

Conhecimento de pais e responsáveis de crianças na primeira infância sobre a relação entre alimentação e doença cárie

Knowledge of parents and caregivers of early childhood children about the relationship between food and caries disease

Jadson Mathyas Domingos da Silva^{1*}, Fábio Carvalho Nobre², Douglas Ferreira da Silva¹, Danilo Cavalcante Fernandes³

¹Cirurgião-Dentista pelo Centro Universitário Tiradentes, AL, Mestrando pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde Bucal pelo Instituto de Ciência e Tecnologia da UNESP, SP; ²Cirurgião-Dentista pelo Centro Universitário Tiradentes, AL; ³Cirurgião-Dentista pela Universidade Federal de Alagoas, Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde no contexto do SUS pela Universidade Federal de Alagoas, AL

Resumo

Introdução: a dieta assume um papel importante na instalação da doença cárie e essa correlação deve ser bem conhecida por pais e responsáveis de crianças na primeira infância, a fim de evitar a cárie precoce da infância. **Objetivo:** o objetivo do presente estudo foi analisar o conhecimento de pais e responsáveis de crianças de 0 a 71 meses sobre a correlação da existência entre doença cárie e a alimentação. **Metodologia:** trata-se de um estudo qualitativo que utilizou a técnica do grupo focal para coleta de dados. A pesquisa aconteceu na creche onde as crianças eram matriculadas. 11 participantes compuseram o estudo, sendo 5 responsáveis de crianças com experiência de cárie (CEC) e 6 responsáveis de crianças sem experiência de cárie (SEC). Utilizou-se um questionário semi-estruturado para nortear a interação do grupo. **Resultados:** os participantes do grupo SEC possuem melhor conhecimento sobre o papel da alimentação na instalação da cárie dentária, melhor controle da dieta de seus filhos e maior instrução quanto a higiene bucal, diferente do grupo CEC, que mesmo tendo um considerável conhecimento sobre o papel da alimentação na doença cárie, relataram menor controle sobre a alimentação e higiene bucal. **Conclusões:** responsáveis de crianças do grupo CEC demonstraram menos conhecimento sobre o papel da alimentação e higiene bucal no surgimento da doença cárie, diferente dos responsáveis de crianças do grupo SEC. Programas como o Saúde na Escola e o Melhor em Casa são estratégias importantes para a ampliação da prevenção e promoção de saúde bucal ao núcleo familiar.

Palavras-chave: Alimentação. Cárie. Infância.

Abstract

Introduction: diet plays an important role in the onset of caries disease and this correlation must be well known by parents and caregivers of children in early childhood in order to avoid early childhood caries. **Objective:** the aim of the present study was to analyze the knowledge of parents and guardians of children aged 0 to 71 months about the correlation between the existence of caries disease and food. **Methodology:** this is a qualitative study that used the focus group technique for data collection. The research took place at the nursery where the children were enrolled. 11 participants made up the study, 5 of whom were responsible for children with caries experience (CPB) and 6 of those with children without caries experience (SEC). A semi-structured questionnaire was used to guide the group's interaction. **Results:** participants in the SEC group have better knowledge about the role of food in the installation of dental caries, better control of their children's diet and greater instruction in oral hygiene, differently from the CEC group, which despite having considerable knowledge about the role of food in caries disease, reported less control over food and oral hygiene. **Conclusions:** guardians of children in the CEC group demonstrated less knowledge about the role of food and oral hygiene in the onset of caries disease, unlike guardians of children in the SEC group. Programs such as Health at School and the Best at Home are important strategies for expanding prevention and promoting oral health to the family.

Keywords: Feeding. Caries. Childhood.

INTRODUÇÃO

Apesar do desenvolvimento e ampliação de estratégias para a prevenção da doença cárie, esta condição ainda é considerada um problema mundial de saúde pública (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; DYE; HSU; AFFUL,

2015; PETERSEN; OGAWA, 2016). Tal fato relaciona-se a heterogeneidade de populações, sendo aquelas com baixos fatores socioeconômicos as mais afetadas (PLONKA *et al.*, 2013; SCHWENDICKE *et al.*, 2015).

Sintomatologia dolorosa, problemas mastigatórios, de comunicação, distúrbios de comportamento e do sono são alguns dos fatores relatados pelos acometidos pela doença cárie e pelos responsáveis, produzindo assim um impacto negativo na qualidade de vida e no bem-estar (ANIL; ANAND, 2017; KWAN *et al.*, 2005; LEAL *et al.*, 2012).

Correspondente/Corresponding: *Jadson Mathyas Domingos da Silva – Universidade Estadual Paulista Julio De Mesquita F, ICT/UNESP. – End; Av. Engenheiro Francisco José Longo – até 777/778 Jardim São Dimas - CEP: 12245000 – São José dos Campos, SP – Brasil – Tel: 55 (82) 99431-3314 – E-mail: Jadson.mathyas@unesp.br

A formação das lesões cáries está ligada a mudança de pH, onde a fermentação dos açúcares fornece a acidez necessária para a dissolução dos tecidos mineralizados, como também proporciona a manutenção da atividade constante de bactérias cariogênicas do biofilme (MARSH, 2006). Tornando-se assim, uma doença biofilme-açúcar dependente (FEJERSKOV, 2004).

Existe uma forte associação entre açúcares adicionados à dieta e a doença cárie (CHI; SCOTT, 2019). Por estar presente na alimentação, a sacarose torna-se o carboidrato com maior poder na progressão da doença, devido a facilidade na fermentação de ácidos e por alterar a matriz do biofilme formado, potencializando seu poder destrutivo (PAES LEME *et al.*, 2006). Por sua vez, a ingestão de açúcares de forma limitada propicia menores riscos de desenvolvimento das lesões cáries ao longo da vida (MOYNIHAN; KELLY, 2014).

Estudos relatam que indivíduos na primeira infância, período que vai de 0 até os 71 meses de idade, apresentam maior probabilidade de desenvolver a doença (FRENCKEN *et al.*, 2017; TUNGARE; PARANJPE, 2019), onde esta recebe a terminologia de cárie precoce da infância (CPI), conceituando-se como sendo a presença de um ou mais dentes cariados, ausentes ou restaurados (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2017; ANIL; ANAND, 2017). Um fato importante que pode minimizar a alta taxa citada refere-se à atenção dos responsáveis na realização dos cuidados bucais ideais da criança, atuando assim na prevenção da CPI (KIM, 2012). Por outro lado, a deficiência de informações pelos responsáveis acarreta em um crescimento desenfreado da doença, acometendo diferentes condições importantes para o desenvolvimento da criança.

Sendo assim, o presente estudo visa analisar através da técnica do grupo focal o conhecimento de pais e responsáveis de crianças de 0 a 71 meses sobre a correlação da doença cárie e a alimentação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, analítico de abordagem qualitativa, que avaliou através da técnica do grupo focal a percepção de pais/responsáveis de crianças na primeira infância matriculadas na Creche Municipal Denisson Menezes, situado no bairro Gama Lins, Maceió – Brasil, sobre a correlação existente entre alimentação e cárie dentária. A técnica do grupo focal permite a discussão de um determinado tema através da experiência dos entrevistados (POWELL; SINGLE, 1996).

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL (Parecer nº 71718617.5.000.5641), em 2017. Após explicação do estudo e assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) pelos sujeitos, 11 indivíduos que foram recrutados na referida creche participaram da pesquisa. Estes foram divididos em dois grupos, sendo o grupo 1 composto por responsáveis de crianças com experiência

de cárie (CEC), 6 sujeitos, e o grupo 2 por responsáveis de crianças sem experiência de cárie (SEC), 5 sujeitos. Utilizou-se um guia de discussão com os eixos: Relação alimentação e cárie e dieta e higiene bucal.

Adotou-se como critérios de inclusão indivíduos que aceitassem participar do estudo, tivesse acompanhado à criança desde o nascimento até a presente idade e que tivesse crianças de 0 a 71 meses matriculados na Creche Municipal Denisson Menezes. Como critério de exclusão, indivíduos que não acompanhasse as crianças desde o nascimento até a presente data, e que se recusasse a não assinatura do TCLE.

A pesquisa contou com três moderadores, sendo um desses o coordenador do estudo, que realizou previamente um treinamento com os outros pesquisadores mediante sua experiência com a metodologia empregada. Estes conduziram à discussão, permitindo que o grupo explorasse de forma máxima o tema em pauta, de forma a gerar pontos de consenso e dissenso, fundamentais para responder às indagações da pesquisa. A coleta dos dados foi realizada no mês de setembro de 2017 na creche onde as crianças estavam matriculadas, através de um círculo de conversa. Todas as falas foram gravadas e transcritas integralmente, obtendo-se os registros orais e escritos, com o objetivo de conhecer os pontos de vista dos sujeitos pesquisados, sem julgamento por parte dos pesquisadores. Os participantes foram identificados pelas iniciais de seus nomes e grupo no qual pertenciam.

Os registros orais e escritos foram analisados e discutidos juntos, uma vez que apresentavam objetivos iguais. Foram desenvolvidas as reflexões baseadas na análise de conteúdo temática (BARDIN, 1977), que compõe três etapas: 1. Pré-análise textual; 2. Exploração do material; 3. Tratamento dos resultados e interpretação. Nesta última, fez-se a categorização, etapa crucial para a análise dos dados, que emergiram da leitura do inventário das falas, classificando-se segundo suas semelhanças e diferenciação, sendo elas: relação açúcar e cárie, paternidade e amamentação, percepção e escolha dos alimentos, alimentação fora dos olhos dos pais e relação responsável/criança sob higiene bucal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das falas dos participantes, surgiram seis categorias baseadas nas questões norteadoras aplicadas a ambos os grupos:

RELAÇÃO AÇÚCAR – CÁRIE:

Percebe-se na análise das falas dos participantes tanto do grupo um, quanto do grupo dois, que ambos possuem conhecimentos prévios a respeito da correlação dieta açucarada e desenvolvimento da doença cárie. *“Mas quer dizer, sofrimento passei com ele, estragou os dentinhos dele quase todinho, por causa de muito confeito, muito chiclete, muito biscoito.” V.G1; “Comida que tem muito ácido estraga muitos os dentes, né?” L.G2.*

A dieta assume um papel importante no desenvolvimento da criança e é um dos principais fatores etiológicos no surgimento da doença cárie (PALMER *et al.*, 2010; BIRAL *et al.*, 2013), tendo em vista que os pais cada vez mais introduzem uma alimentação precoce na vida de seus filhos, substituindo o leite materno. Esse tipo de dieta está diretamente relacionada a alimentos industrializados, caracterizados pela alta concentração de açúcares livres. Este achado corrobora com o estudo de Paglia *et al.* (2016), que também avaliou através do conhecimento dos pais às causas dessa patologia na primeira infância.

Para que ocorra o surgimento da cárie, o dente passa por um processo de desmineralização causado por ácidos orgânicos produzidos por bactérias, em especial o *Streptococcus mutans* e *Streptococcus sobrinus*, que fermentam monossacarídeos (ANIL; ANAND, 2017).

Apesar de relacionarem o aparecimento de lesões de cárie ao consumo de açúcar, os sujeitos do grupo um relatam grande consumo por parte dos filhos: “*Ele gosta mesmo é de confeito! A única guloseima que ele gosta é confeito.*” A.P.G1; “*Eu deixo chupar confeito bastante, quando o pessoal dá a ele. Ele ama chupar confeito! Gosta bastante, e sempre dão aqui na escola.*” M.P.G1. Justificando assim a experiência de cárie por seus filhos, pois, segundo Dal Gallo Faria *et al.* (2016), a sacarose ingerida com maior frequência é um risco para o surgimento da cárie, onde os alimentos mais usados pela população em geral, como o achocolatado, refrigerante, e guloseimas são ricos nesse substrato.

Já os sujeitos do grupo dois, que têm filhos livres de cárie, relatam baixo consumo de açúcar: “*Ele não é muito chegado no açúcar não, [...] As outras coisas, se a gente der suco sem açúcar ele toma!*” A.G2, corroborando com o estudo de Finlayson *et al.* (2019), onde os pesquisadores concluíram através de um estudo também qualitativo que responsáveis que possuem acesso a serviço de saúde bucal, conseqüentemente conhecimento do papel da sacarose como fator etiológico para a cárie são mais motivadas a comportamentos regulares de higiene.

Esses achados trazem um alerta para a melhoria das ações de saúde por programas como o Saúde na Escola, e também da necessidade de ampliação dos serviços de saúde bucal disponibilizados no bairro, a fim de prevenir a perda dentária precoce, pois, segundo o estudo de Silva *et al.* (2020) que analisou a prevalência de maloclusões em crianças escolares na escola municipal do mesmo bairro em estudo, identificaram uma prevalência de 42% da perda do 1° molar permanente, afetando a oclusão e qualidade de vida dos indivíduos.

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E ALIMENTAÇÃO APÓS O DESMAME

Nesta categoria foram discutidos os conhecimentos dos pais em relação ao período pós amamentação, onde, apesar de os participantes de ambos os grupos amamentarem, constatou-se que os participantes do grupo

1 amamentaram por pouco tempo seus filhos: “*A minha só mamou 15 dias.*”; “[...] *Gogó! E com 6 meses ela deixou de tomar gogó também! [...]*” “*Aí teve que introduzir alimento nela.*” S.G1, diferente do grupo 2: “*6 meses, eu demorei deixei chegar a um ano, porque as 2 mamaram e foi difícil tirar, então pra mim foi ótimo porque eu gostei de ultrapassar dos 6 meses.*” A. G2. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a amamentação exclusiva durante os 6 primeiros meses de vida da criança. Ainda, relata que a alimentação complementar deve ser ingressada de forma organizada, incentivando uma alimentação saudável (SANTOS; DOTTO; GUEDES, 2016).

Sobre a amamentação exclusiva, o grupo CEC adotou a inserção de alimentos na dieta mais precocemente: “*Ela mamou até 2 meses e logo depois comecei a introduzir o nestogeno e logo depois tive que introduzir a comida [...]*” A. G1. Já no SEC, nota-se a prática da amamentação exclusiva por um período de tempo maior, embora não o preconizado pela OMS: “*A minha parou aos quatro! Já depois foi comendo comida normal.*” C. G2.

A chance de a criança que faz uso exclusivo do leite materno desenvolver cárie seria mínima, porém, o uso precoce de sacarose na dieta do lactante faz com que a lactose do leite materno seja potencializada aumentando o risco da doença. O profissional de saúde tem um papel importante em orientar e informar sobre os benefícios da amamentação, e alertar sobre o uso incorreto de alimentos industrializados utilizados na mamadeira e em sucos (LEMONS *et al.*, 2012).

PATERNIDADE – AMAMENTAÇÃO

Durante a análise do grupo focal dois, houve a presença de um participante do gênero masculino, no qual demonstrou dificuldade em discutir sobre a amamentação de seu filho: “*Rapaz, esse assunto eu estou meio por fora.*” L.G2. Durante a discussão, algumas participantes confirmaram a dificuldade de seus parceiros quando se trata da alimentação de seus filhos: “*Para homem é complicado.*” A. G2; “*Para homem é meio difícil.*” C. G2.

Apesar da atual mudança nos valores e costumes com relação a gênero, o pai ainda possui a figura de homem da casa, aquele que apenas dá o sustento da família e pouco participa da criação de seus filhos (CARDELLI; TANAKA, 2012).

Mesmo sabendo da importância da amamentação e da sua participação neste processo, alguns pais ainda tem a visão de que esta ação pertence exclusivamente ao corpo biológico, sendo protagonista à figura feminina, e o homem se dando por satisfeito apenas como provedor do lar (PONTES; ALEXANDRINO; OSÓRIO, 2008). Uma forma de melhorar essa relação e percepção do homem quanto ao seu importante papel na saúde materna e neonatal é a incorporação de intervenções no âmbito da educação em saúde, que segundo Tokhi *et al.* (2018), essas ações podem melhorar as práticas de cuidado domiciliar e as tomadas de decisões de forma mais equitativa pelo casal.

PERCEPÇÃO E ESCOLHA DOS ALIMENTOS

A escolha dos alimentos por parte dos responsáveis não está mais relacionada apenas com os conhecimentos sobre as informações nutricionais. Nota-se uma percepção diferente da tradição alimentar, ou da economia doméstica, e pesquisas mostram que a televisão tem papel protagonista, tendo boa parte de seus comerciais propagando uma alimentação não saudável, possuindo alto teor de sal, açúcar e gorduras (MOTTA-GALLO; GALLO; CUENCA, 2013).

O grupo CEC demonstrou menos cautela quando questionados sobre a alimentação usada por seus filhos, e mesmo tendo conhecimento dos malefícios de alguns alimentos, afirmam fazer uso dos mesmos: *“Eu dou tudo para o meu filho, o problema é que nem sempre a gente tem tempo né.”* A.P.G1. *“Eu faço a alimentação assim, um cusuz, um ovo, salame... Eu sei que o salame também não é bom! porquê tem muito sal!”* A. G1.

Já o grupo SEC, relata evitar o consumo de alimentos considerados não saudáveis: *“[...] Às vezes ela diz mãe vamos ali na lanchonete, eu já não vou! Porque tanto evito pra mim quanto pra ela! Coxinha, hambúrguer, essas coisas todinhas de rua eu evito deles comer.”* A. G2.

A família desempenha um papel determinante na formação de um padrão alimentar saudável, já que, práticas alimentares inadequadas, especialmente no período de 0 a 24 meses podem ter consequências por toda a vida (MARANHÃO et al., 2018). O estudo de Yee, Lwin e Ho (2017), mostrou que existe uma forte correlação entre o comportamento alimentar dos pais com o consumo alimentar da criança. Ainda, Vivarini et al. (2019), sugere em seu estudo que lanches diários consumidos por crianças não supervisionados pelos pais podem ser responsáveis por diferenças populacionais anuais substanciais, no que diz respeito a ingestão de energia, gordura e sódio.

ALIMENTAÇÃO FORA DOS OLHOS DOS PAIS

Cada vez mais às mulheres vem ganhando espaço no mercado de trabalho e isso influencia diretamente na rotina da família. Segundo o estudo de Brauner-otto, Baird e Ghimire (2019), o tipo de emprego materno influencia negativamente na saúde infantil em países de baixa renda. Seus filhos acabam frequentando creches, e é nesse espaço onde fazem maior parte das refeições. Sem tempo de preparar as refeições de seus filhos, esses pré-escolares passam a consumir cada vez mais comidas e bebidas industrializadas, com altos índices de gordura e açúcares. É nesse período que se iniciam os hábitos alimentares, chamando-se atenção para a autoridade crescente da criança sobre as decisões alimentares diárias (BENTO; ESTEVES; FRANÇA, 2015; ENSAFF; BUNTING; O'MAHONY, 2018).

No grupo CEC, os pais relataram que não possuem conhecimento sobre o que os filhos comem na creche, e que seus filhos não gostam de alguns tipos de frutas, o que dificulta na hora das refeições da creche, já que a mesma

oferece uma alimentação saudável. Assim, para que seus filhos passem a ir a creche os pais costumam dar dinheiro para o lanche, o que impossibilita o conhecimento dos alimentos que seus filhos ingerem: *“O que ela não gosta é de melancia, ela não gosta de melancia de jeito nenhum”* A.P.G1. *“A minha só queria ir pra escola se eu mandasse o dinheiro do lanche”!* N.S.G1. O estudo de Ensaft, Bunington e O'Mahony (2018), traz um alerta quanto ao risco dessa flexibilização dos pais quanto a alimentação da criança e o quão é crescente a autonomia das crianças no que diz respeito a decisão da alimentação diária, inicialmente as crianças decidem fazer ou não a merenda escolar, e em seguida, influenciam o conteúdo do almoço.

Nessa idade é comum que os pré-escolares só queiram comer aquilo que lhes agrada e ignorar o que não gostam de comer. As crianças tendem a gostar mais de um alimento de acordo com a frequência que é acrescentado em sua dieta. Quanto mais repetido for o alimento, melhor será sua aceitação. A convivência em grupo também pode fazer com que aquela criança que tem alimentos prediletos se interesse por outros consumidos pelo grupo (SILVA; NEVES; PEREIRA NETO, 2016). Essa estratégia pode ser incorporada pela equipe pedagógica e nutricional da escola em questão, visando induzir o consumo de alimentos saudáveis.

Já no grupo SEC, os pais demonstram conhecimento e preocupação sobre o que seus filhos comem na creche: *“Na escola ele come algumas coisas legais que eu já vi colocando e a gente está sempre perguntando comeu o que hoje lá na escola”* L.GP2. *“Mas a gente vê que tem um lanchinho legal aí na creche, tem fruta, essas coisas assim! A gente sempre pergunta eles falam.”* L.G2.

Os responsáveis apresentaram algum tipo de conhecimento sobre uma boa alimentação, para Bento, Esteves e França (2015), boa parte desses conhecimentos são obtidos através da televisão e internet, porém, não utilizam na prática, muitas vezes por falta de tempo ou mesmo por falta de dinheiro.

Os participantes do grupo CEC relatam não ter conhecimento sobre a alimentação de seus filhos no período em que se encontram na creche, reafirmando a falta de controle por estes da alimentação nessa faixa etária, reforçando assim, o fortalecimento da interação responsável-criança-escola: *“A gente bota eles na escola e lá não vê o que eles estão comendo!”* M. L.G1.

Diferentemente, o grupo focal SEC, que afirma ter conhecimento da alimentação oferecida a seus filhos na creche: *“A minha eu sei, porque a primeira coisa quando eu vou pegá-la na sala ela diz, mamãe! Comi cusuz com leite. Ai da outra vez ela diz, mamãe, eu comi sopa! Sempre ela me diz, eu nem pergunto viu?! Mas ela sempre fala o que ela comeu aqui!”* C.G2.

No Brasil, existe um guia alimentar para a população brasileira que foi lançado em 2014 pelo Ministério da Saúde, e reúne um conjunto de informações e recomendações sobre alimentação, devendo ser adotado por pessoas, unidades de saúde e escolas, pois é uma forma

de prevenir doenças que são causadas por deficiência nutricional (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

As creches apresentam um cardápio feito por nutricionista, mas, ainda há rejeição das crianças devido aos hábitos alimentares anteriores (MARINHO; ASSAO; CERVATO-MANCUSO, 2010). Baseado nessa informação e nos achados desse estudo, sugere-se que o cardápio escolar seja melhor discutido com pais e responsáveis de crianças, crianças e professores para que se tenha uma melhor estimulação pelos pais e professores e maior aceitação pelas crianças.

RELAÇÃO ENTRE RESPONSÁVEL/CRIANÇA SOB A HIGIENE BUCAL

Quando questionados sobre o vínculo: cuidador\criança sobre a higiene bucal, os participantes do grupo focal CEC, relataram a não aceitação e dificuldade de realizar a higiene bucal, e ainda, à falta de atenção para com às crianças no processo de prevenção: “*Escova apulso tem vezes que ela nem quer.*” N. S. G1; “*As vezes eu chego tarde, as vezes eu não estou em casa ai eu não estava assim atenciosa pra escovar porque eu não estava em casa, ai ele estragou os últimos dentes [...]*” A.P. G1.

O incentivo ao hábito da realização da higiene bucal deve ser desenvolvido tão cedo quanto possível, com a finalidade da formação de uma base para um comportamento futuro, além de reduzir o risco do desenvolvimento de CPI (AFONSO; CASTRO, 2014; FOLAYAN *et al.*, 2020), assim, torna-se de extrema importância dar ênfase na responsabilidade dos pais em promover e preservar o estado de saúde bucal de seus filhos, uma vez que muitos pais ao levarem seus filhos ao cirurgião-dentista, tendem a pensar que estão livres da responsabilidade da manutenção da higiene bucal (ALVES; VOLSCHAN; HAAS, 2004).

Em contrapartida, os participantes do grupo focal SEC, demonstraram saber da importância de escovar os dentes e pôr em prática o hábito: “*Escovar os dentes é fundamental, é o começo de tudo né, se não escovar ai já está começando errado.*” L. G2; “[...] *Tudo o que você vê que comeu de errado já fazer aquela escovação, mas a noite é a principal.*” A. G2.

Nessa faixa etária as crianças devem ser ajudadas e supervisionadas pelos responsáveis quanto a higiene bucal, devendo essas escovar os dentes de duas a três vezes por dia, com dentifrícios contendo agentes remineralizantes, de forma a evitar a formação de biofilme e posterior instalação de doenças como as periodontais e a cárie (MEYER; ENAX, 2018).

Considerando que o estudo é limitado a um pequeno grupo de entrevistados e ser incluído apenas uma instituição de ensino infantil do bairro, sugere-se que outros estudos sejam realizados para que assim como esse, sirvam de base para melhoria das políticas públicas de saúde bucal vigentes no município.

CONCLUSÕES

Diante do exposto, notou-se que no grupo um, formado por cuidadores de crianças com experiência de cárie, os pais demonstraram conhecimento sobre alimentos cariogênicos, porém, seus filhos possuíam maior consumo desses, quando comparados às crianças do grupo dois, que não experienciaram a doença cárie.

Sabendo que ambos os grupos convivem na mesma comunidade e frequentam a mesma creche, pode-se destacar ainda, outros fatores relevantes, como hábitos de higiene e saliva. A participação dos pais/responsáveis nessa fase da criança é de fundamental importância para que se tenha um maior e melhor controle na dieta cariogênica das crianças.

Programas educativos preventivos como o Programa Saúde na Escola, são fundamentais para ampliar o acesso à informações às crianças, pais e professores quanto a prevenção da doença cárie. Outra estratégia que se pode lançar mão é o reforço de orientação por programas governamentais, como o Melhor em Casa, de forma a se articular com a família a respeito de orientações sobre hábitos alimentares e saúde bucal/geral.

REFERÊNCIAS

1. AFONSO, B. A.; CASTRO, M. C. C. de. Avaliação do conhecimento de higiene bucal e motivação dos pais de uma instituição de ensino pública brasileira. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 50, n. 4, dez. 2014.
2. ALVES, M. U.; VOLSCHAN, B. C. G.; HAAS, N. A. T. Educação em saúde bucal: sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades privadas. **Pesq. Bras. Odontoped. Clín. Integr.**, João Pessoa, p. 47-51, 2004;
3. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v. 39, n. 6, p. 59-61, 2017.
4. ANIL, S.; ANAND, P. S. Early childhood caries: prevalence, risk factors, and prevention. **Front. In Pediatr.**, Lausanne, v. 5, p. 157, 2017.
5. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
6. BENTO, I. C.; ESTEVES, J. M. de M.; FRANÇA, T. E. Alimentação saudável e dificuldades para torná-la uma realidade: percepções de pais/responsáveis por pré-escolares de uma creche em Belo Horizonte/MG, Brasil. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, Ago, 2015.
7. BIRAL, A. M. *et al.* Cárie dentária e práticas alimentares entre crianças de creches do município de São Paulo. **Rev. de Nut.**, Campinas, v. 26, n. 1, p. 37-48, 2013.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
9. BRAUNER-OTTO, S.; BAIRD, S.; GHIMIRE, D. Emprego materno e saúde infantil no Nepal: A importância do tipo de trabalho e do tempo durante os primeiros cinco anos da criança. **Social Sci. Med.**, Reino Unido, v. 224, p. 94-105, 2019.
10. CARDELLI, A. A. M.; TANAKA, A. C. d' A. Ser/estar pai: uma figura de identidade. **Cienc. Cuid. Saúde**, Londrina, v. 11. p: 251-258, 2012.
11. CHI, D. L.; SCOTT, J. M. Added sugar and dental caries in children: a scientific update and future steps. **Dent. Clin.**, Philadelphia, v. 63, n.

- 1, p. 17-33, 2019.
12. DYE, B. A.; HSU, K. C.; AFFUL, J. Prevalence and measurement of dental caries in young children. *Pediatr. Dente.*, Chicago, v. 37, n. 3, p. 200-216, 2015.
13. ENSAFF, H.; BUNTING, E.; O'MAHONY, S. "That's his choice not mine!" Parents' perspectives on providing a packed lunch for their children in primary school. *J. Nutr. Educ. Beh.*, Estados Unidos, v. 50, n. 4, p. 357-364. e1, 2018.
14. DAL GALLO FARIA, J. F. *et al.* Análise do consumo de sacarose na dieta dos pacientes em tratamento na Clínica da Faculdade de Odontologia da UFRGS. *Rev. Fac. Odontol. UPF*, Passo Fundo, v. 21, n. 1, 2016.
15. FEJERSKOV, O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res.*, Suíça, v. 38, n. 3, p. 182-191, 2004.
16. FINLAYSON, T. L. *et al.* A qualitative study of the multi-level influences on oral hygiene practices for young children in an Early Head Start program. *BMC Oral Health*, Reino Unido, v. 19, n. 1, p. 166, 2019.
17. FOLAYAN, M. O. *et al.* Association between early childhood caries and poverty in low and middle income countries. *BMC Oral Health*, Reino Unido, v. 20, n. 1, p. 8, 2020.
18. FRENCKEN, J. E. *et al.* Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis—a comprehensive review. *J. Clin. Period.*, Reino Unido, v. 44, p. S94-S105, 2017.
19. KIM S. W. Environmental, maternal, and child factors which contribute to early childhood caries: a unifying conceptual model. *Intern. J. Paed. Dent.*, Genebra, v. 22, n. 3, p. 157-168, 2012.
20. KWAN, S. Y. L. *et al.* Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull. W. H. O.*, Genebra, v. 83, p. 677-685, 2005.
21. LEAL, S. C. *et al.* Untreated cavitated dentine lesions: impact on children's quality of life. *Caries Res.*, Suíça, v. 46, n. 2, p. 102-106, 2012.
22. PAES LEME, A. F. *et al.* The role of sucrose in cariogenic dental biofilm formation—new insight. *J. Dent. Res.*, Estados Unidos, v. 85, n. 10, p. 878-887, 2006.
23. LEMOS, *et al.* cariogenicidade do leite materno: mito ou evidência científica. *Pesq. Bras. Odontoped.*, João Pessoa, v. 12, n. 2, p. 273-278, abr./jun. 2012.
24. MARANHÃO, H. de S. *et al.* Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares progressas e estado nutricional. *Rev. Paul. Ped.*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 45-51, 2018.
25. MARINHO, F. C. M.; ASSAO, T. Y.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Percepções e práticas dos diretores e coordenadores acerca da alimentação infantil em creches públicas do município de Jandira, São Paulo, Brasil. *Seg. Alim. Nut.*, Campinas, v. 17, n. 2, p. 40-49, 2010
26. MARSH, P. D. Dental diseases—are these examples of ecological catastrophes?. *Inter. J. Dent. Hyg.*, v. 4, p. 3-10, 2006.
27. MEYER, F.; ENAX, J. Early childhood caries: epidemiology, aetiology, and prevention. *Inter. j. of dent.*, Reino Unido, v. 2018, 2018.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: **condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
29. MOTTA-GALLO, S.; GALLO, P.; CUENCA, A. Influência da televisão nos hábitos alimentares de crianças do nordeste brasileiro. *J. Hum. Growth Dev.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 87-93, 2013.
30. MOYNIHAN, P. J.; KELLY, S. A. M. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. *J. Dent. Res.*, Estados Unidos, v. 93, n. 1, p. 8-18, 2014,
31. PAGLIA, L. *et al.* Familial and dietary risk factors in early childhood caries introduction. *Eur. J. Paed. Dent.*, Alemanha, v. 17, n. 2, p. 93-99, 2016.
32. PALMER, C. A. *et al.* Diet and caries-associated bacteria in severe early childhood caries. *J. Dent. Res.* Estados Unidos, v. 89, n. 11, p. 1224-1229, 2010.
33. PETERSEN, P. E.; OGAWA, H. Prevention of dental caries through the use of fluoride—the WHO approach. *Com. Dent. Health*, Reino Unido, v. 33, n. 2, p. 66-68, 2016.
34. PLONKA, K. A. *et al.* A longitudinal case-control study of caries development from birth to 36 months. *Caries Res.*, Estados Unidos, v. 47, n. 2, p. 117-127, 2013.
35. PONTES, C. M.; ALEXANDRINO, A. C.; OSÓRIO, M. M. The participation of fathers in the breastfeeding process: experiences, knowledge, behaviors and emotions. *J. Ped.*, Porto Alegre, v. 84, n. 4, p. 357-364, 2008.
36. POWELL, R. A.; SINGLE, H. M. Focus groups. *Int. J. Qual. |Health Care*, Reino Unido, v. 8, n. 5, p. 499-504, 1996.
37. SANTOS, B. Z.; DOTTO, P. P.; GUEDES, R. S. Aleitamento materno e o risco de cárie dentária. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 25, n. 3, jul./set. 2016.
38. SCHWENDICKE, F. *et al.* Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J. Dent. Res.*, Estados Unidos, v. 94, n. 1, p. 10-18, 2015.
39. SILVA, J. M. D. da *et al.* Prevalência de maloclusões em crianças escolares e sua associação com hábitos bucais deletérios. *Diversitas Journal*, Santana do Ipanema, v. 5, n. 3, p. 1818-1827, 2020.
40. SILVA, R. H. M. da; NEVES, F. S.; PEREIRA NETTO, M. Saúde do pré-escolar: uma experiência de educação alimentar e nutricional como método de intervenção. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 19, abr./jun. 2016.
41. TOKHI, M. *et al.* Involving men to improve maternal and newborn health: a systematic review of the effectiveness of interventions. *Plos ONE*, San Francisco, v. 13, n. 1, p. e0191620, 2018.
42. TUNGARE, S.; PARANJPE, A. G. Baby bottle syndrome. *In: StatPearls*. Estados Unidos: Statpearls Publishing, 2019.
43. VIVARINI, P. *et al.* Food choices: concordance in Australian children aged 11–12 years and their parents. *BMJ Open*, Reino Unido, v. 9, n. supl. 3, p. 147-156, 2019.
44. YEE, A. Z. H.; LWIN, M. O.; HO, S. S. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Beh. Nut. Phys. Act.*, Holanda, v. 14, n. 1, p. 47, 2017.

Submetido em: 11/08/2020

Aceito em: 20/01/2022