (filho(a) ou curatelado(a)),
autorizo a participação no presente estudo, respondendo ao questionário sobre
os hábitos de vida do(a) mesmo(a).

Declaro que todas as informações prestadas são verdadeiras e estou ciente de
que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e
científicos, podendo ser apresentados em relatórios, artigos, aulas ou eventos
relacionados à área da saúde, sempre preservando a identidade do participante.

Ressalto que este questionário não será divulgado em redes sociais ou em
qualquer veículo de comunicação que não possua caráter científico.

Por fim, declaro estar de acordo com a participação de meu(minha) filho(a) ou
curatelado(a) neste estudo, ciente dos objetivos e da confidencialidade
assegurada.

Teófilo Otoni, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

Assinatura do Pesquisador

Anexo B - Odontograma realizado na avaliação clínica das crianças.

SUS
TEÓFILO OTONI

PREFEITURA MUNICIPAL DE TEÓFII
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA ODONTOLÓGICA INDIVIDUAL LOCAL DE ATENDIMENTO

1 - IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ NOME DO RESPONSÁVEL: _____

ENDEREÇO: _____ IDENTIFICAÇÃO: _____

SEXO	IDADE	EST. CIVIL	NATURALIDADE	C. SUS	ENCAMINHADO
------	-------	------------	--------------	--------	-------------

ESCOLA: _____ C5/POLICLINICA/OUTROS: _____

2 - ANAMNESE

O.P.: _____

H.M.A. (Início - Evolução - Estado Atual) _____

H.P.: (Tratamento Médico e odontológico, doenças cardio-vasculares; reumáticas-reum; hepáticas, dermatológicas; infecciosas, hemopáticas, endocrinopáticas, alergia e intolerância por anestésicos medicamentosos; hemorragia e cicatrização; sono, apetite e digestão, hábitos, condições de vida, intervenções em hospitalar; higiene oral, uso de medicamentos controlados e outros).

Q.P.: (Doenças transmissíveis por contágio ou herança em familiares do paciente)

3 - ODONTOGRAMA

M POLICLINICA E OUTRAS

ANO	SÉRIE	DISTAL	MENSAL							
			M3	M2	M1	PM2	PM1	CAN	IL	IC
ANO	SÉRIE	DISTAL	S.	IC	IL	CAN	MT1	MT2	M1	N
			E.	IC	IL	CAN	MT1	MT2	M1	N
			I.	IC	IL	CAN	MT1	MT2	M1	N
			E.	IC	IL	CAN	MT1	MT2	M1	N
ANO	SÉRIE	DISTAL	S.	IC	IL	CAN	MT1	MT2	M1	N
			E.	IC	IL	CAN	MT1	MT2	M1	N
			I.	IC	IL	CAN	MT1	MT2	M1	N
			E.	IC	IL	CAN	MT1	MT2	M1	N
ANO	SÉRIE	DISTAL	S.	IC	IL	CAN	MT1	MT2	M1	N
			E.	IC	IL	CAN	MT1	MT2	M1	N
			I.	IC	IL	CAN	MT1	MT2	M1	N
			E.	IC	IL	CAN	MT1	MT2	M1	N