



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba
Departamento de Odontologia Infantil e Social

Malena Morais Castro e Silva

**Uso de dentifrícios fluoretados por crianças:
conhecimentos dos pais sobre efeitos preventivos e
adversos**

Araçatuba-SP

2017

Malena Moraes Castro e Silva

**Uso de dentifrícios fluoretados por crianças:
conhecimentos dos pais sobre efeitos preventivos e
adversos**

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientador: Prof. Dr. Juliano Pelim Pessan

Araçatuba-SP

2016

Dedicatória

Dedico este trabalho,

Aos meus pais, José Carlos de Castro Silva e Enilda Roberta Morais e Castro,

Que sempre me apoiaram e estiveram ao meu lado em todos os momentos da minha vida, e lutaram junto comigo para que eu pudesse realizar esse sonho. Agradeço todos os dias pela confiança, carinho e cumplicidade durante toda minha jornada. Obrigada por ajudarem a tornar meu sonho realidade e nunca desistirem de acreditar em mim e na minha capacidade. Sem dúvida nada disso seria possível sem vocês.

A minha irmã, Mariana Morais Castro e Silva,

Que sem dúvida sempre esteve comigo em toda minha caminhada, enfrentamos dificuldades juntas quando saímos de casa tão novas, mas fomos o alicerce uma da outra. Obrigada pelos puxões de orelhas para estudar, por toda preocupação e carinho de sempre e por nunca deixar de acreditar em mim.

Ao meu irmão, Alexandre Felipe,

Que me espelho desde pequena, obrigada por estar ao meu lado, por me apoiar, e por me dar dois sobrinhos maravilhosos. Sem dúvida, ninguém explica esse amor de tia. Eu agradeço a Deus por permitir que você pudesse entrar na minha vida e da minha família e nos trazer tanto amor.

Agradecimentos Especiais

A Deus,

Por ter me dado força, fé e iluminado minha vida mostrando cada dia sua presença em minha vida. Sempre acreditei que Deus é bom o tempo todo comigo, e ele vem provando a cada dia isso.

A minha família,

Agradeço a todos meus familiares pelo apoio, pela torcida, e por acreditarem em mim. Sem dúvida, vocês são responsáveis por tornarem esse sonho realidade.

Ao professor e orientador Juliano Pelim Pessan,

Obrigada por ter acreditado em mim e me ajudado com paciência nos meus projetos. Por permitir meu crescimento na pesquisa, por possibilitar que eu desenvolvesse uma proex, e duas bolsas PIBIC consecutivas. Tenho muita admiração pelo seu trabalho, comprometimento e dedicação com o ensino e a pesquisa e pela pessoa que você é. Serei eternamente grata a você!

A minha amiga e professora Liliana Báez Quintero,

Que pessoa incrível, sem dúvida foi enviada por Deus para estar comigo. Com você Lili nada fica chato, nem os sábados e domingos no laboratório. Com toda certeza, você foi uma grande mãe, amiga, companheira em Araçatuba. Obrigada por sempre se preocupar comigo, por sempre se disponibilizar a me ajudar. A você eu só desejo o melhor que a vida tem a oferecer.

A banca examinadora,

Agradeço a vocês por se disporem a estar presente neste momento muito importante para mim, ao fim de mais uma jornada. Foi uma honra e um prazer imenso dividir essa caminhada com vocês. Muito obrigada!

A Professora Marcele Danellon,

Que é meu anjo da guarda, e de toda 59. Obrigada pelos conselhos, pela paciência, por me ouvir, por sempre responder meus questionamentos, me ajudar na pesquisa e na vida. Obrigada principalmente por ser amiga! Vou levar comigo aquela imagem de um coração bondoso e cheio de carinho para distribuir. Professora que muitas pessoas possam ter oportunidade que eu tive de conhecer você, para que possa iluminar também o caminho de outras pessoas.

Ao Professor José Vitor Mazzaro,

Obrigada por todos os ensinamentos, pela paciência, pelos conselhos. Eu digo que sou uma pessoa sortuda, por todos os ensinamentos e oportunidades que me deu. Pode ser que desconheça tudo que fez por mim, mas serei eternamente grata.

Ao Professor Eduardo Rocha,

Obrigada por me ensinar que devo confiar em mim, e que posso chegar onde quero acreditando em mim. Eu agradeço, por todos os ensinamentos e principalmente, pela amizade. Sei que posso contar com você de qualquer lugar que eu estiver, muito obrigada.

A todos os professores,

Pelos ensinamentos que foram ministrados e pela dedicação, contribuindo para minha formação profissional.

As pós graduandas da disciplina de Pediatria, Mariana Emi Nagata, Thayse Hosida, Thamires, Carla Mendes,

Sei que a jornada não é fácil, mas tenho certeza que vão colher frutos de todos os esforços. Obrigada por toda ajuda no laboratório, companhia, paciência e carinho. Sem dúvida o laboratório com vocês é mais divertido. Vou sentir saudades!

As minhas amigas de Pedrinópolis-MG, Tamara, Karla e Mirian,

Que sempre estiveram comigo em todos os momentos, bons e ruins. Obrigada por sempre acreditarem em mim, por serem companheiras, por estarem ao meu lado me apoiando e me aplaudindo por cada vitória. Sorte tenho eu de ter uma amizade como a de vocês.

A minha amiga e companheira de casa Bianca Aurora Moreira Bernardes,

Obrigada por todos os momentos juntas, por ser meu porto seguro, amiga, confidente, companheira. Mesmo que sempre me deixa sozinhas todos os finais de semana, você nunca me deixa sentir só. Obrigada pela presença em minha vida, por toda ajuda, e por ser tão especial. Que você continue sendo essa menina doce e meiga, e não permita perder esse jeitinho nunca, mesmo com todas as dificuldades da vida. Eu já estou sentindo muito sua falta!

A minha amiga Francienne Maira,

É difícil falar da nossa amizade, pois sempre estivemos juntas nesses 5 anos. Você foi a melhor amiga, que me acolheu na sua casa, juntamente com sua família, sempre ajudamos uma a outra, sempre estamos um do lado da outra, mesmo não concordando com tudo. Pensa na saudade que já estou de você pensando que cada uma vai seguir um caminho diferente. Te agradeço Fran, por tantas coisas, que fica difícil escrever, mas sem dúvida, você foi fundamental em toda minha caminhada. Quero que saiba, que te admiro muito, e que torço para você conquistar tudo que almeja, porque você merece.

Ao meu amigo Pedro,

Então Pedro, chegamos aqui, encerrando esses 5 anos juntos. Quem diria que nossa amizade crescesse tanto assim. Eu sei que brigamos tanto, que somos tão diferentes um do outro, mas nossa amizade é tão grande e tão forte. Eu só agradeço por me deixar fazer parte da sua família, por se preocupar com o fato de eu ficar sozinha aqui. Você Pedro, tem um coração tão grande que isso se torna tão grande perto de qualquer qualidade ou defeito seu. Eu sei que vai ser o que quiser, só acredite em você!

A minha amiga Sara,

Sara, a você meu muito obrigada por tudo que fez e tem feito por mim. Não canso de dizer que você é muito especial para mim e por todos que tem a oportunidade de ter sua amizade. Eu admiro e aplaudo cada passo que você dá porque você é batalhadora e merecedora de qualquer sucesso que vir. Digo e repito que ainda vou assistir um curso ministrado por você. Já estou com saudades de todos os momentos juntas! Você é muito especial!

Ao meu amigo Gabriel,

Obrigada por tudo Gabriel, pelo carinho, cuidado, preocupação, companheirismo, amizade, principalmente por me ajudar a estudar todos esses anos na faculdade. Eu jamais vou esquecer tudo que fez por mim aqui. Eu estou com tanta saudade de você, e olha que faz tão pouco tempo que foi embora, não gosto nem de ficar lembrando. Desejo a você tantas coisas boas, que não dá para enumerar, mas desejo infinitamente que nunca perca esse amor que existe no seu coração e contagia a todos.

A minha amiga Tamires Mattos,

Tata, obrigada por ser essa menina iluminada, amiga, sorridente, alto astral. Eu simplesmente amava morar com você! Obrigada por dividir sua comida comigo quando eu só queria dormir no almoço (rsrs), obrigada por sempre ficar um pouco do seu final de semana comigo só para não me deixar sozinha, obrigada por tomar a matéria de prova de mim, e por deixar minha vida sempre mais alegre. Eu só desejo que você continue levando esse amor e felicidade por onde passa.

Aos meus amigos, Mariana Martins, Thais Gielf, Ana Flávia Hordones, Marynara Fraga, Leonardo Morais, Natháia Dias, Anna Clara Mendes, Jéssica Cordeiro, Juliana Nobre, Erika Chiba, Luisa Salzedas, Letícia Brasil, Beatriz Pirovane, Arthur, Diego,

Esses anos tonaram mais fáceis com vocês por perto. Cada um de vocês me marcaram de uma forma. É difícil pensar que ano que vem cada um segue uma direção diferente, mas vou lembrar de cada um de vocês com muito carinho. Eu desejo que todos nós possamos realizar na profissão escolhemos e obtivermos muito sucesso!

A turma 59 de odontologia,

Obrigada turma 59, pelo companheirismo de cada um, por permitir grandes amizades. Vou guardar comigo lembranças de todos vocês que foram uma família para mim. Vou sentir saudades!

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba,

Nas pessoas dos professores Dr. Wilson Roberto Poi, digníssimo Diretor e Dr. João Eduardo Gomes Filho, digníssimo Vice-Diretor, agradeço a esta faculdade por ter me dado a oportunidade de um ensino de qualidade nesses 5 anos. É com muito orgulho que carrego o nome desta instituição.

Aos Pacientes,

Agradeço a cada um dos pacientes que foram atendidos por mim. Obrigado por possibilitarem meu aprendizado e dos meus colegas confiando em nós. A nossa maior satisfação é ver o sorriso e a gratidão de cada um de vocês. Com toda certeza vocês foram fundamentais para minha formação. Muito obrigada!

Aos Funcionários,

Sem dúvida os funcionários de nossa faculdade merecem reconhecimento e agradecimento por todos os serviços prestados. Sem vocês, nenhum atendimento seria possível.

E a todos aqueles, que direta ou indiretamente foram responsáveis para minha formação,

Minha eterna gratidão.

Epígrafe

“Eu reconheço que para ti nada é impossível e que nenhum dos teus planos pode ser impedido”.

Jó 42:2

Castro e Silva M. M. Uso de dentifrícios fluoretados por crianças: conhecimentos dos pais sobre efeitos preventivos e adversos. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

RESUMO

O uso não monitorado de dentifrícios fluoretados por crianças abaixo de 6 anos de idade tem sido considerado como fator de risco para o desenvolvimento da fluorose dentária. Por isso, é importante ações para alertar e educar os pais e responsáveis das crianças na faixa etária considerada de risco para o desenvolvimento da fluorose dentária. O objetivo do presente trabalho foi avaliar o conhecimento dos pais/responsáveis de crianças de 0 a 5 anos de idade sobre seus conhecimentos de efeitos preventivos e adversos do uso de dentifrícios fluoretados por seus filhos. O projeto foi realizado em três postos de vacinação da cidade de Araçatuba. A abordagem de 398 pais/responsáveis pelas crianças atendidas nos postos foi feita por meio de um questionário estruturado, o qual continha questões sobre a escolaridade dos entrevistados, data de nascimento da criança, gênero, bairro de residência e aspectos relacionados ao uso de dentifrício. Para a avaliação da quantidade de dentifrício colocada na escova, foi desenvolvido um estojo porta-escovas contendo 7 escovas de dente com quantidades variadas de *biscuit* simulando o dentifrício, determinadas por meio de pesagem de dentifrícios em balança de precisão. Também foi questionado se a criança tinha costume de comer pasta diretamente do tubo do dentifrício e/ou hábito de engolir o dentifrício durante a escovação, frequência de escovação e marca do dentifrício utilizado. Por fim, foram feitas questões de conhecimento sobre possíveis efeitos adversos do flúor. Ao término dos questionários foi entregue um folheto explicativo, que continha informações acerca do assunto, oportunidade na qual o entrevistador respondeu aos eventuais questionamentos que o entrevistado tinha. Os resultados foram submetidos a análise descritiva, testes de Mann Whitney, Kruskal Wallis e

Dunn, e coeficiente de correlação de Spearman ($p < 0,05$). A escolaridade do entrevistado apresentou relação direta com seus conhecimentos sobre efeitos preventivos e adversos sobre o uso de dentifrícios fluoretados e sobre fluorose dental, enquanto relação inversa foi observada quanto a quantidade de dentifrício colocada na escova. A idade da criança esteve inversamente relacionada com o hábito de ingestão de dentifrício (durante a escovação ou diretamente do tubo). Em acréscimo, o tipo de dentifrício utilizado também apresentou relação com a idade da criança e escolaridade do entrevistado. Com base nos resultados, concluiu-se que programas educativos direcionados aos pais/responsáveis pelas crianças são necessários, para se assegurar o uso adequado de dentifrícios fluoretados pelas crianças com o objetivo de se atingir o maior efeito preventivo com o menor efeito adverso possível.

Palavras-chave: Dentifrício fluoretado; fluorose dentária; crianças; educação em saúde.

Castro e Silva M. M. Use of fluoridated dentifrices by children: knowledge of parents on their preventive and adverse effects. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

ABSTRACT

The unmonitored use of fluoridated dentifrices by children under 6 years of age has been considered as a risk factor for the development of dental fluorosis. Therefore, actions to educate parents and guardians of children in the age risk for the development of dental fluorosis are important. The objective of the present study was to evaluate the knowledge of the parents/guardians of children from 0 to 5 years of age about their knowledge on the preventive and adverse effects of the use of fluoridated dentifrices by their children. The project was carried out in three vaccination centers in the city of Araçatuba. A structured questionnaire was applied to parentes/guardians, which contained questions about the interviewees' scholar background, date of birth of the child, gender, neighborhood of residence and aspects related to the use of dentifrice. To evaluate the amount of toothpaste placed on the toothbrush, a toothbrush holder was developed containing 7 toothbrushes with varying amounts of *biscuit* simulating the toothpaste, determined by weighing dentifrices on a precision scale. It was also questioned whether the child had the habit of eating toothpaste directly from the dentifrice tube and/or swallowing the toothpaste during toothbrushing, brushing frequency and brand of toothpaste used. Finally, questions about the possible adverse effects of fluoride were asked. At the end of the questionnaires, an explanatory pamphlet containing information about the subject was given, at which time the interviewer answered any questions that the interviewee had. The results were submitted to descriptive analysis, Mann Whitney, Kruskall Wallis and Dunn tests, and Spearman's correlation coefficient ($p < 0.05$). The interviewee's education was directly related to his/her knowledge about preventive and adverse effects on the use of fluoridated

dentifrices and on dental fluorosis, while an inverse relationship was observed regarding the amount of toothpaste placed on the toothbrush. The age of the child was inversely related to the habit of ingestion of toothpaste (during brushing or directly from the tube). In addition, the type of toothpaste used was also related to the age of the child and the interviewee's schooling. Based on the results, it was concluded that educational programs directed to parents/guardians of children are necessary to ensure the adequate use of fluoridated dentifrices by children in order to achieve the greatest preventive effect with the least possible adverse effect.

Keywords: Fluoridated dentifrice; dental fluorosis; children; education in health.

LISTA DE TABELA

Tabela 1. Mediana (1º e 3º quartis) de idade das crianças de acordo com o hábito de escovar os dentes, conforme reportado pelos entrevistados.

29

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Porcentagem de entrevistados de acordo o grau de parentesco com a criança ($n=398$). 26
- Figura 2.** Escolaridade dos entrevistados ($n=398$). 27
- Figura 3.** Proporção de meninos e meninas reportados pelos entrevistados ($n=398$). 28
- Figura 4.** Distribuição das crianças reportadas pelos entrevistados de acordo com a faixa etária em meses ($n=398$). 28
- Figura 5.** Respostas dos entrevistados à questão “conhecimento sobre os efeitos do flúor” de acordo com a escolaridade dos mesmos. 30
- Figura 6.** Respostas dos entrevistados à questão “sabe se o flúor tem algum efeito ruim?” de acordo com a escolaridade dos mesmos. 31
- Figura 7.** Respostas dos entrevistados à questão “qual efeito ruim o flúor tem?” de acordo com a escolaridade dos mesmos. 32
- Figura 8.** Respostas dos entrevistados à questão “o que é fluorose dentária?” de acordo com a escolaridade dos mesmos. 33
- Figura 9.** Hábito de escovação das crianças de acordo com o grau de escolaridade do entrevistado ($n=398$). 33

Figura 10. Distribuição das crianças de acordo com a quantidade de dentifrício colocada na escova, conforme reportado pelos entrevistados ($n=297$).	34
Figura 11. Distribuição das crianças de acordo com a frequência de escovação por dia, conforme reportado pelos entrevistados ($n=297$).	35
Figura 12. Hábito de ingestão de dentifrício durante a escovação de acordo com a idade das crianças, conforme reportado pelos entrevistados.	36
Figura 13. Hábito de ingestão de dentifrício diretamente do tubo de acordo com a idade das crianças, conforme reportado pelos entrevistados.	36
Figura 14. Tipo de dentifrício utilizado pelas crianças de acordo com a escolaridade do entrevistado.	38
Figura 15. Tipo de dentifrício utilizado de acordo com a idade das crianças, conforme reportado pelos entrevistados.	39
Figura 16. Ingestão de dentifrício durante a escovação de acordo com o tipo de dentifrício utilizado, conforme reportado pelos entrevistados.	40

Lista de abreviaturas

F Fluoreto

g Grama

Kg Quilograma

ppm Parte por milhão

UBS Unidade Básica de Saúde

Sumário

1. Introdução	20
2. Objetivo	22
3. Materiais e Métodos	23
4. Resultados	26
5. Discussão	41
6. Conclusão	43
8. Referências Bibliográficas.....	44
9. Anexos	47

1. Introdução:

O íon fluoreto tem sido um grande aliado na odontologia desde a descoberta dos seus efeitos benéficos no controle de cárie dentária nas primeiras décadas do século XX (Narvai, 2000). No entanto, como qualquer outra substância, a exposição elevada ao fluoreto pode causar efeitos adversos, de intensidade e forma de manifestação dose-dependentes (Buzalaf, Cury e Whitford, 2001). Isso traz a necessidade da utilização de forma racional, a fim de controlar a cárie dentária e reduzir os efeitos adversos advindos de seu uso em quantidades excessivas (DenBesten, 1999)

Estudos feitos a partir da década de 1980 comprovaram que a ação do fluoreto no controle da cárie dentária é essencialmente tópica na cavidade bucal. Entretanto, isto não anula os métodos de aplicação sistêmicos, pois, ao passarem pela cavidade bucal, ocorre uma ação local, além de o fluoreto retornar à cavidade bucal por meio da saliva (Buzalaf, 2013). Existem diversos veículos de aplicação tópica de flúor, dentre as quais se destacam dentifrícios, géis, vernizes e soluções para bochechos (Batista; Valença, 2004). Marinho (2009) enfatiza a importância de incluir o flúor tópico em qualquer programa preventivo para o controle da doença cárie.

O declínio na prevalência da cárie dentária nas últimas décadas do século XX é atribuído ao uso de dentifrício fluoretado (Paiva e Cury, 2001; Moura et al., 2013). A escovação associada ao dentifrício fluoretado é a medida mais abrangente e aceita para a prevenção da cárie dentária, uma vez que combina desorganização da placa bacteriana com os efeitos terapêuticos do fluoreto. Porém, seu uso inadequado, principalmente por crianças pequenas, tem sido associado ao aumento na prevalência de fluorose dentária (Moraes et al., 2007), uma vez que indivíduos nessa faixa etária são mais propensos a deglutir o dentifrício durante a escovação.

A fluorose dentária é um defeito na formação do esmalte, resultante da ingestão crônica do fluoreto no período de amelogênese (Cury, 2001; Holloway e Ellwood, 1997). Como consequência, ocorre defeitos de mineralização do esmalte, e o grau de severidade dessas manifestações clínicas estão diretamente associadas a dose, duração e tempo de exposição. (DenBesten, 1999). Em 2001, Lima e Cury observaram que, durante a escovação, ocorre a maior ingestão de fluoreto, o que ocorre pelo fato de a criança não dominar ainda seus reflexos de deglutição.

Burt (1992) sugeriu utilizar como parâmetro 0,05 mg F/dia/kg a 0,07 mg F/dia/kg, dose considerada limite para uma fluorose dentária aceitável esteticamente. De acordo com Lima e Cury (2001), a quantidade de flúor ingerida pelo dentifrício e pela água estavam acima da dose limite estabelecida como parâmetro de segurança por Burt (1992), levando os autores a propor uma redução na quantidade de dentifrício utilizada na escovação, utilizando no máximo 0,3 g. Moraes et al. (2007) reforçam a necessidade de instruir os pais/responsáveis a não utilizar apenas pequenas quantidades, mas também estimular as crianças a cuspirem o dentifrício após a escovação e utilizar dentifrícios com concentrações reduzidas de F. No entanto, a recomendação atual é de que somente dentifrícios com concentrações acima de 1000 ppm F devam ser utilizados, embora produtos com concentração reduzida de flúor e dentifrícios sem flúor estejam disponíveis no mercado.

Considerando a associação entre o uso precoce de dentifrício fluoretado e o desenvolvimento de fluorose dentária e uma vez que a escovação dos dentes de crianças, especialmente as mais novas, é de responsabilidade de seus pais/cuidadores, o objetivo do presente estudo foi conhecer o perfil dos pais/responsáveis de crianças até 0 a 5 anos quanto a seus conhecimentos sobre o uso de dentifrício fluoretado por crianças, bem como sobre efeitos preventivos e adversos do flúor.

2. Objetivo:

O objetivo do presente estudo foi analisar o conhecimento dos pais/responsáveis das crianças consideradas dentro da faixa de risco para o desenvolvimento da fluorose dentária. E correlacionar a ingestão de fluoreto através dos dentifrícios fluoretados, com a idade da criança, quantidade de dentifrício utilizada durante a escovação, frequência de escovações por dia, concentração de fluoreto no dentifrício e escolaridade dos pais de crianças entre 0 e 5 anos de idade, na cidade de Araçatuba.

3. Materiais e métodos:

Foi solicitado, autorização para a realização do projeto “uso de dentifrícios fluoretados por crianças: conhecimentos dos pais sobre efeitos preventivos e adversos” nas dependências da UBS, Aristides Troncoso Peres, Nelson Gaspar Dip, Dr. Alfredo Dantas de Souza (**ANEXO A**).

O projeto foi realizado no período de doze meses, de janeiro a dezembro de 2015. Participaram deste estudo pais ou responsáveis por crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade, residentes em Araçatuba – SP e que frequentaram postos de saúde da cidade. Os participantes receberam informações verbais previamente sobre a finalidade do estudo. O estudo foi realizado em três postos de vacinação da cidade de Araçatuba, os quais se localizam em diferentes bairros, incluindo o centro da cidade e bairros da periferia, de forma a obter-se uma amostragem a mais heterogênea possível.

A abordagem de pais/responsáveis pelas crianças atendidas nos postos foi feita por meio de um questionário, o qual envolveu questões sobre (1) escolaridade dos entrevistados; (2) data de nascimento e gênero da criança; (3) bairro onde reside e tempo de residência no mesmo; (4) hábitos de escovação da criança (frequência, tipo de pasta e quantidade colocada na escova); (5) ingestão de dentifrício pela criança (durante a escovação ou diretamente do tubo); e (6) conhecimentos sobre efeitos do flúor (preventivos e adversos), conforme apresentados no **ANEXO B**.

Para a avaliação da quantidade de dentifrício colocada na escova, foi desenvolvido um estojo porta-escovas contendo 7 escovas de dentes com quantidades variadas de *biscuit*, simulando o dentifrício aplicado sobre a escova (**ANEXO C**). O formato do *biscuit* foi determinado por meio da pesagem em balança de precisão, em triplicata, de quantidades variáveis de dentifrício, correspondendo a 0,02; 0,05; 0,10; 0,15; 0,30; 0,50 e 0,70 gramas. As escovas foram apresentadas

aos pais/responsáveis e estes, instruídos a escolher a que mais se assemelhava a quantidade de dentifrício utilizada pela criança (escovas codificadas com números de 1 a 7, conforme **ANEXO D**).

Para avaliação do hábito de ingestão de dentifrício, foi questionado se a criança tinha costume de comer pasta diretamente do tubo do dentifrício e/ou se tinha o hábito de engolir o dentifrício durante a escovação. Além disso, foi perguntada a frequência de escovação e a marca do dentifrício utilizado. Nos casos nos quais o entrevistado não lembrava da marca do dentifrício utilizado, foi exibida uma caixa com embalagens dos dentifrícios mais comumente encontrados em supermercados da cidade, tanto os usados em adultos como os infantis (**ANEXO E**). Caso a criança utilizasse um dentifrício diferente dos apresentados e o pai/responsável não soubesse informar o nome, anotava-se a opção “outro”.

Quanto aos conhecimentos do entrevistado sobre efeitos preventivos e adversos do flúor, foi perguntado se o mesmo sabia qual era o efeito do flúor presente nos dentifrícios (questão aberta). Além disso, questionou-se se o conhecimento do entrevistado sobre possíveis efeitos deletérios do flúor (sim ou não). Caso o entrevistado respondesse “sim”, era perguntado o nome de tal efeito. Por fim, perguntou-se ao entrevistado “o que é fluorose” (questão aberta).

Ao término dos questionários, foi entregue um folheto explicativo aos pais/responsáveis, contendo informações acerca do assunto. Foi enfatizado aos pais/responsáveis o conteúdo do folheto, especialmente sobre a necessidade de (1) supervisionar a escovação da criança; (2) incentivar a criança a cuspir o dentifrício após a escovação; (3) colocar pequena quantidade de dentifrício na escova; (4) estar atento em relação a criança ingerir dentifrício diretamente do tubo, com a finalidade de minimizar a ingestão de fluoreto contido no dentifrício e, portanto, reduzir o risco de desenvolvimento de fluorose dentária.

Os dados foram tabulados e analisados por meio de estatística descritiva, utilizando valores absolutos e relativos. Além disso, os dados foram analisados utilizando os testes de Mann Whitney e Kruskal Wallis, seguido do teste de Dunn para comparações múltiplas. A relação entre as variáveis também foi analisada pelo coeficiente de correlação de Spearman. Foi utilizado o programa SigmaPlot, versão 12.0, adotando-se um nível de significância de 5%.

4. Resultados

Foram entrevistados 398 pais/responsáveis pelas crianças atendidas nos três postos de saúde envolvidos no estudo. Dentre os participantes, a maioria (82,9%) era composta por um dos pais (Figura 1) e o grau preponderante de escolaridade foi ensino médio completo (48,2%), seguido de ensino fundamental completo (24,6%, somando-se ensino médio incompleto e fundamental completo). As demais escolaridades são apresentadas na Figura 2.

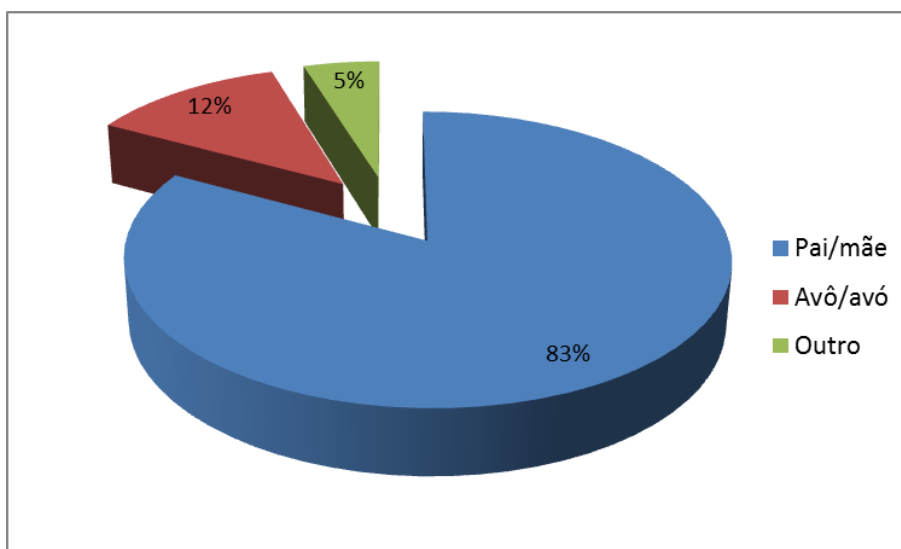


Figura 1. Porcentagem de entrevistados de acordo o grau de parentesco com a criança ($n=398$).

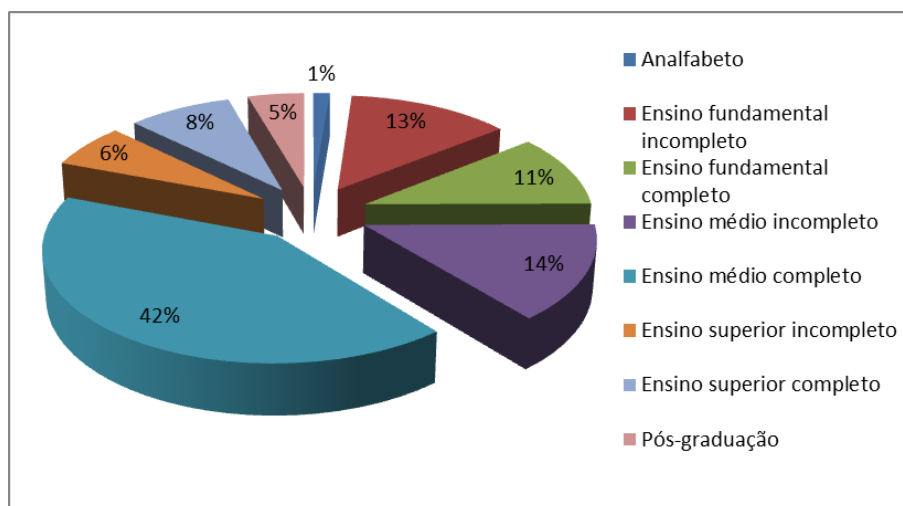


Figura 2. Escolaridade dos entrevistados ($n=398$).

A proporção de meninos e meninas foi relativamente equilibrada na população estudada (Figura 3), com participação ligeiramente maior de meninas (52%). De forma semelhante, a idade das crianças cujos responsáveis foram entrevistados esteve relativamente distribuída na população (variação de 1 a 71 meses de idade), com participação um pouco maior de crianças entre 1 e 12 meses de idade, conforme apresentado na Figura 4. Em acréscimo, a mediana da idade das crianças que escovavam os dentes foi significativamente maior que a daquelas que não escovavam ($p<0,001$), conforme apresentado na Tabela 1.

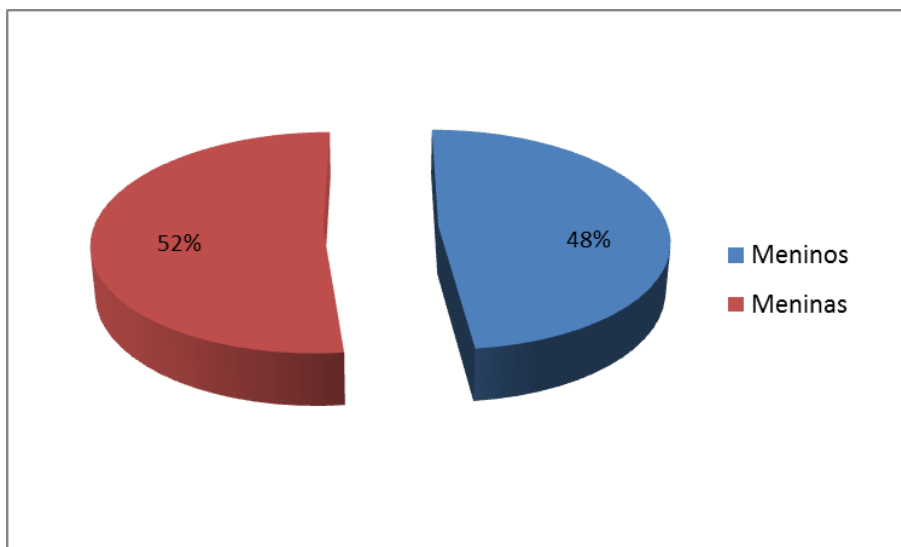


Figura 3. Proporção de meninos e meninas reportados pelos entrevistados ($n=398$).

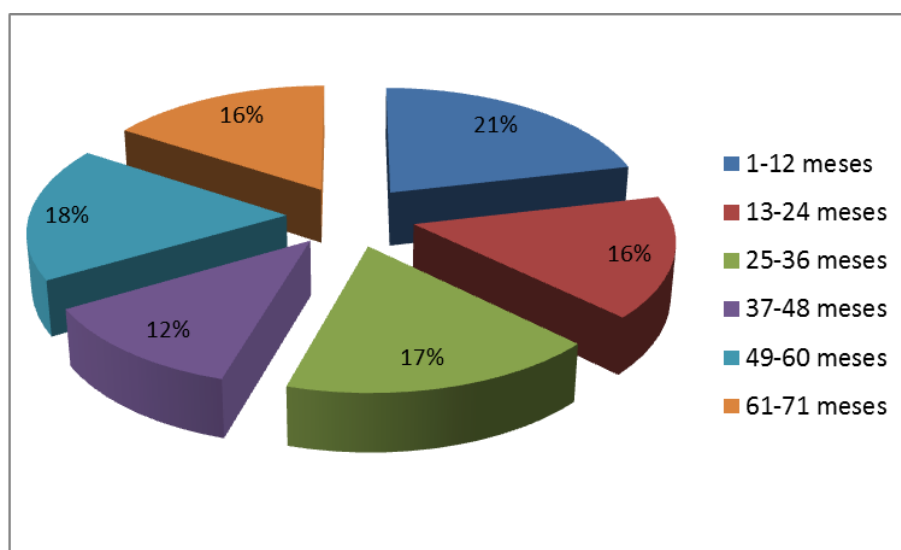


Figura 4. Distribuição das crianças reportadas pelos entrevistados de acordo com a faixa etária em meses ($n=398$).

Tabela 1. Mediana (1º e 3º quartis) de idade das crianças de acordo com o hábito de escovar os dentes, conforme reportado pelos entrevistados

Crianças que escovavam os dentes	N	mediana	25%	75%
Não	101	8,0 ^a	3,5	13,0
Sim	297	43,0 ^b	29,5	59,5

Letras sobrescritas indicam diferenças significativas entre as medianas (Teste de Mann Whitney, $p < 0,001$, $n = 398$).

Considerando o total de entrevistados, a escolaridade apresentou relação significativa com as variáveis “Conhecimento sobre os efeitos do flúor” (Figura 5), “Sabe se o flúor tem efeito ruim” (Figura 6), “Qual efeito ruim o flúor pode ter” (Figura 7) “O que é fluorose” (Figura 8). De forma geral, os pais com maior escolaridade apresentaram uma maior proporção de respostas corretas. O grau de escolaridade do entrevistado, entretanto, não teve influência sobre o hábito de escovação das crianças (Figura 9).

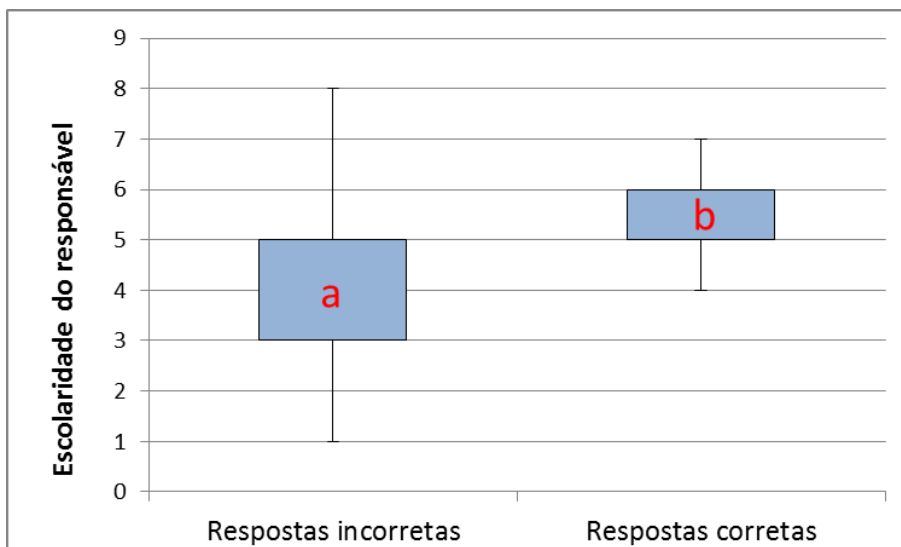


Figura 5. Respostas dos entrevistados à questão “conhecimento sobre os efeitos do flúor” de acordo com a escolaridade dos mesmos. Letras distintas indicam diferença significativa entre as medianas (Teste de Mann Whitney, $p < 0,05$, $n = 398$). Escolaridade de 1 a 8, respectivamente para analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo e pós-graduação.

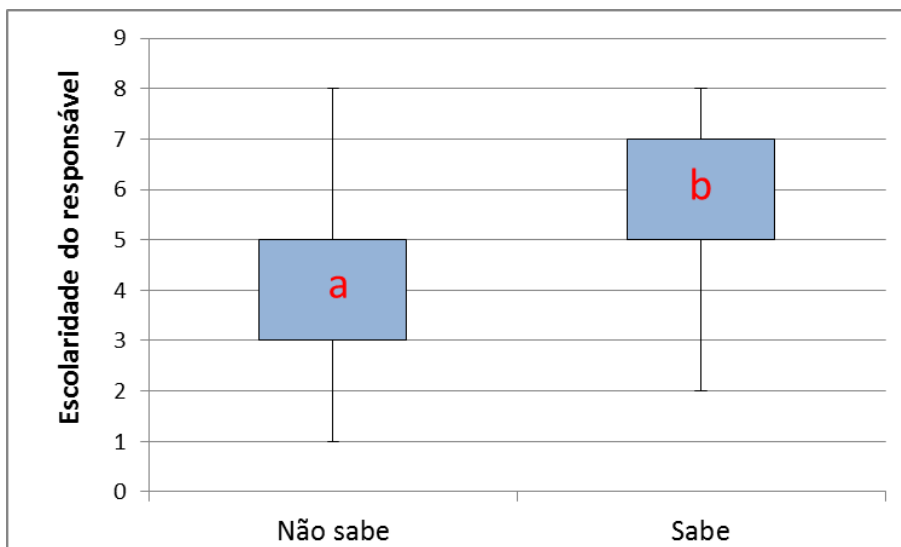


Figura 6. Respostas dos entrevistados à questão “sabe se o flúor tem algum efeito ruim?” de acordo com a escolaridade dos mesmos. Letras distintas indicam diferença significativa entre as medianas (Teste de Mann Whitney, $p < 0,05$, $n = 398$). Escolaridade de 1 a 8, respectivamente para analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo e pós-graduação.

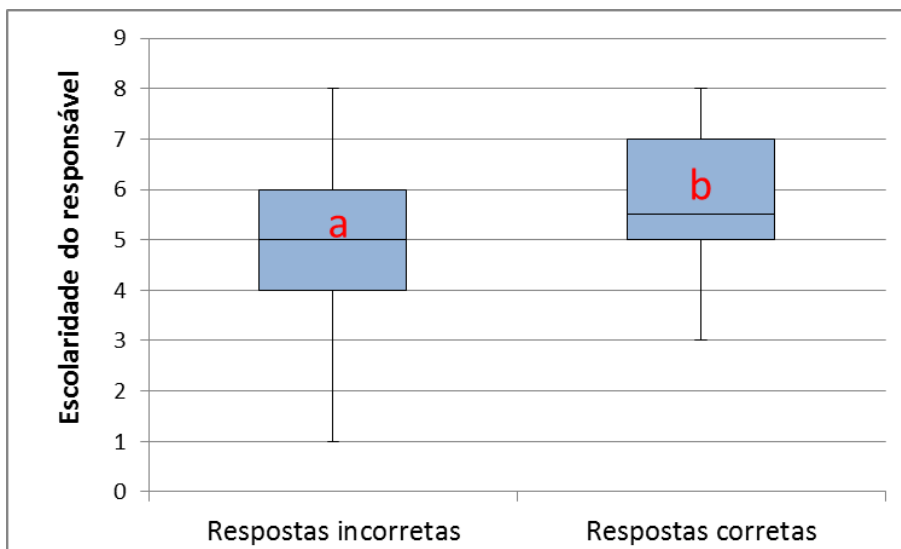


Figura 7. Respostas dos entrevistados à questão “qual efeito ruim o flúor tem?” de acordo com a escolaridade dos mesmos. Letras distintas indicam diferença significativa entre as medianas (Teste de Mann Whitney, $p < 0,05$, $n = 95$). Escolaridade de 1 a 8, respectivamente para analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo e pós-graduação.

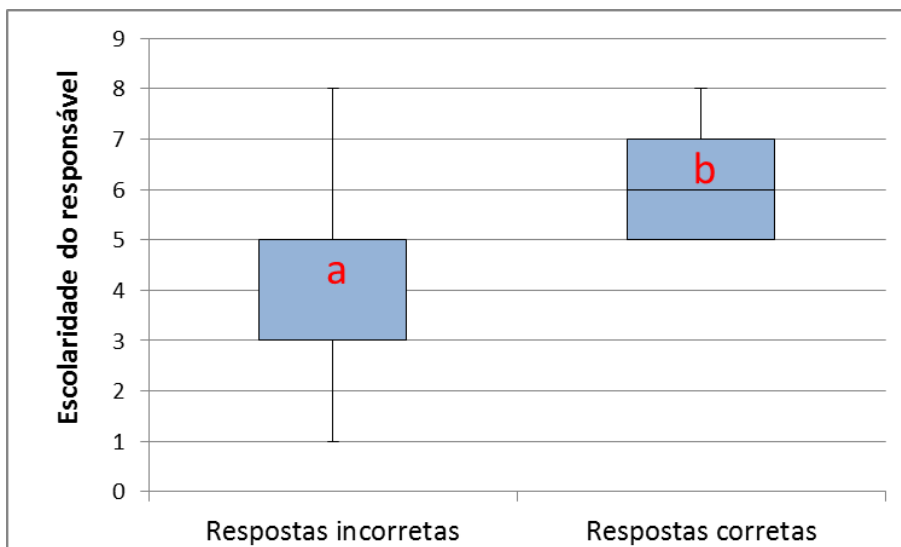


Figura 8. Respostas dos entrevistados à questão “o que é fluorose dentária?” de acordo com a escolaridade dos mesmos. Letras distintas indicam diferença significativa entre as medianas (Teste de Mann Whitney, $p < 0,05$, $n = 95$). Escolaridade de 1 a 8, respectivamente para analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo e pós-graduação.

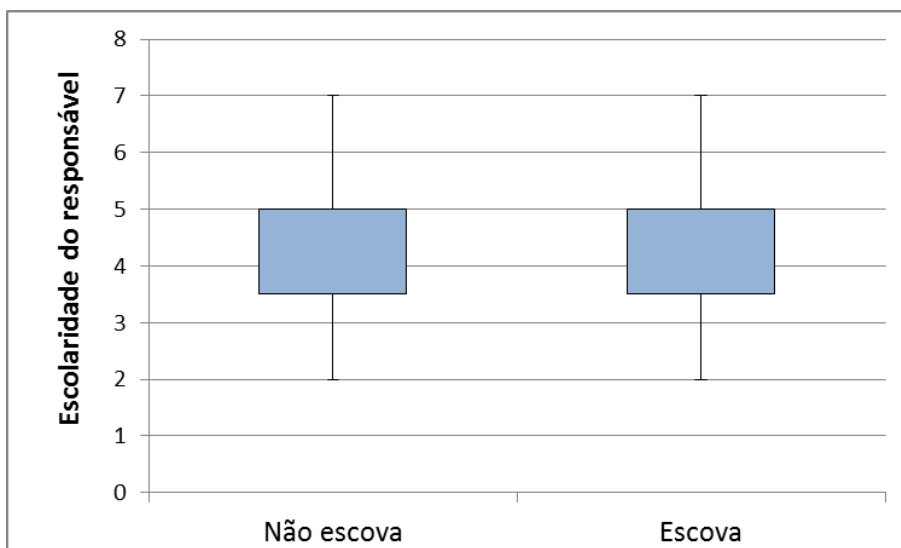


Figura 9. Hábito de escovação das crianças de acordo com o grau de escolaridade do entrevistado (Teste de Mann Whitney, $p > 0,05$, $n = 398$).

Considerando apenas as crianças que já escovavam os dentes ($n=297$), a distribuição das crianças de acordo com a quantidade de dentifrício colocada na escova e frequência diária de escovações é apresentada nas Figuras 10 e 11, respectivamente. A variável “Ingestão de dentifrício durante a escovação” foi transformada em escores de 1 a 3, respectivamente para as categorias “não ingere”, “ingere parte do dentifrício” e “ingere todo o dentifrício”. De forma semelhante, a variável “quantidade de dentifrício colocada na escova”, os escores de 1 a 7 representam as quantidades de 0,02, 0,05, 0,10, 0,15, 0,30, 0,50 e 0,70 gramas, respectivamente.

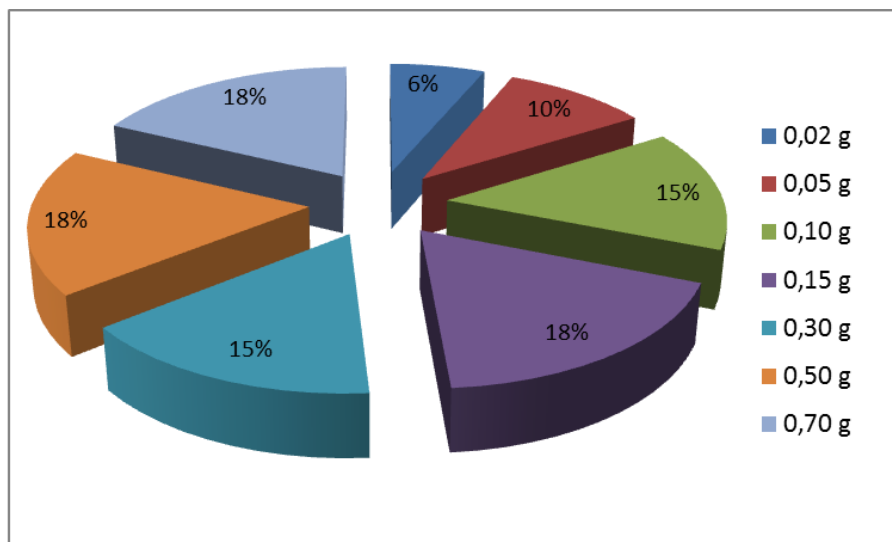


Figura 10. Distribuição das crianças de acordo com a quantidade de dentifrício colocada na escova, conforme reportado pelos entrevistados ($n=297$).

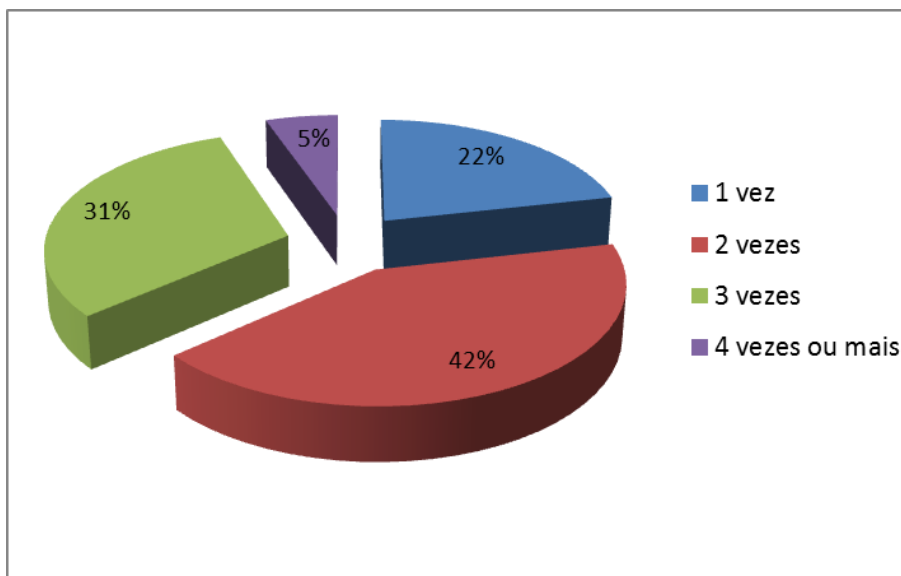


Figura 11. Distribuição das crianças de acordo com a frequência de escovação por dia, conforme reportado pelos entrevistados ($n=297$).

A “idade da criança” apresentou correlação moderada com as variáveis “ingestão de dentifrício durante a escovação” ($r=-0,41$, $p<0,001$) e “Quantidade de dentifrício colocada na escova” ($r=0,37$, $p<0,001$). Além disso, a idade da criança teve influência significativamente sobre o hábito de ingerir dentifrício diretamente do tubo (Figura 13). De forma geral, as crianças mais velhas não ingeriram dentifrício diretamente do tubo (mediana 48,0 meses) ou durante a escovação (mediana 53,5 meses) em comparação às mais novas (mediana 32,0 e 34,5 meses, respectivamente). A “idade da criança” apresentou correlação muito fraca com a variável “frequência de escovação” ($r=0,15$, $p=0,009$).

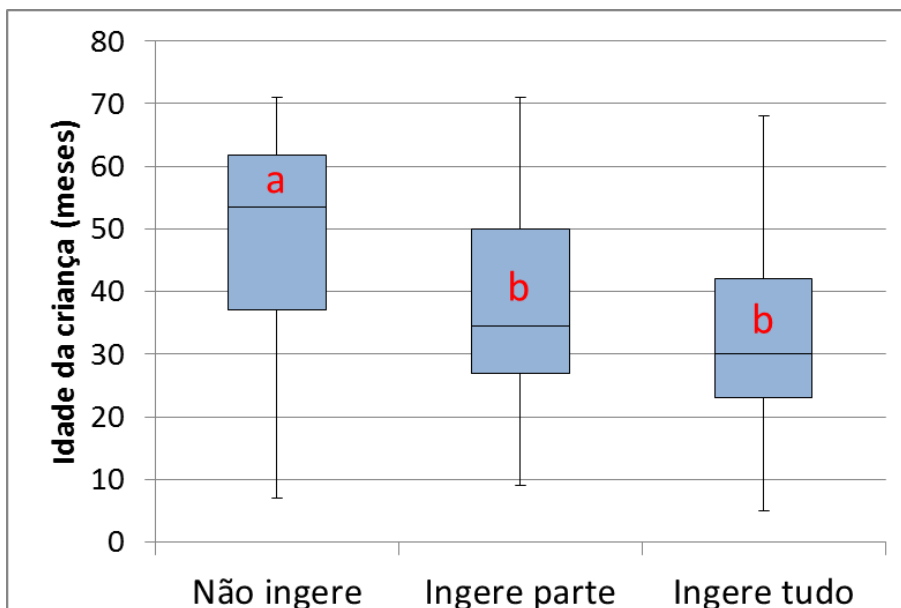


Figura 12. Hábito de ingestão de dentifrício durante a escovação de acordo com a idade das crianças, conforme reportado pelos entrevistados. Letras distintas indicam diferença significativa entre as medianas (Teste de Mann Whitney, $p < 0,05$, $n = 297$).

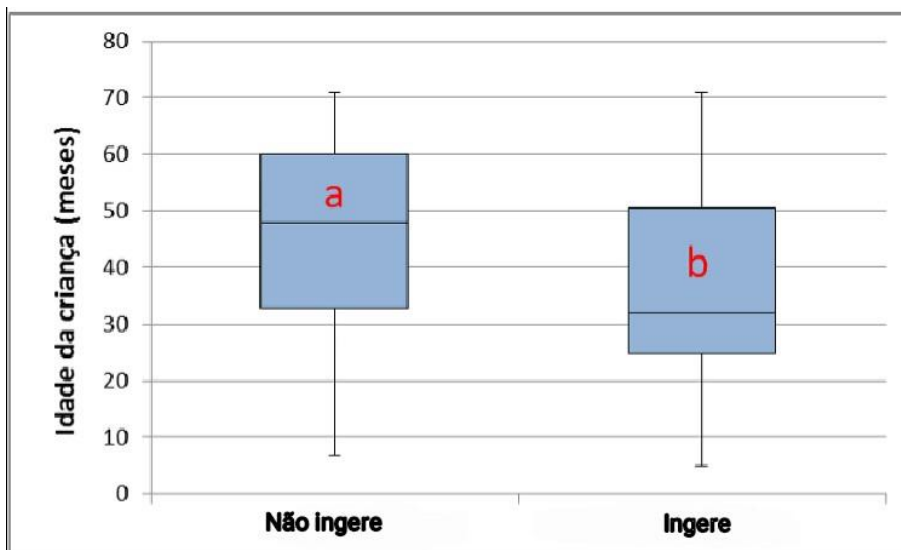


Figura 13. Hábito de ingestão de dentifrício diretamente do tubo de acordo com a idade das crianças, conforme reportado pelos entrevistados. Letras distintas indicam diferença significativa entre as medianas (Teste de Mann Whitney, $p < 0,05$, $n = 297$).

Quanto à variável “Escolaridade do responsável”, esta apresentou correlação fraca com “frequência de escovação” ($r=0,19$, $p<0,01$) e “quantidade de pasta na escova” ($r=-0,20$, $p<0,001$). Observou-se, também, que a escolaridade dos pais não apresentou relação significativa com a variável “Come pasta do tubo” ($r=-0,03$, $p=0,605$).

Com relação ao “tipo de dentifrício” utilizado, estes foram agrupados em cinco categorias: “sem flúor”; “uso infantil” (embalagem e sabor direcionados ao público infantil, porém com concentração convencional de F [1100 ppm F]); “uso adulto” (embalagem e sabor direcionados ao público em geral, com concentração de 1100 ppm F ou superior); “dentifrício com concentração reduzida de flúor” (500-550 ppm F); e “outro” (nenhuma das categorias acima). Esta variável apresentou relação significativa com a escolaridade do pai/responsável, idade da criança e ingestão de dentifrício durante a escovação, conforme apresentado nas figuras 14, 15 e 16. A ingestão de dentifrício durante a escovação foi significativamente maior nas crianças utilizando dentifrícios “sem flúor” e “com concentração reduzida de flúor”, em comparação ao dentifrício de “uso adulto”. Em adição, dentifrícios com apelo infantil em suas embalagens, como os produtos “sem flúor”, “uso infantil” e “com concentração reduzida de flúor” foram consumidos por crianças mais novas (mediana entre 31 e 43 meses de idade) em comparação a dentifrícios de “uso adulto” (mediana 57 meses de idade). Por fim, observou-se que as crianças cujos pais/responsáveis apresentavam maior escolaridade utilizavam pastas com menor concentração de flúor (“sem flúor” ou “com concentração reduzida de flúor”) em comparação a pais de menor escolaridade.

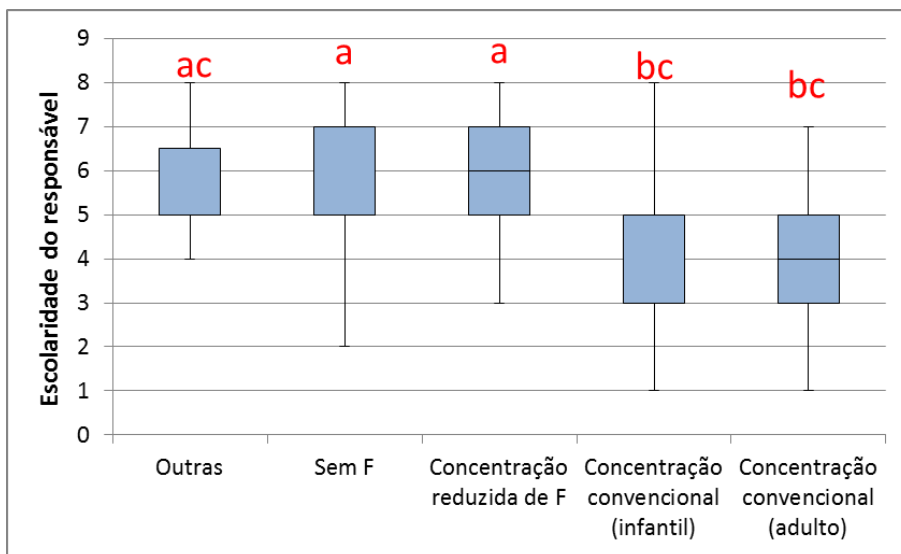


Figura 14. Tipo de dentifrício utilizado pelas crianças de acordo com a escolaridade do entrevistado. Letras distintas indicam diferença significativa entre as medianas (Teste de Dunn, $p < 0,05$, $n = 297$). Escolaridade de 1 a 8, respectivamente para analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo e pós-graduação.

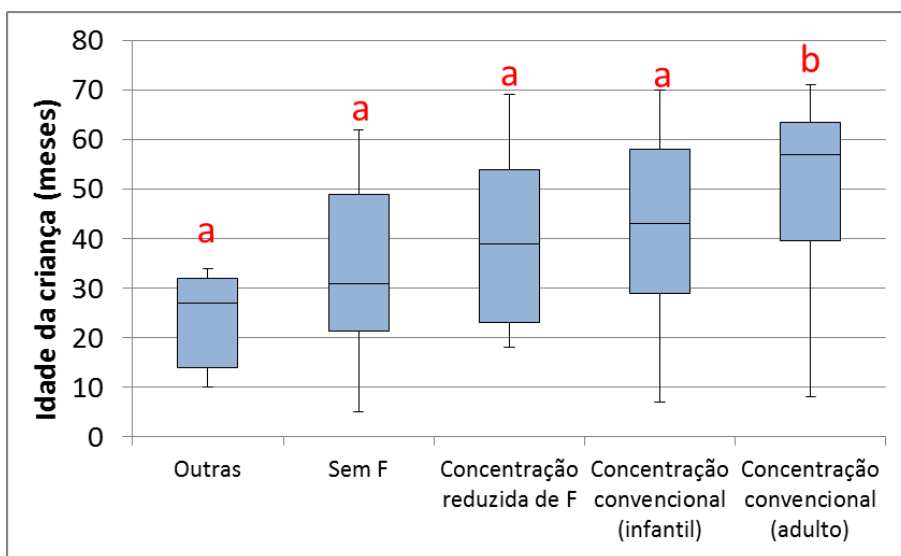


Figura 15. Tipo de dentifrício utilizado de acordo com a idade das crianças, conforme reportado pelos entrevistados. Letras distintas indicam diferença significativa entre as medianas (Teste de Dunn, $p < 0,05$, $n = 297$).

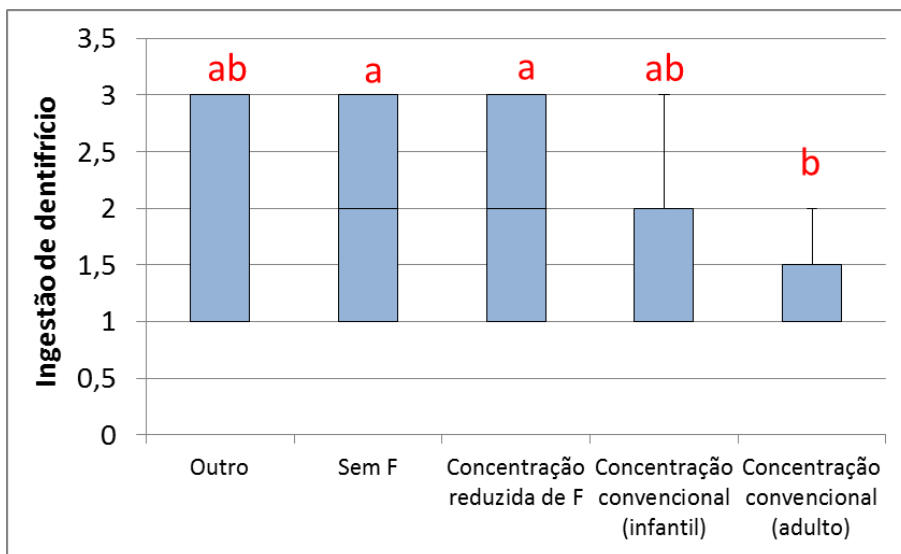


Figura 16. Ingestão de dentifrício durante a escovação de acordo com o tipo de dentifrício utilizado, conforme reportado pelos entrevistados. Letras distintas indicam diferença significativa entre as medianas (Teste de Dunn, $p < 0,05$, $n = 297$). Ingestão de dentifrício de 1 a 3, respectivamente para não engole a pasta, engole parte da pasta, engole toda a pasta.

5. Discussão

Nas últimas décadas o aumento da prevalência da fluorose dentária instigou vários estudos com a finalidade de identificar as razões pelas quais esta alteração de desenvolvimento do esmalte vem aumentando. Entre os fatores de risco, o uso de dentifrício fluoretado por crianças abaixo de 6 anos de idade tem sido apontado como um dos principais (Mascarenhas e Burt, 1993; Milson e Metropolos, 1990; Pereira et al., 2000).

De acordo com estudos que avaliaram a ingestão de flúor em crianças consideradas em faixa etária de risco para fluorose dental, o principal agente causador foi o dentifrício fluoretado (Almeida, Cardoso, Buzalaf, 2007; Rodrigues et al., 2009; Maguire et al., 2007; Pessan et al., 2005; Omena et al., 2006; Franco et al. 2005). Apesar de variações entre os estudos, a ingestão do dentifrício pela criança na faixa etária de 2 a 3 anos é de aproximadamente 60%. Lima e Cury (2001) e Paiva et al., (2003), no Brasil, obtiveram valores aproximados a esses estudos. No entanto, Almeida et al. (2007) demonstraram que ocorre aproximadamente 80 % de ingestão do dentifrício colocado na escova nessa faixa etária, podendo atingir 100% em alguns casos. Independentemente desta diferença de porcentagem encontrada nos estudos, a ingestão de fluoreto por esta fonte é considerada elevada.

Foi interessante observar que a escolaridade do entrevistado não influenciou sobre o hábito de escovar os dentes da criança, o que indica que este aspecto tem sido adequadamente instruído e reforçado à população. Por outro lado, os pais/responsáveis que apresentavam maior escolaridade reportaram que as crianças escovavam seus dentes com maior frequência, utilizavam menor quantidade de dentifrício na escova e apresentaram uma maior proporção de respostas corretas em relação a seus conhecimentos sobre os efeitos preventivos e adversos sobre o flúor”, bem como sobre fluorose dental. Estes resultados podem ser comparados ao estudo de Moura et al. (2013), no qual crianças cujos pais/responsáveis com maior escolaridade tiveram menor prevalência e severidade

de fluorose dentária. Isto enfatiza a necessidade de programas educativos à população em geral sobre assuntos relacionados à saúde bucal, especialmente a populações menos favorecidas, cujo grau de escolaridade as coloca em maior grau de vulnerabilidade quanto a questões relacionadas à saúde.

No presente estudo, a idade da criança apresentou relação significativa direta com frequência de escovação e com a quantidade de dentifrício aplicada sobre a escova e inversa com o hábito de ingerir dentifrício diretamente do tubo e hábito de ingerir dentifrício durante a escovação. Almeida et al. (2007) e Kobayashi et al. (2011) demonstraram correlação positiva entre a quantidade de dentifrício utilizada e a quantidade de fluoreto ingerido durante a escovação. De acordo com Paiva et al. (2003) as crianças ingerem cerca de 77% do dentifrício colocado na escova. Os aspectos supracitados reforçam, mais uma vez, a necessidade de se educar os pais/responsáveis sobre a correta supervisão das crianças, sobre o correto uso de dentifrícios fluoretados, visto que as crianças mais novas estão mais propensas a ingerir dentifrício, na idade de maior risco de desenvolvimento de fluorose nos dentes de maior importância estética (incisivos).

O tipo de dentifrício usado pela criança foi influenciado tanto pela escolaridade dos pais, como pela idade da criança (crianças mais novas consumiram produtos com embalagens de apelo infantil- embalagens e sabores diferenciados). Kobayashi et al. (2011) e Moraes et al. (2007), demonstraram a influência do sabor sobre a ingestão de fluoreto pelo dentifrício. Considerando o fato das crianças menores ingerirem dentifrício ou por não terem controle sobre o complexo de expectoração, ou por influência do sabor, podemos relacionar ao fato de usarem dentifrícios com baixa concentração de fluoreto ou sem flúor.

6. Conclusão

De acordo com os resultados obtidos a partir dos conhecimentos dos pais e com base na literatura, pode-se concluir que há necessidade do monitoramento das crianças durante a escovação, sendo de extrema importância que os cirurgiões dentistas instrua aos pais e responsáveis sobre os cuidados necessários quanto ao correto uso de dentifrício fluoretado, com o objetivo de se atingir o maior efeito preventivo com o menor efeito adverso possível.

7. Referências Bibliográficas

1. Batista, MDEB; Valença, AMG. Dentifrícios fluoretados e sua utilização em crianças. *Arq. em Odont.*, Belo Horizonte, v. 40, n. 2, p. 111-206, abr./jun. 2004.
2. Burt BA. The changing patterns of systemic fluoride intake. *J Dent Res* 1992; 71(Spec. Issue):1228-1237.
3. Buzalaf, MAR; Cury, JA; Whitford, GM. Fluoride exposures and dental fluorosis: a literature review. *Rev. Fac. Odontol. Bauru*; 9(1/2): 110, jan-jun. 2001.
4. Buzalaf, MAR. Fluoretos e saúde bucal. 2. Ed. São Paulo: Ed. Santos, 2013. 334p.
5. Cochran JA, Ketley CE, Sanches L, Mamai-Homata E, Oila AM, Árnadóttír IB *et al*. A standardized photographic method for evaluating enamel opacities including fluorosis. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32(Suppl. 1):19-27.
6. Cury, JA. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: Baratieri, LN et al. *Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades.* São Paulo: Ed. Santos: cap.2, p.31-68, 2001.
7. de Almeida, BS; da Silva Cardoso, VE; Buzalaf, MAR. Fluoride ingestion from toothpaste and diet in 1- to 3-year-old Brazilian children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 53–63. *Journal compilation 2007 Blackwell Munksgaard.*
8. de Moura, MS; de Carvalho, MM; Silva, MC; de Lima, MDE D; de Deus Moura, LDE F; de Melo Simlício, AH. The impact of a dental program for maternal and infant health on the prevalence of dental fluorosis. *Pediatr Dent.* 2013; 35(7):519-522.

9. DenBesten, P. K. Biological mechanisms of dental fluorosis relevant to the use of fluoride supplements. *Comm. Dent. Oral Epidemiol.*, v.27, n.1, p. 41-47, 1999.
10. Franco AM, Martignon S, Saldarriaga A, Gonzalez MC, Arbeláez MI, Ocampo A et al. Total fluoride intake in children aged 22–35 months in four colombian cities. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:(1):1-8.
11. Kobayashi et al. Factors influencing fluoride ingestion from dentifrice by children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 426–432. 2011 John Wiley & Sons A/S.
12. Levy SM, Warren JJ, Davis CS, Kirchner HL, Kanellis MJ, Wefel JS. Patterns of fluoride intake from birth to 36 months. *J Public Health Dent.* 2001;61(2):70-7.
13. Lima YBO, Cury JA. Fluoride intake by children from water and dentifrice. *Rev. Saúde Públ.*, 2001; 35:576-581.
14. Marinho, VC. Cochrane reviews of randomized trials of fluoride therapies for preventing dental caries. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2009 Sep;10(3):183-191.
15. Mascarenhas AK, Burt BA. Fluorosis risk from early exposure to fluoride toothpaste. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26:241-248.
16. Maguire A, Zohouri FV, Hindmarch PN, Hatts J, Moynihan PJ. Fluoride intake and urinary excretion in 6- to 7-year-old children living in optimally, suboptimally and non-fluoridated areas. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35:479–88.
17. Milsom K, Mitropoulos CM. Enamel defects in 8-year-old children in fluoridated and non-fluoridated parts of Cheshire. *Caries Res.* 1990;24(4):286-9.
18. Moraes SM, Pessan JP; Ramires I; Buzalaf MAR: Fluoride intake from regular and low fluoride dentifrices by 2-3-year-old children: influence of the dentifrice flavor. *Braz Oral Res* 2007; 21(3): 234-40.

19. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(2):381-392, 2000.
20. Omena LMF, Silva MFA, Pinheiro CC, Cavalcante JC, Sampaio FC. Fluoride intake from drinking water and dentifrice by children living in a tropical area of Brazil. *J Appl Oral Sci* 2006; 14:382–387.
21. Paiva, SM; Cury, JA. Fluoridated dentifrice and risk of dental fluorosis. *RPG Rev pos-grad*; 8(4);322-328, out.-dez. 2001.
22. Paiva SM, Lima YBO, Cury JA. Fluoride intake by Brazilian children from two communities with fluor-ideate water. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31:184-91.
23. Pereira AC, da Cunha FL, Meneghim MC, Werner CW. Dental caries and fluorosis prevalence study in a nonfluoridated Brazilian community: trend analysis and toothpaste association. *J Dent Child*. 2000;67(2):132-135.
24. Pessan JP, Pin ML, Martinhon CC, de Silva SM, Granjeiro JM, Buzalaf MA. Analysis of fingernails and urine as biomarkers of fluoride exposure from dentifrice and varnish in 4- to 7-year-old children. *Caries Res* 2005; 39:363–370.
25. Rodrigues MH, Leite AL, Arana A, Villena RS, Forte FD, Sampaio FC et al. Dietary fluoride intake by children receiving different sources of systemic fluoride. *J Dent Res* 2009; 88:142-5.
26. Van Loveren C, Ketley CE, Cochran JA, Duckworth RM, O’Mullane DM. Fluoride ingestion from toothpaste: fluoride recovered from the toothbrush, the expectorate and the after- brush rinses. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32 Suppl 1:54-61.
27. Holloway PJ, Ellwood RP. The prevalence, causes and cosmetic importance of dental fluorosis in the United Kingdom: a review. *Community Dent Health* 1997; 14:148-55.

8. Anexos

ANEXO A- Autorização para realização do projeto



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



André Luís Bernardes Gonçalves
Centro de Saúde 1 "Aristides Troncoso Peres"
Rua Afonso Pena, nº 1537
Araçatuba – SP

Ilmo. Sr. Gonçalves,

Vimos, por meio deste, solicitar autorização para realização do projeto "Uso de dentífricos fluoretados por crianças: conhecimentos dos pais sobre efeitos preventivos e adversos" nas dependências do Centro de Saúde 1 "Aristides Troncoso Peres". O referido projeto tem por objetivo estimar a ingestão de flúor através do dentífrico fluoretado, em crianças entre 0 e 5 anos de idade, residentes na cidade de Araçatuba. Além disso, serão fornecidas instruções verbais e por escrito sobre os efeitos preventivos e adversos do uso do flúor, orientando a população quanto a forma correta da utilização destes produtos para garantir proteção contra a cárie e baixo risco para fluorose.

O projeto será conduzido sob nossa orientação e tem aprovação da PROEX – Pró-Reitoria de Extensão Universitária da UNESP.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas.

Atenciosamente

Prof. Dr. Juliano Pelim Pessan
Departamento de Odontologia Infantil e Social
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
Responsável pelo projeto

André Luís Bernardes Gonçalves
Dirigente Administrativo do CS-I
RG: 27.072.172-4 - SMS - PMA

Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP
Departamento de Odontologia Infantil e Social
Rua José Bonifácio, 1193 CEP 16015-050 Araçatuba - SP
Tel (18) 3636 3274 E-mail: jpessan@foa.unesp.br

01/05/15
MBW
08.07.15



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



Ana Maria Moda
UBS NELSON GASPAR DIP – "UBS ALVORADA"
Rua Florêncio de Abreu - Alvorada
Araçatuba – SP

Ilma. Sra. Moda,

Vimos, por meio deste, solicitar autorização para realização do projeto "Uso de dentifrícios fluoretados por crianças: conhecimentos dos pais sobre efeitos preventivos e adversos" nas dependências da UBS "Nelson Gaspar Dip". O referido projeto tem por objetivo estimar a ingestão de flúor através do dentifrício fluoretado, em crianças entre 0 e 5 anos de idade, residentes na cidade de Araçatuba. Além disso, serão fornecidas instruções verbais e por escrito sobre os efeitos preventivos e adversos do uso do flúor, orientando a população quanto a forma correta da utilização destes produtos para garantir proteção contra a cárie e baixo risco para fluorose.

O projeto será conduzido sob nossa orientação e tem aprovação da PROEX – Pró-Reitoria de Extensão Universitária da UNESP.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas.

Araçatuba, 1º de dezembro de 2015.

Prof. Dr. Juliano Pelim Pessan
Departamento de Odontologia Infantil e Social
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
Responsável pelo projeto

Ana M.S. Moda
Enfermeira
COREN SP 249305



Bárbara Ângelo Honório
UBS Dr. Alfredo Dantas de Souza
Rua Fundadores, 3048 - Umuarama
Araçatuba - SP

Ilma. Sra. Honório,

Vimos, por meio deste, solicitar autorização para realização do projeto "Uso de dentifrícios fluoretados por crianças: conhecimentos dos pais sobre efeitos preventivos e adversos" nas dependências da UBS "Nelson Gaspar Dip". O referido projeto tem por objetivo estimar a ingestão de flúor através do dentifrício fluoretado, em crianças entre 0 e 5 anos de idade, residentes na cidade de Araçatuba. Além disso, serão fornecidas instruções verbais e por escrito sobre os efeitos preventivos e adversos do uso do flúor, orientando a população quanto a forma correta da utilização destes produtos para garantir proteção contra a cárie e baixo risco para fluorose.

O projeto será conduzido sob nossa orientação e tem aprovação da PROEX – Pró-Reitoria de Extensão Universitária da UNESP.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas.

Araçatuba, 1º de dezembro de 2015.

Prof. Dr. Juliano Pelim Pessan
Departamento de Odontologia Infantil e Social
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
Responsável pelo projeto

ANEXO B- Questionário aplicado aos pais/responsáveis pela criança durante a entrevista

Questionário Fluorose Dentária

Responsável pela criança? () mãe () pai () outro _____

Escolaridade: () analfabeto () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto
() 2º grau completo () 3º grau incompleto () 3º grau completo () pós-graduação

Data de nascimento da criança: _____ Gênero: () M () F

Bairro: _____ Há quanto tempo moram no Bairro? _____

Quantidade de pasta utilizada: () Tem costume de comer a pasta? () sim () não

Durante a escovação, a criança: () engole parte da pasta () toda a pasta () não engole

Frequência de escovação/dia: () Marca: _____

Conhecimento sobre efeito do flúor (para que serve?): _____

Você sabe se o flúor pode ter algum efeito ruim para a criança? () sim () não Qual?

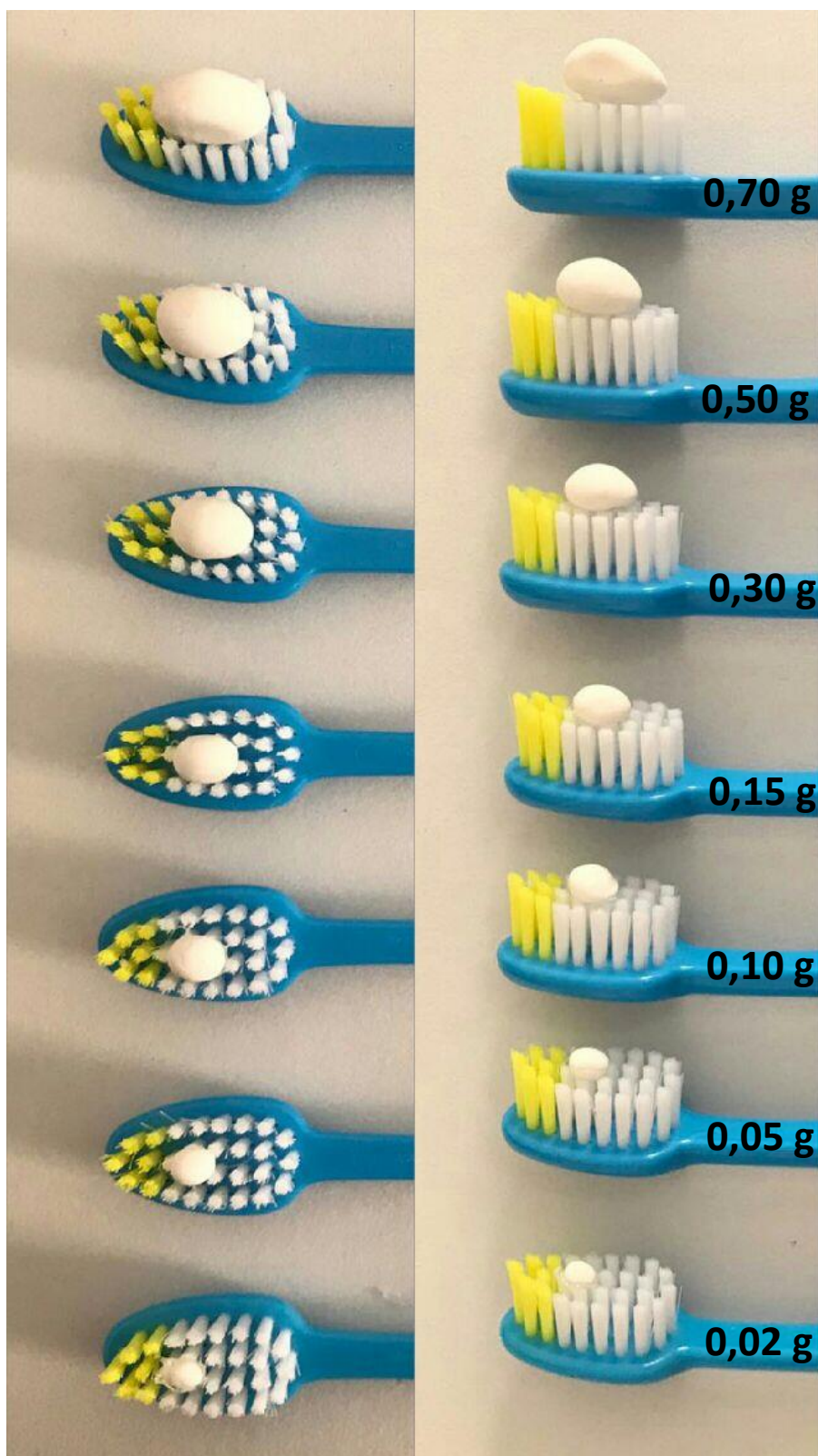
O que é fluorose? _____

Assinatura do responsável: _____

ANEXO C- Porta-escovas com 7 escovas dentais apresentado aos entrevistados, contendo diferentes quantidades de “biscuit” simulando diferentes quantidade de dentifrício.



ANEXO D- Escovas com quantidades diferentes apresentadas aos pais para a eventual escolha da quantidade que mais se aproxima a usada pela criança.



ANEXO E- Dentifícios das marcas mais comumente utilizadas apresentada aos pais/responsáveis caso não recordassem o nome do dentifício usado pela criança.



ANEXO F- Folheto explicativo entregue aos pais/responsáveis ao término do questionário.

unesp
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

O QUE É FLUOROSE?

A fluorose é um defeito no esmalte do dente, o que causa manchas brancas opacas ou manchas de cor variando entre o amarelo e marrom escuro dependendo da gravidade. É mais comum nos dentes permanentes.

2. A criança nunca deve colocar a pasta na escova, e sim o adulto responsável.
3. A escovação dentária de crianças até 3 anos de idade deve ser realizada pelos responsáveis.
4. Entre 3 e 7 anos de idade, a escovação deverá ser supervisionada pelos pais, para evitar que a criança engula a pasta de dente.
5. Nesta faixa etária, a quantidade de pasta deve ser controlada pelos pais.
6. Colocar pequenas quantidades de pasta na escova, igual a um grão de ervilha.

POR QUE OCORRE?

Durante o período de formação dos dentes, se a criança ingerir flúor em grandes quantidades pode ocorrer a fluorose.

A idade de maior risco é entre 11 meses e 5 anos de idade. O produto que mais contribui para ingestão de flúor nesta idade é a pasta de dente.

IMPORTANTE!

1. Deve-se escovar os dentes sempre com PASTA COM FLÚOR. Ainda não existe uma forma melhor e mais barata de se evitar a cárie.
2. Pasta de dente não é alimento! Por isso não deve

ser comida com pão ou outro alimento, nem engolida durante a escovação.

3. Além da pasta de dente, o flúor está presente na água. Sua dosagem é controlada pelo Departamento de Água e Esgoto e Vigilância Sanitária. Importante lembrar que o flúor não tem cor e nem cheiro, então não deve ser confundido com o cloro presente na água.
4. O flúor é reconhecido e usado em todo o mundo na prevenção e controle da cárie. O importante é saber usá-lo.

COMO EVITAR A FLUOROSE?

1. Sempre manter a pasta de dente longe do alcance das crianças.

7. Esta quantidade indicada é suficiente para controlar a cárie e prevenir a fluorose dentária.



EXISTE TRATAMENTO?

Nos casos leves, nos quais há muito pouco comprometimento da estética, o tratamento não é necessário. Já em casos de manchas escuras ou em casos de deformação do esmalte, deve-se procurar o dentista, para restaurar o dente.

unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

FACULDADE DE DONTOLOGIA
DE ARAÇATUBA

Departamento de
Odontologia Infantil e Social

ODONTOPEDIATRIA

Contato: 3636 3235
Email: bebe@foa.unesp.br



PROEX

PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA