

**Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”**  
**Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara**  
**Mestrado em Alimentos e Nutrição**  
**Área Ciências Nutricionais**

Anelise Cristina Parras

**Adaptação transcultural do questionário para avaliação  
das atitudes dos pais com relação a saúde bucal dos  
filhos**

Araraquara

2010

**Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”**  
**Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara**  
**Mestrado em Alimentos e Nutrição**  
**Área Ciências Nutricionais**

## **Adaptação transcultural do questionário para avaliação das atitudes dos pais com relação a saúde bucal dos filhos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Alimentos e Nutrição. Área de Ciências Nutricionais da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara – UNESP, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Aluna: Anelise Cristina Parras  
Orientadora: Profa. Dra. Juliana Alvares Duarte Bonini Campos

Araraquara  
2010

## Ficha Catalográfica

Elaborada Pelo Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação

### **Parras, Anelise Cristina**

P258a      Adaptação transcultural do questionário para avaliação das atitudes dos pais com relação a saúde bucal dos filhos. / Anelise Cristina Parras. – Araraquara, 2010  
70 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista. “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Programa de Pós Graduação em Alimentos e Nutrição

Orientador: Juliana Álvares Duarte Bonini Campos.

1. Saúde bucal. 2. Psicometria. 3. Hábitos alimentares. I. Campos, Juliana Álvares Duarte Bonini, orient. II. Título.

**CAPES: 50700006**

*Em especial à minha mãe, que me ensinou as primeiras palavras, permitindo que eu chegasse até aqui, por meio do seu amor incondicional, cuidado e apoio sempre.*

*À minha orientadora Juliana, que me ensinou as bases teóricas da Ciência com carinho e competência.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por firmar meus pés na rocha me ensinando a caminhar e acima de tudo por ser meu refúgio e minha fortaleza.

À minha família pelo incentivo, compreensão e carinho.

À minha orientadora Juliana Alvares Duarte Bonini Campos, por compartilhar seus conhecimentos, pela paciência e por fazer parte, de maneira muito especial, dos meus primeiros passos na carreira acadêmica.

Às amigas, Fernanda e Grace pelo carinho e incentivo em todos os momentos.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela bolsa concedida para realização deste estudo (Processo: 2008/01681-3).

À Secretaria Municipal de Educação de São Carlos-SP pela autorização para a execução do projeto.

Às escolas e aos pais das crianças do município de São Carlos-SP que concordaram em participar do estudo.

Aos membros da Banca Examinadora por participarem do processo de avaliação deste trabalho e também pelas importantes contribuições.

Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP, pelos conhecimentos compartilhados.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação, pela disponibilidade e atenção.

*“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a  
si mesmo, os homens se educam entre si,  
mediatizados pelo mundo”*

**Paulo Freire**

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi realizar a adaptação transcultural do “Questionário para Avaliação das Atitudes dos Pais com Relação à Saúde Bucal dos Filhos” e posteriormente utilizar o questionário adaptado para avaliar as atitudes dos pais com relação à saúde bucal dos filhos em um grupo de pais com filhos de 7 a 12 anos de idade, matriculados no ensino fundamental de escolas municipais em São Carlos - SP. Para tanto, foi dividido em três capítulos, sendo o primeiro uma revisão de literatura sobre o tema, apontando os aspectos envolvidos no ato de cuidar, bem como a sua importância e influência na formação, desenvolvimento e comportamento em saúde da criança, com ênfase no cuidado de saúde bucal e alimentação. No segundo capítulo foi feita a adaptação transcultural para o português do “Questionário para Avaliação das Atitudes dos Pais com Relação a Saúde Bucal dos Filhos”. Realizou-se validação de face e 11 itens foram reformulados e validação de conteúdo onde verificou-se índice de incompreensão inferior a 20%. Estimou-se a confiabilidade do instrumento. Para verificar a consistência interna 110 pais de crianças de 7 a 12 anos de idade matriculadas em escolas do ensino fundamental do município de São Carlos – SP responderam ao questionário, o alfa de Cronbach foi adequado para três das quatro dimensões propostas. Para estimar a reprodutibilidade 79 pais responderam ao questionário em dois momentos distintos e estimou-se a estatística kappa que foi considerada adequada para todos os itens, com exceção da questão referente a adição de açúcar no suco ou leite. O capítulo 3 foi realizado com o objetivo de avaliar as atitudes dos pais com relação à saúde bucal dos filhos. Participaram do estudo 412 pais de crianças matriculas em escolas do ensino fundamental do município de São Carlos – SP que responderam ao “Questionário para Avaliação das Atitudes dos Pais com Relação à Saúde Bucal dos Filhos. Observou-se que os pais, de maneira geral, tem atitudes positivas com relação ao conhecimento e cuidado da saúde bucal dos filhos.

**Palavras-chave:** cuidado, saúde bucal, psicometria, questionário

## ABSTRACT

The aim of this study was to cross-cultural adaptation of the questionnaire for the Assessment of Attitudes of Parents in Relation to Oral Health of Children "and then use the adapted questionnaire to assess parental attitudes regarding oral health of children in a group of parents with children 7-12 years of age enrolled in primary education in municipal schools in San Carlos - SP. Thus, it was divided into three chapters, the first being a review of literature on the subject, pointing out the issues involved in giving care, as well as its importance and influence in the formation, development and behavior in child health, with emphasis on oral health care and nutrition. In the second chapter was the adaptation to Portuguese of the "Questionnaire for Evaluation of Attitudes of Parents in Relation to Oral Health of Children." Held face validity and 11 items were reworded and validation of content where there is misunderstanding index below 20%. We estimated the reliability of the instrument. To check the internal consistency of 110 parents of children 7-12 years of age enrolled in primary schools of São Carlos - SP responded to the questionnaire, the Cronbach's alpha was adequate for three of the four proposed dimensions. To estimate the reproducibility 79 parents completed the questionnaire at two different times and the kappa statistic was estimated. There was adequate reproducibility for all items, except for the question relating to adding sugar to juice or milk. The cultural adaptation process resulted in an easy to understand tool, presenting cultural and idiomatic equivalence that is applicable to people using the Portuguese language. Chapter 3 was conducted to evaluate the attitudes of parents regarding the oral health of children. Study participants were 412 parents of children enrolled in elementary schools of São Carlos - SP who responded to the Questionnaire for Assessment of Attitudes of Parents in Relation to Oral Health of Children. It was observed that parents, in general, have positive attitudes towards and knowledge of oral health care of children.

**Key-words:** care, oral health, psychometrics, questionnaire



## LISTA DE TABELAS

### **Capítulo 2 – Adaptação transcultural do questionário para avaliação das atitudes dos pais com relação à saúde bucal dos filhos**

<b>Tabela 1.</b> Palavras de difícil compreensão e a sugestão de substituição realizada pelos juízes. São Carlos, 2009.....	36
<b>Tabela 2.</b> Razão de validade de conteúdo da adaptação do questionário para avaliação das atitudes dos pais em relação à saúde bucal dos filhos. São Carlos, 2009.....	37
<b>Tabela 3.</b> Consistência interna e reprodutibilidade da adaptação do questionário para avaliação das atitudes dos pais em relação à saúde bucal dos filhos. São Carlos, 2009.....	39

### **Capítulo 3 – Atitudes dos pais em relação à saúde bucal dos filhos**

<b>Tabela 1.</b> Conhecimento odontológico dos pais. São Carlos, 2010.....	53
<b>Tabela 2.</b> Comportamento das crianças em saúde bucal percebido pelos pais. São Carlos, 2010.....	54
<b>Tabela 3.</b> Prioridades diárias. São Carlos, 2010.....	55
<b>Tabela 4.</b> Responsabilidade dos pais tomada frente à criança em relação à odontologia. São Carlos, 2010.....	55

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

$\kappa_p$  – Estatística Kappa com ponderação linear

$\alpha$  – *Coefficiente alfa de Cronbach*

**IC<sub>95%</sub>** - intervalo de 95% de confiança

$r_{\text{item-total}}$  – Coeficiente de Correlação item-total

**RVC** - Razão de Validade de Conteúdo

**ABEP** – Associação Brasileira Estudos Populacionais

## SUMÁRIO

### RESUMO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. CAPÍTULOS.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 CAPÍTULO 1</b> Fatores envolvidos no comportamento em higiene bucal e hábitos alimentares de crianças – revisão de literatura.....	15
<b>2.2 CAPÍTULO 2</b> Adaptação transcultural do questionário para avaliação das atitudes dos pais com relação à saúde bucal dos filhos.....	28
<b>2.3 CAPÍTULO 3</b> Atitudes dos pais em relação à saúde bucal dos filhos.....	48
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
<b>4. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
<b>5. ANEXOS.....</b>	<b>65</b>
<b>6. APÊNDICE.....</b>	<b>69</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A alimentação e a saúde bucal no cuidado da saúde da criança são aspectos fundamentais. As práticas de alimentação e saúde bucal estão diretamente relacionadas e as condições de moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, acesso a serviços de saúde e informação exercem influência significativa sobre as mesmas (PORTO,2002; ROTENBERG e VARGAS, 2004).

De acordo com Woortmann (1978) o comportamento em saúde não é instintivo do ser humano, é construído e aprendido cognitivamente e ideologicamente nas relações sociais e neste contexto, a família apresenta papel importante. Patrício (1994) afirma que a família se reproduz e define papéis e tarefas a seus membros a partir dos padrões estabelecidos dentro das relações familiares e do ambiente onde vive.

Elsen (1994) destaca que a família é, geralmente a primeira e a mais constante unidade de saúde para seus membros, sendo que o cuidado prestado envolve ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doença. Além disso, ela também é importante na formação dos hábitos alimentares e práticas em higiene bucal (HOLT e MOYNIHAN, 1996).

Por isso, a transmissão do conhecimento por profissionais pode ser assimilada pelas famílias se colocada de maneira compreensível e em linguagem coerente com cada cultura, embora as famílias tendam a preservar, de certa forma, seu modo de cuidar conforme aprendido em seu meio cultural (QUEIROZ, 1998).

Assim, é necessário conhecer os significados, expressões e estruturas que norteiam a vida e a saúde de cada família. Este conhecimento terá impacto sobre a educação em saúde e conseqüentemente sobre as práticas de cuidado com a criança. Sem dúvida, as ações aprendidas para o cuidado são efetivadas por meio de confiança e do vínculo entre as famílias e os profissionais. Estes pressupostos são considerados indispensáveis no desenvolvimento da prática educativa com participação, onde as famílias assumem o seu papel como cuidadores

frente às crianças, tornando-se capazes de trocar idéias e opiniões sobre suas práticas, como meio de validar, adaptar ou modificar formas aceitáveis e benéficas de cuidados à saúde. (QUEIROZ, 2006).

Frente ao exposto, realizou-se este trabalho composto por 3 capítulos. O primeiro capítulo, “Fatores Envolvidos no Comportamento em Higiene Bucal e Hábitos Alimentares de Crianças”, aponta por meio de revisão de literatura os aspectos envolvidos no ato de cuidar, bem como a sua importância e influência na formação, desenvolvimento e comportamento em saúde da criança, com ênfase no cuidado de saúde bucal e alimentação.

O segundo capítulo “Adaptação transcultural do Questionário de Avaliação das Atitudes dos Pais com Relação à Saúde Bucal dos Filhos”, apresenta a adaptação transcultural para o português do referido instrumento.

O terceiro capítulo “Atitudes dos Pais com relação à Saúde Bucal dos Filhos”, avaliou as atitudes dos pais de crianças da primeira fase do ensino fundamental de escolas do município de São Carlos- SP, com relação à saúde bucal dos filhos.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara tendo sido aprovado sob protocolo 10/2008 (Anexo 1) e recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP: 2008/01681-3) (Anexo2).



---

**2.1CAPÍTULO 1**

**Fatores Envolvidos no Comportamento em Higiene Bucal e Hábitos Alimentares de Crianças - Revisão de Literatura**



## 2.1 Capítulo 1

**Fatores Envolvidos no Comportamento em Higiene Bucal e Hábitos Alimentares de Crianças - Revisão de Literatura**  
**Factors Involved in Oral Health Behavior and Food Habits in Children – Review**

---

Revista Uningá  
Enviado para publicação em 18 de junho de 2010

ANELISE CRISTINA PARRAS<sup>1</sup>  
JULIANA ALVARES DUARTE BONINI CAMPOS<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Aluna do Curso de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição, nível Mestrado, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara, Universidade Estadual Paulista – UNESP.

<sup>2</sup> Professora Doutora da Disciplina de Bioestatística e Metodologia Científica do Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista – UNESP.

Correspondência: Anelise Cristina Parras. Rua Marechal Deodoro, 1691- Centro. CEP: 13564-200. São Carlos/SP/Brasil.  
Email: anenutri@yahoo.com.br

**Palavras Chave:** educação, cuidado, comportamento, higiene bucal, hábitos alimentares.

**Key-words:** education, care, behavior, oral health, food habits.

**Fatores Envolvidos no Comportamento em Higiene Bucal e Hábitos Alimentares de  
Crianças - Revisão de Literatura**

**Factors Involved in Oral Health Behavior and Food Habits in Children - Review**

**RESUMO**

A família é a principal responsável pela formação do comportamento em higiene bucal e alimentação das crianças, sendo que fatores culturais e psicossociais podem influenciar esse processo. Assim, realizou-se este estudo com o objetivo de apresentar evidências da literatura sobre o tema. Foram revisadas as bases de dados Bireme, Pubmed e Medline sem restrição de ano de publicação. Utilizou-se como descritores “educação”, “cuidado”, “comportamento”, “higiene bucal” e “hábitos alimentares”. Salienta-se a responsabilidade da família nas práticas, valores e crenças em saúde bucal e alimentação, bem como a importância do cuidado compartilhado entre a família e os profissionais.

**Palavras Chave:** educação, cuidado, comportamento, higiene bucal, hábitos alimentares.

**ABSTRACT**

The family is primarily responsible for shaping behavior in oral hygiene and nutrition of children, and cultural and psychosocial factors can influence this process. Thus, we carried out this study with the aim of presenting evidence from the literature on the subject. We reviewed the databases Bireme, Pubmed and Medline without restriction of year of publication. Used as descriptors "education", "care", "behavior", "oral health" and "food habits". We emphasize the responsibility of the family practices, values and beliefs of oral

health and nutrition as well as the importance of shared care between family and professionals.

**Key-words:** education, care, behavior, oral health, food habits.

## INTRODUÇÃO

A alimentação e a saúde bucal são aspectos fundamentais no cuidado da saúde da criança. De acordo com Rotenberg e Vargas (2004) as práticas de alimentação e saúde bucal estão diretamente relacionadas e sofrem influência das condições de moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, acesso a serviços de saúde e informação.

De acordo com Woortmann (1978) o comportamento em saúde não é instintivo do ser humano, é construído e aprendido cognitivamente e ideologicamente nas relações sociais e, neste contexto, a família exerce papel importante. Patrício (1994) afirma que a família se reproduz e define papéis e tarefas a seus membros a partir dos padrões estabelecidos dentro das relações familiares e do ambiente onde vivem.

Elsen (1994) ressalta que a família é, geralmente, a primeira e a mais constante unidade de saúde para seus membros. Nesse contexto, o papel da família na formação dos hábitos alimentares e práticas em higiene bucal foram discutidos por Holt e Moynihan (1996) que mostraram que quando da predominância de produtos alimentares ricos em sacarose no ambiente familiar o grande acesso a esses produtos pode levar ao consumo desenfreado pelas crianças e seus responsáveis, facilitando a instalação da doença cárie.

Assim, conhecer os significados, expressões e estruturas que norteiam a vida e a saúde de cada família se faz necessário, uma vez que, este conhecimento terá impacto significativo nas práticas de cuidado com a criança (ALVES;VOLSCHAN; HAAS, 2004).

Outro aspecto a ser considerado é o vínculo estabelecido entre as famílias e os profissionais. Queiroz e Jorge (2006) relatam que o conhecimento transmitido por

profissionais deve ser realizado de maneira compreensiva e em linguagem culturalmente adequada para que o mesmo possa ser assimilado. No entanto, os autores alertam que as famílias tendem a preservar, seu modo de cuidar aprendido socialmente.

Essas considerações são indispensáveis no desenvolvimento da prática educativa com participação, na qual as famílias assumem o seu papel como cuidadores frente às crianças, tornando-se capazes de trocar idéias e opiniões sobre suas práticas, como meio de validar, adaptar ou modificar formas aceitáveis e benéficas de cuidados à saúde (QUEIROZ e JORGE, 2006).

Deste modo, realizou-se esse trabalho de revisão de literatura com o objetivo de apresentar os aspectos envolvidos no ato de cuidar, bem como a sua importância e influência na formação, desenvolvimento e comportamento em saúde da criança, com ênfase no cuidado de saúde bucal e alimentação.

## **METODOLOGIA**

Realizou-se consulta às bases de dados Bireme, Pubmed e Medline sem restrição de ano de publicação, cruzando-se os descritores: “educação”, “cuidado”, “comportamento”, “higiene bucal”, “hábitos alimentares” apresentados na língua inglesa e portuguesa.

## **DISCUSSÃO**

### **EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA**

As informações em saúde, apesar de amplamente difundidas pela mídia não são, geralmente, transformadas em práticas cotidianas o que impõe a necessidade de realização de práticas educativas para despertar os indivíduos para o entendimento de seu papel no processo de manutenção da saúde individual e familiar (GONÇALVES e SILVA, 1992).

Para Ximenes et al. (2004), a família tem a responsabilidade de formar indivíduos conscientes de suas necessidades por meio de práticas diárias de cuidado em higiene e saúde principalmente quando esse processo envolve a educação de crianças. De acordo com Rosa, Matildes e Narvai (1992) e Couto et al. (1998) é essencial para o sucesso de programas de educação em saúde o envolvimento de pais e responsáveis.

Zavanelli, Cardia e Silva (2000), relatam o significativo papel exercido pelos pais na orientação de hábitos saudáveis, atribuindo aos mesmos a capacidade de multiplicação de crenças, atitudes e valores junto ao núcleo familiar o que foi também verificado por Aquilante et al. (2002) que observaram forte relação entre o nível de conhecimento e de atitudes apresentado pelos pais e/ou responsáveis e de seus filhos.

Massoni, Forte e Sampaio (2005) verificaram que 100% dos pais e/ou responsáveis por crianças entrevistados consideram importante o cuidado com a saúde bucal e relataram estarem dispostos a receber informações de profissionais visando orientar esse cuidado. Por outro lado, a importância do cuidado com a alimentação foi pouco mencionada, havendo ainda forte influência sócio cultural nas rotinas diárias.

Apesar da alteração dos papéis exercidos por pais e mães no contexto familiar nos dias atuais, decorrente principalmente da inserção da mulher no mercado de trabalho, Toneli, Crepaldi e Vieira (2006) relatam que a maior responsabilidade da educação dos filhos ainda recai sobre as mães. Crepaldi et al. (2006) investigaram a percepção das mães a respeito do cuidado paterno e mostraram que os pais realizavam com os filhos diversas atividades de lazer, mas, geralmente, não participam das atividades de cuidado à saúde. Os autores enfatizam a necessidade da sensibilização dos setores de saúde e educação para a inclusão do pai na atenção à criança, colocando-o também na posição de cuidador e educador e não apenas de suporte à mãe.

Milgrom (1998) verificou que os hábitos adquiridos pela criança estão diretamente relacionados com os hábitos maternos sendo que o conhecimento e o nível de saúde da mãe exercem influência no comportamento de saúde dos filhos.

Assim, sugere-se que o estímulo ao cuidado direcionado aos pais é uma medida efetiva de promoção da saúde dos filhos, que pode tornar o indivíduo motivado e ativo na tomada de decisão (TODESCAN e SIMA, 1991).

### **PRÁTICAS, VALORES E CRENÇAS EM SAÚDE BUCAL E ALIMENTAÇÃO**

A conduta das pessoas sobre a saúde bucal e hábitos alimentares é condicionada pelos conhecimentos que elas já possuem, podendo a negligência ser, muitas vezes, resultante da falta de conhecimento (RAMOS e MAIA, 1999).

Misrachi e Sáez (1989) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar as crenças e as práticas populares em relação à saúde bucal de 50 mães de nível socioeconômico baixo e concluíram que, apesar do valor positivo que as entrevistadas atribuíram aos dentes, isso não se refletia nas práticas da busca da saúde. Essas práticas foram norteadas pela crença popular de que nada pode ser feito para modificar o fato de que os dentes só duram até a quinta década de vida. Observaram ainda, que a cárie dentária e as doenças periodontais não foram reconhecidas como enfermidades.

Ainda hoje, há um grande desconhecimento da população sobre os fatores etiológicos da cárie dental sendo comumente relatadas crenças como, por exemplo, o nascimento com os “dentes fracos” ou a atribuição ao antibiótico pela fragilidade da saúde bucal (NATIONS e NUTO, 2002).

Estudo realizado por Nations e Nuto (2002), no interior do Ceará, mostrou que para aquela população a placa é representada por um “fino anel amarelo no pé do dente que atrai as lagartas para comê-lo”, entram no dente sem dor e com o passar do tempo as lagartas vão

ficando fortes e maiores. A dor de dente deve-se à picada da lagarta e aparece descrita como uma pontada fina e latejante.

Ao entrevistar mães de pré-escolares de alto risco em saúde bucal atendidas regularmente pelo Departamento de Saúde da Inglaterra que tinham acesso a informações e conhecimento da importância dos dentes Blinkhorn, Wainwright- Stringer e Holloway (2001), verificaram que as mesmas preferiam ter os dentes dos filhos extraídos a restaurados. Segundo os autores, esse comportamento esteve relacionado com a baixa condição sócio-econômica das famílias e também pelo desgaste existente na relação mãe e filho na rotina de higienização diária necessária.

Para Ferreira e Gaiva (2001) a “educação odontológica” da mãe é fator determinante para a saúde bucal da criança, uma vez que, a família serve como modelo. Os autores ressaltam que, por mais que os filhos participem de programas preventivos nas escolas ou que outra pessoa cuide dessas crianças, geralmente, quem apresenta maior proximidade para realizar o cuidado é a mãe.

Outro aspecto a ser considerado é a formação dos hábitos alimentares, uma vez que, as crianças não têm capacidade inata para escolher alimentos em função do seu valor nutricional, pelo contrário, o comportamento alimentar é transmitido pela família e sustentado por tradições (BARANOWSKI et al., 2000).

Birch (1998) explica que os fatores psicossociais influenciam as experiências alimentares desde o momento do nascimento da criança, proporcionando a aprendizagem inicial para a sensação da fome e da saciedade e para a percepção dos sabores.

Deve-se acrescentar ainda que a principal interação dos pais com os filhos nos primeiros anos de vida está relacionada à alimentação tendo como princípio a amamentação que deve ser um momento de aprendizagem recíproca na interação mãe-filho. Já no segundo semestre de vida, a criança necessita de outros alimentos que devem ser introduzidos de

maneira adequada, com uma correta socialização alimentar, bem como a disponibilização de alimentos variados e saudáveis em ambiente agradável, o que permitirá à criança iniciar a aquisição das preferências alimentares responsáveis pela determinação do seu padrão de consumo (BIRCH,1990).

A família, portanto, é a principal responsável pela transmissão da cultura alimentar. Estudos sobre o condicionamento na alimentação mostraram que as preferências alimentares são fundamentalmente formadas pela associação de três fatores, a percepção sensorial dos alimentos, a consequência pós-ingesta dos alimentos e o contexto social (BIRCH et al, 1987; BIRCH, 1998).

Dessa forma, a exposição repetida a novos alimentos, bem como os hábitos alimentares dos pais têm implicações à longo prazo no desenvolvimento do comportamento alimentar dos filhos (TIBBS et al., 2001).

## **O CUIDADO COMPARTILHADO: FAMÍLIA E PROFISSIONAL**

Promover a adoção de práticas de higiene bucal e hábitos alimentares saudáveis representa um grande desafio para profissionais da saúde. Sabe-se que os comportamentos de alimentação e da saúde bucal são difíceis de serem modificados, pois, além de tentar mudar antigos padrões, estes são considerados componentes da história individual, da família ou do grupo social (FALLON e ROZIN, 1983).

Por outro lado, a infância representa o período no qual estão sendo estabelecidas as bases para formação dos comportamentos, e intervir precocemente neste processo de formação por meio de ações educativas pode exercer efeitos positivos, contribuindo para o estabelecimento de comportamento em saúde e, ainda, para uma atitude positiva diante da adoção do mesmo (DUYN, 1998)



Assim, Gomes e Erdmann (2005), enfatizam que a reciprocidade no cuidado à criança, entre a equipe de saúde, escola e a família, favorece uma melhor identificação das necessidades da criança possibilitando o planejamento de um cuidado mais integral e humano. Outro aspecto a ser ressaltado é que experiências entre os profissionais, a escola e sua família podem possibilitar um melhor relacionamento entre os mesmos. Essa interação facilita a realização de uma abordagem mais integral à família e para tanto, o profissional deve ser capaz de ouvi-la para buscar perceber sua problemática e suas perspectivas.

Deve-se considerar que as experiências educativas são múltiplas e configuram o processo de desenvolvimento. Dessa maneira, a escola, a família e os profissionais da saúde têm, a função de ensinar e transmitir conhecimentos para permitir um desenvolvimento de qualidade e integração da criança em seu ambiente social (DAVANÇO; TADDEI; GAGLIANONE, 2004).

É importante enfatizar ainda a co-responsabilidade dos pais na promoção e manutenção das condições de saúde de seus filhos, uma vez que, é comum alguns pais sentirem-se livres das responsabilidades com os cuidados transferindo-as para os profissionais de saúde (ERICKSON; GERSTLE; FELDESTSTEIN, 2005). Assim, é fundamental a consciência de que o cuidado deve ser compartilhado, por meio do estabelecimento de vínculos pautados na confiança, motivação, segurança e sentimento de proteção (MARANHÃO e SARTI, 2007), pois, cuidadores informados e motivados podem tornar-se agentes transformadores do comportamento em saúde (GLANZ; LEWS; RIMER; 1990).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A forma como as pessoas percebem a formação de hábitos saudáveis de saúde influencia diretamente suas práticas, valores e crenças. Buscar compreender essas construções é essencial para favorecer escolhas saudáveis. Enfrentar a carência de informação e propiciar

a construção de alguns saberes e conceitos em saúde mostra-se um desafio para os profissionais de saúde e educadores.

O planejamento de ações e estratégias para a promoção de saúde ainda na infância deve incluir os responsáveis pela criança. É importante que haja o estabelecimento de um vínculo, entre família, escola e profissionais de saúde para proporcionar uma relação interpessoal positiva que favoreça a formação de hábitos alimentares e de higiene bucal saudáveis.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M.U.; VOLSCHAN, B.C.G.; HAAS, N.A.T. Educação em saúde bucal: sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades privadas. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 47-51, 2004.

AQUILANTE, A.G.; BASTOS, J.R.M.; SALES PERES, S.H.C.; LEAL, R.B, HIGA, A.M. Análise do nível de educação odontológica dos pais/responsáveis de escolares da 3<sup>a</sup>. série do 1<sup>o</sup>. grau e sua relação na motivação e educação odontológica de seus filhos. **Rev Odontol UNICID**, v.4, p.25-34, 2002.

BARANOWSKI, T.; MENDELEIN, J.; RESNICOW, K.; FRANK, E.; CULLEN, K.; BARANOWSKI, J. Physical activity and nutrition in children and youth: an overview of obesity prevention. **Prev Med**, v. 31, p.1-10, 2000.

BIRCH, L.L. Development of food acceptance patterns. **Develop Psych**, v.26, p.515-9, 1990.

BIRCH, L.L. Psychological influences on the childhood diet. **J Nutr**, v.128, p.407s-10s, 1998.

BIRCH, L.L.; MCPHEE, L.; SHOBA, B.C, STEIBERG, L.; KRENHBIEL, R. “Clean up your plate”: effects of child feeding practices on the conditioning of meal size. **Lear Motiv**, v.18, p.301-17,1987.

BLINKHORN, A.S.; WAINWRIGHT- STRINGER, Y.M.; HOLLOWAY, P.J. Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. **Int Dent J**, v.51, p.435-8, 2001.

COUTO, G.B.L.; SCAVUZZI, A.I.F.; VALENÇA, M.C.; LIMA, M.C.M.; VASCONCELOS, M.M.V.B.; MELO, M.M.D. Avaliação do programa de atenção odontológica precoce/ UFPE. **Rev Fac Odontol Univ Fed Pernambuco**. v.8, n.2, p. 87-95, 1998.

CREPALDI, M. A.; ANDREANI, G.; HAMMES, P.S.;RISTOF, C.D.; ABREU, S.R. Fathers participation in looking after the child, according to mothers conception. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 3, p.579-587, 2006.

DAVANCO, Giovana Mochi; TADDEI, José Augusto de Aguiar Carrazedo; GAGLIANONE, Cristina Pereira. Conhecimentos, atitudes e práticas de professores de ciclo básico, expostos e não expostos a Curso de Educação Nutricional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 2, 2004.

DUYN, V. Transtheoretical model of change to successfully predict fruit and vegetable consumption. **J Nutr Educ**, v.30, n.6, p.371-80, 1998.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. et al. (Org.) **Marcos para a prática de Enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.

ERICKSON, S.J.; GERSTLE, M.; FELDSTEIN, S.W. Brief Interventions and Motivational Interviewing With Children, Adolescents, and Their Parents in Pediatric Health Care Settings. **Arch Pediatr Adolesc Med**.v.159, n.12, p.1173-80, 2005).

FALLON, A.E, ROZIN, P. The psychological bases of food rejections by humans. **Ecol Food Nutr**, v.13, p.15-26, 1983.

FERREIRA, A.R.C.; GAIVA, M.A.M. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. **J.Bras. Ped.**(Curitiba), v.4, n.22, p.485-489, 2001.

GLANZ, K.; LEWS, F.M.; RIMER, B.K. Health **Behaviour and health education: theory, research, and practice**. San Francisco: Jossey-Bass; 1990.

GOMES, G.C.; ERDMANN, A.L.; O cuidado compartilhado entre a família e enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para sua humanização. **Rev Gaúcha de Enferm.** v.26, n.1, p.20-30, 2005.

GONÇALVES, R.M.G.; SILVA, R.H.H. Experiência de um programa educativo-preventivo instituído na fundação catarinense de bem-estar do menor. **RGO**. v.40, p.97-100, 1992.

HOLT, H.D., MOYNIHAN, P.J. The weaning diet and dental health. **Br.Dent.J.** v.181, n.7, p.254-9, 1996.

MARANHAO, D. G.; SARTI, C. A. Cuidado compartilhado: negociações entre famílias e profissionais em uma creche. **Interface (Botucatu)**, v. 11, n. 22, 2007.

MASSONI, A.C.L.; FORTE, F.D.S; SAMPAIO, F.C. Percepção de pais e responsáveis sobre promoção de saúde bucal. **Rev Odontol da Unesp**. v.34, n.4, p.193-197, 2005.

MISRACHI, C. L.; SÁEZ, M.S. Valores, creencias y practicas populares en relación a la salud oral. **Cuad Méd Soc** v.30, p.27-33, 1989.

MILGROM, P. Response to Reisine & Douglas: psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiology** (Copenhagen), v.26, p.45-46, 1998.

NATIONS, M.; NUTO, S. "Tooth worms", poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. **Soc Sci Med**, v.54, p.229-44, 2002.

PATRÍCIO, Z. M. Cenas e Cenários de uma família: A concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. *In: BUB, L. I. R. et al. (Org.) Marcos para a prática de Enfermagem com famílias*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.

QUEIROZ, M. V.; JORGE, M. S. Health education strategies and the quality of care and teaching in pediatrics: interaction, connection and trust in professional discourse. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.117-30, jan/jun 2006.

RAMOS, B.C.; MAIA, L.C. Cárie tipo mamadeira e a importância de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. São Paulo. **Rev Odontol USP**, v.13, n.3, p.303-11, 1999.

ROSA, A.G.F.; MATILDES, M.L.R.; NARVAI, P.C. Programa de reorientação do atendimento odontológico escolar com ênfase na prevenção. **RGO.**, v. 40, p.110-114, 1992.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v.4, n.1, p.85-94, 2004.

TIBBS, M.A.T.; JOSHU, D.H.; SCHECHTMAN, K.B.; BROWNSON, R.C.; NANNEY, M.S.; HOUSTON, C. et al. The relationship between parental modeling, eating patterns, and dietary intake among African-American parents. **J Am Diet Assoc**, v.101:535-41, 2001.

TODESCAN, J.H.; SIMA, F.T. Campanhas de prevenção e orientação para com a higiene bucal – prevenção: usos e costumes, higiene bucal1. Parte I. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.45, p. 537-539, 1991.

TONELI, M. J. F.; CREPALDI, M. A; VIEIRA, M. L. **Paternidade e Cuidados: diferentes olhares teórico-metodológicos em Psicologia**. Relatório Final de Pesquisa (CNPq). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

WOORTMANN, K.A.A. Hábitos e ideologia alimentares em grupos sociais de baixa renda: relatório final. Brasília (DF): Fundação Universidade de Brasília; 1978. (Série Antropologia, 20).

XIMENES, L.B.; PINHEIRO, A.K.B.; LIMA, K.M.; NERY, H.B. A influência dos fatores familiares e escolares no processo saúde-doença da criança na primeira infância, **Acta Scientiarum. Health Sciences** v.6, n.1, p.223-230, 2004.

ZAVANELLI, A. C.; CARDIA, D. R. O.; SILVA, E. M. M. A participação familiar na prevenção da cárie. **Rev. Faculd. Odontol. Lins**, v.12, n.1/2, p. 7-11, jan./dez. 2000.

---

## **2.2 CAPÍTULO 2**

**Adaptação transcultural do questionário para avaliação das atitudes dos pais com relação à saúde bucal dos filhos**

## **2.2 Capítulo 2**

### **Adaptação transcultural do questionário para avaliação das atitudes dos pais com relação à saúde bucal dos filhos**

#### **Cultural adaptation of the Assessment of parental attitudes in children's oral health questionnaire**

---

Anelise Cristina Parras<sup>1</sup>

Juliana Alvares Duarte Bonini Campos<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Aluna do Curso de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição, nível Mestrado, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara, Universidade Estadual Paulista – UNESP.

<sup>2</sup> Professora Doutora da Disciplina de Bioestatística e Metodologia Científica do Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista – UNESP.

Realizar adaptação transcultural para o português do questionário proposto para avaliação das atitudes dos pais com relação à saúde bucal dos filhos. Utilizou-se a versão em inglês do questionário. Realizou-se a validação de face com participação de 8 especialistas. O questionário foi aplicado a 20 indivíduos para verificar o índice de incompreensão (II) de cada questão. A validade de conteúdo foi estimada (RVC). Para o estudo de confiabilidade aplicou-se o instrumento a 110 pais de crianças de 7 a 12 anos de idade matriculadas em escola pública do município de São Carlos, Brasil. Calculou-se a consistência interna pelo Coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ). Para estimar a reprodutibilidade 79 pais responderam ao questionário em dois momentos distintos e estimou-se a estatística kappa. Dos itens da versão inglês-português, 11 foram apontados, pelos especialistas, como de difícil compreensão e foram reformulados. Após pré-teste verificou-se II inferior a 20%. Oito itens que apresentaram RVC negativa e três com valores abaixo do significativo foram excluídos. A consistência interna foi adequada para três das quatro dimensões do instrumento. Observou-se reprodutibilidade adequada para todos os itens, com exceção da questão referente à adição de açúcar no suco ou leite. O processo de adaptação transcultural resultou em instrumento com linguagem de fácil entendimento, apresentando equivalência idiomática e cultural aplicável à populações com língua portuguesa.

**Descritores:** saúde bucal, psicometria, questionário, reprodutibilidade de resultados.

### **Abstract**

To perform a cultural adaptation into Portuguese of a questionnaire proposed to evaluate the parental attitudes in children's oral health. The English version of the questionnaire was used. There was a direct validation with the participation of 8 experts. The questionnaire was administered to 20 individuals to verify the level of misunderstanding (II) of each question. The content validity ratio (CVR) was estimated. For the reliability study the instrument was applied to 110 parents of children ranging from 7 to 12 years of age and enrolled in a public school in São Carlos, Brazil. The internal consistency using Cronbach's Coefficient Alpha was calculated. To calculate the intra-examiner agreement 79 parents responded to the questionnaire on two occasions and the Kappa statistic was estimated. Of the items on the Portuguese-English version, 11 were identified by the experts as difficult to understand and were reformulated. After the pre-test, II was verified to be less than 20%. Eight items had negative CVR and three values below the significant and were excluded. The internal consistency was adequate for three of the four dimensions of the instrument. There was adequate reproducibility for all items, except for the question relating to adding sugar to juice or milk. The cultural adaptation process resulted in an easy to understand tool, presenting cultural and idiomatic equivalence that is applicable to people using the Portuguese language.

**Descriptors:** oral health; psychometrics; questionnaires; reproducibility of results.

### **Introdução**

A comunidade científica tem mostrado grande interesse em estudar as relações existentes entre os hábitos alimentares e as patologias bucais (Ritchie et al. 2002). Para tanto, estudos de diagnóstico clínico (Joshipura et al. 1996; Lamy et al. 1999; Dye et al. 2004) e de rastreamento (Jamel et al. 1997; Karvonen et al. 2003; Burt et al. 1994) inexistente a informação na literatura científica sobre as propriedades psicométricas de questionários de avaliação de hábitos dietéticos relacionados à saúde bucal.

No entanto, Leão & Oliveira (2005) ressaltam que apesar dos estudos que evidenciam a associação entre hábitos alimentares e saúde bucal, é praticamente inexistente a informação na literatura científica sobre as propriedades psicométricas de questionários de avaliação de hábitos dietéticos relacionados à saúde bucal.

Um instrumento que tem sido utilizado para este fim foi proposto por Arnrup et al. (1994) que desenvolveram um questionário com o propósito de capturar quatro aspectos das atitudes dos pais com relação à saúde bucal dos filhos. As propriedades psicométricas do questionário foram testadas em um grupo de pais de crianças suecas com idades entre 8 e 12 anos e foram apontadas variando de razoável a excelente.

Deve-se salientar, porém que este instrumento foi originalmente desenvolvido na língua inglesa e que não foi encontrado na literatura nenhum outro desenvolvido e/ou adaptado para o português. Desta maneira, para utilização do referido instrumento na língua portuguesa torna-se necessária a realização de sua adaptação transcultural. Este processo envolve, segundo Guillemín et al. (1993) e Beaton et al. (2005), a combinação da tradução literal de palavras e frases de um idioma a outro e uma cuidadosa adequação ao contexto cultural e estilo de vida da população alvo da versão. Para tanto, várias etapas metodológicas devem ser



seguidas para que a versão do instrumento possa ser utilizada com segurança no novo contexto cultural (Guillemin et al. 1993; Beaton et al. 2000; Bravo et al. 1993; Wild et al. 2005).

Deste modo, realizou-se este estudo com o objetivo de realizar a adaptação transcultural do questionário de *Avaliação das atitudes dos pais com relação à saúde bucal dos filhos* proposto por Arnrup et al. (2001).

## **Material e Métodos**

### **Instrumento de medida**

O questionário para Avaliação da percepção dos pais com relação à saúde bucal dos filhos foi proposto por Arnrup et al. (2001) e é composto por quatro dimensões contendo perguntas fechadas cujas respostas são apresentadas em escala Likert de 5 pontos havendo apenas uma questão com resposta dicotômica. O primeiro aspecto avaliado é o “conhecimento odontológico dos pais”, o segundo é o “comportamento das crianças em saúde bucal percebido pelos pais”, o terceiro é direcionado às “prioridades diárias da criança” e o quarto aspecto relaciona-se à “responsabilidade dos pais em relação à odontologia”.

### **Validação de Face**

A tradução do instrumento para a língua portuguesa foi realizada por três tradutores bilíngües, independentes, e que atuam na área da saúde, tendo como língua materna o português e com conhecimento do contexto cultural do país de origem do instrumento (Wild et al. 2005; Torres et al. 2009). As três versões foram comparadas elaborando-se apenas uma versão em português.

Posteriormente, o questionário na língua portuguesa foi entregue a dois tradutores cuja língua materna é o inglês e com conhecimento do português e da cultura do Brasil, atuantes na área da saúde para a realização da retrotradução. O tradutor responsável pela tradução invertida não conhecia a versão original do questionário em inglês. É importante salientar que nessa etapa a não-informação aos tradutores de que se trata de uma retrotradução foi realizada, para evitar ou minimizar viés (Guillemin et al. 1993; Góes et al. 2006; Tamanini et al. 2003).

Para análise das equivalências 8 juízes sendo 6 profissionais da saúde e 2 especialistas na língua portuguesa fizeram uma avaliação idiomática, semântica, cultural e conceitual do instrumento com o intuito de obter concordância e consenso. Assim, foi obtida uma versão intermediária do instrumento que foi pré-testada em um grupo de 20 pais de crianças de 7 a 12 anos, matriculadas em escolas públicas municipais da cidade de São Carlos (SP), para verificar o índice de incompreensão (II) de cada questão. Após obter um instrumento com questões com índice de incompreensão inferior a 20%, foi estimada a validade de conteúdo (Guillemin et al. 1993).

### **Validade de Conteúdo**

Participaram desta etapa outros 20 “juízes”, sendo metade da área de Odontologia e metade da Nutrição, sendo que os nutricionistas avaliaram apenas as questões relacionadas aos hábitos alimentares. Os juízes analisaram cada um dos itens do instrumento classificando-os em “essencial”, “útil, mas não-essencial” e “não necessário” conforme orientação de Laewshe (1975).

Para cada questão, o número de juízes categorizando o item como “essencial” foi computado. A fórmula utilizada para computar este índice é denominada de Razão de Validade de Conteúdo (RVC) e pode ser expressa como:

$$RVC = \frac{n - \left(\frac{N}{2}\right)}{\frac{N}{2}}$$

Onde:

RVC: razão da validade de conteúdo

n: número de juízes que indicou a categoria “essencial”

N: número total de juízes

Quando menos da metade dos juízes indicaram “essencial” a RVC foi negativa. Quando exatamente metade dos juízes indicou “essencial”, a RVC foi zero e quando mais que a metade (mas não necessariamente todos) indicou a categoria “essencial”, a RVC é positiva. Para decisão de exclusão do item avaliado seguiu-se as recomendações de Laewshe (1975).

Ao finalizar a validade de conteúdo, obteve-se a versão final do instrumento.

## **Confiabilidade**

### **Consistência Interna**

Para analisar a consistência interna, ou seja, a homogeneidade do instrumento, o questionário foi aplicado uma vez, por um examinador a um grupo de 110 pais de crianças de 7 a 12 anos de idade matriculadas em uma escola de ensino fundamental do município de São Carlos (SP) em 2009. As crianças cujos pais participaram da pesquisa foram escolhidas aleatoriamente. Cabe esclarecer que foram incluídos apenas aqueles pais que concordaram com os termos do Consentimento Livre e Esclarecido. Para estimativa da consistência interna calculou-se o coeficiente alfa de Cronbach padronizado ( $\alpha$ ) e a correlação item-total

(Cronbach, 1951; Cronbach, 2004) para cada dimensão do instrumento e a mesma foi classificada segundo proposta de Sneed & Herman (1990) e de Streiner & Noeman (1995).

### **Reprodutibilidade**

Para estimar a reprodutibilidade intra-examinador do questionário foram selecionados aleatoriamente 80 pais entre os 110 participantes (Walter et al. 1998; Sim & Wright, 2005). A esta amostra o questionário foi aplicado em dois momentos distintos com intervalos de uma semana. Um desses questionários foi excluído por ter sido preenchido por pessoas diferentes em cada uma das aplicações. Aos dados referentes às respostas de cada item, de cada dimensão, foi aplicada a estatística Kappa ( $\kappa_p$ ) com ponderação linear por ponto e por intervalo de 95% de confiança ( $IC_{95\%}$ ) e sua classificação realizada segundo a proposta de Landis & Koch (1977).

### **Resultados**

O primeiro contato com os pais se deu por meio de convite realizado pelo pesquisador a 230 pais de crianças de 7 a 12 anos de idade. Desses, apenas 110 assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aceitando participar da pesquisa. A média de idade das crianças foi de  $8,78 \pm 1,24$  anos, sendo 52,73% dos participantes do sexo feminino. Dos respondentes 81,82% eram mães na sua maioria casadas, (73,64%). Quanto ao nível de escolaridade do chefe de família observou-se que 2,73% eram analfabetos, 18,18% cursaram até a 4ª série do ensino fundamental, 33,64% concluíram o ensino fundamental, 37,27% completaram o ensino médio e 8,18% concluíram o ensino superior.

As palavras de difícil compreensão e a sugestão de substituição realizada pelos juízes que participaram da validação de face encontram-se na Tabela 1.

**Tabela 1.** Palavras de difícil compreensão e a sugestão de substituição realizada pelos juízes. São Carlos, 2009.

Palavras de difícil compreensão	Juízes (n=8)		Sugestão de Substituição
	N	%	
Fator de risco	3	37,5	Para o aparecimento e/ou desenvolvimento
Hereditariedade	8	100,0	Hereditariedade (que é transmitido por herança familiar)
Creme dental	8	100,0	Pasta de dente
No almoço ou jantar	2	25,0	Durante o almoço ou jantar
Bem sucedido	3	37,5	Bem sucedido (tirar boas notas)
Tratamento odontológico	5	62,5	Tratamento dentário
Fazer a tarefa completamente	3	37,5	Fazer a tarefa escolar completamente
Aprender a ser pontual	4	50,0	Aprender a ser pontual (chegar no horário)
Com relação a seu filho, como você acredita que deve ser a responsabilidade compartilhada entre sua família e o dentista?	3	37,5	Com relação a seu filho(a), como você acredita que deve ser a responsabilidade entre sua família e o dentista quanto a:
Exame odontológico após 2 anos	6	75,0	Exame dentário há 2 anos
Apresentar sinais precoces de cárie dentária	4	50,0	Apresentar sinais de cárie dentária desde pequeno

Os termos apontados pelos juízes foram modificados com o objetivo de simplificar sua compreensão.

Após as alterações apresentadas na Tabela 1 elaborou-se a versão intermediária do instrumento que foi testada em 20 indivíduos. Obteve-se índice de incompreensão inferior a 20% em todos os itens.

A Tabela 2 apresenta a razão da validade de conteúdo estimada pelos 20 juízes. É importante esclarecer que os juízes da área de Nutrição avaliaram somente os itens correspondentes a dimensão que avalia os hábitos alimentares.

**Tabela 2.** Razão de validade de conteúdo da adaptação do questionário para avaliação das atitudes dos pais em relação à saúde bucal dos filhos. São Carlos, 2009.

<b>Itens</b>	<b>Juízes (n)</b>	<b>Essencial</b>	<b>RVC</b>
<b>Conhecimento odontológico dos pais</b>			
Flúor	10	10	1,0
Vitaminas	10	10	1,0
Cálcio	10	10	1,0
Hereditariedade	10	-	-1,0
Beliscar entre as refeições	10	10	1,0
Escovação inadequada	10	10	1,0
Composição da saliva	10	10	1,0
Infecções e doenças	10	4	-0,2
<b>Comportamento das crianças em saúde bucal percebido pelos pais</b>			
Frequência de escovação	10	10	1,0
Uso de pasta de dente	10	10	1,0
Consumo de açúcar	20	20	1,0
Biscoitos ou bolachas	20	20	1,0
Frutas	20	18	0,8
Doces Caseiros	20	20	1,0
Chocolate	20	20	1,0
Sorvete	20	18	0,8
Sobremesas	20	18	0,8
Café	20	8	-0,2
Chá	20	7	-0,3
Refrigerante	20	20	1,0
Suco	20	18	0,8
Leite	20	20	1,0
Adoçados com açúcar Sim/Não	20	20	1,0
Durante o almoço ou jantar	20	18	0,8
Entre as refeições	20	20	1,0
Quando se está com sede	20	12	0,2
<b>Prioridades diárias</b>			
Ser bem sucedido na escola	10	9	0,8
Ter muitos amigos	10	3	-0,4
Ser bom em algum esporte	10	5	0,0
Colaborar com o tratamento dentário sem grandes dificuldades	10	10	1,0
Aprender a tocar um instrumento	10	3	-0,4
Usar roupas da moda	10	1	-0,8
Fazer a tarefa escolar completamente	10	10	1,0
Ter dentes saudáveis e limpos	10	10	1,0
Comer alimentos saudáveis	10	10	1,0
Aprender a ser pontual	10	7	0,4
Outra informação a ser adicionada	10	1	-0,8
<b>Responsabilidade dos pais tomada frente à criança em relação à odontologia</b>			
Não escovar os dentes	10	10	1,0
Não ter tido exame dentário há 2 anos	10	10	1,0
Apresentar sinais de cárie dentária desde pequeno	10	10	1,0
Consumir açúcar/doces em geral quase todos os dias	10	10	1,0
Ter dor em dentes já restaurados	10	9	1,0
Não querer ir ao dentista	10	10	1,0
Se recusar a receber o tratamento odontológico	10	10	1,0

Nota-se que oito itens do questionário apresentaram RVC negativa e três valores abaixo do considerado significativo (itens: “quando se está com sede, “ser bom em algum esporte” e “aprender a ser pontual”) e, portanto, foram descartados.

O estudo de confiabilidade do instrumento encontra-se na Tabela 3.

**Tabela 3.** Consistência interna e reprodutibilidade da adaptação do questionário para avaliação das atitudes dos pais em relação à saúde bucal dos filhos. São Carlos, 2009.

	Consistência interna			Reprodutibilidade		
	$r_{\text{item-total}}$	$\alpha$	Classificação	$\kappa_p$	IC <sub>95%</sub>	Classificação
<b>Conhecimento odontológico dos pais</b>						
Flúor	0,34	0,45	Moderada	0,97	0,90-1,00	Ótima
Vitaminas	0,50	0,35	Regular	0,98	0,93-1,00	Ótima
Cálcio	0,61	0,26	Regular	1,00	-	Perfeita
Beliscar entre as refeições	0,38	0,43	Moderada	0,99	0,96-1,00	Ótima
Escovação inadequada	0,57	0,28	Regular	1,00	-	Perfeita
Composição da saliva	0,58	0,28	Regular	0,88	0,79-0,96	Ótima
<b>Escala</b>		0,39	Regular			
<b>Comportamento das crianças em saúde bucal percebido pelos pais</b>						
Frequência de escovação	0,53	0,68	Boa	1,00	-	Perfeita
Uso de pasta de dente	0,53	0,68	Boa	1,00	-	Perfeita
Consumo de açúcar	0,36	0,70	Boa	0,91	0,83-0,99	Ótima
Biscoitos ou bolachas	0,59	0,67	Boa	0,94	0,89-0,98	Ótima
Frutas	0,32	0,70	Boa	0,90	0,80-0,98	Ótima
Doces caseiros	0,64	0,66	Boa	0,96	0,92-0,99	Ótima
Chocolate	0,61	0,67	Boa	0,90	0,81-0,98	Ótima
Sorvete	0,59	0,67	Boa	0,89	0,81-0,96	Ótima
Sobremesas	0,50	0,68	Boa	0,92	0,85-0,97	Ótima
Refrigerante	0,24	0,71	Boa	0,96	0,91-1,00	Ótima
Suco	0,28	0,71	Boa	0,97	0,93-1,00	Ótima
Leite	0,39	0,70	Boa	0,95	0,88-1,00	Ótima

Continua...



...Continuação						
Sim/Não	0,36	0,70	Boa	0,59	0,41-0,76	Regular
Durante o almoço ou jantar	0,37	0,70	Boa	1,00	-	Perfeita
Entre as refeições	0,29	0,71	Boa	0,92	0,83-1,00	Ótima
Quando se está com sede	0,25	0,71	Boa	0,89	0,77-0,99	Ótima
<b>Escala</b>		0,70	Boa		-	Perfeita
<b>Prioridades diárias</b>						
Ser bem sucedido na escola (tirar boas notas)	0,69	0,62	Boa	0,84	0,65-1,00	Ótima
Ser bom em algum esporte	0,44	0,74	Boa	0,93	0,85-0,99	Ótima
Colaborar com o tratamento dentário sem grandes dificuldades	0,53	0,71	Boa	0,96	0,89-1,00	Ótima
Fazer a tarefa escolar completamente	0,78	0,63	Boa	1,00	-	Perfeita
Ter dentes saudáveis e limpos	0,65	0,68	Boa	1,00	-	Perfeita
Comer alimentos saudáveis	0,63	0,68	Boa	0,65	0,27-1,00	Boa
Aprender a ser pontual (chegar no horário)	0,56	0,71	Boa	0,89	0,72-1,00	Ótima
<b>Escala</b>		0,72	Boa			
<b>Responsabilidade dos pais tomada frente à criança em relação à odontologia</b>						
Não escovar os dentes	0,51	0,77	Boa	0,89	0,78-0,99	Ótima
Não ter tido exame dentário há 2 anos	0,67	0,73	Boa	0,91	0,81-1,00	Ótima
Apresentar sinais de cárie dentária desde pequeno	0,76	0,70	Boa	0,88	0,80-0,96	Ótima
Consumir açúcares/doces em geral quase todos os dias	0,62	0,74	Boa	0,98	0,93-1,00	Ótima
Ter dor em dentes já restaurados	0,39	0,79	Boa	0,98	0,94-1,00	Ótima
Não querer ir ao dentista	0,78	0,69	Boa	0,90	0,81-0,98	Ótima
Se recusar a receber tratamento odontológico	0,76	0,70	Boa	0,97	0,92-1,00	Ótima
<b>Escala</b>		0,76	Boa			

Verificou-se que para a dimensão conhecimento odontológico dos pais a consistência interna foi regular enquanto nas demais dimensões esta foi classificada como boa. A correlação item-total foi considerada adequada para todas as questões do instrumento. Deve-se ressaltar ainda que apenas na primeira dimensão do questionário observou-se grande heterogeneidade entre as questões comprometendo a consistência interna da mesma.

Quanto à reprodutibilidade, as questões referentes à importância de cálcio para a proteção do esmalte dos dentes, importância da escovação inadequada para o aparecimento e/ou desenvolvimento de cárie dentária, frequência de escovação e uso de pasta de dente, consumo das bebidas durante o almoço ou jantar, grau de importância dado para fazer a tarefa escolar completamente e ter dentes saudáveis e limpos apresentaram concordância perfeita. As demais questões apresentaram concordância classificada como ótima. O item consumo de suco ou leite adoçados com açúcar apresentou concordância regular ( $\kappa_p = 0,59$  IC<sub>95%</sub>: 0,41-0,76) e o item comer alimentos saudáveis, concordância boa ( $\kappa_p = 0,65$  IC<sub>95%</sub>: 0,27-1,00).

## **Discussão**

A adaptação transcultural foi realizada seguindo-se, rigorosamente, as etapas sugeridas por Guillemin et al. (1993) e Sperber (2004), ressalta que embora este tipo de estudo seja extenso e trabalhoso ele é importante para a obtenção de uma versão com equivalência lingüística, pois, sem a mesma pode ocorrer, segundo Herdman et al. (1997), o comprometimento da confiabilidade. Além disso, Herdman et al. (1997) enfatizam que a falta de equivalência transcultural leva ao comprometimento da validade de informação o que pode resultar na incapacidade de formulação correta de um conceito.

Na validação de face (Tabela 1) todos os itens foram analisados e as sugestões elaboradas com intuito de torná-los pertinentes e similares tanto culturalmente quanto em relação ao idioma, caracterizando o que Sperber (2004) conceitua como uma tradução simétrica.

Diante do contexto cultural brasileiro, os juízes sugeriram ainda a inclusão de novos itens na dimensão “comportamento das crianças em saúde bucal percebido pelos pais”, sendo incluídos os itens chocolate, sorvete, sobremesas, café, chá, refrigerante, suco e leite. Para a ingestão de bebidas acrescentou-se ainda o questionamento se estas são ou não adoçadas com açúcar.

Na validação de conteúdo (Tabela 2) optou-se pela exclusão de onze itens.

A inclusão e ou exclusão de itens no questionário realizada neste estudo pode alterar as propriedades psicométricas do mesmo em relação ao instrumento original (Bullinger et al., 1993), assim, sugere-se que em estudo posterior seja realizada análise fatorial para verificação de possível alteração nos itens componentes de cada dimensão.

A consistência interna do instrumento foi adequada para três das quatro dimensões propostas (Tabela 3). A baixa consistência observada na dimensão “conhecimento odontológico dos pais” pode ser atribuída ao grau de entendimento dos respondentes em relação aos itens componentes desta dimensão, uma vez que, para seu correto preenchimento era necessário que o respondente apresentasse alguma informação prévia sobre saúde bucal. Arnrup et al.(2001) relataram boa consistência interna em todas as dimensões, entretanto, deve-se ressaltar que os autores aplicaram o questionário a uma população sueca que possui nível de informação diferenciado da população brasileira.

A reprodutibilidade dos itens componentes do questionário pode ser considerada adequada (Tabela 3) com exceção da questão referente à adição de açúcar no suco ou leite. Este fato pode ter ocorrido devido à existência de informação prévia sobre os malefícios do açúcar para saúde bucal pelos indivíduos fazendo com que os mesmos ficassem inseguros para assumir esta prática diante de um questionário que se propõe a avaliar saúde bucal. Este resultado assemelha-se ao apontado por Petersen et al. (1998), onde as mães de crianças apontam a presença de açúcar como fator para o aparecimento de cárie.

Diante dos resultados obtidos, apresenta-se a adaptação transcultural para o português do “Questionário de Avaliação das Atitudes dos Pais com Relação à Saúde Bucal dos Filhos” (Apêndice 1), que em futuros estudos deverá ter sua validade de critério e de construto avaliadas.

O processo de adaptação transcultural resultou em instrumento com linguagem de fácil entendimento apresentando equivalência idiomática, cultural, e confiabilidade adequadas à população com língua portuguesa.

### **Agradecimentos**

A Fundação de Amparo a Pesquisa de São Paulo (FAPESP). Processo: 2008/01681-3.

## **Referências Bibliográficas**

Arnrup K, Berggren V, Broberg AG. Usefulness of a psychometric questionnaire in exploring parental attitudes in children's dental care. *Acta Odontol Scand*. 2001 Feb; 59(1):14-20.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000 Dec; 25 (24):3186-91.

Bravo M, Woodbury-Farina M, Canino GJ, Rubio-Stipec M. The Spanish translation and cultural adaptation of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) in Puerto Rico. *Cult Med Psychiatry*. 1993 Sep; 17(3):329-44.

Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res*. 1993 Dec; 2(6):451-9.

Burt BA, Szpunar SM. The Michigan study: the relationship between sugars intake and dental caries over three years. *Int Dent J*. 1994 Jun;44(3):230-40.

Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951; 16(3):297-334.

Cronbach LJ. My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. *Educ Psychol Meas*. 2004 Jun; 64(3): 391-418.

Dye BA, Shenkin JD, Ogden CL, Marshall TA, Levy SM, Kanellis MJ. The relationship between healthful eating practices and dental caries in children aged 2-5 years in the United States, 1988-1994. *J Am Dent Assoc*. 2004 Jan; 135(1): 55-66.

Góes PSA, Fernandes LMA, Lucena LBS. Validação de instrumentos de coleta de dados. In: Peres M A, Antunes L. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.390-7.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993 Dec; 46(12):1417-32.

Herdman M, Fox-Rushby J, Badia, X. 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res.* 1997Apr; 6(3):237-47.

Jamel HA, Sheiham A, Watt RG, Cowell CR. Sweet preference, consumption of sweet tea and dental caries; studies in urban and rural Iraqi populations. *Int Dent J.* 1997Aug; 47(4):213-7.

Joshi KJ, Willett WC, Douglass CW. The impact of edentulousness on food and nutrient intake. *J Am Dent Assoc.* 1996 Apr; 127(4):459-67.

Karvonen HM, Nuutinen O, Uusitalo U, Sorvari R, Ihanainen M. Child nutrition and oral health in Ulaanbaatar. *Nutr Res.* 2003 Sep; 23(9):1165-76.

Lamy M, Mojon P, Kalykakis G, Legrand R, Budtz-Jørgensen E. Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. *J Dent.* 1999 Jul; 27(6):443-8.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977 Mar; 33(1):159-74.

Lawshe CH. Quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology.* 1975; 28(4):563-75.

Leão AT, Oliveira BH. Questionários na pesquisa odontológica. In: Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky P. Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica. São Paulo: Atheneu, 2005, p.273-90.

Petersen PE, Esheng Z. Dental caries and oral health behavior situation of children, mothers and schoolteachers in Wuhan, People's Republic of China. *Int Dent J*. 1998 Jun; 48(3):210-6.

Ritchie CS, Joshipura K, Hung HC, Douglass CW. Nutrition as a mediator in the relation between oral and systemic disease: associations between specific measures of adult oral health and nutrition outcomes. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2002 Jul; 13(3):291-300.

Sim J, Wright CC. The Kappa statistic in reliability studies: use, interpretation, and sample size requirements. *Phys Ther*. 2005 Mar; 85(3):257-68.

Sneed J, Herman CM. Influence of job characteristics and organizational commitment on job satisfaction of hospital foodservice employees. *J Am Diet Assoc*. 1990 Aug; 90(8):1072-6.

Sperber AD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*. 2004 Jan; 126(1S):S124-8.

Streiner D, Noeman G. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. Oxford: Oxford University Press, 1995.

Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, Netto NR. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública*. 2003 Apr; 37(2): 203-11.

Torres CS, Paiva SM, Vale MP, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Oliveira A C et al. Psychometric properties of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14) – short forms. *Health Qual Life Outcomes*. 2009 May; 7:43.

Walter SD, Eliasziw M, Donner A. Sample size and optimal designs for reliability studies. *Stat Med*. 1998 Jan; 17(1):101-10.

Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005 Mar-Apr; 8(2):94-104.



---

**2.3 CAPÍTULO 3**

**Atitudes dos Pais em Relação à Saúde Bucal dos Filhos**

## 2.3 Capítulo 3

### Atitudes dos pais em relação à saúde bucal dos filhos

Anelise Cristina Parras<sup>1</sup>

Juliana Alvares Duarte Bonini Campos<sup>2</sup>

Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara – UNESP – Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição, Aluna, nível Mestrado, anenutri@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP- Departamento de Odontologia Social, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> de Bioestatística e Metodologia Científica, jucampos@foar.unesp.br.

#### Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar as atitudes dos pais com relação à saúde bucal dos filhos. Utilizou-se um instrumento adaptado transculturalmente para o português em um estudo prévio. O questionário foi aplicado a 412 pais de crianças de 7 a 12 anos matriculadas em escolas do ensino fundamental do município de São Carlos-SP, Brasil. Realizou-se estatística descritiva. Utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Na dimensão conhecimento odontológico dos pais, o item “vitaminas” foi apontado como o menos importante para a proteção dos dentes ( $p < 0,001$ ) e o item “escovação inadequada” como fator de risco mais importante para o aparecimento de cárie ( $p < 0,001$ ). Na dimensão comportamento das crianças em saúde bucal percebido pelos pais, os itens consumidos com maior frequência foram açúcar (44,90%), frutas (36,17%) e biscoitos e bolachas (15,29%). A bebida consumida com maior frequência foi o leite (49,03%). Um grande número de pais afirmou adicionar açúcar no suco e/ou leite e consumir bebidas durante o almoço/jantar. Em relação às prioridades diárias, o item apontado como menos importante foi “colaborar com o tratamento dentário sem grandes dificuldades” ( $p < 0,001$ ). Na dimensão responsabilidade dos pais tomada frente à criança em relação à odontologia, observou-se que, em geral, os pais assumiram ser o maior responsável em relação aos cuidados odontológicos prestados. Observou-se que os pais mostraram ter atitudes positivas com relação aos cuidados em saúde bucal.

**Palavras-chave:** atitude, conhecimento, saúde bucal

## **Abstract**

The aim of this study was to evaluate the parental attitudes in children's oral health. Used an instrument cross-culturally adapted to Portuguese in a previous study. The questionnaire was applied to 412 parents of children ranging from 7 to 12 years of age and enrolled in elementary public schools in São Carlos, Brazil. We performed descriptive statistics. We used the Kruskal-Wallis. In dimension dental knowledge of parents, the item "vitamins" was named as the least important for protection of teeth ( $p < 0.001$ ) and the item "improper brushing" as most important risk factor for the onset of caries ( $p < 0.001$ ). In dimension behavior of children in oral health perceived by parents, the items were consumed more frequently sugar (44.90%), fruits (36.17%) and cookies and crackers (15.29%). The most frequently consumed beverage was milk (49.03%). A large number of parents said to add sugar in the juice and / or milk and beverages consumed during the lunch / dinner. Regarding the daily priorities, the item identified as least important was "collaborating with the dental treatment without great difficulty" ( $p < 0.001$ ). In the dimension responsibility taking by parents before the child in relation to dentistry, it was observed that, in general, parents assumed to be largely responsible for the dental care provided. It was observed that parents showed positive attitudes in relation to oral health care.

**Key-words:** attitudes, knowledge, oral health.

## **Introdução**

O comportamento em saúde de crianças envolve uma complexa interação entre as mesmas, seus pais e profissionais. Apesar de todas as partes influenciarem no desenvolvimento de atitudes frente à saúde, os pais exercem um forte impacto já que representam a primeira forma de socialização da criança (POUTANEN et al., 2006 e MATILLA et al., 2005).

As atitudes, comportamento e crenças, principalmente da mãe, representam influência significativa sobre o medo e o comportamento da criança. Além disso, estudos transversais (SKEIE et al., 2006 e PINE et al., 2004) e longitudinais (BROADBENT et al., 2006) confirmam que fatores relacionados com o conhecimento e as atitudes dos pais têm sido

associados com a habilidade dos mesmos em promover um adequado comportamento em saúde das suas crianças.

Matilla et al. (2005) ao estudarem a prevalência da cárie dentária e as atitudes familiares, em relação as crianças com 7 anos de idade verificaram que as crianças apresentavam cáries com maior frequência quando a mãe não dava importância à necessidade de ensinar hábitos de vida saudáveis, quando a criança consumia doces várias vezes por semana e quando a escovação dos dentes das crianças não era frequente. Os fatores que mais sobressaíram na análise da regressão logística final, foram os comportamentos de saúde bucal diária das crianças e a influência das atitudes familiares.

Estudo desenvolvido por Pine et al. (2004), pretendeu examinar a forma como as atitudes dos pais influenciam os hábitos e comportamentos de saúde bucal das crianças. Participaram 2.822 crianças, entre 3 e 4 anos e os seus respectivos pais. Foram observadas a cavidade bucal das crianças e os pais responderam a um questionário. Foram analisados fatores relacionados à escovação dentária, ao consumo de lanches com açúcar no intervalo das refeições e a presença de cárie nas crianças. Observou-se que as crenças e atitudes dos pais desempenham papel fundamental na modulação do comportamento em saúde bucal dos filhos.

Assim, realizou-se esse estudo com o objetivo de avaliar as atitudes dos pais com relação à saúde bucal dos filhos.

## **Material e Métodos**

Participaram do estudo pais ou responsáveis de crianças de 7 a 12 anos de idade, matriculadas em 3 escolas municipais do ensino fundamental de São Carlos, SP. As escolas foram escolhidas de maneira não-probabilística. Os pais foram convidados a participar por meio de uma carta entregue aos estudantes em sala de aula que incluía informações sobre o

objetivo e procedimentos adotados na pesquisa e, relatava que a participação seria anônima e voluntária.

Essa carta foi devolvida por 480 pais que aceitaram o convite para ir até a instituição para participação no estudo. Desses, 412 compareceram e preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara - UNESP (protocolo 10/2008).

Para caracterização da amostra foram obtidas informações como idade e sexo das crianças, grau de parentesco e estado civil do respondente. O nível econômico e de escolaridade do chefe da família foram estimados segundo o Critério Brasil 2008 (ABEP, 2008) (Anexo 3).

Para avaliar as atitudes dos pais com relação à saúde bucal dos filhos utilizou-se como instrumento de medida um questionário composto por 4 dimensões com respostas em escala Likert de 5 ou 6 pontos ou com escala dicotômica. As dimensões são, “conhecimento odontológico dos pais”, “comportamento da criança em saúde bucal percebido pelos pais”, “prioridades diárias” e “responsabilidade dos pais tomada frente à criança em relação à odontologia”. Cabe esclarecer que o referido instrumento foi proposto originalmente na língua inglesa por Arnurp et al. (2001) e adaptado transculturalmente para o português por Parras & Campos (2010).

#### Análise estatística

Realizou-se estatística descritiva. Para comparação das idades das crianças participantes segundo sexo utilizou-se o Teste t Student. A importância atribuída pelos pais a diferentes itens foi comparada pelo Teste de Kruskal–Wallis e pós-teste de Dun. Para tomada de decisão adotou-se nível de significância de 5%.

## Resultados

Ao final, participaram 412 pais, caracterizando, portanto, uma taxa de resposta de 85,8%.

Responderam ao questionário na maioria mães (82,52%), casadas (74,12%). Dos respondentes, 37,14% pertenciam às classes econômicas A e B, 55,34% à classe C e 7,52% às classes a D e E. Quanto ao nível de escolaridade do chefe da família 3,64% deles eram analfabetos ou apresentavam primário incompleto, 17,96% cursaram até a 4ª série do ensino fundamental, 31,80% possuíam ensino fundamental completo, 42,23% ensino médio completo e 4,37% superior completo.

A média de idade das crianças avaliadas foi de  $9,42 \pm 1,10$  anos, sendo 51,21% do sexo feminino. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a idade de meninos e meninas ( $t=1,96$ ;  $p=0,21$ ).

A média para cada item da dimensão “conhecimento odontológico dos pais” encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Conhecimento Odontológico dos Pais. São Carlos, 2010.

Questão	Média	p*
<b>Importância de cada item para proteção dos dentes</b>		
Flúor	4,80 <sup>a</sup>	
Vitaminas	4,47 <sup>b</sup>	
Cálcio	4,61 <sup>c</sup>	<0,001
<b>Importância de cada item para o aparecimento e/ou desenvolvimento da cárie dentária</b>		
Beliscar entre as refeições	3,87 <sup>a</sup>	
Escovação inadequada	4,77 <sup>b</sup>	
Composição da saliva	3,39 <sup>c</sup>	<0,001

\* Teste de Kruskal-Wallis e Dun  
<sup>a,b,c</sup> letras iguais indicam similaridade estatística

Os pais pontuaram o item “vitaminas” como o menos importante para a proteção dos dentes ( $p<0,001$ ) e o item “escovação inadequada” como fator de risco mais importante para o aparecimento de cárie ( $p<0,001$ ).

Na Tabela 2 encontra-se a frequência percentual, para cada item da dimensão “Comportamento das crianças em saúde bucal percebido pelos pais”.

Tabela 2. Frequência percentual do comportamento das crianças em saúde bucal percebido pelos pais. São Carlos, 2010.

Questão	Nunca	Menos de 1x na semana	1x na semana	Menos de 1x na semana	1 x ao dia	Mais de 1 x ao dia
Quanto à escovação de seu filho(a) preencha com a alternativa mais adequada						
Frequência de escovação	-	0,24	0,24	3,15	12,13	84,22
Uso de pasta de dente	0,72	0,24	0,72	3,15	12,62	85,52
Com relação aos Hábitos Alimentares escolha a melhor alternativa para cada item						
Consumo de açúcar	2,18	6,55	6,31	11,65	28,40	44,90
Biscoitos ou bolachas	0,73	7,52	14,56	31,55	30,34	15,29
Frutas	2,43	5,10	10,92	26,21	19,17	36,17
Doces	18,93	32,04	29,13	10,92	6,31	2,67
Chocolate	6,80	39,08	33,50	12,62	5,58	2,43
Sorvete	5,10	44,66	30,83	12,38	5,10	1,94
Sobremesa	7,28	22,57	22,57	19,90	19,17	8,50
Entre as bebidas quais seu filho(a) costuma consumir ?						
Refrigerante	9,47	14,32	22,57	29,37	8,74	15,53
Suco	8,74	3,40	3,16	21,6	28,88	34,22
Leite	2,67	3,88	0,97	7,28	36,17	49,03

Nota-se que a maior parte dos pais relatou realizar a escovação dos dentes de seu filho mais que uma vez por dia com o uso de pasta de dente.

Quanto aos hábitos alimentares os itens consumidos com maior frequência foram açúcar (44,90%), frutas (36,17%) e biscoitos e bolachas (15,29%). A bebida consumida com maior frequência foi o leite (49,03%). Um grande número de pais afirmaram adicionar açúcar no suco e/ou leite (83,25%) e consumir bebidas durante o almoço/jantar (75,97%).

Os escores médios das respostas dadas à dimensão “Prioridades diárias” encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos escores médios referentes às Prioridades Diárias. São Carlos, 2010.

<b>Questão</b>	<b>Média</b>	<b>p*</b>
Ser bem sucedido na escola	4,88 <sup>a</sup>	
Colaborar com o tratamento dentário sem grandes dificuldades	4,80 <sup>b</sup>	
Fazer a tarefa escolar completamente	4,90 <sup>a</sup>	
Ter dentes saudáveis e limpos	4,96 <sup>a</sup>	
Comer alimentos saudáveis	4,93 <sup>a</sup>	<0,001

\* Teste de Kruskal-Wallis e Dun

<sup>a,b</sup> letras iguais indicam similaridade estatística

Em relação às prioridades diárias, apenas o item “colaborar com o tratamento dentário sem grandes dificuldades” apresentou escore médio significativamente menor que os demais.

Na Tabela 4 encontra-se os escores médios das respostas dadas pelos pais em relação à responsabilidades dos cuidados odontológicos.

Tabela 4. Distribuição dos escores médios referentes à Responsabilidade dos pais tomada frente à criança em relação à odontologia. São Carlos, 2010.

<sup>a,b</sup> letras iguais indicam similaridade estatística

Na tabela 4 observa-se que os pais assumiram serem os maiores responsáveis com os cuidados odontológicos. Apenas o item “ter dor em dentes já restaurados” foi apontado como predominantemente de responsabilidade dos profissionais.

## **Discussão**

A formação de hábitos saudáveis das crianças em idade escolar é um fato que merece atenção, assim, a realização de estudos que avaliem as atitudes dos pais com relação à saúde dos filhos pode ser de importância para a caracterização da influência das atitudes e do conhecimento dos pais na formação do comportamento em saúde de seus filhos. Foi com esta preocupação que este estudo foi realizado.

Verificou-se que a maioria dos respondentes eram mães o que também ocorreu no trabalho de Poutanen et al. (2007) (88,00%) e Vanagas et al. (2009) (80,40%). De acordo com



Mohebbi et al. (2008) e Saied-Moallemi et al. (2008) isso pode ser explicado pelo fato de, geralmente, as mães serem as responsáveis diretas pela educação e/ou cuidado com as crianças.

Observou-se que os pais avaliados mostraram bom conhecimento odontológico (Tabela 1), estes resultados podem ter sido influenciados pela presença de informações prévias dadas aos participantes quanto ao objetivo do estudo bem como pela ampla divulgação por veículos de comunicação e programas de prevenção de problemas bucais da importância do flúor, do cálcio e da escovação dentária (Brasil, 2004). Quanto ao aparecimento e/ou desenvolvimento da cárie (Tabela 1), a “escovação inadequada” foi apontada como fator de risco mais importante, o que também foi encontrado por Pine et al. (2004), em estudo com Noruegueses.

As respostas referentes à frequência de escovação com uso de pasta de dente indicam comportamento positivo dos pais com relação à manutenção da boa saúde bucal (JURGENSEN e PETERSEN, 2009). Resultados semelhantes foram encontrados no Brasil por Massoni et al. (2005) e na Lituânia por Vaitkevicienė et al. (2005) ao avaliarem a percepção de um grupo de pais/responsáveis com relação a promoção da saúde bucal.

Quanto aos hábitos alimentares (Tabela 2) pode-se sugerir a ocorrência do efeito da desejabilidade social, pois, os indivíduos relatam baixa frequência de consumo de doces, chocolate, sorvete e sobremesa e maior consumo de frutas, podendo constituir um viés que em estudo futuro deve ser controlado no momento da avaliação da ingestão alimentar (BARROS et al., 2005). Esse fato pode ter ocorrido diante da forte propaganda para adoção de hábitos alimentares saudáveis realizada atualmente (BRASIL, 2005).

Em relação às prioridades diárias, os pais consideraram que a colaboração com o tratamento odontológico é a atitude menos importante (Tabela 3), o que merece atenção, uma vez que, as atitudes dos pais contribuem para o desenvolvimento de comportamentos específicos das crianças. Sabendo que o comportamento é estabelecido e aprendido na

infância (ALM et al., 2007), esta fase é, portanto, um período importante para a inclusão de informações acerca da necessidade de posicionamento positivo diante do tratamento odontológico, visto que as crianças nessa faixa etária ainda tendem a seguir as escolhas e preferências dos pais (SKEIE et al., 2010).

De um modo geral, observou-se que os pais assumiram-se como os maiores responsáveis em relação aos cuidados odontológicos prestados à criança (Tabela 4). Os resultados apresentados corroboram com o estudo realizado por Skeie et al. (2010) que apontam que os problemas de saúde bucal em crianças têm sido amplamente divulgados por veículos de comunicação levando os pais a tornarem-se mais conscientes do seu papel frente a saúde dos filhos.

### **Conclusão**

Observou-se que os pais apresentaram atitudes positivas com relação a promoção e manutenção da saúde bucal dos filhos.

### **Agradecimentos**

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pela bolsa concedida (processo: 2008/01681-3).

Às escolas e aos pais de alunos das escolas municipais da cidade de São Carlos-SP que concordaram em participar do estudo.

### **Referências Bibliográficas**

Alm A, Wendt L, Koch G, Birkhed D. Prevalence of approximal caries in posterior teeth in 15-year-old Swedish teenagers in relation to their caries experience at 3 years of age. *Caries Res.* 2007; 41:392–8.

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil; 2008 [acesso em 7 mar 2008]. Disponível em: [http://www.abep.org/codigosguias/Critério\\_Brasil\\_2008.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/Critério_Brasil_2008.pdf).

Arnrup K, Berggren V, Broberg AG. Usefulness of a psychometric questionnaire in exploring parental attitudes in children's dental care. *Acta Odontol Scand*. 2001; 59(1):14-20.

Brasil. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil – condições de saúde bucal da população brasileira, resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 236p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Barros R, Moreira P, Oliveira B. Influência da desajustabilidade social na estimativa da ingestão alimentar obtida através de um questionário de frequência de consumo alimentar. *Acta Med Port*. 2005; 18: 241-8.

Broadbent JM, Thomson WM, Poulton R. Oral health beliefs in adolescence and oral health in young adulthood. *J Dent Res*. 2006; 85:339–43.

Jürgensen N, Petersen P E. Oral health and the impact of socio-behavioural factors in a cross sectional survey of 12-year old school children in Laos. *BMC Oral Health*. 2009; 9:29.

Massoni, ACLT, Forte FDS, Sampaio FC. Percepção dos pais e responsáveis sobre promoção de saúde bucal. *Rev Odontol UNESP*. 2005; 34(4):193-7.

Mattila ML, Rautava P, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssala L, Helenius H, et al. Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? *Acta Odontol Scand*. 2005; 63:73–84.

Mohebbi S, Virtanen J I, Murtomaa H, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti M. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. *Int J Paediatr Dent*. 2008; 18: 48-55.

Parras, A.C; Campos, J.A.D.B.C. Adaptação transcultural do questionário para avaliação das atitudes dos pais com relação à saúde bucal dos filhos. In: Adaptação transcultural do questionário para avaliação das atitudes dos pais com relação a saúde bucal dos filhos. 2010. Dissertação (Alimentos e Nutrição) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Unesp, Araraquara.

Pine CM, Adair PM, Nicoll AD, Burnside G, Petersen PE, Beighton D, et al. International comparisons of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dent Health*. 2004;21(Suppl 1):121–30.

Poutanen R, Lahti, S., Tolvanen M, Hausen H.. Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontol Scand*. 2006; 64: 286-92.

Saied-Moallemi Z, Vehkalahti MM, Virtanen JI, Tehranchi A, Murtomaa H. Mothers as facilitators of preadolescents' oral self-care and oral health. *Oral Health Prev Dent*. 2008; 6(4): 271-7.

Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. Parental risk attitudes and caries-related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006;34:103–13.

Skeie M S, Klock K S, Haugwjorden O, Riordan P J, Espelid I. Tracking of parents' attitudes to their children's oral health-related behavior—Oslo, Norway, 2002–04. *Acta Odontol Scand*. 2010; 68: 49–56.

Vaitkeviciene V, Mileiuvienė S, Zaborskis A. Oral hygiene of preschool children in Kaunas city and their parents' attitude towards children oral health. *Medicina (Kaunas)*. 2005; 41(5): 427-34.

Vanagas G, Milauskiene Z, Grabauskas V, Mickeviciene A. Associations between parental skills and their attitudes toward importance to develop good oral hygiene skills in their children. *Medicina (Kaunas)*. 2009; 45(9): 718-23.

---

---

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

#### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de problemas bucais são a dieta e a higiene bucal. Para crianças que ainda não são capazes de tomar decisões com autonomia,

esses fatores são determinados pelos valores e crenças da família que, por sua vez, estão relacionados à sua cultura e classe social.

Fatores relacionados com as crenças, conhecimento, atitudes e comportamento dos pais têm sido associados com a habilidade dos pais em conduzir ou promover um adequado comportamento em saúde bucal das suas crianças.

Assim, diante da ausência de informação na literatura sobre as propriedades psicométricas de questionários de avaliação das atitudes dos pais com relação à saúde bucal dos filhos com ênfase na avaliação de hábitos dietéticos relacionados à saúde bucal, realizou-se esse estudo que, em primeiro momento, forneceu um instrumento confiável na língua portuguesa para identificar essas atitudes. Sugere-se que em futuros estudos seja feita a análise fatorial confirmatória para verificação da dimensionalidade do “Questionário de Avaliação das Atitudes dos Pais com Relação à Saúde Bucal dos Filhos”

Com a realização deste estudo verificou-se que os pais apresentaram bom conhecimento odontológico e que a saúde bucal das crianças tem sido motivo de preocupação dos pais dentro de suas prioridades diárias. Os pais relataram ainda a maior responsabilidade frente ao cuidados com a saúde bucal dos filhos. Entretanto, é importante ressaltar que este fato pode ter ocorrido devido à existência de informação prévia quanto ao objetivo do questionário bem como pela desejabilidade social fazendo com que os pais ficassem inseguros para assumir algumas práticas e esses vieses precisam ser controlados em estudos futuros.

Assim, considerando que a família é o núcleo responsável pela formação de indivíduos conscientes de suas necessidades é importante que os profissionais de saúde sejam persistentes na inclusão dessa em suas ações de educação visando a prevenção dos transtornos decorrentes da má higiene bucal e do comportamento alimentar inadequado. Além disso, o profissional deve atuar como impulsionador da construção de valores que possam motivar o paciente a agir, no seu dia-a-dia, em benefício de sua própria saúde e da sua família.



---

#### **4.REFERÊNCIAS**

#### **4. REFERÊNCIAS**

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. et al. (Org.)

*Marcos para a prática de Enfermagem com famílias*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.



HOLT, H.D., MOYNIHAN, P.J. The weaning diet and dental health. *Br. Dent. J.* v.181, n.7, p.254-9, 1996.

PATRÍCIO, Z. M. Cenas e Cenários de uma família: A concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. In: BUB, L. I. R. et al. (Org.) *Marcos para a prática de Enfermagem com famílias*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.

PORTO, V.M.C. Saúde bucal e condições de vida: uma contribuição do estudo epidemiológico para a inserção de atenção à saúde bucal no SUS. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2002.

QUEIROZ, M. V. O. Só a mãe conhece o filho: um estudo na etnoenfermagem. 1998. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

QUEIROZ, M. V.; JORGE, M. S. Health education strategies and the quality of care and teaching in pediatrics: interaction, connection and trust in professional discourse. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.19, p.117-30, jan/jun 2006.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, v.4, n.1, p.85-94, 2004.

WOORTMANN, K.A.A. Hábitos e ideologia alimentares em grupos sociais de baixa renda: relatório final. Brasília (DF): Fundação Universidade de Brasília; 1978. (Série Antropologia, 20).

---

## **5. ANEXOS**

**Anexo 1.** Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.



Protocolo CEP/FCF/CAr. nº 10/2008

Interessado: ANELISE CRISTINA PARRAS

Orientador: Profa. Dra. Juliana Álvares Duarte Bonini Campos

Projeto: Adaptação Cultural e confiabilidade do questionário de avaliação das atitudes dos pais com relação à saúde bucal dos filhos

**Parecer nº 28/2008 – Comitê de Ética em Pesquisa**

Após adequação das pendências relatadas no Parecer do Relator (fls. 86), consideramos o projeto "Adaptação Cultural e confiabilidade do questionário de avaliação das atitudes dos pais com relação à saúde bucal dos filhos" em conformidade com as orientações constantes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Por essa razão, o Comitê de Ética em Pesquisa desta Faculdade considera o referido projeto estruturado dentro de padrões éticos e é de PARECER FAVORÁVEL à sua execução.

O relatório parcial do projeto de pesquisa deverá ser entregue em maio de 2009 e o relatório final em março de 2010, no qual deverá constar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido dos sujeitos da pesquisa.

Araraquara, 27 de agosto de 2008.

  
Prof. Dr. AURELÚCE DEMONTE  
Coordenadora do CEP

**Anexo 2.** Termo de Outorga Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP.

Processo: 2008/01681-3  
Data impressão: 15/12/2008 18:40:54  
Folha: \_\_\_\_\_  
Volume: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

---

**Aditivo ao Termo de Outorga**  
Processo 2008/01681-3

---

O Conselho Técnico-Administrativo da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, doravante denominada OUTORGANTE, usando das atribuições que lhe confere o Artigo 14, letra "b" da lei Estadual no 5.918, de 18 de outubro de 1960, e de acordo com as especificações, cláusulas e condições descritas a seguir e nos Anexos, que são parte integrante deste Termo, concede:	
Outorgado	Anelise Cristina Pamas CPF: 319.635.458-00
Orientador/Supervisor	Juliana Alvares Duarte Bonini Campos CPF: 168.650.988-03
Instituição	Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara/FCFAR/UNESP
Linha de Fomento	Programas Regulares / Bolsas / No País / Mestrado
Projeto	Adaptação Cultural e Confiabilidade do Questionário de Avaliação das Atitudes dos Pais com Relação à Saúde Bucal dos Filhos
Grande Área	Ciências da Saúde
Área	Saúde Coletiva
Sub-área	Epidemiologia
Vigência	01/11/2008 a 30/09/2010
Relatórios Científicos até	10/10/2009, 10/10/2010

  

Observações
- Concessão improrrogável.

  

São Paulo, \_\_\_\_\_ Pelo Conselho Técnico-Administrativo

Outorgado \_\_\_\_\_

Orientador/Supervisor \_\_\_\_\_

**Anexo 3.** Informações complementares para caracterização da amostra. Araraquara, 2009.

**A.**

Sexo da criança: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade da criança: \_\_\_\_\_ anos

Grau de parentesco do respondente: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Outro

Estado civil do respondente: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado/desquitado ( ) Viúvo

**B.**

Escala socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008).

Item	Não tem	Tem (quantidade)			
		1	2	3	4
Televisores em cores					
Videocassete/DVD					
Rádios					
Banheiros					
Automóveis					
Empregadas mensalistas					
Máquinas de lavar					
Geladeira					
Freezer*					

\*independente ou 2º porta da geladeira

Instrução do chefe da família	Pontos
Analfabeto/até a 3º série do ensino fundamental	
4º série fundamental	
Fundamental completo	
Médio completo	
Superior completo	

---

---

## **6. APÊNDICE**

**Apêndice 1.** Versão em português do “Questionário de Avaliação das Atitudes dos Pais com Relação à Saúde Bucal dos Filhos”.

### Questionário

#### Conhecimento odontológico dos pais

1- Na sua opinião, qual a importância de cada item citado abaixo para a proteção do esmalte dos dentes.

	muito importante	importante	indiferente	pouco importante	sem nenhuma importância
a) Flúor					
b) Vitaminas					
c) Cálcio					

2- Na sua opinião, qual a importância de cada item citado abaixo para o aparecimento e/ou desenvolvimento da cárie dentária.

	muito importante	importante	indiferente	pouco importante	sem nenhuma importância
a) Beliscar entre as refeições					
b) Escovação inadequada					
c) Composição da saliva					

#### Comportamento das crianças em saúde bucal percebido pelos pais

3- Quanto à escovação de seu filho(a) preencha com a alternativa mais adequada:

	nunca	menos de 1x na semana	1x na semana	Mais de 1x na semana	1x ao dia	mais de 1x ao dia
a) Frequência de escovação						
b) Uso de pasta de dente						

4- Com relação aos Hábitos Alimentares escolha a melhor alternativa para cada item:

	nunca	menos de 1x na semana	1x na semana	Mais de 1x na semana	1x ao dia	mais de 1x ao dia
a) Consumo de açúcar						
b) Biscoitos ou bolachas						
c) Frutas						
d) Doces caseiros						
e) Chocolate						
f) Sorvete						
g) Sobremesas						
Entre as bebidas quais seu filho(a) costuma consumir ?						
a) refrigerante						
b) suco						
c) leite						

Se seu filho(a) consome suco ou leite, estes são adoçados com açúcar?

Sim	
Não	

Estas bebidas são consumidas:

	Sim	Não
a) Durante o almoço ou jantar		
b) Entre as refeições		

**Prioridades diárias**

5-Com relação às atividades diárias de seu filho(a), dê o grau de importância que você atribui para cada item abaixo:

	muito importante	importante	indiferente	pouco importante	sem nenhuma importância
a) Ser bem sucedido na escola (tirar boas notas)					
b) Colaborar com o tratamento dentário sem grandes dificuldades					
c) Fazer a tarefa escolar completamente					
d) Ter dentes saudáveis e limpos					
e) Comer alimentos saudáveis					

**Responsabilidade dos pais tomada frente à criança em relação à odontologia**

6- Com relação a seu filho(a), como você acredita que deve ser a responsabilidade entre sua família e o dentista quanto a:

	principalmente como responsabilidade do dentista	de responsabilidade do dentista	de responsabilidade do dentista e da família	de responsabilidade da família	inteiramente de responsabilidade da família
a) Não escovar os dentes?					
b) Não ter tido exame dentário há 2 anos?					
c) Apresentar sinais de cárie dentária desde pequeno?					
d) Consumir açúcar/doces em geral quase todos os dias?					
e) Ter dor em dentes já restaurados?					
f) Não querer ir ao dentista?					
g) Se recusar a receber o tratamento odontológico?					