

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Odontologia
Programa de Pós-Graduação em Saúde Bucal Coletiva



Dissertação

**Atribuição causal de saúde bucal de crianças atendidas na Faculdade
de Odontologia – UFPel na visão dos pais**

Vitória Venzke Pinheiro

Pelotas, 2025

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação da Publicação

P654a Pinheiro, Vitória Venzke

Atribuição causal de saúde bucal de crianças atendidas na Faculdade de Odontologia – UFPel na visão dos pais [recurso eletrônico] / Vitória Venzke Pinheiro ; Alexandre Emídio Ribeiro Silva, orientador. — Pelotas, 2025.

99 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, 2025.

1. Pais. 2. Percepção. 3. Saúde bucal. 4. Psicologia. 5. Crianças. I. Silva, Alexandre Emídio Ribeiro, orient. II. Título.

Black D5

Vitória Venzke Pinheiro

**Atribuição causal de saúde bucal de crianças atendidas na Faculdade
de Odontologia – UFPel na visão dos pais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia área de concentração Saúde Bucal Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Emidio Ribeiro Silva

Pelotas, 2025

Vitória Venzke Pinheiro

Atribuição causal de saúde bucal de crianças atendidas na Faculdade de
Odontologia – UFPel na visão dos pais

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, área de concentração Saúde Bucal Coletiva, Programa de Pós Graduação em Odontologia, Faculdade Odontologia, Universidade Federal de Pelotas

Data da Defesa: 26/03/2025

Banca examinadora:

Professor Doutor Alexandre Emidio Ribeiro Silva (Orientador)
Doutor em epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Professora Doutora Marina Sousa Azevedo
Doutora em Odontopediatria pela Universidade Federal de Pelotas

Professora Doutora Maria Beatriz Junqueira de Camargo
Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel

Professor Doutor Eduardo Dickie de Castilhos (Suplente)
Doutor em epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Professora Doutora Ana Regina Romano (Suplente)
Doutora em Ciências odontológicas pela Universidade de São Paulo-USP

Agradecimentos

Ao Senhor Jesus, meu orientador da vida, sustento em cada dia.

À minha mãe, por todo amor e cuidado até aqui.

Ao meu orientador, professor Alexandre, pela dedicação e paciência no ensino, não só transmitido verbalmente, mas no dia a dia pelo seu exemplo de honestidade, responsabilidade, organização e respeito.

Aos participantes da pesquisa, mães, pais e crianças, que tornaram cada dia especial e único, que confiaram no meu trabalho, contribuindo juntamente com a realização desse estudo.

Às clínicas de odontopediatria da Faculdade de Odontologia da UFPel por permitirem e confiarem no meu trabalho durante suas atividades clínicas.

Ao PPGO e sua equipe administrativa pelo suporte e apoio durante todo processo.

“Ainda que eu tenha o dom de profecia, saiba todos os mistérios e todo o conhecimento e tenha uma fé capaz de mover montanhas, se não tiver amor, nada serei.”

Resumo

PINHEIRO, Vitória Venzke. Atribuição causal de saúde bucal de crianças atendidas na Faculdade de Odontologia – UFPel na visão dos pais. 2025. 98f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2025.

A saúde bucal na infância é determinada por fatores biológicos, comportamentais, sociais e psicológicos. Estudos relatam a influência de fatores psicossociais dos pais nos desfechos em saúde bucal de seus filhos. A atribuição causal é um modelo psicológico que busca avaliar como são percebidas as causas e atribuições para diversas condições de saúde, sendo possível a partir disso, avaliar a percepção de causa e controle que o indivíduo tem sobre resultados em saúde, o que influencia na motivação e adoção de comportamentos saudáveis. Portanto, o presente estudo descreveu a internalidade e controle das causas atribuídas pelos pais à saúde bucal dos seus filhos de até 6 anos de idade atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas. Estudo descritivo transversal. Os dados foram coletados através de um questionário estruturado. Foram obtidos dados sociodemográficos dos pais e da criança. Participaram do estudo 176 pais de crianças de até 6 anos de idade atendidas entre maio e outubro de 2024. A maioria dos participantes era mães (88,6%), solteiras (62,9%), de idade entre 30 e 40 anos (40,9%), de cor de pele branca (58%), e com escolaridade entre 9 e 12 anos de estudo (40,6%). A maioria dos pais classificou a saúde bucal dos seus filhos como muito boa e boa (54,5%). Quanto ao desfecho do estudo, causa atribuída, a maioria dos pais foram classificados como causa interna e incontrolável (52,7%). Os resultados evidenciam que o pai ou mãe não se percebe como capaz de controlar o processo saúde e doença relacionado à saúde bucal do seu filho. Embora reconheçam o seu papel na adoção de comportamentos saudáveis na infância e na prevenção dos problemas de saúde bucal, especialmente da cárie dentária, encontram desafios para na implementação dessas práticas. Além disso, os pais acreditam que outros fatores, incluindo a própria criança, também influenciam o controle do processo saúde doença. Diante dos resultados do estudo, sugere-se a adoção de técnicas educativas coletivas voltadas para os pais, juntamente com orientações individuais nas clínicas de atendimento odontopediátrico para que se busque meios de que, além da transmissão do conhecimento, sejam identificadas formas de superar de barreiras na implementação de práticas que melhorem os aspectos relacionados à alimentação e higienização bucal na infância, considerando desafios diários relativos à vida urbana, frequentemente mencionados pelos pais.

Palavras-chave: Pais; Saúde Bucal; Crianças; Percepção. Psicologia.

Abstract

PINHEIRO, Vitória Venzke. Causal attribution of oral health in children attended at the dentistry school - UFPEL in the perception of parents.

Advisor: Alexandre Emidio Ribeiro Silva. 2025. 98f. Dissertation Project (Master of Dentistry) – School of Dentistry, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2025.

Childhood oral health is determined by biological, behavioral, social, and psychological factors. Studies report the influence of parents' psychosocial factors on their children's oral health outcomes. Causal attribution is a psychological model that seeks to assess how individuals perceive the causes and attributions of various health conditions. Through this model, it is possible to evaluate an individual's perception of cause and control over health outcomes, which influences motivation and the adoption of healthy behaviors. Therefore, the present study described the internality and control of the causes attributed by parents to the oral health of their children up to six years old, who were treated at the clinics of the School of Dentistry at the Federal University of Pelotas. This was a cross-sectional descriptive study. Data were collected through a structured questionnaire, gathering sociodemographic information about the parents and the child. A total of 176 parents of children up to six years old, treated between May and October 2024, participated in the study. Most participants were mothers (88.6%), single (62.9%), aged between 30 and 40 years (40.9%), with white, yellow, or Indigenous skin color (58%), and had between 9 and 12 years of education (40.6%). Most parents rated their children's oral health as very good or good (54.5%). Regarding the study's main outcome—causal attribution—the majority of parents' attributions were categorized as internal and uncontrollable causes (52.7%). The results indicate that parents do not perceive themselves as capable of controlling the health-disease process related to their child's oral health. Although they recognize their role in adopting healthy behaviors during childhood and preventing oral health problems, especially dental caries, they face challenges in implementing these practices. Additionally, parents believe that other factors, including the child, also influence the control of the health-disease process. In light of these findings, it is suggested that collective educational techniques aimed at parents be adopted, along with individual guidance in pediatric dental clinics. These strategies should not only focus on transmitting knowledge but also on identifying ways to overcome barriers to implementing practices that improve aspects related to nutrition and oral hygiene in childhood. This approach should consider the daily challenges of urban life, which were frequently mentioned by parents.

Keywords: Parents; Oral health; Child; Perception. Psychology.

Lista de Figuras

Figura 1	Fluxo de seleção dos artigos	19
Figura 2	Proporção da classificação do Locus Controle/Internalidade em relação à percepção de saúde bucal do filho.	61
Figura 3	Classificação da atribuição causal para a percepção de saúde bucal do filho	62

Lista de Quadros

Quadro 1	Estudos selecionados após a busca sistematizada	30
Quadro 2	Descrição das variáveis de exposição do estudo	40
Quadro 3	Critérios de classificação para cada tema mencionado na resposta de atribuição dos pais	56
Quadro 4	Classificação dos temas de acordo com o modelo de atribuição causal.	57

Lista de Tabelas

Tabela 1	Descrição das características dos pais e das crianças	58
Tabela 2	Classificação de atribuição causal	61
Tabela 3	Termos mais utilizados nas respostas dos pais e agrupados pelos autores a partir da frequência em que foram citados	63

Lista de Abreviaturas e Siglas

CD -Cirurgião-Dentista

Ceod - Índice de dentes cariados, com extração indicada e obturados

CPI - Índice Periodontal Comunitário

CPOD - Índice de dentes cariados, perdidos e obturados

CPOS - Índice de superfícies cariadas, perdidas e obturadas

HAPA - Health Process Approach

HB - Higiene Bucal

HBM - Health Belief Model (Modelo de crenças em saúde)

IPV - Índice de Placa Visível

ISG - Índice de Sangramento Gengival

SB - Saúde Bucal

SCT - Social Cognitive Theory

SOC - Sense Of Coherence (Senso de coerência)

OMS - Organização Mundial de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

TPB - Theory of Planned Behavior (Teoria do Comportamento Planejado)

TRA- Theory Reasoned Action (Teoria da Ação Racional)

TTM - Transtheoretical Model (Modelo Transteórico de mudança)

WHO - World Health Organization

Sumário

1 Introdução.....	13
2 Projeto de pesquisa.....	15
3 Artigo.....	49
4 Considerações Finais.....	73
Referências.....	74
Anexos.....	83
Apêndices.....	87

1 Introdução Geral

Atingindo 3,5 bilhões de pessoas em todo mundo (OMS, 2022), doenças bucais podem implicar em restrições de atividades na escola, no trabalho e em casa, gerando impacto social e individual (OMS, 2003). O desenvolvimento de doenças bucais não ocorre somente a nível microbiológico, mas também é determinado pela alimentação, comportamentos e ambiente do indivíduo (LOSSO et al, 2009), com influência de fatores sociais e comportamentais (FELDENS, 2010; SWAN, BARKER, HOEFT, 2010).

Dos problemas de saúde bucal, o mais prevalente é a doença cárie. Sua maior ocorrência se dá em crianças, afetando 60-90% das crianças em idade escolar (SANTOS et al, 2016; PHANTUMVANIT et al, 2018). A prevenção e o controle da doença envolvem o estabelecimento de uma boa higiene bucal, exposição adequada ao flúor e exposição minimizada a açúcares alimentares e carboidratos refinados (ADAIR et al, 2004).

Vários estudos relataram que a saúde bucal das crianças é afetada pelos hábitos e conhecimento dos pais sobre saúde bucal (OMS, 2018; ADAIR et al., 2004; MATTILA et al., 2005; SURESH et al, 2010). Além disso, fatores sociais, demográficos e comportamentais, como renda familiar e nível de educação materna, afetam diretamente a prevalência e a gravidade da doença (DE SOUSA et al., 2015; PHANTUMVANIT et al., 2018; BERALDI et al., 2020; CARVALHO et al., 2022) e também podem modular o conhecimento e as crenças dos pais. Também cabe ressaltar que os pontos de vista dos pais estão ligados a comportamentos de saúde, os quais podem influenciar a saúde bucal de seus filhos (HIRATSUKA, et al 2009).

Considerando essa influência psicológica dos pais sobre adoção de comportamentos rotineiros nos cuidados com os filhos, é cabível considerar a percepção de saúde bucal do filho à luz de uma teoria psicológica que busca justamente avaliar e interpretar especificamente a forma como os indivíduos

explicam o seu comportamento e o dos outros. Esse campo da psicologia que analisa os processos de imputação de causalidade chama-se atribuição causal (SOUSA, 1996).

A teoria da atribuição surgiu com os trabalhos de Fritz Heider em 1958. O autor afirma que as relações que o ser-humano estabelece com o meio ambiente influenciam o comportamento no seu dia a dia. Weiner (1985) contribuiu para os estudos de causalidade afirmando que, de acordo com a percepção da causa de um evento pelo indivíduo, é possível categorizar as atribuições comuns em: capacidade, esforço, sorte e dificuldade da tarefa, sendo estas, classificadas em três grandes dimensões causais: internalidade, estabilidade e controlabilidade e aponta a influência dessas características das atribuições como o principal determinante da expectativa de mudança no futuro.

A teoria da atribuição causal já foi investigada em relação à saúde bucal (KNECKT; SYRJALA; KNUUTTILA, 2000), tal estudo avaliou as atribuições de pacientes diabéticos adultos em relação à própria saúde metabólica e bucal, e encontrou que a maioria dos indivíduos atribuiu condições clínicas de saúde bucal a causas internas como preguiça e despreocupação com a própria saúde.

Portanto, considerando as consequências negativas advindas de uma pobre saúde bucal (CARVALHO et al, 2022), como dor, necessidades odontológicas e perdas dentárias, causados pela perpetuação de comportamentos negativos em saúde, reconhecendo a influência de aspectos psicológicos dos pais sobre a adoção de comportamentos positivos a saúde bucal de seus filhos e pelo conhecimento dos autores da ausência de pesquisas sobre a atribuição causal para a percepção de saúde bucal do filho pelos pais, o objetivo do presente estudo foi descrever a causa atribuída à percepção parental sobre as condições de saúde bucal dos seus filhos.

2 Projeto de pesquisa

2.1 Introdução

A saúde é um bem imaterial indispensável para a vida humana. Das diferentes dimensões que se têm em saúde, uma delas é a saúde bucal. (NARVAL, FRAZÃO, 2005).

Atingindo 3,5 bilhões de pessoas em todo mundo (OMS, 2022), doenças bucais podem implicar em restrições de atividades na escola, no trabalho e em casa, gerando impacto social e individual, especialmente na qualidade de vida dos indivíduos (OMS, 2003).

Dos problemas bucais, a cárie é a condição mais comum, com uma prevalência global de 35% (MARCENES *et al.*, 2013). Os fatores biológicos são determinantes da doença, no entanto, não devem ser considerados isoladamente, já que estão sempre condicionados a fatores comportamentais, culturais e sociais (VOLSCHAN, 2001), o que faz da cárie dentária uma doença multifatorial.

Além disso, a cárie afeta grande parte da população infantil, sendo a doença crônica mais comum em crianças (FISHER-OWENS *et al.*, 2007), considerada um problema de saúde pública devido à elevada prevalência e impactos negativos na qualidade de vida e desenvolvimento (BRANDÃO *et al.*, 2006). A dor causada pela cárie interfere principalmente no ato de comer e faz com que as crianças apresentem crescimento mais lento, menor peso e mais distúrbios no sono; prejudicando o rendimento escolar, afetando a atenção durante as atividades e gerando déficit de aprendizagem (NUNES; PEROSA, 2017).

Naturalmente as crianças dependem dos pais ou responsáveis para alimentação, educação e saúde. A literatura destaca a capacidade materna de cuidar como um fator de proteção que ameniza o impacto de um ambiente desfavorável, especialmente nos primeiros anos de vida da criança (ENGLE, 2009;

YUNES, 2003). Além disso, tem sido discutido o impacto de crenças e valores dos pais na responsabilidade sobre a própria saúde e saúde do filho, sendo avaliada como uma variável diretamente vinculada às atitudes em saúde (CERQUEIRA; NASCIMENTO, 2008; KOBARG; SACHETTI; VIEIRA, 2006).

Estudos observacionais têm apontado déficits significativos na habilidade, de crianças e adultos, em manter comportamentos de saúde. Esses déficits nem sempre são reconhecidos pelo paciente ou pelo profissional de saúde (MORAES; ROLIM; COSTA JR, 2009), pois, mesmo quando se detectam problemas no comportamento do paciente, profissionais tendem a manter suas condutas habituais, atribuindo os resultados desfavoráveis em saúde a situações esporádicas (JONHSON *et al.*, 1982; SERGIS-DEAVENPORT; VARNI, 1983), o que impede o adequado reconhecimento das possíveis causas do problema e impossibilita a busca por alternativas de contorná-las.

Considerando essas variáveis, as teorias psicológicas têm sido estudadas como forma de entender comportamentos em saúde, e uma dessas teorias é a atribuição causal. A atribuição de causalidade refere-se ao ato de atribuir causas às situações que ocorrem consigo próprio e com os outros, o que influencia diretamente em práticas, atitudes, hábitos e, conseqüentemente, resultados em saúde.

As reações diante de determinados episódios relevantes da vida estão relacionadas às atribuições e crenças que o indivíduo interpreta como causadoras do cenário que está vivenciando. Há muitos antecedentes causais, como informações prévias, formação, regras sociais, senso comum, estereótipos, mitos e preconceitos, os quais influenciam a maneira como as explicações são alcançadas. Essa interpretação é pessoal e impacta diretamente na forma de enfrentamento, refletindo em diversas áreas da vida, bem como a saúde pessoal e dos filhos. Estudos têm usado a abordagem atribucional para analisar as explicações das pessoas para diferentes situações de doença e saúde (KNECKT; SYRJALA; KNUUTTILA, 2000).

Portanto, avaliar atribuições causais de pais para os resultados em saúde bucal, mais especificamente, de cárie, em seus filhos, pode ser útil para

compreender a motivação e adoção de comportamentos dos responsáveis para perpetuar ou solucionar o problema, uma vez que múltiplos fatores diretos e indiretamente estão associados à doença cárie, bem como a importância do estabelecimento e manutenção da saúde desde a infância, e responsabilidade dos pais durante essa fase, a resolução dos problemas de saúde bucal através da atuação exclusivamente clínica e técnica não são suficientes, requerendo também a intervenção sobre determinantes sociais e psicológicos fortemente reconhecidos (NUNES; PEROSA, 2017), o que justifica a realização deste trabalho.

2.3 OBJETIVOS

1.1 GERAL

O presente estudo objetiva avaliar a percepção de causa, em especial sobre a atribuição e a identificação dos fatores de controle dos pais sobre saúde bucal de seus filhos de até 6 anos de idade atendidos nas Clínicas Infantis da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

1.2 ESPECÍFICOS

Descrever os fatores que os pais atribuem para a situação de cárie dentária dos seus filhos.

Descrever os fatores associados à percepção de controle da cárie dentária dos filhos, na visão dos pais das crianças.

2 BUSCA SISTEMATIZADA DA LITERATURA

Foram realizadas buscas na base de dados Pubmed até 29 de julho de 2023. Inicialmente foram encontrados 82 artigos através da seguinte chave de busca: (("Dental Health Surveys" OR "Health Surveys, Dental" OR "Dental Health Survey" OR "Health Survey, Dental" OR "SurveysandQuestionnaires" OR "QuestionnairesandSurveys" OR "SurveyMethods" OR "Questionnaires" OR "Questionnaire" OR "QuestionnairesandSurveys" OR "SurveyMethods" OR "Methods, Survey" OR "SurveyMethod" OR "Methodology, Survey" OR "SurveyMethodology" OR "Community Surveys" OR "Community Survey" OR "Survey, Community" OR "Surveys, Community" OR "Surveys" OR "Survey" OR "Questionnaire Design" OR "Design, Questionnaire" OR "Designs, Questionnaire" OR "Questionnaire Designs" OR "Baseline Survey" OR "Baseline Surveys" OR "Survey, Baseline" OR "Surveys, Baseline" OR "Questionnaires" OR "Questionnaire") AND ("Health Belief Model" OR "Model, Health Belief" OR "Health Belief Models" OR "Models, Psychological" OR "Psychological Model" OR "Psychological Models" OR "Psychologic Model" OR "PsychologicModels" OR "Model, Psychological" OR "Models, Mental" OR "Mental Model" OR "Mental Models" OR "Model, Mental" OR "PsychologicalTheory" OR "PsychologicTheory" OR "PsychologicTheories" OR "Theories, Psychologic" OR "Theory, Psychological" OR "PsychologicalTheories" OR "Theories, Psychological")) AND ("oral health" OR "dental care" OR "Care, Dental" OR "Health, Oral"). Sem restrição de língua, ano e país.

Os artigos foram importados para a plataforma Rayyann, onde foram selecionados através do título e resumo. Os critérios de elegibilidade foram estudos que avaliaram teorias psicológicas comportamentais em saúde bucal em uma população. Os critérios de exclusão foram estudos de intervenção que avaliaram outros aspectos que não teorias psicológicas e fatores psicocomportamentais, e que possuíam amostra de indivíduos menores de doze

anos.

Dessa forma, dos 82 artigos encontrados no Pubmed, 45 foram selecionados através do título e leitura do resumo da pesquisa e foram lidos na íntegra. Destes, quatro não foram incluídos por não terem sido encontrados na íntegra.

Toda a organização da busca está sintetizada na figura 1 mostrada a seguir:

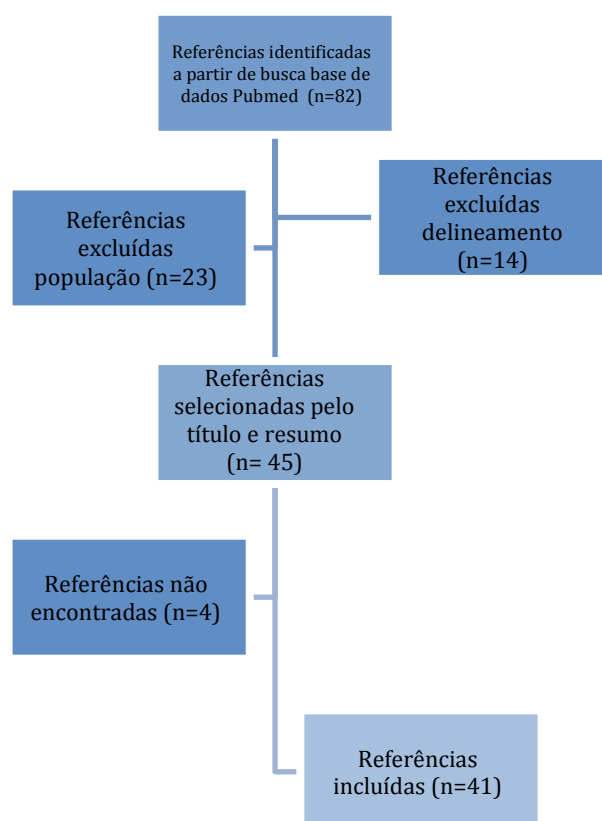


Figura 1. Fluxo da seleção dos artigos obtidos nas bases de dados Pubmed. Pelotas, 2023.

Os 41 artigos selecionados para compor a revisão do Projeto estão descritos no Quadro 1

2.4 Síntese dos artigos selecionados para compor o Projeto

Todos os estudos foram publicados entre os anos 1998 e 2023 e foram realizados em diversas localidades do mundo. O país com maior número de publicações foi a Finlândia (KNECKT., *et al*, 2001; KNECKT; SYRJALA; KNUUTTILA, 2000; SAVOLAINEN., *et al*, 2005; SAVOLAINEN., *et al*, 2009; SYRJALA., *et al*, 2004; SYRJALA; NISKANEN; KNUUTTILA, 2002; YLSTALO; ELLEN; MATTI, 2003) com sete estudos, seguido dos EUA, com cinco estudos (BREIN., *et al*, 2016; GIFT; ATCHISON; DRURY, 1998; JOSEPH., *et al*, 2005; KAREN., *et al*, 1993; MANN; SHERMAN; UPDEGRAFF, 2004; SHERMAN; UPDEGRAFF; MANN, 2008). A seguir, tem-se a Suécia (ERICSSON., *et al*, 2016; LINDMARK; ABRAHAMSSON, 2014; LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON, 2011), com três artigos. A Inglaterra, China, Arábia Saudita e Noruega tiveram, cada um, duas publicações incluídas (ALEXANDRINA., *et al*, 2011; ANWAR., *et al*, 2021; BERNABÉ., *et al*, 2010; KLOCK; HAUGEJORDEN, 2002; MARTINELLI., *et al*, 2008; RAJEH, 2022; STROM, 2008; XIANG., *et al*, 2020; XIANG., *et al*, 2020), enquanto os demais países somente uma publicação, os quais são: Escócia (SCHÜZ; SNIEHOTTA; SCHWARZER., *et al*, 2007), Turquia (ÖZYEMIŞCI; TURGUT, 2020), Amsterdã (DUIJSTER., *et al*, 2018), Scandinavia (TOLVANEN., *et al*, 2012), Portugal (ARAÚJO., *et al*, 2019), Austrália (JASON., *et al*, 2020), Coreia do Sul (JUNG., *et al*, 2010), Uganda (ASTROM; OKULLO, 2004), Japão (SUMITA., *et al*, 2022), Alemanha (GRAETZ., *et al*, 2013), Índia (PATEL., *et al*, 2007). A maioria dos estudos foram realizados na Europa, seguido da Ásia e América do Norte.

Com relação ao delineamento, a grande maioria (n=30) dos estudos são transversais. Dois são longitudinais (ARAÚJO., *et al*, 2019; ASTROM; OKULLO, 2004; GRAETZ., *et al*, 2013), enquanto um é descritivo (SHERMAN; UPDEGRAFF; MANN, 2008) e dois são experimentais (JEIHOONI., *et al*, 2017; KAREN., *et al*, 1993). Dois estudos tratavam da validação de questionários de modelos psicológicos (DEFRANC., *et al*, 2008; XIANG., *et al*, 2020). Três estudos são caracterizados como de intervenção (MANN; SHERMAN; UPDEGRAFF, 2004; SCHÜZ; SNIEHOTTA; SCHWARZER., *et al* 2007; ÖZYEMIŞCI; ÇANKAYA, 2020). Em dois deles o objetivo foi avaliar uma educação em saúde bucal com base nas

teorias psico-comportamentais. Em relação às amostras, na maioria dos estudos (ARAÚJO., *et al*, 2019; BERNABÉ., *et al*, 2010; BREIN., *et al*, 2016; DEFRANC., *et al*, 2008; DUIJSTER., *et al*, 2018; GIFT; ATCHISON; DRURY, 1998; GRAETZ., *et al*, 2013; JASON., *et al*, 2020; KNECKT., *et al*, 2001; KNECKT; SYRJALA; KNUUTTILA, 2000; LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON, 2011; MARTINELLI., *et al*, 2008; PATEL., *et al*, 2007; RAJEH, 2022; STROM, 2008; SYRJALA., *et al*, 2004; SYRJALA; NISKANEN; KNUUTTILA, 2002) houve uma grande variação de faixa-etária. Jovens adultos (ALEXANDRINA., *et al*, 2011; ERICSSON., *et al*, 2016; JEIHOONI., *et al*, 2017; KLOCK; HAUGEJORDEN, 2002; LINDMARK; ABRAHAMSSON, 2014; MOROWATISHARIFABAD., *et al*, 2007) e adolescentes (JUNG., *et al*, 2010; RAHMATI-NAJARKOLAEI., *et al*, 2016; TOLVANEN., *et al*, 2012; XIANG., *et al*, 2020) foram as fases mais presentes.

O tamanho das amostras também variou expressivamente, houveram muitos estudos na faixa entre 100 e 200 indivíduos (ALEXANDRINA., *et al*, 2011; AREZOO., *et al*, 2023; JEIHOONI., *et al*, 2017; KAREN., *et al*, 1993; KNECKT., *et al*, 2001; KNECKT; SYRJALA; KNUUTTILA, 2000; SCHÜZ; SNIEHOTTA; SCHWARZER., *et al*, 2007; SYRJALA., *et al*, 2004; SYRJALA; NISKANEN; KNUUTTILA, 2002) e 500-1000 indivíduos (DEFRANC., *et al*, 2008; ERICSSON., *et al*, 2016; JOSEPH., *et al*, 2005; LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON, 2011; PATEL., *et al*, 2007; SUMITA., *et al*, 2022; TOLVANEN., *et al*, 2012; XIANG., *et al*, 2020), e mais de mil indivíduos (BERNABÉ., *et al*, 2010; DUIJSTER., *et al*, 2018; GIFT; ATCHISON; DRURY, 1998; JASON., *et al*, 2020; JUNG., *et al*, 2010; KLOCK; HAUGEJORDEN, 2002; MARTINELLI., *et al*, 2008; RAJEH, 2022; SAVOLAINEN., *et al*, 2005; SAVOLAINEN., *et al*, 2009; YLSTALO; ELLEN; MATTI, 2003).

O modelo psicológico mais presente nos estudos foi o Modelo de Crenças em Saúde (Health Belief Model - HBM), em sete estudos (ANWAR., *et al*, 2021; JEIHOONI., *et al*, 2017; KAREN., *et al*, 1993; RAHMATI-NAJARKOLAEI., *et al*, 2016; SUMITA., *et al*, 2022; XIANG., *et al*, 2020; XIANG., *et al*, 2020) e Teoria do Comportamento Planejado (Theory Planned Behavior - TPB) (ALEXANDRINA., *et al*, 2011; ASTROM; OKULLO, 2004; BREIN., *et al*, 2016; DEFRANC., *et al*, 2008; PATEL., *et al*, 2007; RAJEH, 2022; STROM, 2008), também com sete estudos. Em seguida, Senso de Coerência (Sense Of Coherence - SOC) com base na Teoria

Salutogênica (BERNABÉ., *et al*, 2010; LINDMARK; ABRAHAMSSON, 2014; LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON, 2011; MARTINELLI., *et al*, 2008; SAVOLAINEN., *et al*, 2005; SAVOLAINEN., *et al*, 2009), com seis estudos, Teoria da ação racional (Theory Rational Action - TRA) (SYRJALA., *et al*, 2004; SYRJALA; NISKANEN; KNUUTTILA, 2002) e Hipótese de congruência (MANN; SHERMAN; UPDEGRAFF, 2004; SHERMAN; UPDEGRAFF; MANN, 2008) ambos com dois estudos, e com um estudo os demais, sendo: Modelo Transteórico de Mudança (TTM) (SCHÜZ; SNIEHOTTA; SCHWARZER., *et al*, 2007), Teoria do apego (GRAETZ., *et al*, 2013), teoria da Atribuição Causal (KNECKT; SYRJALA; KNUUTTILA, 2000), Modelo de Pender (MOROWATISHARIFABAD., *et al*, 2007). Dois estudos avaliaram várias teorias num mesmo momento, o estudo de ÖZYEMIŞCI E TURGUT (2020) avaliou em conjunto as seguintes teorias: Teoria do Comportamento Planejado, Teoria dos Estágios de Mudança, Teoria da Ação Reacional e Teoria da Cognição Social, e AREZOO *et al* (2023) avaliou em conjunto o Modelo de Crenças em Saúde e a Teoria dos estágios de Mudança. A dimensão psicológica *autoeficácia* foi isoladamente avaliada em dois estudos (ARAÚJO., *et al*, 2019; ERICSSON., *et al*, 2016).

Todos os artigos utilizaram questionários como forma de avaliação dos aspectos psicocomportamentais, dezenove deles (AREZOO., *et al*, 2023; ASTROM; OKULLO, 2004; BERNABÉ., *et al*, 2010; ERICSSON., *et al*, 2016; GRAETZ., *et al*, 2013; JASON., *et al*, 2020; JOSEPH., *et al*, 2005; KNECKT., *et al*, 2001; KNECKT; SYRJALA; KNUUTTILA, 2000; LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON, 2011; MARTINELLI., *et al*, 2008; ÖZYEMIŞCI; TURGUT ÇANKAYA Z, 2020; PATEL., *et al*, 2007; SAVOLAINEN., *et al*, 2005; SUMITA., *et al*, 2022; SYRJALA; NISKANEN; KNUUTTILA, 2002; TOLVANEN., *et al*, 2012; XIANG., *et al*, 2020; XIANG., *et al*, 2020) avaliam desfechos em saúde bucal através de exames clínicos, os demais utilizam a autoavaliação em comportamentos de saúde bucal e frequência às consultas odontológicas. Dos artigos que realizaram exames clínicos, a maioria (ERICSSON., *et al*, 2016; KNECKT., *et al*, 2001; KNECKT; SYRJALA; KNUUTTILA, 2000; LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON, 2011; MARTINELLI., *et al*, 2008; ÖZYEMIŞCI; TURGUT ÇANKAYA Z, 2020; SAVOLAINEN., *et al*, 2005; TOLVANEN., *et al*, 2012; XIANG., *et al*, 2020) utilizaram o índice de Placa Visível

(IPV) como medidor de comportamentos em saúde, e seis estudos (ERICSSON., *et al*, 2016; KNECKT., *et al*, 2001; KNECKT; SYRJALA; KNUUTTILA, 2000; LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON, 2011; MARTINELLI., *et al*, 2008; ÖZYEMIŞCI; TURGUT ÇANKAYA Z, 2020; SAVOLAINEN., *et al*, 2005; TOLVANEN., *et al*, 2012; XIANG., *et al*, 2020) utilizaram o índice CPOD para medir estado de saúde bucal.

Com relação às variáveis independentes, maioria dos estudos coletou variáveis sociodemográficas (ALEXANDRINA., *et al*, 2011; DEFRANC., *et al*, 2008; GIFT; ATCHISON; DRURY, 1998; MANN; SHERMAN; UPDEGRAFF, 2004; ÖZYEMIŞCI; TURGUT ÇANKAYA Z, 2020; SCHÜZ; SNIEHOTTA; SCHWARZER., *et al*, 2007; SHERMAN; UPDEGRAFF; MANN, 2008; TOLVANEN., *et al*, 2012; XIANG., *et al*, 2020), variáveis como idade, sexo, estado civil, local de residência e escolaridade foram as mais estudadas.

Três estudos avaliaram a relação de saúde bucal com outras condições de saúde, como diabetes (BERNABÉ., *et al*, 2010; KNECKT., *et al*, 2001; KNECKT; SYRJALA; KNUUTTILA, 2000; SYRJALA., *et al*, 2004; SYRJALA; NISKANEN; KNUUTTILA, 2002), em hemodiálise (AREZOO., *et al*, 2023;) e gestantes (JEIHOONI., *et al*, 2017).

2.5 Modelos Psicológicos em saúde

Modelo de crença em saúde (Health Belief Model - HBM)

O Modelo de Crenças em Saúde postula que as crenças de uma pessoa sobre o risco de uma doença e as percepções dos benefícios de evitá-lo influenciam o comportamento e ações. Consiste nas dimensões: gravidade percebida, benefícios percebidos, suscetibilidade, barreiras percebidas, autoeficácia e sugestão para ação (ÖZYEMIŞCI; TURGUT ÇANKAYA Z, 2020).

Oito estudos no total aplicaram questionários baseados no Modelo de Crenças em Saúde, em seis deles o HBM foi o único modelo psicológico utilizado (ANWAR., *et al*, 2021; JEIHOONI., *et al*, 2017; RAHMATI-NAJARKOLAEI., *et al*, 2016; SUMITA., *et al*, 2022; XIANG., *et al*, 2020; XIANG., *et al*, 2020), e dois trabalharam em conjunto com outros modelos (KAREN., *et al*, 1993; KAREN., *et al*, 1993). Todos aplicaram questionários sociodemográficos, com exceção do artigo que teve como objetivo avaliar um instrumento (XIANG., *et al*, 2020), o qual sugere que o instrumento é válido e confiável para utilização no modelo de crenças.

Dois estudos (AREZOO., *et al*, 2023; RAHMATI-NAJARKOLAEI., *et al*, 2016) tiveram como objetivo avaliar comportamentos de higiene, e encontraram que barreiras percebidas pelos pacientes esteve associado a melhor autopercepção (AREZOO., *et al*, 2023) e melhor comportamento (RAHMATI-NAJARKOLAEI., *et al*, 2016) em saúde bucal, além disso, suscetibilidade percebida teve associação direta com maior ansiedade odontológica (XIANG., *et al*, 2020) e uso de aparelho ortodônticos (ANWAR., *et al*, 2021). Dois artigos avaliaram a adesão às consultas (SUMITA., *et al*, 2022) e tratamentos odontológicos (KAREN., *et al*, 1993) em relação às crenças, dos quais apenas a adesão às consultas se mostrou diretamente associada ao modelo de crença. Todos os estudos tiveram uma amostra composta por indivíduos jovens, e um estudo avaliou as crenças da mãe (RAHMATI-NAJARKOLAEI., *et al*, 2016) em relação à saúde bucal do filho. Dos estudos que realizaram exame clínico (AREZOO., *et al*, 2023; SUMITA., *et al*, 2022; XIANG., *et al*, 2020) o CPOD, foi o instrumento mais utilizado para avaliação de saúde bucal (SUMITA., *et al*, 2022; XIANG., *et al*, 2020).

Teoria do comportamento planejado (Theory Planned Behaviour - TPB)

De acordo com a Teoria do comportamento planejado, o comportamento ou atitude de um indivíduo é, em grande parte, determinado pela intenção de realizar essa ação ou mudança (DEFranc., *et al*, 2008).

A maioria dos sete artigos que avaliaram a saúde bucal em relação à Teoria do Comportamento Planejado (ALEXANDRINA., *et al*, 2011; ASTROM; OKULLO, 2004; BREIN., *et al*, 2016; DEFranc., *et al*, 2008; PATEL., *et al*, 2007; RAJEH, 2022; STROM, 2008), tiveram como objetivo prever as intenções dos pacientes em melhorar os comportamentos em saúde bucal (ALEXANDRINA., *et al*, 2011; RAJEH, 2022) como frequência de escovação. Outros avaliaram consumo de açúcar (ASTROM; OKULLO, 2004) e uso do fio dental (STROM, 2008). Três estudos (ALEXANDRINA., *et al*, 2011; DEFranc., *et al*, 2008; RAJEH, 2022) avaliaram as intenções de comportamentos em relação à frequência em consultas odontológicas e dois estudos (ASTROM; OKULLO, 2004; PATEL., *et al*, 2007) realizaram exame clínico. Um estudo (DEFranc., *et al*, 2008) desenvolveu e aplicou um questionário para medir os determinantes do comportamento relacionados à saúde bucal pelo modelo psicológico do comportamento planejado, o qual relata qualidade e validade na construção das escalas. No geral, houve relação entre intenções de comportamentos positivos em saúde bucal com maior uso do fio dental (STROM, 2008), menor frequência no consumo de açúcares (ASTROM; OKULLO, 2004) e maior grau de conhecimento em saúde (BREIN., *et al*, 2016; PATEL., *et al*, 2007).

Senso de coerência (Sence of Coherence - SOC)

O Senso de coerência é baseado na Teoria Salutogênica. Numa perspectiva psicossocial, busca explicar a relação entre lidar com fatores estressantes da vida e manter a saúde, ou seja, é baseado em experiências de vida, também conhecidas como recursos de resistência geral (GRRs), e descreve as características físicas, bioquímicas, materiais, cognitivas, emocionais e

socioculturais de um indivíduo ou grupo que são eficazes para evitar estressores (LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON, 2011).

O senso de coerência foi o modelo psicológico avaliado em seis estudos (BERNABÉ., et al, 2010; LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON, 2011; LINDMARK; ABRAHAMSSON, 2014; MARTINELLI., et al, 2008; SAVOLAINEN., et al, 2005; SAVOLAINEN., et al, 2009). Todos os estudos tiveram como objetivo analisar a pontuação do senso de coerência e o estado de saúde bucal por meio de exames clínicos, com exceção de um estudo descritivo qualitativo (LINDMARK; ABRAHAMSSON, 2014) que objetivou avaliar os recursos disponíveis entre jovens de diferentes classes sociais e os comportamentos em saúde bucal. A avaliação do Senso de coerência gera uma pontuação que indica a capacidade de enfrentamento do indivíduo frente a eventos adversos. Os estudos verificaram as associações entre a saúde bucal e o escore de SOC. As avaliações em saúde bucal consistiram em exames de raio-X, superfície com cárie, Índice de Sangramento Gengival (LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON, 2011), IPV (LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON, 2011; MARTINELLI., et al, 2008; SAVOLAINEN., et al, 2005) profundidade de sondagem (BERNABÉ., et al, 2010; LINDMARK; HAKEBERG HUGOSON, 2011; MARTINELLI., et al, 2008), atendimento odontológico, uso de serviços e frequência de escovação (BERNABÉ., et al, 2010; SAVOLAINEN., et al, 2005), frequência de ingestão de açúcar (BERNABÉ., et al, 2010) e autopercepção em saúde bucal (BERNABÉ., et al, 2010; MARTINELLI., et al, 2008). Os resultados encontrados foram associações entre pontuações de SOC mais altas e menor profundidade de bolsas periodontais, menor índice de placa (BERNABÉ., et al, 2010; LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON, 2011), maior número de dentes em boca, menor número de dentes cariados (BERNABÉ., et al, 2010; MARTINELLI., et al, 2008; SAVOLAINEN., et al, 2005), melhor autopercepção em saúde bucal (BERNABÉ., et al, 2010; SAVOLAINEN., et al, 2005) maior frequência de escovação (SAVOLAINEN., et al, 2005) e melhores condições de saúde geral (SAVOLAINEN., et al, 2009).

Teoria da ação racional (Theory Reasoned Action - TRA)

Assim como a Teoria do Comportamento Planejado (TPB) a Teoria da Ação Reacional postula que a intenção é determinante para uma mudança comportamental, a qual é influenciada por atitudes e normas subjetivas, a diferença é que na TRA não há a dimensão 'controle comportamental percebido', como na teoria do comportamento planejado. Dos três estudos da revisão que avaliaram o modelo TRA em saúde bucal, um (ÖZYEMIŞCI; TURGUT ÇANKAYA Z, 2020) foi avaliado juntamente com outras teorias (Teoria do Comportamento Planejado, Teoria dos Estágios de Mudança e Teoria da Cognição Social). Os artigos apontam a dimensão autoeficácia, que é a crença do indivíduo na própria capacidade de manter um comportamento recentemente adotado, como determinante geral influente para várias práticas em saúde (SYRJALA., *et al*, 2004) e a intenção relacionada com a maior frequência de escovação (SYRJALA; NISKANEN; KNUUTTILA, 2002).

Semelhante a este, o modelo Health Action Process Approach (HAPA), utilizado em um estudo desta revisão (ARAÚJO., *et al*, 2019), também avalia a autoeficácia e os construtos: intenção, planejamento de enfrentamento e controle da ação. O estudo discute a importância de maiores escores nas dimensões 'planejamento de enfrentamento' e 'controle da ação' para consequente intenção de mudança.

A habilidade de enfrentamento também foi isoladamente avaliada em outros estudos (KLOCK; HAUGEJORDEN, 2002), onde foi vista a relação entre ansiedade, dificuldade de lidar com perdas dentárias e utilização de próteses, bem como a correlação entre otimismo (KLOCK; HAUGEJORDEN, 2002) e melhores comportamentos em saúde bucal auto-referida.

Modelo Transteórico de Estágios de Mudança (Transtheoretical Model of Health Behavior Change - TTM)

O Modelo Transteórico de Estágios de Mudança propõe que as pessoas passam por diferentes estágios até a adoção de comportamentos de saúde. O TTM compreende seis estágios: pré-contemplação (sem intenção de mudar),

contemplação (intenção de mudar), preparação (planejamento para mudar), ação (começou a mudar), manutenção (novo comportamento em andamento), término (sem tentativa e autoeficácia total). As pessoas podem não passar por esses estágios linearmente (ÖZYEMIŞCI; TURGUT ÇANKAYA Z, 2020). Apenas um estudo (SAVOLAINEN., *et al*, 2009; BREIN., *et al*, 2016; SCHÜZ; SNIEHOTTA; SCHWARZER., *et al*, 2007) foi realizado exclusivamente com base nesse modelo e outros dois (AREZOO., *et al*, 2023; ÖZYEMIŞCI; TURGUT ÇANKAYA Z, 2020) em associação com outras teorias comportamentais (Teoria do comportamento planejado, Teoria da ação reacional, Modelo de crença e Teoria da cognição social). Dois estudos (ÖZYEMIŞCI; TURGUT ÇANKAYA Z, 2020; SCHÜZ; SNIEHOTTA; SCHWARZER., *et al*, 2007) foram de intervenção e objetivaram avaliar o efeito de uma ação em saúde nas intenções de mudança medidas pelo TTM os quais evidenciaram mudanças positivas nas intenções de uso do fio dental. Um dos estudos (AREZOO., *et al*, 2023) encontrou que intervenções nos estágios iniciais da mudança de comportamento são menos efetivas comparadas aos outros estágios.

Teoria da Atribuição Causal

Sempre foi do interesse de psicólogos a temática da percepção das pessoas, mais especificamente, a forma como estas explicam o seu comportamento e o dos outros. Esse campo da psicologia que analisa os processos de imputação de causalidade chama-se atribuição causal (Sousa, 1996).

Historicamente, a teoria da atribuição surgiu com os trabalhos de Fritz Heider em 1958. O autor afirma que as relações que o ser-humano estabelece com o meio ambiente influenciam o comportamento no dia a dia.

Weiner (1985) contribuiu para os estudos de causalidade afirmando que, de acordo com a percepção da causa de um evento pelo indivíduo, é possível categorizar as atribuições comuns em: capacidade, esforço, sorte e dificuldade da tarefa, sendo estas, classificadas em três grandes dimensões causais: internalidade-externalidade, estabilidade-instabilidade e controlabilidade-incontrolabilidade e aponta a influência dessas características das atribuições

como o principal determinante da expectativa de mudança no futuro.

A teoria da Atribuição Causal foi relatada em um estudo desta revisão (KNECKT; SYRJALA; KNUUTTILA, 2000), o qual avaliou as atribuições de pacientes diabéticos em relação à própria saúde metabólica e bucal, e encontrou que a maioria dos indivíduos atribuiu o mau controle da diabetes a causas internas como preguiça e despreocupação com a própria saúde.

Outras teorias e variáveis psicossociais

Dois estudos (MANN; SHERMAN; UPDEGRAFF, 2004; MANN; SHERMAN; UPDEGRAFF, 2008) abordaram a Teoria do Prospecto, ou também chamada 'Hipótese de Congruência', que envolvem estratégias de intervenção de educação em saúde baseadas no tipo de mensagem que gera motivação no paciente, se de perda ou se de ganho, de acordo com riscos e recompensas.

A teoria do apego classifica o modo afetivo do indivíduo em três tipos de apego: seguro, ansioso e evitativo. Foi a teoria abordada por um estudo (GRAETZ., et al, 2013), que encontrou associações entre ansiedade, apego psicológico em relacionamentos, tabagismo e maior necessidade de consultas periodontais, principalmente entre mulheres.

Oito estudos (GIFT; ATCHISON; DRURY, 1998; JASON., et al, 2020; JOSEPH., et al, 2005; JUNG., et al, 2010; KNECKT., et al, 2001; TOLVANEN., et al, 2012; YLSTALO; ELLEN; MATTI, 2003; YLSTALO; ELLEN; MATTI, 2003) avaliaram desfechos em saúde bucal com base em aspectos psicológicos que não modelos teóricos. Por exemplo, estudos avaliaram a influência da autoestima (KNECKT., et al, 2001) e conhecimento (TOLVANEN., et al, 2012) em práticas de autocuidado na melhor adesão de práticas em saúde. Fatores psicossociais como sofrimento na infância (YLSTALO; ELLEN; MATTI, 2003), estresse (JUNG., et al, 2010) e estrutura familiar (JASON., et al, 2020), também foram analisados.

Quadro 1 - Estudos selecionados após a busca sistematizada na base de dados Pubmed 2023.

Ano/País	Objetivo	Delineamento	Participantes	teoria psicológica	Variáveis	Instrumento	Principais resultados
EUA 1993	Comparar a adesão de pacientes encaminhados e não encaminhados aos tratamentos odontológicos e respectivas características de HBM, Locus de controle e Autoestima	Estudo experimental	n=162 12-19 anos	Modelo de Crença (HBM) Locus de controle Autoestima	-Sociodemográficas; -Psicológicas -Adesão	-Questionários -sociodemográfico; escala de wallston para Locus -escala de autoestima Coopersmith -HBM pelo indicador Chen e Land	A adesão não foi associada com locus de controle da saúde, autoestima ou variáveis do Modelo de Crenças em Saúde. Pacientes mais velhos aderiram menos aos tratamentos. A adesão foi negativamente associada com número de visitas odontológicas, tratamentos e baixa adesão anteriores. O HBM não foi capaz de prever a adesão.
Noruega 2008	Avaliar o uso do fio dental de acordo com o modelo planejamento,intenção e enfrentamento de ação	Estudo transversal	n=500 mais 25 anos	TPB	Sociodemográficas Psicológicas	-Questionário -Sociodemográficas -TPB em relação ao uso do fio	A validade fatorial da intenção, planejamento de ação e planejamento de enfrentamento em prever o uso do fio dental prospectivamente, foi confirmada .
Finlândia 2000	Descrever e analisar de as relações entre o comportamento de saúde bucal e o diabetes com base na teoria da atribuição.	Estudo transversal	n=149 16-72 anos	Teoria da atribuição	Sociodemográfico IPV ISG Cárie ativa	-Questionário autoaplicado -Exame clínico -Prontuário	Os pacientes que relataram sucesso em evitar a gengivite, 82% também relataram sucesso com o estado metabólico e também tiveram melhores índices nos níveis de glicose. Não preocupação e preguiça em realizar a higiene bucal foram as principais atribuições relacionadas com a não adesão às instruções de tratamento e baixa motivação para controle do diabetes.
FINLÂNDIA 2003	investigar o enfrentamento ativo em relação ao otimismo, comportamento de saúde bucal e saúde bucal autorreferida .	Estudo transversal	n=8690 31 anos	Enfrentamento Otimismo	Sociodemográficas Consultas odontológicas Consumo de açúcar Escovação	-Questionário autoaplicado Checklist de Verificação de Maneiras de Enfrentamento Life Orientation Test (LOT-r). (otimismo)	Os resultados mostraram correlação entre enfrentamento ativo e otimismo. Otimismo foi associado a melhores comportamentos em saúde bucal autorreferida.
EUA 2005	Examinar correlatos longitudinais de saúde bucal e atendimento odontológico usando grupos de pessoas com atitudes e crenças semelhantes.	Estudo transversal	n=723 -	Crenças em relação ao CD e saúde bucal	-Sociodemográficos -Crenças	-Questionário -Quality of recent dental care scale -Eventuality of decline -Influence of costs -Oynicism towards dentists -Effectiveness of care -Personal influence on decline scales -Exame clínico -Histórico odontológico	O grupo de atitude negativa relatou o menor cuidado preventivo e os maiores decréscimos de saúde bucal no exame clínico no início e 24 meses. O grupo com atitudes favoráveis sobre atendimento odontológico relatou o maior número de visitas preventivas e restauradoras e a menor prevalência pontual de dor de dente, sensibilidade à temperatura e gengivas doloridas.
2023 irã	Avaliar o comportamento de HB e fatores relacionados entre pacientes em hemodiálise.	Estudo transversal	N=115 20-50 anos	Modelo de crença (HBM) TTM	-Sociodemográficas -Psicológicas (HBM, TTM) -HB	-Questionário -HBM -TTM	O apoio social percebido é mais importante para os pacientes do que o suporte social real. As dicas para a ação nos estágios iniciais do comportamento são menos efetivas do que nos outros estágios. Variáveis de autoeficácia, dicas para ação e barreiras

						-Exame clínico	percebidas foram preditores de melhor percepção em saúde bucal em pacientes em hemodiálise.
Irã 2007	Examinar as relações entre cognições específicas de comportamento e comportamentos de saúde bucal usando o modelo revisado de promoção da saúde de Pender.	Estudo transversal	n=300 17-19 anos	Modelo de Pender	-Sociodemográficas -Comportamentos em HB -Visita ao CD -psicológicas (autoeficácia, barreiras, influências e benefícios percebidas)	-Questionário (desenvolvidos e validados pelo pesquisador)	Os resultados indicaram que as cognições e afetos específicos do comportamento tiveram um efeito direto nos comportamentos de saúde bucal. A autoeficácia teve um efeito indireto nos comportamentos de saúde bucal por meio de barreiras percebidas. A autoeficácia afetou os comportamentos de saúde bucal. Juntas, as variáveis foram responsáveis por 32% da variação nos comportamentos de saúde bucal.
Índia 2007	Avaliar os determinantes do comportamento de higiene bucal (OHB) com base na teoria do comportamento planejado (TPB) entre pacientes com periodontite moderada e grave	Estudo transversal	N= 543 mais de 30 anos	TPB	-Sociodemográficas -HB -Psicológicas (TPB)	-Questionário -Conhecimentos em SB -Resultados sociais esperados -TPB -Exame clínico	Expectativas sociais e conhecimentos em SB foram associados e fortemente determinados pela HB. Participantes com educação universitária, o OHK e o ESO previram o OHB. Adultos mais jovens e mulheres e participantes com educação universitária e com periodontite moderada consideraram a OHB positivamente, tiveram mais pressão do ambiente social e se sentiram confiantes.
China 2020	Desenvolver e validar um instrumento para avaliar as crenças dos adolescentes sobre comportamentos de saúde bucal usando o modelo de crença em saúde.	Estudo transversal	N=40 Média 13 anos	Modelo de crença (HBM)	-IPV -HBM	-Questionário -Exame clínico	Descobertas sugerem fortemente que a versão final da escala de 35 itens baseada no HBM é um instrumento válido e confiável para medir fatores que influenciam os comportamentos de saúde bucal para adolescente
USA 2004	Examinar a hipótese de congruência de que as mensagens de saúde enquadradas como concordantes com as motivações serão mais eficazes na promoção de comportamentos de saúde.	Estudo transversal (intervenção)	N=63 -	Hipótese de congruência	Uso autodeclarado do fio dental	-Questionário Escala BIS/BAS	Os resultados apoiam a hipótese de congruência: Quando recebem uma mensagem com risco de perda, as pessoas orientadas para a evasão relataram uso do fio dental mais do que pessoas orientadas para a abordagem, e quando recebem uma mensagem com quadro de ganho, as pessoas orientadas para a abordagem relataram uso do fio dental mais do que pessoas orientadas para a evitação.
Turquia 2020	Desenvolver um vídeo como um novo método de intervenção motivacional combinando várias teorias de mudança de comportamento de saúde para melhorar o comportamento de uso do fio dental.	Estudo transversal (intervenção)	n=30 40-60 anos	(TTM) (TRA) (SCT) (TPB)	-Psicológicas -IPV	-Questionário características psicossociais individuais -Exame clínico	Uma intervenção motivacional de sessão única por meio de um vídeo baseado em modelos e teorias psicológicas de saúde foi eficaz para melhorar a higiene bucal e o comportamento do uso do fio dental em curto prazo.\
Arábia Saudita 2021	Identificar comportamentos relacionados à saúde no uso de aparelhos, considerando o Modelo de Crença em Saúde (HBM).	Estudo transversal	N=406 13-19 anos	Modelo de crença (HBM)	-Sociodemográficos -Psicológicos (HBM)	-Questionário	Renda familiar, suscetibilidade percebida e gravidade do risco influencia significativamente o uso de suspensórios da moda. Pesquisas adicionais com foco em diferentes cidades ou áreas geográficas
2016 Suécia	Testar a hipótese de que certos fatores individuais, ambientais e de estilo de vida estão positivamente associados a comportamentos benéficos de investimento em saúde e saúde bucal	Estudo transversal	N=506 19-20 anos	Autoeficácia	-Sociodemográficos -IPV, PS -Frequência HB	-Questionário Autopercepção de Saúde Bucal (SPOH) -Exame clínico	Escolaridade e morar na área de Skaraborg foram positivamente associados a uma pontuação mais baixa de gengivite. Para o indicador subjetivo de saúde bucal, nenhuma das variáveis explicativas apresentou significância estatística. 'Escovar os dentes 2 vezes ao dia' e sexo feminino mostraram associações estatisticamente significativas.
EUA 2008	Descrever uma pesquisa que descobriu efeitos benéficos consistentes de enquadrar mensagens de saúde para serem congruentes com fatores de personalidade no incentivo a comportamentos preventivos de saúde bucal.	Estudo descritivo	-	Hipótese de congruência	-	-	Quando os pacientes recebiam uma mensagem de saúde bucal que era congruente com sua orientação motivacional – abordagem ou evitação – eles tinham uma crença mais forte de que eram capazes de usar fio dental, expressavam maiores intenções de usar fio dental e exibiam maior comportamento de uso do fio dental
Alemanha 2013	Investigar associações entre padrões de inserção e parâmetros periodontais.	Estudo longitudinal	n=310 18-80 anos	Teoria do apego	-Sociodemográficas (idade, tabagismo ou consumo de drogas, relacionamento, número de irmãos, número de filhos) -Autopercepção saúde bucal -Exame clínico (PS, RAIIO-X)	-Questionário (German version of the Experiences in Close Relationships–Revised Questionnaire) -Exame clínico	Questionário (ECR–R; Fraley et al. 2000, Ehrenthal et al. 2009).

Amsterdã 2018	Avaliar a contribuição de fatores materiais, comportamentais, culturais e psicossociais na explicação das desigualdades socioeconômicas (educação e renda) na saúde bucal de adultos holandeses	Estudo transversal	2812 25-75 anos	Fatores psicológicos (sofrimento na infância)	-Sociodemográficas -Saúde bucal e número de dentes autorreferidos -Sofrimento psíquico	-Prontuário Questionário (O sofrimento psíquico foi determinado por meio dos métodos do inventário de saúde mental (MHI-5))	O nível educacional e a renda mostraram uma relação positiva graduada com ambos os desfechos de saúde bucal. A adição de fatores materiais, comportamentais, culturais e psicossociais reduziram substancialmente a taxa de proporção do número de dentes do grupo de escolaridade mais baixa.
Noruega 2002	O objetivo do presente estudo foi avaliar as habilidades de enfrentamento e os preditores da capacidade de lidar com eventos da vida odontológica	Estudo transversal	n=1.490 25 anos	Enfrentamento	-Sociodemográficas -Facilidade/dificuldade em lidar com a perda dentária e necessidade de prótese -Autopercepção de saúde bucal -Ansiedade odontológica Eventos da vida	-Questionário (Avaliação de Reajustamento Social (SRRQ), Escalas de ansiedade de Corah)	Os informantes acharam moderadamente difícil lidar com a perda de um ou mais dentes e necessidade de próteses. Gênero e ansiedade odontológica foram preditores significativos de ambos os eventos da vida odontológica; educação, muitas cáries e crença em manter os dentes por toda a vida influenciaram o enfrentamento da colocação de próteses.
EUA 2008	Descrever o desenvolvimento e validação de um questionário para medir os determinantes do comportamento relacionado à saúde bucal em profissionais de saúde, no TPB.	Estudo transversal	966 20-83 anos	TPB	-Hábitos alimentares, -Hábitos de higiene oral -Frequência de consultas	-Questionário	Uma análise fatorial confirmatória na amostra maior de 966 profissionais de saúde forneceu excelentes índices de qualidade de ajuste, confirmando a validade de construção das escalas.
Noruega 2011	O objetivo deste estudo foi testar a eficiência de um modelo estendido da teoria do comportamento planejado (TPB) em prever a intenção de melhorar os comportamentos de saúde bucal.	Estudo transversal	153 Média 20 anos	TPB	-Hábitos de HB -Frequência de consultas -Psicológicas (TPB) (intenção, atitude, conhecimento, normas subjetivas e controle)	-Questionário	O conhecimento sobre saúde bucal afetou significativamente as atitudes afetivas e cognitivas, enquanto o comportamento atual não foi um preditor significativo da intenção de melhorar o comportamento de saúde bucal.
Arábia Saudita 2022	Aplicar a teoria do comportamento planejado (TPB) para identificar preditores das intenções dos adultos de melhorar os comportamentos de saúde bucal.	Estudo transversal	n=1328 mais de 20 anos	TPB	-sociodemográficas -Hábitos de HB -Frequência de consultas -Psicológicas (TPB)	-Questionário	Atitudes, normas subjetivas e controle comportamental percebido foram preditores significativos de intenções para melhorar os comportamentos de saúde bucal.
China 2020	Investigar a relação entre fatores de crença em saúde, saúde bucal e ansiedade odontológica com base no HBM.	Estudo transversal	n=607 18-38 anos	Modelo de crença (HBM)	-Sociodemográficas -Tabagismo -Sintomas psicológicos -Frequência de escovação -Uso do fio -Consulta odontológica -CPOD	-Questionário -Exame clínico	Suscetibilidade percebida mais forte, maior gravidade das doenças bucais, menor desempenho de comportamentos de saúde bucal e escores mais altos de CPOD foram diretamente relacionados ao aumento do nível de ansiedade odontológica. Outras variáveis de HBM, como percepção, suscetibilidade, crenças de autoeficácia, dicas para ação e barreiras percebidas, podem influenciar a ansiedade odontológica por meio de comportamentos de saúde e estado de cárie.
Suécia 2014	Explorar recursos orientados para a saúde entre jovens e como esses recursos interagem com atitudes e comportamentos relacionados à saúde bucal.	Estudo qualitativo	n=20 19 anos	Senso de coerência (SOC)	-Sociodemográficos -SOC scores	Questionário	Recursos pessoais e ambientais voltados para a saúde com influência nas atitudes e comportamentos estão relacionados à saúde bucal de indivíduos jovens.
USA 1998	Utilizar um modelo comportamental que levanta a hipótese de que a condição percebida dos dentes naturais é prevista por vários fatores, incluindo características demográficas e capacitantes individuais, outras percepções	-	n=3031 17-74 anos	Autopercepção			A necessidade de tratamento autopercebida teve uma contribuição significativa depois que outras variáveis foram controladas. Em ambos os modelos, a percepção da saúde geral e os indicadores epidemiológicos do estado de saúde bucal também foram fatores significativos.
Irã 2016	Identificar os preditores do comportamento de saúde bucal usando o modelo de crença em saúde (HBM)	Estudo transversal	N=400 Média 16 anos	HBM	-Sociodemográficas -Psicológicas (HBM)	-Questionário	Há relações entre o conhecimento, as barreiras percebidas, as pistas de ação e a educação da mãe com os comportamentos de saúde bucal.
Finlândia 2004	Analisar características psicológicas (intenção, autoeficácia, locus de controle ou autoestima) e hábitos de saúde bucal.	<u>Estudo transversal</u>	n=149	TRA	-Sociodemográficas -Psicológicas -(DS e PS)	-Questionário -Exame clínico	Hábitos de saúde bucal e a adesão ao diabetes se correlacionam. Os escores de autoeficácia odontológica e de diabetes foram relacionados a hábitos de saúde bucal e adesão

			16-72 nos		-Controle glicêmico -Hábitos de saúde bucal -Tabagismo -Exercícios -Alimentação		ao tratamento de diabetes. Isso indica que a autoeficácia é o melhor determinante geral de várias práticas comportamentais de saúde. A melhoria da autoeficácia pode ter um efeito positivo em vários aspectos dos comportamentos de saúde.
Scandinávia 2012	Confirmar a estrutura do fator atitudinal anteriormente observada relacionada à mudança comportamental e o modelo de conhecimento-atitude-comportamento sobre saúde bucal e higiene entre adolescentes.	Estudo transversal	N=827 15 e 16 anos	Cadeia causal conhecimento-atitudes-comportamento	-Escovação autorrelatada - IPV, ISG -Conhecimento em HB	-Questionário -Exame clínico	O conhecimento influenciou o comportamento diretamente. A preocupação com o desenvolvimento de lesões de cárie foi um fator que influenciou apenas o conhecimento. O conhecimento teve um efeito menor sobre o comportamento do que sobre as atitudes.
Finlândia 2001	Avaliar se o nível de autoestima se relaciona com a adesão às práticas de autocuidado	Estudo transversal	149 16-72 anos	Auto-estima	-Sociodemográficas -Controle de diabetes -Exercício -Freq. escovação -IPV, ISG	-Questionário -Exame clínico	A boa autoestima está relacionada à boa adesão aos regimes de exercícios e ajuste das doses de insulina. Essas associações também foram encontradas quando padronizadas para variáveis sociodemográficas. Associação entre autoestima e frequência de escovação.
Portugal 2019	Investigar o papel conjunto de preditores volitivos de comportamentos de higiene bucal de uso de fio dental e escovação em adultos com gengivite, enquadrados pelo modelo Health Action Process Approach (HAPA).	estudo longitudinal	n=201 18 e 75	Autoeficácia Planejamento Intenção Controle	-Sociodemográficas -Comportamentos de higiene bucal -Psicológico (HAPA)	-Questionário	Para indivíduos que ainda não seguem as recomendações de comportamentos específicos de higiene oral, planejamento de enfrentamento e controle de ação representam psicomecanismos lógicos pelos quais as intenções são postas em prática.
Inglaterra 2010;	Avaliar a relação entre o senso de coerência (SOC) e a saúde bucal e o papel dos comportamentos relacionados à saúde bucal nessa relação.	Estudo transversal	5401 Mais de 30 anos	SOC	-Sociodemográficas -diabetes, tabagismo -atendimento odontológico -frequência de escovação -frequência de ingestão de açúcar -Autopercepção de saúde bucal	-Questionário -Exame clínico (Dentes cariados e extensão das bolsas periodontais)	Um SOC forte foi relacionado a ter mais dentes, menos dentes cariados, menor extensão de bolsas periodontais e boa saúde bucal percebida após o ajuste para fatores de confusão, como fatores demográficos e socioeconômicos
Suécia 2011	Investigar o senso de coerência em relação ao estado de saúde bucal em uma população sueca adulta, a fim de entender melhor os determinantes do comportamento positivo de promoção da saúde bucal e as diferenças na saúde bucal.	Estudo transversal	n=910 20-80 anos	SOC	-Demográficas -Psicológicas (SOC) -Raio-x -Cárie (DS), IPV, ISG	-Questionário Sense of Coherence (SOC) -Exame clínico	Pontuações SOC mais altas representaram um preditor de menos ocorrências de uma profundidade de bolsa de sondagem periodontal de e menor risco de placa.
Finlândia 2005	Investigar se o SOC, a frequência de escovação autorreferida e os níveis de higiene bucal avaliados objetivamente estão relacionados.	Estudo transversal	n=4.131 64anos	SOC	-Sociodemográficas -Uso de serviços de saúde -Psicossociais -Comportamentais, como frequência de escovação, IPV	-Questionário -Exames clínicos	Indivíduos pertencentes ao SOC mais forte escovaram duas ou mais vezes ao dia em comparação com aqueles com SOC menos forte. Tabagismo e número de dentes, níveis fortes e moderados de SOC também foram relacionados a um bom nível de higiene bucal em comparação com níveis moderados e ruins de higiene oral.
Finlândia 2009	investigar a relação mútua entre comportamentos de saúde bucal e geral e saúde oral e subjetiva geral entre adultos e explorar se o senso de coerência (SOC) tem relação com promoção da saúde.	Estudo transversal	n=4096 30-64 anos	TTM	-Sociodemográficos -Comportamentais e Psicossociais.	-Questionário (escala SOC e itens que avaliam a frequência da atividade física)	83% das mulheres com frequência de exercício físico superior a uma vez por semana e 79% das mulheres não fumantes escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia, enquanto os valores correspondentes para os homens eram apenas 55% e 50%. Um SOC forte foi associado a comportamentos de saúde uniformemente positivos e saúde bucal e geral subjetiva.
Inglaterra 2008	Avaliar a relação entre o senso de coerência (SOC) e a saúde bucal e o papel dos comportamentos relacionados à saúde bucal nessa relação	Estudo transversal	n=5401 Mais de 30 anos	SOC	-Sociodemográficos -Autopercepção de saúde bucal -IPV	-Questionário (escala finlandesa SOC-13) -Exame clínico	Um SOC forte foi relacionado a ter mais dentes, menos dentes cariados, menor extensão de bolsas periodontais e boa saúde bucal.
Austrália 2020	Examinar o papel dos fatores psicossociais na saúde bucal após o controle de fatores socioeconômicos e comportamentais selecionados	<u>Estudo transversal</u>	N 5364 Maior de 15 anos	Fatores psicossociais	-Sociodemográficos -CPOD -Autopercepção de saúde bucal -Estresse percebido	-Questionário (nacional) -Exame clínico	A visita odontológica e a escovação de dentes mais frequentes foram associadas a uma saúde bucal autoavaliada mais pobre, mais cárie não tratada e maior DMFT. Desigualdades socioeconômicas estão relacionadas com maior renda, tendo

					-Restrições percebidas -Visita odontológica		um grau terciário, maior posição social autopercebida e não sendo empregados As únicas variáveis psicossociais relacionadas à autoavaliação da saúde bucal foram os estressores percebidos e as restrições percebidas.
2010 Coreia do Sul	Avaliar a associação entre o status socioeconômico (SES) e os comportamentos relacionados à saúde bucal	Estudo transversal	n=74,698 13-18 anos	Fatores psicossociais	-Sociodemográficos -Frequência de escovação -Visitas odontológicas -Hábitos alimentares	-Questionário (A Family Affluence Scale)	Comportamentos de melhoria da saúde dos adolescentes foram fortemente associados à riqueza familiar, mas os comportamentos de comprometimento da saúde foram mais fortemente ligados a outros fatores.
Escócia 2007	Avaliar se boas intenções em comportamento de autocuidado oral pode causar problemas volitivos não abordados nas teorias cognitivas sociais do comportamento	Estudo de intervenção	n=151 Média 25 anos	TTM	-Estado emotivo -Uso do fio dental	-Questionário	Mudanças no controle de ação aumentam o comportamento de uso do fio dental em participantes volitivos. Essas mudanças, intenções e estágio comportamental no Tempo 1 são preditores do uso do fio dental no Tempo 3.
Uganda 2004	Avaliar o poder da Teoria do Comportamento Planejado (TPB) em prever o consumo pretendido e auto percebido de açúcares.	<u>Estudo longitudinal (tempos)</u>	n=372 13-19 anos	TPB	-Sociodemográficos -ingestão de açúcar -dados alimentares diários -CPOD	-Questionário -Exame clínico	Adolescentes com alta experiência de cárie mais do que suas contrapartes com baixa, mudaram para intenções mais fracas e consumo de açúcar menos frequente durante o período da pesquisa.
2017 Irã	Avaliar a eficácia de programa de educação em saúde baseado no modelo de crença em saúde (HBM) em saúde bucal e odontológica comportamentos de higiene em gestantes do município de Fasa.	Ensaio clínico	n=110 média 28 anos	HBM	-Sociodemográficos -Psicológicos (HBM)	-Questionário	Comparado com o grupo de controle, o grupo experimental mostrou um aumento significativo em seus conhecimentos, suscetibilidade percebida, gravidade percebida, benefícios percebidos, autoeficácia, dicas para ação e desempenho e diminuição das barreiras percebidas 4 meses após a intervenção.
Japão 2022	Investigar as associações entre a disposição dos estudantes universitários japoneses de submeter-se a exames dentários regulares e comportamentos de saúde bucal, o modelo de crença de saúde e aversão de risco absoluto	Estudo transversal	N=748 18-35 nos	HBM	-Sociodemográficos -Comportamentos em saúde bucal -CPOD -Psicológicos (HBM, aversão de risco e vontade de ir às consultas)	-Questionário -Exame clínico	A disposição de realizar check-ups odontológicos regulares foi associada a comportamentos de saúde bucal e ao modelo de crença, mas não com aversão absoluta ao risco.
Finlândia 2002	Analisar as variáveis da teoria da ação racional de Ajzen e Fishbein para explicar a frequência relatada de escovação dentária, cárie dentária, HbA1c nível e adesão ao tratamento da diabetes.	Estudo transversal	n=149 16-72 nos	<u>TRA</u>	-Socioeconômicas -CPOD -Superfície cariada (DS) -Freq escovação -Psicológico	-Questionário -Exame clínico -Prontuário	A intenção mais firme de escovar os dentes estava relacionada a uma maior frequência relatada de escovação dos dentes. A atitude e a norma subjetiva de escovar os dentes foram relacionadas à intenção de escovar e à frequência relatada de escovação dos dentes. Uma melhor atitude odontológica foi relacionada a uma melhor adesão ao diabetes e menos superfícies deterioradas, e uma intenção mais firme de escovar os dentes foi relacionada a um nível mais baixo de HbA1c.
2016 EUA	Este estudo tem como objetivo identificar preditores de comportamentos de higiene bucal (OHBs) realizados com base na Teoria do Comportamento Planejado (TPB), conhecimento em saúde bucal e fatores demográficos.	Estudo transversal	n=381 18-70 nos	TTM	-Sociodemográficos -Psicológicos (atitudes, normas subjetivas, controle comportamental percebido, conhecimento de saúde bucal) -Comportamentos em HB	-Questionário	A atitude foi o preditor mais forte do comportamento de escovação, seguido pelo conhecimento sobre saúde bucal, percepção do controle do comportamento, normas subjetivas e renda.

2.6 JUSTIFICATIVA

No presente projeto, a pesquisa da literatura consistiu em conhecer as teorias psicológicas já relacionadas com a saúde bucal, com o objetivo de analisá-las e selecionar o modelo adequado para medir autopercepção de responsabilidade, reconhecimento e controle sobre os desfechos em saúde bucal. Dos 41 artigos lidos integralmente, todos foram publicados entre os anos 1998 e 2023. Contendo amostras majoritariamente compostas por adultos jovens. A maioria dos estudos era transversal, com a utilização de questionário e realizado no continente europeu. O modelo psicológico mais presente nos estudos foi o Modelo de Crenças em Saúde e Teoria do Comportamento Planejado, seguido da Teoria Salutogênica. Quase metade dos estudos avaliaram a saúde bucal por meio de exames de saúde bucal, como IPV e CPOD, os demais utilizam a autopercepção em saúde bucal.

Considerando a grande influência da percepção das causas de uma doença sobre como (e se) um indivíduo adota atitudes para reduzir o risco de desenvolvê-la, ou minimizar os seus danos, o modelo de atribuição causal é a teoria psicológica que mais expressa a análise das causas percebidas, senso de controle e responsabilidade dos indivíduos acerca da própria condição e de terceiros.

Diante dos resultados da revisão apresentada, que identificou apenas um estudo de saúde bucal abordando a teoria da atribuição causal em pacientes diabéticos, é importante, por meio de estudos exploratórios, conhecer os fatores que o indivíduo atribui para a condição atual de saúde bucal do seu filho, em especial para a cárie dentária, e destes fatores, identificar se os pais percebem ter ou não controle sobre a saúde bucal das crianças. Uma vez que os comportamentos apropriados de redução de risco são parcialmente determinados pelas atribuições causais, é possível, por meio do conhecimento dessas atribuições, diminuir a probabilidade de recorrências da doença através da redução de comportamentos de risco à saúde.

2.7 HIPÓTESES DO ESTUDO

Pais de crianças com maior índice de cárie apontarão que não tem controle sobre a saúde bucal dos filhos, enquanto maior parte dos pais de crianças sem a doença cárie tenderá a identificar a saúde bucal como controlável.

Os pais de crianças com cárie atribuirão à doença cárie a fatores externos (sociais e culturais), enquanto pais de crianças sem cárie atribuirão a ausência da doença a fatores internos (higiene e dieta).

2.8 METODOLOGIA

2.8.1 Tipo de estudo

Estudo transversal com os pais de crianças entre 0 e 6 anos atendidas nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

2.8.2 Critério de inclusão

Serão incluídas todas as crianças de 0-6 anos que estejam agendadas para receber atendimento nas clínicas da Faculdade de Odontologia da UFPel e estejam acompanhadas por seu pai ou mãe.

2.8.3 Critério de exclusão

Serão excluídas do estudo as crianças de 0 a 6 anos que estejam agendadas para receber atendimento nas clínicas da Faculdade de Odontologia da UFPel e acompanhadas por outros responsáveis e que o pai ou mãe não aceitem responder o questionário do estudo em outra consulta da criança ou por telefone.

2.8.4 Amostra do estudo

O tamanho da amostra foi calculado por meio do software OpenEPI®, com uma prevalência dos desfechos de 50%, alfa de 5%, beta=80% e 10% de perdas e recusas e 10% para análise multivariada, que serão necessárias 198 crianças.

2.8.5 Coleta de dados

Para a coleta dos dados do estudo será organizado um questionário. Esse questionário será aplicado aos pais das crianças na sala de espera por entrevistadores treinados antes do atendimento dos pacientes nas clínicas da

Faculdade de Odontologia. Serão obtidas informações demográficas dos pais da criança, dados sobre a família da criança, dados demográficos, saúde geral e saúde bucal da criança e comportamentos da criança. (Apêndice C). A coleta de dados ocorrerá durante dois semestres letivos da Faculdade de Odontologia da UFPel de novembro de 2023 a julho de 2024.

2.8.6 Treinamento dos entrevistadores do estudo

O treinamento dos entrevistadores do estudo para a aplicação do questionário acontecerá em duas etapas: A primeira etapa será a leitura de todas as perguntas do instrumento de coleta para identificar possíveis dúvidas e falhas na compreensão das perguntas que serão realizadas aos responsáveis das crianças. Na segunda etapa os pesquisadores farão simulações da aplicação do questionário entre os entrevistadores para verificar a forma como as perguntas estão sendo realizadas e minimizar possível viés do entrevistador e contabilização do tempo de preenchimento do questionário.

2.8.7 Exame Epidemiológico – Cárie dentária

Os exames de cárie dentária serão realizados por dentistas treinados e calibrados. Para avaliar cárie dentária será utilizado o índice CPO-D, seguindo os critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997). Para a dentição decídua será utilizado o índice ceo-d, representativo do número de dentes cariados (c), com extração indicada (e) e obturados (o), segundo a unidade dente. Para a dentição permanente o índice CPO-D, representativo do número de dentes cariados (C), com extração indicada ou extraídos (P) e obturados (O), segundo a unidade dente (OMS, 1997). (Anexo I)

Para realização do exame será utilizada luvas de procedimento, máscara, gorro e kit clínico esterilizado contendo espelho clínico.

Em relação ao processo de treinamento e calibração, será realizado inicialmente um treinamento teórico com os examinadores discutindo os critérios do exame. Após, um treinamento prático com crianças na mesma idade e não

participantes do estudo. Por fim, será realizada a calibração propriamente dita em crianças da mesma faixa-etária do estudo e não participantes do estudo. Esses dados serão digitados numa planilha no Microsoft Excel®, transferidas para o pacote estatístico Stata 12.0 e analisadas através de estatística Kappa para verificar a concordância intra e inter examinadores.

2.8.9 Desfecho do estudo

O presente estudo pretende analisar dois desfechos que estão relacionados a atribuição causal proposta Weiner (1985), percebidas pelos responsáveis das crianças atendidas na Faculdade de Odontologia. Os dois desfechos estão descritos abaixo:

Desfecho 1 – Atribuição

O primeiro desfecho será para verificar o que o pai/mãe atribuem para a situação atual de cárie dentária do seu filho. Serão realizadas 21 perguntas analisando dados sociodemográficos dos pais, da criança e da família, bem como saúde geral e saúde bucal e comportamentos da criança. Para cada pergunta o pai/mãe terá que responder uma das cinco opções: concordo totalmente; concordo; não concordo nem discordo; discordo e discordo totalmente, sobre o quanto atribui cada fator como influenciando a saúde bucal – “cárie dentária” da criança.

Desfecho 2 – Controle

O segundo desfecho está relacionado se o pai/mãe tem controle sobre a saúde bucal “cárie dentária” do seu filho Para obter as informações deste desfecho, os pais responderão a seguinte pergunta: “O(A) senhor(a) considera que tem controle sobre a saúde bucal do(a) seu(sua) filho(a)?” (Sim/Não).

2.8.10 Variáveis de exposição do estudo

As variáveis de exposição estão descritas no quadro abaixo.

Quadro 2. Descrição das variáveis de exposição do estudo. Pelotas. 2023.

Variáveis de exposição	Tipo de variável – Forma como foi obtida	Forma como será obtida a variável	Forma como será analisada a variável
Demográficos do responsável da criança			
Sexo	Qualitativa dicotômica	(0) feminino (1) masculino	(0) Feminino (1) Masculino
Cor da pele	Qualitativa polinomial	(0) branca (1) preta (2) parda (3) amarela (4) indígena	(0) branca, amarela ou indígena (1) preta ou parda
Idade	Numérica discreta	Em anos completos.	Em categorias – 10 em 10 anos
Renda familiar	Numérica contínua	Em reais (soma de todas as rendas das pessoas que moram com a criança)	Em quintis
Estado Civil	Qualitativa polinomial	(0) solteiro (1) casado (2) separado/divorciado (3) viúvo/viúva	(0) Solteiro; (1) separado/divorciado; viúva (2) Casado
Escolaridade	Numérica discreta	Anos completos de estudo	(0) 0-4 anos (1) 4-9 anos (2) Mais de 9 anos
Dados da família da criança			
Número de filhos	Numérica discreta	Quantos filhos(as) o sr(a) tem?	(0) Até 1 (1) 2 ou mais
Rede de apoio	Qualitativa dicotômica	Conta com ajuda de familiares para os cuidados com a criança? (0) Sim (1) Não	(2) Sim (3) não
Tempo que passa com a criança	Qualitativa polinomial	Onde a criança passa maior parte do tempo (durante o dia)? (0) Casa (1) Escola/Creche (2) Familiares	(3) Casa (4) Escola/Creche (5) Familiares
Dados demográficos, saúde geral e saúde bucal da criança			
Idade	Numérica discreta	Em anos completos	Em categorias, conforme a distribuição da variável
Sexo	Qualitativa dicotômica	(0) feminino (1) masculino	(0) feminino (1) masculino
Status da consulta	Qualitativa polinomial	(0) Prevenção (1) Retorno (2) Necessidade de tratamento	(0) Prevenção (1) Retorno (2) necessidade

Condições saúde	Qualitativa Polinomial	(0) Muito boa (1) Boa (2) Regular (3) Ruim (4) Muito ruim	(0) Boa (1) Ruim
Comportamentos da criança			
Frequência de escovação	Quantitativa numérica	Quantas vezes a criança escova os dentes por dia?	(0) Até 2x/dia (1) Mais de 2x/dia
Supervisão escovação da criança pelo responsável	Qualitativa polinomial	(0) Sim (1) Às vezes (2) Não	(0) Sim (1) Às vezes (2) Não
Consumo de açúcar autopercepção do responsável da criança	Qualitativa polinomial	(0) baixo (1) Moderado (2) Alto (3) Muito alto	(0) Baixo (1) (alto)

2.9 Análise dos dados

Os dados serão analisados por meio do pacote estatístico Jamovi 2.3 (<https://www.jamovi.org>). Para o desfecho 1 “Atribuição” - Serão realizadas análises descritivas por meio de frequências absolutas e relativas. Para o desfecho 2 “Controle” - Inicialmente serão realizadas as análises descritivas por meio de frequências relativas e absolutas. Testes qui-quadrado ou Exato de Fischer. Serão calculadas as razões de prevalência com intervalos de confiança de 95%. Para ajuste de potenciais fatores de confusão, será realizada análise multivariável, utilizando a técnica de regressão de Poisson. Serão mantidas no modelo todas as variáveis com p-valor menor ou igual a 0,2. Para todas as análises, será considerado um nível de significância de 5%.

2.10 Considerações Éticas

Para a obtenção dos dados, os responsáveis participantes do acompanhamento serão convidados antes do atendimento das crianças para participar da pesquisa. Após, será explicado ao responsável os objetivos da pesquisa e será solicitado que ele assine o termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A) e que o menor assine o termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE (Apêndice B). O termo será assinado em duas vias e o responsável irá receber uma cópia das informações do estudo e o contato do pesquisador responsável em caso de dúvida durante a pesquisa.

2.11 PRODUTO DA DISSERTAÇÃO

Será organizado um artigo “Atribuição causal da cárie dentária de crianças atendidas na Faculdade de Odontologia – UFPel na visão dos pais”.

2.12 CRONOGRAMA

[illegible]

3 Relatório de campo

A cidade de Pelotas (RS) onde foi realizado o presente estudo possui um território de 1.608,780km². A cidade tem uma renda per capita de R\$ 50.139,36. A economia de Pelotas é baseada no agronegócio e no comércio. O percentual da população entre 0 e 6 anos representa 7,7% no município. Este número representa 25.215 crianças de um total de 325.685 habitantes no município. A cobertura da Atenção Primária à Saúde na primeira infância é de 69,3%. Em relação aos dados familiares, o percentual de registros de nascimento somente com o nome da mãe (nome do pai ausente na certidão de nascimento) é de 5,5%.

No que diz respeito a saúde bucal, a cidade conta com duas faculdades de Odontologia, 79 Unidades Básicas de Saúde (UBS), destas 42 UBS tem atendimento odontológico, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), além de consultórios privados para atender a população.

O presente estudo foi realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas. O currículo do curso de graduação em odontologia da Universidade Federal de Pelotas possui 2 disciplinas e 1 estágio em odontopediatria que desenvolvem atividades de diagnóstico, prevenção, tratamento e controle dos problemas de saúde bucal do bebê e da criança. As atividades desenvolvidas nesta pesquisa foram realizadas nas clínica Infantil II, no Estágio de Clínica Infantil da graduação, nas clínicas de pós-graduação e em projetos de extensão.

3.2 Métodos

3.2.1 Elaboração do Instrumento

O instrumento de coleta de dados foi elaborado pelos pesquisadores. O questionário foi composto de 60 questões, divididos em blocos: Aspectos sociodemográficos do pai/mãe; Atribuição causal geral; Conhecimento; Aspectos sociodemográficos da criança; Controle e Saúde mental. (APÊNDICE C)

3.2.2 Seleção da equipe

Para o trabalho de campo foram selecionadas quatro entrevistadoras. O processo de seleção foi por meio da divulgação nas disciplinas de Saúde Bucal Coletiva da graduação do curso de odontologia e os critérios para participação foram com base na presença e comprometimento durante os encontros de treinamentos e, como pré-requisito, possuir horários disponíveis de acordo com a necessidade de coleta da pesquisa.

Os exames epidemiológicos de cárie dentária foram realizados por duas pesquisadoras do estudo, ambas dentistas, com experiência prévia em levantamentos epidemiológicos.

A equipe final da coleta, consistiu em duas examinadoras de saúde bucal treinadas e calibradas, quatro entrevistadoras treinadas e um coordenador do campo.

3.2.3 Treinamento e calibração

Para o treinamento das entrevistadoras foram realizados dois encontros presenciais com as candidatas (30 de abril e 6 de maio de 2024), para esclarecimentos sobre o trabalho de campo, detalhamento das questões contidas no questionário de saúde bucal e orientações do manual de instruções (APÊNDICE D).

Além disso, as entrevistadoras foram esclarecidas a respeito de possíveis erros passíveis de ocorrerem durante a aplicação do questionário e a forma de solucioná-los. Ao final, as entrevistadoras fizeram simulações aplicando o questionário umas às outras, e foram orientadas sobre armazenamento das fichas após a coleta dos dados.

Em relação às examinadoras de saúde bucal, o processo teve início com treinamento teórico, com exposição dos critérios diagnósticos para cárie dentária. O treinamento teórico foi realizado em dois momentos, com duração média de 2 horas cada encontro. No primeiro encontro, foram apresentados os critérios diagnósticos para cárie dentária (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados, OMS, 1997). No segundo encontro foi realizado um treinamento prático - inlux.

Por fim, foi realizada a calibração intra e interexaminadores. Foram avaliadas 10 crianças com idade até 6 anos. Após a realização da calibração, as fichas

contendo as avaliações dos examinadores, foram digitadas em planilhas no Microsoft Excel®, transferidas para o pacote estatístico Stata 12.0 e analisadas através de estatística Kappa. Todos os valores do kappa intra e interexaminadores foram acima de 0,80.

3.2.4 Material utilizado no campo

O trabalho de campo foi realizado por entrevistadoras e examinadoras devidamente paramentadas com jaleco branco.

O material utilizado para a coleta de dados consistiu em: (1) Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento da criança; (2) Manual de Instruções; (3) Questionário impresso; (4) Tabelas de códigos; (5) Placas auxiliares de respostas para o entrevistado; (6) Ficha clínica impressa; (8) Lápis, canetas e pastas para organização do material; (9) Desenhos impressos para colorir; (10) Lápis de cor e brinquedos infantis.

Para o exame epidemiológico foram utilizados equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, máscara e gorro) e kit clínico esterilizado contendo espelho clínico e sonda OMS.

3.2.5 Logística do trabalho de campo

O trabalho de campo teve início em 27 de maio de 2024 e foi finalizado em 14 de outubro de 2024.

3.2.5.1 Sala de espera (agendamentos)

As entrevistas foram realizadas com os pais que aguardavam com seus filhos o atendimento odontológico pediátrico. Portanto, o agendamento era realizado pelo setor de triagem da faculdade de odontologia para as disciplinas ou projetos de extensão. A agenda online de atendimentos do turno era previamente acessada e analisada por um dos pesquisadores, que, em seguida, buscava em um banco de dados disponibilizado pelo setor da odontopediatria, a idade de cada criança.

Posteriormente, realizava-se o preenchimento de uma planilha de horário agendado e idade da criança para planejamento das ações do dia.

3.2.5.2 Coleta de dados

A chegada da criança na faculdade de odontologia era sinalizada na planilha online de agendamentos e observada pelas pesquisadoras e entrevistadoras que prontamente se organizavam para recebê-los na sala de espera, convidando os pais para participação na pesquisa e, em caso de aceite, pai ou mãe era conduzido até uma sala específica para entrevista.

Ao chegarem à sala, a entrevistadora dava início à coleta dos dados, com a apresentação do estudo e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento para a criança. A seguir, era então realizado o questionário para o(a) pai/mãe enquanto a examinadora realizava o exame de cárie dentária no(a) filho(a). Após o exame, a dentista forneceu um brinde infantil à criança para distração da mesma até o fim da entrevista da mãe ou pai. Ao término da entrevista, a mãe ou pai e a criança, eram acompanhados de volta a sala de espera, ou então, conduzidos diretamente para a clínica de atendimento.

3.2.5.3 Descarregamento de dados

O descarregamento dos dados das entrevistas e entrega dos Termos de Consentimento e Assentimento era realizado no mesmo dia de coleta para o supervisor do estudo. Inconsistências nas entrevistas ou dúvidas nas entrevistadoras eram esclarecidas, bem como reposição de materiais para o campo.

A digitação dos dados dos questionários ocorreu em etapas de cinquenta em cinquenta questionários, com início no mês de agosto de 2024, em média duas vezes por semana, por meio de uma escala de encontros entre as pesquisadoras do estudo. Os dados foram registrados numa planilha no software Excel.

3.2.6 Estratégias de redução de perdas

As ocasionais dificuldades de obtenção dos dados nas entrevistas ocorreram devido à chegada de muitos pais com seus filhos exatamente no horário marcado para a consulta, e deste modo tinham que ingressar na clínica para que a criança fosse atendida. Nesses casos, as pesquisadoras procuravam acompanhar a consulta para abordá-los ao fim do atendimento e realizar a coleta dos dados, e, nos casos de pais que não podiam permanecer na faculdade após a consulta, o nome da criança era destacado na planilha de agendamentos para que realizasse a entrevista na próxima consulta na faculdade de odontologia.

3.2.7 Avaliação das inconsistências

A avaliação de inconsistências nas entrevistas depositadas no banco de dados foi realizada duas vezes, com espaçamento de 15 dias, por pesquisadoras diferentes, através de conferência manual. Quando identificada inconsistência, solicitou-se que as próprias entrevistadoras revisassem os questionários.

4 Artigo

Percepção da saúde bucal dos filhos analisadas sob a teoria da atribuição causal – Um estudo com pais de crianças de uma clínica odontológica universitária no sul do Brasil

Atribuição Causal e saúde bucal

Vitória Venzke Pinheiro - VVP. Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

Thais Freitas Formozo Tillmann - TFFT. Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

Alexandre Emidio Ribeiro Silva - AERS. Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

Autor Correspondente

Vitória Venzke Pinheiro

Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Universidade Federal de Pelotas

Rua Gonçalves Chaves, 457, Sala 512

Telefone: +55 53 999110117

E-mail:venzke.vitoria@gmail.com

Este artigo será submetido à revista Ciência & Saúde Coletiva

Resumo

A atribuição causal é um modelo psicológico que avalia como são percebidas as causas para diversas condições de saúde sendo possível avaliar a percepção de causa e controle sobre a saúde. O presente estudo, utilizando a teoria da atribuição causal, descreveu a internalidade e controle das causas atribuídas pelos pais à saúde bucal dos seus filhos de até 6 anos de idade atendidos em uma Faculdade de Odontologia do Sul do Brasil. Estudo descritivo transversal. Por meio de um questionário estruturado, foram obtidos dados demográficos dos pais, da criança e os aspectos relacionados à atribuição causal. Participaram do estudo 176 pais. A maior parte eram mães (88,6%), solteiras (62,9%), com idade entre 30 e 40 anos (40,9%), de cor de pele branca (58%) e escolaridade entre 9 e 12 anos de estudo (40,6%). A maior prevalência de classificação das respostas quanto à saúde bucal do filho foi muito boa e boa (54,5%). Quanto ao desfecho do estudo, causa atribuída, a maioria dos pais tiveram respostas categorizadas em causa interna e incontrollável (52,7%). Conclui-se que, os pais reconhecem seu papel na adoção de comportamentos saudáveis na infância e os hábitos preventivos, no entanto, encontram desafios para o controle e manutenção dos mesmos.

Palavras-chave: Pais; Saúde Bucal; Crianças; Percepção; Psicologia.

Introdução

Atingindo 3,5 bilhões de pessoas em todo mundo ¹, doenças bucais podem implicar em restrições de atividades na escola, no trabalho e em casa, gerando impacto social e individual². O desenvolvimento das doenças bucais não ocorre somente a nível microbiológico, mas também é determinado pelo ambiente do indivíduo³, com influência de fatores sociais e comportamentais^{4;5;6}.

Dos problemas de saúde bucal, o mais prevalente é a cárie dentária. Sua maior ocorrência se dá em crianças, afetando 60-90% das crianças em idade escolar^{6,7}. A prevenção e o tratamento ideais envolvem o estabelecimento de uma boa higiene bucal, exposição adequada ao flúor e exposição minimizada a açúcares e carboidratos refinados⁵.

Considerando que a criança depende dos pais, quanto aos comportamentos de saúde bucal, os responsáveis representam parte importante desse processo, por isso, hábitos familiares são influenciados por variáveis psicossociais, crenças, valores e a percepção que os pais têm a respeito de sua responsabilidade sobre a saúde do filho^{9,10}.

Uma maneira de entender fatores comuns que determinam o comportamento de saúde é através da teoria da atribuição causal. Trata-se de uma teoria psicológica que procura explicar como as pessoas interpretam e explicam as causas dos eventos, especialmente aqueles que afetam suas vidas ou daqueles por quem são responsáveis.^{11,12,13,14}. De acordo com o psicólogo social Bernard Weiner¹⁵, autor dessa teoria, a maioria das pessoas atribui causas para suas percepções de sucesso ou fracasso. Considerando essa tendência a atribuir o resultado percebido a determinadas crenças causais, esses elementos são recursos psicológicos para interpretar situações e eventos da vida¹⁶.

Neste modelo, o Controle, a Internalidade e a estabilidade são dimensões avaliadas, sendo um indicador da percepção pessoal sobre quem ou o que controla a determinação de eventos na vida. Indivíduos cuja atribuição causal é classificada como interna e controlável, acreditam que eles próprios podem exercer algum controle sobre os acontecimentos; indivíduos cuja classificação é externa atribuem a outros o controle do que ocorre em sua vida – profissionais, entidades, destino, acaso ou mesmo a sorte^{17,18}. Na área da saúde, sujeitos com predomínio de Lócus de Controle interno apresentaram comportamentos mais adequados, tanto curativos quanto preventivos¹⁹ e uma tendência a apresentar hábitos bucais mais saudáveis^{20, 21, 22}.

Portanto, considerando a prevalência dos problemas de saúde bucal²³ e suas consequências negativas, bem como, a influência da percepção dos pais sobre a adoção de comportamentos positivos a saúde bucal das crianças, e à ausência de pesquisas utilizando uma teoria psicológica para analisar a percepção dos pais, este trabalho foi delineado para, utilizando a teoria da atribuição causal, descrever as dimensões internalidade e controle das causas atribuídas pelos pais à saúde bucal dos seus filhos de até 6 anos de idade atendidos em uma Faculdade de Odontologia do Sul do Brasil.

Material e Métodos

O presente estudo Transversal descritivo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas.

Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas é uma cidade de médio porte do estado do Rio Grande do Sul, que

segundo o último censo do IBGE, tem uma população de 325.685 habitantes²⁴. Da população total, 7,7% são crianças em idade pré-escolar, representando um total de 25.215 crianças.

Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram pais de crianças de até 6 anos de idade atendidos nas clínicas de odontopediatria da Faculdade de Odontologia da UFPel durante o período de maio a outubro de 2024. O serviço é prestado de forma gratuita à comunidade de Pelotas e região e 100% vinculado ao Sistema único de saúde.

Amostra do estudo

A amostra do estudo foi do tipo não probabilística. Foi composta por pais de crianças de até 6 anos idade que estavam agendados nas clínicas de odontopediatria da Faculdade de Odontologia da UFPel.

Logística

Os responsáveis pelas crianças eram convidados a participar da pesquisa quando estavam aguardando na sala de espera da Faculdade de Odontologia o atendimento odontológico do seu filho. Ao aceitar participar do estudo, os pais eram conduzidos a uma outra sala onde era lido e assinado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de assentimento e, após respondiam o questionário do estudo.

Treinamento do estudo

Para coleta de dados, foi organizado um questionário estruturado para a obtenção de dados sociodemográficos dos pais e da criança, hábitos e comportamentos de saúde bucal das crianças, percepção dos pais da saúde bucal dos seus filhos e atribuição causal. Este questionário foi aplicado por entrevistadoras previamente treinadas. O treinamento foi realizado com o objetivo de padronizar a aplicação do questionário e minimizar o viés relacionado ao entrevistador.

Variáveis do estudo

Foram coletadas as seguintes variáveis relacionadas aos pais: quem respondeu a entrevista (mãe e pai), o estado civil, categorizado em solteiro(a), casado(a) e divorciado(a)/viúvo(a), idade em anos e organizada em categorias (20 a 30 anos, de 30 a 40 anos e mais de 40 anos), cor da pele de acordo com o IBGE (branca, preta, parda, amarela e indígena) dicotomizada em branca, amarela e indígena ou preta e parda, a escolaridade em anos de estudo e organizada em categorias (até 8 anos; 9 a 11 anos e 12 anos ou mais) e a renda familiar obtida em reais, organizada em quartis. As variáveis relacionadas à criança: sexo (masculino e feminino), idade (anos) e categorizada em até 3 anos e 4-6 anos, a cor da pele de acordo com o IBGE (branca, preta, parda, amarela e indígena) dicotomizada em branca, amarela e indígena ou preta e parda, número de irmãos que moram na mesma casa (categorizado em 0, 1 e mais de 1 irmão), onde passa maior parte do tempo (em casa ou escola/creche), a autopercepção de saúde geral e bucal de acordo com mãe/pai, obtidas pelas seguintes perguntas: “Como você considera a saúde geral do(a)

seu(sua) filho(a)?" e "Como você considera a saúde bucal do(a) seu(sua) filho(a) que está em atendimento na faculdade de odontologia?". Para ambas as perguntas as opções de respostas eram as seguintes: "Muito boa", "Boa", "Regular" "Ruim" e "Muito ruim".

Atribuição causal

Considerando que o objetivo do estudo foi identificar o pensamento causal atribuído à percepção dos pais sobre a saúde bucal dos filhos e investigar os conhecimentos, experiências e crenças dos entrevistados, a atribuição causal foi obtida por meio de uma pergunta aberta. Logo após o pai ou mãe declarar sua percepção de saúde bucal do filho, os mesmos eram questionados do "por quê" daquela resposta. A pergunta aberta deu aos participantes a oportunidade de expressar suas próprias opiniões ou revelar seus conhecimentos livremente.

Para a análise da dimensão das atribuições, outros estudos publicados na literatura foram considerados^{11,12, 13, 14}. Foram consideradas, para fins de registro e análise, no mínimo uma e no máximo três causas citadas livremente.

Análise dos dados

Os dados dos questionários foram digitados em uma planilha do Excel e as análises estatísticas realizadas no software Jamovi. Foram obtidas as frequências absolutas (N) e relativas (%) das variáveis do estudo.

Para a análise da atribuição causal, as respostas abertas foram todas digitadas e analisadas quanto ao seu conteúdo. Cada atribuição feita foi classificada pelos autores quanto ao tema central do argumento explicativo dado pelo(a) pai/mãe, considerando o

estudo de Kneckt et al (2001)²⁵. Ao final foram considerados os critérios descritos no quadro 1.

Quadro 1. Critérios utilizados pelos autores para a organização das respostas de acordo com o tema mencionado na resposta de atribuição dos pais das crianças de até 6 anos atendidas nas clínicas infantis da Faculdade de Odontologia. Brasil. 2024.

Classificação das respostas	
Critério	Tema
Se mencionou bons hábitos de saúde bucal (escovação, alimentação ou cuidado) sem nomear um responsável.	Bons hábitos
Se atribuiu a classificação à presença de cárie nos dentes do filho.	Doença cárie
Se atribuiu mencionando a necessidade de tratamento nos dentes do filho.	Necessidade de tratamento
Se mencionou bons hábitos de saúde bucal (escovação/alimentação/cuidado) responsabilizando o(a) filho(a).	Maus hábitos da criança
Se atribuiu à ausência de doenças bucais e de necessidades do filho.	Ausência de doença
Se mencionou um aspecto negativo especificamente do dente do filho.	Aspectos dentários
Se mencionou bons hábitos de saúde bucal (escovação/alimentação/cuidado) do filho.	Bons hábitos da criança
Se mencionou na resposta a utilização de medicamentos pelo filho.	Uso de Medicamento
Se mencionou maus hábitos de saúde bucal (escovação/alimentação/cuidado) sem nomear um responsável	Maus hábitos
Se atribuiu a classificação feita ao bom serviço odontológico prestado	Bom acompanhamento do serviço
Atribuiu sua classificação à presença de poucas cáries nos dentes do filho	Poucas cáries
Se atribuiu a classificação feita ao mau serviço odontológico prestado	Serviço ruim
Se atribuiu a uma condição de saúde geral da criança	Doença geral
Não respondeu, não sabe	Não atribuiu

Assim, todas as respostas foram classificadas em um dos seguintes temas: Bons hábitos; Doença cárie; Necessidade de tratamento; Maus hábitos da criança; Ausência de doença; Aspectos dentários; Bons hábitos da criança; Uso de medicamento; Maus hábitos; Bom acompanhamento do serviço; Poucas cáries; Serviço ruim; Doença geral e Não atribuiu.

Em seguida, cada resposta causal foi subdividida e agrupada, para melhor compreensão do argumento causal e posterior análise de acordo com as dimensões da

teoria psicológica do estudo. Nessa etapa, foram considerados as palavras e os termos específicos utilizados pelos pais para análise e interpretação da motivação do pensamento causal (se de sucesso ou fracasso). Assim, todas as respostas foram subdivididas em um dos seguintes subtemas: Escovação; Cárie; Cuidado; Alimentação; Higiene; Tratamento; Ortodontia; Antibiótico; Estética dentária; Dentes podres; Estragados; Dente ruim; Dente com sinais; Acompanhamento; Alimentação e escovação; Remédio; Trauma; Doença; Dor; Inexplicável; Infecção/inflamação; Mau hálito; Poucos dentes; Bebê; Atendimento; Cuidado e alimentação; Perda dentária; Permissão da criança.

Considerando o modelo de análise de atribuição causal anteriormente exposto e os critérios de classificação para cada argumento causal descrito por Weiner (1985)¹⁵, os temas foram organizados de acordo com o exposto no quadro 2.

Quadro 2. Classificação dos temas de acordo com o modelo de atribuição causal dos pais e das crianças de até 6 anos atendidas nas clínicas infantis da Faculdade de Odontologia. Brasil. 2024.

	Interno	Externo
Controlável	Maus hábitos Bons hábitos	Bons hábitos da criança
Incontrolável	Aspectos dentários Ausência da doença Doença cárie Poucas cáries Necessidade de tratamento	Maus hábitos criança Bom acompanhamento do serviço Serviço ruim Uso de medicamento Doença geral

Resultados

Ao final do estudo participaram 176 pais de crianças de até 6 anos de idade. A tabela 1 apresenta as características dos pais e das crianças. Em relação aos pais, a maior parte dos entrevistados foi a mãe (88.6%), solteira (62,9%), com idade entre 30 e 40 anos

(40,9%), se declarou de cor de pele branca, amarela ou indígena (58%) e estudou entre 9 e 11 anos (40,6%). No que diz respeito às crianças, a maioria era do sexo feminino (56%), com idade entre 4 e 6 anos (69,9%), de pele branca, amarela ou indígena (60,3%). Em 65,5% das amostra os pais disseram que o seu filho passa a maior parte do tempo em casa, e, em relação à ajuda com o filho, 54% relataram possuir ajuda de familiares. Os pais classificaram a saúde geral e bucal do seu filho como muito boa e boa (88,4% e 54,5%), respectivamente.

Tabela 1. Descrição das características dos pais e das crianças de até 6 anos atendidas nas clínicas infantis da Faculdade de Odontologia entre maio e outubro de 2024. Brasil. 2024.

Características dos pais	N	%
Entrevistado		
Mãe	156	88,6
Pai	20	11,4
Estado Civil		
Solteiro(a)	110	62,9
Casado(a)	54	30,9
Divorciado(a)	11	6,2
Idade		
Até 30 anos	69	39,2
Entre 30 e 40 anos	72	40,9
Mais de 40 anos	35	19,9
Cor da pele		
Branca, Amarela e Indígena	102	58,0
Preta e parda	74	42,0

Escolaridade

Até 8 anos	55	31,4
Entre 9 e 12 anos	71	40,6
Mais de 12 anos	49	28,0

Renda familiar

1 Quartil	43	24,4
2 Quartil	36	20,5
3 Quartil	45	25,6
4 Quartil	52	29,5

CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA**Sexo**

Feminino	98	56,0
Masculino	77	44,0

Idade

Até 3 anos	53	30,5
De 4 a 6 anos	121	69,5

Cor da pele

Branca, Amarela e Indígena	105	60,3
Preta e parda	69	39,7

Número irmãos da criança

Nenhum	68	38,9
um irmão	65	37,1
Mais de um irmão	42	24,0

Onde a criança passa maior parte do tempo

Em casa	114	65,5
Escola/creche	60	34,5

Percepção da Saúde Geral

Muito Boa e Boa	153	88,4
Regular e Muito ruim	20	11,6

Percepção da saúde bucal

Muito boa e Boa	96	54,5
Regular	61	34,7
Ruim e Muito ruim	19	10,8

Tabela 2. Classificação dos pais da atribuição causal da saúde bucal do seu filho de até 6 anos atendidos nas clínicas infantis da Faculdade de Odontologia. Brasil. 2024.

Classificação de atribuição causal	N	%
Lócus de internalidade		
Interno	125	74,0
Externo	44	26,0
Lócus de Controle		
Causa controlável	47	27,8
Causa incontrolável	122	72,2
Lócus Internalidade e controle		
Externo controlável	33	19,5
Interno controlável	36	21,3
Interno incontrolável	89	52,7
Externo incontrolável	11	6,5

A tabela 2 descreve a classificação da atribuição causal. A maioria dos pais (74%) tiveram atribuições classificadas como internas e com causas incontroláveis (72,2%). Já ao considerar em conjunto tanto a internalidade quanto o controle, a maioria foi classificada como causa interna e incontrolável (52,7%).

A Figura 1 descreve a classificação das dimensões de Lócus de internalidade e controle de acordo com a percepção dos pais sobre a saúde bucal do seu filho. Tanto para os pais que classificaram a saúde bucal dos seus filhos como muito boa e boa e os pais que classificaram como regular, ruim e muito ruim, a dimensão interno Incontrolável apresentou uma maior frequência de respostas (36,4% e 67,5%), respectivamente.

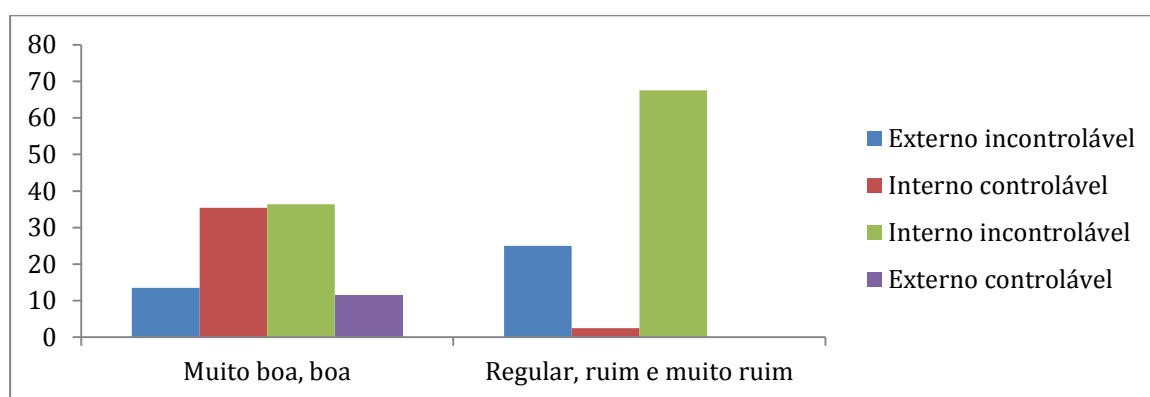


Figura 1. Proporção da classificação do Lócus Controle/Internalidade em relação à percepção dos pais sobre a saúde bucal do seu filho até 6 anos atendidos nas clínicas infantis da Faculdade de Odontologia. Brasil. 2024.

Na figura 2 é observada a frequência quanto aos temas mencionados nas respostas à pergunta aberta sobre a causa da atribuição dos pais sobre a saúde bucal dos seus filhos. Os temas mais recorrentes: “Bons hábitos” 19,3%, “Doença cárie” 14,2% e “Necessidade de tratamento” 13,6%

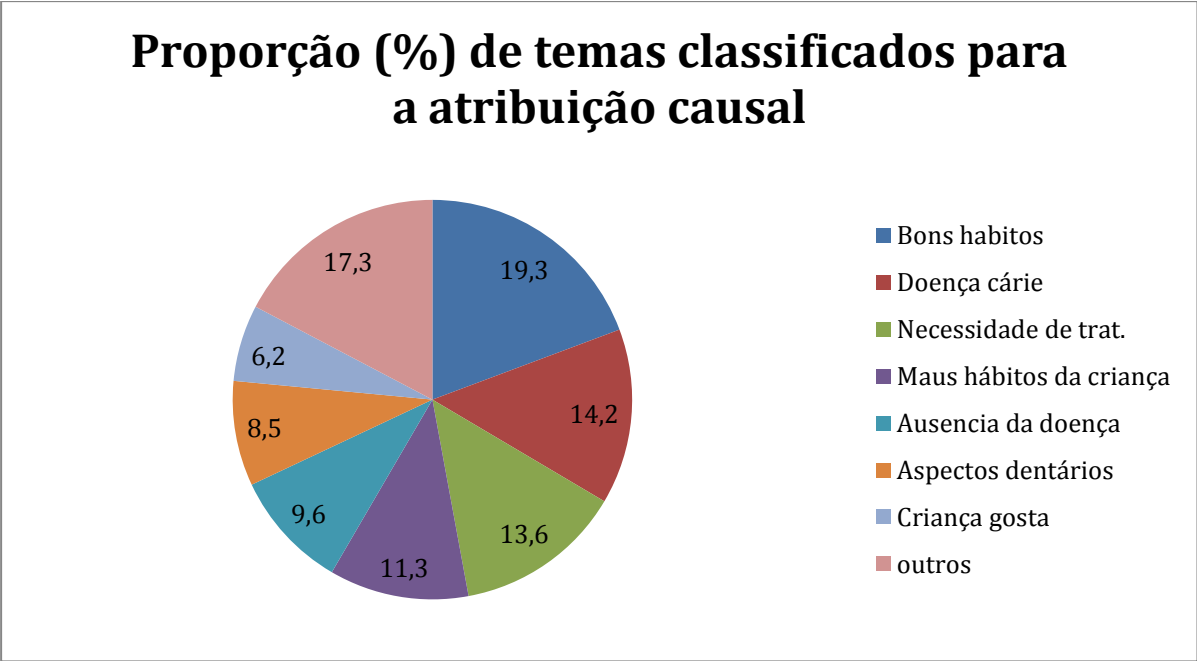


Figura 2. Classificação da atribuição causal dos pais para a percepção de saúde bucal do filho do seu filho até 6 anos atendidos nas clínicas infantis da Faculdade de Odontologia. Brasil. 2024.

A tabela 3 apresenta os termos utilizados pelos pais agrupados de acordo com a frequência em que foram citados. Sendo as mais frequentes: Escovação (22,1%), Cárie (18,1%), Cuidado (7.3%), Alimentação (3,9%) e Higiene (3,9%).

Tabela 3. Termos mais utilizados nas respostas da atribuição causal dos pais de crianças até 6 anos de idade atendidos nas clínicas infantis da Faculdade de Odontologia. Brasil. 2024.

Subclassificação da atribuição geral	N	%
Escovação	39	22,1
Cárie	32	18,1
Cuidado	13	7,3
Alimentação	7	3,9
Higiene	7	3,9

Tratamento	7	3,9
Ortodontia	6	3,4
Antibiótico	5	2,8
Estética dentária	5	2,8
Dentes podres	5	2,8

Discussão

Este estudo descreveu a natureza psicológica (controle e internalidade) da atribuição causal a partir dos termos mais utilizados para explicar a percepção de saúde bucal do filho sob a ótica do pai ou mãe de crianças de até 6 anos de idade. Os principais achados do estudo foram que a maioria dos pais considera a saúde bucal do seu filho como muito boa e boa e atribuíram a situação da saúde bucal do filho as causas internas e incontroláveis.

No presente estudo, observou-se uma frequência na repetição de termos similares para descrever a visão parental sobre a saúde bucal dos filhos. Frequentemente, foram mencionados hábitos amplamente reconhecidos como preventivos da cárie dentária, que é a doença bucal mais comum entre as crianças.⁶ Entre os termos citados destacam-se: “escovação”, “alimentação”, “cuidado” e “higiene”. Esse efeito de repetição evidencia um pensamento coletivo, também observado em outro estudo que avaliou um desfecho de saúde geral²⁵, o qual encontrou similaridades observadas nas atribuições entre causas relatadas pelos pacientes, sugerindo que há semelhança no pensamento causal do coletivo. Os termos frequentemente mencionados pelos participantes do presente estudo mostram que há conhecimento sobre os meios comportamentais de prevenção e controle da doença cárie na infância, no entanto, o conhecimento não necessariamente viabiliza uma rotina de

cuidados diários frente aos desafios do cotidiano urbano e social. A literatura concorda demonstrando evidências do bom conhecimento parental sobre comportamentos em saúde bucal, no entanto, afirma que não refletem em atitudes e práticas condizentes com esses conhecimentos.^{26, 27, 28}

Independente da percepção da qualidade de saúde bucal dos seus filhos, a resposta para a atribuição da maioria dos pais do estudo foi classificada como causas internas, o que é consistente com os dados encontrados na literatura¹⁵. A internalidade é uma dimensão que reflete que o cuidador se percebe como principal determinante do processo saúde/doença de seu filho¹⁵. Tal resultado sugere que os pais percebem sua responsabilidade na adoção de comportamentos, o que, somado à frequente menção de boas práticas de higiene, evidencia, que possuem informações em saúde, especialmente os amplamente conhecidos e abordados em estratégias de promoção de saúde bucal.

Ainda se tratando da internalidade, essa foi maior tanto em pais que percebiam a saúde bucal do filho com muito boa ou boa quanto aqueles que percebiam a saúde bucal como regular, ruim e muito ruim, indicando percepção de responsabilidade. Este resultado foi semelhante ao estudo que observou a atribuição causal de adultos para comportamentos positivos em saúde geral e saúde bucal, os quais tiveram suas respostas classificadas como fatores internos, tanto para o sucesso quanto para o fracasso no controle da doença²⁵.

Considerando a premissa da teoria psicológica em questão, atribuição causal, o sucesso geralmente é atribuído ao esforço ou à habilidade pessoal, que são causas internas, e o fracasso é atribuído a causas externas²⁹, considerando as percepções “muito boa/boa” como sucesso e “regular”, “ruim” e “muito ruim” como fracasso nos cuidados de saúde bucal, percebe-se que, em contrapartida aos estudos de atribuição, em ambos os casos maior parte dos indivíduos do presente estudo se veem como responsáveis pelas próprias

percepções, o que pode indicar que os pais reconhecem sua responsabilidade no estabelecimento de comportamentos em saúde bucal dos filhos.

Em se tratando do controle, independente se a percepção dos pais foi boa ou não sobre a saúde bucal dos seus filhos no presente estudo, eles classificaram as possíveis causas como incontroláveis. No entanto, essa classificação foi duas vezes maior no grupo dos pais com autopercepção ruim e muito ruim comparados com aqueles pais com percepção boa e muito boa da saúde bucal dos seus filhos. Estudos que avaliaram especificamente o locus de controle de mães e desfechos em saúde bucal dos seus filhos apresentam resultados contrários quanto à percepção de controle dos pais do presente estudo, pois evidenciaram atitudes positivas, refletindo tendência ao controle da doença^{30,17,27}. No entanto, apesar de maior internalidade há uma percepção de incontrolabilidade, o que sugere que, apesar de se verem como responsáveis, os pais encontram barreiras na implementação de comportamentos saudáveis. A maioria dos respondentes do estudo eram mães que acompanhavam os seus filhos nas consultas, solteiras, com mais de um filho morando na mesma casa, com ajuda de familiares nos cuidados com a criança. Tais características evidenciam a dinâmica e rotina das famílias dessa amostra. Os estudos apontam que o número de filhos, ajuda de familiares, tempo que a criança passa com os pais, estresse parental e renda familiar mensal como barreiras percebidas pelos pais na adoção e manutenção de comportamentos em saúde bucal dos seus filhos^{31,34}. Portanto, a falta de controle apresentada nos resultados pode ter relação com as características de rotina diária e dinâmica familiar que acabam por interferir na manutenção e controle de bons hábitos das crianças, considerando o pouco tempo que os pais passam com a criança, bem como a atenção que se divide entre outros filhos e as demais responsabilidades exigidas na maternidade e paternidade que muitas vezes sobressaem às

necessidades odontológicas da criança, a qual fica em segundo plano e acaba por ser delegada exclusivamente aos cuidados profissionais em momentos pontuais. Cabe observar que a adoção de comportamentos em saúde bucal em um núcleo familiar não está restrita somente ao conhecimento parental sobre saúde bucal. É provável que aspectos referentes a percepção e a autoeficácia para superar barreiras inerentes à inserção de novas rotinas de saúde devem também ser consideradas, como já observado em outros estudos^{17, 30, 33}.

Apesar da maioria dos pais reconhecerem sua responsabilidade nas causas atribuídas, quando observados os subitens temáticos das atribuições causais do presente estudo, uma parte da amostra menciona a autonomia da criança, tanto na manutenção de bons hábitos quanto na ausência destes. O que deixa evidente que ainda existe um grupo de pais que atribuem à criança a responsabilidade por comportamentos da saúde bucal. Este aspecto já foi anteriormente observado na literatura, em um estudo³³ que mostrou uma menor percepção de controle dos pais em relação à saúde bucal do filho, pois, ao avaliar seu papel nesse quesito, os pais acreditavam que, em primeiro lugar, as ações de outros, incluindo a própria criança, tinha maior interferência no seu processo saúde/doença. Ao atribuir à criança parte da responsabilidade sobre sua saúde, os pais parecem compartilhar da crença que ela é um ser dinâmico, não passivo apenas às exigências de seu meio^{34,35,36}. Isso pode ser explicado devido aos novos olhares sobre a infância, gerando a concepção de criança como um ser ativo, o que mudou as práticas educativas das famílias brasileiras nos últimos anos, gerando certo deslocamento nas relações de autoridade pais e filhos, passando de um modelo baseado na imposição e no controle para outro fundamentado na participação e na negociação, com crescente valorização das iniciativas da criança, por acreditar que, além das ações dos pais, sua individualidade interfere em sua socialização^{36,38}.

Outro achado do presente estudo foi a frequente menção ao que foi classificado como tema “doença cárie” percebido como a atribuição dos pais para a pior saúde bucal dos filhos, bem como à menção das necessidades odontológicas da criança (como trauma, ortodontia, procedimento específico). Esse resultado pode ser devido à interpretação que o(a) pai/mãe fez da pergunta, evidenciando que, para si, a qualidade da saúde bucal de uma criança está ligada à presença de doença cárie ou de necessidades odontológicas, não estabelecendo relação causal direta com hábitos e comportamentos de saúde. Esse meio cognitivo demonstra um pensamento unidirecional que não deixa claro uma causa para o problema podendo ser a representação da ausência de uma interpretação mais aprofundada acerca das causas que têm como consequências sintomas negativos à saúde bucal. A literatura³⁸ afirma que muitos pais acreditam que só há necessidade de cuidado odontológico quando a criança apresenta dor, cavidades visíveis e em casos de urgência, pois na maioria das vezes, é dessa forma que os mesmos procuram por atendimento odontológico para si. Desconhecem, muitas vezes, que há consultas de prevenção, que são importantes e realizadas, justamente para que não se tenha a instalação da doença cárie e demais alterações bucais^{30, 40}.

Os resultados do presente estudo devem ser analisados com cautela quanto a sua generalização interna e externa, uma vez que a amostra é composta por pais cujos filhos frequentam os serviços de saúde bucal e estão recebendo tratamento e orientações nesta área. Como ponto forte do estudo, destaca-se a utilização da teoria da atribuição causal na saúde bucal infantil, assunto que, segundo o conhecimento dos autores, ainda é pouco estudado, apesar da sua grande relevância. Essa teoria considera a influência dos aspectos psicocomportamentais na implementação e manutenção de hábitos de saúde bucal das crianças. Além disso, é fundamental descrever e analisar os motivos causais da percepção

parental da saúde bucal dos filhos, afim de que as orientações fornecidas nesse contexto sejam ajustadas às dificuldades diárias, que vão além do conhecimento teórico.

Conclusão

Os principais achados do presente estudo foi que a maioria dos pais considera a saúde bucal do filho como muito boa e boa e a maior parte das atribuições causais para a situação de saúde bucal dos seus filhos foi classificada como internas e incontroláveis. Esses resultados apontam que os pais não se percebem como capaz de controlar a ocorrência das doenças bucais do seu filho. Isso pode estar relacionado ao fato de que, embora reconheçam seu papel na adoção de comportamentos saudáveis na infância dos filhos e tenham conhecimento sobre os principais hábitos de prevenção da cárie, enfrentam desafios para implementá-los, possivelmente devido ao estilo de vida. Além disso, os pais acreditam que outros, incluindo a própria criança, também exercem controle sobre o processo saúde doença. Diante disso, torna-se essencial a realização de atividades de educação em saúde coletiva voltadas para os pais, aliadas a orientações individuais nas clínicas de atendimento odontopediátrico. Essas ações devem ir além da transmissão de conhecimento, buscando identificar barreiras e estratégias para superá-las, afim de implementar práticas que melhorem os aspectos relacionados à alimentação e à higiene bucal infantil, considerando os desafios do dia a dia mencionados pelos pais no presente estudo.

Referências

1. World Health Organization 1981. Oral Health Information Systems. Geneva: World Health Organization. Acessado em fevereiro, 3, 2025 at: http://www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en/index1.html
2. Organização mundial de saúde (OMS). Organização Pan Americana de Saúde. Família e Saúde. Tema 4.7 da Agenda Provisória, 55a Sessão do Comitê Regional / 44o Conselho Diretor. Washington, set. 2003. 14 p.
3. Losso EM, Tavares MCR, Silva JYB da, Urban C de A. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. *J Pediatr* (Rio J) [Internet]. 2009Aug;85(4):295–300. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572009000400005>
4. Feldens CA, Giugliani ER, Vigo A, Vítolo MR. Early feeding practices and severe early childhood caries in four-year-old children from southern Brazil: a birth cohort study. *Caries Res*. 2010;44(5):445-52
5. Swan MA, Barker JC, Hoeft KS. Rural Latino farmworker fathers' understanding of children's oral health. *Pediatr Dent* 2010;32(5):400-6
6. Santos, SP dos; Vieira GO, Scavuzzi AIF, Gomes Filho IF. Práticas alimentares e cárie dentária - uma abordagem sobre a primeira infância. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*, 2016;70(1):12-18
7. Phantumvanit, P., Makino, Y., Ogawa, H., Rugg-Gunn, A., Moynihan, P., Petersen et al. WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. *Community dentistry and oral epidemiology* 2018;46(3):280–287
8. Mattila ML, Rautava P, Sillanpää M, Paunio P. Caries in five-year-old children and associations with family- related factors. *J Dent Res* 2000;79:875-81.
9. Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economical diverse groups. *Community Dental Health* 2004; 21: 102-111.
10. Mattila ML, Rautava P, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssälä L, Helenius H, Sillanpää M. Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? *Acta Odontologica Scandinavica* 2005; 63: 73-84.
11. Jacobsen, B., Lowery, B., & DuCette, J. (1986). Attributions of learning disabled children. *Journal of Educational Psychology*, 78(1), 59–64. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.78.1.59>

- 12 Sattler S, Maskileyson D, Racine E, Davidov E, Escande A. Stigmatization in the context of the COVID-19 pandemic: a survey experiment using attribution theory and the familiarity hypothesis. *BMC Public Health*. 2023;23(1):521. Published 2023 Mar 18. doi:10.1186/s12889-023-15234-5
13. Brubaker, B. H. (1988). An attributional analysis of weight outcomes. *Nursing Research*, 37(5), 282–287. <https://doi.org/10.1097/00006199-198809000-00005>
14. Gilutz H, Bar-On D, Billing E, Rehnquist N, Cristal N. The relationship between causal attribution and rehabilitation in patients after their first myocardial infarction. A cross cultural study. *Eur Heart J*. 1991;12(8):883-888.
15. Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548–573. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548>
16. Weiner, B.; Russel, D.; Lerman, D. Affective consequences of causal ascriptions. In: Harvey, j. H.; ickes, w. J.; kildd, r. F. (orgs.). New directions in attribution. 2. ed. Hillsdale: Erlbaum, 1978.
17. Brandão IMG, Arcieri RM, Sundefeld MLM, Moimaz. SAS Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e o locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(6):1247-1256.
18. Cerqueira MMMD, Nascimento ED. Construção e validação da Escala de Lócus de Controle Parental na Saúde. *Psico USF* 2008; 13(2):253-263.
- 19 Costa VSG. *Crenças e atitudes parentais: relação com os comportamentos preventivos e com a cárie precoce da infância* [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2011.
20. Acharya S, Pentapati KC, Singh S. Influence of socioeconomic status on the relationship between locus of control and oral health. *Oral Health Prev Dent* 2011; 9(1):9.
21. Aleksejūnienė J, Brukienė V. Parenting style, locus of control, and oral hygiene in adolescents. *Medicina (Kaunas)* 2012; 48(2):102-108.
22. Peker K, Uysal Ö, Bermek G. Dental training and changes in oral health attitudes and behaviors in Istanbul dental students. *J Dent Educ* 2010; 74(9):1017-1023.
-
23. Carvalho WC; Lindoso TKN; Da Silva TCR; Dias ASS; Thomes CR. Cárie na primeira infância: Um problema de saúde pública global e suas consequências à saúde da criança. *Internat Journ of Science Dentistry* 2022;58(2):57-65
24. IBGE. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pelotas/panorama>. Acesso em: 3 fev. 2025.

25 . Kneckt, Mirka C et al. Self-esteem as a characteristic of adherence to diabetes and dental self-care regimens. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 28, n. 2, p. 175– 180, 2001.

26 . Anagnostou F, Chalvatzoglou E, Arhakis A, Boka V, Arapostathis K, Kotsanos N. Do Maternal Beliefs, Knowledge and Practices for Own and Young Child Oral Care Reflect on Actual Child Oral Health?. *J Contemp Dent Pract*. 2023;24(3):147-152. Published 2023 Mar 1. doi:10.5005/jp-journals-10024-3476

27. Duijster D, de Jong-Lenters M, Verrips E, van Loveren C. Establishing oral health promoting behaviours in children - parents' views on barriers, facilitators and professional support: a qualitative study. *BMC Oral Health*. 2015 Dec 10;15:157. doi: 10.1186/s12903-015-0145-0. PMID: 26654364; PMCID: PMC4676163.

28. Salama, F.; Alwohaibi; Alabdullatif; Alnasser; hafiz, Z. Knowledge, behaviours and beliefs of parents regarding the oral health of their children. PubMed, v. 21, n. 2, p. 103–109, 1 jun. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32567940/>>. Acesso em: 2 out. 2024.

29. Betancourt, H., & Weiner, B. (1982). Attributions for achievement related events, expectancy and sentiments: a study of success and failure in Chile and in the United States. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 13, 362-374.

30. Lencová E, Pikhart H, Broukal Z, Tsakos G. Relationship between parental locus of control and caries experience in preschool children - cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2008 Jun 12;8:208. doi: 10.1186/1471-2458-8-208. PMID: 18547444; PMCID: PMC2442069.

31. Amin MS, Harrison RL. Understanding parents' oral health behaviors for their young children. *Qualitative Health Research*. 2009 Jan;19(1):116–127. doi: 10.1177/1049732308327243. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

32. Walker KK, Martínez-Mier EA, Soto-Rojas AE, et al. Midwestern Latino caregivers' knowledge, attitudes and sense making of the oral health etiology, prevention and barriers that inhibit their children's oral health: a CBPR approach. *BMC Oral Health*. 2017;17(1):61. Published 2017 Mar 2. doi:10.1186/s12903-017-0354-9

33. Nunes, V. H.; Perosa, GB. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 191–200, 1 jan. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/848y5BFXvzG5h7RSVVLDF8p/>>. Acesso em: 12 dez. 2024.

34. Sameroff A. A unified theory of development: a dialectic integration of nature and nurture. *Child Dev* 2010; 81(1):6-22.

35. Biasoli-Alves ZMM. Famílias brasileiras do século XX: os valores e as práticas de educação da criança. *Temas Psicol* 1997; 5(3):33-49.
36. Montandon C. As práticas educativas parentais e a experiência das crianças. *Educação e Sociedade* 2005; 26(91):485-507.
37. Quissell, William G. Henderson, Jacob F. Thomas, Lucinda L. Bryant, Patricia A. Braun and Judith E. Albino Journal of Racial and Ethnic Health. Factors Associated with Oral Health Status in American Indian Children Tamanna Tiwari, David O. Disparities Vol. 1, No. 3 (September 2014), pp. 148-156 (9 pages) Published By: *Springer Nature*
38. Mikus FP et al. Percepção dos pais em relação a saúde bucal da criança *revista gestão & saúde* (issn 1984 - 8153)RGS.2022;24(2):78-88 DOI: 10.17648/1984-8153-rgs-v1n24-16
39. Nelson S, Slusar MB, Albert JM, Riedy CA. Do baby teeth really matter? Changing parental perception and increasing dental care utilization for young children. *Contemp. Clin. Trials*.2017;59:13– 21.
40. Karam I, Jaffa MA, Ghafari J. Barriers to the use of dental services by children in Lebanon and association with parental perception of oral health care. *EMHJ*.2020;26(11): 1420–1424.

4 Considerações Finais

Os resultados da presente pesquisa apontam que a maioria dos pais considera a saúde bucal do filho muito boa e boa e a maior parte das atribuições foram classificadas como internas e incontroláveis. A atribuição causal da percepção parental, em sua dimensão de controle, evidencia que o pai ou mãe não se percebe como capaz de controlar os determinantes do processo saúde/doença de seu filho, possivelmente porque os pais reconhecem seu papel na adoção de comportamentos saudáveis na infância dos filhos e conhecem sobre os principais hábitos associados a prevenção das doenças bucais, no entanto, encontram desafios para a implementação dos mesmos, o que pode ter relação com estilo de vida, considerando as características de uma amostra expressivamente urbana. Quanto à classificação de internalidade, quando a mãe ou pai acredita que outros, incluindo a própria criança, também controlam o processo saúde/doença do filho, é necessário que além de atividades de educação coletiva voltadas para os pais, exista orientações individuais nas clínicas de atendimento da odontopediatria, buscado além da transmissão do conhecimento, identificação e formas de superação de barreiras na implementação de práticas que melhorem os aspectos relacionados à alimentação e a higiene bucal na infância considerando desafios e barreiras diárias mencionadas frequentemente pelos pais.

Referências

ADAIR, Pauline M.; PINE, Cynthia M.; BURNSIDE, Girvan; *et al.* Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. **Community Dental Health**, v. 21, n. 1 Suppl, p. 102–111, 2004. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15072479/>>.

ALEKSEJUNIENĖ, Jolanta ;

ALHAZMI, Anwar S *et al.* Factors associated with the use of fashion braces of the Saudi Arabian Youth: application of the Health Belief Model. **BMC Oral Health**, v. 21, n. 1, 2021.

AMIN, Maryam S. ; HARRISON, Rosamund L. Understanding Parents' Oral Health Behaviors for Their Young Children. **Qualitative Health Research**, v. 19, n. 1, p. 116–127, 2008.

ANAGNOSTOPOULOS, F.; SPANEA, E. Assessing illness representations for breastcancer: A comparison of patients with health and benign controls. **Journal of Psychosomatic Research**. n. 58 p. 327– 334, 2005

AREZOO, Fallahi *et al.* Dental cleaning behavior and related factors among hemodialysis patients in the West of Iran: A cross-sectional study. **Clinical and Experimental Dental Research**, v. 9, n. 4, p. 614-622, 2023.

ARMPFIELD, Jason M e MEJÍA, Gloria C e JAMIESON, Lisa M. Socioeconomic and psychosocial correlates of oral health. **International Dental Journal**, v. 63, n. 4, p. 202–209, 2013.

ÅSTROM, Anne Nordrehaug e OKULLO, I. Temporal stability of the theory of planned behavior: A prospective analysis of sugar consumption among Ugandan adolescents. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 32, n. 6, p. 426–434, 2004.

ÅSTRØM, Anne Nordrehaug. Applicability of action planning and coping planning to dental flossing among Norwegian adults: A confirmatory factor analysis approach. **European Journal of Oral Sciences**, v. 116, n. 3, p. 250–259, 2008.

BERALDI MIR; Pio MSM; Dalledone M; Portugal MEG, Bettega PVC. Cárie na Primeira Infância: Uma Revisão de Literatura. *Rev. RGS* 2020; 22(2):9-42

BERNABÉ, Eduardo *et al.* Sense of coherence and oral health in dentate adults: Findings from the Finnish Health 2000 survey. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 37, n. 11, p. 981–987, 2010.

BRANDÃO, Ioneide Maria Gomes; ARCIERI, Renato Moreira; SUNDEFELD, Maria Lúcia Mazza; *et al.* Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1247–1256, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Rkys4x7JzTJHhrDKDfd9kJL/?lang=pt>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. 92 p. Cadernos de Atenção Básica; 17, 2008

BREIN, Daniel J *et al.* Using the theory of planned behavior to identify predictors of oral hygiene: A collection of unique behaviors. **Journal of Periodontology**, v. 87, n. 3, p. 312–319, 2016.

BRUKIENĖ, Vilma. Parenting style, locus of control, and oral hygiene in adolescents. **Medicina (Kaunas, Lithuania)**, v. 48, n. 2, p. 102–8, 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22491380/>>.

CARVALHO, Wendel Chaves; LINDOSO, Thirza Keanne Nunes; THOMES, Caroline Rodrigues; *et al.* Cárie na primeira infância: um problema de saúde pública global e suas consequências à saúde da criança. **Rev. flum. odontol**, p. 57–65, 2022. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1390926>>.

CERQUEIRA, Mmmd e NASCIMENTO, Ed. Construção e validação da Escala de Lócus de Controle Parental na Saúde. **Psico USF**; 13(2):253-263. 2008.

DA, Caroline ; FERREIRA, Conceição. universidade federal do maranhão centro de ciências biológicas e da saúde curso de odontologia influência familiar nos hábitos alimentares para a prevalência da cárie na primeira infância: uma REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SÃO LUÍS 2023. [s.l.: s.n.], 2020. Disponível em: <<https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/6449/1/CAROLINEDACONCEI%C3%87%C3%83OSOUZAFERREIRA.pdf>>.

DE SOUZA, P.M.D.E.S; PROENÇA, M.A.M; FRANCO, M.M, RODRIGUES, V.P, COSTA, J.F, COSTA, E.L. Association between early childhood caries and maternal caries status: A crosssection study in São Luís, Maranhão, Brazil. **Eur J Dent**, v. 9, n. 1, p. 122-6, 2015.

DE SOUZA, Pedrita Mara do Espírito Santo; PROENÇA, Mariana Almeida Mello; FRANCO, Mayra Moura; *et al.* Association between early childhood caries and maternal caries status: A cross-section study in São Luís, Maranhão, Brazil. **European Journal of Dentistry**, v. 09, n. 01, p. 122–126, 2015.

DEFranc, A *et al.* Measuring oral health behaviour in Flemish health care workers: An application of the theory of planned behaviour. **Community Dental Health**, v. 25, n. 2, p. 107–114, 2008.

DOGARU, Beatrice C e BOGDAN. 20 Modeling the theory of planned behavior for intention to improve oral. **Journal of Oral Science**, v. 53, n. 3, p. 369–377, 2011.

DUIJSTER, Denise *et al.* Material, behavioural, cultural and psychosocial factors in the explanation of socioeconomic inequalities in oral health. **European Journal of Public Health**, v. 28, n. 4, p. 590–597, 2018.

ENGLE, PI. Maternal mental health: program and policy implications. **J Clin Nutr**; 89(3):963-970. 2009

ERICSSON, Jessica S *et al.* Health investment behaviours and oral/gingival health condition, a cross-sectional study among Swedish 19-year olds. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 74, n. 4, p. 265–271, 2016.

FATEMEH, Rahmati-Najarkolaei *et al.* Predictors of oral health behaviors in female students: An application of the health belief model. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 18, n. 11, 2016.

FELDEN, C.A.; GIUGLIANI, E.R.J.; VIGO, Á.; *et al.* Early Feeding Practices and Severe Early Childhood Caries in Four-Year-Old Children from Southern Brazil: A Birth Cohort Study. **Caries Research**, v. 44, n. 5, p. 445–452, 2010.

FISHER-OWENS, Susan A *et al.* Influences on children's oral health: A conceptual model. **Pediatrics**, v. 120, n. 3, p. e510–e520, 2007.

GIFT, H C e ATCHISON, K A e DRURY, T F. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. **Journal of Dental Research**, v. 77, n. 7, p. 1529–1538, 1998.

GILUTZ, H; BAR-ON, D; BILLING, E; *et al.* The relationship between causal attribution and rehabilitation in patients after their first myocardial infarction. A cross cultural study. **European heart journal**, v. 12, n. 8, p. 883–8, 1991. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1915426/>>.

GOMES, Maria *et al.* Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1247–1256, 2006.

GRAETZ, Christian *et al.* Influence of psychological attachment patterns on periodontal disease - A pilot study with 310 compliant patients. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 40, n. 12, p. 1087–1094, 2013.

H, BERYL. **An Attributional Analysis Of Weight Outcomes : Nursing Research**. LWW. Disponível em:

<https://journals.lww.com/nursingresearchonline/abstract/1988/09000/an_attributional_analysis_of_weight_outcomes.5.aspx>. Acesso em: 3 fev. 2025.

HAFIZ, Z. Knowledge, behaviours and beliefs of parents regarding the oral health of their children. **European Journal of Paediatric Dentistry**, v. 21, 2020.

HEIDER, F. The psychology of interpersonal relations. **Nova York: John Wiley & Sons**, 1958.

JACOBSEN, Barbara; LOWERY, Barbara ; DUCETTE, Joseph. Attributions of learning disabled children. **Journal of Educational Psychology**, v. 78, n. 1, p. 59–64, 1986.

JEIHOONI, Ali Khani *et al.* The effect of health education program based on health belief model on oral health behaviors in pregnant women of Fasa city, Fars Province, South of Iran. **Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry**, v. 7, n. 6, p. 336–343, 2017.

JONHSON, S. B. Health Behavior e Health status: Concepts, methods, and applications. **Journal of Pediatric Psychology**, 9, 129-141. 1994
Journal of Racial and Ethnic Health Disparities

JUNG, Se Hwan *et al.* Socio-economic status and oral health-related behaviours in Korean adolescents. **Social Science and Medicine**, v. 70, n. 11, p. 1780–1788, 2010.

KARAM, Ingrid; JAFFA, Miran A. ; GHAFARI, Joseph. Barriers to the use of dental services by children in Lebanon and association with parental perception of oral health care. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 26, n. 11, p. 1420–1424, 2020.

KLOCK, Kristin S e HAUGEJORDEN, Ola. Measurement and predictors of young adults' perceived ability to cope with dental life events. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 60, n. 3, p. 129–135, Jun 2002.

KNECKT, Mirka C e MAIJA, Anna e MATTI L.E. KNUUTTILA. Attributions to dental and diabetes health outcomes. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 27, n. 3, p. 205–211, 2000.

KOBARG AP, SACHETTI A, VIEIRA ML. Valores e crenças parentais: reflexões teóricas. **Rev Bras. Crescimento Desenv. Humano** 16(2):96-102. 2006

LENČOVÁ, Erika; PIKHART, Hynek; BROUKAL, Zdeněk; *et al.* Relationship between parental locus of control and caries experience in preschool children – cross-sectional survey. **BMC Public Health**, v. 8, n. 1, 2008.

LINDMARK, U e KH ABRAHAMSSON. Oral health-related resources - a salutogenic perspective on Swedish 19-year-olds. **International Journal of Dental Hygiene**, v. 13, n. 1, p. 56–64, 2015.

LINDMARK, Ulrika; HAKEBERG, Magnus ; HUGOSON, Anders. Sense of coherence and oral health status in an adult Swedish population. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 69, n. 1, p. 12–20, 2010.

LOSSO, Estela M.; TAVARES, Maria Cristina R.; SILVA, Juliana Y. B. da; *et al.* Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **Jornal de Pediatria**, v. 85, n. 4, p. 295–300, 2009.

MAIJA, Anna e NISKANEN, Mirka C e MATTI L.E. KNUUTTILA. The theory of reasoned action in describing tooth brushing, dental caries and diabetes adherence among diabetic patients. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 29, n. 5, p. 427–432, 2002.

MANN, Traci e SHERMAN, David e UPDEGRAFF, John. Dispositional motivations and message framing: A test of the congruency hypothesis in college students. **Health Psychology**, v. 23, n. 3, p. 330–334, 2004.

MARCENES, W *et al.* Global burden of oral conditions in 1990-2010. **Journal of Dental Research**, v. 92, n. 7, p. 592–597, 2013.

MARIĆ, M.; SAKAČ, M. Individual and social factors related to students' academic achievement and motivation for learning. **Suvremena Psihologija**, v. 17, n. 1, p. 63-79, 2014.

MÁRIO RUI ARAÚJO *et al.* Self-regulation in oral hygiene behaviours in adults with gingivitis: The mediating role of coping planning and action control. **International Journal of Dental Hygiene**, v. 18, n. 2, p. 192–200, 2020.

MARTINELLI, Elizabeth *et al.* Smoking behaviour and attitudes to periodontal health and quit smoking in patients with periodontal disease. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 35, n. 11, p. 944–954, 2008.

MATTILA, M.-L.; RAUTAVA, P.; SILLANPÄÄ, M.; *et al.* Caries in Five-year-old Children and Associations with Family-related Factors. **Journal of Dental Research**, v. 79, n. 3, p. 875–881, 2000.

MATTILA, Marja-Leena; RAUTAVA, Päivi; OJANLATVA, Ansa; *et al.* Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 63, n. 2, p. 73–84, 2005. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16134546/>>.

MENDES, Maria. Famílias brasileiras do século XX: os valores e as práticas de educação da criança. **Temas em Psicologia**, v. 5, n. 3, p. 33–49, 2024. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1997000300005>. Acesso em: 28 ago. 2024.

MIKUS, Franciely Pereira; LIMA, Viviane Bernardes de; ALEXANDRE, Ingrid G. P. Occhi; *et al.* PERCEPÇÃO DOS PAIS EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA. **Revista Gestão e Saúde**, v. 1, n. 24, 2022. Disponível em: <<https://www.herrero.com.br/site/files/revista/file3caee141e183f00908d317d7061b6e0a.pdf>>.

MOHAMMAD, Ali Morowatisharifabad *et al.* Determinants of oral health behaviors among preuniversity (12th-Grade) students in yazd (iran) an application of the health promotion model. **Fam Community Health**, v. 30, n. 4, p. 342–350, 2007.

MONTANDON, CLÉOPÂTRE. as práticas educativas parentais e a experiência das crianças. **Educ. Soc., Campinas**, v. 26, p. 485–507, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/es/a/SJg9q9YgJJZrbwKs4n878BL/?format=pdf&lang=pt>>.

MORAES, Antonio Bento Alves de; ROLIM, Gustavo Sattolo ; COSTA JR., Aderson Luiz. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 11, n. 2, 2009.

NELSON, Suchitra; SLUSAR, Mary Beth; ALBERT, Jeffrey M.; *et al.* Do baby teeth really matter? Changing parental perception and increasing dental care utilization for young children. **Contemporary Clinical Trials**, v. 59, p. 13–21, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28479221/>>.

NUNES, Vinícius Humberto ; PEROSA, Gimol Benzaquen. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 191–200, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Organização Pan Americana de Saúde. Família e Saúde**. Tema 4.7 da Agenda Provisória, 55a Sessão do Comitê Regional / 44o Conselho Diretor. Washington, set. 2003. 14 p.

ÖZYEMIŞCI, Nuran e ÇANKAYA, Zeynep Turgut. Effect of a motivational video on flossing behaviour: A pilot study. **International Journal of Dental Hygiene**, v. 19, n. 2, p. 201–208, 2021.

PALOS, R.; MUNTEANU, A.; COSTEA, I.; MACSINGA, I. Motivational and cognitive variables with impact on academic performance Preliminary study. **Procedia Social and Behavioral Sciences**, v. 15, p. 138-142, 2011.

PATEL, Jenisha *et al.* Determinants of oral hygiene behaviour among patients with moderate and severe chronic periodontitis based on the theory of planned behaviour. **International Dental Journal**, v. 69, n. 1, p. 50–57, 2019.

PEKER, Kadriye *et al.* “Dental training and changes in oral health attitudes and behaviors in Istanbul dental students.” **Journal of dental education** vol. 74,9 (2010): 1017-23.

PHANTUMVANIT, Prathip; MAKINO, Yuka; OGAWA, Hiroshi; *et al.* WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 46, n. 3, p. 280–287, 2018.

RAJEH, Mona Talal. Modeling the theory of planned behavior to predict adults' intentions to improve oral health behaviors. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, 2022.

RAVISHANKAR, TL; CHAITRA, TR; MOHAPATRA, AK; *et al.* Mother's knowledge about pre-school child's oral health. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v. 28, n. 4, p. 282, 2010.

RILEY, Joseph L e GILBERT, Gregg H e HEFT, Marc W. Dental attitudes: Proximal basis for oral health disparities in adults. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 34, n. 4, p. 289–298, 2006.

SALAMA, F.; ALWOHAIBI, A.; ALABDULLATIF, Alabdullatif; *et al.* Knowledge, behaviours and beliefs of parents regarding the oral health of their children. **European Journal of Paediatric Dentistry**, v. 21, n. 2, p. 103–109, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32567940/>>. Acesso em: 14 ago. 2022.

SAMEROFF, Arnold. A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. **Child Development**, v. 81, n. 1, p. 6–22, 2010. Disponível em: <<https://uclinks.ucsd.edu/xmca/attachments/1426/10-CD%20Sameroff%20Unified%20Theory.pdf>>.

Santos, SP dos; Vieira GO, Scavuzzi AIF, Gomes Filho IF. Práticas alimentares e cárie dentária - uma abordagem sobre a primeira infância. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*, 2016;70(1):12-18

SANTOS, Susana Paim dos; VIEIRA, Graciete Oliveira; SCAVUZZI, Ana Isabel Fonseca; *et al.* Práticas alimentares e cárie dentária - uma abordagem sobre a primeira infância. **Revista da Associacao Paulista de Cirurgioes Dentistas**, v. 70, n. 1, p. 12–18, 2016. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0004-52762016000100003&lng=pt&nrm=iss&tlng=pt>.

SAVOLAINEN, J *et al.* Sense of coherence associates with oral and general health behaviours. **Community Dental Health**, v. 26, n. 4, p. 197–203, 2009.

SAVOLAINEN, Jarno J *et al.* Sense of coherence as a determinant of toothbrushing frequency and level of oral hygiene. **Journal of Periodontology**, v. 76, n. 6, p. 1006–1012, 2005.

SCHÜZ, Benjamin e SNIEHOTTA, Falko F e SCHWARZER, Ralf. Stage-specific effects of an action control intervention on dental flossing. **Health Education Research**, v. 22, n. 3, p. 332–341, 2007.

SERGIS-DEAVENPORT E, VARNI J. Behavioural assessment and management of adherence to factor replacement therapy in hemophilia. **Journal of Pediatric Psychology**, 8, 367–377. 1983

SHERMAN, David K e UPDEGRAFF, John A e MANN, Traci. Improving oral health behavior **A social psychological approach**. 1382 JADA, v. 139, 2008.

SOUSA, E. Atribuição: da inferência à estratégia de comportamento. **Psicologia Social**. 2. ed. p. 141-165, 1997.

SUMITA, Ichiro *et al.* The impact of oral health behaviors, health belief model, and absolute risk aversion on the willingness of japanese university students to undergo regular dental check-ups: A cross-sectional study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 21, 2022.

SURESH, BS; RAVISHANKAR, TL¹; CHAITRA, TR²; MOHAPATRA, AK³; GUPTA, V¹. Mother's knowledge about pre-school child's oral health. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry 28(4):p 282-287, Oct–Dec 2010. | DOI: 10.4103/0970-4388.76159

SWAN, Matthew A; BARKER, Judith C ; HOEFT, Kristin S. Rural Latino farmworker fathers' understanding of children's oral health. **Pediatric dentistry**, v. 32, n. 5, p. 400–6, 2010. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21070706/>>.

SYRJÄLÄ, Anna Maija *et al.* Relation of different measures of psychological characteristics to oral health habits, diabetes adherence and related clinical variables among diabetic patients. **European Journal of Oral Sciences**, v. 112, n. 2, p. 109–114, 2004.

TIWARI, Tamanna; QUISSELL, David O.; HENDERSON, William G.; *et al.* Factors Associated with Oral Health Status in American Indian Children. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, v. 1, n. 3, p. 148–156, 2014.

TOLVANEN, Mimimi *et al.* Relationship between oral health-related knowledge, attitudes and behavior among 1516-year-old adolescents - A structural equation modeling approach. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 70, n. 2, p. 169–176, 2012.

TRAEGER, L *et al.* Illness perceptions and emotional well-being in men treated for focalized prostate cancer. **Journal of Psychosomatic Research**. n. 67 p.389–397, 2009. Vol. 1, No. 3 (September 2014), pp. 148-156 (9 pages)
variables with impact on academic performance Preliminary study. **Procedia Social and Behavioral Sciences**, v. 15, p. 138-142, 2011.

VOLSCHAN, BCG. Diagnóstico social da cárie de estabelecimento precoce em comunidade assistida pelo Programa Médico de Família, Niterói-RJ [**Tese de Doutorado**]. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense; 2001.

WALKER, Kimberly K.; MARTÍNEZ-MIER, E. Angeles; SOTO-ROJAS, Armando E.; *et al.* Midwestern Latino caregivers' knowledge, attitudes and sense making of the oral health etiology, prevention and barriers that inhibit their children's oral health: a CBPR approach. **BMC Oral Health**, v. 17, n. 1, 2017.

WEARY, Gifford; STANLEY, Melinda A ; HARVEY, John H. **Attribution**. [s.l.]: Springer Nature, 1989.

WEINER, B. Attribution theory and attributional therapy: Some theoretical observations and suggestions. **British Journal of Clinical Psychology** 27, 93–104. 1988

WEINER, Bernard. An attributional theory of achievement motivation and emotion. **Psychological Review**, v. 92, n. 4, p. 548–573, 1985.

WEST, Karen P e DURANT, Robert H e PENDERGRAST, Robert. An experimental test of adolescents' with dental appointments compliance. **Journal of adolescent health**, v. 14, p. 384–389, 1993.

WONG, P. T. P. & WEINER, B. When people ask “why” questions, and the heuristics of attributional search. **Journal of Personality and Social Psychology** 40, 650–663. 1981

XIANG, Bilu *et al.* Development and validation of the Oral health behavior questionnaire for adolescents based on the health belief model (OHBQAHBM). **BMC public health**, v. 20, n. 1, p. 701, 2020.

XIANG, Bilu *et al.* Modelling health belief predictors of oral health and dental anxiety among adolescents based on the Health Belief Model: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, 2020.

YLÖSTALO, Pekka e EK, Ellen e KNUUTTILA, Matti. Coping and optimism in relation to dental health behaviour - A study among Finnish young adults. **European Journal of Oral Sciences**, v. 111, n. 6, p. 477–482, 2003.

YUNES, Mam. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicol. Estud.** 8(esp.):75-84, 2003

Anexos

NÚMERO FICHA	IDADE	SEXO	cond	CPOD
☐	☐	☐	☐	☐
☐				
☐				
☐				

Permanente:			
Caruado = _____	Restaurado e com carne = _____	Restaurado = _____	Perdido por carne = _____
Decidos:			
Caruado = _____	Restaurado e com carne = _____	Restaurado = _____	Perdido por carne = _____

Anexo 2: Parecer do comitê de ética

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS - UFPEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atribuição causal da cárie dentária de crianças atendidas na Faculdade de Odontologia da UFPEL na visão dos pais

Pesquisador: Alexandre Enídio Ribeiro Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77606024.7.0000.5317

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.667.715

Apresentação do Projeto:

Resumo:

A cárie é a doença crônica mais comum na infância, determinada por fatores biológicos, comportamentais, sociais e psicológicos, impacta negativamente na saúde da criança, podendo gerar consequências por toda a vida. Considerando a dependência que a criança tem de um adulto, estudos relatam a importância da influência de fatores psicossociais de pais e responsáveis nos desfechos em saúde bucal de seus filhos, principalmente, no surgimento da cárie. A atribuição causal é um modelo psicológico que busca avaliar como são percebidas as causas e atribuições para diversas condições de saúde sendo possível, a partir dessa interpretação, avaliar a percepção de causa e controle que o indivíduo tem sobre resultados em saúde, a qual influencia na motivação para adoção de comportamentos em saúde. Portanto, presente estudo pretende avaliar a percepção de atribuição causal para não controle de comportamentos em saúde bucal de pais de crianças até 6 anos atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas. Estudo transversal. Os dados do presente estudo serão coletados através de um questionário estruturado aplicado aos pais das crianças até 6 anos atendidas nas clínicas da Faculdade de Odontologia da UFPEL. Serão obtidos dados demográficos do pai/mãe da criança e da própria criança e dados da saúde geral. Também será obtido por meio de examinadores calibrados dados de cárie dentária da criança. O estudo irá analisar dois desfechos. O principal a "Atribuição Geral" que será analisado por meio de uma pergunta: "como o(a) senhor(a) classifica a saúde bucal

Endereço: Av. Itamar Franco 250, prédio da Direção - Tâmboré, sala 03
Bairro: Fragata **CEP:** 96.033-001
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (51)3310-1801 **Fax:** (51)3221-3554 **E-mail:** cep@med@ufpel.edu.br

do(a) seu(sua) filho(a)?" se Muito boa, Boa, Regular, Ruim ou Muito ruim. E em seguida: "a que fator causal atribui tal classificação?". O segundo desfecho "atribuição para o não controle" será obtido por meio de 7 perguntas sobre controle de comportamentos em saúde bucal percebidos como interferentes no desenvolvimento da cárie. Para analisar os dados do estudo serão realizadas análises descritivas por meio de frequências absolutas e relativas, testes qui-quadrado ou Exato de Fischer e análise de regressão de Poisson bruta e ajustada por meio do software estatístico Jamovi. O Projeto será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas-RS.

Metodologia Proposta: Para a coleta dos dados do estudo será utilizado um questionário. Esse questionário será aplicado aos pais das crianças na sala de espera por entrevistadores treinados antes do atendimento dos pacientes nas clínicas da Faculdade de Odontologia. Serão obtidas informações demográficas dos pais da criança, dados de saúde geral e saúde bucal da criança. A coleta de dados será durante o ano letivo da Faculdade de Odontologia da UFPEL em 2024. O treinamento dos entrevistadores do estudo para a aplicação do questionário acontecerá em duas etapas: A primeira etapa será a leitura de todas as perguntas do instrumento de coleta para identificar possíveis dúvidas e falhas na compreensão das perguntas que serão realizadas aos responsáveis das crianças. Na segunda etapa os pesquisadores farão simulações da aplicação do questionário entre os entrevistadores para verificar a forma como as perguntas estão sendo realizadas e minimizar possível viés do entrevistador e contabilização do tempo de preenchimento

do questionário. Os exames de cárie dentária serão realizados por dentistas treinados e calibrados. Para avaliar cárie dentária será utilizado o índice CPO-D, seguindo os critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997). Para a dentição decídua será utilizado o índice cdo-d, representativo do número de dentes cariados (c), com extração indicada (e) e obturados (o), segundo a unidade dente. Para a dentição permanente o índice CPO-D, representativo do número de dentes cariados (C), com extração indicada ou extraídos (P) e obturados (O), segundo a unidade dente (OMS, 1997).

Para realização do exame será utilizada luvas de procedimento, máscara, gorro e kit clínico esterilizado contendo espelho clínico. Em relação ao processo de treinamento e calibração, será realizado inicialmente um treinamento teórico com os examinadores discutindo os critérios do exame. Após, um treinamento prático com crianças da mesma idade e não participantes do estudo. Por fim, será realizada a calibração propriamente dita em crianças da mesma faixa-etária do estudo e não participantes do estudo. Esses dados serão digitados numa planilha no Microsoft

Endereço: Av Duque de Caxias 250, prédio da Direção - Térreo, sala 03

Bairro: Fregata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (51)3310-1801

Fax: (51)3221-3554

E-mail: osp@med@ufpel.edu.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS - UFPEL



Continuação do Parecer: 6.667.715

Excel®, transferidas para o pacote estatístico Stata 12.0 e analisadas através de estatística Kappa para verificar a concordância intra e

inter examinadores. Para a obtenção dos dados, os responsáveis participantes do acompanhamento serão convidados antes do atendimento das crianças para participar

da pesquisa. Após, será explicado ao responsável os objetivos da pesquisa e será solicitado que ele assine o termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B) e que o menor assine o termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE. O termo será assinado em duas vias e o responsável irá receber uma cópia das informações do estudo e o contato do pesquisador responsável em caso de dúvida durante a pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O presente estudo objetiva avaliar a percepção de controle e atribuição causal para cárie dentária, na visão dos pais sobre a saúde bucal de seus filhos com idades entre 3-6 anos atendidos nas Clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme pesquisador responsável:

Riscos:

Desconforto ou constrangimento em responder aos questionamentos.

Benefícios:

Os resultados serão incorporados ao conhecimento científico e posteriormente poderão contribuir para o conhecimento de fatores que devem sofrer intervenções para melhorar a saúde bucal de crianças até 6 anos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Endereço: Av Duque de Caxias 250, prédio da Direção - Térreo, sala 63

Cidade: Fregata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (51)310-1801

Fax: (51)3221-3554

E-mail: osp@med@ufpel.edu.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS - UFPEL



Continuação do Parecer: 6.667.715

Considerações Finais a critério do CEP:

Sugestão para o trabalho:

1- Corrigir critérios de exclusão: retirar que "não aceitar participar" ou assinar o TCLE seja critério de exclusão, porque não aceitar participar é uma PERDA em um estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2280119.pdf	06/02/2024 16:17:49		Aceto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Consentimentos.pdf	06/02/2024 14:19:59	Alexandre Emidio Ribeiro Silva	Aceto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	0606ProjetoCEP.pdf	06/02/2024 14:16:54	Alexandre Emidio Ribeiro Silva	Aceto
Folha de Rosto	Folha.pdf	06/02/2024 14:13:57	Alexandre Emidio Ribeiro Silva	Aceto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 23 de Fevereiro de 2024

Assinado por:
Patrícia Abrantes Duval
(Coordenador(a))

Endereço: Av Duque de Caxias 250, prédio da Direção - Térreo, sala 63

Bairro: Freguesia

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (51)310-1801

Fax: (51)3221-3554

E-mail: osplamed@ufpel.edu.br

Apêndices

Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Medicina Centro de Física em Pesquisa Prédio do direito – térreo – sala 81 – 93019-181 Av. Duque de Caxias, 358 93030-408 – Fátima – Pelotas, RS, Brasil		
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO		
Pesquisador responsável: Alessandro Ernesto Ribeiro Silva Instituição: Faculdade de Odontologia - Universidade Federal de Pelotas Endereço: Rua Gonçalves Chaves, 462 Telefone: (51) 3669-3881		
Eu _____, CPF número _____, estando em participar do estudo "Atribuição causal da cárie dentária de crianças atendidas na Faculdade de Odontologia - UFPel na visão dos seus pais", estando ciente de que minha participação é voluntária.		
PROCEDIMENTO: Foi informado que o objetivo do estudo é conhecer como os responsáveis percebem os fatores que influenciam a saúde da boca dos seus filhos(as). Os resultados serão mantidos em sigilo e somente serão usados para fins de pesquisa. Estou ciente de que as etapas do estudo envolverão uma entrevista com você e um exame de saúde bucal do seu (sua) filho (filha) para avaliar a situação de cárie dentária. Os exames serão realizados com toda segurança conforme as normas da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde.		
RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES: Foi informado de que o estudo possui riscos mínimos, caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento em responder aos questionamentos, posso suspender minha participação em qualquer momento do estudo.		
BENEFÍCIOS: Foi informado que o benefício de participar na pesquisa relaciona-se ao fato que os resultados serão incorporados ao conhecimento científico e posteriormente poderão contribuir para o conhecimento de fatores que devem sofrer intervenções para melhorar a saúde bucal de crianças até 6 anos.		
PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: A minha participação neste estudo será voluntária e poderá interrompê-la a qualquer momento do estudo.		
DESPESAS: Eu não terei que pagar por nenhum das atividades que irei participar e não receberei compensações financeiras.		
CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.		
CONSENTIMENTO: Recebi todas explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam a respondendo, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.		
ASSINATURA: _____		
DATA: ____/____/____		
DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: Explico a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloco-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de livros de doutorado, relatórios e artigos científicos referentes a esta pesquisa. Se o participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o pesquisador responsável, Alessandro Ernesto Ribeiro Silva – Endereço: Rua Gonçalves Chaves, 462 - CEP: 96015-550 – Faculdade de Odontologia/UFPel – Telefone: (51) 36111-3541.		
ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL: _____		

Apêndice B - Termo de assentimento do menor



TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa

Prédio da direção – térreo – sala 03 - (53)3310-1801

Av. Duque de Caxias, 250 96030-000 – Frágata – Pelotas, RS, Brasil.



TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

Pesquisador responsável: Alexandre Emídio Ribeiro Silva

Instituição: Faculdade de Odontologia - Universidade Federal de Pelotas

Endereço: Rua Gonçalves Chaves, 457

Telefone: (53) 3060-2801

Você está sendo convidado para participar da pesquisa "Atribuição causal da cárie dentária de crianças atendidas na Faculdade de Odontologia – UFPel na visão dos seus pais". Seus pais permitiram que você participe.

Nesta pesquisa, queremos saber se os seus pais se veem como influenciadores e no controle da sua saúde bucal.

As crianças que irão participar dessa pesquisa têm até 6 anos de idade.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita na Faculdade de Odontologia/UFPel, na Rua Gonçalves Chaves, 457 - CEP: 96015-550 – onde as crianças serão examinadas. Para isso, será usada uma sonda e espelho bucal. O uso desse material é considerado seguro, mas é possível ocorrer desconforto. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelo telefone (53) 98111-3541 do pesquisador Prof. Dr. Alexandre Emídio Ribeiro Silva.

Os resultados do estudo podem ajudar os pais de crianças a reconhecerem as possíveis causas de desenvolvimento de cárie nos seus filhos e desta forma será possível ajudar a melhorar a saúde bucal, diminuir o número de dentes cariados nas crianças.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa e nem daremos as informações que você nos der a qualquer outra pessoa que não seja responsável por este trabalho. Os resultados deste trabalho vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram da pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa as informações coletadas serão analisadas e publicaremos um artigo escrito descrevendo sobre o que encontramos nessa pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar ou ao pesquisador Prof. Dr. Alexandre Emídio Ribeiro Silva. Eu escrevi os telefones na parte de cima desse texto.

Eu _____ aceito participar da pesquisa "Atribuição causal da cárie dentária de crianças atendidas na Faculdade de Odontologia – UFPel na visão dos seus pais", que tem o objetivo de saber se os seus pais se veem como influenciadores e no controle da sua saúde bucal. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer "sim" e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer "não" e desistir sem nenhum problema. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Pelotas/RS, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) menor

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Apêndice C - Questionário Estruturado

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DE SAÚDE BUCAL COLETIVA

QUESTIONÁRIO

Data da entrevista: ____/____/____

Nome do entrevistado: _____

Nome da criança em atendimento: _____

Profissão da mãe: _____

Profissão do pai: _____

Telefone para contato: _____

Clinica que a criança está em atendimento: _____

Número de consultas já realizadas pela criança: _____

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO PAI/MÃE

1. Sexo (0) Feminino (1) Masculino
2. Qual sua idade? (complete em anos) _____
3. Como você percebe a cor da sua pele? (0) Branca (1) Preta (2) Parda (3) Amarela (4) Indígena
4. Quantas pessoas moram na sua casa? _____
Dessas pessoas quantas participam da renda da família? _____
Qual sua renda familiar mensal em reais? _____ (Soma todas as rendas da família)
5. Qual seu Estado Civil? (0) Solteiro(a) (1) Casado(a) (2) Separado/Divorciado(a) (3) Viúvo(a)
6. Quantos anos você estudou na sua vida? (em anos completos)

7. Qual seu endereço completo e CEP?

ENDEREÇO: _____

CEP: _____

8. Você possui água encanada em casa? (0) Sim (1) Não

ATRIBUIÇÃO CAUSAL GERAL

9. Como você considera a saúde bucal do(a) seu(sua) filho(a) que está em atendimento na Faculdade de Odontologia?

(0) Muito Boa (1) Boa (2) Regular (3) Ruim (4) Muito ruim

10. Qual principal causa você atribui essa classificação?

CONHECIMENTO

As próximas perguntas serão sobre a infância: A infância pode ser compreendida no período entre o nascimento até os 10 anos de idade.

A seguir serão realizadas algumas perguntas sobre hábitos e comportamentos na infância e **QUEREMOS SABER QUAIS VOCÊ ACREDITA QUE PODE OU NÃO INTERFERIR NO APARECIMENTO DA CÁRIE DENTÁRIA NA INFÂNCIA DE QUALQUER CRIANÇA**, responda de acordo com seus conhecimentos e não se preocupe em acertar uma resposta e sim em ser sincero.

Alimentação - Dieta

11. Você acredita que uma criança com dieta rica em alimentos açucarados (como iogurtes, leite com Nescau ou Toddy, bolachas) interfere no aparecimento de cárie na infância?
(0) Sim (1) Não (2) Não sei

Higiene Bucal

12. Você acredita que o número de vezes que a criança escova os dentes durante o dia interfere no aparecimento de cárie na infância?
(0) Sim (1) Não (2) Não sei
13. Você acredita que a falta de supervisão de um adulto durante a escovação dentária da criança interfere no aparecimento de cárie na infância?
(0) Sim (1) Não (2) Não sei

Fluor

14. Você acredita que a quantidade insuficiente de flúor na pasta de dente da criança influencia o aparecimento de cárie na infância?
(0) Sim (1) Não (2) Não sei

Acesso ao serviço de Saúde bucal

15. Você acredita que o número de vezes que a criança vai ao dentista interfere no aparecimento de cárie na infância?
(0) Sim (1) Não (2) Não sei

Crenças

16. Você acredita que a condição geral de saúde da criança interfere no aparecimento de cárie na infância?
(0) Sim (1) Não (2) Não sei
17. Você acredita que a presença de cárie nos dentes dos pais interfere no aparecimento de cárie na infância dos filhos?
(0) Sim (1) Não (2) Não sei

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA CRIANÇA

A seguir, serão realizadas perguntas sobre o(a) seu(sua) filho(a) que está em atendimento no momento:

18. Sexo da criança
(0) Feminino (1) Masculino
19. Como você considera a cor da pele do(a) seu(sua) filho(a)?
(0) Branca (1) Preta (2) Parda (3) Amarela (4) Indígena
20. Qual a idade do(a) seu(sua) filho(a) (em anos completos)? _____
21. Como você considera a condição de saúde geral do(a) seu(sua) filho(a)?
(0) Muito boa (1) Boa (2) Regular (3) Ruim (4) Muito ruim
22. Seu(sua) filho(a) já passou por algum destes eventos (Pode ser marcado mais de uma opção):
Hospitalização (mais de 5 dias) (0) Sim (1) Não
Acidente (0) Sim (1) Não
Perda de um ente querido (0) Sim (1) Não
Separação dos pais (0) Sim (1) Não
23. Qual o motivo da consulta do(a) seu(sua) filho(a) na Faculdade de Odontologia?
(0) Prevenção (1) Retorno/revisão (2) Necessidade de tratamento

24. Quantos irmãos seu(sua) filho(a) tem que moram na mesma casa (junto com ele)? _____

25. Você conta com ajuda de familiares para os cuidados com o(a) seu(sua) filho(a)? (0) Sim (1) Não

26. Onde o(a) seu(sua) filho(a) passa a maior parte do tempo (durante o dia) e com quem?

CONTROLE

A seguir serão realizadas perguntas sobre a sua percepção de controle sobre os fatores que você considerou que podem interferir no aparecimento da cárie na infância. Agora, considerando as próximas perguntas, QUERO QUE VOCÊ CONSIDERE O SEU(SUA) FILHO(A) QUE ESTÁ SENDO ATENDIDO NA FACULDADE.

(SOMENTE REALIZAR ESSA PERGUNTA SE A REPOSTA FOR SIM PARA A PERGUNTA 11)

27. Você costuma controlar o consumo de alimentos açucarados (como iogurtes, leite com Nescau ou Toddy, bolachas) do(a) seu(sua) filho(a)?

(0) Sim (1) Não (2) Não se aplica

Se não, por quê? _____

(SOMENTE REALIZAR ESSA PERGUNTA SE A REPOSTA FOR SIM PARA A PERGUNTA 12)

28. Você costuma controlar o número de vezes de escovação dentária durante o dia do(a) seu(sua) filho(a)?

(0) Sim (1) Não (2) Não se aplica

Se não, por quê? _____

(SOMENTE REALIZAR ESSA PERGUNTA SE A REPOSTA FOR SIM PARA A PERGUNTA 13)

29. Você costuma controlar a escovação dentária do(a) seu(sua) filho(a) supervisionando diariamente?

(0) Sim (1) Não (2) Não se aplica

Se não, por quê? _____

(SOMENTE REALIZAR ESSA PERGUNTA SE A REPOSTA FOR SIM PARA A PERGUNTA 14)

30. Você costuma controlar a quantidade de flúor na pasta de dente, observando essa informação na embalagem do creme dental do(a) seu(sua) filho(a)?

(0) Sim (1) Não (2) Não se aplica

Se não, por quê? _____

(SOMENTE REALIZAR ESSA PERGUNTA SE A REPOSTA FOR SIM PARA A PERGUNTA 15)

31. Você costuma controlar a frequência de visitas do(a) seu(sua) filho(a) ao dentista?

(0) Sim (1) Não (2) Não se aplica

Se não, por quê? _____

(SOMENTE REALIZAR ESSA PERGUNTA SE A REPOSTA FOR SIM PARA A PERGUNTA 16)

32. Você se sente no controle sobre o aparecimento de cárie quando seu(sua) filho(a) apresenta algum problema de saúde, como por exemplo, uma infecção?

(0) Sim (1) Não

Se não, por quê? _____

(REALIZAR ESSA PERGUNTA INDEPENDENTE DA RESPOSTA PARA A PERGUNTA 17)

33. Considerando se você teve ou não cárie na vida, você sente que controla o aparecimento de cárie do seu(sua) filho(a)?

(0) Sim (1) Não

Por quê? _____

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE A ESCOVAÇÃO DOS DENTES DO SEU FILHO(A)

34. Quantas vezes seu filho(a) escova os dentes por dia? _____

35. Você escova os dentes do seu filho(a)? (0) Sim (1) Não (2) Não se aplica

Se sim, qual turno (pode marcar mais de um): (0) Manhã (1) Tarde (2) Noite

36. O seu filho (a) come algum alimento após a última escovação do dia, antes de dormir? (0) Sim (1) Não

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS DEVEM SER RESPONDIDAS APENAS PELA MÃE DA CRIANÇA (CASO CONTRÁRIO, O QUESTIONÁRIO ESTÁ CONCLUÍDO).

Para as próximas perguntas, sobre a SUA saúde mental, você deve considerar uma das seguintes opções que aconteceram com você na ÚLTIMA SEMANA.

- | |
|--|
| 0- Não se aplicou de maneira alguma
1- Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
2- Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
3- Aplicou-se muito ou na maioria do tempo |
|--|

37. Você achou difícil se acalmar na última semana?

- (0) Não se aplicou de maneira alguma
(1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
(2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
(3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

38. Você sentiu a boca seca na última semana?

- (0) Não se aplicou de maneira alguma
(1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
(2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
(3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

39. Você não conseguiu vivenciar nenhum sentimento positivo na última semana?

- (0) Não se aplicou de maneira alguma
(1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
(2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
(3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

40. Você teve dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico) na última semana?

- (0) Não se aplicou de maneira alguma
(1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
(2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
(3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

41. Você achou difícil ter iniciativa para fazer as coisas na última semana?
- (0) Não se aplicou de maneira alguma
 - (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
 - (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
 - (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo
42. Você teve a tendência de reagir de forma exagerada às situações na última semana?
- (0) Não se aplicou de maneira alguma
 - (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
 - (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
 - (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo
43. Você sentiu tremores (ex. nas mãos) na última semana?
- (0) Não se aplicou de maneira alguma
 - (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
 - (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
 - (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo
44. Você sentiu que estava sempre nervosa na última semana?
- (0) Não se aplicou de maneira alguma
 - (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
 - (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
 - (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo
45. Você se preocupou com situações em que pudesse entrar em pânico e parecesse ridícula na última semana?
- (0) Não se aplicou de maneira alguma
 - (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
 - (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
 - (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo
46. Você sentiu que não tinha nada a desejar na última semana?
- (0) Não se aplicou de maneira alguma
 - (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
 - (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
 - (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo
47. Você sentiu-se agitada na última semana?
- (0) Não se aplicou de maneira alguma
 - (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
 - (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
 - (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo
48. Você achou difícil relaxar na última semana?
- (0) Não se aplicou de maneira alguma
 - (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
 - (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
 - (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo
49. Você sentiu-se depressiva e sem ânimo na última semana?
- (0) Não se aplicou de maneira alguma
 - (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
 - (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
 - (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

50. Você foi intolerante com as coisas que lhe impediam de continuar o que estava fazendo na última semana?

- (0) Não se aplicou de maneira alguma
- (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
- (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
- (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

51. Você sentiu que ia entrar em pânico na última semana?

- (0) Não se aplicou de maneira alguma
- (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
- (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
- (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

52. Você não conseguiu se entusiasmar com nada na última semana?

- (0) Não se aplicou de maneira alguma
- (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
- (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
- (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

53. Você sentiu que não tinha valor como pessoa na última semana?

- (0) Não se aplicou de maneira alguma
- (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
- (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
- (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

54. Você sentiu que estava um pouco emotiva/sensível demais na última semana?

- (0) Não se aplicou de maneira alguma
- (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
- (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
- (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

55. Você sabia que seu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca) na última semana?

- (0) Não se aplicou de maneira alguma
- (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
- (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
- (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

56. Você sentiu medo sem motivo na última semana?

- (0) Não se aplicou de maneira alguma
- (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
- (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
- (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

57. Você sentiu que a vida não tinha sentido na última semana?

- (0) Não se aplicou de maneira alguma
- (1) Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
- (2) Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo
- (3) Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

58. Você já teve algum diagnóstico de ansiedade feito por um médico? (0) Não (1) Sim

59. Você já teve algum diagnóstico de depressão feito por um médico? (0) Não (1) Sim

60. Quando foi a sua última visita ao dentista? (em meses) _____

Apêndice D - Instruções para o preenchimento do questionário

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DE SAÚDE BUCAL COLETIVA**

**INSTRUÇÕES GERAIS PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO
PARA A OBTENÇÃO DOS DADOS DO ESTUDO**

- Apresente-se ao entrevistado, falando seu nome e desde já agradecendo a participação.
- Ao se apresentar deve ser explicado os objetivos do trabalho e a importância da participação do entrevistado.
- É importante ser paciente e educado com o entrevistado.
- Repetir as perguntas quantas vezes forem necessárias.
- O questionário obrigatoriamente deve ser preenchido a lápis.
- As perguntas devem ser feitas como constam no questionário. Em nenhum momento deve ser dadas informações aos entrevistados que interfiram na resposta dos participantes.
- Somente o pai ou mãe da criança deve responder o questionário, em nenhuma hipótese poderá ser respondido por outra pessoa (avó/avô/tio/tia.....)
- Todas as perguntas, com exceção daquelas que tenham orientação específica, obrigatoriamente existe uma única alternativa para preenchimento.
- Ao final, sempre verificar cuidadosamente se todas as perguntas foram preenchidas durante a entrevista.
- Preencher corretamente o nome do entrevistado, endereço e data de nascimento e preenchimento.
- Não esquecer de solicitar o telefone do pesquisado. Caso não tenha um telefone, anotar um telefone de um vizinho ou parente.
- É importante durante as perguntas manter postura neutra, independente da resposta, não influenciando o entrevistado a tentar "acertar" a resposta ou se sentir mal por ser sincero.
- Existem algumas perguntas que devem ser realizadas somente para a mãe da criança- Observar nas instruções do questionário.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS DO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO PAI/MÃE

Na pergunta 1, sobre sexo do entrevistado deve ser observado e preenchido pelo entrevistador. Não é necessário perguntar.

Nas perguntas 2-3, seguir orientações gerais que estão presentes no questionário.

Na pergunta 4, deve ser somada todas as rendas das pessoas que moram na casa e contribuem para a renda familiar. Após também deve anotar o número de pessoas que contribuem para a renda.

Na pergunta 5, seguir orientações gerais que estão presentes no questionário.

Na pergunta 6, o grau de instrução deverá ser perguntado até que ano completo, o entrevistado estudou e converter em anos de estudo (não há necessidade de converter na hora). Por exemplo: Estudou até a 4 série, portanto deve ser preenchido 4 anos de estudo. Caso o entrevistado tenha estudado até o terceiro ano do segundo grau, o preenchimento será de 11 anos de estudos.

Observações: Ensino fundamental mudou para 9 anos (mães e pais jovens) e no caso de ensino superior perguntar quantos anos foi o curso que frequentou.

Nas perguntas 7 e 8, seguir orientações gerais que estão presentes no questionário.

ATRIBUIÇÃO CAUSAL GERAL

Na pergunta 9 da SESSÃO DE ATRIBUIÇÃO CAUSAL, adaptar ao nome da criança e seguir as orientações gerais do questionário.

Na pergunta 10, "Qual principal causa você atribui essa classificação?" Escreva de forma resumida o que foi dito pelo pai ou mãe da criança. O objetivo aqui é captar da melhor maneira possível a real crença do pai/mãe sobre a condição de saúde bucal do filho.

CONHECIMENTO

As perguntas 11-17, o enunciado da SESSÃO CONHECIMENTO na parte superior, será lido para entrevistado o objetivo das perguntas enfatizando seu conhecimento, para que ele se sinta à vontade em respondê-las sinceramente.

Seguir orientações gerais do questionário e utilizar a **tarjeta de visualização** para o entrevistado indicar a resposta que você irá preencher no questionário. O entrevistado pode apontar ou responder oralmente, em caso de dúvida da parte do entrevistado, pedir confirmação da resposta mostrando sempre as opções da **tarjeta**.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA CRIANÇA

Faça a leitura do enunciado da SESSÃO.

A pergunta 18, o sexo da criança o entrevistador não necessita perguntar.

Das perguntas 19-26 quando for fazer a pergunta no campo "seu(sua) filho(a)", usar o nome da criança. Seguindo as orientações gerais do questionário para gerar mais vínculo e proximidade com o entrevistado.

CONTROLE

Na **SESSÃO CONTROLE**, as perguntas serão condicionadas as respostas de conhecimento. Só serão feitas as perguntas sobre controle para itens nos quais o entrevistado **AFIRMOU RECONHECER** como influentes no aparecimento da cárie. Fique atento! Pois é preciso conferir uma a uma antes de realizar a pergunta.

Não esqueça de ler o enunciado.

A parte "Se não, porquê?" Só será perguntada se o entrevistado responder "Não" para a pergunta. Não precisa ler, mas treinar para que seja automático perguntar "porquê?" ao entrevistado quando ele responder "não", com exceção da pergunta 33, que será feita em ambos os casos, quando a resposta do entrevistado for "sim" e "não".

IMPORTANTE

A pergunta 27 só será feita em caso de resposta "**SIM**" DA PERGUNTA 11

A pergunta 28 só será feita em caso de resposta "**SIM**" DA PERGUNTA 12

A pergunta 29 só será feita em caso de resposta "**SIM**" DA PERGUNTA 13.

A pergunta 30 só será feita em caso de resposta "**SIM**" DA PERGUNTA 14

A pergunta 31 só será feita em caso de resposta "**SIM**" DA PERGUNTA 15.

A pergunta 32 só será feita em caso de resposta "**SIM**" DA PERGUNTA 16

A pergunta 33 sempre será feita **INDEPENDENTE DA RESPOSTA DA PERGUNTA 17.**

As perguntas 34-35-36 são referentes ao hábito de escovação da criança. Marcar de acordo com as orientações gerais do questionário mencionando o nome da criança quando for perguntar para mãe/pai.

DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE

As perguntas 37-57 que avaliam Depressão, Ansiedade e Estresse devem ser respondidas apenas pelas mães das crianças, caso contrário, o questionário

termina na pergunta 36.

Para o preenchimento desta sessão siga as orientações gerais e utilize a **tarjeta** com as opções de resposta a cada pergunta realizada. O importante nestas perguntas é que o recordatório é a **ÚLTIMA SEMANA**.

As perguntas 58, 59 e 60 são referentes ao diagnóstico médico de ansiedade e depressão da mãe e quando ela foi a última vez ao dentista.

Observação: O entrevistado pode informar a última vez em anos, anote e depois no questionário inclua o valor em meses.