

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

MAYRON GUEDES SILVA

**CONCORDÂNCIA PAIS-FILHOS SOBRE ASPECTOS DE SAÚDE BUCAL
NA INFÂNCIA TARDIA E ADOLESCÊNCIA PRECOCE**

SÃO LUÍS
2021

MAYRON GUEDES SILVA

**CONCORDÂNCIA PAIS-FILHOS SOBRE ASPECTOS DE SAÚDE BUCAL NA INFÂNCIA
TARDIA E ADOLESCÊNCIA PRECOCE**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, como pré-requisito para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Leily Macedo Firoozmand.

SÃO LUÍS
2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Silva, Mayron Guedes.

Concordância pais-filhos sobre aspectos de saúde bucal na infância tardia e adolescência precoce / Mayron Guedes Silva. - 2021.

49 f.

Orientador(a): Leily Macedo Firoozmand.

Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís-MA, 2021.

1. Autopercepção. 2. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 3. Fatores Socioeconômicos. 4. Relações Pais-Filho. 5. Saúde Bucal. I. Firoozmand, Leily Macedo. II. Título.

SILVA, MG. **Concordância pais-filhos sobre aspectos de saúde bucal na infância tardia e adolescência precoce.** [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Luís: Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, 2021.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em: 21 / 12 / 2021

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Leily Macedo Firoozmand
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Cecília Claudia Costa Ribeiro
(Titular)

Prof.^a Dr.^a Elza Bernardes Monier
(Titular)

Prof.^a Dr.^a Gisele Quariguasi Tobias Lima da Silva
(Suplente)

SUMÁRIO

RESUMO	9
REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
ARTIGO	13
RESUMO	14
INTRODUÇÃO	15
MÉTODOS.....	17
<i>Local e Intervenção do Estudo.....</i>	<i>17</i>
<i>Participantes.....</i>	<i>17</i>
<i>Análise dos hábitos e conhecimentos de saúde bucal e indicadores socioeconômicos.....</i>	<i>18</i>
<i>Análise Estatística.....</i>	<i>19</i>
RESULTADOS.....	19
DISCUSSÃO	10
REFERÊNCIAS	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS.....	21
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE	24
APÊNDICE B – Termo de Assentimento Livre Esclarecido - TALE	25
APÊNDICE C – Questionário Aplicável aos Filhos.....	26
APÊNDICE D – Questionário Aplicável aos Pais/Responsáveis	27
APÊNDICE E – Questionário Socioeconômico.....	28
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	29
ANEXO B – Normas do <i>The Journal of Pediatrics</i>	33

**Dedico este trabalho à minha família, por
todo suporte necessário.**

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais: Marcio Carlos e Danielle Guedes, e irmão: Raphael Guedes, agradeço o apoio e incentivo durante toda a graduação e demais fases da minha vida. Sei que nada foi fácil e que para chegar até aqui houve muitos sacrifícios. Minha eterna gratidão por todos os ensinamentos e por sonharem este sonho comigo. Nada disso seria possível sem vocês.

À minha vó Betizabel Rabelo pelo grande apoio e suporte. Sem a sua ajuda a chegada até aqui seria mais difícil. Agradeço por toda sua contribuição em minha vida e por sempre acreditar em mim.

À todos da minha família que contribuíram direta e indiretamente. O amor, carinho e confiança de vocês em mim fazem toda a diferença.

À prof.^a Leily Macedo Firoozmand pela preciosa orientação sem a qual a conclusão deste trabalho não teria alcançado êxito. Minha gratidão pela oportunidade, ensinamentos e correções durante todo este trabalho e no projeto de PIBIC; a sua disponibilidade e paciência em ensinar são admiráveis. Agradeço ainda à Prof.^a Cecilia Claudia Costa Ribeiro e ao Prof. Vandilson Pinheiro Rodrigues pela contribuição e disposição para ajudar na construção deste trabalho. Agradeço também todos os professores do curso pela dedicação e profissionalismo com que dividiram seus conhecimentos durante todos esses anos de graduação. Obrigado por tudo!

À minha dupla Danielle Barros por todos esses anos ao meu lado, você foi essencial. Aos meus amigos que estiveram comigo nessa jornada do curso de odontologia com os quais compartilhei momentos felizes dentro e fora da universidade, em especial Lisandra Maria, Fernanda Soares, Ronaldo Nogueira, Gleiciane Carneiro, Franklin Monteiro, Gabriel Ribeiro, Letícia Salgado e todos os demais amigos e colegas que, direta ou indiretamente, estiveram presentes em minha formação acadêmica.

Aos meus amigos da vida, em especial Raphael Dias, Suzy Amaral, Lucas Silva, Leo Garcez, Gabriela Carvalho e Tânia Cristine por tornarem a caminhada até aqui menos pesada; pelos conselhos, apoio e compreensão nos momentos de ausência e mal humor. Agradeço por todos os momentos que dividimos durante todos esses anos de amizade. Agradeço ainda o meu caro Rafael Amaral, por todo suporte e companheirismo.

"[...] Tudo o que eu tenho a dizer é que esse é um trabalho duro. Eu batalhei duro por muito tempo para chegar até aqui. Não é sobre ganhar, é sobre não desistir. Se você tem um sonho, lute por ele. Existe uma disciplina. Não é sobre quantas vezes você foi rejeitado, caiu e teve que se levantar. É quantas vezes você fica em pé, levanta a cabeça e segue em frente."

— Lady Gaga

RESUMO

Objetivo: Os pais desempenham papel determinante no cuidado e estado geral de saúde dos seus filhos. O objetivo deste estudo foi avaliar a proporção de concordância entre pais e filhos sobre conhecimento/crenças, autopercepção e comportamento em saúde bucal na infância (8-14 anos).

Metodologia: A partir de um questionário estruturado, 135 alunos de escolas do ensino fundamental e seus respectivos pais/responsáveis responderam questões sobre conhecimentos/crenças/mitos, autopercepção e comportamentos em saúde bucal. Os dados foram analisados por meio dos testes Qui-quadrado e exato de Fisher ($\alpha = 5\%$). Um modelo de regressão linear multivariado foi construído com coeficiente de determinação e o erro quadrático médio (RMSE) calculados para avaliar o ajuste do modelo.

Resultados: Houve equivalências na maioria das respostas quanto aos conhecimentos e comportamentos relacionados à saúde bucal ($P > 0.05$), com nível de concordância variando entre moderado à elevado nas díades pais-filhos (0.60 to 0.95); porém, não se observou concordância nas respostas entre crenças e autopercepção de saúde bucal nas díades ($P < 0.001$). No modelo de regressão multivariado, a maior idade da criança foi preditora para uma maior concordância sobre conhecimento de saúde bucal (Beta = 0.659, $P = 0.011$), enquanto ser menina foi melhor preditor da concordância sobre autopercepção nas díades (Beta= 0.226, $P = 0.040$).

Conclusão: Há uma elevada concordância entre conhecimento e comportamentos de saúde oral entre filhos e responsáveis; porém, não foi observada concordância em relação a crenças e autopercepção em saúde bucal entre pais e filhos.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Relações Pais-Filho. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Autopercepção. Fatores Socioeconômicos.

REFERENCIAL TEÓRICO

Atualmente, a definição de saúde bucal não se restringe à ausência de doenças bucais, mas compreende desde aspectos funcionais quanto o bem-estar físico, mental e social que existe ao longo de um continuum influenciado pelas atitudes, valores, percepções e experiências do indivíduo (GLICK et al., 2017), associando questões como fatores socioeconômico, ambientais e comportamentais sobre a saúde individual ou coletiva. Assim a saúde geral e bucal está intimamente relacionada à qualidade de vida (QoL) (PAIVA et al., 2020).

A manutenção da saúde bucal garante uma maior qualidade de vida, principalmente quando medidas de prevenção estão presentes desde a infância. Nas últimas décadas, o interesse pelo estudo das avaliações de QoL relacionadas à saúde bucal, principalmente em crianças tem aumentado (VARNI; LIMBERS; BURWINKLE, 2007). A presença de desordens bucais pode afetar negativamente o QoL de crianças quanto de suas famílias, gerando não só problemas funcionais e mastigatórios, mas também perda de apetite e peso, dificuldades de fonação, diminuição do desempenho escolar e baixa autoestima (GRANVILLE-GARCIA et al., 2016; RACHMAWATI; PRATIWI; MAHARANI, 2017).

Entre diversas intercorrências bucais, a cárie dentária é a doença não-transmissível (DNT) mais prevalente no público infanto-juvenil e uma das mais prevalentes em todo o mundo (WHO, 2019) sendo a superfície oclusal a mais atingida, especialmente em dentes em processo de erupção (AZARPAZHOOH; MAIN, 2008; LARANJO et al., 2017; LOSSO et al., 2009). A má qualidade da dieta e a alta ingestão de açúcares de adição associados à comportamentos de escassez de higiene são um dos principais fatores para o desenvolvimento da doença cárie (CARMO et al., 2018). Todos esses fatores podem ter efeitos sobre os hábitos de saúde de um indivíduo em todas as etapas da sua vida (ZAMBONI et al., 2015).

O controle do biofilme com escovação com creme dental fluoretado a 1100ppmF (SANTOS; NADANOVSKY; OLIVEIRA, 2013; SANTOS; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2013) é essencial para prevenção das lesões de cárie, em especial durante a fase de erupção dos molares, uma vez que

nestes estágios não há contato com o dente antagonista, o que facilita o depósito de biofilme oral mais espesso (CARVALHO, 2014; CARVALHO; EKSTRAND; THYLSTRUP, 1989; CARVALHO et al., 2016). Assim, o tratamento adequado (preventivo ou restaurador) quando adotados precocemente (ESSVEIN et al., 2019), podem impedir a progressão da doença e a consequente cavitação e dor, contribuindo positivamente na qualidade de vida (CHUKWUMAH et al., 2016; NEVES et al., 2020).

Diversas pesquisas têm buscado a identificação dos fatores associados à doença cárie. Constata-se que determinantes sociais e familiares estão fortemente associados à saúde bucal do público infanto-juvenil, em especial a desigualdade de renda, o acesso à educação (CIANETTI et al., 2017; VINER et al., 2012), o grau de escolaridade dos pais (PAULA; AMBROSANO; MIALHE, 2015) e a compreensão e controle pessoal dos indivíduos acerca da sua própria saúde bucal (MARMOT et al., 1991).

Além disso, o desenvolvimento de lesões de cárie está relacionado aos conhecimentos de saúde bucal assimilados (VERMAIRE; VAN EXEL, 2018; VOZZA et al., 2017). Porém, somente a compreensão sobre medidas preventivas e de higiene tem se mostrado insuficientes no cenário pais-filhos, tendo em vista a não aplicação dessas informações na prática cotidiana (PRABHU et al., 2013; VITTOBA SETTY; SRINIVASAN, 2016).

Assim, faz-se importante conhecer o grau de conhecimento de pais/responsáveis (PRABHU et al., 2013), pois este estará diretamente relacionado ao seu comportamento e conduta como educador. A alteração na conduta dos pais/responsáveis pode conduzir a uma mudança significativa no comportamento dos filhos, sendo este um fator determinante para promoção de saúde em crianças e adolescentes (VERMAIRE; VAN EXEL, 2018; WEATHERWAX et al., 2015).

A compreensão pessoal do que é saúde e a falta dela também é um indicador importante. Assim, a autopercepção em saúde é um indicador cada vez mais utilizado em saúde pública, tendo em vista sua forte relação com condições clínicas e uso de serviços de saúde estando diretamente ligada à compreensão do indivíduo do que é saúde, bem como os sinais e sintomas da ausência de

saúde, podendo ser influenciada por crenças, histórico de visitas odontológicas e fatores externos ao indivíduo (BIDINOTTO et al., 2017; CRUZ et al., 2001).

Durante a fase final da infância e o início da adolescência ocorrem diversas mudanças físicas e psicossociais, sendo predominantemente caracterizada por uma luta por maior autonomia e independência e redução de comunicação entre pais e filhos (KEIJSERS; POULIN, 2013)

Embora haja evidências de que os pais desempenham papel importante no desenvolvimento da saúde bucal dos filhos (OKADA et al., 2002), lacunas permanecem na literatura. São escassos os estudos que levem em consideração conhecimentos, crenças, autopercepção e comportamentos de saúde bucal dos filhos na infância tardia e adolescência precoce em estudos de concordância pais-filhos. Nessa fase, na qual as crianças adquirem certa autonomia (HEIN et al., 2014), faz-se importante considerar estes fatores e como isso influencia a sua saúde bucal e qual a influência dos pais neste contexto.

O objetivo deste estudo foi investigar a proporção de concordância entre pais e filhos sobre conhecimentos/crenças, autopercepção e comportamento de saúde bucal no final da infância e início da adolescência, e identificar fatores sociodemográficos associados à concordância entre pais e filhos sobre aspectos de saúde bucal.

ARTIGO

Artigo a ser traduzido e submetido ao *The Journal of Pediatrics*.

**CONCORDÂNCIA PAI-FILHOS SOBRE CONHECIMENTOS/CRENÇAS,
AUTOPERCEPÇÃO E COMPORTAMENTOS EM SAÚDE BUCAL**

Mayron Guedes Silva ^a, and Leily Macedo Firoozmand ^{a,b}

^a Departamento de Odontologia I, Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil.

^b Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Nome: Leily Macedo Firoozmand

Endereço: Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão, Av. dos Portugueses, 1966, Cidade Universitária – Bacanga, 65080-805, São Luís, MA, Brasil.

E-mail: leilyfiroozmand@hotmail.com

Telefone: +55(98) 982150790

FONTE DE RECURSOS: Este estudo foi realizado com apoio em parte pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 e pela FAPEMA – Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão.

RESUMO

Objetivos: Os pais desempenham papel determinante no cuidado e estado geral de saúde dos seus filhos. O objetivo deste estudo foi avaliar a proporção de concordância entre pais e filhos sobre conhecimento/crenças, autopercepção e comportamento em saúde bucal na infância (8-14 anos).

Desenho do estudo: A partir de um questionário estruturado, 135 alunos de escolas do ensino fundamental e seus respectivos pais/responsáveis responderam questões sobre conhecimentos/crenças/mitos, autopercepção e comportamentos em saúde bucal. Os dados foram analisados por meio dos testes Qui-quadrado e exato de Fisher ($\alpha = 5\%$). Um modelo de regressão linear multivariado foi construído com coeficiente de determinação e o erro quadrático médio (RMSE) calculados para avaliar o ajuste do modelo.

Resultados: Houve equivalências na maioria das respostas quanto aos conhecimentos e comportamentos relacionados à saúde bucal ($P > 0.05$), com nível de concordância variando entre moderado à elevado nas díades pais-filhos (0.60 to 0.95); porém, não se observou concordância nas respostas entre crenças e autopercepção de saúde bucal nas díades ($P < 0.001$). No modelo de regressão multivariado, a maior idade da criança foi preditora para uma maior concordância sobre conhecimento de saúde bucal (Beta = 0.659, $P = 0.011$), enquanto ser menina foi melhor preditor da concordância sobre autopercepção nas díades (Beta= 0.226, $P = 0.040$).

Conclusão: Há uma elevada concordância entre conhecimento e comportamentos de saúde oral entre filhos e responsáveis; porém, não foi observada concordância em relação a crenças e autopercepção em saúde bucal entre pais e filhos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Bucal. Relações Pais-Filho. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Autopercepção. Fatores Socioeconômicos.

INTRODUÇÃO

A manutenção da saúde bucal é um importante fator que pode impactar na qualidade de vida (QoL) do indivíduo ¹. Medidas de prevenção e intervenções odontológicas quando adotadas precocemente podem impedir a progressão da doença e a consequente ocorrência de lesões de cárie e dor dental, contribuindo positivamente na qualidade de vida do adulto ^{1,2}.

Nas últimas décadas, o interesse pelo estudo das avaliações de QoL relacionadas à saúde bucal, principalmente em crianças tem aumentado ³. Ainda que estudos sugiram que, a partir de questionários adequados, é possível obter informações importantes e adequadas por crianças com cerca de 8 anos de idade sobre sua própria saúde bucal ⁴, os pais/responsáveis frequentemente são fontes de informação para a medição desses aspectos. Isso tem sido justificado baseando-se na opinião de que as informações fornecidas pelas crianças não seriam totalmente confiáveis e válidas devido à capacidade cognitiva e linguística em desenvolvimento, com dificuldades para se autorrelatar ⁵.

Na primeira infância, os fatores socioeconômicos, a dieta e as percepções e crenças sobre higiene oral dos pais exercem grande influência sobre a saúde bucal das crianças ^{6,7}. A educação dos pais e a conscientização da comunidade estão entre os fatores de proteção, reduzindo a vulnerabilidade das crianças ⁸. A saúde geral e a personalidade infantil possuem associação e influenciam na saúde física do adulto que está se formando. Assim há valor potencial das intervenções que visam o desenvolvimento de comportamentos na primeira infância ⁹.

Durante a fase do final da infância e início da adolescência ocorrem mudanças na capacidade emocional ¹⁰ e características de personalidade ¹¹. As regiões cerebrais que fundamentam a atenção, a avaliação da recompensa, a discriminação afetiva, a inibição da resposta e o comportamento direcionado a um objetivo passam por uma reorganização estrutural e funcional ao longo do final da infância e início da idade adulta ¹⁰. Nesta fase, o córtex frontal adota um papel cada vez mais regulador. Estas mudanças neurobiológicas podem contribuir para a variação do comportamento afetivo e cognitivo na adolescência ¹⁰. Neste período há a erupção dos segundos e terceiros molares permanentes, que estão relacionados com o desenvolvimento esquelético e dental do indivíduo ¹².

Porém, a literatura demonstra que os pais, em muitos casos, desconhecem o período de erupção e da importância da erupção dos primeiros molares permanentes ¹³.

A cárie tem um impacto significativo na QoL de adolescentes, e o tratamento resulta em melhora acentuada de QoL ¹. O conhecimento de saúde bucal assimilado durante a infância e adolescência está relacionado ao controle da cárie ² e está fortemente associado a fatores sociais e familiares como desigualdade de renda, acesso à educação ¹⁴, nível de educação dos pais ¹⁵ e compreensão e compreensão dos indivíduos controle pessoal sobre sua própria saúde bucal ¹⁶.

Em adultos, a autoavaliação da saúde bucal, os fatores sociodemográficos e os comportamentos de saúde bucal estão associados às crenças de controle da saúde bucal que receberam ao longo da vida ¹⁷. Dentro deste contexto, a relação de concordância entre pais-filhos ganha grande importância visto que situação socioeconômica, conhecimento e hábitos dos pais podem influenciar nos hábitos ¹⁸ e desenvolvimento de saúde bucal de seus filhos ¹⁹.

A lacuna do conhecimento é verificada no final da infância e início da adolescência, onde os fatores tais como conhecimentos, crenças, autopercepção e comportamentos são escassos e requerem maiores investigações. Alterações psicossociais observadas nas crianças no período do final da infância e início da adolescência ^{10,11} alinhado ao momento em que as crianças adquirem certa autonomia ²⁰ motivaram o estudo da concordância de conhecimentos, percepções e atitudes de saúde bucal entre pais/responsáveis e filhos. Conhecer a influência dos pais/responsáveis nos aspectos referentes a saúde bucal neste período da vida, se faz necessário. A compreensão sobre medidas preventivas e de higiene tem se mostrado insuficientes no cenário pais-filhos, pois não há a aplicação dessas informações na prática cotidiana ²¹. Com o entendimento destes fatores é possível traçar estratégias de saúde pública que visam a prevenção e melhorar a qualidade de vida do adulto que está se formando.

O objetivo deste estudo foi investigar a proporção de concordância entre pais e filhos sobre conhecimentos/crenças, autopercepção e comportamento de saúde bucal no final da infância e início

da adolescência, e identificar fatores sociodemográficos associados à concordância entre pais e filhos sobre aspectos de saúde bucal.

MÉTODOS

Foi conduzido um estudo transversal com uma amostra de díades pai-filho. O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CEP-UFMA), nº do parecer: 2.284.768. Todos os pais participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Apenas os alunos cujos pais autorizaram a participação da pesquisa e que concordaram participar do estudo assinando o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) foram incluídos.

Local e Intervenção do Estudo

O estudo foi realizado em São Luís, capital do estado do Maranhão, a qual possuía em 2019, de acordo com dados do IBGE, uma população estimada de 1.101.884 habitantes. A taxa de escolarização entre a população de 6 a 14 anos de idade é de 98,8%²². Além disso, um número raro de unidades de ensino municipais conta com serviço de cuidados odontológicos.

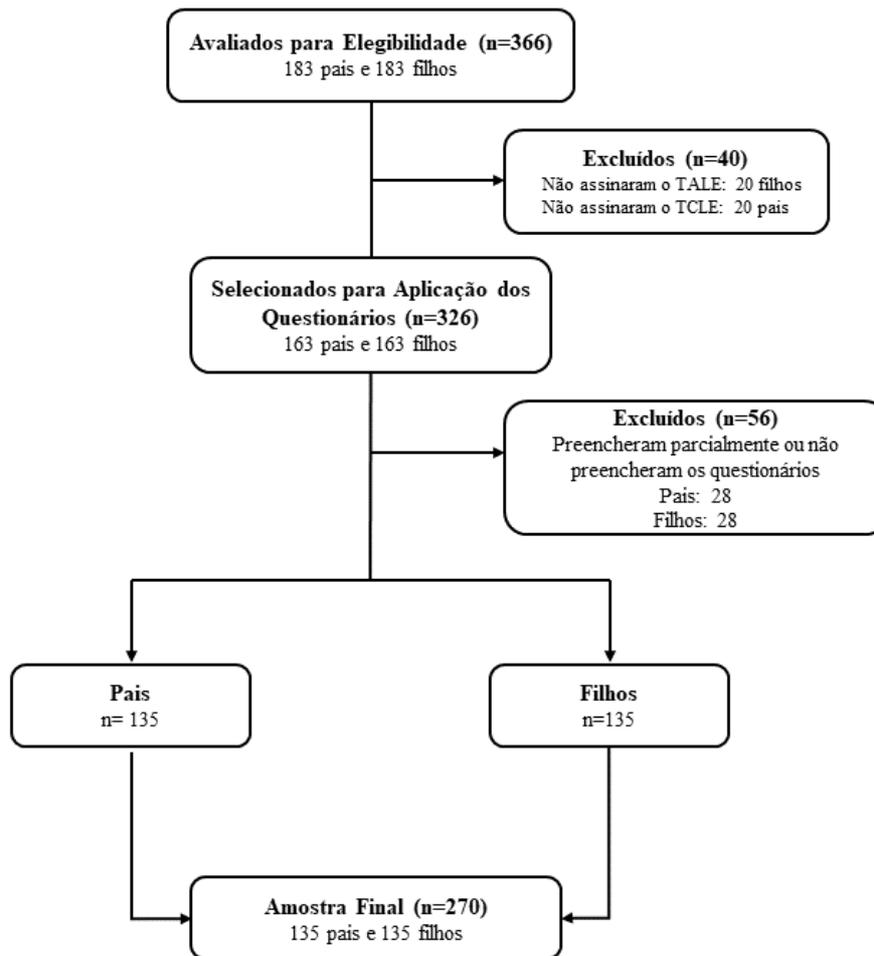
Foram aplicados questionários estruturados que abordavam aspectos socioeconômicos e demográficos, conhecimento sobre saúde bucal e manobras preventivas, autopercepção/autoavaliação e hábitos aos pais/responsáveis e alunos de Escolas Públicas do município de São Luís. Ambos os grupos responderam os questionários individualmente, com exceção do questionário socioeconômico aplicado apenas aos pais/responsáveis.

Participantes

O presente estudo foi aplicado apenas a crianças com idade entre 8 e 14 anos, em acordo com a idade adotada pela OMS para entrevistas epidemiológicas, totalizando 270 participantes entre pais e crianças. Os pais/responsáveis foram convidados a participar da pesquisa durante as reuniões de pais e professores nas escolas. Para os que não compareceram as reuniões escolares, o contato telefônico foi disponibilizado e foram agendados encontros.

A amostra final foi composta por 135 escolares matriculados em escolas municipais pertencentes às turmas do 5º ao 8º ano do ensino fundamental, e seus respectivos pais/responsáveis (n=135). Foram excluídos os que não preencheram os questionários e/ou apenas assinaram o TCLE/TALE (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma da metodologia de inclusão e exclusão de participantes da amostra.



Análise dos hábitos e conhecimentos de saúde bucal e indicadores socioeconômicos

As 20 questões relacionadas a 3 grandes tópicos principais de conhecimentos e crenças (mitos), autopercepção e comportamentos foram aplicados aos pais/responsáveis e aos adolescentes. Estes foram orientados a responder os aspectos relativos à sua percepção/conduita diante da questão perguntada.

As 14 questões referentes aos dados socioeconômicos foram obtidas junto aos pais/responsáveis incluíram: nível de escolaridade, quantidade de moradores da casa, renda familiar

mensal, participação em programas sociais, acesso à saúde (público ou privado). Para construção da variável “renda familiar mensal”, foi utilizado o número de salários mínimos (BMW, 2019).

Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada utilizando o Stata versão 16.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA). A análise de comparação entre os grupos de crianças e pais/responsáveis foi realizada por meio do teste Qui-quadrado ou exato de Fisher. A proporção de concordância (Kappa) foi calculada para cada questão de saúde bucal (díades pais-filhos respostas concordantes / número total de respostas, variando de 0 a 1) e representada como baixa ($\kappa < 0,40$); moderada ($\kappa = 0,41-0,60$); ou elevada ($\kappa > 0,61$)²³. Um modelo de regressão linear múltipla foi construído para estimar o coeficiente beta e identificar preditores sociodemográficos do número total de concordância pai-filho sobre aspectos de saúde bucal. O coeficiente de determinação e o erro quadrático médio (RMSE) foram calculados para avaliar o ajuste do modelo. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Um total de 135 díades (pai-filho) foram incluídas no presente estudo. Observou-se que a maioria das crianças estava na faixa etária de 10-11 anos (57.8%). Houve uma maior frequência de pais/responsáveis do sexo feminino (79.3%), com mais de 8 anos de estudo (68.2%).

A distribuição dos dados sociais mostrou que a renda familiar mensal mais frequente foi entre 2 a menos de 5 salários-mínimos (51.9%), 57% residiam em casas com até 3 pessoas, 54.1% recebiam algum auxílio governamental e 88.9% utilizavam apenas os serviços públicos de saúde (Tabela 1).

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas da amostra avaliada.

Variáveis	n	(%)
Sexo da criança		
Feminino	61	(45.2)
Masculino	74	(54.8)
Idade da criança		
8-9 anos de idade	27	(20.0)
10-11 anos de idade	78	(57.8)
12-14 anos de idade	30	(22.2)
Sexo dos pais/responsáveis		
Feminino	107	(79.3)

Masculino	28	(20.7)
Nível de escolaridade dos pais/responsáveis		
≤ 8 anos	43	(31.8)
> 8 anos	92	(68.2)
Renda familiar mensal (em BMW)		
Menos de 2	32	(23.7)
2 a menos de 5	70	(51.9)
5 ou mais	33	(24.4)
Tamanho da família		
2-3 pessoas	77	(57.0)
4-5 pessoas	37	(27.4)
6 pessoas ou mais	21	(15.6)
Benefícios Sociais		
Não	62	(45.9)
Sim	73	(54.1)
Acesso à serviços de saúde		
Apenas serviços públicos	120	(88.9)
Serviços públicos e privados	15	(11.1)

BMW = Brazilian minimum wage [salário-mínimo brasileiro] (R\$ 998 em 2019).

A análise comparativa e de concordância do conhecimento em saúde bucal está apresentada na Tabela 2. Houve uma frequência maior de acerto para a pergunta sobre a não transmissibilidade da doença cárie (Conhecimentos de Desenvolvimento de Cárie) para as crianças ($P < 0.001$), e, maior frequência de acerto a respeito do relato sobre a influência do flúor na prevenção da doença cárie (Conhecimentos de Prevenção) para os pais/responsáveis ($p < 0.001$). O nível de concordância variou de moderado a elevado para as questões sobre conhecimento de saúde bucal (0.60 to 0.95), a pergunta com o grau mais elevado de concordância filho-responsável foi sobre o risco do consumo de açúcar e doce na etiologia da cárie.

Em relação às crenças, houve mais discordância entre pais-filhos (Tabela 2). Uma elevada proporção de concordância foi identificada na resposta de que boa higiene e alimentação fazem as pessoas terem dentes fortes (0.82, CI95% 0.74-0.88). Uma maior frequência de respostas “concordo” e “concordo totalmente” foi observada no grupo de responsáveis para a pergunta “se o uso de antibióticos na infância pode deixar os dentes fracos” ($P < 0.001$). Um percentual maior de filhos relatou que “dentes fortes” eram resultantes de boa higiene e alimentação ($p = 0.016$).

Tabela 2. Distribuição de frequência e concordância pais-filhos sobre conhecimentos e crenças em saúde bucal (mitos dentais) e autopercepção.

Variáveis		Crianças	Pais/ Responsáveis	P	Proporção de concordância [95% CI]
		n (%)	n (%)		
Conhecimentos de Desenvolvimento de Cárie	Você deve ir ao dentista apenas quando houver dor de dente?			0.234	0.88 [0.82-0.93]
	Não	123 (91.1)	128 (94.8)		
	Sim	12 (8.9)	7 (5.2)		
	A cárie é uma doença transmissível?			<0.001*	0.59 [0.50-0.67]
	Não	108 (80.6)	78 (58.6)		
	Sim	26 (19.4)	55 (41.4)		
	A cárie pode ser prevenida?			0.722	0.94 [0.89-0.97]
	Não	3 (2.2)	5 (3.7)		
	Sim	131 (97.8)	130 (96.3)		
	A dieta alimentar pode influenciar a cárie?			0.075	0.83 [0.76-0.89]
Não	15 (11.1)	7 (5.2)			
Sim	120 (88.9)	128 (94.8)			
Conhecimentos de Prevenção	O excesso de açúcar e doces pode causar cáries?			0.213	0.95 [0.90-0.98]
	Não	1 (0.7)	5 (3.7)		
	Sim	134 (99.3)	130 (96.3)		
	A escovação evita a cárie?			0.172	0.94 [0.88-0.97]
	Não	2 (1.5)	6 (4.5)		
	Sim	133 (98.5)	128 (95.5)		
	Qual a indicação do fio dental?			0.485	0.68 [0.59-0.76]
	Realiza limpeza interdental	107 (83.6)	101 (80.1)		
	Ele substitui a escovação de dentes	2 (1.6)	1 (0.8)		
	Limpa todas as partes dos dentes	7 (5.5)	7 (5.6)		
Não precisa ser usado todos os dias	3 (2.3)	1 (0.8)			
Você deve parar de usá-lo quando suas gengivas sangrarem	9 (7.0)	16 (12.7)			
O flúor ajuda a prevenir a cárie?			<0.001*	0.75 [0.62-0.85]	
Não	12 (8.9)	16 (11.8)			
Sim	54 (40.0)	110 (81.5)			
Eu não sei o que é flúor	69 (51.1)	9 (6.7)			
O selante dentário previne a cárie?			0.078	0.60 [0.77-0.86]	
Não	4 (3.0)	12 (9.0)			
Sim	17 (12.6)	21 (15.5)			
Eu não sei o que é selante dentário	114 (84.4)	102 (75.5)			

	Algumas pessoas nascem com dentes menos resistentes à cárie dentária ("dentes fracos")			0.308	0.28 [0.20-0.36]
Crenças (ou mitos)	Discordo totalmente	23 (17.0)	17 (12.6)		
	Discordo	10 (7.4)	18 (13.3)		
	Não concordo nem discordo	17 (12.6)	13 (9.6)		
	Concordo	60 (44.5)	55 (40.8)		
	Concordo totalmente	25 (18.5)	32 (23.7)		
	O uso de antibióticos durante a infância pode enfraquecer os dentes			<0.001*	0.16 [0.10-0.24]
	Discordo totalmente	44 (33.1)	7 (5.2)		
	Discordo	19 (14.3)	7 (5.2)		
	Não concordo nem discordo	21 (15.8)	17 (12.6)		
	Concordo	32 (24.0)	42 (31.1)		
	Concordo totalmente	17 (12.8)	62 (45.9)		
	Algumas pessoas têm dentes fortes devido a:			0.016*	0.82 [0.74-0.88]
	Herança genética dos pais	0 (0)	3 (2.2)		
	Boa situação financeira	2 (1.5)	2 (1.5)		
	Boa higiene e alimentação	127 (95.5)	118 (87.4)		
	Eu não sei	3 (2.3)	12 (8.9)		
		Satisfação com a aparência dental			0.001*
Autopercepção	Muito satisfeito	17 (12.8)	7 (5.2)		
	Satisfeito	50 (37.6)	36 (26.7)		
	Nem satisfeito nem insatisfeito	31 (23.3)	25 (18.5)		
	Insatisfeito	23 (17.3)	48 (35.6)		
	Muito insatisfeito	12 (9.0)	19 (14.1)		
	Autoavaliação da saúde bucal			<0.001*	0.33 [0.25-0.42]
	Muito boa	12 (8.9)	4 (3.0)		
	Boa	67 (49.6)	40 (29.6)		
	Regular	47 (34.8)	70 (51.9)		
	Ruim	7 (5.2)	13 (9.6)		
	Muito ruim	2 (1.5)	8 (5.9)		

* Diferenças estatisticamente significantes entre crianças e pais/responsáveis (P < 0.05).

A partir da avaliação de distribuição das variáveis sobre autopercepção de saúde bucal observa-se que um maior percentual de insatisfação com os dentes foi observado entre os pais ($P = 0.001$) Tabela 2. Uma maior frequência de autoavaliação de saúde bucal com categorias muito boa e boa foi identificada entre os filhos ($P < 0.001$).

A Tabela 3 mostra a distribuição de concordância do comportamento em saúde bucal. A maior parcela do grupo de filho relatou a não necessidade de supervisão durante a escovação dental das crianças (91.8%), enquanto 94.1% dos responsáveis relataram que há necessidade ($P < 0,001$), com baixa concordância filho-responsável (0.12, CI95% 0.07-0.19). De forma semelhante, 95.5% dos filhos relataram que não há necessidade de realizar a escovação na escola, enquanto 83% dos responsáveis relataram que há necessidade ($P < 0,001$), com baixa concordância filho-responsável (0.17, CI 95% 0.12-0.25). Houve uma elevada concordância filho/responsável para a variável referente ao compartilhamento de escova dentária (0.91, CI95% 0.84-0.95), observou-se que 6.7% dos filhos e 2.2% dos responsáveis relataram compartilhar a escova dental.

Tabela 3. Distribuição de frequência e concordância pais-filhos sobre comportamento de saúde bucal.

Variáveis	Crianças	Pais/ Responsáveis	P	Proporção de concordância [95% CI]
	n (%)	n (%)		
Autocuidado	Uso de escovas de dentes compartilhadas		0.136	0.91 [0.84-0.95]
	Não	126 (93.3)	132 (97.8)	
	Sim	9 (6.7)	3 (2.2)	
	Frequência da escovação diária dos dentes		0.701	0.48 [0.40-0.57]
	1 vez/dia	2 (1.5)	2 (1.5)	
	2 vezes/dia	13 (9.6)	8 (5.9)	
	3 vezes/dia	86 (63.7)	87 (64.4)	
	> 3 vezes/dia	34 (25.2)	38 (28.2)	
	Escovação supervisionada pelos pais/responsáveis		<0.001*	0.12 [0.07-0.19]
	Não é necessário	124 (91.8)	8 (5.9)	
É necessário	11 (8.2)	127 (94.1)		
Escovação diária de dentes na escola		<0.001*	0.17 [0.12-0.25]	
Não é necessária	128 (95.5)	23 (17.0)		
É necessária	6 (4.5)	112 (83.0)		
Cuidado Profissional	Última visita ao dentista		0.077	0.36 [0.28-0.45]
	Nunca visitou o dentista	24 (17.8)	11 (8.2)	
	Mais de 1 ano	50 (37.0)	63 (47.0)	
	Entre 6 meses e 1 ano	22 (16.3)	18 (13.3)	
	Menos de 6 meses	39 (28.9)	42 (31.4)	
	Motivo da última visita ao dentista		0.095	0.36 [0.28-0.45]
	Nunca visitou o dentista	24 (17.8)	11 (8.3)	
	Visita de rotina	38 (28.2)	31 (23.5)	
	Tratamento ortodôntico	11 (8.1)	15 (11.4)	
	Dor de dente	32 (23.7)	34 (25.8)	
Outros motivos	30 (22.2)	41 (31.0)		

* Diferenças estatisticamente significantes entre crianças e pais/responsáveis ($P < 0.05$).

Observou-se no total das perguntas sobre saúde bucal, que pelo menos 50% dos pais e filhos apresentaram respostas concordantes para 10 perguntas (mean 10.5 ± 1.9). Outro achado para ser destacado é que pelo menos 50% dos pais e filhos não apresentaram respostas concordantes para as 2 perguntas sobre autopercepção de sua própria saúde bucal. Dentre os grupos temáticos a distribuição procedeu-se com (7.5 ± 1.3) Conhecimentos e crenças, ($2,4 \pm 1.0$) Autopercepção e (0.5 ± 0.6) Comportamento.

Modelos de regressão foram construídos para identificar fatores sociodemográficos preditores do grau de concordância entre filhos e responsáveis sobre questões de conhecimento, comportamentos e autopercepção de saúde bucal (Tabela 4). Os achados mostraram que quanto maior

idade (Beta = 0.552, $P = 0,003$) e maior o nível de escolaridade (Beta = 0.254, $P = 0.023$) maior foi o número de resposta concordantes sobre conhecimentos de saúde bucal na amostra avaliada. Os fatores sociodemográficos analisados não apresentaram predição no número de respostas concordantes em relação a comportamentos de saúde bucal. Meninas apresentaram maior concordância com os responsáveis em relação a autopercepção de saúde bucal (Beta = 0.226, $P = 0.040$).

Tabela 4. Análises de regressão múltipla dos preditores demográficos e socioeconômicos sobre o número total de concordância pais-filhos nos aspectos de saúde bucal.

Fatores preditores	Número de concordância pai-filho sobre os achados de saúde bucal												
	Conhecimentos e crenças			Autopercepção			Comportamento						
	R ²	RMSE	Beta	P	R ²	RMSE	Beta	P	R ²	RMSE	Beta	P	
Modelo	0.173/1.303			0.111/0.617			0.046/1.101						
Criança do sexo feminino			0.157	0.495			0.226	0.040*			0.212	0.277	
Idade da criança			0.552	0.003*			0.116	0.183			-0.010	0.948	
Pais/responsáveis do sexo feminino			0.087	0.766			0.205	0.144			-0.290	0.244	
Escolaridade dos pais/responsáveis			0.254	0.023*			0.028	0.594			-0.017	0.851	
Renda familiar mensal			-0.177	0.403			0.166	0.100			0.133	0.458	
Tamanho da família			0.177	0.258			-0.001	0.992			0.117	0.373	
Benefícios Sociais			-0.391	0.122			0.004	0.969			-0.105	0.621	
Acesso à serviços de saúde privados			0.411	0.311			0.055	0.772			-0.426	0.214	

R² = Coeficiente de determinação. RMSE = Raiz do erro quadrático médio. Beta = Coeficiente de regressão. * $P < 0.05$.

DISCUSSÃO

Práticas de saúde e hábitos comportamentais na infância são decorrentes do meio familiar, sendo os pais, em especial as mães, a principal modelo de comportamento¹⁹. Este estudo permitiu observar que há concordância na maioria das respostas do conhecimento/hábitos (crenças) e hábitos relacionados à saúde oral ($P > 0.05$) dos pais/responsáveis e dos filhos, porém não foram observadas concordância na autopercepção nas díades pais-filhos ($P < 0.05$). Observou-se que os filhos apresentam uma autopercepção mais positiva sobre sua condição de saúde bucal (58,5%), quando comparada à autopercepção entre os pais (32,6%).

Aspectos no período final da infância e início da adolescência foram avaliados neste estudo, pois além de ocorrerem alterações psicossociais nesta fase^{10,11}, sabe-se que é a época de erupção dos segundos e terceiros molares permanentes. Este é considerado um momento crítico para o desenvolvimento de lesões cariosas¹³. Além disto, a falta de conhecimento dos pais sobre saúde

bucal, higienização bucal precária, alimentação com alto teor de carboidratos e a falta de acesso à saúde estão entre os fatores que provocam o desenvolvimento de lesões iniciais de cárie ²⁴.

O conhecimento, as crenças, os mitos e os comportamentos dos pais sobre a saúde bucal são fatores influenciadores dos comportamentos de saúde bucal e determinantes do estado de saúde bucal familiar ²⁵. Os resultados do presente estudo revelam que tanto os pais quanto os filhos demonstram ter um bom conhecimento dos fatores etiológico da cárie. Apesar do nível de concordância das respostas variar de moderado a elevado (0.60 to 0.95), os filhos expressam maior porcentagem de acerto em relação ao conceito de não transmissibilidade da doença cárie. Este achado pode estar relacionado a implementação cada vez mais presente de programas nacionais de saúde bucal nas escolas brasileiras ²⁶ e sua forte influência na difusão de conhecimentos relacionados à saúde bucal ²⁷. Este estudo foi realizado com voluntários regularmente matriculados em escolas públicas, e é sabido que a escola possibilita a aquisição de um modo de pensar mais científico ²⁸, e tem grande influência na formação de opinião dos indivíduos ²⁹.

A avaliação dos conhecimentos sobre métodos preventivos entre pais e filhos permitiram verificar concordância referente a importância de uma dieta balanceada com baixo teor de açúcares e a escovação dentária para a prevenção da cárie. O conhecimento a respeito dos benefícios do uso de fluoretos foi mais evidente no grupo dos pais ($P < 0.001$) e ambos desconheciam a respeito da utilização de selantes de cicatrículas e fissuras. Verificou-se que menos de 50% pais/filhos fazem visitas anuais ao dentista, sendo que 17,8% e 8,2% de filhos e pais, respectivamente, nunca visitaram o dentista. O papel do dentista na orientação e na conscientização sobre a importância da prevenção e dos cuidados é norteadora para a promoção de saúde bucal ³⁰.

Em relação às crenças e mitos odontológicos, houve concordância entre pais-filhos no quesito relacionado aos dentes “nascerem fracos” ($P > 0.05$). Porém, diferente dos pais, grande maioria das crianças/adolescentes discordam totalmente com o fato de que os antibióticos na infância são causadores de “dentes fracos” ($P < 0.001$). Conhecer e compreender mitos e crenças culturais pode ajudar o profissional a explicar e incentivar os benefícios da prevenção e do tratamento odontológico

para os pais ⁷. No nosso estudo, 79,3% da amostra foi composta por mães, e tem sido observado uma maior prevalência de mitos odontológicos em indivíduos mais velhos e do sexo feminino, que exercem grande influência durante o desenvolvimento de seus filhos ^{31,32}.

Quanto à autopercepção, cerca de 67% dos pais autoavaliaram sua saúde bucal negativamente (regular, ruim ou muito ruim) e 61% dos filhos autoavaliaram sua saúde bucal positivamente, gerando ausência de concordâncias significativas quanto à autoavaliação de saúde bucal e satisfação na díade pais-filhos. Nas últimas décadas, estudos epidemiológicos revelam uma tendência no declínio nos índices de cárie na população brasileira, especialmente em crianças de 12 anos de idade ³³. Especula-se que a expansão da fluoretação da água em todo o país, a comercialização de dentifrícios fluorados, criação e reestruturação de programas de odontologia em saúde pública ³⁴, bem como a crescente implementação de programas de saúde bucal nas escolas tem colaborado para a redução dos índices de cárie. Estes fatores possivelmente refletem na melhor percepção e autoavaliação relatada pelas crianças. O grande índice de autoavaliação negativa entre os pais/responsáveis, está possivelmente associada a fatores relacionados ao meio, como relações sociais e as exigências estéticas (fortemente observadas em indivíduos do sexo feminino). Estes resultados vão ao encontro de achados de estudos que apontam que uma autoavaliação mais negativa tende a aumentar com a idade ³⁵, estando geralmente associada ao sexo feminino ³⁶, o que representou grande parte da amostra.

Visto que o conhecimento e a autopercepção influenciam a tomada de decisões comportamentais, verificou-se uma expressiva concordância entre as respostas dos pais/responsáveis e filhos, respectivamente, quanto aos hábitos de higiene oral: o não compartilhamento de escovas dentais e a frequência de escovação diária de 3 vezes ou mais ($P > 0.05$). A escovação com dentifrícios fluoretados é importante para prevenção do desenvolvimento de cárie. Os hábitos de escovação dos pais influenciam os comportamentos de escovação dos filhos ⁶. Os resultados do presente estudo revelaram que 91,8% dos filhos relataram não receber ajuda dos seus pais/responsáveis durante a escovação. Porém, a supervisão dos pais exerce um papel fundamental nesse processo, pois as crianças estão em processo de desenvolvimento da coordenação motora fina e podem não estar

escovando os dentes realmente ³⁷. Apesar dos pais concordarem que é necessário escovar os dentes na escola (94,1%), os filhos relatam não achar necessário esta prática na escola (98,1%), apresentando baixa concordância filho-responsável (0.12, CI95% 0.07-0.19). A falta de implementação de programas e planos educativos permanentes de promoção da saúde bucal e escovação dentária diária nas escolas ³⁸ contribuem para falha neste processo.

Quanto aos hábitos relacionados aos cuidados em saúde bucal, menos de 50% dos pais/responsáveis visitam anualmente o dentista e, dentre eles, menos de 30% deles relatam ir à consulta de rotina. E ainda, observou-se que 8,2% dos pais/responsáveis e 17,8% dos filhos nunca foram ao dentista. Esses dados podem estar associados com a dificuldade no acesso aos serviços de saúde bucal, pois a maior parcela dos entrevistados reside em regiões periféricas. Assim, indivíduos com situação socioeconômica menos favorecida são mais propensos a utilizar os serviços odontológicos se eles forem disponibilizados gratuitamente e próximos de suas casas ²¹.

O modelo de regressão desenvolvido revelou uma associação entre o número de respostas concordantes e fatores sociodemográficos apenas nos quesitos “conhecimentos e crenças de saúde bucal” e “autopercepção”. Aspectos econômicos e o baixo nível de escolaridade dos pais estão relacionados entre si e afetam o conhecimento e hábitos de saúde bucal dos filhos ³⁹. Famílias em que os pais possuem um maior nível de escolaridade apresentam uma maior concordância de respostas com relação aos conhecimentos de saúde bucal. No presente estudo 68,2% dos pais possuem mais de 8 anos de estudo e apenas 8,2% dos filhos nunca visitaram um consultório odontológico. Possuir maior nível escolaridade implica numa maior probabilidade de ter trabalhos mais remunerados, podendo assim, ter mais acesso a serviços odontológicos ².

Outro fator importante foi que as concordâncias pais/filhos relacionadas à saúde bucal foram mais altas quanto mais velhas eram as crianças. A medida que a criança envelhece, espera-se que o nível de conhecimento relacionado à saúde bucal aumente, segundo a teoria chamada por Piaget de desenvolvimento sequencial invariável ²⁸.

Em relação à autopercepção, o único fator sociodemográfico preditor de concordância foi ser do sexo feminino. As crianças/adolescentes do sexo feminino tendem a ter mais respostas concordantes com os pais/responsáveis neste indicador. As meninas são mais interessadas pela sua saúde bucal e a percebem em grau mais elevado do que os meninos ⁴⁰. Além disso, os fatores de influência dos pais se dão em nível de conhecimento e comportamento para as meninas ¹⁸.

É válido ressaltar que estudos em nível multidisciplinar, avaliando as influências de fatores externos e internos ao indivíduo, bem como o emprego de análises com outras técnicas de modelagem são necessárias para elucidar a natureza de todas estas relações pai-filhos. Em conclusão, os achados sugerem que há uma elevada concordância em conhecimento e comportamentos de higiene/prevenção de saúde oral entre filhos e responsáveis. Entretanto, observou-se que não há concordância pai-filho em relação a crenças e autopercepção em saúde bucal.

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores não têm conflitos de interesse a divulgar.

REFERÊNCIAS

1. Chukwumah NM, Folayan MO, Oziegbe EO, Umweni AA. Impact of dental caries and its treatment on the quality of life of 12- to 15-year-old adolescents in Benin, Nigeria. *Int J Paediatr Dent.* 2016;26(1):66-76. doi:10.1111/ipd.12162
2. Neves ÉTB, Dutra L da C, Gomes MC, et al. The impact of oral health literacy and family cohesion on dental caries in early adolescence. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2020;48(3):232-239. doi:10.1111/cdoe.12520
3. Varni JW, Limbers CA, Burwinkle TM. How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life?: an analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL 4.0 Generic Core Scales. *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5:1. doi:10.1186/1477-7525-5-1
4. Dimberg L, Arvidsson C, Lennartsson B, Bondemark L, Arnrup K. Agreement between children and parents in rating oral health-related quality of life using the Swedish versions of the short-form Child Perceptions Questionnaire 11-14 and Parental Perceptions Questionnaire. *Acta Odontol Scand.* 2019;77(7):534-540. doi:10.1080/00016357.2019.1614216
5. Upton P, Lawford J, Eiser C. Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. *Qual life Res an Int J Qual life Asp Treat care Rehabil.* 2008;17(6):895-913. doi:10.1007/s11136-008-9350-5
6. Adair PM, Pine CM, Burnside G, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health.* 2004;21(1 Suppl):102-111.
7. Chhabra N, Chhabra A. Parental knowledge, attitudes and cultural beliefs regarding oral health and dental care of preschool children in an Indian population: a quantitative study.

Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent. 2012;13(2):76-82.

doi:10.1007/BF03262848

8. Mattheus DJ. Vulnerability related to oral health in early childhood: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2010;66(9):2116-2125. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05372.x
9. Kubzansky LD, Martin LT, Buka SL. Early manifestations of personality and adult health: a life course perspective. *Heal Psychol Off J Div Heal Psychol Am Psychol Assoc.* 2009;28(3):364-372. doi:10.1037/a0014428
10. Yurgelun-Todd D. Emotional and cognitive changes during adolescence. *Curr Opin Neurobiol.* 2007;17(2):251-257. doi:10.1016/j.conb.2007.03.009
11. McAdams DP, Olson BD. Personality development: continuity and change over the life course. *Annu Rev Psychol.* 2010;61:517-542. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100507
12. Saber AM, Altoukhi DH, Horaib MF, El-Housseiny AA, Alamoudi NM, Sabbagh HJ. Consequences of early extraction of compromised first permanent molar: a systematic review. *BMC Oral Health.* 2018;18(1):59. doi:10.1186/s12903-018-0516-4
13. Jetpurwala M, Sawant KR, Jain PS, Dedhia SP. Parental Perception of the Importance of the Permanent First Molar in Their Children. *J Dent Child (Chic).* 2020;87(1):26-30.
14. Viner RM, Ozer EM, Denny S, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet (London, England).* 2012;379(9826):1641-1652. doi:10.1016/S0140-6736(12)60149-4
15. Paula JS de, Ambrosano GMB, Mialhe FL. The impact of social determinants on schoolchildren's oral health in Brazil. *Braz Oral Res.* 2015;29:1-9. doi:10.1590/1807-3107BOR-2015.vol29.0098
16. Marmot MG, Stansfeld S, Patel C, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet.* 1991;337(8754):1387-1393. doi:10.1016/0140-6736(91)93068-K

17. Peker K, Bermek G. Oral health: locus of control, health behavior, self-rated oral health and socio-demographic factors in Istanbul adults. *Acta Odontol Scand.* 2011;69(1):54-64. doi:10.3109/00016357.2010.535560
18. Castilho ARF de, Mialhe FL, Barbosa T de S, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2013;89(2):116-123. doi:10.1016/j.jpmed.2013.03.014
19. Okada M, Kawamura M, Kaihara Y, et al. Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique. *Int J Paediatr Dent.* 2002;12(2):101-108. doi:10.1046/j.1365-263x.2002.00338.x
20. Grootens-Wiegers P, Hein IM, van den Broek JM, de Vries MC. Medical decision-making in children and adolescents: developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatr.* 2017;17(1):120. doi:10.1186/s12887-017-0869-x
21. Prabhu A, Rao AP, Reddy V, Ahamed SS, Muhammad S, Thayumanavan S. Parental knowledge of pre-school child oral health. *J Community Health.* 2013;38(5):880-884. doi:10.1007/s10900-013-9693-x
22. Brazilian Institute of Geography and Statistics. Tabela 7138: Taxa de escolarização, por sexo e grupo de idade, 2019. Available: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7138> [Accessed 29 Dec 2020].
23. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33(1):159-174.
24. Songur F, Simsek Derelioglu S, Yilmaz S, Koşan Z. Assessing the Impact of Early Childhood Caries on the Development of First Permanent Molar Decays. *Front public Heal.* 2019;7:186. doi:10.3389/fpubh.2019.00186
25. Garcia R, Borrelli B, Dhar V, et al. Progress in Early Childhood Caries and Opportunities in

Research, Policy, and Clinical Management. *Pediatr Dent*. 2015;37(3):294-299.

26. Ministry of Health (BR). *Saúde Na Escola. Nota Técnica. 17/2020-CGPROFI/DEPROS/SAPS/MS*. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde.; 2020. Available: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17_Monitoramento_PSE_2019.pdf [Accessed 29 Dec 2020] - Open Data.
27. Lattanzi APDS, Silveira FM, Guimarães L, Antunes LAA, Dos Santos Antunes L, Assaf AV. Effects of oral health promotion programmes on adolescents' oral health-related quality of life: A systematic review. *Int J Dent Hyg*. 2020;18(3):228-237. doi:10.1111/idh.12440
28. Berger KS. The school years: cognitive development. In: *The Developing Person Through the Life Span*. 6th ed. Worth Publishers; 2011:725.
29. Lattanzi AP, Marques APF, Silveira FM, et al. The influence of the Brazilian school health program on the oral-health-related quality of life of adolescents. *Braz Oral Res*. 2020;34:e070. doi:10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0070
30. Blumer S, Ratson T, Peretz B, Dagon N. Parents' Attitude towards the Use of Fluorides and Fissure Sealants and its Effect on their Children's Oral Health. *J Clin Pediatr Dent*. 2018;42(1):6-10. doi:10.17796/1053-4628-42.1.2
31. Singh S V, Tripathi A, Akbar Z, Chandra S, Tripathi A. Prevalence of dental myths, oral hygiene methods and tobacco habits in an ageing North Indian rural population. *Gerodontology*. 2012;29(2):e53-6. doi:10.1111/j.1741-2358.2010.00395.x
32. Khan SA, Dawani N, Bilal S. Perceptions and myths regarding oral health care amongst strata of low socio economic community in Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2012;62(11):1198-1203.
33. Ministry of Health (BR). *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados*

Principais. 1st ed. Secretaria de Atenção à Saúde : Secretaria de Vigilância em Saúde; 2014.
Available: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
[Accessed 28 Dec 2020] - Open Data.

34. Cruz MGB da, Narvai PC. Caries and fluoridated water in two Brazilian municipalities with low prevalence of the disease. *Rev Saude Publica*. 2018;52:28. doi:10.11606/S1518-8787.2018052016330
35. Gift HC, Atchison KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res*. 1998;77(7):1529-1538. doi:10.1177/00220345980770070801
36. Olutola BG, Ayo-Yusuf OA. Socio-environmental factors associated with self-rated oral health in South Africa: a multilevel effects model. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(10):3465-3483. doi:10.3390/ijerph9103465
37. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(4):272-281. doi:10.1111/j.1600-0528.2007.00313.x
38. Rodrigues AP, Matias F, Ferreira MM. Escovagem de dentes em ambiente escolar e redução do índice de placa bacteriana: avaliação da efetividade de um projeto de saúde oral. *Rev Port Saúde Pública*. 2016;34(3):244-249. doi:10.1016/J.RPSP.2016.06.002
39. Williams NJ, Whittle JG, Gatrell AC. The relationship between socio-demographic characteristics and dental health knowledge and attitudes of parents with young children. *Br Dent J*. 2002;193(11):651-654; discussion 642. doi:10.1038/sj.bdj.4801652
40. Štefanová E, Baška T, Holubčíková J, et al. Selected Behavioural Factors Affecting Oral Health in Schoolchildren: Results from the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Slovak Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(20). doi:10.3390/ijerph17207516

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados sugerem que há uma elevada concordância em conhecimento e comportamentos de higiene/prevenção de saúde oral entre pais e filhos. Por outro lado, não houve concordância pai-filho em relação a crenças e autopercepção em saúde bucal.

De modo geral, tanto os pais quanto os filhos analisados neste estudo demonstram ter um bom conhecimento relacionado a saúde bucal e métodos preventivos da doença cárie. Entretanto, ainda assim, é possível observar déficits relacionados aos hábitos e comportamentos de saúde oral.

Assim, ao identificar tais déficits e compreender a influência dos pais/responsáveis nos aspectos relacionados à saúde bucal, é possível suprir a falta de conhecimento e possibilita aplicação de medidas preventivas e de higiene bucal, conduzindo, assim, mudanças nos hábitos e comportamentos de saúde bucal no cenário pais-filhos.

REFERÊNCIAS

- AZARPAZHOOH, A.; MAIN, PA. Pit and fissure sealants in the prevention of dental caries in children and adolescents: A systematic review. **Journal of the Canadian Dental Association**, [S. l.], v. 74, n. 2, 2008.
- BIDINOTTO, Augusto Bacelo; D'ÁVILA, Otávio Pereira; MARTINS, Aline Blaya; HUGO, Fernando Neves; NEUTZLING, Marilda Borges; BAIROS, Fernanda de Souza; HILGERT, Juliana Balbinot. Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 91–101, 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700010008.
- CARMO, C. D. S.; RIBEIRO, M. R. C.; TEIXEIRA, J. X. P.; ALVES, C. M. C.; FRANCO, M. M.; FRANÇA, A. K. T. C.; BENATTI, B. B.; CUNHA-CRUZ, J.; RIBEIRO, C. C. C. Added Sugar Consumption and Chronic Oral Disease Burden among Adolescents in Brazil. **Journal of dental research**, United States, v. 97, n. 5, p. 508–514, 2018. DOI: 10.1177/0022034517745326.
- CARVALHO, J. C. Caries process on occlusal surfaces: evolving evidence and understanding. **Caries research**, Switzerland, v. 48, n. 4, p. 339–346, 2014. DOI: 10.1159/000356307.
- CARVALHO, J. C.; EKSTRAND, K. R.; THYLSTRUP, A. Dental plaque and caries on occlusal surfaces of first permanent molars in relation to stage of eruption. **Journal of dental research**, United States, v. 68, n. 5, p. 773–779, 1989. DOI: 10.1177/00220345890680050401.
- CARVALHO, Joana Christina; DIGE, Irene; MACHIULSKIENE, Vita; QVIST, Vibeke; BAKHSHANDEH, Azam; FATTURI-PAROLO, Clarissa; MALTZ, Marisa. Occlusal Caries: Biological Approach for Its Diagnosis and Management. **Caries research**, Switzerland, v. 50, n. 6, p. 527–542, 2016. DOI: 10.1159/000448662.
- CHUKWUMAH, Nneka M.; FOLAYAN, Morenike O.; OZIEGBE, Elizabeth O.; UMWENI, Alice A. Impact of dental caries and its treatment on the quality of life of 12- to 15-year-old adolescents in Benin, Nigeria. **International journal of paediatric dentistry**, England, v. 26, n. 1, p. 66–76, 2016. DOI: 10.1111/ipd.12162.
- CIANETTI, S.; LOMBARDO, G.; LUPATELLI, E.; ROSSI, G.; ABRAHA, I.; PAGANO, S.; PAGLIA, L. Dental caries, parents educational level, family income and dental service attendance among children in Italy. **European journal of paediatric dentistry**, Italy, v. 18, n. 1, p. 15–18, 2017. DOI: 10.23804/ejpd.2017.18.01.03.
- CRUZ, G. D.; GALVIS, D. L.; KIM, M.; LE-GEROS, R. Z.; BARROW, S. Y.; TAVARES, M.; BACHIMAN, R. Self-perceived oral health among three subgroups of Asian-Americans in New York City: a preliminary study. **Community dentistry and oral epidemiology**, Denmark, v. 29, n. 2, p. 99–106, 2001. DOI: 10.1034/j.1600-0528.2001.290204.x.
- ESSVEIN, Gustavo; BAUMGARTEN, Alexandre; RECH, Rafaela Soares; HILGERT, Juliana Balbinot; NEVES, Matheus. Atendimento odontológico na primeira infância no Brasil: da política pública à evidência. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 53, n. 1, 2019. DOI: 10.11606/S1518-8787.2019053000540.
- GLICK, Michael; WILLIAMS, David M.; KLEINMAN, Dushanka V.; VUJICIC, Marko; WATT, Richard G.; WEYANT, Robert J. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, [S. l.], v. 151, n. 2, p. 229–231, 2017. DOI: 10.1016/J.AJODO.2016.11.010.

GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia; GOMES, Monalisa Cesarino; DANTAS, Laíza Rocha; DANTAS, Livia Rocha; SILVA, Bruno Rafael Cruz Da; PERAZZO, Matheus de França; SIQUEIRA, Maria Betânia Lins Dantas. Parental influence on children's answers to an oral-health-related quality of life questionnaire. **Brazilian Oral Research**, [S. l.], v. 30, 2016. DOI: 10.1590/1807-3107BOR-2016.VOL30.0014.

HEIN, Irma M.; TROOST, Pieter W.; LINDEBOOM, Robert; BENNINGA, Marc A.; ZWAAN, C. Michel; VAN GOUDOEVEER, Johannes B.; LINDAUER, Ramón J. L. Accuracy of the MacArthur competence assessment tool for clinical research (MacCAT-CR) for measuring children's competence to consent to clinical research. **JAMA pediatrics**, United States, v. 168, n. 12, p. 1147–1153, 2014. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2014.1694.

KEIJERS, Loes; POULIN, François. Developmental changes in parent-child communication throughout adolescence. **Developmental psychology**, United States, v. 49, n. 12, p. 2301–2308, 2013. DOI: 10.1037/a0032217.

LARANJO, Elisa; BAPTISTA, Sofia; NORTON, Ana Alves; MACEDO, Ana Paula; ANDRADE, Casimiro; AREIAS, Cristina. A cárie precoce da infância: uma atualização. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S. l.], v. 33, n. 6, p. 426–9, 2017. DOI: 10.32385/RPMGF.V33I6.12305.

LOSSO, EM; TAVARES, MC; SILVA, JY; URBAN CDE, A. Severe early childhood caries: an integral approach. **Jornal de pediatria**, [S. l.], v. 85, n. 4, p. 295–300, 2009. DOI: 10.2223/JPED.1908.

MARMOT, M. G. et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. **The Lancet**, [S. l.], v. 337, n. 8754, p. 1387–1393, 1991. DOI: 10.1016/0140-6736(91)93068-K.

NEVES, Érick Tássio Barbosa; DUTRA, Laio da Costa; GOMES, Monalisa Cesarino; PAIVA, Saul Martins; DE ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães; FERREIRA, Fernanda Morais; GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia. The impact of oral health literacy and family cohesion on dental caries in early adolescence. **Community dentistry and oral epidemiology**, Denmark, v. 48, n. 3, p. 232–239, 2020. DOI: 10.1111/cdoe.12520.

OKADA, M.; KAWAMURA, M.; KAIHARA, Y.; MATSUZAKI, Y.; KUWAHARA, S.; ISHIDORI, H.; MIURA, K. Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique. **International journal of paediatric dentistry**, England, v. 12, n. 2, p. 101–108, 2002. DOI: 10.1046/j.1365-263x.2002.00338.x.

PAIVA, Cristina Ramos; FILHOS, Ary de Oliveira Alves; MEDINA, Pollyanna Oliveira; FILHO, Rachid Pinto Zacarias; HANAN, Simone Assayag. Agreement Between Reports of Parents and Children About Children's Oral Health-Related Quality of Life. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 4759, 2020. DOI: 10.4034/PBOCI.2019.191.124.

PAULA, Janice Simpson De; AMBROSANO, Glaucia Maria Bovi; MIALHE, Fábio Luiz. The impact of social determinants on schoolchildren's oral health in Brazil. **Brazilian oral research**, Brazil, v. 29, p. 1–9, 2015. DOI: 10.1590/1807-3107BOR-2015.vol29.0098.

PRABHU, Anand; RAO, Arun Prasad; REDDY, Venugopal; AHAMED, Syed Shaheed; MUHAMMAD, Shameer; THAYUMANAVAN, Shanmugam. Parental knowledge of pre-school child oral health. **Journal of community health**, Netherlands, v. 38, n. 5, p. 880–884, 2013. DOI: 10.1007/s10900-013-9693-x.

RACHMAWATI, Yuanita Lely; PRATIWI, Alisa Novianty; MAHARANI, Diah Ayu. Cross-cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Indonesia Version of the Scale of Oral Health Outcomes for 5-Year-Old Children. **Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry**, [S. l.], v. 7, n. Suppl 2, p. S75–S81, 2017. DOI: 10.4103/jispcd.JISPCD_272_17.

SANTOS, Ana Paula Pires Dos; NADANOVSKY, Paulo; OLIVEIRA, Branca Heloisa De. A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. **Community dentistry and oral epidemiology**, Denmark, v. 41, n. 1, p. 1–12, 2013. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2012.00708.x.

SANTOS, Ana Paula Pires Dos; OLIVEIRA, Branca Heloisa De; NADANOVSKY, Paulo. Effects of low and standard fluoride toothpastes on caries and fluorosis: systematic review and meta-analysis. **Caries research**, Switzerland, v. 47, n. 5, p. 382–390, 2013. DOI: 10.1159/000348492.

VARNI, James W.; LIMBERS, Christine A.; BURWINKLE, Tasha M. How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life?: an analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL 4.0 Generic Core Scales. **Health and quality of life outcomes**, [S. l.], v. 5, p. 1, 2007. DOI: 10.1186/1477-7525-5-1.

VERMAIRE, J. H.; VAN EXEL, Nja. Parental attitudes towards oral health and caries-risk in their children. **International journal of dental hygiene**, England, v. 16, n. 2, p. 241–248, 2018. DOI: 10.1111/idh.12296.

VINER, Russell M.; OZER, Elizabeth M.; DENNY, Simon; MARMOT, Michael; RESNICK, Michael; FATUSI, Adesegun; CURRIE, Candace. Adolescence and the social determinants of health. **Lancet (London, England)**, [S. l.], v. 379, n. 9826, p. 1641–52, 2012. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60149-4.

VITTOBA SETTY, Jyothsna; SRINIVASAN, Ila. Knowledge and Awareness of Primary Teeth and Their Importance among Parents in Bengaluru City, India. **International journal of clinical pediatric dentistry**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 56–61, 2016. DOI: 10.5005/jp-journals-10005-1334.

VOZZA, Iole; CAPASSO, Francesca; MARRESE, Elisa; POLIMENI, Antonella; OTTOLENGHI, Livia. Infant and Child Oral Health Risk Status Correlated to Behavioral Habits of Parents or Caregivers: A Survey in Central Italy. **Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 95–99, 2017. DOI: 10.4103/jispcd.JISPCD_470_16.

WEATHERWAX, J. A.; BRAY, K. K.; WILLIAMS, K. B.; GADBURY-AMYOT, C. C. Exploration of the relationship between parent/guardian sociodemographics, intention, and knowledge and the oral health status of their children/wards enrolled in a Central Florida Head Start Program. **International journal of dental hygiene**, England, v. 13, n. 1, p. 49–55, 2015. DOI: 10.1111/idh.12097.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ending childhood dental caries: WHO implementation manual**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2019.

ZAMBONI, Giovana Leão Paleari; LIMA, Ramonike Lopes; DUARTE, Danilo Antonio; SANT'ANNA, Giselle Rodrigues De. Percepções, conhecimentos e representações de saúde bucal em adolescentes de escolas públicas e privadas do município de Atibaia, SP. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 179–186, 2015. DOI: 10.5335/RFO.V20I2.4693.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Seu filho (a) está sendo convidado para participar de um estudo que tem como título **“Prevenção de cárie com o uso de materiais resinosos e ionoméricos: estudo clínico randomizado”** que será desenvolvido pelo aluno de Graduação em Odontologia: Mayron Guedes Silva; e pelas alunas do Curso de Doutorado em Odontologia da UFMA: Karla Janilee Souza Penha, Ana Carolina Soares Diniz e Fábria Regina Vieira de Oliveira Roma, sob coordenação da Prof^a Dr^a Leily Macedo Firoozmand e que tem como objetivo auxiliar na orientação e prevenção da doença cárie. Este projeto envolve o desenvolvimento de técnicas e materiais mais eficazes na prevenção de cárie em região de fósulas e fissuras.

Nosso trabalho será realizado nas dependências da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), e quando preciso serão utilizadas as clínicas odontológicas da UFMA e abrangerá, aplicação de questionários, exame bucal inicial e, quando necessário, a aplicação de materiais preventivos e acompanhamento dos tratamentos do estudo. Os questionários serão apenas avaliados pelos pesquisadores responsáveis, mantendo a confidencialidade da origem dos dados. Embora os procedimentos sejam indolores, seu filho poderá sentir desconforto durante as sessões ou apresentar algum tipo de reação alérgica aos materiais usados, sendo neste caso o tratamento suspenso imediatamente e se necessário será instituída medidas a fim de suspender o processo alérgico. Espera-se como benefício deste estudo contribuir para a prevenção da doença cárie por meio de orientação e prevenção da doença cárie.

O responsável tem o direito de permitir a participação ou não de seu filho (a), podendo desistir a qualquer momento. Será respeitado o desejo dele(a) de participar ou não da pesquisa e de desistir da participação a qualquer momento; não haverá nenhum custo financeiro para os participantes da pesquisa; e não receberá nenhuma vantagem financeira pela participação no projeto. Será garantido o sigilo quanto a identificação de seu filho(a) e das informações obtidas, não haverá nenhuma identificação dos mesmos em publicações que possam ser geradas deste estudo.

Este documento foi elaborado em duas vias de igual teor, que deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo responsável da criança convidada a participar da pesquisa e pela pesquisadora responsável. O(A) Senhor(a) receberá uma das vias e a outra ficará arquivada com os responsáveis pela pesquisa.

Declaramos que o desenvolvimento desta pesquisa seguirá rigorosamente todas as exigências preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, especialmente aquelas contidas no item IV.3. Em caso de dúvidas você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, **Mayron Guedes Silva¹** e **Karla Janilee de Souza Penha²**, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – **Av. dos Portugueses, 1966 – CEB Velho – Bloco C – Sala, 7, Comitê de Ética – São Luís - MA CEP: 65080-040. Tel.(98) 3272-8708- cepufma@ufma.br.**

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa **“Prevenção de cárie com o uso de materiais resinosos e ionoméricos: estudo clínico randomizado”** e, após ter lido os esclarecimentos prestados anteriormente no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____, responsável por _____ de ____ anos de idade, autorizo a participação do menor de idade que está sob minha responsabilidade a participar do presente estudo, permitindo que os dados obtidos sejam utilizados para os fins da pesquisa, estando ciente que os resultados serão publicados para difusão e progresso do conhecimento científico e que minha identidade e a do menor de idade serão preservadas. Estou ciente também que receberei uma cópia deste documento. Por ser verdade, firmo o presente.

São Luís, ____/____/____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Pesquisadores responsáveis:

¹ **Mayron Guedes Silva**. E-mail: mayron.guedes@discente.ufma.br Tel: (98) 98314-3519

² **Karla Janilee de Souza Penha**. Email: karlajanilee@gmail.com Tel: (98) 98153-0875

³ **Ana Carolina Soares Diniz**. Email: carol_diniz5@hotmail.com Tel: (98) 98233-1838

⁴ **Fábria Regina Vieira de Oliveira Roma**. Email: fabiaroma1@hotmail.com Tel: (98) 98131-6083

APÊNDICE B – Termo de Assentimento Livre Esclarecido - TALE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - TALE

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“Prevenção de cárie com o uso de materiais resinosos e ionoméricos: estudo clínico randomizado”**. Este estudo auxiliar na orientação e prevenção da doença cárie. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é contribuir para o desenvolvimento de técnicas e materiais mais eficazes na prevenção de cárie em região de fósulas e fissuras.

Você só vai participar desse estudo se o responsável por você assinar um documento autorizando a sua participação. Você não pagará pela sua colaboração, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que você quiser e estará livre para participar ou não participar.

O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e, se você não quiser participar, você não terá qualquer penalidade. Em caso de dúvidas você pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, **Mayron Guedes Silva¹**, **Karla Janilee de Souza Penha²**, **Ana Carolina Soares Diniz³** e **Fábia Regina Vieira de Oliveira Roma⁴**, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – **Av. dos Portugueses, 1966 – CEB Velho – Bloco C – Sala, 7, Comitê de Ética – São Luís - MA CEP: 65080-040. Tel.(98) 3272-8708- cepufma@ufma.br**

Ao participar deste estudo você receberá tratamento preventivo da cárie dental. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será guardada pelo pesquisador responsável, e a outra ficará com você.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos deste estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações, e o meu responsável poderá mudar a decisão de participar, se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Luís, ____/____/____.

Assinatura do(a) menor

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura da testemunha

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Pesquisadores responsáveis:

¹ **Mayron Guedes Silva**. E-mail: mayron.guedes@discente.ufma.br Tel: (98) 98314-3519

² **Karla Janilee de Souza Penha**. Email: karlajanilee@gmail.com Tel: (98) 98153-0875

³ **Ana Carolina Soares Diniz**. Email: carol_diniz5@hotmail.com Tel: (98) 98233-1838

⁴ **Fábia Regina Vieira de Oliveira Roma**. Email: fabiaroma1@hotmail.com Tel: (98) 98131-6083

APÊNDICE C – Questionário Aplicável aos Filhos

Nº: _____ Data do preenchimento: ___/___/___ Nome do entrevistador: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança: _____

Nome do pai/responsável: _____

Data de nascimento da criança: ___/___/___ (Idade: ___ anos) Telefone: (___) _____

Endereço: _____

CONHECIMENTOS EM SAÚDE BUCAL

DESENVOLVIMENTO DA CÁRIE

1. Você acha que deve ir ao dentista somente quando o dente tiver com cárie?

Não Sim

2. Você acha que a cárie é contagiosa?

Não Sim

3. Você acha que a cárie pode ser evitada?

Não Sim

4. Você acha que a sua alimentação pode influenciar no surgimento da cárie?

Não Sim

5. Você acha que comer muitos doces causa cárie?

Não Sim

PREVENÇÃO

6. Você acha que escovar/limpar os dentes pode evitar a cárie?

Não Sim

7. De acordo com o que você sabe, marque a opção mais adequada sobre o uso de fio dental:

Serve para limpar entre os dentes

Pode substituir a escova dental

Limpa todas as partes do dente

Não precisa ser usado todos os dias porque a escova limpa tudo sozinha

Quando a gengiva sangra deve-se parar de usá-lo

8. Você acha que colocar flúor nos dentes evita a cárie?

Não Sim Não sei o que é flúor

9. Você acha que colocar selante nos dentes evita a cárie?

Não Sim Não sei o que é selante

CRENÇAS E MITOS DE SAÚDE BUCAL

10. Você acha que algumas pessoas nascem com “dentes fracos”?

Discordo totalmente

Discordo um pouco

Não discordo nem concordo

Concordo um pouco

Concordo totalmente

11. Você acha que o uso de antibióticos deixa os dentes mais fracos?

Discordo totalmente

Discordo um pouco

Não discordo nem concordo

Concordo um pouco

Concordo totalmente

12. As pessoas têm dentes fortes devido a:

Herança dos pais (nascença)

Tipos de raça

Boa condição financeira

Cuidados com a higiene bucal e alimentação

Não sei

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE BUCAL

13. Você utiliza uma escova para limpar os dentes?

Não Sim

14. Você compartilha sua escova?

Não Sim

15. Quantas vezes você acha necessário escovar os dentes?

Não acho necessário escovar todos os dias

1 vez ao dia

2 vezes ao dia

3 vezes ao dia

mais de 3 vezes ao dia

16. Alguém da família ajuda você durante a escovação dos dentes?

Não Sim

17. Você escova os dentes na escola?

Não Sim

18. Quando foi a sua última visita ao dentista?

Nunca fui

Há mais de 1 ano

Há menos de 1 ano

Há menos de 6 meses

19. Qual foi o motivo da última visita ao dentista?

Nunca fui ao dentista

Consulta de rotina

Aparelho

Dor

Outros motivos

AUTOPERCEPÇÃO/AUTOAVALIAÇÃO

20. Você está satisfeito com a aparência dos seus dentes ao sorrir?

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Nem satisfeito nem insatisfeito

Satisfeito

Muito satisfeito

21. Como você avalia sua saúde bucal?

Péssima

Ruim

Regular

Boa

Muito boa

APÊNDICE D – Questionário Aplicável aos Pais/Responsáveis

Nº: _____ Data do preenchimento: ___/___/____ Nome do entrevistador: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança: _____

Nome do pai/responsável: _____

Data de nascimento do responsável: ___/___/____ (Idade: ___ anos) Telefone: (___) _____

Endereço: _____

CONHECIMENTOS EM SAÚDE BUCAL	
DESENVOLVIMENTO DA CÁRIE	CRENÇAS E MITOS DE SAÚDE BUCAL
<p>1. Você acha que deve ir ao dentista somente quando o dente tiver com cárie? () Não () Sim</p> <p>2. Você acha que a cárie é contagiosa? () Não () Sim</p> <p>3. Você acha que a cárie pode ser evitada? () Não () Sim</p> <p>4. Você acha que a sua alimentação pode influenciar no surgimento da cárie? () Não () Sim</p> <p>5. Você acha que comer muitos doces causa cárie? () Não () Sim</p>	<p>10. Você acha que algumas pessoas nascem com “dentes fracos”? () Discordo totalmente () Discordo um pouco () Não discordo nem concordo () Concordo um pouco () Concordo totalmente</p> <p>11. Você acha que o uso de antibióticos durante a infância deixa os dentes mais fracos? () Discordo totalmente () Discordo um pouco () Não discordo nem concordo () Concordo um pouco () Concordo totalmente</p> <p>12. As pessoas têm dentes fortes devido a: () Herança dos pais (nascença) () Tipos de raça () Boa condição financeira () Cuidados com a higiene bucal e alimentação () Não sei</p>
PREVENÇÃO	
<p>6. Você acha que escovar/limpar os dentes pode evitar a cárie? () Não () Sim</p> <p>7. De acordo com o que você sabe, marque a opção mais adequada sobre o uso de fio dental: () Serve para limpar entre os dentes () Pode substituir a escova dental () Limpa todas as partes do dente () Não precisa ser usado todos os dias porque a escova limpa tudo sozinha () Quando a gengiva sangra deve-se parar de usá-lo</p> <p>8. Você acha que colocar flúor nos dentes evita a cárie? () Não () Sim () Não sei o que é flúor</p> <p>9. Você acha que colocar selante nos dentes evita a cárie? () Não () Sim () Não sei o que é selante</p>	
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE BUCAL	
<p>13. Você utiliza uma escova para limpar os dentes? () Não () Sim</p> <p>14. Você compartilha sua escova? () Não () Sim</p> <p>15. Quantas vezes você acha necessário escovar os dentes? () Não acho necessário escovar todos os dias () 1 vez ao dia () 2 vezes ao dia () 3 vezes ao dia () mais de 3 vezes ao dia</p> <p>16. Você acha necessário ajudar a criança durante a escovação? () Não () Sim</p>	<p>17. Você acha necessário escovar os dentes na escola? () Não () Sim</p> <p>18. Quando foi a sua última visita ao dentista? () Nunca fui () Há mais de 1 ano () Há menos de 1 ano () Há menos de 6 meses</p> <p>19. Qual foi o motivo da última visita ao dentista? () Nunca fui ao dentista () Consulta de rotina () Aparelho () Dor () Outros motivos</p>
AUTOPERCEPÇÃO/AUTOAVALIAÇÃO	
<p>20. Você está satisfeito com a aparência dos seus dentes ao sorrir? () Muito insatisfeito () Insatisfeito () Nem satisfeito nem insatisfeito () Satisfeito () Muito satisfeito</p>	<p>21. Como você avalia sua saúde bucal? () Péssima () Ruim () Regular () Boa () Muito boa</p>

APÊNDICE E – Questionário Socioeconômico

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO (Aplicar aos pais)

Nº: _____ Data do preenchimento: ___/___/____ Nome do entrevistador: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança/adolescente: _____

Nome do pai/responsável: _____

Data de nascimento: ___/___/____ (Idade: ____ anos) Telefone 1: () _____ Telefone 2: () _____

Endereço1: _____

DADOS GERAIS

1. Quantas pessoas moram na sua casa?

- 2
 3 a 4
 5 a 6
 Mais de 6

3. Qual a sua situação conjugal atual?

- casado(a)
 morando junto
 solteiro(a)
 separado(a)
 divorciado(a)
 viúvo(a)

5. Renda mensal familiar

- Menos de um salário-mínimo
 De um a menos de 2 salários-mínimos
 De dois a menos de cinco salários-mínimos
 De cinco a menos de 10 salários-mínimos
 Acima de quinze salários-mínimos
 Não sei

7. Sua família é beneficiária de algum programa do Governo? (Bolsa família, Bolsa escola, Benefício de Prestação Continuada)

- Não
 Sim

Caso sim, qual programa do Governo?

2. Quantas dessas pessoas trabalham?

- 1
 2 a 3
 4 a 5
 Mais de 5

4. Qual é a sua escolaridade?

- Não viu nada
 Ensino fundamental completo (1º-8º Série)
 Ensino fundamental incompleto
 Ensino médio completo (1º-3º ano)
 Ensino superior completo
 Ensino superior incompleto

6. Quantas pessoas vivem da renda mensal do grupo familiar?

- uma
 duas ou três
 quatro ou cinco
 seis ou sete
 oito ou nove
 dez ou mais

8. Quando alguém de sua família ou você fica doente, qual tipo de serviço vocês procuram em geral?

- Nenhum
 Público
 Privado- Plano de Saúde
 Privado- Particular

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVENÇÃO DE CÁRIE COM O USO DE MATERIAIS RESINOSOS E IONOMÉRICOS: ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO.

Pesquisador: Leily Macedo Firoozmand

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68221317.6.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO MARANHÃO -
FAPEMA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.284.768

Apresentação do Projeto:

O objetivo deste ensaio clínico randomizado é avaliar clinicamente o comportamento de selantes resinosos e ionoméricos associados à vidros bioativos. Serão selecionadas 87 crianças entre 10 e 14 anos, que possuam os segundos molares superiores e inferiores em erupção e infraoclusão, livres de cárie e com vitalidade pulpar, livres de cáries, de restaurações e que procurarem o serviço odontológico da Universidade Federal do

Maranhão – UFMA, estes participantes serão alocados em diferentes grupos de estudo de acordo com os tratamentos que serão realizados de acordo com o desenho split-mouth (boca-dividida) por um único operador devidamente calibrado e treinado. Para cada um dos estudos serão atendidas 29 crianças: 1 (selante resinoso convencional e selante convencional+10% 45S5), 2: (Selante resinoso convencional + selante convencional+10% silicato) e 3: (cimento de ionômero de vidro + cimento de ionômero de vidro + 10% 45S%), em seguida serão realizadas avaliações imediatamente após o procedimento (baseline), após 1 mês, 6 meses e 1 ano por dois avaliadores experientes e calibrados. Os critérios de avaliação dos tratamentos será o do FDI, por meio de avaliações direta e indireta das restaurações quanto aos aspectos relacionados com propriedades funcionais do material e propriedades biológicas e os

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.284.768

avaliadores serão mascarados quanto aos tipos de tratamentos realizados. Os resultados desta pesquisa serão importantes para que se tenha maiores opções de prevenção de cárie no período inicial da erupção de dentes permanentes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar clinicamente o comportamento de selantes resinosos e ionoméricos convencionais associados à nanopartículas bioativas.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a condição de saúde bucal das crianças, fatores socioeconômicos etc.
- Comparar a eficácia e longevidade dos diferentes selantes de fósulas e fissuras, associados ou não à partículas bioativas/ agentes remineralizantes.
- Verificar o grau de retenção dos distintos selantes nas diferentes áreas da superfície oclusal dos dentes tratados;
- Avaliar o comportamento clínico dos selantes resinosos e ionoméricos associados ou não à partículas bioativas imediatamente após a aplicação, após 1 mes, 6 meses e 12 meses;
- Grau de alterações da superfície selada, presença de bolhas, fraturas, alteração de cor superficial/marginal, brilho/rugosidade nos diferentes selantes utilizados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em relação ao preenchimento dos questionários e à anamnese, qualquer possível constrangimento será atenuado, pois apenas os pesquisadores envolvidos farão a coleta das informações de forma individual e em uma sala reservada. Em nenhum momento haverá a exposição dos participantes do estudo, pois os dados não serão publicados isoladamente. Após a compilação dos dados será realizada a análise estatística e serão obtidos os

resultados e conclusões gerais do estudo. A coleta dos dados auxiliará, também, na realização de uma orientação odontológica mais precisa à cada um dos participantes da pesquisa. Apesar do tratamento ser indolor, as crianças e responsáveis serão informados da possibilidade de desconforto durante o procedimento, tais como: a possibilidade de haver um pequeno incômodo em relação ao exame clínico, o qual será realizado com um espelho clínico e sonda exploradora

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.284.768

para verificação da condição bucal, porém para que o incomodo seja amenizado serão dadas as devidas explicações a respeito do procedimento e a consulta será breve e pontual. Quanto a realização do procedimento pode haver um desconforto devido ao uso do afastador labial, para amenizar estes desconfortos será utilizada uma pasta /hidratante ao redor dos lábios do paciente.

Benefícios:

Com a realização dessa pesquisa, pretende-se primeiramente contribuir com a prevenção do surgimento de lesões de cárie e minimizar a progressão de lesões de cárie não cavitadas em 2o molares recém erupcionados, contribuindo para a manutenção da saúde bucal dos pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo clínico com grande aplicabilidade, principalmente na área de odontopediatria, sendo de grande importância clínica e científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão de acordo com as recomendações da Resolução CNS 466/12.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram acatadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_912136.pdf	07/08/2017 22:19:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/08/2017 22:17:37	Leily Macedo Firoozmand	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOASSENTIMENTO.docx	07/08/2017 22:17:21	Leily Macedo Firoozmand	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RESPOSTAPARECERPENDENTE.doc	10/07/2017 16:45:12	Leily Macedo Firoozmand	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoselantesCEP.docx	10/07/2017 16:38:16	Leily Macedo Firoozmand	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.284.768

Investigador	ProjetoselantesCEP.docx	10/07/2017 16:38:16	Leily Macedo Firoozmand	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INFRAESTRUTURA.pdf	04/05/2017 21:03:59	Leily Macedo Firoozmand	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	04/05/2017 21:00:43	Leily Macedo Firoozmand	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOAUTORES.pdf	04/05/2017 20:44:07	Leily Macedo Firoozmand	Aceito
Cronograma	CronogramaSELANTECLINICO.pdf	04/05/2017 20:42:13	Leily Macedo Firoozmand	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 19 de Setembro de 2017

Assinado por:

Flávia Castello Branco Vidal Cabral
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

ANEXO B – Normas do *The Journal of Pediatrics*

The Journal of Pediatrics has an open access mirror journal, *The Journal of Pediatrics: X*. The Journal of Pediatrics publishes the following peer-reviewed (single-blind) material: Original Research Articles, Brief Reports, reviews of Medical Progress in pediatrics and related fields, Grand Rounds (clinicopathologic conferences [CPC] or didactic discussions), Commentaries, Association of Medical School Pediatric Department Chairs, Inc. (AMSPDC) commentaries, clinical pictures or images accompanied by a brief clinical description (Rediscovering the Physical Exam and Insights and Images), Letters to the Editor, Workshop/Symposium Summaries and Supplements. There is no charge to submit or publish in *The Journal*, unless an article contains color figures in the print version (See Figures). Authors choosing to publish articles as open access in *The Journal of Pediatrics: X* will pay an article publishing charge (APC), have a choice of license options, and retain copyright. *The Journal* does not publish animal studies or basic science articles without direct clinical relevance.

Preparation of Manuscripts

General Information

Manuscripts are to be submitted via Editorial Manager, the electronic submission website at <https://www.editorialmanager.com/JPEDS/default.aspx>. Aside from the required Medical Progress, Commentaries, Grand Rounds, and Workshop/Symposium Summary pre-submission proposals, the Editors will not assess proposals of other article types prior to submission.

Manuscripts must adhere to the American Medical Association's (AMA) Manual of Style, as well as additional layout and length guidelines, outlined below, using the default settings in Word (or other word processing software) for font size and margins (e.g., 12 point font, 1" margins). All text should conform to standard American English style and usage. Authors for whom English is not their native language are strongly encouraged to seek the aid of a professional English language medical editing service. Although *The Journal of Pediatrics* does not endorse any particular English language editing services, many are available online to edit your manuscript for a fee.

After submission, the corresponding author can log onto Editorial Manager to view the status of the manuscript. All accepted manuscripts are subject to editorial revision and shortening. Authors should avoid redundancy between sections of text and between illustrations and text. Due to page limitations, the Editors may decide that figures, appendices, tables, acknowledgments, and other material be published in the online version of *The Journal* and referenced in the print edition; however, important methods and results should not be separated and should be included in the body of the text.

Title Page

The title page should include authors' full names and highest academic degrees; departmental and institutional affiliations of each author; sources of financial assistance (see Formatting of Funding Sources) or potential conflicts of interest, if any (see Conflicts of Interest/Disclosure Policy), and disclose prior presentation of study data as an abstract or poster. A data sharing statement may also be listed on the title page (see Data Statement). Listed authors should include only those individuals who have made a significant, creative contribution to the manuscript as defined by the International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org). The authorship list and author order should be determined before submitting to *The Journal of Pediatrics* and authorship contributions should be detailed on the Authorship Agreement and Contribution form uploaded at initial submission. One author must be designated as the correspondent, with complete address, business telephone number, fax number, and e-mail address. The corresponding author is responsible for communicating with the Editorial Office and all other co-authors; the Editorial Office will not provide status updates or decision information to anyone other than the corresponding author. Proofs and order forms for reprints will be sent to the corresponding author if the manuscript is published. Include a list of key words not in the title, as well as a short title (8-word maximum). Trade names of drugs and other products must not appear in the article title.

Original Articles

Full-length manuscripts for the Original Articles section of *The Journal of Pediatrics* must include a structured abstract of less than 250 words, to appear after the title page, with the following headings: Objective(s), Study design, Results, and Conclusion(s). The Objective(s) should put the study in context with the current literature (i.e., what is new, not textbook background information) and reflect the purpose of the study, that is, the hypothesis that is being tested or the question being asked (e.g., "To assess...", "To evaluate..."). The Study design should include the study methodology, the setting for the study, the subjects (number and type), the treatment or intervention, principal outcomes measured, and the type of statistical analysis. The Results section should include the outcome of the study and statistical significance, if appropriate. The Conclusion(s) states the significance of the results and limitations of the study.

Do not include line numbers. Failure to comply with length restrictions may result in a delay in the processing of your paper. The following length targets are recommended for Original Articles:

Structured Abstract: less than 250 words (Objective must contain a concise hypothesis of 1-2 sentences, beginning with "To test...", "To assess...", "To evaluate...", etc., which is free of background information that is more appropriate for the Introduction.)

Introduction: 1 page

Methods: 2-3 pages

Results: 2-3 pages

Discussion: 3-5 pages

Graphics: No more than 4 tables + figures total for print consideration. Additional tables or figures can be considered for online-only content.

Total page length: 18 manuscript pages, including title page, *not including references and online-only content

References

References must be numbered according to order of appearance in the text and use superscript or parenthesized numbers in the text. For reference style, follow the Vancouver format set forth in "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (<http://www.icmje.org/>), with journal abbreviations according to Cumulated Index Medicus. If the reference is to an abstract, letter, or editorial, place the appropriate term in brackets after the title. Citations should refer to primary analyses (ie, original content), instead of literature reviews and secondary analyses.

Examples of references (if 6 or fewer authors or editors, list all; if 7 or more, list first 6 and add et al):

For journal articles

Kramarz P, DeStefano F, Gargiullo PM, Chen RT, Lieu TA, Davis RL, et al. Does influenza vaccination prevent asthma exacerbations in children? *J Pediatr* 2001; 138:306-10.

Cozzi F, Morini F. Possible mechanisms of pacifier protection against SIDS [letter]. *J Pediatr* 2001;138:783.

For Articles in Press (online)

Hellems MA, Gurka KK, Hayden GF. A review of The Journal of Pediatrics: The first 75 years. *J Pediatr* (2008). doi:10.1016/j.jpeds.2008.08.049.

For books

Rosenstein BJ, Fosarelli PD. *Pediatric pearls: the handbook of practical pediatrics*. 3rd ed. St Louis: Mosby; 1997.

Virginia Law Foundation. *The medical and legal implications of AIDS*. Charlottesville (VA): The Foundation; 1987.

For chapters in books

Neufeld EF, Muenzer J. The mucopolysaccharidoses. In: Scriver CR, Beaudet AL, Sly WS, et al, eds. *The metabolic and molecular bases of inherited diseases*. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 3421-52.

For websites

American Medical Association [homepage on the Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [updated 2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

Data References

This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article.

Tables

Tables are to be uploaded into Editorial Manager as separate documents, formatted in .doc or .xls. A concise title should be supplied for each. Tables should be self-explanatory and should supplement, not duplicate the text. If a table or any data therein have been previously published, a footnote must give full credit to the original source. (See Permissions).

All Tables should be numbered according to their sequence in the text of the manuscript. Online only Tables, if any, should be submitted "as usual" through Editorial Manager. Indicate what should be published online only in Editorial Manager (type "Table x; online only" in the file description field when you upload the files) and in the manuscript text (add "online" behind the reference to the table going online only). Do not renumber online only Tables or label them as "supplemental."