

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia

Yasmim Ferreira Carvalho

**CONHECIMENTO DOS PAIS EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS COM A
SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS**

Belo Horizonte
2025

Yasmim Ferreira Carvalho

CONHECIMENTO DOS PAIS EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS COM A SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Odontopediatria.

Orientadora: Prof^ª. Izabella Barbosa Fernandes

Belo Horizonte
2025

Ficha Catalográfica

C331 Carvalho, Yasmim Ferreira.
2025 Conhecimento dos pais em relação aos cuidados com a
MP saúde bucal de crianças / Yasmim Ferreira Carvalho. -- 2025.

50 f. : il.

Orientadora: Izabella Barbosa Fernandes.

Monografia (Especialização) -- Universidade Federal de
Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Saúde bucal. 2. Higiene bucal. 3. Cuidado da criança.
4. Dente decíduo. 5. Acesso à informação. I. Fernandes,
Izabella Barbosa. II. Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Odontologia. III. Título.

BLACK - D51



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ODONTO - COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata da Comissão Examinadora para julgamento de Monografia da aluna **YASMIM FERREIRA CARVALHO**, do Curso de Especialização em ODONTOPEDIATRIA, realizado no período de 07/08/2023 a 13/06/2025.

Aos 12 dias do mês de junho de 2025, às 08:30 horas, na sala de Pós-Graduação (na sala 3412) da Faculdade de Odontologia, reuniu-se a Comissão Examinadora, composta pelos professores Profa. Dra. Izabella Barbosa Fernandes (orientador), Profa. Dra. Jessica Madeira Bittencourt e Profa. Dra. Letícia Fernanda Moreira dos Santos. Em sessão pública foram iniciados os trabalhos relativos à Apresentação da Monografia intitulada “**Conhecimento dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal de crianças**”. Terminadas as arguições, passou-se à apuração final. A nota obtida pela aluna foi 98,4 pontos, e a Comissão Examinadora decidiu pela sua **APROVAÇÃO**. Para constar, eu, Profa. Dra. Izabella Barbosa Fernandes, Presidente da Comissão, lavrei a presente ata que assino, juntamente com os outros membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 12 de junho de 2025.

Assinatura dos membros da banca examinadora:

Profa. Dra. Izabella Barbosa Fernandes - Orientadora

Profa. Jessica Madeira Bittencourt

Profa. Letícia Fernanda Moreira dos Santos



Documento assinado eletronicamente por **Izabella Barbosa Fernandes, Professora do Magistério Superior**, em 17/06/2025, às 16:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jéssica Madeira Bittencourt, Usuária Externa**, em 24/06/2025, às 19:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Letícia Fernanda Moreira dos Santos, Usuária Externa**, em 25/06/2025, às 06:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 4217276 e o código CRC 6D00B955.

RESUMO

Crianças são dependentes de seus pais, portanto, é de grande importância investigar o conhecimento desses sobre hábitos que impactam o bem-estar de suas infantil. O objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal de crianças. Foi desenvolvido um estudo transversal na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, com pais que estiveram acompanhando seus filhos nas salas de espera das Clínicas de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FAO/UFMG). Foram incluídos na pesquisa 193 pais de crianças de 1 a 12 anos de idade. Pesquisadores treinados aplicaram um formulário em formato de entrevista desenvolvido para a pesquisa que abordou questões relativas a dados demográficos e socioeconômicos, ao contexto familiar, à saúde da criança e dos pais, às fontes que os pais procuravam informações sobre saúde e ao conhecimento deles sobre os cuidados com a saúde bucal de suas crianças. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (número de protocolo: 6.803.253). Todos os responsáveis assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando com sua participação e de seu filho no estudo. A análise estatística foi realizada por meio do SPSS 25 e contou com análises descritivas, análises bivariadas e análise multivariada. A maioria dos participantes era do sexo feminino (76,2%) e possuíam ensino médio (54,9%). A média do escore total de conhecimento foi de 3,60 (DP= 0,97) e apenas 18,1% dos participantes acertou todas as questões. A questão com mais acertos foi sobre a necessidade de tratar dentes decíduos (96,4%), e a com mais erros tratou do uso do creme dental fluoretado (55,4% de acerto). Foram associados a maiores escores de conhecimento: pertencer às raças branca/amarela/indígena (RP: 1,09; IC 95% 1,01-1,18; p=0,033); o sexo feminino (RP=1,10; IC 95% 1,01-1,22; p=0,041) e a idade entre 22 e 38 anos (RP=1,12; IC 95% 1,04-1,20; p=0,003). Pais que não levaram o filho ao dentista antes do nascimento do primeiro dente decíduo (RP: 0,86; IC 95% 0,80-0,94; p<0,001) tiveram menores escores de conhecimento. O conhecimento dos pais sobre cuidados com a saúde bucal infantil foi alto e esteve associado a características sociodemográficas e acesso à saúde bucal precoce.

Palavras-chave: criança; epidemiologia; saúde bucal; dente decíduo; acesso à informação de saúde.

ABSTRACT

Parents' knowledge about children's oral health care

Children are dependent on their parents, so it is very important to investigate their knowledge about habits that impact their children's well-being. The objective of this study was to evaluate parents' knowledge about oral health care for children. A cross-sectional study was conducted in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais, with parents who were accompanying their children in the waiting rooms of the Pediatric Dentistry Clinics of the School of Dentistry of the Federal University of Minas Gerais (FAO/UFGM). A total of 193 parents of children aged 1 to 12 years were included in the study. Trained researchers administered an interview form developed for the study that addressed questions related to demographic and socioeconomic data, family context, child and parent health, sources from which parents sought health information, and their knowledge about oral health care for their children. The study was submitted to and approved by the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais (UFGM) (protocol number: 6.803.253). All guardians signed an Informed Consent Form (ICF) agreeing to their participation and that of their child in the study. Statistical analysis was performed using SPSS 25 and included descriptive, bivariate, and multivariate analyses. Most participants were female (76.2%) and had completed high school (54.9%). The mean total knowledge score was 3.60 (SD = 0.97), and only 18.1% of participants answered all questions correctly. The question with the most correct answers was about the need to treat deciduous teeth (96.4%), and the one with the most incorrect answers was about the use of fluoridated toothpaste (55.4% correct). The following were associated with higher knowledge scores: belonging to the white/yellow/indigenous races (PR: 1.09; 95% CI 1.01-1.18; $p=0.033$); female gender (PR=1.10; 95% CI 1.01-1.22; $p=0.041$) and age between 22 and 38 years (PR=1.12; 95% CI 1.04-1.20; $p=0.003$). Parents who did not take their child to the dentist before the first deciduous tooth appeared (PR: 0.86; 95% CI 0.80-0.94; $p<0.001$) had lower knowledge scores. Parents' knowledge about child oral health care was high and was associated with sociodemographic characteristics and access to early oral health care.

Keywords: child; epidemiology; oral health; deciduous tooth; access to health information.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma do número de participantes	18
Tabela 1 – Análise descritiva das variáveis demográficas, socioeconômicas, familiares e de saúde, e fontes de informações buscadas pelos pais	18
Tabela 2 – Distribuição dos resultados das questões de conhecimento aplicadas aos responsáveis	20
Tabela 3 – Distribuição dos escores de conhecimento em saúde bucal e regressão de Poisson hierárquica não ajustada e ajustada para avaliar a associação entre as variáveis independentes e o escore total da escala de conhecimento em saúde bucal.....	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo Geral	12
3.2 Objetivos Específicos.....	12
4 METODOLOGIA	13
4.1 Considerações Éticas.....	13
4.2 Desenho e População do Estudo.....	13
4.3 Estudo Piloto	13
4.4 Cálculo do Tamanho da Amostra.....	14
4.5 Treinamento da Equipe.....	14
4.6 Coleta de Dados.....	14
4.7 Elenco de Variáveis.....	15
4.8 Análise Estatística.....	16
5 RESULTADOS	17
6 DISCUSSÃO	25
7 CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE DADOS.....	35
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	38
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	41
ANEXO 2 - STROBE STATEMENT - CHECKLIST OF ITEMS THAT SHOULD BE INCLUDED IN REPORTS OF CROSS-SECTIONAL STUDIES.....	47

1 INTRODUÇÃO

As doenças bucais são altamente prevalentes no mundo, representando um sério desafio de saúde pública para os formuladores de políticas (Vos *et al.*, 2020). Distúrbios orais, incluindo cárie dentária, periodontite e edentulismo estão dentre as doenças mais prevalentes da humanidade, afetando mais de 44,5% da população global em 2019 (Vos *et al.*, 2020). Estima-se que a cárie dentária não tratada nos dentes decíduos afete 13,5 milhões de crianças, e a cárie dentária não tratada nos dentes permanentes afete mais de 52 milhões de pessoas (Hugo, 2022).

Considerada como uma das doenças mais comuns entre as crianças (OMS, 2022), a cárie na primeira infância (CPI) pode causar impactos como dor, infecção, dias perdidos na escola, prejuízos no sono e alterações nos padrões alimentares. Além disso, consequências como distúrbios no crescimento e desenvolvimento físico da criança, diminuição da produtividade no trabalho dos responsáveis e um impacto financeiro na família podem ocorrer (Borges *et al.*, 2017; Zaror *et al.*, 2018; Nora *et al.*, 2018; Zaror *et al.*, 2022).

Embora existam revisões sistemáticas com foco em métodos de prevenção e tratamento da CPI (Ammari; Baqain; Ashley, 2007; Carvalho *et al.*, 2010; Novaes *et al.*, 2017; Walsh *et al.*, 2019; Soares *et al.*, 2021), falhas na prevenção e promoção em saúde, além do tratamento adequado ainda são recorrentes em vários países (Marcenes *et al.*, 2023), e a cárie dentária na infância continua sendo um desafio de saúde pública (Phantumvanit *et al.*, 2018).

O conhecimento atual sobre a cárie dentária nos permite adotar abordagens preventivas e conservadoras que controlam o início e a progressão da doença em uma perspectiva de curso de vida (Wen *et al.*, 2020). Essas abordagens envolvem a educação em saúde que pode se dar através da assistência pré-natal odontológica, consultas odontológicas preventivas nos primeiros anos de vida, abordagens coletivas de promoção de saúde e da integração do cirurgião dentista com outros profissionais de saúde (Soares *et al.*, 2021; Abou *et al.*, 2016; Xiao *et al.*, 2019). Essas estratégias visam tornar a família autônoma nos cuidados com a saúde bucal das suas crianças e são promissoras formas de prevenção (Soares *et al.*, 2021; Abou *et al.*, 2016; Xiao *et al.*,

2019). Dentre outros tópicos, nessas abordagens, algumas medidas são indispensáveis para prevenção de CPI não tratadas, como a escovação diária com creme dental com flúor após a erupção do primeiro dente (Twetman; Dhar, 2015), limitação no consumo de açúcar (Moynihan; Kelly, 2014; Bernabé *et al.*, 2016) e visitas regulares ao dentista (Opydo-Szymaczek *et al.*, 2021).

Apesar da eficácia dos métodos citados acima na prevenção e promoção de saúde bucal e tendo em vista que as maiores entidades em saúde bucal do mundo são enfáticas em suas orientações sobre os cuidados bucais na primeira infância, é importante compreender se essas informações de fato têm chegado ao conhecimento dos pais/responsáveis, que são os protagonistas nos cuidados diários de suas crianças. Além de entender os fatores que interferem nesse conhecimento.

Considerando o efeito da saúde bucal sobre a saúde geral e bem-estar dos indivíduos a curto e longo prazo, a prevenção e tratamento precoce das doenças bucais na infância devem ser uma prioridade para a odontologia. Assim, esta pesquisa pode fornecer informações importantes para identificar falhas e áreas que requerem atenção, com o intuito de nortear o desenvolvimento de programas educacionais, diretrizes e intervenções direcionadas a práticas saudáveis de saúde bucal, entre os responsáveis, melhorando, conseqüentemente, o desenvolvimento e qualidade de vida das crianças. Este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal dos seus filhos, assim como os fatores que interferem nesse conhecimento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Uma saúde bucal de qualidade é um componente integral de uma boa saúde geral e não pode ser tratada de maneira isolada (Kumar *et al.*, 2019). Sabe-se que a família desempenha um papel fundamental nos aspectos sociais, psicológicos e físicos da saúde da criança (Kumar *et al.*, 2019), uma vez que são os principais cuidadores e tomadores de decisão (Azenêdo *et al.*, 2023).

O Letramento em Saúde Bucal (LSB) é definido como “o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde bucal e os serviços necessários para tomar decisões de saúde apropriadas” (Institute Of Medicine, 2004). Embora exista uma crescente conscientização em relação a saúde oral das crianças, muitos pais não conseguem colocar em prática na rotina diária dos seus filhos hábitos positivos de saúde oral, muitas vezes devido à falta de conhecimento e/ou compreensão (Kaushik; Sood, 2019). Porém, considerando que as crianças dependem dos seus pais para terem acesso aos cuidados de saúde, uma baixa LSB dos mesmos tem impactos negativos prejudiciais sobre a saúde oral das crianças (Khodadadi *et al.*, 2016; Miller *et al.*, 2010; Vann *et al.*, 2010). Dessa forma, a família se torna essencial na aprendizagem e estabelecimento de bons hábitos que irão determinar a qualidade da sua saúde oral (Vallés *et al.*, 2022).

Estudos anteriores revelaram que um LSB deficiente está associado a uma maior atividade de cárie dentária (Khodadadi *et al.*, 2016; Moriyama *et al.*, 2022). Assim, compreender os conhecimentos e práticas dos pais é um fator determinante no avanço de programas de intervenção destinados a prevenção e gestão da saúde oral infantil (Moriyama *et al.*, 2014).

A Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) afirma que a educação preventiva e os cuidados dentários são fundamentais para evitar doenças bucais e consequentemente garantir uma saúde bucal infantil de qualidade (AAPD, 2014). A alta prevalência de cárie em uma população infantil tão jovem, indica a extrema necessidade de dirigir programas de promoção e prevenção às crianças muito antes de atingirem a idade escolar (Uribe; Innes; Maldupa, 2021). O que se torna possível devido ao conhecimento atual sobre a CPI, que nos permite adotar abordagens preventivas e

conservadoras que controlam o início e a progressão da doença em uma perspectiva de curso de vida (Wen *et al.*, 2020).

Entre as abordagens de educação em saúde que propiciam aos pais orientações e informações de prevenção em saúde, está a assistência pré-natal odontológica, consultas odontológicas preventivas nos primeiros anos de vida, abordagens coletivas de promoção de saúde e a integração do cirurgião-dentista com outros profissionais de saúde (Abou *et al.*, 2016; Xiao *et al.*, 2019; Soares *et al.*, 2021). Essas estratégias visam tornar a família autônoma nos cuidados com a saúde bucal das suas crianças e são promissoras formas de prevenção (Abou *et al.*, 2016; Xiao *et al.*, 2019; Soares *et al.*, 2021).

Compreender a etiologia multifatorial e complexa da CPI é fundamental no desenvolvimento de estratégias de prevenção eficientes (Ilisulu; Birant; Özcan, 2024). Assim, algumas medidas são indispensáveis, como a escovação diária com creme dental com flúor após a erupção do primeiro dente (Twetman; Dhar, 2015), a limitação no consumo de açúcar (Moynihan; Kelly, 2014; Bernabé *et al.*, 2016) visitas precoces e periódicas no dentista (Opydo-Szymaczek *et al.*, 2021).

Visto que a doença cárie é um enorme desafio de saúde pública (Phantumvanit *et al.*, 2018; Peres *et al.*, 2019), é importante compreender se essas informações de fato têm chegado ao conhecimento dos pais, de maneira que possam entender e aplicá-las, tendo em vista o protagonismo desses nos cuidados diários de suas crianças. Além disso, é extremamente importante que o profissional conheça o nível de LSB dos pais, entenda o seu impacto nos resultados de saúde e, com base nesse conhecimento, crie estratégias para melhorar a LSB de forma a impactar positivamente na saúde bucal da população infantil (Barasuol *et al.*, 2020).

Considerando o efeito da saúde bucal sobre a saúde geral e bem-estar dos indivíduos a curto e longo prazo, a prevenção e tratamento precoce das doenças bucais na infância devem ser uma prioridade para a odontologia. Dessa forma, entender o nível de conhecimento, compreensão, comportamento e atitude dos pais se torna extremamente necessário, (Algethami *et al.*, 2024) uma vez que eles são os responsáveis pelos cuidados de saúde dos filhos e será a partir dos seus conhecimentos que bons hábitos e práticas serão adquiridos (Aksit-Biçak, 2024).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o conhecimento dos pais e os fatores associados aos cuidados com a saúde bucal de crianças.

3.2 Objetivos Específicos

Verificar o conhecimento dos pais em relação à recomendação da primeira consulta odontológica do bebê ser realizada no primeiro ano de vida.

Analisar o conhecimento dos pais em relação à indicação do creme dental fluoretado para higienização bucal a partir da erupção do primeiro dente decíduo.

Investigar o conhecimento dos pais em relação à recomendação da introdução de açúcar na alimentação da criança ser adiada até os dois anos de idade.

Avaliar o conhecimento dos pais em relação à necessidade de tratamento de dentes decíduos.

Averiguar o conhecimento dos pais em relação à possibilidade de tratamento endodôntico de dentes decíduos.

Verificar os fatores associados ao conhecimento dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal de crianças.

4 METODOLOGIA

4.1 Considerações Éticas

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (número de protocolo: 6.803.253). Todos os responsáveis assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando com sua participação e de seu filho no estudo. O estudo foi redigido de acordo com o *Checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies (STROBE)* (Malta et al., 2010).

4.2 Desenho e População do estudo

Foi desenvolvido um estudo transversal realizado com pais de crianças que frequentaram as clínicas de Odontopediatria do Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FAO/UFMG) em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Entre os critérios de inclusão estiveram pais (mãe ou pai) de crianças de 1 a 12 anos de idade que frequentaram as clínicas de Odontopediatria da FAO/UFMG e que eram responsáveis pelo cuidado diário da criança, passando pelo menos 12 horas por dia com ela. Foram excluídos pais que apresentaram dificuldade na compreensão das questões abordadas.

4.3 Estudo piloto

Um estudo piloto foi desenvolvido previamente ao estudo principal com o objetivo de avaliar a metodologia elaborada e para obtenção de dados para o cálculo amostral. Esse foi realizado na sala de espera das Clínicas de Odontopediatria da FAO/UFMG com 10% da amostra (21 crianças). O TCLE e os questionários foram aplicados diretamente a um dos pais que estivesse acompanhando a criança durante o atendimento e que cumpria com os critérios de elegibilidade do estudo. Não foram necessárias modificações na coleta de dados e assim, a amostra do estudo piloto foi incluída no estudo principal.

4.4 Cálculo do tamanho da amostra

Para a realização do cálculo amostral foram utilizados parâmetros do estudo piloto para cálculo de diferença entre duas proporções:

- Nível de confiança = 95%; (= 0,05 ou 5%).
- Frequência de conhecimento incorreto sobre o momento de iniciar a visita ao dentista com renda baixa = 20%.
- Frequência de de conhecimento incorreto sobre o momento de iniciar a visita ao dentista com alta renda = 5%.

De posse de estimativas sobre esses parâmetros, o OpenEpi foi utilizado para o cálculo do tamanho da amostra.

Assim, a amostra necessária para o desenvolvimento do estudo foi de 176 pais. Para compensar eventuais perdas, foi acrescentado 20% (n=212).

4.5 Treinamento da equipe

O processo de treinamento da equipe foi realizado pelo pesquisador principal por meio de uma capacitação voltada para a abordagem dos sujeitos da pesquisa e para a leitura dos questionários, de forma que as perguntas fossem compreendidas, sem induzir a resposta dos pais.

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nas salas de espera das Clínicas de Odontopediatria da FAO/UFMG. Dois pesquisadores treinados convidaram os pais, que estavam acompanhando suas crianças no atendimento odontológico, para participarem do estudo e explicaram os seus objetivos, benefícios e riscos e obtiveram o consentimento através da assinatura do TCLE. Assim, os pesquisadores aplicaram um questionário desenvolvido para a pesquisa que abordou questões relativas a dados demográficos, socioeconômicos, contexto familiar, referentes à saúde da criança e dos pais, relativas às fontes que os pais procuravam informações sobre saúde e ao conhecimento deles sobre os cuidados com a saúde bucal de suas crianças.

4.7 Elenco de variáveis

Para avaliar o conhecimento dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal do(s) filho(s) foram aplicadas cinco perguntas: “1) Devemos levar a criança ao dentista antes do nascimento do primeiro dente de leite?; 2) Cárie no dente de leite não precisa ser tratada?; 3) Só posso oferecer alimento contendo açúcar a criança após os 2 anos de idade?; 4) O tratamento de canal não é indicado no dente de leite? 5) Devo usar pasta de dente com flúor desde o primeiro ano de idade?”. Foi atribuído um ponto para cada resposta correta e o somatório dessas respostas permitiu calcular o escore de conhecimento em saúde bucal dos pais. Valores de 0 a 3 pontos foram considerados escores baixos e maiores que 3 foram considerados escores altos.

Os dados demográficos coletados e analisados foram: sexo (feminino/masculino), idade e raça. A idade foi categorizada pela mediana em “de 22 a 38 anos” e “de 39 a 61 anos”. Enquanto a raça foi categorizada em “Preto/Pardo” e “Amarelo/Indígena/Branco” de acordo com os critérios do IBGE (2021).

A condição socioeconômica da família foi avaliada através das variáveis: escolaridade do responsável, renda mensal e número de pessoas que vivem da renda. A escolaridade do responsável foi categorizada em: “Ensino superior”, “Ensino médio” e “Ensino fundamental”. A renda mensal foi categorizada em: “maior que 5 a 10 salários”, “de 2 a 5 salários” e “< 2 salários”. Já o número de pessoas que vivem da renda foi categorizado de acordo com a mediana em: “até 3 pessoas” e “mais de 3 pessoas”.

Dados relativos ao contexto familiar, tais como o número de filhos, idade do primogênito e idade do ultimogênito também foram analisados. A variável número de filhos foi categorizada em: “um filho” e “mais de um filho”. A idade do primogênito foi categorizada em: “até 10 anos” e “mais de 10 anos”, enquanto a idade do ultimogênito foi categorizada em: “até 5 anos” e “mais de 5 anos”.

Os aspectos relativos à saúde do(s) filho(s) foram analisados e dicotomizados em “Sim” e “Não”, sendo as variáveis: realização de pré-natal médico e odontológico, problemas de saúde sistêmico, histórico de dor de dente, ida ao dentista antes do nascimento do primeiro dente de decíduo, uso da pasta de dente com flúor desde o nascimento do primeiro dente decíduo e oferta de açúcar antes dos 2 anos de idade. Já

em relação aos aspectos de saúde do respondente, foi coletada a frequência de visita ao dentista, sendo dicotomizada em: “Pelo menos uma vez ao ano” e “<1 vez ao ano”.

Dados referentes as fontes de busca de informações de saúde foram avaliados a partir das variáveis: acesso à internet, acesso as redes sociais, busca de informações de saúde na internet e redes sociais, todas essas dicotomizadas em “Sim” e “Não”. Ademais, as fontes de informação também foram analisadas, sendo elas categorizadas em: “Profissionais de saúde”, “Professores e amigos”, “Livros/Artigos/Revistas” e “Internet”.

4.8 Análise Estatística

O processamento e análise dos dados foi realizado utilizando-se o software *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 25. Inicialmente, foi realizada análise descritiva dos dados. Além disso, foi verificada a distribuição dos dados, com intuito de avaliar se os dados apresentam normalidade, o que norteou a escolha pelo uso dos testes paramétricos ou não paramétricos.

A análise bivariada foi realizada para verificar a associação entre as variáveis dependentes e as variáveis independentes e incluíram os testes qui-quadrado, Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. Regressão de Poisson com variância robusta foi realizada para determinar associações entre o escore de conhecimento dos pais sobre saúde bucal e as variáveis independentes. Na análise ajustada, variáveis com um valor de $p < 0,20$ foram incluídas. Após ajustes, variáveis explanatórias com um valor de $p < 0,05$ no modelo final foram associadas com a variável dependente. A razão de prevalência (RP) e os intervalos de confiança de 95% (IC 95%) foram calculados.

5 RESULTADOS

No total, participaram do estudo 193 responsáveis (taxa de resposta=91,0%) (Figura 1). A maioria desses eram do sexo feminino (n=147, 76,2%), com idade de 39 a 61 anos (n=99, 51,3%), possuíam ensino médio (n=106, 54,9%) e a renda mensal familiar era de 2 a 5 salários mínimos (n=89, 46,6%) (Tabela 1). A análise descritiva dos dados demográficos, socioeconômicos, sobre o contexto familiar, referentes à saúde da criança e às fontes que os pais procuravam informações sobre saúde podem ser observados na Tabela 1.

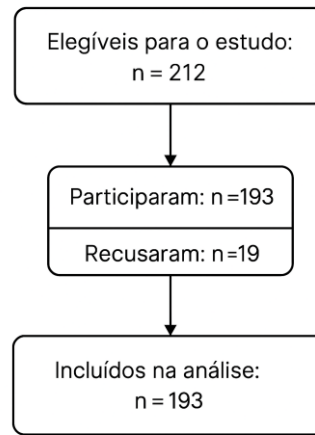
A média do escore total de conhecimento em saúde bucal foi de 3,60 (desvio padrão=0,969). Dentre os responsáveis avaliados, 18,1% (n=35) responderam as 5 questões corretamente. A pergunta com maior número de acertos foi “Cárie em dente de leite não precisa ser tratada?” (n=186, 96,4%) e a pergunta com mais respostas incorretas foi “Devo usar pasta de dente com flúor desde o primeiro ano de vida?” (n= 86, 44,6%) (Tabela 2).

Na tabela 3 verifica-se a distribuição dos escores de conhecimento em saúde bucal entre as variáveis independentes. Maiores escores de conhecimento podem ser verificados em responsáveis do sexo feminino (p=0,007), com idade de 22 a 38 anos (p=0,013) e em responsáveis amarelos/indígenas/brancos (p=0,027).

Na análise de regressão de Poisson univariada, verificou-se que as variáveis: sexo do responsável (p= 0,008), idade do responsável (p= 0,004), raça (p= 0,043), acompanhamento pediátrico nos 12 primeiros meses de vida (p= 0,002) e pais que levaram algum dos seus filhos ao dentista antes do nascimento do primeiro dente decíduo (p=0,001) foram associadas ao conhecimento em saúde bucal (Tabela 3).

No modelo final, verificou-se que permaneceram significativamente associadas ao maior conhecimento em saúde bucal: sexo feminino (RP=1,10; IC 95% 1,01-1,22; p=0,041), idade de 22 a 38 anos (RP=1,12; IC 95% 1,04-1,20; p=0,003), raça branca/amarelo/indígena (RP: 1,09; IC 95% 1,01-1,18; p=0,033) e pais que levaram algum filho ao dentista antes do nascimento do primeiro decíduo (RP: 0,86; IC 95% 0,80-0,94; p<0,001) (Tabela 3).

Figura 1 - Fluxograma do número de participantes



Fonte: Elaborada pelos autores, 2025.

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis demográficas, socioeconômicas, familiares e de saúde, e fontes de informações buscadas pelos pais

(continua)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	147	76,2
Masculino	46	23,8
Idade do responsável		
De 22 a 38 anos	94	48,7
De 39 a 61 anos	99	51,3
Raça		
Preto/Pardo	139	72,0
Amarelo/Indígena/Branco	54	28,0
Escolaridade do responsável		
Ensino Superior	69	35,8
Ensino Médio	106	54,9
Ensino Fundamental	18	9,3
Número de filhos		
Um filho	57	29,5
Mais de um filho	136	70,5
Renda mensal		
De 5 a 10 salários	20	10,5
De 2 a 5 salários	89	46,6
<2 salários	82	42,9

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis demográficas, socioeconômicas, familiares e de saúde, e fontes de informações buscadas pelos pais

(continuação)		
Variáveis	N	%
Número de pessoas que vivem da renda		
Até 3 pessoas	79	41,4
Mais de 3 pessoas	112	58,6
Frequência com que o responsável costuma ir ao dentista		
Pelo menos uma vez ao ano	107	55,4
<1 vez ao ano	86	44,6
Acesso fácil à internet pelo responsável		
Sim	190	98,4
Não	3	1,5
Acesso às redes sociais pelo responsável		
Sim	182	94,3
Não	11	5,7
Principais fontes de informações em saúde		
Profissionais de saúde	58	30,2
Professores e amigos	6	3,1
Livros/Artigos/Revistas	18	9,4
Internet	110	57,3
Você busca informações sobre saúde na internet?		
Sim	153	79,7
Não	39	20,3
Você busca informações sobre saúde nas redes sociais?		
Sim	33	17,2
Não	159	82,8
Idade do filho primogênito		
Até 10 anos	78	40,4
Mais de 10 anos	115	59,6
Idade do filho ultimogênito		
Até 5 anos	66	34,2
Mais de 5 anos	127	65,8
Pré natal odontológico de algum dos filhos do responsável		
Sim	69	35,9
Não	123	64,1
Pré Natal médico de algum dos filhos do responsável		
Sim	189	97,9
Não	4	2,1

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis demográficas, socioeconômicas, familiares e de saúde, e fontes de informações buscadas pelos pais

Variáveis	(conclusão)	
	N	%
Algum filho possui problema de saúde?		
Não	124	64,6
Sim	68	35,4
Algum filho já apresentou dor de dente?		
Não	75	38,9
Sim	118	61,1
Você levou algum dos seus filhos ao dentista antes do nascimento do primeiro dente de leite?		
Sim	46	23,8
Não	147	76,2
Você usou pasta de dente com flúor em algum dos seus filhos desde o nascimento do primeiro dente da criança?		
Sim	73	38,2
Não	118	61,8
Você ofereceu alimento que contém açúcar a algum dos seus filhos antes dos 2 anos de idade?		
Não	67	34,7
Sim	126	65,3

Fonte: Elaborada pelos autores, 2025.

Tabela 2 - Distribuição dos resultados das questões de conhecimento aplicadas aos responsáveis

(continua)

Questões	Errado		Certo	
	n	%	N	%
Devemos levar a criança ao dentista antes do nascimento do primeiro dente de leite?	71	36,8	122	63,2
Cárie no dente de leite não precisa ser tratada?	7	3,6	186	96,4
Só posso oferecer alimento contendo açúcar a criança após os 2 anos de idade?	29	15,0	164	85,0
O tratamento de canal não é indicado no dente de leite?	77	39,6	116	60,1

Tabela 2 - Distribuição dos resultados das questões de conhecimento aplicadas aos responsáveis

(conclusão)

Questões	Errado		Certo	
	n	%	N	%
Devo usar pasta de dente com flúor desde o primeiro ano de idade?	86	44,6	107	55,4

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025

Tabela 3 - Distribuição dos escores de conhecimento em saúde bucal e regressão de Poisson hierárquica não ajustada e ajustada para avaliar a associação entre as variáveis independentes e o escore total da escala de conhecimento em saúde bucal

(continua)

Covariáveis	Escore total conhecimento Média (DP0)	RP não ajustada (95% IC)	p	RP ajustada (95% IC)	p
Sexo					
Masculino	3,71 (0,89)	1		1	
Feminino	3,26 (0,98)	1,14 (1,03-1,25)	0,008	1,10 (1,01-1,22)	0,041
Idade					
De 39 a 61 anos	3,78 (0,91)	1		1	
De 22 a 38 anos	3,43 (1,00)	1,10 (1,02-1,19)	0,010	1,12 (1,04-1,20)	0,003
Raça					
Preto/Pardo	3,51 (0,96)	1		1	
Amarelo/Indígena/ Branco	3,83 (0,97)	1,09 (1,00-1,18)	0,043	1,09 (1,01-1,19)	0,033
Escolaridade					
Ensino Superior	3,72 (1,07)	1			
Ensino Médio	3,55 (0,88)	0,95 (0,88-1,04)	0,263		
Ensino Fundamental	3,44 (1,04)	0,94 (0,80-1,10)	0,414		
Número de filhos					
Um filho	3,61 (1,06)	1			
Mais de um filho	3,60 (0,93)	0,97 (0,90-1,08)	0,762		
Renda mensal					
>5 salários mínimos	3,40 (1,14)	1		1	
De 2 a 5 salários mínimos	3,55 (1,05)	1,04 (0,89-1,22)	0,586	1,08 (0,93-1,26)	0,302
<2 salários mínimos	3,67 (0,80)	1,08 (0,93-1,26)	0,300	1,10 (0,95-1,29)	0,200

Tabela 3 - Distribuição dos escores de conhecimento em saúde bucal e regressão de Poisson hierárquica não ajustada e ajustada para avaliar a associação entre as variáveis independentes e o escore total da escala de conhecimento em saúde bucal

(continuação)

Covariáveis	Escore total conhecimento Média (DP0)	RP não ajustada (95% IC)	p	RP ajustada (95% IC)	p
Número de pessoas que vivem da renda					
Até 3 pessoas	3,59 (0,99)	1			
Mais de 3 pessoas	3,58 (0,95)	1,00 (0,92-1,08)	0,994		
Frequência com que o responsável costuma ir ao dentista					
Pelo menos uma vez ao ano	3,65 (0,98)	1			
<1 vez ao ano	3,53 (0,95)	0,97 (0,90-1,05)	0,445		
Acesso fácil à internet pelo responsável?					
Sim	3,60 (0,97)	1			
Não	3,67 (1,15)	1,02 (0,76-1,37)	0,887		
Você tem acesso as redes sociais?					
Sim	3,60 (0,96)	1			
Não	3,55 (1,13)	0,94 (0,78-1,14)	0,553		
Principais fontes de informação em saúde					
Profissionais de saúde	3,60 (0,84)	1			
Professores e amigos	3,67 (1,03)	1,02 (0,82-1,27)	0,845		
Livros/Artigos/Revistas	3,61 (1,19)	1,01 (0,86-1,18)	0,941		
Internet	3,59 (1,01)	1,00 (0,92-1,08)	0,967		
Você busca informações sobre saúde na internet?					
Sim	3,61 (0,97)	1			
Não	3,54 (0,97)	0,99 (0,90-1,09)	0,788		
Você busca informações sobre saúde nas redes sociais?					
Sim	3,76 (1,03)	1			
Não	3,57 (0,96)	0,96 (0,86-1,06)	0,418		

Tabela 3 - Distribuição dos escores de conhecimento em saúde bucal e regressão de Poisson hierárquica não ajustada e ajustada para avaliar a associação entre as variáveis independentes e o escore total da escala de conhecimento em saúde bucal

(continuação)

Covariáveis	Escore total conhecimento Média (DP0)	RP não ajustada (95% IC)	p	RP ajustada (95% IC)	p
Idade do filho primogênito					
Até 10 anos	3,65 (0,99)	1			
Mais de 10 anos	3,57 (0,96)	0,97 (0,89-1,04)	0,396		
Idade do filho ultimogênito					
Até 5 anos	3,77 (0,91)	1			
Mais de 5 anos	3,51 (0,99)	0,94 (0,87-1,02)	0,124		
Pré-natal odontológico de algum dos filhos do responsável					
Sim	3,62 (1,03)	1		1	
Não	3,59 (0,94)	0,99 (0,91-1,07)	0,729	1,02 (0,94-1,10)	0,644
Pré-natal médico de algum dos filhos do responsável					
Sim	3,59 (0,97)	1		1	
Não	4,25 (0,50)	1,19 (1,07-1,32)	0,002	1,10 (0,95-1,28)	0,207
Acompanhamento pediátrico nos 12 primeiros meses de vida de algum dos filhos					
Sim	4,00 (0,84)	1			
Não	3,49 (0,97)	1,19 (1,07-1,23)	0,002		
Algum filho possui problemas de saúde?					
Não	3,51 (0,98)	1			
Sim	3,78 (0,93)	1,08 (1,00-1,16)	0,062		
Algum filho já apresentou dor de dente?					
Não	3,49 (1,04)	1			
Sim	3,67 (0,92)	1,05 (0,97-1,15)	0,203		

Tabela 3 - Distribuição dos escores de conhecimento em saúde bucal e regressão de Poisson hierárquica não ajustada e ajustada para avaliar a associação entre as variáveis independentes e o escore total da escala de conhecimento em saúde bucal

(conclusão)

Covariáveis	Escore total conhecimento Média (DP0)	RP não ajustada (95% IC)	p	RP ajustada (95% IC)	p
Você levou algum dos seus filhos ao dentista antes do nascimento do primeiro dente de leite?					
Não	3,48 (0,97)	1		1	<0,001
Sim	4,00 (0,84)	1,43 (1,08-1,23)	0,001	1,43 (1,08-1,23)	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

RP Não ajustado: razão de prevalência não ajustada para variáveis do mesmo nível

RP Ajustado: razão de prevalência ajustada para variáveis de níveis prévios

NS: Não significativo

6 DISCUSSÃO

O presente estudo se propôs a investigar o conhecimento dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal de crianças e os fatores que estão associados a esse conhecimento. Verificou-se que o conhecimento em saúde bucal foi alto e esteve associado ao sexo, idade e raça do responsável e ao acesso de algum dos filhos ao dentista antes do nascimento do primeiro dente.

O presente estudo identificou um escore alto de conhecimento dos pais de 3,60 em um total de 5 pontos, refletindo um nível elevado de entendimento sobre os cuidados com a saúde bucal infantil. Embora esse resultado seja superior ao esperado, diversas lacunas persistem, o que pode ser atribuído a falhas de comunicação entre profissionais de saúde e pais, particularmente no que se refere a orientações técnicas, como o uso do creme dental fluoretado desde a erupção do primeiro dente (Chawlowska *et al.*, 2022; AAPD, 2021; Toumba *et al.*, 2019). Ademais, a ausência de práticas interdisciplinares entre pediatras, odontopediatras e outros profissionais da atenção primária também limita o acesso a informações corretas e contínuas (Abou El Fadl *et al.*, 2016; Xiao *et al.*, 2019).

A questão com maior índice de acertos no presente estudo foi sobre a necessidade de tratar os dentes decíduos, com 96,4% de respostas corretas. Esse resultado indica que a maioria dos pais compreende a importância dos dentes de leite na saúde bucal da criança, o que pode estar relacionado à disseminação de informações básicas por meio de campanhas de saúde, consultas pediátricas ou vivências anteriores. No entanto, muitos pais ainda enfrentam dificuldades em aplicar esse conhecimento na rotina diária dos filhos. Uma revisão sistemática realizada por Kaushik e Sood (2023) demonstrou que, embora os cuidadores apresentem níveis razoáveis de conhecimento sobre escovação, dieta e importância dos dentes decíduos, ainda persistem lacunas consideráveis, especialmente em relação às práticas preventivas e à periodicidade das visitas odontológicas. De forma complementar, Shan *et al.* (2023) observaram que a participação dos pais em programas educativos contribui para melhorar o conhecimento, mas nem sempre resulta em mudanças efetivas no comportamento, como a adoção de escovação supervisionada ou o aumento da frequência nas consultas ao dentista. Esses achados reforçam que, apesar do bom desempenho em determinados tópicos, é

fundamental que as ações educativas avancem para contemplar uma abordagem mais ampla, prática e consistente dos cuidados bucais desde os primeiros anos de vida.

A recomendação do uso do creme dental fluoretado contendo pelo menos 1000 ppm F (partes por milhão de flúor) desde o nascimento dos primeiros dentes é baseado em diversas pesquisas que demonstram a sua contribuição para a redução da cárie dentária nas últimas décadas (Kaczmarek *et al.*, 2019; Toumba *et al.*, 2019), se tornando assim um dos principais fatores relacionados ao controle e diminuição da incidência da doença (AAPD, 2021). Apesar disso, nosso estudo demonstrou falta de conscientização entre 44,6% dos pais sobre o papel do flúor na prevenção da cárie, sendo essa a questão com mais respostas incorretas. Esse resultado pode estar relacionado à persistência de recomendações conflitantes ao longo dos anos e à escassez de orientação clara, o que dificulta a compreensão dos pais sobre a segurança e a importância do flúor. Além disso, estudos apontam que dúvidas quanto à toxicidade e à quantidade ideal de creme dental fluoretado para crianças pequenas ainda são comuns entre pais e até mesmo entre alguns profissionais de saúde (Charophasrat *et al.*, 2021; Chawłowska, 2022). A ausência de campanhas educativas amplas e contínuas sobre o tema também pode ter contribuído para esse déficit de conhecimento (Vallés *et al.*, 2022).

Ainda que ao longo dos anos, tenham ocorrido mudanças no papel e áreas de responsabilidade no âmbito familiar, a mãe ainda desempenha um papel primordial quando se trata da saúde bucal da criança (Kumar *et al.*, 2019). No presente estudo, a maioria dos participantes e os maiores escores de conhecimento foram atribuídos ao sexo feminino corroborando com resultado já apresentados na literatura (Rojas-Briceño *et al.*, 2024).

No presente estudo, observou-se que responsáveis mais jovens (22 a 38 anos) apresentaram maior escore de conhecimento sobre cuidados com a saúde bucal infantil. Este achado pode estar relacionado a uma maior exposição desse grupo às tecnologias de informação e comunicação, como internet e redes sociais, que são frequentemente utilizadas como fontes de informações em saúde (Chawłowska *et al.*, 2022; Charophasrat *et al.*, 2021). Além disso, estudos mostram que adultos mais jovens tendem a ter maior escolaridade e maior familiaridade com conceitos de prevenção em saúde em comparação a gerações anteriores, conseguindo assim ter maior discernimento em

relação a informações corretas e incorretas (Barasuol *et al.*, 2020). Outra possível explicação seria o maior acesso às campanhas públicas de promoção de saúde bucal realizadas nas últimas décadas, as quais têm enfatizado práticas preventivas desde a primeira infância. Dessa forma, o maior nível de conhecimento dos pais mais jovens pode refletir tanto avanços nas estratégias de educação em saúde quanto mudanças socioculturais que ampliaram o acesso à informação e à consciência sobre a importância dos cuidados bucais desde os primeiros anos de vida.

Neste estudo, observou-se que pais autodeclarados como brancos, amarelos ou indígenas apresentaram maior escore de conhecimento em saúde bucal infantil em comparação aos que se autodeclararam pretos ou pardos. Essa diferença pode estar relacionada a desigualdades históricas e estruturais que impactam o acesso à informação, aos serviços de saúde e às oportunidades educacionais. Além disso, a interseção entre raça/cor e outros determinantes sociais, como escolaridade e renda, pode acentuar as desigualdades no cuidado infantil (Baldani *et al.*, 2011; Kumar *et al.*, 2019). De acordo com Baldani *et al.* (2011), ainda hoje, o grupo racial pardo ou preto tende a apresentar menor utilização de serviços odontológicos e maior vulnerabilidade a agravos bucais, o que reflete um cenário de exclusão persistente. Esses achados reforçam a necessidade de políticas públicas antirracistas e de estratégias educativas voltadas à equidade, com ações específicas para promover o acesso à informação e ao cuidado em populações racialmente minorizadas.

As diretrizes da AAPD afirmam que a primeira consulta odontológica aconteça próximo à erupção do primeiro dente e até os 12 meses de vida (AAPD, 2016). O presente estudo revelou que os pais que levaram pelo menos um dos seus filhos ao dentista antes do nascimento do primeiro dente de decíduo, demonstraram ter maior conhecimento, o que reforça a importância do contato precoce com os serviços de saúde bucal. Contudo, outros estudos indicam que muitos pais ainda não seguem essa orientação. Em uma pesquisa realizada na Grécia, a maioria dos responsáveis acreditava que a primeira visita odontológica deveria ocorrer apenas após a erupção de todos os dentes decíduos, por volta dos três anos de idade (Ninou *et al.*, 2025). Esses achados reforçam a necessidade de estratégias educativas e intersetoriais para ampliar o conhecimento dos pais e incentivar a adoção de cuidados bucais desde os primeiros meses de vida da criança.

Por se tratar de um estudo transversal, é possível identificar apenas associações entre as variáveis, sem inferir relações de causalidade. Algumas limitações devem ser consideradas. Os resultados podem estar sujeitos a viés de memória ou apontar o constrangimento dos pais em relatar comportamentos que acreditam não serem corretos. Além disso, este estudo foi realizado com uma amostra de conveniência de pais de crianças atendidas em uma universidade brasileira, que estão expostos a projetos de saúde bucal conduzidos pela instituição, o que limita a validade externa desse estudo. Estudos de base populacional serão fundamentais em futuras investigações sobre o conhecimento dos pais em saúde bucal infantil, pois permitem uma análise mais abrangente, representativa e generalizável dos diferentes perfis socioeconômicos, culturais e geográficos da população. Ao incluir amostras maiores e mais diversas, esse tipo de estudo possibilita a identificação de desigualdades regionais no acesso à informação e aos serviços de saúde, além de mapear grupos mais vulneráveis ou com maior risco de desinformação. Esses dados são valiosos para o planejamento de políticas públicas efetivas, baseadas em evidências, que busquem ampliar o alcance de ações educativas e preventivas. Além disso, os estudos populacionais oferecem subsídios para avaliar o impacto de estratégias intersetoriais e campanhas de saúde pública ao longo do tempo, promovendo uma atuação mais equitativa e alinhada às necessidades reais da população.

Os resultados apresentados podem auxiliar a promoção de saúde e desenvolvimento de programas eficazes de educação em saúde bucal. Para isso, os programas dirigidos aos pais, devem não somente fornecer as recomendações, mas devem fazê-lo de forma a facilitar a compreensão, para que assim possam conduzir mudanças de comportamento e, conseqüentemente, ter melhores resultados de saúde. A incapacidade em tornar as orientações claras e compreensíveis de acordo com o nível de alfabetização em saúde dos alvos pode ser a razão pela qual as recomendações não são suficientemente seguidas (Chawlowska *et al.*, 2022). Assim, é necessário ajustar a comunicação com informações claras e de fácil compreensão para aumentar a alfabetização em saúde do público de pais (Charophasrat *et al.*, 2021).

7 CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que pais de crianças de 1 a 12 anos de idade apresentaram um conhecimento alto em relação aos cuidados com a saúde bucal de crianças. Entretanto, é necessário evidenciar que existem lacunas no conhecimento em questões fundamentais como o uso do creme dental fluoretado desde o nascimento do primeiro dente decíduo.

Fatores como sexo feminino, menor faixa etária, raça branca/amarela/indígena, ida ao dentista antes do nascimento do primeiro dente e acompanhamento pediátrico estiveram associados a maiores escores de conhecimento.

Ao identificar os principais pontos de desconhecimento entre os pais atendidos, torna-se possível orientar melhor os atendimentos clínicos com foco em educação em saúde durante as consultas. Além disso, os achados podem subsidiar o desenvolvimento de estratégias educativas mais eficazes no âmbito acadêmico, como projetos de extensão, oficinas com pais e cuidadores nas salas de espera e integração entre os cursos de Odontologia e outras áreas da saúde. Tais ações podem contribuir para melhorar o nível de conhecimento dos pais, promover hábitos saudáveis desde a infância e fortalecer o papel da faculdade como promotora de saúde bucal junto à comunidade que atende.

REFERÊNCIAS

ABOU EL FADL, R.; BLAIR, M.; HASSOUNAH, S. Integrating maternal and children's oral health promotion into nursing and midwifery practice: a systematic review. **PLOS ONE**, v. 11, n. 11, p. e0166760, nov. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166760>. Acesso em: 5 abr. 2025.

AKSIT-BIÇAK, D. Mothers' attitudes, challenges, and facilitators in the oral health promotion of their young children. **Children**, v. 11, n. 1, p. 59, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children11010059>. Acesso em: 5 abr. 2025.

ALGETHAMI, R. G. *et al.* Parents' knowledge, attitudes, and practices regarding baby walkers, baby car seats, oral health, and child screen time in Saudi Arabia: a cross-sectional study. **Cureus**, v. 16, n. 1, p. e52464, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.52464>. Acesso em: 5 abr. 2025.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on infant oral health care. **Pediatric Dentistry**, v. 36, n. 6, p. 1141–1145, 2014. Disponível em: https://www.aapd.org/assets/1/7/g_infantoralthhealthcare.pdf. Acesso em: 6 abr. 2025.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on infant oral health care. **Pediatric Dentistry**, v. 38, n. 6, p. 146–150, 2016. Disponível em: https://www.aapd.org/assets/1/7/g_infantoralthhealthcare.pdf. Acesso em: 6 abr. 2025.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Policy on early childhood caries (ECC): consequences and preventive strategies. The Reference Manual of Pediatric Dentistry, **American Academy of Pediatric Dentistry**, p. 81-84, 2021. Disponível em: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/p_eccconsequences.pdf. Acesso em: 6 abr. 2025.

AMMARI, J. B.; BAQAIN, Z. H.; ASHLEY, P. F. Effects of programs for prevention of early childhood caries: a systematic review. **Medical Principles and Practice**, v. 16, n. 6, p. 437-442, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000107748>. Acesso em: 5 abr. 2025.

AZAÑEDO, D. *et al.* Frequency, inequalities and spatial distribution of oral health services utilization in Peruvian children under twelve years of age: a population-based comparative analysis of the years 2017 and 2021. **BMC Oral Health**, v. 23, n.1, p. 778, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03528-4>. Acesso em: 5 abr. 2025.

BALDANI, M. H. *et al.* Inequalities in dental services utilization among Brazilian low-income children: the role of individual determinants. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 71, n. 1, p. 46-53, jan. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2010.00201.x>. Acesso em: 7 abr. 2025.

BARASUOL, J. C. *et al.* Caregiver oral health literacy: relationship with socioeconomic factors, oral health behaviors and perceived child dental status. **Community Dental Health**, v. 37, n. 2, p. 110-114, maio 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1922/CDH_4550Barasuol05. Acesso em: 9 abr. 2025.

BERNABÉ, E. *et al.* The shape of the dose-response relationship between sugars and caries in adults. **Journal of Dental Research**, v. 95, n. 2, p. 167-172, nov. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034515616572>. Acesso em: 9 abr. 2025.

BORGES, T. S. *et al.* Impact of traumatic dental injuries on oral health-related quality of life of preschool children: a systematic review and meta-analysis. **PLoS ONE**, v. 12, n. 2, p. e0172235, fev. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172235>. Acesso em: 5 abr. 2025.

CARVALHO, D. M. *et al.* Fluoride varnishes and decrease in caries incidence in preschool children: a systematic review. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 1, p. 139-149, mar. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1415-790x2010000100013>. Acesso em: 5 abr. 2025.

CHAROPHASRAT, S.; THITASOMAKUL, S.; TIANVIWAT, S. Development and validation of oral health literacy questionnaire for Thai adults. **Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry**, v. 11, n. 6, p. 685-694, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.4103/jispcd.jispcd_155_21. Acesso em: 7 abr. 2025.

CHAWŁOWSKA, E. Exploring the relationships between children's oral health and parents' oral health knowledge, literacy, behaviours and adherence to recommendations: a cross-sectional survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 18, p. 11288, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph191811288>. Acesso em: 5 abr. 2025.

HUGO, F. N. *et al.* Prevalence, incidence, and years-lived with disability due to oral disorders in Brazil: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 55, suppl 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0284-2021>. Acesso em: 6 abr. 2025.

ILISULU, S. C.; BIRANT, S.; ÖZCAN, H. Evaluation of oral-health related knowledge and attitudes among mothers of children under 4 years old. **European Journal of Paediatric Dentistry**, v. 25, n. 1, p. 20-26, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.23804/ejpd.2024.2021>. Acesso em: 5 abr. 2025.

INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON HEALTH LITERACY, Nielsen-Bohlman, L.; Panzer, A.M.; Kindig, D.A., eds. **Health literacy: a prescription to end confusion**. Washington (DC): National Academies Press, p. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216032/>. Acesso em: 7 abr. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Classificações e códigos dos principais temas: Cor ou raça. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6408>. Acesso em: 09 abr. 2025.

KACZMAREK, U. *et al.* Individualised caries prevention with fluoride in children and adolescents: recommendations of Polish experts. **Nowa Stomatologia**, v. 24, n. 2, p. 70-85, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25121/ns.2019.24.2.70>. Acesso em: 5 abr. 2025.

KAUSHIK, M; SOOD, S. A Systematic Review of Parents' Knowledge of Children's Oral Health. **Cureus**, v. 15, n. 7, p: e41485, jul. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.41485>. Acesso em: 6 jul. 2025.

KHODADADI, E. *et al.* Parents' oral health literacy and its impact on their children's dental health status. **Electronic Physician**, v. 8, n. 7, p. 3421–3426, 2016. Disponível em: <https://www.ephysician.ir/2016/3421.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2025.

KUMAR, G. *et al.* Knowledge, attitude, and practical behavior of parents regarding their child's oral health in New Delhi. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v. 37, n. 1, p. 3-7, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.4103/jisppd.jisppd_257_18. Acesso em: 5 abr. 2025.

MALTA, M. *et al.* Iniciativa STROBE: diretrizes sobre relatórios de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 559-565, jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102010000300021>. Acesso em: 5 abr. 2025.

MARCENES, W. *et al.* Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. **Journal of Dental Research**, v. 92, n.7, p. 592-597, maio 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034513490168>. Acesso em: 5 abr. 2025.

MILLER, E. *et al.* Impact of Caregiver Literacy on Children's Oral Health Outcomes. **PEDIATRICS**, v. 126, n. 1, p. 107-114, jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2009-2887>. Acesso em: 6 abr. 2025.

MORIYAMA, C. M. *et al.* How oral health literacy and parental behavior during the meals relate to dental caries in children. **Braz. Oral Res.**, v. 36, p. e131, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0131>. Acesso em: 7 abr. 2025.

MOYNIHAN, P. J.; KELLY, S. A. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. **Journal of Dental Research**, v. 93, n. 1, p. 8-18, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034513508954>. Acesso em: 6 abr. 2025.

NINO, C. *et al.* Knowledge, attitudes and preferences of parents/guardians regarding dental treatment of their children's primary teeth: a questionnaire cross-sectional study. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 26, n.3, p. 507-516, jan. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40368-025-01002-z>. Acesso em: 5 abr. 2025.

NORA, Â. D. *et al.* Is caries associated with negative impact on oral health-related quality of life of preschool children?: a systematic review and meta-analysis. **Pediatric Dentistry**, v.40, n. 7, p. 403-411, nov. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31840639/>. Acesso em: 5 abr. 2025.

NOVAES, T. F. *et al.* Responsiveness of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) is related to dental treatment complexity. **Health Quality Life Outcomes**, v. 15, n. 1, 20 set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0756-z>. Acesso em: 5 abr. 2025.

OPYDO-SZYMACZEK, J. *et al.* Clinical consequences of dental caries, parents' perception of child's oral health and attitudes towards dental visits in a population of 7-year-old children. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 11, p. 5844, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18115844>. Acesso em: 5 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório global sobre a situação da saúde oral: rumo à cobertura universal de saúde oral até 2030. OMS, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>. Acesso em: 4 abr. 2025.

PERES, M. A. *et al.* Oral diseases: a global public health challenge. **The Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 249-260, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8). Acesso em: 8 abr. 2025.

PHANTUMVANIT, P. *et al.* WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 46, p. 280–287, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12362>. Acesso em: 8 abr. 2025.

ROJAS-BRICEÑO, N. B. *et al.* Knowledge and attitudes of parents about oral health in the primary dentition stage in a Peruvian high Andean city. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 21, n. 2, p. 154, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph21020154>. Acesso em: 7 abr. 2025.

SHAN, Z. *et al.* Improvement of parents' oral health knowledge by a school-based oral health promotion for parents of preschool children: a prospective observational study. **BMC Oral Health**, v. 23, n. 1, p. 2-11, nov. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03567-x>. Acesso em: 7 abr. 2025.

SOARES, R. C. *et al.* Methods for prevention of early childhood caries: overview of systematic reviews. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 31, n. 3, p. 394-421, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ipd.12766>. Acesso em: 8 abr. 2025.

TOUMBA, K. J. *et al.* Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 20, n. 6, p. 507-516, nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40368-019-00464-2>. Acesso em: 7 abr. 2025.

TWETMAN, S.; DHAR, V. Evidence of efficacy of current therapies to prevent and treat early childhood caries. **Pediatric Dentistry**, v. 37, n. 3, p. 246-253, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26063553/>. Acesso em: 8 abr. 2025.

URIBE, S. E.; INNES, N.; MALDUPA, I. The global prevalence of early childhood caries: a systematic review with meta-analysis using the WHO diagnostic criteria. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 31, n. 6, p. 817-830, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ipd.12783>. Acesso em: 8 abr. 2025.

VALLÉS, M. *et al.* Comparison of knowledge between Italian and Spanish parentes about the oral health of their preschool children. **European Journal of Paediatric Dentistry**, v. 23, n. 194-200, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.23804/ejpd.2022.23.03.05>. Acesso em: 7 abr. 2025.

VANN, W. F. *et al.* Oral Health Literacy among Female Caregivers. **Journal of Dental Research**, v. 89, n. 12, p. 1395-1400, out. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034510379601>. Acesso em: 8 abr. 2025.

VOS, T. *et al.* Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1204-1222, out. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30925-9). Acesso em: 9 abr. 2025.

WALSH, T. *et al.* Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 4, n. 3, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007868.pub3>. Acesso em: 9 abr. 2025.

WEN, Y. F. *et al.* Trends in the burden of untreated caries of permanent teeth in China, 1993–2017: an age-period-cohort modeling study. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 59, n. 6, p. 896-903, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.06.012>. Acesso em: 8 abr. 2025.

XIAO, J. *et al.* Prenatal oral health care and early childhood caries prevention: a systematic review and meta-analysis. **Caries Research**, v. 53, n. 4, p. 411-421, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000495187>. Acesso em: 8 abr. 2025.

ZAROR, C. *et al.* Impact of traumatic dental injuries on quality of life in preschoolers and schoolchildren: a systematic review and meta-analysis. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 46, n. 1, p. 88-101, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12333>. Acesso em: 9 abr. 2025.

ZAROR, C. *et al.* Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Dental Hygiene**, v. 20, n. 1, p. 120-135, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/idh.12494>. Acesso em: 8 abr. 2025.

APÊNDICE A - Formulário de Dados

Número da ficha: _____ Data: ____/____/____

**PARTE 1: DADOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS E CONTEXTO
FAMILIAR**

1 Nome do respondente: _____

2 Endereço: _____

3 Contatos do respondente: Telefone: _____

Email: _____

Redes sociais: _____

4 Sexo do respondente: () Feminino () Masculino

4 Data de nascimento: ____/____/____

5 Idade do respondente: _____

6 Vínculo do respondente com a criança atendida:

() Pai () Mãe

7-Cor/raça do respondente:

() Negro () Pardo () Amarelo () Indígena () Branco

8-Estado civil do respondente:

() Solteiro; () Casado; () Divorciado; () Outro

9-Vínculo trabalhista do respondente:

() Trabalha () Não trabalha

10-Profissão do respondente: _____

11-Escolaridade do respondente: Quantos anos de estudo: _____

() Básico (0-4 anos) () Secundário (5-9 anos)

() Ensino médio (10-13 anos) () Ensino superior (mais de 13 anos)

12-Número de filhos do respondente:

13-Renda mensal do grupo familiar:

- () Menos de um salário mínimo () De um a menos de dois salários mínimos
 () De dois a menos de cinco salários mínimos
 () De cinco a menos de dez salários mínimos () Acima de quinze salários mínimos

14-Quantas pessoas vivem da renda mensal do grupo familiar?

PARTE 2: DADOS RELATIVOS À SAÚDE DO RESPONDENTE E ACESSO À INFORMAÇÕES EM SAÚDE

1- Você apresenta algum problema de saúde sistêmico?

- () Sim, qual ? _____ () Não

2- Você tem algum parente próximo que apresenta algum problema de saúde sistêmico?

- () Sim, qual ? _____ () Não

3-Você já teve dor de dente?

- () Sim () Não

4- Você controla o consumo de açúcar na sua alimentação?

- () Sim () Não

5- Com que frequência costuma ir ao dentista?

- () Nunca foi () Quando sente dor () Quando observa alguma necessidade
 () Um vez ao ano () A cada 6 meses () Raramente

6- Onde você procura este atendimento?

- () Dentista Particular () SUS () Universidades

7-Você tem fácil acesso à internet?

- () Sim () Não

8-Você tem acesso às redes sociais?

- () Sim, qual ? _____ () Não

9-Quais as principais formas que você utiliza para acessar informações em saúde?

(Pode marcar mais de uma opção)

- () Internet (Google) () Redes sociais () Youtube () Artigos científicos

- () Jornais e/ou revistas () Televisão () Livros () Amigos
 () Professores () Profissionais de saúde () Não tem acesso

PARTE 3: DADOS RELATIVOS AO (S) FILHO (S) DO RESPONDENTE

- 1- Número de filhos do respondente:** _____
- 2- Idade do filho primogênito:** _____ anos _____ meses
- 3- Idade do filho ultimogênito:** _____ anos _____ meses
- 4- Foi feito o pré-natal odontológico de algum dos seus filhos?** () Sim () Não
- 5- Foi feito o pré-natal médico de algum dos seus filhos?** () Sim () Não
- 6- Algum dos seus filhos fez acompanhamento pediátrico nos 12 primeiros meses de vida?**
 () Sim () Não
- 7- Algum dos seus filhos já apresentou algum problema de saúde sistêmico?**
 () Sim, qual ? _____ () Não
- 8- Algum dos seus filhos já apresentou dor de dente?** () Sim () Não
- 11- Onde você costuma levar seu (s) filho (s) ao dentista?**
 () Dentista Particular () Posto de Saúde () Dentista da Escola ()
 UFMG

PARTE 4: ESCALA DE CONHECIMENTO DE SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS

C = concordo, D = discordo

- () Devemos levar a criança ao dentista antes do nascimento do primeiro dente de leite.
- () Cárie em dente de leite não precisa ser tratada já que esse dente será substituída por um dente permanente.
- () Só posso oferecer alimentos contendo açúcar para a criança a partir dos 2 anos de idade.
- () O tratamento de canal não é indicado para dentes de leite.
- () Devo usar pasta de dente com flúor a partir do nascimento do primeiro dente da criança.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: **“Conhecimento dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal de crianças”**, cuja participação não é obrigatória. O estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal de crianças. Nesse estudo vão ser incluídos pais de crianças de 0 a 12 anos de idade que frequentam as clínicas de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da UFMG e que sejam responsáveis pelo cuidado diário da criança, passando pelo menos 12 horas por dia com a criança.

A coleta de dados incluirá a aplicação de um questionário aos pais sobre dados demográficos, socioeconômicos, contexto familiar, referentes à saúde suas e do(s) seu(s) filho(s), relativas às fontes que procuram informações sobre saúde e ao conhecimento sobre os cuidados com a saúde bucal de sua(s) criança(s). O tempo para responder ao questionário completo será de em média 3 minutos e um pesquisador auxiliará o respondente caso tenha alguma dúvida na leitura das questões.

Os riscos inerentes ao estudo estão relacionados ao constrangimento durante a resposta às perguntas dos questionários. Para reduzir esse desconforto, os questionários serão respondidos pelos próprios participantes e será garantido o sigilo das informações obtidas. Os pesquisadores estarão preparados para identificar qualquer possível desconforto e interromper a avaliação caso isso ocorra.

Os benefícios dessa pesquisa envolvem o entendimento dos profissionais de saúde sobre o conhecimento dos pais sobre os cuidados com a saúde bucal de suas crianças. Essa compreensão será importante para guiar melhor as orientações que devem ser repassadas pelos profissionais de saúde à população em geral, com o objetivo de permitir uma melhor saúde bucal na infância. Após a avaliação, todos os participantes da pesquisa receberão informações sobre os cuidados bucais com os seus filhos através de uma cartilha e de explicações do pesquisador.

Rubrica do responsável pelo participante

Rubrica do pesquisador

Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr.(a) tem total liberdade de aceitar ou não em participar da pesquisa e terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, pois sua participação é voluntária.

Pelo fato desta pesquisa ter única e exclusivamente interesse científico, o(a) senhor (a) poderá desistir a qualquer momento, bastando informar a sua desistência da maneira que achar mais conveniente. Toda informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e a identificação será mantida como informação sigilosa. Os materiais deste estudo serão arquivados durante 10 anos, na sala 3322 da Faculdade de Odontologia da UFMG, sob responsabilidade da pesquisadora Izabella Barbosa Fernandes. Esses resultados poderão ser divulgados em encontros científicos (como congressos) e/ou revistas científicas. Qualquer forma de divulgação dos resultados da pesquisa não possibilitarão a identificação do seu filho(a). Desta forma, garantimos o sigilo na sua participação e na de seu filho(a). Após seu consentimento, uma via deste termo ficará com o(a) senhor(a) e a outra com as pesquisadoras.

O Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFMG poderá ser contactado em casos de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos da pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – Av. Antônio Carlos, nº 6627, CEP: 31270-901 Unidade Administrativa II, 2º andar sala 2005, Belo Horizonte – MG. Telefone: (31) 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Você também poderá se comunicar, a qualquer momento, com a pesquisadora responsável pelo estudo:

Izabella Fernandes Barbosa - Faculdade de Odontologia da UFMG - R. Prof. Moacir Gomes de Freitas, nº 688, sala 3322 - Pampulha, Belo Horizonte - MG, CEP 31270-901. Telefone: (31) 98215-46847. E-mail: izabella.odontopediatria@gmail.com

Rubrica do responsável pelo participante

Rubrica do pesquisador

SUA ASSINATURA INDICA QUE VOCÊ LEU E ENTENDEU TODAS AS
INFORMAÇÕES EXPLICADAS ANTERIORMENTE

Nome do participante: _____

Nome do responsável: _____

Documento (CI): _____

Diamantina, _____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável pelo participante

Assinatura do pesquisador

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimento dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal de crianças

Pesquisador: Izabella Barbosa Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 75700623.4.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.803.253

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo do tipo transversal com uma amostra de conveniência de pais de crianças na faixa etária de 0 a 12 anos que frequentam as clínicas de Odontopediatria do Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FAO/UFMG) em Belo Horizonte. As hipóteses são: (1) A maioria dos pais não sabem da necessidade da primeira consulta odontológica do bebê ser realizada no primeiro ano de vida. (2) A maioria dos pais não sabem sobre a indicação do creme dental fluoretado para higienização bucal a partir da erupção do primeiro dente decíduo. (3) A maioria dos pais não sabem de a recomendação da introdução de açúcar na alimentação da criança ser adiada até os dois anos de idade. (4) A maioria dos pais não sabem da necessidade de tratamento de dentes decíduos. (5) A maioria dos pais não sabem da possibilidade de tratamento endodôntico de dentes decíduos. Como critérios de inclusão serão: (1) pais (mãe ou pai) de crianças de 0 a 12 anos de idade que frequentam as clínicas de odontopediatria da FAO/UFMG. (2) Pais (mãe ou pai) que sejam responsáveis pelo cuidado diário da criança, passando pelo menos 12 horas por dia com a criança. Os

critérios de exclusão são: (1) pais que apresentarem dificuldade na compreensão das questões abordadas. O tamanho da amostra será de 497 voluntários. Na metodologia descrita no documento da PB relata: "Este estudo será realizado na cidade de Belo Horizonte, situada no Estado de Minas Gerais, sudeste do Brasil. Esse é um estudo do tipo transversal com uma amostra de conveniência de pais de crianças na faixa etária de 0 a 12 anos que frequentam as clínicas de Odontopediatria do Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FAO/UFMG) em Belo Horizonte. Foi realizado um cálculo amostral e a amostra necessária para o desenvolvimento do estudo será de 461 pais. O processo de treinamento dos pesquisadores será realizado pelo pesquisador principal e incluirá a forma de abordagem dos sujeitos da pesquisa e de leitura das questões, de forma a ser compreendido e não induzir a resposta dos pais. O estudo piloto será realizado na sala de espera das Clínicas de Odontopediatria da FAO/UFMG com 10% da amostra (36 crianças). O termo de consentimento livre e esclarecido e questionário serão aplicados diretamente a um dos pais que estiver acompanhando a criança durante o atendimento e que cumpra com os critérios de elegibilidade do estudo. Caso não seja identificada a necessidade de alterações na metodologia da pesquisa, os sujeitos avaliados no estudo piloto serão incluídos no estudo principal. Para essa amostra de conveniência, serão selecionados para o estudo todos os pais que acompanharem as crianças nos atendimentos das Clínicas de Odontopediatria da FAO/UFMG, cumpram com os critérios de elegibilidade e que concordarem em participar do estudo até que se complete o tamanho amostral. A coleta de dados será realizada nas salas de espera das Clínicas de Odontopediatria da FAO/UFMG. Dois pesquisadores treinados irão convidar os pais, que estejam acompanhando suas crianças no atendimento odontológico de suas crianças, para participarem do estudo e explicarão os seus objetivos, benefícios e riscos. Aqueles pais que concordarem com a participação no estudo deverão assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pesquisadores irão aplicar um formulário desenvolvido para a pesquisa que abordará questões relativas a dados demográficos, socioeconômicos, contexto familiar, referentes à saúde da criança e dos pais, relativas às fontes que os pais procuram informações sobre saúde e ao conhecimento deles

sobre os cuidados com a saúde bucal de suas crianças.

Na metodologia descrita no TCLE relata: A coleta de dados incluirá a aplicação de um questionário aos pais sobre dados demográficos, socioeconômicos, contexto familiar, referentes à saúde suas e do(s) seu(s) filho(s), relativas às fontes que procuram informações sobre saúde e ao conhecimento sobre os cuidados com a saúde bucal de sua(s) criança(s). O tempo para responder ao questionário completo será de em média 3 minutos e um pesquisador auxiliará o respondente caso tenha alguma dúvida na leitura das questões.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do presente trabalho é avaliar o conhecimento dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal de crianças. Os objetivos secundários são: (1) verificar o conhecimento dos pais em relação à recomendação da primeira consulta odontológica do bebê ser realizada no primeiro ano de vida; (2) verificar o conhecimento dos pais em relação à indicação do creme dental fluoretado para higienização bucal a partir da erupção do primeiro dente decíduo; (3) verificar o conhecimento dos pais em relação à recomendação da introdução de açúcar na alimentação da criança ser adiada até os dois anos de idade; (4) verificar o conhecimento dos pais em relação à necessidade de tratamento de dentes decíduos; (5) verificar o conhecimento dos pais em relação à possibilidade de tratamento endodôntico de dentes decíduos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No TCLE está descrito em relação aos riscos: "Os riscos inerentes ao estudo estão relacionados ao constrangimento durante a resposta às perguntas dos questionários. Para reduzir esse desconforto, os questionários serão respondidos pelos próprios participantes e será garantido o sigilo das informações obtidas. Os pesquisadores estarão preparados para identificar qualquer possível desconforto e

interromper a avaliação caso isso ocorra. Em relação aos benefícios está escrito: Os benefícios dessa pesquisa envolvem o entendimento dos profissionais de saúde sobre o conhecimento dos pais sobre os cuidados com a saúde bucal de suas crianças. Essa compreensão será importante para guiar melhor as orientações que devem ser repassadas pelos profissionais de saúde à população em geral, com o objetivo de permitir uma melhor saúde bucal na infância. Após a avaliação, todos os participantes da pesquisa receberão informações sobre os cuidados bucais com os seus filhos através de uma cartilha e de explicações do pesquisador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se do projeto de pesquisa de estudo para avaliar o conhecimento dos pais/responsáveis a respeito de cuidados bucais dos filhos aprovado pelo departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente da Faculdade de Odontologia da UFMG. Pesquisa relevante para a área de odontopediatria. O término está previsto para o segundo semestre de 2024. Foram apresentados os documentos adequados para aprovação ao CEP-UFMG. O projeto de pesquisa está aprovado no departamento da FAO-UFMG em 30/10/2023.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos.

- Informações básicas do projeto;
- Projeto de pesquisa completo;
- Folha de rosto devidamente preenchida e assinada;
- Parecer consubstanciado e aprovação do departamento de origem do pesquisador responsável;
- TCLE dos pais ou responsáveis.

Recomendações:

- Colocar número de páginas no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conforme as considerações apresentadas, sou, S.M.J., favorável à aprovação do projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo de documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações básicas do projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2218343.pdf	13/11/2023 11:05:05		Aceito
Declaração de concordância	Parecerdepartamento.pdf	13/11/2023 11:04:38	Izabella Barbosa Fernandes	Aceito
Projeto detalhado/Brochura	PROJETO.docx	13/11/2023	Izabella Barbosa	Aceito

Investigador		11:03:52	Fernandes	
TCLE/Termos de Assentimento/Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/11/2023 11:03:13	Izabella Barbosa Fernandes	Aceito
Informações básicas do projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2218343.pdf	26/09/2023 10:17:18		Aceito
Declaração de concordância	Parecerdepartamento.pdf	26/09/2023 09:59:18	Izabella Barbosa Fernandes	Postado
TCLE/Termos de Assentimento/Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/09/2023 09:48:29	Izabella Barbosa Fernandes	Postado
Projeto detalhado/Brochura Investigador	PROJETO.pdf	26/09/2023 09:48:12	Izabella Barbosa Fernandes	Postado
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	26/09/2023 09:47:59	Izabella Barbosa Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 03 de Maio de 2024

Assinado por:
Corinne Davis Rodrigues
(Coordenador(a))

ANEXO 2 - Strobe statement - Checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies

	Item No	Recommendation	Pág
Title and abstract	1	(a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract	1-2,5
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	4-5
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	7
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	10
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	11
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	11
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	11
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	12-14
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe	12

comparability of assessment methods if there is more than one group			
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	12
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	11
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	12-14
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	14
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	14
		(c) Explain how missing data were addressed	14
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	14
		(e) Describe any sensitivity analyses	14
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	15
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	-
		(c) Consider use of a flow diagram	14
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	15-18

		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	-
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	-
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	20-22
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	-
		© If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	-
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	15
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	22-23
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	25
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	22-26
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	22-26
Other information			

Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	-
---------	----	---	---

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.