

Wéllen Góbi Botacin¹
Ana Paula Martins Gomes¹
Lilian Citty Sarmiento¹
Ana Maria Martins Gomes¹
Eláine Cristina Vargas Dadalto¹

**Knowledge of non-dental
surgeon residents in a
Multiprofessional Health
Residence Program about
early childhood caries and its
prevention**

Conhecimento dos residentes não cirurgiões-dentistas de um programa de residência multiprofissional em Saúde quanto à cárie na primeira infância e sua prevenção

ABSTRACT | Introduction:

Individuals participating in the daily routine of multiprofessional teams, should have basic knowledge about different Health fields to help reinforcing preventive guidelines and to be able to refer patients to different care services, whenever necessary. Objective: Investigating the knowledge of non-dental surgeon residents in a Multiprofessional Health Residence Program about the concept and prevention of dental caries in early childhood. Methods: Cross-sectional observational analytical study conducted with 47 residents graduated in Occupational Therapy, Psychology, Nutrition, Social Work, Pharmacy, Nursing, Speech Therapy and Physiotherapy, who were enrolled in the Multiprofessional Residency Program in Child and Adolescent Health (Federal University of Espírito Santo – Vitória City-ES) in 2016, 2017 and 2018. Six dental surgeons were excluded from the study. A self-administered questionnaire about oral health was applied to participants. Data were processed statistically through arithmetic mean and bivariate analyses (Chi-square and Fisher tests, and Maximum Likelihood Ratio), at 5% significance level. Results: Most participants reported lack of approach to oral health during undergraduate course and presented satisfactory knowledge about prevention (97.9%), referral to pediatric dentists (97.9%), association between nighttime bottle and caries (89.4%), sugar and caries (100%), oral hygiene schedule (85.1%), and fluoridated toothpaste (89.4%). There was no difference in age, graduation year, and residency admission year ($p < 0.05$). Conclusion: Residents presented satisfactory knowledge about dental caries, diet, oral hygiene and fluoride using in early childhood, although they presented occasional differences in the concept of caries, breastfeeding as an etiological factor of caries, and fluoride dentifrice using at first teeth eruption time.

Keywords | Dental caries; Children; Health education.

RESUMO | Introdução: No cotidiano do agir em equipe, todos devem ter conhecimentos básicos das diversas áreas da Saúde, para reforçar orientações preventivas e estar preparados para encaminhar ao atendimento. **Objetivo:** Verificar o conhecimento dos residentes não cirurgiões-dentistas de um programa de residência multiprofissional em Saúde quanto ao conceito e prevenção da cárie dentária na primeira infância. **Métodos:** Neste estudo analítico observacional transversal foram incluídos 47 residentes matriculados nos anos de 2016/2017/2018 no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente (Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES), graduados em Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Farmácia, Enfermagem, Fonoaudiologia e Fisioterapia. Foram excluídos seis cirurgiões-dentistas. Utilizou-se um questionário autoaplicado sobre saúde bucal. Os dados foram processados estatisticamente pela média aritmética e análises bivariadas (Qui-quadrado, Fisher e Razão da Máxima Verossimilhança), com nível de significância de 5%. **Resultados:** A maioria relatou que não houve abordagem em saúde bucal na graduação e apresentou bom conhecimento sobre prevenção (97,9%), indicação ao odontopediatra (97,9%), relação entre mamadeira noturna e cárie (89,4%), açúcar e cárie (100%), horário da higiene bucal (85,1%), e dentífrico fluoretado (89,4%). Não houve diferença quanto à idade, ano de conclusão da graduação e ano de ingresso na residência ($p < 0,05$). **Conclusão:** O conhecimento dos residentes quanto à cárie dentária, dieta, higiene bucal e flúor na primeira infância foi considerado satisfatório, apresentando diferenças pontuais sobre conceito de cárie, aleitamento materno como fator etiológico de cárie, e dentífrico fluoretado com a erupção dos primeiros dentes.

Palavras-chave | Cárie dentária; Crianças; Educação em Saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A cárie dentária é uma doença dinâmica multifatorial, determinada pelo consumo de açúcar e mediada por biofilme que resulta no desequilíbrio entre os processos de des e remineralização dos tecidos duros dentários. Aspectos biológicos, comportamentais e psicossociais relacionados ao meio do indivíduo atuam como fatores modificadores¹. A presença de uma ou mais superfícies cariadas (cavitada ou não cavitada), perdidas ou restauradas (devido à cárie) em qualquer dente decíduo de uma criança com menos de seis anos de idade é caracterizada com a denominação de cárie na primeira infância, uma doença crônica que ocasiona diversos agravos para a saúde da criança, sendo importante o conhecimento dos fatores de risco para o seu aparecimento^{1,2}. O hábito da mamadeira ou amamentação, em alta frequência e durante o sono, podem estar associados à maior experiência de cárie na primeira infância^{3,4}, embora existam divergências na literatura quanto ao aleitamento materno ser um fator de risco à cárie⁵.

A cárie pode afetar a qualidade de vida da criança, prejudicando seu desenvolvimento e alimentação, podendo até gerar efeitos psicológicos, como a baixa autoestima⁶. As mudanças na sociedade contemporânea nas últimas décadas têm exigido reconfigurações no entendimento do processo saúde-doença, que se estendem ao modo de agir dos profissionais, necessitando de interações para favorecer o sucesso dos cuidados com a saúde⁷.

A situação de saúde bucal na primeira infância é complexa e envolve aspectos biológicos, comportamentais, sociais e culturais, como fatores modificadores no diagnóstico da cárie, sendo necessário ampliar o conhecimento de todos os profissionais sobre os fatores de risco, estimulando ações multidisciplinares de promoção de saúde para maior efetividade na atenção à saúde bucal⁸. Nesse sentido, os programas de residência multiprofissional são reconhecidos como instituidores de espaços coletivos para a construção de conhecimento interdisciplinar⁹. Esses programas constituem modalidade de pós-graduação *lato sensu* caracterizada por ensino em serviço, destinada às áreas de Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Farmácia¹⁰.

A vivência multiprofissional ocasiona transformações no trabalho coletivo pois, no cotidiano do agir profissional

em equipe, os indivíduos acumulam a possibilidade de recompor as práticas profissionais especializadas, construindo formas de intervenção ampliadas e novos saberes, transpondo diferenças e desigualdades contidas nas diferentes profissões¹¹. O cirurgião-dentista vem ganhando cada vez mais espaço no contexto multiprofissional, sendo importante sua participação como membro da equipe para concretização da saúde integral e apoio nos cuidados, dinamização e otimização do trabalho multidisciplinar¹².

Nem sempre as crianças têm a oportunidade de serem levadas à consulta odontológica de rotina, sendo necessário que outros profissionais possuam conhecimentos básicos de saúde bucal a fim de realizar orientações básicas, bem como estarem preparados a encaminhar o paciente. Existem poucos estudos na literatura realizados com diversas categorias profissionais que abordam temas de saúde bucal¹³⁻¹⁷. Dessa forma, estudos que medem conhecimentos de profissionais sobre esse tema devem ser incentivados.

Diante do exposto, torna-se essencial para o cuidado integral à saúde da criança que, além do cirurgião-dentista, todos os profissionais tenham conhecimentos embasados em evidência científica, para que possam promover saúde e reforçar a importância da prevenção de doenças bucais, e assim possibilitar a integração com a Odontopediatria, visando à saúde integral no cuidado infantil. Sendo assim, este estudo tem o objetivo de verificar o conhecimento dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde da criança e do adolescente quanto ao conceito e à prevenção da cárie dentária na primeira infância.

MÉTODOS |

Esta pesquisa consistiu de um estudo analítico observacional transversal composto por profissionais não cirurgiões-dentistas, matriculados nos anos de 2016, 2017 e 2018 no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente. A instituição formadora nessa modalidade de ensino é a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), via Centro de Ciências da Saúde e Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM)¹⁸.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 80071117.0.0000.5060), e aprovado sob número

2.433.264. A coleta de dados foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em 2016 ingressaram no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente (UFES/HUCAM) 16 residentes (34%), no ano de 2017 foram 15 (32%) e em 2018 foram 16 (34%), além de seis cirurgiões-dentistas, totalizando 53 ingressantes. Dentre os critérios de elegibilidade, foram incluídos todos os residentes graduados em Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Farmácia, Enfermagem, Fonoaudiologia e Fisioterapia (n=47), e excluídos aqueles com graduação em Odontologia (n=6). Nenhum residente se recusou a participar do estudo.

Para a coleta dos dados, um questionário autoaplicado foi desenvolvido contendo dados sobre o perfil dos participantes (idade, profissão, sexo, ano de conclusão da graduação) e questões sobre cárie dentária e sua prevenção. O questionário foi composto por uma questão aberta e 19 questões fechadas sobre saúde bucal, cárie dentária, dieta, higiene bucal e uso do flúor na prevenção da cárie na primeira infância. As questões estão apresentadas no Quadro 1. A idade considerada para a primeira infância foi de zero a seis anos¹⁹. Os residentes que fizeram parte deste estudo têm atuação multiprofissional com crianças dessa faixa etária na unidade de terapia intensiva neonatal e

pediátrica, no ambulatório de Pediatria e na unidade básica de saúde. No trabalho de campo, eles convivem com os cirurgiões-dentistas que compõem o corpo discente do programa de residência na análise multiprofissional dos casos. A abordagem do tema de saúde bucal em crianças é realizada de forma específica para os cirurgiões-dentistas e apenas uma aula ao final do curso para os demais residentes.

As respostas foram tabuladas utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 para Windows (SPSS INC., CHICAGO, IL, USA) e, para a pergunta aberta, primeiramente foram elaboradas categorias de respostas. A seguir, os dados foram processados estatisticamente pela média aritmética, que é uma medida de tendência central, e análises bivariadas, utilizando o teste Qui-quadrado. Para os casos de tabelas cruzadas de duas categorias que apresentaram células com resultados esperados menores do que cinco para a hipótese nula, foi utilizado o teste Exato de Fisher e, para mais de duas categorias, a Razão da Máxima Verossimilhança. O nível de significância adotado foi de 5%. Os resultados foram relatados em frequências absoluta e relativa e por meio de gráficos. Algumas variáveis que apresentaram frequência de respostas de mais de 90% de concordância, ou casas com frequências muito baixas ou nulas, foram apresentadas de forma descritiva, não havendo indicação para a análise bivariada²⁰.

Quadro 1- Questionário utilizado para coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE Área de Concentração: Atenção à saúde da Criança e do Adolescente QUESTIONÁRIO Nº _____
Profissão: _____ Sexo: () masculino () feminino Idade: _____ Qual curso de graduação? _____ Ano de conclusão: _____ Curso de especialização: () não () sim. Qual? _____
1. Durante seu curso de graduação foi abordado algum destes temas relacionados à saúde bucal? Traumatismo dental: () Sim () Não Hábitos deletérios à arcada: () Sim () Não Cárie dental: () Sim () Não Doenças relacionadas à cavidade bucal: () Sim () Não Prevenção da cárie dentária: () Sim () Não
Cárie dentária na primeira infância (crianças de 0 a 6 anos)
2. De acordo com seus conhecimentos, o que vem a ser a cárie dentária?

*continua.

*continuação.

<p>3. Quanto à cárie dentária, você acredita que:</p> <p><input type="checkbox"/> Não é considerada uma doença</p> <p><input type="checkbox"/> É uma doença transmissível <input type="checkbox"/> É uma doença não transmissível</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>4. A cárie dentária pode ser transmitida da mãe para o bebê ou através do beijo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>5. Na sua avaliação, a cárie dentária pode ser influenciada por fatores demográficos e socioeconômicos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>6) Você acredita que programas preventivos à cárie dentária trariam benefícios potenciais na prevenção de outras doenças?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>7. Qual o momento ideal para a primeira consulta odontológica de uma criança?</p> <p><input type="checkbox"/> Quando a dentição da criança estiver completa</p> <p><input type="checkbox"/> No momento do nascimento dos primeiros dentes</p> <p><input type="checkbox"/> Antes do nascimento dos primeiros dentes</p> <p><input type="checkbox"/> Quando a criança apresentar comportamento satisfatório para permitir o exame em consultório odontológico.</p>
<p>8. Considera necessário que o profissional da sua área de atuação realize orientação para o responsável levar a criança para uma consulta odontológica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>Dieta na primeira infância (crianças de 0 a 6 anos)</p>
<p>9. Você considera que o aleitamento materno em livre demanda para lactentes maiores de um ano de idade pode ocasionar cárie?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>10. Você acredita que o uso de mamadeira para adormecer ou durante o sono da criança pode estar relacionado à cárie dentária?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>11. Quanto à relação entre ingestão de açúcar e cárie dentária, marque a opção que você acredita ser mais adequada:</p> <p><input type="checkbox"/> O risco à cárie será maior se o alimento contendo açúcar for consumido entre as refeições principais.</p> <p><input type="checkbox"/> O risco à cárie será maior se o alimento contendo açúcar apresentar uma forma física que favoreça a retenção na cavidade bucal por um período prolongado.</p> <p><input type="checkbox"/> A sacarose é o mais cariogênico entre os carboidratos e está associada à sua rápida metabolização pelas bactérias.</p> <p><input type="checkbox"/> Todas as opções estão corretas.</p>
<p>12. Você acredita que a exposição precoce do bebê ao açúcar pode influenciar a maior preferência por doces no futuro?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>Higiene bucal na primeira infância (crianças de 0 a 6 anos)</p>
<p>13. Quando deve acontecer o início da higiene bucal dos bebês?</p> <p><input type="checkbox"/> Antes da erupção dos dentes (antes dos 6 meses)</p> <p><input type="checkbox"/> Após a erupção dos primeiros dentes (aproximadamente aos 6 meses)</p> <p><input type="checkbox"/> A partir do segundo ano de vida (com a erupção do primeiro molar)</p> <p><input type="checkbox"/> Quando o bebê se tornar colaborativo com a realização da higiene bucal.</p>
<p>14. Quando deve iniciar a realização da higiene bucal utilizando creme dental com flúor?</p> <p><input type="checkbox"/> Antes da erupção dos dentes (antes dos 6 meses)</p> <p><input type="checkbox"/> Com a erupção do 1º dente (aproximadamente aos 6 meses)</p> <p><input type="checkbox"/> Aos 2 anos de idade (com a erupção do primeiro molar)</p> <p><input type="checkbox"/> Aos 4 anos de idade (com os dentes de leite na boca)</p> <p><input type="checkbox"/> Após 6 anos de idade (com a erupção do primeiro molar permanente)</p>
<p>15. Com relação à higienização da cavidade bucal do bebê <u>antes da erupção dos dentes</u>:</p> <p><input type="checkbox"/> Não é necessária a realização da higienização</p> <p><input type="checkbox"/> Deve ser feita com gaze e água</p> <p><input type="checkbox"/> Deve ser utilizado um creme dental especial</p> <p><input type="checkbox"/> Pode ser realizada com qualquer creme dental</p>
<p>16. Quantas vezes ao dia deve ser realizada a higiene bucal da criança?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 vez</p> <p><input type="checkbox"/> 2 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 3 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 3 vezes</p>

*continua.

*continuação.

<p>17. Qual o horário é o mais importante para realizar a higiene bucal da criança?</p> <p><input type="checkbox"/> Ao acordar</p> <p><input type="checkbox"/> Após o almoço</p> <p><input type="checkbox"/> Antes de dormir</p> <p><input type="checkbox"/> Na hora do banho</p>
<p>Uso do flúor na prevenção da cárie (crianças de 0 a 6 anos)</p>
<p>18. Qual a importância do flúor na prevenção da cárie dentária?</p> <p><input type="checkbox"/> O flúor não é importante na prevenção da cárie dentária.</p> <p><input type="checkbox"/> O flúor só é importante para os dentes decíduos (“dentes de leite”).</p> <p><input type="checkbox"/> O flúor só é importante para os dentes permanentes.</p> <p><input type="checkbox"/> Ajuda a fortalecer o dente (decíduo e permanente) prevenindo sua desmineralização.</p>
<p>19. Onde o flúor pode ser encontrado?</p> <p><input type="checkbox"/> Na água de abastecimento público</p> <p><input type="checkbox"/> Em produtos encontrados no consultório odontológico</p> <p><input type="checkbox"/> No creme dental</p> <p><input type="checkbox"/> Nos bochechos</p> <p><input type="checkbox"/> Todas as alternativas</p>
<p>20. Qual a quantidade ideal de creme dental a ser colocada na escova para realizar a escovação dentária de crianças?</p> <p><input type="checkbox"/> Quantidade suficiente para cobrir toda a escova</p> <p><input type="checkbox"/> Quantidade correspondente a um grão de arroz</p> <p><input type="checkbox"/> O creme dental não é necessário.</p> <p><input type="checkbox"/> Quantidade variável com o peso da criança.</p>

RESULTADOS |

Todo o universo eleito de residentes não cirurgiões-dentistas do programa de residência multiprofissional em saúde participou do estudo, sem perda amostral. Do total de 47 residentes, as mulheres corresponderam a 89,4% (n=42). A faixa etária apresentou média de 26,1±2,6 anos. Eles foram agrupados em duas faixas etárias, constituindo frequência de 42,6% (n=20) do total para os residentes com até 25 anos e 57,4% (n=27) para aqueles com 26 anos ou mais.

Com relação à profissão, 21,3% (n=10) dos residentes eram da área da Psicologia; 17,0% (n=8) do Serviço Social; 14,9% (n=7) da Farmácia; 10,6% (n=5) da Terapia Ocupacional; 10,6% (n=5) da Nutrição; 10,6% (n=5) da Fonoaudiologia; 10,6% (n=5) da Enfermagem e 4,3% (n=2) da Fisioterapia. Levando em consideração o ano de conclusão do curso de graduação, os concluintes entre os anos 2011 e 2015 configuraram 57,4% (n=27), e os que terminaram entre os anos 2016 e 2017 totalizaram 42,6% (n=20).

Para as variáveis em que foi possível realizar o teste qui-quadrado, considerado valor de $p < 0,05$, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa quando comparada a faixa etária dos participantes com as seguintes questões: cárie dentária considerada doença ($p=0,387$); conceito de cárie ($p=0,447$); momento ideal para a primeira

consulta odontológica de uma criança ($p=0,390$); relação entre aleitamento materno em livre demanda como fator etiológico da cárie ($p=0,850$); frequência diária da realização da higiene bucal da criança ($p=0,564$) e transmissibilidade da cárie ($p=0,514$). Quando comparado o ano de conclusão do curso de graduação, também não houve diferença significativa para as variáveis: cárie dentária considerada doença ($p=0,640$); conceito de cárie ($p=0,317$); momento ideal para a primeira consulta odontológica de uma criança ($p=0,249$); relação aleitamento materno em livre demanda como fator etiológico da cárie ($p=0,625$); frequência diária da realização da higiene bucal da criança ($p=0,883$); transmissibilidade da cárie ($p=0,212$).

Igualmente, não foi obtido resultado significativo quando comparado o ano de ingresso na residência com as seguintes variáveis: indicação do momento ideal para a primeira consulta odontológica de uma criança ($p=0,685$); conceito de cárie ($p=0,178$), relação entre aleitamento materno em livre demanda para lactentes maiores de um ano de idade como fator etiológico da cárie ($p=0,762$); frequência diária da realização da higiene bucal da criança ($p=0,117$). Para as variáveis cárie considerada doença e transmissibilidade da cárie não foi possível aplicar o teste de qui-quadrado porque várias células apresentaram contagem zero. Como não foram observadas diferenças significativas conforme faixa etária, ano de conclusão da graduação e ano de ingresso na

residência, os resultados de cada item da pesquisa foram organizados englobando os dados para toda a amostra.

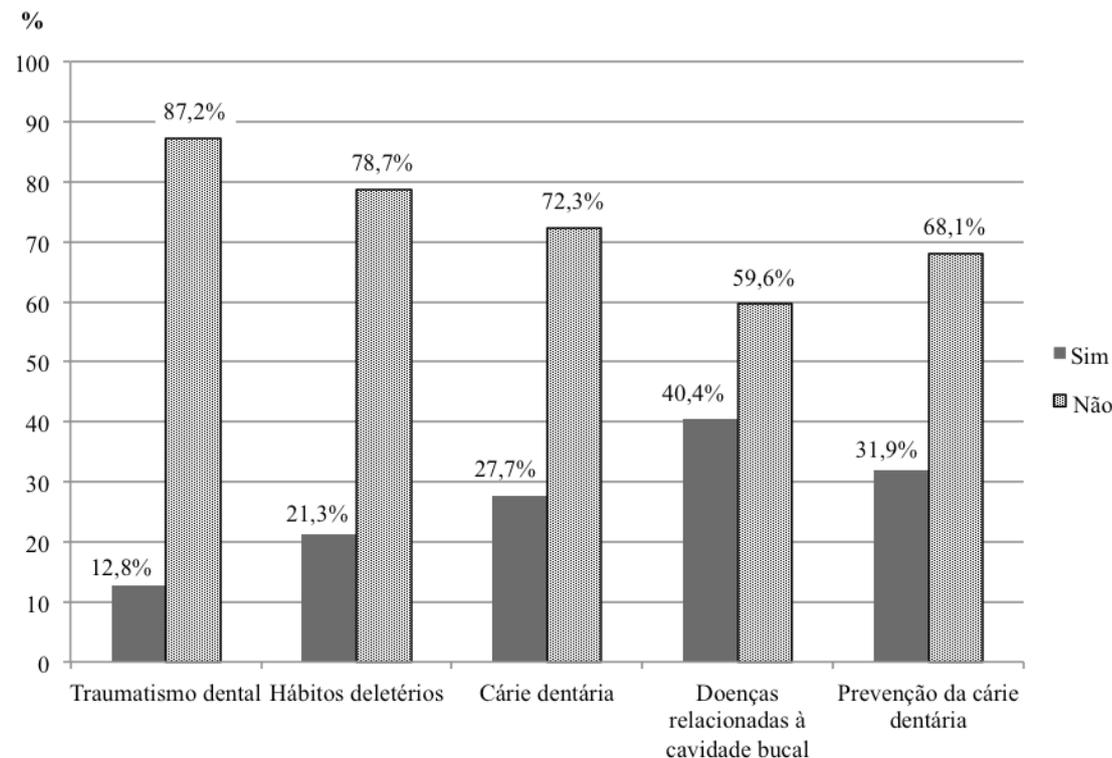
Os participantes foram questionados sobre alguns temas relacionados à Odontologia, com intuito de averiguar se eles foram abordados durante o curso de graduação. Os resultados estão apresentados na Figura 1.

Em uma abordagem livre sobre o conceito de cárie a partir de uma questão aberta, 38,3% (n=18) dos residentes descreveram que é uma doença ou uma lesão dentária causada por bactéria; 23,4% (n=11) uma lesão ou uma cavidade provocada por acúmulo de bactéria devido à má higienização; 17,0% (n=8) uma doença ou lesão ou acometimento dentário provocado por acúmulo de bactérias devido à má higienização e ingestão de açúcar; 14,9% (n=7) consideraram que é uma cavidade ou lesão ou infecção causada por uma substância produzida pelas bactérias após absorverem resíduos alimentares; 4,3% (n=2), uma lesão nos dentes devido à desmineralização, e 2,1% (n=1) não souberam descrever. Um participante também associou a cárie à utilização de medicamentos, e outro citou a questão do pH, cuja queda ocasionaria degradação do esmalte podendo chegar à polpa.

Sobre a variável “cárie dentária considerada doença”, 85,1% (n=40) acreditavam que é uma doença, 8,5% (n=4) não consideraram uma doença e 6,4% (n=3) não souberam responder. Os participantes foram questionados diretamente se a cárie pode ser transmitida da mãe para o bebê; do total, 51,1% (n=24) assinalaram que não pode ser transmitida; 44,7% (n=21), que pode ser transmitida, e 4,3% (n=2) responderam não saber. Quando perguntados sobre a influência de fatores demográficos e socioeconômicos sobre a etiologia da cárie dentária, 95,7% (n=45) acreditavam ter influência e 4,3% (n=2) afirmaram não ter.

No quesito prevenção, 97,9% (n=46) acreditam que programas preventivos à cárie trariam benefícios quanto à prevenção de outras doenças, e 2,1% (n=1) não sabem se teriam benefícios. Com relação ao momento ideal para a primeira consulta odontológica de uma criança, 63,8% (n=30) indicaram ser antes da erupção dos primeiros dentes; 34,0% (n=16) no momento da erupção dos primeiros dentes, e 2,1% (n=1) quando a criança apresentar comportamento satisfatório para permitir o exame em consultório odontológico. Quando questionados sobre a indicação da consulta odontopediátrica realizada por

Figura 1 - Temas relacionados à Odontologia, conforme a frequência de abordagem durante o curso de graduação dos residentes. Vitória/ES, 2018



profissional de sua área, 97,9% (n=46) afirmaram que consideram importante sua indicação, e 2,1% (n=1) acreditam que não.

Sobre dieta na primeira infância, foi abordado se os residentes consideravam que o aleitamento materno em livre demanda pode ocasionar cárie no lactente. Os resultados, conforme opções de resposta, demonstraram que 53,2% dos residentes acreditavam que sim, 34% não acreditavam, e 12,8% não souberam responder.

No que se refere ao uso de mamadeira para adormecer ou durante o sono em crianças de zero a seis anos, os residentes foram perguntados se havia relação com a cárie dentária. Do total, 89,4% (n=42) assinalaram que sim; 8,5% (n=4) não souberam responder, e 2,1% (n=1) indicaram que não há relação.

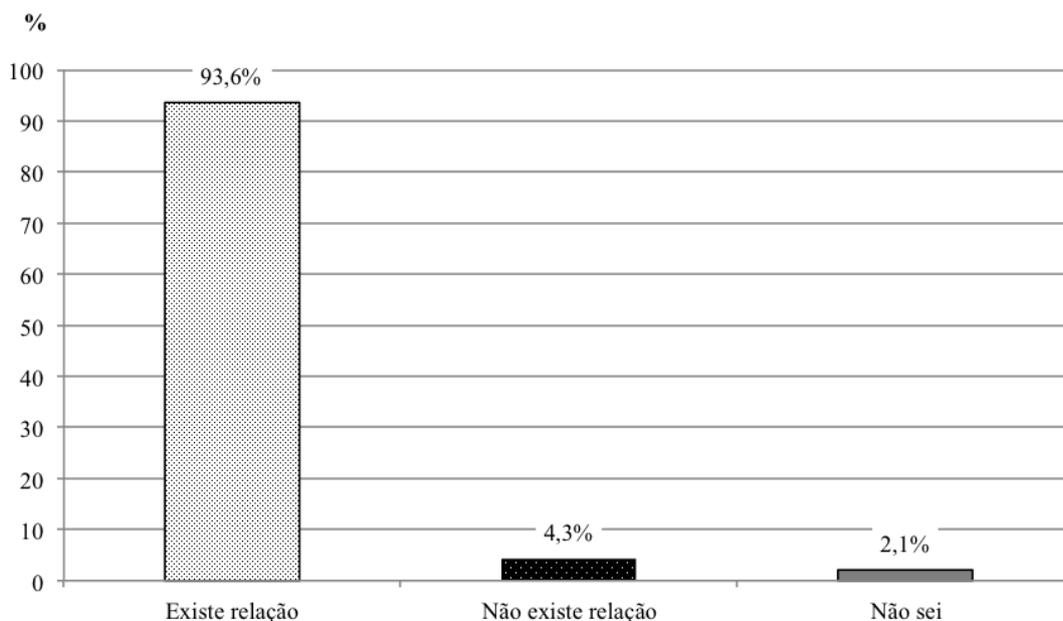
Levando em conta a relação entre ingestão de açúcar e risco de cárie dentária, 78,7% (n=37) afirmaram que todas as alternativas estavam corretas (o risco à cárie será maior se o alimento com açúcar for consumido entre as refeições principais; o risco à cárie será maior se o alimento com açúcar apresentar uma forma física que favoreça a retenção na cavidade bucal por um período prolongado; a sacarose é o mais cariogênico entre os carboidratos e está associada à sua rápida metabolização pelas bactérias); para 17,0%

(n=8) o risco à cárie será maior se o alimento com açúcar apresentar uma forma física que favoreça a retenção na cavidade bucal por um período prolongado; para 2,1% (n=1) a sacarose é o mais cariogênico entre os carboidratos e está associada à sua rápida metabolização pelas bactérias; e 2,1% (n=1) assinalaram que o risco à cárie será maior se o alimento com açúcar apresentar forma física que favoreça a retenção na cavidade bucal e ao fato de a sacarose ser o mais cariogênico entre os carboidratos e estar associada à rápida metabolização pelas bactérias.

Foi perguntado aos residentes se eles acreditavam que a exposição precoce do bebê ao açúcar pode influenciar na preferência por doces no futuro. Os resultados estão representados na Figura 2.

Para 85,1% (n=40), a higiene bucal dos bebês deve começar antes da erupção dos dentes; 12,8% (n=6), após a erupção dos primeiros dentes (aproximadamente aos seis meses), e 2,1% (n=1), a partir do segundo ano de vida (erupção do primeiro molar). Sobre a higienização da cavidade bucal do bebê antes da erupção dos dentes, 91,5% (n=43) acreditavam que deve ser realizada com gaze e água; apenas 6,4% (n=3) sinalizaram que não é necessário higienizar, e 2,1% (n=1) que deve ser realizada utilizando creme dental especial.

Figura 2 - Frequência das respostas dos residentes quanto à relação entre exposição precoce do bebê ao açúcar e sua influência na preferência por doces no futuro. Vitória/ES, 2018



Sobre a época de iniciar o uso do dentífrico fluoretado, 55,3% (n=26) dos residentes indicaram o momento da erupção do primeiro dente; para 25,5% (n=12), aos dois anos de idade (erupção do primeiro molar decíduo); 10,6% (n=5), após os seis anos (erupção do primeiro molar permanente); 4,3% (n=2) antes da erupção dos dentes; e 4,3% (n=2) aos quatro anos (dentes decíduos erupcionados). Quanto à frequência diária de higiene bucal da criança, para 61,7% (n=29) deve ser feita três vezes ao dia; 25,5% (12), mais de três vezes; 8,5% (n=4) duas vezes; e 4,3% (n=2) somente uma vez. As frequências quanto ao horário mais importante para realizar a higiene bucal estão na Figura 3.

Quanto à importância do flúor na prevenção da cárie, 93,6% (n=44) afirmaram que ajuda a fortalecer o dente decíduo e permanente prevenindo sua desmineralização, e 6,4% (n=3), que o flúor só é importante para dentes permanentes. Sobre onde o flúor pode ser encontrado, 83,0% (n=39) responderam a todas as opções (na água de abastecimento público; em produtos encontrados no consultório odontológico; no dentífrico; nos bochechos); 14,9% (n=7) somente nos dentífricos e 2,1% (n=1) na água de abastecimento e no dentífrico. Os resultados quanto à

quantidade ideal de dentífrico com flúor a ser utilizada na escovação dentária das crianças se encontram na Figura 4.

DISCUSSÃO |

A maioria dos residentes neste estudo relatou que não teve contato com temas relacionados à Odontologia durante sua graduação, como traumatismo dental, cárie, doenças bucais, dentre outros. Profissionais que trabalham com o atendimento de crianças são importantes promotores de saúde bucal, porém necessitam adquirir maiores conhecimentos sobre essa temática, o que foi discutido em estudo realizado com estudantes de especialização em Educação Infantil, em que a maioria dos participantes havia recebido instruções de higiene bucal durante sua graduação¹⁴, dados que diferem do presente estudo.

Os programas de residência multiprofissional em saúde constituem uma prática inovadora, um processo de formação que tem como base a articulação entre diferentes profissões da área da saúde, buscando um saber coletivo, ao qual se somam as contribuições dos diferentes núcleos

Figura 3 - Frequência das respostas dos residentes sobre o horário mais importante para realização da higiene bucal da criança. Vitória/ES, 2018

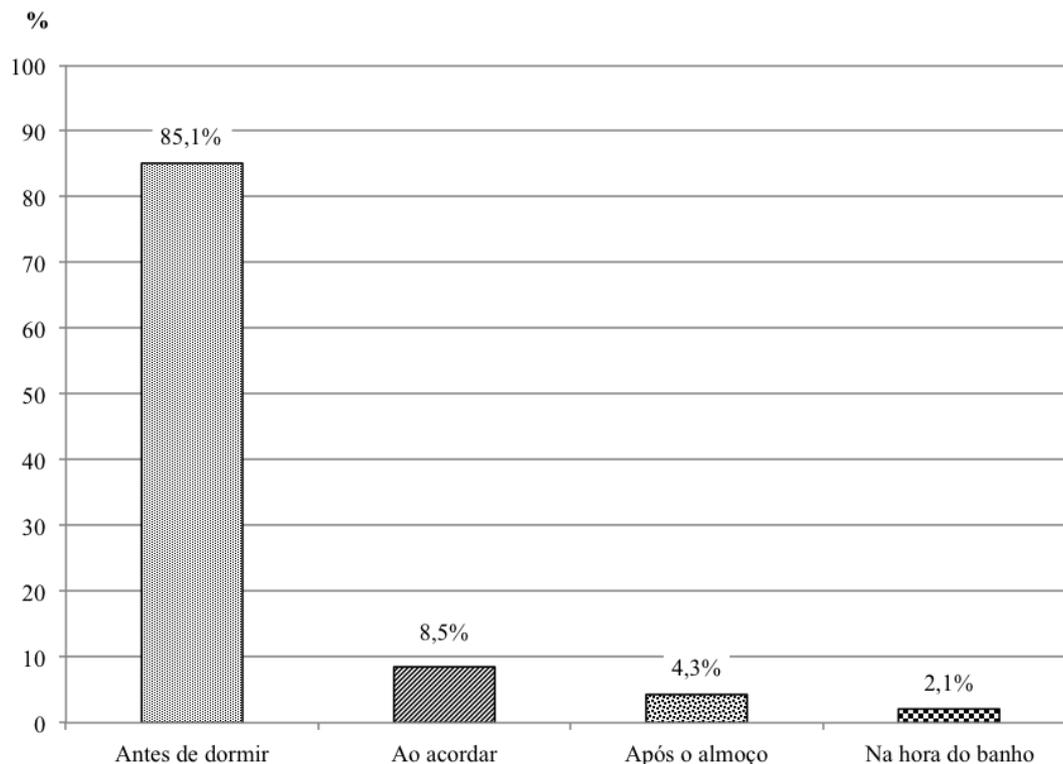
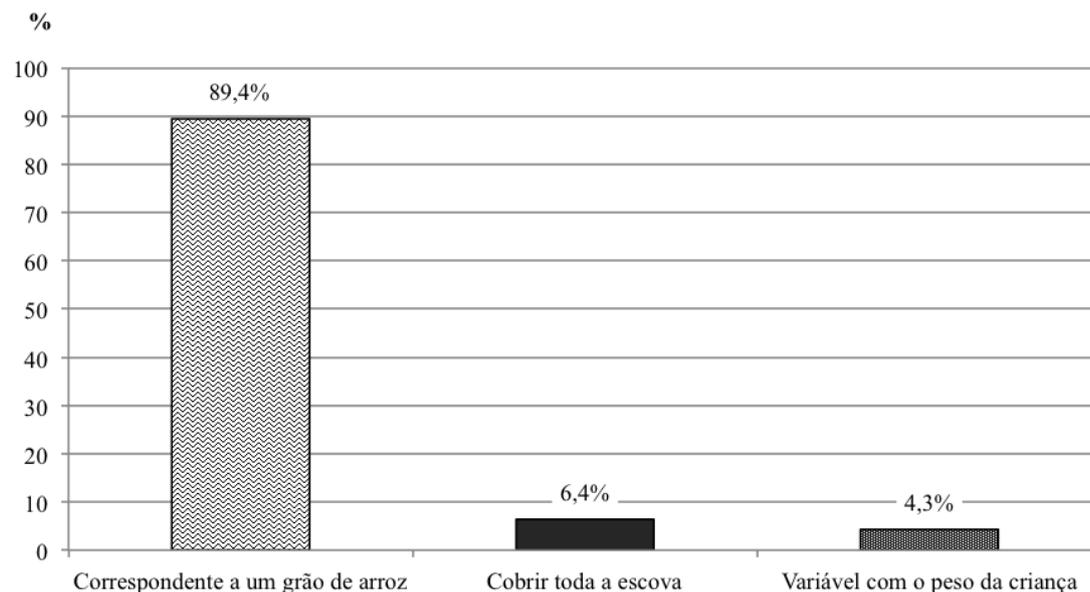


Figura 4 - Frequência de respostas dos residentes relacionada à quantidade de dentífrico fluoretado a ser utilizada na escovação dentária. Vitória/ES, 2018



profissionais¹¹. Por ser um programa relativamente novo no Brasil¹⁰, não foram encontrados trabalhos que envolvessem a avaliação do conhecimento sobre saúde bucal por integrantes de residência multiprofissional. Assim, para efeito de comparação com o presente trabalho, foram utilizados estudos semelhantes com profissionais de forma geral.

Na seção do Questionário sobre cárie na primeira infância, quando os participantes foram perguntados se consideravam cárie uma doença, a maioria afirmou que sim, corroborando achados de outros autores em estudo realizado com médicos e enfermeiros do programa Saúde da Família¹³. Vale reafirmar que a cárie na primeira infância, antigamente denominada cárie de mamadeira e cárie precoce da infância, é uma doença que tem como característica a presença de uma ou mais superfícies afetadas em qualquer dente decíduo de uma criança com menos de seis anos de idade^{1,6}.

Em uma abordagem livre sobre o conceito de cárie dentária, a maioria dos residentes descreveu que é uma doença ou uma lesão dentária causada por bactéria e/ou associada à má higienização; uma porcentagem menor associou também à ingestão de açúcar. Entretanto, o conceito contemporâneo de cárie a descreve como uma doença biofilme-açúcar dependente, resultante do metabolismo dos carboidratos pelos membros da microflora oral,

ressaltando a importância do açúcar na etiologia da cárie, bem como o consumo de amido na forma de bolos e biscoitos, que são mais retentivos aos dentes²¹.

Quanto à transmissibilidade da cárie, os achados neste estudo demonstraram que a maioria dos residentes acreditam que a cárie não pode ser transmitida, concordando com estudo realizado com médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade, no qual 53,1% consideraram que a cárie não pode ser transmitida da mãe para o filho¹⁶. Ressalta-se, todavia, que uma porcentagem expressiva de residentes acredita na transmissibilidade vertical da cárie. O que pode ser transmitido é a microbiota cariogênica²², entretanto sua presença não leva necessariamente ao aparecimento da doença²¹, uma vez que são microorganismos que fazem parte da microbiota residente. Para o desenvolvimento da cárie, a dieta ocupa uma posição central, em especial quando ocorre o consumo diário e frequente e/ou excessivo de carboidratos^{21,23}, enquanto aspectos biológicos, comportamentais e psicossociais relacionados ao meio do indivíduo atuam como fatores modificadores¹.

Com relação à influência de fatores demográficos e econômicos sobre a cárie dentária, os residentes do presente estudo relataram que existe uma relação positiva. Tem sido demonstrado na literatura que, além dos fatores biológicos, como a colonização por bactérias cariogênicas, estão diretamente ligados a uma maior chance

de desenvolver a doença cárie na primeira infância os fatores socioeconômicos e demográficos, além de questões individuais, comportamentais e hábitos maternos que colocam a criança em risco para o desenvolvimento da doença²⁴.

Foi constatado nesta pesquisa que os residentes consideraram que programas preventivos à cárie trariam benefícios potenciais na prevenção de outras doenças. Nesse sentido, deve ser enfatizado que a saúde bucal faz parte da saúde geral, além de ser um fator determinante para a qualidade de vida²⁴. Tanto a cárie quanto a doença periodontal são fatores de risco para o agravamento de doenças crônicas, tais como cardiopatias e diabetes *mellitus*²⁵.

Quando questionados sobre o momento ideal para a primeira consulta odontológica, os participantes indicaram o período antes da erupção dos primeiros dentes, concordando com outros autores que já abordaram esse tema^{13,16}. Sobre a indicação de a consulta odontopediátrica ser realizada por profissional da área de graduação do participante da pesquisa, a maioria considerou importante sua recomendação, corroborando o trabalho de outros autores¹⁵. Entre outros aspectos, a participação de profissionais de forma ativa, constante e interdisciplinar é primordial para sensibilização e motivação dos responsáveis pela criança no enfrentamento precoce da cárie e seus benefícios relacionados à qualidade de vida²⁶.

Quanto à possibilidade de o aleitamento materno em livre demanda ocasionar cárie, os participantes do estudo afirmaram que existe essa associação, bem como o uso de mamadeira durante o sono. Esse resultado está em consonância com a literatura, a qual tem demonstrado que a alimentação prolongada e noturna causa deposição de alimentos nos dentes, onde as bactérias que provocam a doença cárie irão aderir e ocasionar os efeitos indesejáveis^{3,6}, embora a influência do aleitamento materno como fator de risco à cárie pode tanto apresentar uma associação positiva, quanto ser considerado um fator protetor⁵. A *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) indica que o uso de mamadeira seja suspenso após doze a dezoito meses de idade²⁷.

Relacionando a ingestão de açúcar e cárie, a maioria dos participantes afirmou que o risco à cárie será maior se o alimento com açúcar for consumido entre as refeições principais, se o alimento com açúcar apresentar forma física que favoreça a retenção na cavidade bucal por período

prolongado, e que a sacarose é o mais cariogênico entre os carboidratos e está associada à sua rápida metabolização pelas bactérias. De fato, a cárie está diretamente relacionada à introdução dos carboidratos refinados na dieta, principalmente a sacarose, que é o dissacarídeo mais cariogênico²³. Hábitos alimentares inadequados levam à maior prevalência da cárie, sendo tanto a quantidade de sacarose quanto a frequência de ingestão importantes fatores envolvidos na etiologia da doença²⁸, especialmente se for consumido entre as refeições².

Os residentes consideraram que existe relação entre a exposição precoce do bebê ao açúcar e sua preferência por doces no futuro. A alimentação das crianças é influenciada pela família, mídia e escola, de forma que a prevenção da cárie na primeira infância inclui melhorar o conhecimento de pais/cuidadores para limitar o consumo infantil de açúcares livres em bebidas e alimentos¹.

A maioria dos participantes respondeu que a higiene bucal do bebê deve começar antes da erupção dos dentes, e ser realizada com gaze e água. Embora não exista evidência científica, resultados semelhantes foram encontrados na literatura^{16,17}. Vale ressaltar que a recomendação para iniciar a higienização bucal do bebê é no momento da erupção do primeiro dente²⁷.

Antes de dormir foi considerado pelos participantes como o horário mais importante para realizar a higiene bucal da criança. Tal resultado corrobora o estudo científico na área odontológica, o qual tem confirmado que a saliva protege os dentes naturalmente, porém, na hora de dormir, a produção de saliva diminui, sendo esse o momento em que higiene bucal é mais necessária²⁹.

É de suma importância a realização da higiene bucal regular para proporcionar a saúde de dentes e gengivas, mantendo livre do biofilme dental, cálculo, cárie e infecções. O uso racional de fluoreto vem sendo considerado eficaz e seguro na prevenção e controle da doença cárie, sendo um importante aliado na prevenção quando corretamente aplicado, independentemente da forma como se dá o contato tópico². Quando os participantes foram questionados sobre o dentífrico fluoretado, a maioria afirmou que seu uso deve ser iniciado após a erupção do primeiro dente decíduo, concordando com outros autores¹⁶. Porém, em um trabalho com pediatras, esses profissionais recomendaram a utilização de dentífrico sem flúor¹⁷. Neste ponto, é válido salientar que as crianças que

fazem uso de dentifrício fluoretado possuem prevalência de cárie mais baixa, considerando que a escovação com esse tipo de dentifrício tem desempenhado fundamental papel no declínio de cárie, pois o íon flúor se precipita frente ao desafio cariogênico, não permitindo a desmineralização das estruturas dentais². Para ter efeito preventivo, concentração inicial de fluoreto nos dentifrícios deve ser de, no mínimo, 1.000 ppm, e no máximo, 1.500 ppm³⁰.

A importância do flúor na prevenção da cárie se mostrou evidente no atual estudo, onde se constatou que os residentes acreditam que ele ajuda a fortalecer os dentes decíduos e permanentes, prevenindo sua desmineralização, corroborando outro estudo, em que a maioria respondeu sobre a importância do flúor para evitar a cárie¹³. Os residentes responderam que o flúor pode ser encontrado na água de abastecimento público, produtos odontológicos, dentifrícios e bochechos. Considerando a etiologia multifatorial do processo saúde-doença cárie, é possível a influência de outras variáveis, como a presença de flúor⁸. O uso do flúor sob a forma de fluoreto é o principal fator de proteção no controle da cárie, sendo mais utilizado na água de abastecimento e nos dentifrícios fluoretados, além de soluções para bochechos, de géis e de materiais odontológicos³⁰.

Considerando a quantidade de dentifrício com flúor a ser utilizada na escovação dentária das crianças na primeira infância, os residentes indicaram a quantidade correspondente a um grão de arroz. De fato, quantidade recomendada de dentifrício fluoretado a ser utilizada nessa fase da infância é não mais do que um esfregão ou tamanho de um grão de arroz ou 0,01g^{27,29}. Essa orientação sobre a pequena quantidade de dentifrício fluoretado a ser utilizada pela criança constitui um processo educativo de conscientização dos pais, para evitar a fluorose dental e garantir o benefício anticárie do fluoreto. Assim, deve-se regular a quantidade, para que haja o máximo de benefício e mínimo de risco para toxicidade aguda e/ou crônica.

Deve ser ressaltado que os participantes deste estudo, como residentes de um programa multiprofissional, apesar de não terem tido os temas de saúde bucal abordados durante a graduação, interagiram com os cirurgiões-dentistas durante o treinamento em serviço, de forma que apresentaram um bom conhecimento na maioria dos itens. No programa da residência multiprofissional, uma aula com a participação de professores de Odontopediatria sobre cárie e prevenção foi ministrada para os residentes não cirurgiões-dentistas, após a coleta dos dados do presente

estudo. Em alguns itens, houve diferença das respostas em relação ao conhecimento científico, recomendando-se a inclusão nos programas de residência de uma abordagem adequada quanto ao conceito de cárie, à relação do aleitamento materno como fator etiológico de cárie, à higiene bucal e à utilização de dentifrício fluoretado a partir da erupção dos primeiros dentes, visando à formação de profissionais comprometidos com a promoção de saúde bucal, considerando a visão holística do paciente.

O cirurgião-dentista é o principal profissional responsável pelo diagnóstico de agravos à saúde bucal, bem como a realização de medidas de prevenção. Entretanto, nem sempre as crianças são levadas à consulta odontológica em tenra idade, sendo necessário que profissionais de diversas áreas possuam conhecimentos básicos de saúde bucal, a fim de realizarem algumas orientações de prevenção, bem como estarem preparados a encaminhar o paciente sempre que necessário. Apesar dos avanços, ainda existe certa fragilidade no conhecimento sobre saúde bucal na primeira infância, o que torna importante a capacitação de outras profissões, para que o trabalho se torne mais integrado, com troca efetiva de saberes e práticas¹³. Portanto, este estudo apresenta como sugestão que, além do cirurgião-dentista, os demais profissionais componentes de uma equipe multiprofissional possuam conhecimentos básicos sobre cárie dentária e sua prevenção, a fim de orientar e encaminhar para o tratamento odontológico, facilitando dessa forma o cuidado integral ao paciente.

Este estudo apresentou um panorama dos conhecimentos de residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde da criança e do adolescente, entretanto apresenta algumas limitações que são inerentes a estudos transversais, como a coleta de dados em um único momento. Além disso, foi realizado somente com residentes de um único programa de residência multiprofissional, o que limita a generalização dos resultados.

CONCLUSÃO |

Pode-se concluir que o conhecimento dos residentes não cirurgiões-dentistas de um programa de residência multiprofissional em saúde da criança e do adolescente a respeito da cárie dentária, dieta, higiene bucal e flúor na primeira infância foi considerado como satisfatório. Apresentaram diferenças pontuais em relação ao

conhecimento científico vigente quanto ao conceito de cárie, à interferência do aleitamento materno como fator etiológico de cárie na primeira infância, à higiene bucal e à utilização de dentífrico fluoretado a partir da erupção dos primeiros dentes.

REFERÊNCIAS |

- Pitts N, Baez R, Diaz-Guallory C, et al. Early childhood caries: IAPD Bangkok declaration. *Int J Paediatr Dent.* 2019; 29:384-6.
- Silva MGB, Catão MHCV, Andrade FJP, Alencar CRB. Cárie precoce da infância: fatores de risco associados. *Arch Health Invest.* 2017; 6(12):574-9.
- Jain M, Namdev R, Bodh M, Dutta S, Singhal P, Kumar A. Social and behavioral determinants for early childhood caries among preschool children in India. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2015; 92(2):115-20.
- Feldens CA, Rodrigues PH, Anastácio G, Vítolo MR, Chafee BW. Feeding frequency in infancy and dental caries in childhood: a prospective cohort study. *Int Dental J.* 2018; 68(2):113-21.
- Ribeiro IM, Gomes APM, Gomes AMM, Sarmento LC, Dadalto ECV. Feeding practices of potential risk to dental caries in early childhood and its relationship with sociodemographic variables and prematurity. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr.* 2019; 19:e4511.
- Silva PDC, Giffoni TCR, Matsuura E, Franzin LCS, Progiante PS, Goya S. Cárie precoce da infância, qualidade de vida e tratamento: revisão de literatura. *Uningá Rev.* 2015; 24(3):86-9.
- Marín C, Bottan ER, Maçaneiro CAR. Visão de profissionais da saúde sobre a inserção do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar. *Rev Pesq Saúde.* 2015; 16(1):24-8.
- Cabral MBBS, Mota ELA, Cangussu MCT, Vianna MIP. Situação de saúde bucal de crianças na primeira infância em creches de Salvador, Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública* 2017; 41(3):595-613.
- Silva LB. Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Rev Katálysis.* 2018; 21(1):200-9.
- Brasil. Resolução nº. 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União 16 abr 2012 [acesso em 13 nov 2018]. Disponível em: URL: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&category_slug=marco-2014-pdf&Itemid=30192.
- Salvador AS, Medeiros CS, Cavalcanti PB, Carvalho RN. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. *R Bras Ci Saúde.* 2011; 15(3):329-38.
- Mattevi GS, Figueiredo DR, Patrício ZM, Rath IBS. A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(10):4229-36.
- Andrade PHA, Oliveira Júnior JK, Penha ES, Almeida MSC, Costa CHM. Conhecimento de médicos e enfermeiros sobre saúde bucal na primeira infância. *R Bras Ci Saúde.* 2016; 20(2):133-40.
- Brant MO, Carcavalli L, Auad SM, Paiva SM, Pordeus IA, Serra-Negra JM. The perception of graduate students in early childhood education regarding the oral habits of preschoolers. *Arq Odontol.* 2016; 52(1):6-12.
- Czarnecki GA, Kloostera SJ, Boynton JR, Inglehart MP. Nursing and dental students' and pediatric dentistry residents' responses to experiences with interprofessional education. *J Dental Educ.* 2014; 78(9):1301-12.
- Oliveira IMB, Almeida MEL, Menezes LMB, Teixeira AKM. Saúde bucal na primeira infância: conhecimentos e práticas de médicos residentes em saúde da família. *SANARE.* 2010; 9(2):73-80.
- Silva CSDV, Benedetto MS, Bonini GAVC, Imparato JCP, Politano GT. Conhecimento de pediatras sobre saúde bucal em Belo Horizonte: o que realmente é preciso saber? *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2014; 68(2):126-31.

18. Universidade Federal do Espírito Santo. Regimento interno do programa de residência multiprofissional em saúde e em área profissional da saúde da Universidade Federal do Espírito Santo e órgãos associados [Internet]. Vitória: UFES; 2015 [acesso em 13 nov 2018]. Disponível em: URL: http://www.residenciamultiprofissional.ufes.br/sites/residenciamultiprofissional.ufes.br/files/field/anexo/regim_interno_coremu_21ago15.pdf.
19. Brasil. Lei nº. 13.257, de 08 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012. Diário Oficial da União 09 mar 2016.
20. Field A. Descobrimo a estatística usando o SPSS. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 606-39.
21. Bradshaw DJ, Lync RJM. Diet and the microbial aetiology of dental caries: new paradigms. *Int Dental J.* 2013; 63(Supl. 2):64-72.
22. Queiroz FS, Costa LED, Santos KLS, Simões TMS, Silva PV. Cárie dentária e fatores associados em crianças de 5 anos de idade no município de Patos-PB. *Arch Health Invest.* 2018; 7(5):190-4.
23. Feijó IS, Iwasaki KMK. Cárie e dieta alimentar. *Uningá Rev.* 2014; 19(3):44-50.
24. Souza SA, Zajkowski LA, Moraes R, Queiroz Y, Vieira T, Hartwig AD. A cárie é uma doença transmissível? Fatores maternos e da criança relacionados com o desenvolvimento da cárie na primeira infância. *Arquivo Bras Odontol.* 2014; 10(2):1-8.
25. Acosta de Camargo MG, Giunta Crescente C, Gamarra Arévalo Y. Prevención de la endocarditis infecciosa en niños y adolescentes con cardiopatías congénitas: revisión de la literatura. *Rev Odontopediatría Latino-Am.* 2018; 8(2):194-204.
26. Lopes TR, Almeida AB, Moreira RO, Carvalho AAH, Garcia FM, Rocha CM, et al. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária a infância: uma experiência interdisciplinar no PET Saúde-UFJF. *Rev APS.* 2015; 18(1):30-8.
27. American Academy of Pediatric Dentistry; American Academy of Pediatrics. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Ref Manual.* 2016; 40(6):18-9.
28. Biral AM, Taddei JAAC, Passoni DF, Palma D. Cárie dentária e práticas alimentares entre crianças de creches do município de São Paulo. *Rev Nutr.* 2013; 26(1):37-48.
29. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de saúde oral materno-infantil [Internet]. [S.l.]: SBP; [s.d.] [acesso em]. Disponível em: URL: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Guia-de-Saude_Oral-Materno-Infantil.pdf.
30. Leal SD, Carvalho FS, Carvalho CAP. Conhecimento de alunos do Curso de Odontologia sobre o uso racional do flúor. *Rev Odontol UNESP.* 2014; 44(1):51-8.

Correspondência para/Reprint request to:

Ana Paula Martins Gomes

Av. Nossa Senhora da Penha, 714,

Ed. RS Trade Tower, sls. 918/919,

Praia do Canto, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29045-410

E-mail: anapaulamgomes@hotmail.com

Recebido em: 24/03/2020

Aceito em: 27/08/2020