INFLUÊNCIA DE FATORES SOCIOECONÔMICOS NA PRÁTICA DE HIGIENE BUCAL DE BEBÊS NA FASE EDÊNTULA: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Rayza Rodrigues **Barboza**[1], Ísis Midlej Carneiro **Oliveira**[1], Anna Flávia Nunes **Lanna**[1], Nataly Damasceno **Figueiredo**[2], Carmen Ildes Rodrigues **Fróes**[3], Ana Lúcia **Vollú**[1]; Andréa **Fonseca-Gonçalves**[1*]

[1]Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da Faculdade de odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
[2]Escola de Medicina, Fundação Técnico Educacional Souza Marques, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
[3]Escola de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chaves: higiene bucal. lactente. classe social. escolaridade.

RESUMO

Introdução: estudos sugerem que o início da higiene bucal do bebê seja concomitante à irrupção do primeiro dente decíduo (PDD). Todavia, ainda são encontrados conteúdos desatualizados sobre o assunto. **Objetivo**: objetivou-se associar o início da higiene bucal do bebê na fase edêntula a fatores socioeconômicos. A origem da orientação sobre higiene bucal também foi investigada. **Materiais e Métodos**: mães (n=289) de bebês aos 3 meses foram entrevistadas durante anamnese por examinadores treinados. Coletaram-se dados sociodemográficos, renda familiar, escolaridade (anos de estudo) da mãe, de higiene bucal antes da irrupção do PDD, quem orientou e como realizava a higiene bucal dos bebês. Análises descritivas e inferenciais (teste do X^2) foram conduzidas. **Resultados:** constatou-se que 149 (51,6%) bebês são meninas e 146 (50,5%) são pardos. A maioria das mães possui até 12 anos de estudo (n=214; 74%), com renda entre 1 e 5 salários-mínimos (n=244; 89,1%). A idade média da mãe no parto foi de 29,3±6,8 anos e a higiene bucal antes da irrupção do PDD era realizada na maioria dos bebês (n=135; 59,7%), feita com fralda/gaze/paninho em 131 deles. Das 135 mães que faziam a higiene bucal, 77 (57,03%) receberam orientação de pessoas leigas e a maioria possuía menor nível de escolaridade (p=0,001). A renda familiar não influenciou na prática de higiene adotada (p=0,799). **Conclusão**: mães com menor nível de escolaridade iniciaram a higiene bucal de seus bebês antes da irrupção do PDD, cuja orientação foi dada por pessoas leigas, e que a renda não exerceu influência nessa prática.

Keywords: oral hygiene. infant. social class. educational status.

ABSTRACT

Introduction: studies suggest that the beginning of the baby's oral hygiene should be concomitant with the eruption of the first deciduous tooth (FDT). However, outdated content on the subject is still found. **Objective**: to associate the beginning of baby oral hygiene during the edentulous phase with the mothers' income and educational levels. The origin of guidance on oral hygiene was also investigated. **Materials and Methods**: mothers (n=289) of 3-month-old babies were interviewed during anamnesis by trained examiners. Sociodemographic, family income, education (mother's years of study), oral hygiene data before the onset of FDT, who provided guidance and how they performed the babies' oral hygiene were collected. Descriptive and inferential analyzes (X^2 test) were conducted. **Results**: it was found that 149 (51.6%) babies were girls and 146 (50.5%) were brown. Most mothers have up to 12 years of education (n=214; 74%), with an income between 1 and 5 minimum wages (n=244; 89.1%). The average age of the mother at birth was 29.3±6.8 years and oral hygiene before the emergence of FDT was performed in the majority of babies (n=135; 59.7%), done with diapers/gauze /cloth in 131 of them. Of the 135 mothers who performed oral hygiene, 77 (57.03%) received guidance from lay people and the majority had a lower level of education (p=0.001). Family income did not influence the hygiene practice adopted (p=0.799). **Conclusion**: mothers with a lower level of education started oral hygiene for their babies before the onset of PDD, whose guidance was given by lay people, and that the income did not influence this practice.

Submetido: 17 de janeiro, 2024
Modificado: 31 de março, 2024
Aceito: 04 de abril, 2024

***Autor para correspondência**:
Andréa Fonseca-Gonçalves
Endereço: Rua Rodolpho Paulo Rocco 325, Cidade Universitária, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 21941-617
Número de telefone: + 55 (21) 39382098
E-mail: andrea.goncalves@odonto.ufrj.br

INTRODUÇÃO

A promoção de saúde durante a infância tem como meta assegurar além da saúde geral, uma ótima saúde bucal e boa integração social da criança, desempenhando papel fundamental no desenvolvimento infantil, influenciando funções essenciais, tais como a fala, mastigação e deglutição.[1] Faz parte dessa promoção, práticas de educação em saúde para orientar as famílias, principalmente as mães,[2] quanto a importância da dieta e higiene bucal adequadas, que são medidas essenciais para que o indivíduo fique livre de doenças, como a cárie e a gengivite.[3] O momento adequado para iniciar a higiene bucal em lactentes, entretanto, tem sido motivo de controvérsias, com recomendações divergentes sobre a abordagem ideal.[4] Essas divergências estão centralizadas principalmente na escolha entre iniciar a higiene em lactentes edêntulos ou após a erupção do primeiro dente decíduo. Durante muitos anos acreditava-se que a limpeza da boca do bebê edêntulo poderia prevenir a colonização da cavidade oral por microrganismos cariogênicos. Porém, é de conhecimento atual que tais microrganismos são colonizadores naturais da boca e não representam uma ameaça à saúde bucal da criança.[5]

Outra razão para que não se inicie a higiene bucal no bebê edêntulo diz respeito aos mecanismos de defesa e equilíbrio decorrentes da descamação natural das células epiteliais da mucosa. A exposição inicial à microbiota neonatal desencadeia um mecanismo temporário de proteção no epitélio bucal. Imediatamente após o nascimento, a exposição a microrganismos desafia o sistema imunológico do recém-nascido, simultaneamente promovendo sua maturação e adaptação ao novo ambiente.[6] A microbiota exerce um papel crucial na regulação da transição do epitélio bucal à medida que ele evolui do estágio neonatal para o adulto. A gradual substituição do epitélio bucal neonatal através da renovação celular desempenha um papel fundamental na prevenção da estimulação excessiva do epitélio durante essa fase crítica da vida, possibilitando, desse modo, o desenvolvimento de processos epiteliais estruturais e funcionais dependentes da microbiota.[6]

Além disso, ainda existe a cultura, mesmo sem evidências, de que a limpeza nessa fase acarreta bons hábitos de higiene futuros. É importante destacar que tal procedimento de higienização antecipada, com a possível manipulação da cavidade oral do bebê, pode apresentar potenciais riscos à saúde, uma vez que a falta de rigor na limpeza das mãos do responsável pela higienização pode resultar em possíveis infecções.[5] Os enterovírus, como exemplo, constituem uma significativa fonte de morbidade humana, particularmente relevante em neonatos e crianças de tenra idade. A principal via de infecção é de natureza fecal-oral, com a ingestão ocorrendo comumente por meio do contato com superfícies contaminadas, alimentos e/ou água, e com uma afinidade inicial pelo epitélio gastrointestinal durante suas fases iniciais de replicação.[8] O risco de transmissão pode ocorrer, especialmente após a troca de fraldas e após qualquer contato próximo com objetos que possam estar contaminados com fezes, urina ou secreções respiratórias.[9]

Outro ponto igualmente debatido diz respeito aos métodos e as técnicas apropriadas para iniciar a rotina de higiene. As sugestões variam consideravelmente, abrangendo desde o uso de dedeiras, panos, gaze ou dedo, bem como a introdução da escova de dentes como instrumento de higiene bucal.[4-10,11] A Associação Latino-Americana de Odontopediatria[12] e a Associação Brasileira de Odontopediatria[13] preconizam a introdução da higiene bucal a partir da irrupção do primeiro dente decíduo, conjuntamente com a Associação Americana de Odontopediatria[14] recomendando o emprego de escova de dentes de cerdas macias e dentifrício com pelo menos 1000 PPM de flúor, na quantidade adequada para a idade, para essa finalidade.

Assim, a orientação às mães e responsáveis, por meio de entrevistas motivacionais e esclarecedoras quanto ao tema, são fundamentais para educá-los sobre boas práticas de saúde bucal. Entretanto, o acesso a tais informações por pessoas que vivem em contextos socioeconômicos desfavorecidos não é rotineiro. Desta forma, esses indivíduos são mais vulneráveis a fatores de risco e comportamentos que podem agravar a incidência de condições bucais adversas,[15-18] possuindo baixo letramento em saúde,[17] muitas vezes associado ao baixo nível de escolaridade. Tal realidade ressalta uma preocupação significativa, uma vez que a falta de recursos ou o acesso limitado à informação pode levar a uma maior prevalência de complicações em bebês, em parte devido à implementação ineficaz de medidas desnecessárias, de maneira que devemos recomendar sempre práticas cujos benefícios superem os riscos.

Sabe-se que o baixo nível socioeconômico e baixo nível de escolaridade influenciam na maior prevalência de doenças passíveis de serem prevenidas.[18] Porém, pouco se tem conhecimento se tais fatores também influenciam nas práticas de higiene adotadas pelos pais para com seus bebês ainda na fase edêntula. Portanto, o objetivo deste estudo foi associar fatores socioeconômicos (renda familiar e escolaridade materna) com o início da higiene bucal de bebês edêntulos. Além disso, foi investigado a origem da orientação sobre higiene bucal recebida pelas mães.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo

O presente estudo transversal foi reportado de acordo com os critérios do guia para estudos observacionais STROBE[19] e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ), sob o número do parecer 4.676.124, em que mães de bebês aos 3 meses de idade foram entrevistadas entre setembro de 2021 e junho de 2022, na ME-UFRJ.

Sujeitos do estudo e tamanho da amostra

Mães participantes da Coorte de nascimento PIPA-UFRJ (Projeto Infância e Poluentes Ambientais da UFRJ), inicialmente abordadas durante a gestação e convidadas a integrar o presente estudo (projeto da Clínica de Bebês e Crianças na Primeira Infância da Faculdade de Odontologia da UFRJ - CliBin®, e aninhado à Coorte PIPA-UFRJ) constituíram a amostra deste estudo. O contato foi mantido para encontros posteriores, quando os bebês atingiram a idade de 3 meses, representando o primeiro segmento da Coorte. Assim, as mães que aceitaram participar do projeto da CliBin® foram incluídas na pesquisa. Mães de bebês com dentes natais ou neonatais foram excluídas do estudo.

Considerando que nos 9 meses do período do estudo um total de 1160 bebês nasceram vivos (dados disponíveis em http://www.me.ufrj.br/index.php/atencao-a-saude/relatorio-assistencial/290-indicadores-geral) na ME-UFRJ, e adotando-se um intervalo de confiança de 95%, um erro de 5%, e estimando-se uma variabilidade de 50% (maior possível na ausência de estudos prévios) dos respondentes quanto à prática de higiene bucal em bebês ainda sem dentes, uma amostra de 289 respondentes foi estimada para o presente estudo.

Coleta de dados

Por meio da anamnese, entrevistas foram realizadas por três examinadores previamente treinados, cujas questões abrangeram as seguintes variáveis: (1) dependente – realiza higiene bucal do bebê edêntulo (sim / não), e (2) independentes – idade da mãe no parto (usada a mediana como parâmetro), raça do bebê (autodeclarada pelo responsável), sexo do bebê, nível de escolaridade da mãe (medido em anos de estudo e série escolar), renda familiar (quantidade de salários-mínimos na moeda corrente do Brasil), cujos valores foram obtidos através do Critério de Classificação Econômica do Brasil,[20] informações sobre quem forneceu orientações quanto à prática de higiene realizada no bebê (profissional de saúde / leigo), e o método utilizado para a higiene bucal dos bebês quando praticada (fralda, gaze, paninho / dedeira / escova).

Análise de dados

Todos os dados coletados foram tabulados e analisados no software SPSS versão 24.0 (SPSS Inc., IBM, Chicago, EUA). Foram realizadas análises descritivas por meio de médias e frequências absolutas ou relativas, com seus respectivos desvios-padrões de todas as variáveis pesquisadas. O teste Qui-quadrado foi utilizado para avaliar associações entre a variável dependente (realiza ou não a higiene bucal do bebê edêntulo) e os seguintes fatores: socioeconômicos (renda familiar e escolaridade materna) e idade da mãe no parto. A significância estatística considerada para todos os testes foi de 5% (p<0,05).

RESULTADOS

Constatou-se que entre os bebês cujos responsáveis participaram da pesquisa, 149 (51,6%) eram do sexo feminino. Além disso, a maioria dos responsáveis (50,5%) afirmou que seus bebês eram pardos. A idade média das mães durante o parto foi de 29,3±6,8 anos, onde a maioria (214; 74%) possuía até 12 anos de estudo, sendo que 91 (42,5%) não completou o ensino médio. No que se refere à renda mensal, a maioria (244; 89,1%) ganhava entre 1 e 5 salários-mínimos, e apenas 13 (4,7%) ganham valores mensais superiores a 8 salários-mínimos (Tabela 1).

No que tange à prática de higiene bucal, a maioria (135; 59,7%) a realizava nos bebês antes da irrupção do primeiro dente decíduo. E, entre esses, o uso de fralda, gaze ou pano foi majoritária (131; 58%), enquanto 4 (1,8%) utilizam dedeira. Ainda quanto à amostra, 57 (42,5%) mães receberam a orientação para realizar a higiene da boca/gengiva dos bebês na fase edêntula de profissionais de saúde, como médicos pediatras, dentistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem (Tabela 1).

Os resultados do estudo demonstram que mães com menor nível de escolaridade realizavam mais a limpeza da boca/gengiva do bebê ainda edêntulo comparadas às mães com mais anos de estudo (p=0,001). Já a idade da mãe (p=0,373) e a renda (p=0,799) não foram fatores associados à prática de higiene bucal dos bebês do estudo (Tabela 2).

Tabela 1: *Dados sociodemográficos, renda, nível de escolaridade e práticas de higiene relatadas pelas mães.*

Variável		n	%
Sexo dos bebês	Feminino	149	51,6
	Masculino	140	48,4
Raça dos bebês	Pardo	146	50,5
	Preto	32	11,1
	Branco	107	37,0
	Outra	4	1,4
Idade da mãe no parto	≤29 anos	149	51,6
	>29 anos	140	48,4
Escolaridade (anos de estudo da mãe)	≤12 anos	214	74,0
	>12 anos	75	26,0
Renda familiar (n=274)	<1 salário-mínimo	17	6,2
	1-5 salários-mínimos	244	89,1
	>8 salários-mínimos	13	4,7
Higiene bucal antes da irrupção do primeiro dente (n=226)	Não	91	40,3
	Sim	135	59,7
Como realiza a higiene (n=226)	Dedeira	4	1,8
	Fralda/Gaze/Paninho	131	58,0
	NA	91	40,3
Quem orientou sobre a higiene (n=226)	Médico pediatra	31	13,7
	Dentista	8	3,5
	Enfermeiro/técnico	18	8,0
	Outros	77	34,1
	NA	92	40,7

Nota: NA – Não aplicável. Para algumas variáveis, o total da amostra (n=289) não foi alcançado devido à perda de dados.

Tabela 2: *Associação entre a prática de higiene em bebês edêntulos e a renda, escolaridade e idade da mãe no parto.*

Variáveis		Higiene bucal do bebê sem dentes irrompidos n (%)		*p* valor
		NÃO	SIM	
Renda familiar (salários-mínimos) n=212	< 1	4(1,9)	8(3,8)	0,799
	1–5	78(36,8)	109(51,4)	
	> 8	6(2,8)	7(3,3)	
Escolaridade (anos de estudo) n=226	≤12	57(25,2)	110(48,7)	0,001*
	>12	34(15,0)	25(11,1)	
Idade da mãe no parto (n=226)	≤ 29 anos	48(21,2)	67(29,6)	0,373
	> 29 anos	43(19,0)	68(30,1)	

*Nota: * significância estatística (teste Qui-quadrado). Para algumas variáveis, o total da amostra (n=289) não foi alcançado devido à perda de dados.*

DISCUSSÃO

A recomendação atual quanto à higiene bucal do bebê é de iniciá-la a partir do momento em que o primeiro dente decíduo irrompe na cavidade bucal.[12,13] No entanto, observou-se uma não conformidade com essa prática entre as mães participantes deste estudo, uma vez que a maioria (59,7%) relatou realizar a higiene bucal de seus bebês ainda sem dentes. Esse resultado vai de encontro com os dados de um estudo realizado na Itália,[1] onde as práticas de higiene bucal foram conduzidas apenas por 25% dos pais antes da erupção do primeiro dente decíduo. Apesar da maioria da amostra do referido estudo realizar a prática de higiene bucal em conformidade com as recomendações atuais, os próprios autores do estudo italiano[1] lamentaram o resultado, pois afirmaram que "infelizmente, nem todos os pais conhecem os materiais auxiliares (gaze, dedais de silicone ou luvas) para realizar manobras de higiene bucal domiciliar". Essa divergência quanto ao início da prática de higiene bucal do bebê já foi demonstrada por Gomes Silva Cerqueira *et al*.[4], que reportaram disparidades entre as recomendações das associações de odontopediatria do continente americano.

Apenas 23,8% das associações de Odontopediatria das Américas recomendam a higiene a partir da irrupção do primeiro dente na cavidade bucal, como as Associações Brasileira (ABOPED), Americana (AAPD) e a Latino-Americana (ALOP), indicando o uso de escova dental com dentifrício fluoretado, para tal prática, somente após o dente estar presente na boca.

Pesquisas revelam que mães ou responsáveis com menor nível de escolaridade enfrentam restrições ao acesso a informações relacionadas à saúde,[18-21] o que, por sua vez, pode acarretar a adoção de comportamentos inadequados relacionados à prática de cuidados com seus filhos. Essas mães podem apresentar um nível reduzido de letramento em saúde, o que impacta sua capacidade de compreender e aplicar tais práticas.[17] No presente estudo, observou-se que o nível mais baixo de escolaridade materna esteve associado à prática inadequada de higiene bucal em bebês sem dentes. Isso sugere que um maior nível de escolaridade pode estar associado ao mais fácil acesso a conteúdo e informações atualizadas, bem como a um maior interesse em buscar fontes relevantes de conhecimento para a prática de cuidado com a saúde dos bebês. É possível que mães mais instruídas busquem opiniões diversas antes de adotar comportamentos na rotina de seus filhos, considerando orientações de diferentes profissionais em detrimento de conselhos de amigos e familiares. Principalmente porque no presente estudo a maior influência na adoção precoce da prática de higiene bucal foi oriunda de indivíduos leigos, ou seja, pessoas que não possuem formação na área de saúde e, portanto, não têm embasamento acadêmico-científico para recomendar tal procedimento.

Considerando ainda a fonte da orientação recebida, foi visto que 42,2% da população que realiza a higiene no bebê receberam tais orientações de profissionais de saúde, incluindo dentistas. Acredita-se que esses profissionais ainda recomendem a limpeza da cavidade bucal do bebê na fase edêntula para se evitar uma possível infecção, uma vez que no guia de atenção básica sobre saúde bucal do Ministério da Saúde,[22] publicado em 2006, a instrução é de que a limpeza da cavidade bucal deve ser iniciada antes mesmo da erupção dental, com utilização de tecido limpo ou gaze embebida em água filtrada. Entretanto, uma contaminação da cavidade também pode ser causada se a água e/ou a gaze utilizadas para a limpeza não forem adequados.[22] Segundo um estudo piloto em que se investigou se a limpeza da cavidade bucal de bebês na fase edêntula comparada a não limpeza nessa fase evitaria candidíase, os autores encontraram maior número de espécies de cândida em bebês cujas mães foram orientadas a limpar a cavidade comparados aos bebês cujas mães não foram orientadas a tal prática.[23] Em acréscimo, os autores do presente estudo sugerem que o guia de atenção básica citado deve ser revisado, uma vez que se encontra desatualizado após quase 20 anos da sua publicação.

A análise dos dados sobre a associação entre a limpeza da cavidade oral em bebês na fase edêntula e a renda familiar não demonstrou significância estatística. É importante ressaltar a predominância de famílias com renda entre 1 a 5 salários mínimos,[20] com uma representação limitada de outras rendas para fins de análise, o que representa uma limitação do presente estudo. Assim, os autores sugerem novas pesquisas sobre o tema, com uma variação mais ampla da amostra quanto ao status socioeconômico.

CONCLUSÃO

Conclui-se que na amostra pesquisada, apesar de não ter sido encontrada associação entre a renda familiar e a prática de higiene bucal de bebês na fase edêntula, as mães com maior nível de escolaridade demonstraram menor frequência na realização dessa prática. Além disso, a maioria das orientações de higiene bucal recebidas pelas mães foram provenientes de pessoas leigas. Portanto, a implementação de programas de promoção de saúde bucal infantil com ações educativas que visem o letramento em saúde bucal direcionados às mães e cuidadores, é fortemente aconselhado.

REFERÊNCIAS

1. Fioravanti M, Di Giorgio G, Amato R, Bossù M, Luzzi V, Ierardo G, *et al*. Baby Food and Oral Health: Knowledge of the Existing Interaction. Int J Environ Res Public Health. 2022;10;19(10):5799.doi: 10.3390/ijerph19105799.
2. Riggs E, Kilpatrick N, Slack-Smith L, Chadwick B, Yelland J,Muthu MS, *et al*. Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries. Cochrane Database Syst Rev. 2019;20;2019(11):CD012155. doi: 10.1002/14651858.CD012155.pub2
3. Carmagnola D, Pellegrini G, Malvezzi M, Canciani E, Henin D,Dellavia C. Impact of Lifestyle Variables on Oral Diseases and Oral Health-Related Quality of Life in Children of Milan (Italy). Int J Environ Res Public Health. 2020;11;17(18):6612. doi: 10.3390/ijerph17186612
4. Cerqueira AGS, Magno MB, Barja-Fidalgo F, Vicente-Gomila J, Maia LC, Fonseca-Gonçalves A. Recommendations from paediatric dentistry associations of the Americas on breastfeeding and sugar consumption and oral hygiene in infants for the prevention of dental caries: A bibliometric review. Int J Paediatr Dent. 2021;31(5):664-675. doi: 10.1111/ipd.12754.
5. Abanto J. Higiene bucal em bebês: como superar os desafios? In: Abanto J, author. Odontopediatria da gestante ao bebê: abordagem transdisciplinar na arte de cuidar. 1ª ed. São Paulo: Santos publicações; 2023
6. Zubeidat K, Hovav AH. Shaped by the epithelium - postnatal immune mechanisms of oral homeostasis. Trends Immunol. 2021;42(7):622-634. doi: 10.1016/j.it.2021.05.006.
7. Koren N, Zubeidat K, Saba Y, Horev Y, Barel O, Wilharm A, *et al*. Maturation of the neonatal oral mucosa involves unique epithelium-microbiota interactions. Cell Host & Microbe. 2021;29(2):197-209.e5. doi: 10.1016/j.chom.2020.12.006.
8. Wells AI, Coyne CB. Enteroviruses: A Gut-Wrenching Game of Entry, Detection, and Evasion. Viruses. 2019;21;11(5):460. doi:10.3390/v11050460.
9. Singh S, Mane SS, Kasniya G, Cartaya S, Rahman MM, Maheshwari A, *et al*. Enteroviral Infections in Infants. Newborn (Clarksville). 2022;1(3):297-305. doi: 10.5005/jp-journals-11002-0036.
10. Khodke S, Naik S, Agarwal N. Infant Dietary Pattern and its Association with Early Childhood Caries in Preschool Children: A Cross-sectional Study. Int J Clin Pediatr Dent. 2023;16(3):421-425. doi: 10.5005/jp-journals-10005-2356.
11. Lamba G, Thosar NR, Khandaitkar S, Khondalay S. Evaluation of the Behavioral Determinants of Infant Oral Hygiene Practices in a Rural Area. Cureus. 2023;17;15(6):e40550. doi: 10.7759/“cureus.40550.
12. Associação Latinoamericana de Odontopediatria - ALOP[internet]. Guia de Saúde Bucal para Pediatras. Acesso em 10 de setembro de 2023. Disponível em: <https://backup.revistaodontopediatria.org/publicaciones/Guias/Guia%de-salud-bucal-infantil-para-pediatras-Web-Portugues.pdf>
13. Associação Brasileira de Odontopediatria - ABOPED[internet]. Diretrizes para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria. 3ª ed. São Paulo: Santos Publicações;2020.
14. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Consequences and preventive strategies. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.:American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:90-3.
15. Foley M, Akers HF. Does poverty cause dental caries? Aust Dent J. 2019;64(1):96-102. doi: 10.1111/adj.12666.
16. Tefera A, Bekele B. Periodontal Disease Status and Associated Risk Factors in Patients Attending a Tertiary Hospital in Northwest Ethiopia. Clin Cosmet Investig Dent. 2020;10;12:485-“492. doi: 10.2147/CCIDE.S282727.
17. Montes GR, Bonotto DV, Ferreira FM, Menezes JVNB, Fraiz FC. A alfabetização em saúde bucal do cuidador está associada àprevalência de cárie dentária não tratada em pré-escolares. Cien“Saúde Colet. 2019;22;24(7):2737-2744. doi: 10.1590/1413-81232018247.
18. Al Mejmaj DI, Nimbeni SB, Alrashidi RM. Association between Demographic Factors Parental Oral Health Knowledge and their Influences on the Dietary and Oral Hygiene Practices followed“by Parents in Children of 2-6 Years in Buraidah City Saudi Arabia: A Pilot Study. Int J Clin Pediatr Dent. 2022;15(4):407-411. doi: 10.5005/jp-journals-10005-2409
19. Elm EV, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC,Vandenbroucke JP, *et al*. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement:“guidelines for reporting observational studies. Int J Surg. 2014;12(12):1495-9. doi: 10.1016/j.ijsu.2014.07.013.
20. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP[internet]. Critério de Classificação econômica Brasil 2022. Disponível em: https://www.abep.org/criterio-brasil.
21. De Oliveira PAD, Bendo CB, Paiva SM, de Abreu MHNG, Auad SM. Associação do nível de escolaridade de pais e responsáveis com os hábitos alimentares e de higiene bucal de crianças. Arq Odontol. 2018;54:e02. doi: doi.org/10.7308/aodontol/2018.54.e02
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de“Atenção Básica. Saúde bucal/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica - n.º 17, P.53).
23. Silva N, Vicente R, Moreira K, Rolim VC, Imparato J, Silva SR. Relationship Between Oral Hygiene in Newborns and Candida spp: Pilot Study for a Randomized Clinical Trial. IADR. 2021.