



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA

ADELAINÉ MARIA DE SOUSA

**AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL, FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E ANTROPOMÉTRICOS COM COESÃO E
ADAPTABILIDADE FAMILIAR EM ADOLESCENTES**

RECIFE

2019

ADELAINÉ MARIA DE SOUSA

**AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL, FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E ANTROPOMÉTRICOS COM COESÃO E
ADAPTABILIDADE FAMILIAR EM ADOLESCENTES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Odontologia da UFPE, como requisito parcial para obtenção
do grau de Doutor em Odontologia.

Área de concentração: Clínica Integrada.

Orientadora: Prof^a Dr^a Renata Cimões Jovino Silveira

Coorientadora: Prof^a Dr^a. Bruna de Carvalho Farias Vajgel

RECIFE

2019

Catálogo na fonte:
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

S729a Sousa, Adelaine Maria de
Avaliação da associação da saúde bucal, fatores sociodemográficos e antropométricos com coesão e adaptabilidade familiar em adolescentes / Adelaine Maria de Sousa. – 2019.
74 f. : il.

Orientadora: Renata Cimões Jovino Silveira.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Odontologia. Recife, 2019.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Saúde Bucal. 2. Funcionamento Familiar. 3. Adolescentes. 4. Epidemiologia. I. Silveira, Renata Cimões Jovino. (orientadora). II. Título.

617.6 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2020 - 026)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
CEP 50670-901 - AV. PROF. MORAES REGO, 1235 - RECIFE - PE
TELEFONE: (81) 2126-8817 - E-MAIL: ppgodonto2@gmail.com

Adelaine Maria de Sousa - "AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL, FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E ANTROPOMÉTRICOS COM COESÃO E ADAPTABILIDADE FAMILIAR EM ADOLESCENTES", Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da universidade Federal de Pernambuco.

Aprovada em 16 de dezembro de 2019

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Renata Cimões Jovino Silveira

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Leila Santana Coimbra
UNIT

Prof.^a Dr.^a Juliana Raposo Souto Maior Costa
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Roberto Carlos Mourão Pinho
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Andrea dos Anjos Pontual
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Junior
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a Deus, porque por Ele, Dele e para Ele são todas as coisas. Foi Ele que, na eternidade, predestinou este trabalho e o tornou possível. Ele que me deu a vida e a certeza de que todas as coisas que acontecem redundam em um bem eterno.

AGRADECIMENTOS

Nenhuma pessoa faz algo sozinha, por isso sou grata:

À Deus, pois sem Ele eu nada seria.

Aos meus pais, Antonio e Onilda. Sempre presentes, dando todo o apoio necessário e que me ensinaram, com seus exemplos, a valorizar o que realmente importa: as coisas eternas. E isso muda a forma como agimos aqui nesse mundo.

Aos meus irmãos, Adijane e Aderlan, pelo companheirismo.

Ao meu amigo e namorado Josué Júnior que sempre fez tudo o que era possível para me ajudar nesse doutorado.

Aos meus amigos e colegas que sempre torceram e me apoiaram. Não daria para colocar o nome de todos aqui.

À minha orientadora, a professora Dr^a Renata Cimões, por sua competência profissional, generosidade e pela oportunidade de participar do seu grupo de pesquisa. Obrigada pelos ensinamentos, confiança e paciência.

À minha co-orientadora, Prof^a Dr^a Bruna Vagjel, que é outro exemplo a ser seguido, por sua disciplina e esmero em tudo o que faz.

À Thais Carine por dividir boa parte das cargas dessa jornada comigo. Foi um privilégio ver o seu crescimento acadêmico/profissional e familiar. Não posso esquecer dos demais colegas da minha turma de doutorado (2016) e do grupo de pesquisa, em especial a prof^a Dr^a Carolina Leitão, Eduardo Barbosa e Felipe Almeida que foram os que estiveram sempre mais perto e as meninas da graduação Alessandra Matias, Alessandra Callado, Alexia Luíse (atualmente já colegas de profissão) e Kamilla Medeiros, Gabriela Pereira e Rebeca.

Aos professores e funcionários (atuais e antigos) do Programa de Pós Graduação em Odontologia da UFPE.

Ao Prof^o Dr^o Paulo Fonseca por ser meu preceptor no estágio de docência, assim como os demais professores da Clínica Integral I diurno. Foram momentos riquíssimos de aprendizagem.

Aos gestores das escolas participantes que disponibilizaram horários e locais para a coleta dos dados. Aos pais e/ou responsáveis, que permitiram a participação dos menores. E, por fim, aos adolescentes, pois sem eles essa pesquisa não teria

sido possível. Obrigada por responderem cada questão e por permitirem ser examinados.

“Tudo o que não é eterno está eternamente ultrapassado” (LEWIS, 2017, p. 183.⁽¹⁾)

RESUMO

O funcionamento familiar pode estar envolvido com comportamentos e tomadas de decisões relacionadas à saúde dos adolescentes. O objetivo foi investigar a coesão e adaptabilidade familiar percebida e sua associação com a saúde bucal, fatores sociodemográficos, de utilização de serviços odontológicos e dados antropométricos, em adolescentes. Estudo transversal com amostra calculada e randomizada de 790 adolescentes de escolas da rede pública estadual do município de Camaragibe-PE. Os adolescentes foram examinados clinicamente para avaliação da prevalência da cárie de acordo com o CPOD (Dentes cariados, perdidos e obturados), a condição periodontal, por meio da profundidade à sondagem, nível gengival e sangramento à sondagem; traumatismo dentário, má oclusão e dados antropométricos, que foi o IMC (Índice de massa corpórea) por idade e sexo. Também responderam a um questionário sobre questões sociodemográficas e utilização dos serviços de saúde bucal, além da escala FACES III (*Family Adaptability and cohesion scale*), para analisar o funcionamento familiar. Para análise estatística, as variáveis que apresentaram significância na análise bivariada de até 25% foram levadas para a análise multivariada e todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%. A média de idade foi de 16,15 anos, 50,6% eram do sexo feminino e 46,3% se declararam pardos. Na análise bivariada, a coesão baixa foi significativa no sexo feminino ($p=0,032$), na baixa escolaridade do pai ($p=0,044$), baixa escolaridade da mãe ($p=0,029$), no fato de o adolescente nunca ter ido ao dentista ($p=0,037$) e ter gengivite ($p=0,021$); a alta coesão foi associada ao trauma ($p=0,031$) e a ausência de cárie ($p=0,027$). A adaptabilidade baixa foi associada à raça (preta e amarela) ($p=0,034$), à baixa escolaridade da mãe ($p=0,041$), à baixa renda ($p=0,030$) e ao overjet acentuado ($p=0,002$). E, pela análise multivariada, permaneceram associadas a coesão baixa à baixa escolaridade materna ($p=0,010$) e coesão alta à ausência de cárie ($p=0,042$); adaptabilidade baixa ao overjet acentuado ($p=0,010$) e a presença de cárie ($p=0,038$) e adaptabilidade alta aos adolescentes mais velhos ($p=0,031$). famílias com coesão e adaptabilidade baixas apresentaram os piores índices de saúde bucal e fatores relacionados a esta.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Funcionamento Familiar. Adolescentes. Epidemiologia.

ABSTRACT

Family functioning may be involved in behaviors and decision making related to adolescent health. The objective was to investigate the perceived family cohesion and adaptability and its association with oral health, sociodemographic factors, use of dental services and anthropometric data in adolescents. Cross-sectional study with a calculated and randomized sample of 790 adolescents from state public schools in Camaragibe-PE. The adolescents were clinically examined for caries prevalence according to the DMFT (decayed, lost and filled teeth), periodontal condition, by probing depth, gingival level and bleeding on probing; dental trauma, malocclusion and anthropometric data, which was the BMI (body mass index) by age and gender. They also answered a questionnaire on sociodemographic issues and the use of oral health services, in addition to the FACES III (Family Adaptability and Cohesion Scale), to analyze family functioning. For statistical analysis, variables that presented significance in bivariate analysis of up to 25% were taken to multivariate analysis and all conclusions were drawn considering the significance level of 5%. The average age was 16.15 years, 50.6% were female and 46.3% declared brown. In the bivariate analysis, low cohesion was significant in females ($p = 0.032$), in father's low education ($p = 0.044$), in mother's low education ($p = 0.029$), in the fact that the adolescent had never been to the dentist ($p = 0.037$) and have gingivitis ($p = 0.021$); high cohesion was associated with trauma ($p = 0.031$) and absence of caries ($p = 0.027$). Low adaptability was associated with race (black and yellow) ($p = 0.034$), low maternal education ($p = 0.041$), low income ($p = 0.030$) and marked overjet ($p = 0.002$). And, by multivariate analysis, they remained associated with low cohesion with low maternal education ($p = 0.010$) and high cohesion with the absence of caries ($p = 0.042$); low adaptability to severe overjet ($p = 0.010$) and the presence of caries ($p = 0.038$) and high adaptability to older adolescents ($p = 0.031$). Families with low cohesion and adaptability had the worst oral health indexes and related factors.

Keywords: Oral Health. Family Functioning. Adolescents. Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Localização Geográfica do município de Camaragibe.....	19
Figura 2 - Gráfico de IMC X Idade para meninas de 5 a 19 anos.....	25
Figura 3 - Gráfico de IMC X Idade para meninos de 5 a 19 anos.....	26
Quadro 1- Categorização das Variáveis.....	26

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CPO-D	Dentes cariados, perdidos e obturados
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
FACES	<i>Family Adaptability and Cohesion Scale</i> ou Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Pernambuco
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
IMC	Índice de Massa Corpórea

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	OBJETIVOS.....	17
1.1.1	Objetivo geral	17
1.1.2	Objetivos específicos	17
2	METODOLOGIA	18
2.1	DESENHO DO ESTUDO.....	18
2.2	ÁREA DE ESTUDO	18
2.3	POPULAÇÃO E PROCESSO DE SELEÇÃO	19
2.3.1	População	19
2.3.2	Calibração	19
2.3.3	Cálculo amostral	20
2.4	SELEÇÃO DA AMOSTRA	21
2.5	COLETA DOS DADOS	21
2.5.1	Questionário	21
2.5.2	Ficha Clínica	23
2.6	CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	26
2.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	28
3	RESULTADOS	29
	REFERÊNCIAS	30
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS - RESOLUÇÃO 466/12)	36
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS- RESOLUÇÃO 466/12)	39

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MENORES DE 12 A 18 ANOS - RESOLUÇÃO 466/12)	42
APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO	45
APÊNDICE E – FICHA CLÍNICA	46
APÊNDICE F – RESULTADOS	48
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	67
ANEXO B – ESCALA FACES III.....	71
ANEXO C- NORMAS DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA.....	72

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde possuía uma perspectiva tradicional centrada nos determinantes biológicos das doenças. Com a percepção dos limites desse modelo, evidencia-se um novo que considera a multidimensionalidade da saúde, incluindo informações subjetivas do processo saúde-doença e o contexto em que a pessoa está inserida.^(2, 3)

A adolescência é uma fase da vida caracterizada por importantes mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais. É um importante momento para a adoção de novas práticas e comportamentos, para o ganho de autonomia, como também à exposição a diversas situações de risco presente e futuro para a saúde.⁽⁴⁾ E, por ser um período no qual culmina todo o processo da maturação biopsicossocial do indivíduo^(3, 5), torna-se importante um entendimento dos fatores psicossociais que podem comprometer a saúde bucal nessa fase da vida.⁽⁶⁾

Em grande parte da sociedade, a família tem um forte poder de influência no desenvolvimento dos seus membros. A influência positiva dos pais sobre seus filhos adolescentes é, muitas vezes, mais efetiva na promoção de comportamentos saudáveis do que a influência dos demais grupos sociais.^(7, 8)

Inegavelmente, a família exerce um importante papel no cuidado de seus membros. É reconhecida como centro das atividades de cuidado, pois parte do cuidado ocorre no lar, através da assistência às necessidades dos membros da família.⁽⁹⁾ E parte da atenção básica do Sistema de Saúde Brasileiro está centrada na família.⁽¹⁰⁾

Desse modo, é importante entender como é o relacionamento entre os familiares. E isso torna a coesão e adaptabilidade familiar uma importante unidade de estudo e atuação, pois é essencial para otimizar as relações e melhorar condições de saúde e qualidade de vida das pessoas.⁽¹¹⁾

Coesão e adaptabilidade são dimensões básicas que descrevem a organização da estrutura familiar.⁽¹²⁾ Sendo coesão a ligação emocional que se estabelece entre os membros de uma família; tendo seu foco na relação de equilíbrio entre separação e união e de dependência e independência entre os sujeitos. E, adaptabilidade, a capacidade da família de ser flexível para mudanças, por meio da variação na estrutura de poder e regras de relacionamento.⁽¹³⁾

O funcionamento familiar pode ser avaliado por meio de questionários e um deles é a Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar, FACES III. É a escala mais estudada por ser simples, breve e de autoaplicação. ⁽¹⁴⁾

Relações familiares estão associadas a algumas doenças mediadas por fatores comportamentais, com características multifatoriais, como a asma, diabetes, doença renal crônica e epilepsia⁽¹⁵⁻¹⁹⁾. O funcionamento familiar também se relaciona com questões de violência, alimentação, fumo e depressão. ^(12, 20-22)

Doenças bucais também são consideradas multifatoriais e por isso não se pode ignorar as dimensões psicossociais, superando o modelo biomédico, que é centrado nos determinantes biológicos. ^(23, 24) Em um estudo com crianças pré-escolares não foi observada associação entre o funcionamento familiar, a experiência de cárie e as necessidades de tratamento. Todavia, as autoras relatam que os resultados encontrados para os níveis de coesão e adaptabilidade alertam para a necessidade de apoio às famílias consideradas disfuncionais. ⁽²⁵⁾ Já em estudo com adolescentes brasileiros, os com baixa coesão familiar, apresentaram as piores condições socioeconômicas, comportamentos prejudiciais à saúde e dentes cariados; e os com alta coesão, apresentaram melhores condições socioeconômicas e menor exposição ao tabagismo. ⁽¹¹⁾ Andrade et al.⁽²⁶⁾, em um estudo com idosos, pesquisando sobre a ingesta inadequada de nutrientes e sua associação com condição de saúde bucal e coesão familiar, concluíram que não houve associação entre ingesta inadequada de nutrientes e a coesão familiar. Entretanto, essa relação entre nutrição e a relação familiar pode estar associada mais no suporte que esses idosos têm em relação às compras e ao preparo dos alimentos, à cultura, ao conhecimento e a fatores sociodemográficos.

A cárie é uma doença onde os fatores envolvidos interagem num determinado período de tempo, levando a um desequilíbrio no processo de desmineralização e remineralização entre a superfície dentária e o biofilme adjacente. ⁽²⁷⁾ E está associada a fatores comportamentais e de autocuidado, mediados por condições socioeconômicas. ⁽²⁸⁾

A doença periodontal tem como agente etiológico o biofilme dental associado a grupos específicos de anaeróbios gram-negativos. No entanto, a resposta do hospedeiro frente à agressão tem sido associada à maior parte do dano tecidual observado. ⁽²⁹⁾ Há uma resposta individual moduladora que contribui para o seu grau de patogênese e severidade. ⁽³⁰⁾ E estudos com adolescentes mostram como a

condição periodontal foi associada ao tipo de escola e de serviço odontológico que frequentavam, ao tabagismo, consumo de bebida alcoólica, autopercepção da saúde bucal, raça, região e renda. ⁽³¹⁻³³⁾

A baixa coesão familiar já foi associada com a baixa frequência na escovação diária, podendo supor que em famílias menos coesas há uma menor propagação de comportamentos em saúde, como seria o caso do hábito de higiene dental. ⁽¹¹⁾ Essa menor propagação de comportamentos de saúde em famílias com coesão baixa, pode ter influência na tomada de decisão, na atitude de aderir ou não ao tratamento, por exemplo, da má oclusão. Isso interfere na qualidade de vida, prejudicando a interação social e o bem-estar psicológico dos indivíduos acometidos, pois muitas vezes a má oclusão causa mais impacto do que outros aspectos físicos como o sobrepeso e a obesidade, que também podem interagir com a saúde bucal. ^(34, 35) Além disso, há o fato de que uma família de baixa coesão possui 16 vezes mais probabilidade de expor seus membros a situações de violência ⁽²¹⁾; seja por agressão, abuso físico, briga, e a violência é uma das causas do traumatismo dentário, juntamente como a queda e atividades esportivas. ⁽³⁶⁾

O contexto familiar é um lugar fundamental para o desenvolvimento dos adolescentes.⁵ Desse modo, investigar fatores além dos biológicos é de suma importância, além do fato de que essa temática, coesão e adaptabilidade familiar e condições bucais, ainda está pouco explorada, e a adolescência representa um momento fundamental para a promoção da saúde, pois os hábitos, estilo de vida serão levados para o futuro e nem sempre estes indivíduos desfrutam mais do cuidado e atenção que se tinha na infância.⁽³⁾ Sem dúvida, isso torna o apoio dos pais importantes⁽⁴⁾ fazendo da adolescência uma faixa etária que merece atenção no contexto de saúde bucal, pois nessa fase pode-se encontrar vários fatores, como a parada da vigilância dos pais nas questões de higiene bucal e alimentação, que podem contribuir para doenças bucais, que são multifatoriais e podem trazer graves consequências. ⁽³⁷⁻⁴¹⁾ Os pais podem exercer um efeito protetor na prevenção de comportamentos prejudiciais aos adolescentes e por isso a família deve ser estudada, pois seu papel é essencial na promoção da saúde desses indivíduos. ⁽⁴⁾

Diante disso, esse estudo objetivou investigar as relações familiares por meios dos diferentes gradientes da coesão e adaptabilidade familiar percebida e sua associação com a saúde bucal, fatores sociodemográficos e de acesso/utilização de serviços odontológicos, em adolescentes escolares. A hipótese nula de que não

existe associação entre as condições clínicas bucais, fatores sociodemográficos e antropométricos com a coesão e adaptabilidade familiar.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Investigar a coesão e adaptabilidade familiar percebida e sua associação com a saúde bucal, fatores sociodemográficos e antropométricos, em adolescentes escolares.

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever a população de adolescentes escolares da rede pública de Camaragibe -PE, com relação às características sociodemográficas.
- Estimar a prevalência da cárie dentária, da doença periodontal, do traumatismo dentário, da má oclusão e sobrepeso.
- Verificar se há associação entre os tipos de coesão e adaptabilidade familiar com a prevalência das condições clínicas (cárie, doença periodontal. Traumatismo dentário e má oclusão), fatores sociodemográficos e de utilização de serviços odontológicos e sobrepeso.

2 METODOLOGIA

Considerando o respeito à dignidade humana a coleta de dados foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob o parecer 1.903.921 (Anexo A). Os pais ou responsáveis pelos adolescentes e os maiores de 18 anos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices A e B). Os adolescentes maiores de 12 anos também assinaram o termo de assentimento livre e esclarecido (Apêndice C).

2.1 DESENHO DO ESTUDO

Esta pesquisa tratou-se de um estudo observacional de corte transversal e analítico, de base escolar.

2.2 ÁREA DE ESTUDO

A área de estudo compreendeu o município de Camaragibe-PE (Figura 1), que pertence à região metropolitana do Recife e que, no censo de 2010 tinha uma população de 144.466 habitantes e a estimada para o ano de 2019 é de 157.828 habitantes⁽⁴²⁾; e rede escolar com 15 escolas ofertando o ensino médio na rede estadual.⁽⁴³⁾

Figura 1 – Localização Geográfica do município de Camaragibe



Fonte: Pernambuco.⁽⁴⁴⁾

2.3 POPULAÇÃO E PROCESSO DE SELEÇÃO

2.3.1 População

A população foi composta por estudantes, de ambos os sexos, matriculados no ensino médio da rede estadual de Pernambuco do município de Camaragibe. O total destes era de 4.784 adolescentes.⁽⁴³⁾

2.3.2 Calibração

Para que os dados refletissem a realidade, foi essencial a uniformização da conduta entre o pessoal envolvido na coleta de dados e a padronização dos procedimentos e dos aparelhos, visando evitar a subjetividade; e por isso o treinamento da equipe envolvida não foi negligenciado.⁽⁴⁵⁾

Inicialmente, a calibração apresentou uma etapa teórica na qual foram apresentados os critérios e índices. Após isso, exames clínicos foram realizados pelas duas examinadoras e pelo padrão-ouro, especialista com experiência em estudos epidemiológicos, em vinte pacientes, auxiliadas por anotadoras. Com os resultados, para análise dos dados, foi construído um banco na planilha eletrônica Microsoft Excel a qual foi exportada para o software R, versão 3.1.3. Para avaliar o

grau de concordância entre as examinadoras foi calculado o coeficiente de concordância de Kappa, sendo considerada a seguinte classificação: pobre (Menor que zero), fraca (entre 0,0 e 0,20), razoável (entre 0,21 a 0,40), moderada (0,41 a 0,60), forte (entre 0,61 a 0,8) e quase perfeita (entre 0,81 a 1,00).⁽⁴⁶⁾ O resultado, quando comparado com o padrão ouro, foi maior que 0,81 para todos os índices (Tabela 1).

Tabela 1 – Resultados do teste Kappa.

Condição Clínica	Examinadora 1	Examinadora 2
Cárie dentária	0,90	0,92
Doença Periodontal	0,85	0,86
Traumatismo dentário	0,93	0,83
Má oclusão (Overjet)	0,89	0,93

Fonte: A autora

2.3.3 Cálculo amostral

Para a realização do cálculo amostral utilizou-se a prevalência de 50%, proporção que maximiza o tamanho da amostra, pois é a que gera a maior variância ($p=0,50$)⁽⁴⁷⁾. Isso significa assumir o pior cenário, ou seja, para qualquer prevalência a amostra é suficiente e significativa, com uma confiança de 95% com um erro de 5%.

O cálculo amostral obedeceu a seguinte fórmula de estimativa de proporção para uma população finita.

$$n = \frac{EDFF * N * Z_{\left(\frac{\alpha}{2}\right)}^2 * p(1 - p)}{(N - 1)d^2 + Z_{\left(\frac{\alpha}{2}\right)}^2 * p(1 - p)}$$

Onde:

N= 4.784

P é a proporção esperada na população (0,50).

$Z_{\left(\frac{\alpha}{2}\right)}^2$ é o valor tabelado da distribuição normal (1,96)

d é o erro (precisão absoluta) 5%

95% é nível de confiança

Efeito de desenho (EDFF)=2

$$n = \frac{2 * 4.784 * (1,96)^2 * 0,50 * 0,50}{(4.784 - 1) * (0,05)^2 + (1,96)^2 * 0,50 * 0,50} = 768 \text{ adolescentes}$$

Logo, a amostra mínima para representar a população foi de 768 adolescentes. A este número mínimo foi adicionado 20% para compensar as perdas, ficando com um total de 921 adolescentes.

2.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA

A partir da lista disponibilizada pelo Sistema de Informações de Pernambuco⁽⁴³⁾ foram realizados contatos para que todas as escolas participassem e onze aceitaram participar do estudo oferecendo as listas das salas de todas as turmas do ensino médio nos turnos da manhã e da tarde. Em cada uma dessas escolas foi realizado um sorteio de três salas, uma turma de cada série do ensino médio, com a finalidade de tornar a amostra mais heterogênea e representativa. Foram incluídos os adolescentes de 13 a 19 anos, pois foi considerada a adolescência de 10 a 19 anos⁽⁴⁸⁾, mas no ensino médio encontravam-se apenas com 13 ou mais anos. Também foram excluídos aqueles adolescentes usuários ou que já fizeram uso de aparelhos ortodônticos e os adolescentes com alguma deficiência que o impossibilitasse de realizar o preenchimento do questionário ou realização do exame clínico.

2.5 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada nas escolas, no horário normal das aulas e em ambientes disponibilizados pela gestão (sala de aula, auditório ou biblioteca). O período foi entre os meses de março a junho de 2018, através de questionário autoaplicável e de exame clínico bucal, realizado por duas pesquisadoras treinadas e calibradas auxiliadas por anotadoras, além da aferição do peso e da altura.

2.5.1 Questionário

O questionário autoaplicável utilizado na pesquisa foi amplamente discutido em sua formulação pelas pesquisadoras. Foi realizado um estudo piloto e a amostra foi incluída no total dos pesquisados por não ter sido verificada necessidade de se fazer alterações. Esse instrumento, de forma geral, se apresentou compreensível para a população estudada. Entretanto, sempre antes da aplicação, havia uma explicação dos objetivos e métodos do estudo, sendo retiradas todas as dúvidas que surgissem no momento da pesquisa.

No questionário foram coletadas informações sobre os dados demográficos, como sexo, idade, cor/raça, dados sociais como renda, ocupação, escolaridade dos pais, trabalho, condições de moradia e sobre utilização de serviços odontológicos (Apêndice D); juntamente com a escala FACES III (Anexo B) que avalia o funcionamento familiar por meio da coesão e adaptabilidade familiar.⁽¹³⁾

A escala FACES III⁽⁴⁹⁾ foi validada no Brasil por Falceto et al.⁽¹⁴⁾ e é o questionário mais estudado, por ser auto aplicado, breve e simples, adequado para uso como instrumento de triagem em serviços de atenção primária à saúde; podendo ser utilizado em indivíduos a partir dos 12 anos de idade. (14) (14) (14) É composta por 20 perguntas, sendo que as questões de número ímpar avaliam a coesão familiar e as questões pares avaliam a adaptabilidade. A cada pergunta atribui-se um valor de 1 a 5, correspondendo o valor 1 a “quase nunca” até o valor 5 “quase sempre”. A pontuação varia de 10 a 50 para cada domínio. Com essa pontuação, calcula-se a média e o desvio-padrão para a divisão dos tipos de coesão e adaptabilidade familiar, que foi de acordo com o modelo linear, onde se analisa separadamente as características de cada domínio.

Há dois componentes usados para a definição de coesão familiar: a ligação emocional entre membros da família e o grau de autonomia individual que o membro experimenta na família. Na alta coesão familiar, que caracteriza uma família aglutinada, há uma identificação excessiva com a família que resulta em vínculo extremo, limitando a autonomia individual. Já na baixa coesão familiar, uma família desligada, há uma baixa ligação entre os membros e alta autonomia individual. Dessa forma, um grau moderado de coesão familiar, que seriam as famílias separadas ou conectadas, é tido como o mais oportuno ao funcionamento familiar eficaz e ao ideal desenvolvimento individual.⁽¹³⁾

Já a adaptabilidade familiar é a capacidade de uma família mudar sua estrutura de poder, relações de papéis e regras de relacionamento em resposta ao estresse situacional e de desenvolvimento; e que uma adaptabilidade moderada, (famílias estruturadas ou flexíveis) seria o equilíbrio entre mudança e estabilidade, havendo assim, boa comunicação. E isso é vital para sociedades em constante mudança como a nossa, pois seriam estáveis, mas capazes de responder de maneira funcional às mudanças da vida⁽¹³⁾. Já as com baixa adaptabilidade seriam as famílias rígidas, controladoras, altamente hierárquicas, e as com alta

adaptabilidade seriam as famílias caóticas, onde há uma alta flexibilidade dos papéis desempenhados e praticamente sem regras de relacionamento.

Nesse estudo, para coesão familiar, os adolescentes foram divididos em três grupos de acordo com a média e desvio-padrão. Foram classificadas segundo o modelo linear, que analisa separadamente as características coesão e adaptabilidade.⁽¹⁴⁾ Valores abaixo e acima do desvio-padrão corresponderam às famílias com baixa (desligada) e alta (aglutinada) coesão familiar, respectivamente; e valores entre os desvios-padrão corresponderam a famílias com coesão familiar média (separada ou conectada)⁽¹¹⁾. Para a adaptabilidade familiar, também houve divisão em três grupos: baixa (rígida), média (estruturada ou flexível) e alta (caótica) adaptabilidade, também baseada na média e no desvio-padrão.

Níveis médios de coesão e adaptabilidade foram considerados de referências, pois, apesar de não existir um melhor nível absoluto um relacionamento, muitos terão problemas se funcionarem nos extremos (alto ou baixo) por muito tempo. É importante também saber que a coesão familiar está relacionada com o comportamento das famílias em relação às doenças, enquanto que a adaptabilidade influencia os protocolos de adesão aos tratamentos.⁽⁵⁰⁾

2.5.2 Ficha Clínica

Os dados clínicos foram coletados através de ficha clínica específica (Apêndice E), onde foram feitos registros referentes à cárie dental, condição periodontal, traumatismo dentário e overjet maxilar, além dos dados antropométricos (peso e altura). Os instrumentos utilizados foram sondas milimetradas manuais, odontoscópios, balança digital e estadiômetro. Estes eram acondicionados em embalagens, formando kits individuais, além de gases, e todos eram esterilizados em autoclave. As pesquisadoras usaram jalecos, óculos de proteção, máscaras, gorros e luvas descartáveis.

Na ficha clínica foram anotados dados referentes à identificação do adolescente, dos exames clínicos bucais, bem como peso e altura para cálculo antropométrico (IMC por idade).

Para verificar a prevalência cárie dentária foi aplicado o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D), seguindo os critérios da OMS.⁽⁵¹⁾

A condição periodontal foi avaliada de acordo com os parâmetros da Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-Implantares de 2017,

resultado do consenso entre da Academia Americana de Periodontia e da Federação Europeia de Periodontia e em estudos epidemiológicos, os adolescentes com história de periodontite e que apresentam inflamação gengival devem ser diagnosticados apenas com o pior cenário de periodontite.^(52, 53)

O exame clínico periodontal foi executado em todos os dentes, exceto os terceiros molares com sondas manuais milimetradas (PC15, Universidade Carolina do Norte). O sangramento (após 30 segundos da sondagem), a profundidade à sondagem e a recessão gengival foram coletados. Desse modo a condição periodontal foi classificada como: condição saudável quando não houvesse perda de inserção, profundidade de sondagem de até 3 mm e sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios; e a condição não saudável foi dividida entre gengivite, quando, após sondagem, houvesse sangramento em mais de 10% dos sítios, com profundidade à sondagem até 3mm e sem perda de inserção ou periodontite, quando tivesse perda de inserção detectada em dois ou mais sítios interproximais não adjacentes; ou perda de inserção de 3 mm ou mais na vestibular ou lingual/palatina em pelo menos 2 dentes. Sem que seja por causa de; recessão gengival de origem traumática, cárie dental estendendo-se até a área cervical do dente, presença de perda de inserção na face distal de um segundo molar e associado ao mau posicionamento ou extração de terceiro molar, lesão endoperiodontal drenando por meio do periodonto marginal e ocorrência de fratura radicular vertical.⁽⁵³⁾

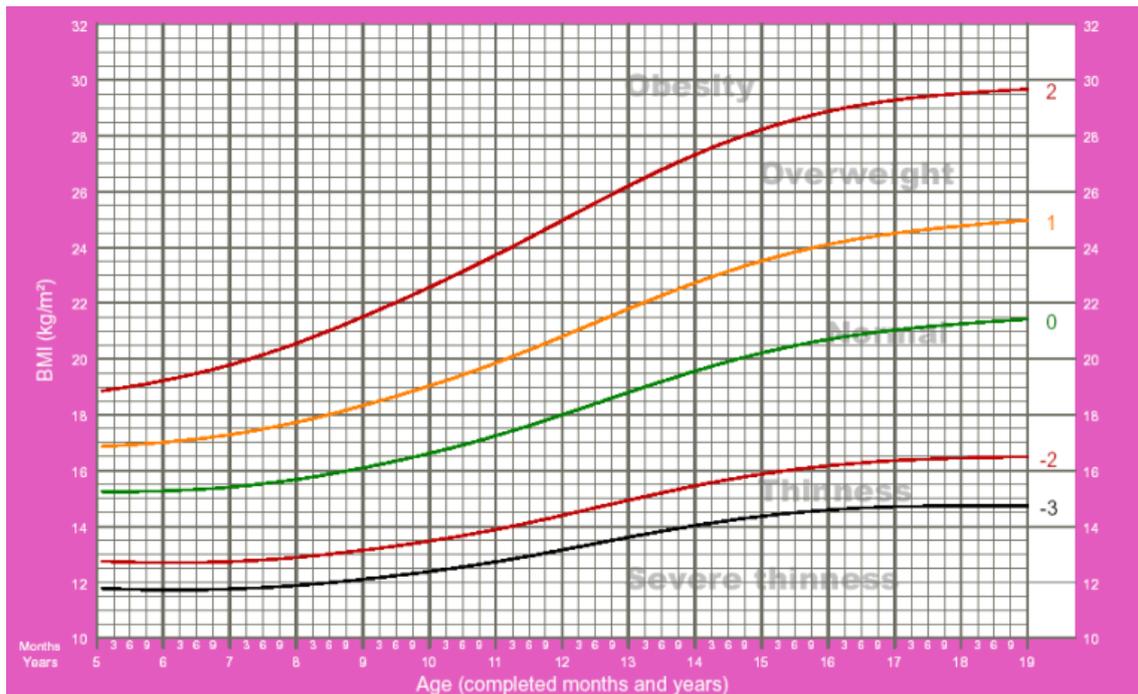
Para o traumatismo dentário, foram utilizados os mesmos códigos e critérios propostos por García-Godoy⁽⁵⁴⁾, no concernente a defeito de esmalte e fraturas coronárias, mas para os testes foi dicotomizado entre ausência ou presença de trauma. O overjet maxilar foi medido em milímetros e os com 5mm ou mais foram considerados acentuados.⁽⁴⁰⁾

Em relação aos dados antropométricos, peso e altura foram coletados de acordo com as orientações do Ministério da Saúde para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde.⁽⁵⁵⁾ Para o peso foi usada uma balança digital portátil. Esta era posicionada em um local onde não houvesse tapete ou carpete e numa posição que permitisse a leitura do mostrador mesmo com o adolescente já na balança.

Para a aferição da altura, um estadiômetro foi utilizado e colocado em um lugar semelhante ao da balança. Os adolescentes ficavam de costas para o suporte,

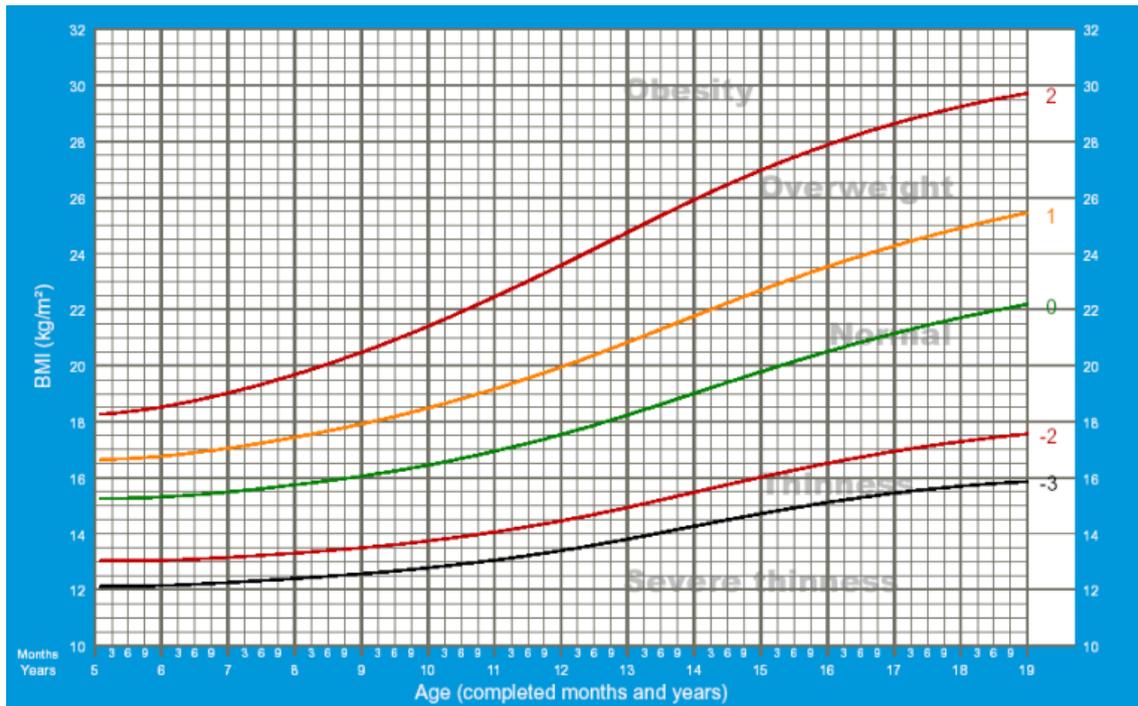
em posição ereta, com braços soltos do lado do corpo e olhando para frente (plano de Frankfurt). E, para a divisão nos grupos de sem sobrepeso ou com sobrepeso utilizou-se o IMC para a idade onde foi feita a distribuição em escore z, que é da OMS, recomendada pelo Ministério da Saúde, por ter medidas mais específicas, detectando com mais precisão os casos que estão mais gravemente relacionados com situações de risco nutricional ⁽⁵⁵⁾. Os resultados poderiam ser: magreza severa ($< \text{Escore-z } -3$), magreza ($\geq \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$), normal ($\geq \text{Escore-z } -2$ e $< \text{Escore-z } -1$; $\geq \text{Escore-z } -1$ e $\text{Escore-z } +1$), sobrepeso ($> \text{Escore-z } +1$ e $\text{Escore-z } +2$), obesidade ($> \text{Escore-z } +2$ e $\leq \text{Escore-z } +3$) e obesidade grave ($> \text{Escore-z } +3$). Para este estudo, foram usados gráficos (Figuras 2 e 3) para a classificação que foi dividida em: sem sobrepeso (magreza severa, magreza e normal) e os com sobrepeso (sobrepeso, obesidade e obesidade grave). A categorização das variáveis encontra-se no quadro 1.

Figura 2 – Gráfico de IMC X Idade para meninas de 5 a 19 anos.



Fonte: Florianópolis. ⁽⁵⁶⁾

Figura 3 – Gráfico de IMC x Idade para meninos de 5 a 19 anos.



Fonte: Florianópolis. ⁽⁵⁶⁾

2.6 CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Quadro 1 – Categorização das variáveis

VARIÁVEIS		CATEGORIZAÇÃO
Variável dependente	Coesão familiar (dividida pela média – 30,43 – e desvio padrão – 5,33)	-Baixa coesão (Família desligada) pontuação até 26 -Média coesão (Família separada ou conectada) 27 a 36 -Alta coesão (Família aglutinada) mais de 37
	Adaptabilidade familiar (dividida pela média – 22,83 – e desvio padrão – 3,12)	-Baixa adaptabilidade (Família rígida) pontuação até 18 -Média adaptabilidade (Família estruturada ou flexível) 19 a 25 -Alta adaptabilidade (Família caótica) mais de 26
CPOD		-Hígido -Cariado

	<ul style="list-style-type: none"> -Perdido -Obturado <p>E média do índice do CPO-D</p>
Condição Periodontal	<ul style="list-style-type: none"> -Condição Saudável -Condição não saudável: Gengivite ou Periodontite
Traumatismo dentário	<ul style="list-style-type: none"> -ausência de trauma -presença de trauma
Overjet	<ul style="list-style-type: none"> - normal - acentuado
Dados antropométricos (IMC)	<ul style="list-style-type: none"> -Sem sobrepeso -Com sobrepeso
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> -Masculino -Feminino
Idade ⁽⁴⁸⁾	<ul style="list-style-type: none"> - menor ou igual a 14 anos (pré-adolescentes) - 15 a 19 anos (adolescentes)
Cor ou raça ⁽⁵⁷⁾	<ul style="list-style-type: none"> -Branca -Preta -Amarela -Parda -Indígena
Escolaridade Paterna	<ul style="list-style-type: none"> -Em até oito anos (ensino fundamental II) -Acima de nove anos
Escolaridade Materna	<ul style="list-style-type: none"> -Em até oito anos (ensino fundamental II) -Acima de nove anos
Se o adolescente trabalha	<ul style="list-style-type: none"> -Sim -Não

Classificação Socioeconômica (Renda) ⁽⁴²⁾	-Até dois salários mínimos -Mais de dois salários mínimos
Número de pessoas que reside com o adolescente (dividido pela mediana)	-Até 2 pessoas - 3 ou mais
Se já utilizou serviços odontológicos	-Nunca foi ao dentista -Já passou por alguma consulta
O tempo da última consulta	-Em menos de seis meses -Mais de seis meses
Tipo de serviço odontológico que costuma frequentar	-Público -Privado

Fonte: A autora

2.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados foram apresentados por meio da descrição das frequências absoluta e relativa (distribuição absoluta, percentual e desvio padrão das variáveis). A significância estatística foi avaliada pelo teste Qui-quadrado. As variáveis que apresentaram significância na análise bivariada de até 25% foram levadas para a análise multivariada (regressão logística multinomial). O banco foi feito no Epi Info, que é um software de domínio público feito para a comunidade de pesquisadores da saúde pública. Houve dupla digitação para evitar erros e as análises foram realizadas SPSS na versão 21, que é um software estatístico. Adotou-se o valor de $p < 0,05$ como nível de significância para a rejeição da hipótese nula.

3. RESULTADOS

Os resultados da pesquisa encontram-se apresentados em forma de artigo, os quais estão dispostos no Apêndice F.

REFERÊNCIAS

1. Lewis CS. Os quatro amores. 1ª edição. Rio de Janeiro, 2017. 192 p.
2. Carvalho R W F , Santos C N A, Oliveira C C C, Gonçalves S R J, Novais S M A, Pereira M A S. Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal. Ciênc. saúde coletiva. 2011;16:1621-8.
3. Davoglio RS, Aerts DRGC, Abegg C, Freddo S L, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. Cad. Saúde Pública. 2009;25(3):655-67.
4. Malta DC, Porto DL, Melo FCM, Monteiro RA, Sardinha LM V, Lessa BH. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares Revista Brasileira de Epidemiologia. 2011;14:166-77.
5. Moksnes UK, Espnes GA, Lillefjell M. Sense of Coherence and Emotional Health in Adolescents. Journal of Adolescence. 2012(2):433-41.
6. Jamieson L M, Paradies YC, Gunthorpe W, Cairney S J, Sayers SM. Oral health and social and emotional well-being in a birth cohort of Aboriginal Australian young adults. BMC Public Health. 2011;11:656-66.
7. Joronen K, Åstedt-Kurki P. Familial contribution to adolescent subjective well-being. International Journal of Nursing Practice. 2005;11(3):125-33.
8. Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. Ciência & Saúde Coletiva. 2005;10(suppl):243-53.
9. Programa Saúde da Família. Revista de Saúde Pública. 2000;34(3):316-9.
10. Ferreira LL, Brandão GAM, Garcia G, Batista M J, Costa L Silva T, Ambrosano G M B et al . Coesão familiar associada à saúde bucal, fatores socioeconômicos e comportamentos em saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2013;18:2461-73.
11. De Antoni C, Martins-Teodoro ML, Koller SH. Coesão e hierarquia em famílias fisicamente abusivas. Universitas Psychologica. 2009;8(2):399-412.
12. Falceto OG BE, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para a utilização em serviços de atenção primária à saúde. Pan Am J Public Health 2000. p. 255-63.

13. Holden EW, Chmielewski D, Nelson CC, Kager VA, Foltz L. Controlling for general and disease-specific effects in child and family adjustment to chronic childhood illness. *Journal of pediatric psychology*. 1997;22(1):15.
14. Konen JC, Summerson JH, Dignan MB. Family function, stress, and locus of control. Relationships to glycemia in adults with diabetes mellitus. *Archives of family medicine*. 1993;2(4):393.
15. Gustafsson PA, Kjellman NI, Ludvigsson J, Cederblad M. Asthma and family interaction. *Archives of Disease in Childhood*. 1987;62(3):258.
16. Soliday E, Kool E, Lande M. Family Environment, Child Behavior, and Medical Indicators in Children with Kidney Disease. *Child Psychiatry and Human Development*. 2001;31(4):279-95.
17. Ornelas-Aguirre JM, Sánchez-Castro O. Cohesión y adaptabilidad familiar en mujeres con epilepsia: estudio transversal analítico. *Atencion Primaria*. 2014;46(5):246-53.
18. Franko DL, Thompson D, Affenito SG, Barton BA, Striegel-Moore RH. What Mediates the Relationship Between Family Meals and Adolescent Health Issues? *Health Psychology*. 2008;27(2S):S109-S17.
19. Rabello P M, Caldas Júnior A F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev. Saúde Pública*. 2007;41(6):970-8.
20. Cumsille PE, Epstein N. Family Cohesion, Family Adaptability, Social Support, and Adolescent Depressive Symptoms in Outpatient Clinic Families. *Journal of Family Psychology*. 1994;8(2):202-14.
21. Traebert JL. Traumatismo Dentário. In: Antunes JLF, Peres MA, editors. *Epidemiologia da Saúde Bucal Fundamentos de Odontologia*. Guanabara Koogan ed. Rio de Janeiro 2006. p. 128-44.
22. Leao A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community Dental Health*. 1996;13(1):22-6.

23. Silva JFO, Katz CRT. Experiência de cárie, necessidades de tratamento e funcionamento familiar em pré-escolares: um estudo caso-controle. Belo Horizonte: Arq Odontol; 2015. p. 76-87.
24. Andrade FB, Caldas Junior AF, Kitoko PM, Zandonade E. The relationship between nutrient intake, dental status and family cohesion among older Brazilians. Cadernos de Saúde Pública. 2011;27(1):113-22.
25. Lima JEO. Cárie dentária: um novo conceito Dental caries: a new concept. Dental Press Journal of Orthodontics. 2007;12(6):119-30.
26. Silveira MF, Freire RS, Nepomuceno MO, Martins AMEBL, Marcopito LF. Cárie dentária e fatores associados entre adolescentes no norte do estado de Minas Gerais, Brasil: uma análise hierarquizada. Ciência & Saúde Coletiva. 2015;20(11):3351-64.
27. Van Dyke T, Lester M, Shapira L. The role of the host response in periodontal disease progression: implication for future treatment strategies. J Periodontol. 1993:792-806.
28. Mehta A. Risk factors associated with periodontal diseases and their clinical considerations. International Journal Contemporary Dental Medical Review. 2015:1-5.
29. Silveira MF, Freire RS, Brito MFSF, Martins AMEBL, Marcopito LF. Periodontal condition of adolescents and associated factors. RGO - Revista Gaúcha de Odontologia. 2019;67.
30. Knack K, Sabadin C, Boclin K, Oltramari E, Portilio M, Rigo L. Periodontal conditions in adolescents and young Brazilians and associated factors: Cross-sectional study with data from the Brazilian oral health survey, 2010. Journal of Indian Society of Periodontology. 2019;23(5):475.
31. Fonseca EP, Ferreira EF, Abreu MHNG, Palmier AC, Vargas AMD. Relação entre condicao gengival e fatores sociodemograficos de adolescentes residentes em uma regioao brasileira. Ciencia & Saude Coletiva. 2015;20(11):3375.

32. Borges CM, Peres MA, Peres KG. Associação entre presença de oclusopatias e insatisfação com a aparência dos dentes e gengivas: estudo com adolescentes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2010;13(4):713-23.
33. Brianezzi LFF, Al-Ahj LP, Prestes LA, Andreatta LM, Vasconcelos LRM, Marsicano JA, et al. Impacto da obesidade na saúde bucal: revisão de literatura. *Passo Fundo: RFO*; 2013. p. 211-6.
34. Simões FG, Leonardi DP, Baratto Filho F, Ferreira EL, Fariniuk LF, Sayão SMA. Fatores etiológicos relacionados ao traumatismo alvéolo-dentário de pacientes atendidos no pronto-socorro odontológico do Hospital Universitário Cajuru. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*. 2004;1.
35. Spezzia S. Alterações periodontais na adolescência. *Braz J Periodontol*; 2018. p. 43-7.
36. Milan M, Willig MMP, Portilio MN, Rigo L. Cárie dentária, hábitos alimentares e de higiene bucal em escolares de um município do interior do rio grande do sul: Levantamento epidemiológico. *Adolescencia e Saude*. 2019;16(2):93-101.
37. Martins L P, Bittencourt J M, Bendo C Bccin, Vale M P, Paiva S M. Má oclusão e vulnerabilidade social: um estudo representativo com adolescentes de Belo Horizonte, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019;24(2):393.
38. Arraj GP, Rossi-Fedele G, Dođramacı EJ. The association of overjet size and traumatic dental injuries-A systematic review and meta- analysis. *Dental traumatology : official publication of International Association for Dental Traumatology*. 2019. 35(4-5):217-232.
39. Soriano EP, Caldas ADF, Carvalho MVDD, Amorim Filho HDA. Prevalence and risk factors related to traumatic dental injuries in Brazilian schoolchildren. *Dental Traumatology*. 2007;23(4):232-40.
40. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/camaragibe/panorama>

41. Pernambuco. Sistema de Informações da Educação de Pernambuco (SIEPE). Pernambuco 2016. Disponível em: <http://www.siepe.educacao.pe.gov.br>.
42. Pernambuco. Agência Estadual de Meio Ambiente.CPRH. Mapa Previne2019. Disponível em: http://www.cprh.pe.gov.br/fiscalizacao/previne/mapa_previne/39709%3B62579%3B080910%3B0%3B0.asp.
43. Pereira MG. Epidemiologia Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
44. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159.
45. Agranonik M, Hirakata VN. Cálculo de tamanho de amostra: proporções. *Rev HCPA*. 2011; 31(3).
46. World Health Organization. Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Geneva1986.
47. Olson DH. Circumplex Model VII: validation studies and FACES III. *Fam Process*. 1986;25(3):337-51.
48. Olson DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*. 2000;22(2):144-67.
49. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4 ed. Geneva: ORH/EPID; 1997.
50. Chapple ILC, Mealey BL, Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri- Implant Diseases and Conditions. *Journal of Periodontology*. 2018;89(s1):S74-S84.
51. Steffens J P, Marcantonio R A C. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri- implantares 2018: guia Prático e Pontos- Chave. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2018;47(4):189-97.

52. García-Godoy FM. Prevalence and distribution of traumatic injuries to the permanent teeth of Dominican children from private schools. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1984;12(2):136-9.

53. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

54. Florianópolis. Orientação de Avaliação Nutricional para crianças e adolescentes. 2019. Disponível em:
http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/03_03_2011_15.53.38.16f851f5ec9d2b4bbc731948ecac9b4e.pdf

55. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características Étnico-raciais da População. um estudo das categorias de classificação de cor ou raça. Notas técnicas Histórico da investigação sobre cor ou raça nas pesquisas domiciliares do IBGE 2008.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS - RESOLUÇÃO 466/12)

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) (ou menor que está sob sua responsabilidade) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “SAÚDE BUCAL E FATORES BIOPSCICOSSOCIAIS (Qualidade de vida e fatores familiares) EM ADOLESCENTES ESCOLARES”. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a), Thais Carine da Silva (Telefone: (81) 987533770 - e-mail: thais_carine1@hotmail.com. Rua Virginia Rocha, 145. Vila da Fábrica. Camaragibe-PE) e Adelaine Sousa sobre a orientação das Prof. Dra. Renata Cimões e Bruna Farias Vajgel.

Este documento se chama Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe solicitando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que será feito. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que o (a) menor faça parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa nem o (a) Sr.(a) nem o/a voluntário/a que está sob sua responsabilidade serão penalizados (as) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da participação do (a) menor a qualquer tempo, sem qualquer penalidade. Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a associação entre os fatores psicossociais e a adesão ao tratamento ortodôntico em adolescentes escolares da rede pública de Camaragibe - PE. Para a realização deste trabalho serão utilizados os seguintes métodos:

1 - O adolescente responderá um questionário com perguntas sobre sua identificação; seus hábitos de higiene bucal e de alimentação; reação familiar; sobre os serviços de dentista que usa; sobre problemas que os dentes causam na sua vida.

2 - A boca do adolescente será examinada por um dentista, que verificará a saúde dos seus dentes e gengivas.

Quanto aos riscos e desconfortos, estes se referem a algum constrangimento mínimo que pode ser gerado ao responder o questionário, ou a algum desconforto durante o exame da sua gengiva. Caso o adolescente venha a sentir algo dentro desses padrões, comunicar imediatamente ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências.

O benefício direto será o exame clínico e os benefícios indiretos esperados com o resultado desta pesquisa serão o conhecimento das condições de saúde bucal e dos fatores psicossociais a elas associados, nos adolescentes escolares da cidade, o que poderá ajudar no planejamento das políticas de saúde e sociais do município. O adolescente também saberá, ao final do exame, como está a sua saúde bucal, e

será encaminhado para tratamento nas Unidades de Saúde de São Lourenço da Mata, se houver necessidade.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas) ficarão armazenados em (pastas de arquivo e computador pessoal), sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de (mínimo 5 anos).

O (a) senhor (a) não pagará nada para ele/ela participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação do voluntário/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600 Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo “SAÚDE BUCAL E FATORES BIOPSCICOSSOCIAIS (Qualidade de vida e fatores familiares) EM ADOLESCENTES ESCOLARES” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Local

Data: ____/____/____

Responsável

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS- RESOLUÇÃO 466/12)

Convidamos você para participar, como voluntário (a), da pesquisa “SAÚDE BUCAL E FATORES BIOPSCICOSSOCIAIS ((Qualidade de vida e fatores familiares) EM ADOLESCENTES ESCOLARES”. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a), Thais Carine da Silva (Telefone: (81) 987533770 - e-mail: thais_carine1@hotmail.com. Rua Virginia Rocha, 145. Vila da Fábrica. Camaragibe-PE). E Adelaine Sousa sobre a orientação das Prof. Dra. Renata Cimões e Bruna Farias Vajgel.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

1 - Você responderá um questionário com perguntas sobre sua identificação; seus hábitos de higiene bucal e de alimentação; reação familiar; sobre os serviços de dentista que usa; sobre problemas que os dentes causam na sua vida.

2 - A boca do adolescente será examinada por um dentista, que verificará a saúde dos seus dentes e gengivas.

Ao final da pesquisa, a folha com a identificação do adolescente será destacada do restante do questionário e da ficha de exame, não ficando seus dados associados às suas respostas nem ao seu exame, não restando nada que venha a comprometê-lo agora ou futuramente.

Quanto aos riscos e desconfortos, estes se referem a algum constrangimento mínimo que pode ser gerado ao responder o questionário, ou a algum desconforto durante o exame da sua gengiva. Caso o adolescente venha a sentir algo dentro desses padrões, comunicar imediatamente ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências.

O benefício direto será o exame clínico e os benefícios indiretos esperados com o resultado desta pesquisa serão o conhecimento das condições de saúde bucal e dos fatores psicossociais a elas associados, nos adolescentes escolares da cidade, o que poderá ajudar no planejamento das políticas de saúde e sociais do município. O adolescente também saberá, ao final do exame, como está a sua saúde bucal, e

será encaminhado para tratamento nas Unidades de Saúde de Camaragibe, se houver necessidade.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas) ficarão armazenados em (pastas de arquivo e computador pessoal), sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de (mínimo 5 anos).

O (a) senhor (a) não pagará nada para ele/ela participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação do voluntário/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600 Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “SAÚDE BUCAL E FATORES BIOPSCICOSSOCIAIS (Qualidade de vida e fatores familiares) EM ADOLESCENTES ESCOLARES” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Local

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MENORES DE 12 A 18 ANOS - RESOLUÇÃO 466/12)

Convidamos você _____ para participar, como voluntário (a), da pesquisa “SAÚDE BUCAL E FATORES BIOPSCICOSSOCIAIS (Qualidade de vida e fatores familiares) EM ADOLESCENTES ESCOLARES”. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a), Thais Carine da Silva (Telefone: (81) 987533770 - e-mail: thais_carine1@hotmail.com. Rua Virginia Rocha, 145. Vila da Fábrica. Camaragibe-PE). E Adelaine Sousa sobre a orientação das Prof. Dra. Renata Cimões e Bruna Farias Vajgel.

Este documento se chama Termo de Assentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe solicitando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que será feito. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que o (a) menor faça parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizados (as) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o assentimento da participação do (a) menor a qualquer tempo, sem qualquer penalidade. Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a associação entre os fatores psicossociais (qualidade de vida e aspectos familiares) e a saúde bucal de adolescentes rede publica de Camaragibe - PE. Para a realização deste trabalho serão utilizados os seguintes métodos:

1 – Você responderá um questionário com perguntas sobre sua identificação; seus hábitos de higiene bucal e de alimentação; reação familiar; sobre os serviços de dentista que usa; sobre problemas que os dentes causam na sua vida.

2 - Sua boca será examinada por um dentista, que verificará a saúde dos seus dentes e gengivas.

Quanto aos riscos e desconfortos, estes se referem a algum constrangimento mínimo que pode ser gerado ao responder o questionário, ou a algum desconforto durante o exame da sua gengiva. Caso você venha a sentir algo dentro desses padrões, comunicar imediatamente ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências.

O benefício direto será o exame clínico e os benefícios indiretos esperados com o resultado desta pesquisa serão o conhecimento das condições de saúde bucal e dos fatores psicossociais a elas associados, nos adolescentes escolares da cidade, o que poderá ajudar no planejamento das políticas de saúde e sociais do município. Você também saberá, ao final do exame, como está a sua saúde bucal, e será

encaminhado para tratamento nas Unidades de Saúde de Camaragibe, se houver necessidade.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas) ficarão armazenados em (pastas de arquivo e computador pessoal), sob a responsabilidade do pesquisador, no contato acima informado, pelo período de (mínimo 5 anos).

Você não pagará nada para ele/ela participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação do voluntário/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600 Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador (a)

ASSENTIMENTO DO (A) MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, concordo em participar no estudo “SAÚDE BUCAL E FATORES BIOPSCICOSSOCIAIS (Qualidade de vida e fatores familiares) EM ADOLESCENTES ESCOLARES” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com

a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Local

Data: ____/____/____

Assinatura do (da) menor _____

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO

1. SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	2. QUAL É A DATA DO SEU NASCIMENTO? ___/___/___	3. IDADE:
4. QUAL É A SUA COR OU RAÇA? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena		
5. QUAL ESCOLARIDADE DO SEU PAI OU RESPONSÁVEL? <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Alfabetizado <input type="checkbox"/> Fundamental – Ciclo I incompleto (até o 4º ano) <input type="checkbox"/> Fundamental – Ciclo II incompleto (do 6º ao 8ºano) ou Fundamental – Ciclo I completo (até o 5º ano) <input type="checkbox"/> Médio incompleto ou Fundamental – Ciclo II completo (até o 9º ano) <input type="checkbox"/> Superior incompleto ou Médio completo <input type="checkbox"/> Superior	6. QUAL ESCOLARIDADE DA SUA MÃE? <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Alfabetizado <input type="checkbox"/> Fundamental – Ciclo I incompleto (até o 4º ano) <input type="checkbox"/> Fundamental – Ciclo II incompleto (do 6º ao 8ºano) ou Fundamental – Ciclo I completo (até o 5º ano) <input type="checkbox"/> Médio incompleto ou Fundamental – Ciclo II completo (até o 9º ano) <input type="checkbox"/> Superior incompleto ou Médio completo <input type="checkbox"/> Superior	
7. VOCÊ TRABALHA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	8. QUAL A RENDA MENSAL DE SUA FAMÍLIA (Considerando todas as pessoas) <input type="checkbox"/> Até R\$477,00 <input type="checkbox"/> De R\$478, 00 a R\$1.908,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 1.909,00 a 3.816,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 3.817,00 a 8.586, 00	<input type="checkbox"/> De R\$ 8.587, 00 até 14.310,00 <input type="checkbox"/> De 14.311,00 até 28.620,00 <input type="checkbox"/> Mais de 28.620,00 <input type="checkbox"/> Não sei responder
9. Quantas pessoas moram com você? <input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 <input type="checkbox"/> 5 a 6 <input type="checkbox"/> 7 a 8 <input type="checkbox"/> Acima de 8	10. A sua casa é: <input type="checkbox"/> Própria quitada <input type="checkbox"/> Financiada (ainda paga ao banco) <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Não sei responder	
11. QUANDO VOCÊ FOI AO DENTISTA PELA ÚLTIMA VEZ? <input type="checkbox"/> Menos 6 de meses <input type="checkbox"/> Entre 6 meses e 1 ano <input type="checkbox"/> Mais de 1 ano <input type="checkbox"/> Nunca foi ao dentista	12. QUE TIPO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO VOCÊ COSTUMA FREQUENTAR? <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado	

CONDIÇÃO DA OCLUSÃO DENTÁRIA

Overjet maxilar em mm

TRAUMATISMO DENTÁRIO

(0) sem fratura

(1) Trinca de esmalte

(2) Fratura de esmalte

(3) Fratura esmalte dentina

(4) Fratura esmalte dentina expondo a polpa

(5) Fratura corono-radiculares com e sem exposição pulpar.

DENTÁRIOS

	12	11	21	22
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	42	41	31	32
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL**PESO**

ALTURA

IMC

APÊNDICE F – RESULTADOS

COESÃO E ADAPTABILIDADE FAMILIAR EM ADOLESCENTES E SUA ASSOCIAÇÃO À SAÚDE BUCAL.

Adelaine Maria de Sousa¹, Thais Carine Lisboa da Silva¹, Bruna de Carvalho Farias Vagjel¹, Renata Cimoões^{1*}.

1 Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

*Autor correspondente:

E-mail: renata.cimoes@globo.com

Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Moraes Rego, 1235. Recife – PE. CEP 50670-901. Telefone: 55(81) 321268817.

Resumo:

O objetivo do estudo foi investigar a coesão e adaptabilidade familiar percebida, e sua associação com a saúde bucal, fatores sociodemográficos, antropométricos e de utilização de serviços odontológicos em adolescentes escolares. Este estudo transversal foi realizado numa amostra calculada e randomizada de 790 adolescentes de 13 a 19 anos, matriculados nas escolas públicas estaduais de um município do nordeste brasileiro. Foi aplicado um questionário com questões sociodemográficas, a escala FACES III e realizado exame clínico bucal (cárie dentária, condição periodontal, traumatismo dentário e má oclusão) e antropométrico (IMC por idade). Para análise estatística, as variáveis que apresentaram significância na análise bivariada de até 25% foram levadas para a análise multivariada e todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%. Famílias desligadas foram associadas à baixa escolaridade da mãe ($p=0,010$), famílias aglutinadas associadas à ausência de cárie ($p=0,042$). Famílias rígidas foram associadas ao overjet acentuado ($p=0,010$) e presença de cárie ($p=0,038$). Concluiu-se que coesão e adaptabilidade familiar foram associadas à saúde bucal e a fatores sociodemográficos.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Funcionamento Familiar, Adolescentes, Epidemiologia.

Abstract:

The aim of the study was to investigate perceived family cohesion and adaptability, and their association with oral health, sociodemographic, anthropometric and dental service utilization factors in school adolescents. This cross-sectional study was conducted on a randomized and calculated sample of 790 adolescents aged 13-19 years, enrolled in state public schools in a northeast Brazilian municipality. A questionnaire with sociodemographic questions, the FACES III scale was applied and a clinical oral exam (dental caries, periodontal condition, dental trauma and malocclusion) and anthropometric (BMI by age) were performed. For statistical analysis, variables that presented significance in bivariate analysis of up to 25% were taken to multivariate analysis and all conclusions were drawn considering the significance level of 5%. Disconnected families were associated with low maternal education ($p = 0.010$), agglutinated families associated with the absence of caries ($p = 0.042$). Rigid families were associated with severe overjet ($p = 0.010$) and caries ($p = 0.038$). It was concluded that family cohesion and adaptability were associated with oral health and sociodemographic factors.

Keywords: Oral Health, Family Functioning, Adolescents, Epidemiology.

Introdução

A família exerce um papel importante no cuidado de seus membros. Esse cuidado é caracterizado pelo atendimento às necessidades físicas e psicológicas dos familiares. É nesse contexto social que se garante a saúde e se trabalha com as doenças¹. No Brasil, uma parte da atenção básica do sistema único de saúde é centrada na família², pois deixa de focar na doença e passa a ter uma visão holística da saúde. Isso torna as relações familiares importantes para uma abordagem psicossocial da saúde.

Desse modo, é valioso entender como é o relacionamento entre os familiares e o grau de união. Isso torna a coesão familiar, a ligação emocional entre os familiares, e a adaptabilidade familiar, que é a capacidade da família mudar a sua estrutura de poder, as regras e o papel das relações em resposta a uma situação de stress situacional e de desenvolvimento³, em importantes unidades de estudo e atuação. Esse entendimento é essencial para otimizar as relações e melhorar condições de saúde e qualidade de vida para os membros da família⁴.

Essa investigação de fatores além dos biológicos é de suma importância, pois são eles que influenciam o estilo de vida, os hábitos de saúde que são levados para o futuro. E a adolescência representa um momento fundamental para promoção da saúde, pois nem sempre desfruta mais do cuidado e atenção que se tem na infância⁵. E isso faz da adolescência uma faixa etária que merece atenção no contexto de saúde bucal, pois nessa fase pode-se encontrar vários fatores que podem contribuir para doenças bucais, que são multifatoriais e podem trazer graves consequências⁶⁻¹⁰.

Diante disso, esse estudo objetivou investigar os diferentes gradientes da coesão e adaptabilidade familiar percebida e sua associação com a saúde bucal, fatores sociodemográficos e de acesso/utilização de serviços odontológicos, em adolescentes escolares. Com a hipótese nula de que não existe associação entre as condições clínicas bucais, fatores sociodemográficos e antropométricos com a coesão e adaptabilidade familiar.

Metodologia

Este estudo transversal foi realizado em escolas estaduais do município de Camaragibe, estado de Pernambuco, Brasil, em adolescentes regularmente matriculados no ensino médio. Camaragibe tem uma população estimada em 157.828¹¹ habitantes e uma rede estadual de ensino médio com um total de 4.784¹² adolescentes matriculados. Para a descrição do estudo, foi utilizada a estratégia STROBE.

O tamanho da amostra foi calculado considerando um intervalo de confiança de 95% e a prevalência de 50%, por ser a proporção que gera maior variância. O valor mínimo para uma amostra representativa foi de 786 adolescentes. A este número mínimo foi adicionado 20% para compensar as perdas, ficando com um total de 921 adolescentes. Em cada uma das onze escolas participantes, os termos de consentimento livre e esclarecido eram dados aos alunos das salas sorteadas (em cada escola, três turmas eram sorteadas, uma de cada série do ensino médio) para obter a autorização dos responsáveis. Os acima de 18 anos assinavam outro termo de consentimento livre esclarecido e os menores de idades também assinavam o termo de assentimento livre e esclarecido.

Foram incluídos adolescentes de 13 a 19 anos de idade. E excluídos os usuários, ou que já fizeram uso, de aparelhos ortodônticos e os adolescentes com

alguma deficiência que o impossibilitasse realizar o preenchimento do questionário ou realização do exame clínico.

Um processo de calibração foi realizado para obter consistência aceitável para todas as condições clínicas. Teve início com uma etapa teórica na qual foram apresentados os critérios e índices; seguida por exames clínicos realizados por duas examinadoras e por especialista que foi o padrão ouro, em vinte adolescentes, auxiliadas por anotadoras. O resultado do grau de concordância Kappa foi acima de 0,81 para todos os índices vistos.

Os exames foram realizados em ambiente escolar por duas examinadoras previamente treinadas e assistidas por anotadoras. Foram utilizadas sondas milimetradas e odontoscópios para o exame da cárie dental, condição periodontal, traumatismo dentário e overjet. Para a avaliação antropométrica, uma balança digital e um estadiômetro foram utilizados.

A variável dependente do estudo foi a coesão e adaptabilidade familiar, coletadas a partir da escala FACES III¹³, validada no Brasil, por Falceto et al¹⁴. Para coesão familiar, os adolescentes foram divididos em três grupos. Valores abaixo e acima do desvio-padrão corresponderam às famílias com baixa (desligadas) e alta coesão familiar (aglutinadas), respectivamente; e valores entre os desvios-padrão corresponderam a famílias com coesão familiar média (as separadas ou conectadas)⁴. Para a adaptabilidade familiar, também houve divisão em três grupos – baixa (família rígida), moderada (família estruturada ou flexível) e alta adaptabilidade (família caótica), também baseada na média e no desvio-padrão.

Um questionário sobre aspectos relativos a dados sociodemográficos e de utilização de serviços odontológicos também foi aplicado. Na ficha clínica foram anotados dados referentes à identificação do adolescente, dos exames clínicos, bem como peso e altura para cálculo antropométrico.

Para verificar a prevalência da cárie dentária foi avaliado o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D), seguindo os critérios da OMS¹⁵.

A condição periodontal foi avaliada através do periograma e a classificação foi de acordo com Academia Americana de Periodontia em conjunto com a Federação Europeia de Periodontia^{16, 17} em condição saudável, quando não tivesse perda de inserção, profundidade de sondagem de até 3 mm, sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios, e condição não saudável. Esta foi dividida entre gengivite, quando houvesse sangramento à sondagem em mais de 10% dos sítios, ou

periodontite, quando houvesse perda de inserção detectada em dois ou mais sítios interproximais não adjacentes; ou perda de inserção de 3 mm ou mais na vestibular ou lingual/palatina em pelo menos 2 dentes.

O traumatismo dentário foi avaliado de acordo com os critérios de García-Godoy¹⁸, mas para o teste de associação foi categorizado pela ausência ou presença. O overjet foi medido em milímetros e dividido entre normais, os com menos de 5mm, e os com 5mm ou mais foram considerados acentuados⁹.

Em relação aos dados antropométricos, peso e altura foram coletados. Para a classificação utilizou-se o IMC para a idade onde foi feita a distribuição em escore z, que é da OMS e recomendada pelo Ministério da Saúde¹⁹. Para este estudo houve a divisão em dois grupos, os adolescentes sem sobrepeso (abaixo do peso e eutrófico) e os com sobrepeso (sobrepeso, obesidade e obesidade grave).

Os resultados estão apresentados por meio da descrição das frequências absoluta e relativa (distribuição absoluta, percentual e desvio padrão das variáveis). A significância estatística foi avaliada pelo teste Qui-quadrado. Para o CPOD e IMC, o teste não paramétrico de Kruskal Wallis foi utilizado. As variáveis que apresentaram significância na análise bivariada de até 25% foram levadas para a análise multivariada (regressão logística multinomial). O banco foi feito no software Epi Info, com dupla digitação para evitar erros e as análises foram realizadas no SPSS na versão 21. Adotou-se o valor de $p < 0,05$ como nível de significância para a rejeição da hipótese nula.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE, sob o parecer de número 1.903.921, e em conformidade com os requisitos éticos e critérios legais da pesquisa.

Resultados

Estimando possíveis perdas, foram convidados para participar do estudo 921 adolescentes dos quais 131 se recusaram a participar de alguma etapa do estudo ou foram excluídos devido ao incorreto preenchimento do questionário e da escala FACES III.

A amostra final foi composta por 790 adolescentes. A maioria (93,7%) tinha de 15 a 19 anos, com média de idade de 16,15 anos, desses, 400 (50,6%) eram do sexo feminino. Em relação à raça, 366 (46,3%) se declararam pardos. A renda

familiar mais frequente foi até 2 salários mínimos com 50,5% dos adolescentes e em 59,4% e 53,7% dos adolescentes a mãe e o pai, respectivamente, tinham mais de 9 anos de estudo, ou seja, tinham no mínimo o ensino médio incompleto. Quinhentos e trinta adolescentes (67,1%) moravam com até 2 pessoas em casa e 74 (9,5%) trabalhavam.

Seiscentos e noventa e nove adolescentes (88,5%) já foram ao dentista e desses, 57,1% estavam com mais de seis meses sem realizar uma consulta. Quarenta e oito por cento dos adolescentes utilizam o serviço odontológico público de saúde.

A tabela 1 mostra a frequência absoluta e relativa das variáveis clínicas bucais, da coesão e adaptabilidade familiar e dados antropométricos. A coesão e a adaptabilidade familiar média foi presente em 50,6% e 44,4%, respectivamente. A média para coesão familiar foi de 30,43 com desvio padrão de 5,33 e, a de adaptabilidade foi de 22,83 com desvio padrão de 3,12 e, assim, as famílias foram classificadas (Tabela 2).

Tabela 1 – Frequências absolutas e relativas das variáveis clínicas, coesão e adaptabilidade familiar e dados antropométricos.

Variáveis	n	%
Doença periodontal		
Ausência	429	54,3
Presença	361	45,7
Classificação DP		
Gengivite	95	26,3
Periodontite	266	73,7
Trauma		
Não	494	62,5
Sim	296	37,5
Coesão Familiar		
Baixa	232	29,4
Média	400	50,6
Alta	158	20,0
Adaptabilidade familiar		
Baixa	200	25,3
Média	351	44,4
Alta	239	30,3
IMC		
Sem sobrepeso	583	73,8
Com Sobrepeso	207	26,2
Overjet Maxilar		
Normal	699	88,5

Acentuado	91	11,5
Dentes Obturados		
Não	532	67,3
Sim	258	32,7
Dentes Perdidos		
Não	729	92,3
Sim	61	7,7
Cárie dentária		
Não	559	70,8
Sim	231	29,2
Total	790	100,0

Fonte: A autora

Tabela 2 – Distribuição da Coesão e Adaptabilidade Familiar (Classificação das famílias)

	Tipo	Família	N	Pontuação	%
Coesão	Baixa	Desligada	232	≤26	29,4
	Moderada	Separada Conectada	ou 400	27 a 36	50,6
	Alta	Aglutinada	158	>37	20,0
Adaptabilidade	Baixa	Rígida	200	≤18	25,3
	Moderada	Estruturada ou Flexível	351	19 a 25	44,4
	Alta	Caótica	239	≥26	30,3

Fonte: A autora

Foi realizada a análise bivariada da coesão familiar segundo as variáveis sociodemográficas comparando a coesão média (referência) com as coesões alta e baixa (Tabela 3). A coesão baixa foi associada ao sexo feminino ($p=0,032$), à escolaridade do pai de até de 8 anos ($p=0,044$), a da mãe de até 8 anos ($p=0,029$), ou seja, ambos tinham até o ensino fundamental II, e o fato de o adolescente nunca ter ido ao dentista ($p=0,037$). Em relação às condições clínicas bucais, apenas a classificação da doença periodontal (gengivite) apresentou diferenças com significância estatística ($p=0,021$) na baixa coesão. Quando comparando a coesão alta com a média apenas o trauma ($p=0,031$) e a cárie ($p=0,027$) apresentaram diferenças estatisticamente significativas. A presença de trauma foi mais frequente na coesão alta e a cárie foi mais frequente na coesão média.

Tabela 3 – Análise bivariada da coesão familiar segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e as condições clínicas dos adolescentes.

Variáveis		Coesão familiar				p-valor ¹ (Baixa x Média)	P- valor ¹ (Alta x Média)
		Baixa	Média	Alta	Total		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Sexo	Masculino	101 (43,5)	209 (52,4)	79 (50,0)	389 (49,3)	0,032 *	0,612
	Feminino	131 (56,5)	190 (47,6)	79 (50,0)	400 (50,7)		
	Total	232 (100,0)	399 (100,0)	158 (100,0)	789 (100,0)		
Idade	Até 14 anos	7 (3,1)	26 (6,5)	12 (7,6)	45 (5,7)	0,061	0,654
	15 a 19 anos	222 (96,9)	372 (93,5)	146 (92,4)	740 (94,3)		
	Total	229 (100,0)	398 (100,0)	158 (100,0)	785 (100,0)		
Cor/Raça	Branca	51 (22,5)	77 (19,8)	35 (22,6)	163 (21,2)	0,567	0,742
	Preta	47 (20,7)	74 (19,1)	29 (18,7)	150 (19,5)		
	Amarela	14 (6,2)	20 (5,2)	11 (7,1)	45 (5,8)		
	Parda	105 (46,3)	189 (48,7)	72 (46,5)	366 (47,5)		
	Indígena	10 (4,4)	28 (7,2)	8 (5,2)	46 (6,0)		
	Total	227 (100,0)	388 (100,0)	155 (100,0)	770 (100,0)		
Escolaridade Pai	Até oito anos	102 (47,4)	150 (39,0)	62 (41,1)	314 (41,8)	0,044*	0,655
	Acima de 9 anos	113 (52,6)	235 (61,0)	89 (58,9)	437 (58,2)		
	Total	215 (100,0)	385 (100,0)	151 (100,0)	751 (100,0)		
Escolaridade Mãe	Até oito anos	92 (43,4)	128 (34,3)	47 (31,1)	267 (36,3)	0,029*	0,483
	Acima de 9 anos	120 (56,6)	245 (65,7)	104 (68,9)	469 (63,7)		
	Total	212 (100,0)	373 (100,0)	151 (100,0)	736 (100,0)		
Trabalha	Sim	19 (8,2)	41 (10,5)	14 (8,9)	74 (9,5)	0,351	0,575
	Não	212 (91,8)	349 (89,5)	143 (91,1)	704 (90,5)		
	Total	231 (100,0)	390 (100,0)	157 (100,0)	778 (100,0)		
Renda Familiar	Até 2 SM	123 (72,4)	197 (65,2)	79 (62,2)	399 (66,6)	0,112	0,550
	Acima de 2 SM	47 (27,6)	105 (34,8)	48 (37,8)	200 (33,4)		
	Total	170 (100,0)	302 (100,0)	127 (100,0)	599 (100,0)		
Quantas pessoas moram	Até 2 Pessoas	156 (68,1)	272 (69,6)	102 (65,4)	530 (68,3)	0,708	0,342
	3 ou mais	73 (31,9)	119 (30,4)	54 (34,6)	246 (31,7)		
	Total	229 (100,0)	391 (100,0)	156 (100,0)	776 (100,0)		
Quando foi ao dentista	Já foi ao Dentista	195 (85,9)	356 (91,3)	148 (93,7)	699 (90,2)	0,037*	0,351
	Nunca foi ao dentista	32 (14,1)	34 (8,7)	10 (6,3)	76 (9,8)		
	Total	227 (100,0)	390 (100,0)	158 (100,0)	775 (100,0)		
Tempo última consulta	Em menos de 6 meses	78 (40,0)	124 (34,8)	46 (31,1)	248 (35,5)	0,229	0,417
	mais de 6 meses	117 (60,0)	232 (65,2)	102 (68,9)	451 (64,5)		
	Total	195 (100,0)	356 (100,0)	148 (100,0)	699 (100,0)		
Serviço Odontológico	Público	106 (51,2)	198 (53,2)	77 (50,7)	381 (52,1)	0,641	0,593
	Privado	101 (48,8)	174 (46,8)	75 (49,3)	350 (47,9)		
	Total	207 (100,0)	372 (100,0)	152 (100,0)	731 (100,0)		
Doença periodontal	Ausência	120 (51,7)	214 (53,5)	95 (60,1)	429 (54,3)	0,666	0,156
	Presença	112 (48,3)	186 (46,5)	63 (39,9)	361 (45,7)		
	Total	232 (100,0)	400 (100,0)	158 (100,0)	790 (100,0)		
Classificação Doença Periodontal	Gengivite	37 (33,0)	39 (21,0)	19 (30,2)	95 (26,3)	0,021*	0,136
	Periodontite	75 (67,0)	147 (79,0)	44 (69,8)	266 (73,7)		

	Total	112 (100,0)	186 (100,0)	63 (100,0)	361 (100,0)		
Trauma	Não	144 (62,1)	262 (65,5)	88 (55,7)	494 (62,5)	0,386	0,031*
	Sim	88 (37,9)	138 (34,5)	70 (44,3)	296 (37,5)		
	Total	232 (100,0)	400 (100,0)	158 (100,0)	790 (100,0)		
IMC	Sem Sobrepeso	162 (69,8)	302 (75,5)	119 (75,3)	583 (73,8)	0,120	0,964
	Com Sobrepeso	70 (30,2)	98 (24,5)	39 (24,7)	207 (26,2)		
	Total	232 (100,0)	400 (100,0)	158 (100,0)	790 (100,0)		
Overjet Maxilar	Normal	208 (89,7)	352 (88,0)	139 (88,0)	699 (88,5)	0,528	0,993
	Acentuado	24 (10,3)	48 (12,0)	19 (12,0)	91 (11,5)		
	Total	232 (100,0)	400 (100,0)	158 (100,0)	790 (100,0)		
Cárie	Não	166 (71,6)	271 (67,8)	122 (77,2)	559 (70,8)	0,319	0,027*
	Sim	66 (28,4)	129 (32,3)	36 (22,8)	231 (29,2)		
	Total	232 (100,0)	400 (100,0)	158 (100,0)	790 (100,0)		
Obturado	Não	164 (70,7)	268 (67,0)	100 (63,3)	532 (67,3)	0,336	0,405
	Sim	68 (29,3)	132 (33,0)	58 (36,7)	258 (32,7)		
	Total	232 (100,0)	400 (100,0)	158 (100,0)	790 (100,0)		
Perdido	Não	211 (90,9)	369 (92,3)	149 (94,3)	729 (92,3)	0,566	0,397
	Sim	21 (9,1)	31 (7,8)	9 (5,7)	61 (7,7)		
	Total	232 (100,0)	400 (100,0)	158 (100,0)	790 (100,0)		

1- Teste Qui-quadrado de Pearson; *, *Estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

Na análise bivariada da adaptabilidade familiar (Tabela 4) nenhuma variável sociodemográfica apresentou significância estatística quando comparou a adaptabilidade média (referência) com a alta. Já, quando comparada com adaptabilidade baixa, as variáveis cor/raça ($p=0,034$), escolaridade da Mãe ($p=0,041$), renda familiar ($p=0,030$) apresentaram significância estatística. A adaptabilidade baixa foi maior que a adaptabilidade média na cor preta (22,1% x 17,1%) e na cor amarela (8,2% x 4,1%), quando a escolaridade da mãe até de 8 anos (41,9% x 32,9%), a renda com até 2 salários mínimos (73,2% x 62,8%).

E, quando realizada entre as condições clínicas bucais e antropométricas, apenas o overjet maxilar apresentou diferenças com significância estatística ($p=0,002$) comparando a adaptabilidade familiar baixa com a média, onde a prevalência de overjet maxilar igual ou maior de 5mm na adaptabilidade baixa foi de 17,5% e na adaptabilidade média foi de 8,5%. Quando comparado à adaptabilidade alta com a média nenhuma das variáveis apresentaram diferenças com significância estatística.

Tabela 04 - Análise bivariada da Adaptabilidade familiar segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas bucais dos adolescentes

Variáveis		Adaptabilidade familiar				p-valor ¹ (Baixa x Média)	p-valor ¹ (Alta x Média)
		Baixa	Média	Alta	Total		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Sexo	Masculino	85 (42,5)	176 (50,1)	128 (53,8)	389 (49,3)	0,084	0,386
	Feminino	115 (57,5)	175 (49,9)	110 (46,2)	400 (50,7)		
	Total	200 (100,0)	351 (100,0)	238 (100,0)	789 (100,0)		
Idade	Até 14 anos	12 (6,1)	24 (6,9)	9 (3,8)	45 (5,7)	0,705	0,106
	15 a 19 anos	186 (93,9)	324 (93,1)	230 (96,2)	740 (94,3)		
	Total	198 (100,0)	348 (100,0)	239 (100,0)	785 (100,0)		
Cor/Raça	Branca	38 (19,5)	82 (24,1)	43 (18,3)	163 (21,2)	0,034*	0,302
	Preta	43 (22,1)	58 (17,1)	49 (20,9)	150 (19,5)		
	Amarela	16 (8,2)	14 (4,1)	15 (6,4)	45 (5,8)		
	Parda	92 (47,2)	161 (47,4)	113 (48,1)	366 (47,5)		
	Indígena	6 (3,1)	25 (7,4)	15 (6,4)	46 (6,0)		
	Total	195 (100,0)	340 (100,0)	235 (100,0)	770 (100,0)		
Escolaridade Pai	Até oito anos	86 (46,0)	126 (37,7)	102 (44,3)	314 (41,8)	0,065	0,115
	Acima de 9 anos	101 (54,0)	208 (62,3)	128 (55,7)	437 (58,2)		
	Total	187 (100,0)	334 (100,0)	230 (100,0)	751 (100,0)		
Escolaridade Mãe	Até oito anos	78 (41,9)	107 (32,9)	82 (36,4)	267 (36,3)	0,041*	0,393
	Acima de 9 anos	108 (58,1)	218 (67,1)	143 (63,6)	469 (63,7)		
	Total	186 (100,0)	325 (100,0)	225 (100,0)	736 (100,0)		
Trabalha	Sim	15 (7,6)	35 (10,1)	24 (10,3)	74 (9,5)	0,324	0,956
	Não	183 (92,4)	311 (89,9)	210 (89,7)	704 (90,5)		
	Total	198 (100,0)	346 (100,0)	234 (100,0)	778 (100,0)		
Renda Familiar	Até 2 SM	112 (73,2)	162 (62,8)	125 (66,5)	399 (66,6)	0,030*	0,421
	Acima de 2 SM	41 (26,8)	96 (37,2)	63 (33,5)	200 (33,4)		
	Total	153 (100,0)	258 (100,0)	188 (100,0)	599 (100,0)		
Quantas pessoas moram	Até 2 Pessoas	145 (73,6)	236 (68,4)	149 (63,7)	530 (68,3)	0,203	0,237
	3 ou mais	52 (26,4)	109 (31,6)	85 (36,3)	246 (31,7)		
	Total	197 (100,0)	345 (100,0)	234 (100,0)	776 (100,0)		
Quando foi ao dentista	Já foi ao Dentista	179 (91,8)	306 (89,0)	214 (90,7)	699 (90,2)	0,291	0,503
	Nunca foi ao dentista	16 (8,2)	38 (11,0)	22 (9,3)	76 (9,8)		
	Total	195 (100,0)	344 (100,0)	236 (100,0)	775 (100,0)		
Tempo última consulta	Em menos de 6 meses	65 (36,3)	115 (37,6)	68 (31,8)	248 (35,5)	0,780	0,172
	mais de 6 meses	114 (63,7)	191 (62,4)	146 (68,2)	451 (64,5)		
	Total	179 (100,0)	306 (100,0)	214 (100,0)	699 (100,0)		
Serviço Odontológico	Público	98 (53,0)	160 (49,7)	123 (54,9)	381 (52,1)	0,476	0,230
	Privado	87 (47,0)	162 (50,3)	101 (45,1)	350 (47,9)		
	Total	185 (100,0)	322 (100,0)	224 (100,0)	731 (100,0)		
Doença periodontal	Ausência	108 (54,0)	188 (53,6)	133 (55,6)	429 (54,3)	0,921	0,617
	Presença	92 (46,0)	163 (46,4)	106 (44,4)	361 (45,7)		
	Total	200 (100,0)	351 (100,0)	239 (100,0)	790 (100,0)		
Classificação	Gengivite	26 (28,3)	39 (23,9)	30 (28,3)	95 (26,3)	0,446	0,422

Doença Periodontal	Periodontite	66 (71,7)	124 (76,1)	76 (71,7)	266 (73,7)		
	Total	92 (100,0)	163 (100,0)	106 (100,0)	361 (100,0)		
Trauma	Não	126 (63,0)	221 (63,0)	147 (61,5)	494 (62,5)	0,993	0,720
	Sim	74 (37,0)	130 (37,0)	92 (38,5)	296 (37,5)		
	Total	200 (100,0)	351 (100,0)	239 (100,0)	790 (100,0)		
IMC	Sem Sobrepeso	145 (72,5)	253 (72,1)	185 (77,4)	583 (73,8)	0,916	0,146
	Com Sobrepeso	55 (27,5)	98 (27,9)	54 (22,6)	207 (26,2)		
	Total	200 (100,0)	351 (100,0)	239 (100,0)	790 (100,0)		
Overjet Maxilar	Normal	165 (82,5)	321 (91,5)	213 (89,1)	699 (88,5)	0,002*	0,343
	Acentuado	35 (17,5)	30 (8,5)	26 (10,9)	91 (11,5)		
	Total	200 (100,0)	351 (100,0)	239 (100,0)	790 (100,0)		
Cárie	Não	135 (67,5)	262 (74,6)	162 (67,8)	559 (70,8)	0,072	0,069
	Sim	65 (32,5)	89 (25,4)	77 (32,2)	231 (29,2)		
	Total	200 (100,0)	351 (100,0)	239 (100,0)	790 (100,0)		
Obturado	Não	130 (65,0)	242 (68,9)	160 (66,9)	532 (67,3)	0,342	0,609
	Sim	70 (35,0)	109 (31,1)	79 (33,1)	258 (32,7)		
	Total	200 (100,0)	351 (100,0)	239 (100,0)	790 (100,0)		
Perdido	Não	181 (90,5)	326 (92,9)	222 (92,9)	729 (92,3)	0,322	0,996
	Sim	19 (9,5)	25 (7,1)	17 (7,1)	61 (7,7)		
	Total	200 (100,0)	351 (100,0)	239 (100,0)	790 (100,0)		

1- Teste Qui-quadrado de Pearson; *Estatisticamente significante ($p < 0,05$)

A média do CPOD foi de 1,93 e não apresentou diferença com significância estatística com a coesão familiar ($p=0,709$) e adaptabilidade familiar ($p=0,372$). De modo semelhante, a média do IMC, que foi de $21,61 \pm 4,37$ variando de 12,24 a 51,06, também não apresentou associação com a coesão ($p=0,296$) e adaptabilidade familiar ($p=0,451$).

Após análise bivariada, utilizando teste quiquadrado, todas as variáveis com significância menor que 0,25 foram incluídas no modelo de Regressão Logística Multinomial (Tabela 5).

Para coesão familiar, a análise multivariada mostrou que a variável associada à coesão baixa foi a escolaridade da mãe ($p=0,010$) e mostra que adolescentes onde as mães com até 8 anos de estudo têm 1,5 vezes mais chances de ter coesão baixa do que ter coesão média. Já na coesão alta foi significativa a variável cárie ($p=0,042$) e mostra que adolescente sem a presença de cárie tem 1,49 vezes mais chances de ter coesão familiar alta do que coesão familiar média.

Em relação à adaptabilidade familiar, a análise multivariada mostrou que as variáveis associadas à adaptabilidade baixa foram significativas na variável overjet maxilar ($p=0,018$) e cárie ($p=0,038$) mostrando que adolescente com overjet

acentuado tem 1,766 vezes mais chances de ter adaptabilidade baixa. Ademais, os adolescentes com a presença de cárie têm 1,455 vezes mais chances de ter adaptabilidade baixa do que ter adaptabilidade média. Já na adaptabilidade alta foi significativa variável Idade ($p=0,031$), sendo observado que adolescentes com idade de 15 a 19 anos tem 2,118 vezes mais chances de ter adaptabilidade familiar alta do que adaptabilidade familiar média.

Tabela 5 - Regressão logística multinomial para a coesão e adaptabilidade familiar.

Variáveis	Coef.	E.P.	χ^2	Valor de p	OR ¹	IC 95%	
						Mínimo	Máximo
Constante	-0,833	0,164	25,696	0,000			
Coesão Baixa							
Escolaridade Mãe=Até 8 anos	0,404	0,157	6,610	0,010	1,498	1,101	2,038
Carie=Não	0,222	0,173	1,651	0,199	1,248	0,890	1,751
Constante	-1,124	0,187	36,205	0,000			
Coesão Alta							
Escolaridade Mãe=Até 8 anos	0,044	0,178	0,062	0,803	1,045	0,738	1,481
Carie=Não	0,402	0,198	4,130	0,042	1,494	1,014	2,202
Teste Razão Verossimilhança (p-valor)			Teste de Goodness-of-Fit (p-valor)			R² de Nagelkerke	
11,437 0,022			Pearson 0,741 Deviance 0,741			0,014	
Adaptabilidade Baixa							
Constante	-1,064	0,336	10,035	0,002			
Overje acentuado= sim	0,506	0,239	5,646	0,018*	1,766	1,105	2,823
Carie=Sim	0,375	0,181	4,302	0,038*	1,455	1,021	2,073
Idade=15 a 19 anos	0,345	0,341	1,025	0,311	1,412	0,724	2,754
Adaptabilidade Alta							
Constante	-1,061	0,343	9,580	0,002			
Overjet acentuado=sim	0,213	0,263	0,815	0,367	1,238	0,779	1,966
Carie=Sim	0,228	0,169	1,818	0,177	1,256	0,902	1,748
Idade=15 a 19 anos	0,751	0,347	4,674	0,031*	2,118	1,073	4,183
Teste Razão Verossimilhança (p-valor)			Teste de Goodness-of-Fit (p-valor)			R² de Nagelkerke	
15,213 0,019			Pearson 0,143 Deviance 0,107			0,017	

Legenda: χ^2 - qui-quadrado; 1-OR – odds ratio; IC - intervalo de confiança; Coef- coeficiente da variável; E.P- erro padrão; R² – coeficiente de determinação.

Discussão

Os resultados desse estudo permitem afirmar que a hipótese nula de que não existe associação entre as condições clínicas bucais, fatores sociodemográficos e antropométricos com a coesão e adaptabilidade familiar foi rejeitada. Houve associação entre coesão e adaptabilidade familiar com fatores sociodemográficos e condições clínicas. Esse resultado foi semelhante ao de Ferreira et al⁴ onde mostrou que a coesão familiar percebida pelo adolescente foi associada a variáveis comportamentais, a saúde bucal e a fatores socioeconômicos. Silva e Katz²⁰, em

2015, relataram que os níveis de coesão e flexibilidade familiar encontrados chamam a atenção para a necessidade de apoio às famílias consideradas de risco no que concerne às estratégias de prevenção e mais investimentos em saúde bucal direcionado a essas famílias.

A média do índice CPOD foi considerada baixa¹⁵ assim como a prevalência da presença de cárie (32,7%) quando comparada ao último estudo nacional, onde a média para adolescentes de 15 a 19 anos foi de 4,25 dentes com experiência de cárie²¹, bem como em outros estudos^{7, 22}. A prevalência da doença periodontal (45,7%) e a do traumatismo dentário (37,5%) foram consideradas altas quando comparadas com outros estudos^{21, 23-25}.

Neste estudo utilizou-se como referência os grupos de coesão e adaptabilidade familiar com gradientes médios. A razão é que, apesar de não existir um melhor absoluto para relacionamentos entre pessoas, se as famílias funcionarem por um longo tempo nos gradientes extremos de coesão e adaptabilidade muitas poderão ter problemas²⁶.

Desta forma, permitiu-se a observação de como as variáveis sociodemográficas, clínicas e de utilização de serviços odontológicos se comportam nos grupos extremos de coesão e adaptabilidade familiar, comparado ao grupo que apresenta coesão e adaptabilidade familiar média. Considerando que a coesão familiar está relacionada com o comportamento das famílias em relação às doenças, enquanto a adaptabilidade influencia os protocolos de adesão aos tratamentos²⁶.

A baixa escolaridade da mãe mostrou-se associada à baixa coesão familiar. E o estudo de Shaghaghian e Zeraatkar²⁷, em 2017, mostra que os filhos de mães com nível superior apresentam melhor higiene bucal. Nesse sentido, sugere-se que mães com níveis maiores de escolaridade teriam uma maior aquisição de conhecimentos sobre comportamentos saudáveis e famílias desligadas e com baixa escolaridade materna não teriam uma promoção de hábitos saudáveis.

Silva e Katz²⁰, em 2015, investigaram a relação entre os níveis de coesão familiar e as variáveis relativas aos responsáveis de crianças de 4 e 5 anos e, dentre estas, a escolaridade dos pais, e não houve associação.

Já Ferreira et al⁴ descrevem a escolaridade dos pais para caracterização da amostra, mas não relacionaram com a coesão familiar. Todavia, em seu estudo, a baixa coesão foi associada com a baixa frequência escovação diária, o que levou os autores a supor que em famílias menos coesas há uma menor propagação de

comportamentos em saúde, como seria o caso do hábito de higiene dental. E estudos mostram que o nível educacional mais elevado dos pais apresenta uma associação significativa com a maior frequência de escovação e práticas de higiene bucal e, conseqüentemente, a melhor higiene bucal dos seus filhos^{27, 28}.

A ausência de cárie foi associada à coesão alta. Esse resultado contradiz os autores da escala FACES III, pois afirmam que as famílias com escores médios de coesão e adaptabilidade familiar seriam as mais saudáveis^{3, 13}. Isso pode ser explicado pelo fato de que famílias com coesão alta há mais suporte e atenção, como também possibilita que famílias em privação de bens tenham autoestima e veja a vida com mais qualidade²⁹.

No estudo de Ferreira et al.⁴, onde a baixa coesão foi associada à presença de cárie em adolescentes, eles relatam que a relação se dá por via indireta, pois a baixa coesão foi associada à higienização bucal escassa e à baixa renda mensal, considerados fatores de risco para desenvolvimento de cárie.

No presente estudo, dois resultados que, apesar de não terem permanecido significativos na análise multivariada, não devem ser desprezados, são o fato de nunca ter ido ao dentista associado à baixa coesão e a baixa renda, associada à baixa adaptabilidade. Na adolescência convém destacar que a decisão de consultar o serviço geralmente é dos pais e não do próprio jovem, além disso, a condição socioeconômica é um dos determinantes sociais mais importantes na utilização de serviços odontológicos^{5, 8}. E, por isso, é importante ressaltar que a população estudada foi de alunos de escolas públicas, podendo assim ser considerada homogênea, economicamente baixa; onde aproximadamente metade tem renda de até dois salários mínimos.

Adaptabilidade familiar baixa foi associada ao overjet acentuado e a presença de cárie. Famílias assim têm insuficiente poder adaptativo e, por esse motivo, teriam problemas de adesão a protocolos de tratamento^(20, 26). Isso pode chamar atenção para a necessidade de novas abordagens para prevenção e promoção da saúde, enfocando o funcionamento familiar, além do que já é conhecido no processo saúde-doença, pois pode mostrar a falta de acesso às expressões dos desejos.

O overjet é um dos tipos de má oclusão mais prevalente e interfere negativamente no bem-estar psicológico e na interação social dos adolescentes⁽⁸⁾, além de ser um fator de risco para o traumatismo dentário. Entretanto, é um fator de

risco passível de ser alterado pelo uso de aparelho ortodôntico, podendo diminuir o risco de traumatismo dentário⁹.

Adolescentes mais velhos foram associados à adaptabilidade alta. Esse resultado era o esperado, pois entre os adolescentes mais novos é comum ainda ter uma maior regulação de horários, rotinas, dentre outros, por parte dos pais/responsáveis. Diferente entre os mais velhos, onde alguns até maiores de idade apresentam mais autonomia e, assim, uma maior flexibilidade. No entanto, os extremos, famílias com baixa e alta adaptabilidade, são consideradas de risco⁽¹³⁾.

Não houve associação entre o IMC e o funcionamento familiar. Resultado semelhante a outro estudo com adolescentes, em que não houve diferença entre os com sobrepeso e eutróficos com a relação familiar, mostrando que um funcionamento familiar não saudável pode ser comum nessa fase da vida, de forma independente do estado nutricional³⁰.

O sistema público de saúde do Brasil tem parte da sua atenção primária centrada na família, por isso, em relação à saúde bucal, não deve se limitar às questões clínicas, mas também incluir fatores familiares nas ações de prevenção e educação em saúde, promoção e recuperação da saúde.

Desse modo, profissionais e gestores públicos devem buscar ter uma visão holística da saúde, principalmente na fase da adolescência, que é uma fase de transição entre a infância e a fase adulta que muitas vezes não têm mais o cuidado dos pais/responsáveis da mesma maneira de quando eram crianças, mas também não têm a autonomia de um adulto. Os profissionais devem aliar-se à família, mas jamais tentar substituí-la².

O delineamento transversal desse estudo, apesar de ter sido cuidadosamente traçado, permite apenas identificar associação, não estabelecendo relação causal entre as variáveis investigada e o resultado. No entanto, estudos transversais são muito utilizados em investigação em saúde e, o presente estudo tem pontos fortes, como ter uma amostra probabilística, a realização de exame periodontal completo, vendo a profundidade à sondagem em seis pontos em cada dente, o nível gengival e o sangramento após sondagem, como também um robusto resultado no processo de calibração. Adicionalmente, na literatura brasileira, existem poucos estudos sobre a saúde bucal dos adolescentes⁶ e sobre o funcionamento familiar^{4, 20}.

Portanto, é sugerido a continuidade do estudo por meio de novos desenhos e populações que possam fornecer respostas com sentido mais amplo para perguntas

complexas envolvendo o funcionamento familiar e a saúde bucal em adolescentes. Também é oportuno estudos qualitativos que busquem aprofundar os significados das relações familiares dos adolescentes e sua saúde bucal.

Conclusão

O funcionamento familiar, analisado pela coesão e adaptabilidade familiar, foi associado à saúde bucal e a fatores socioeconômicos. Famílias com baixa coesão familiar, as desligadas, foram associadas à baixa escolaridade da mãe e famílias com alta coesão, as aglutinadas, associadas à ausência de cárie. Famílias com baixa adaptabilidade, as rígidas, foram associadas à má oclusão e presença de cárie. Não houve associação entre coesão e adaptabilidade familiar com os dados antropométricos.

Referências

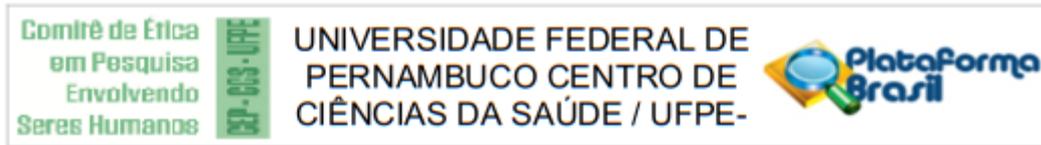
1. Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(suppl):243-53.
2. Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*. 2000;34(3):316-9.
3. Olson DH, Sprenkle DH, Russell CS. Circumplex model of marital and family system: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Fam Process*. 1979;18(1):3-28.
4. Ferreira LL, Brandão GAM, Garcia G, Batista MJ, Costa LST, Ambrosano GMB et al . Coesão familiar associada à saúde bucal, fatores socioeconômicos e comportamentos em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18:2461-73.
5. Davoglio RS, Aerts DRGC, Abegg C, Feddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(3):655-67.
6. Spezzia S. Alterações periodontais na adolescência. *Braz J Periodontol*; 2018. p. 43-7.
7. Milan M, Willig MMP, Portilio MN, Rigo L. Cárie dentária, hábitos alimentares e de higiene bucal em escolares de um município do interior do rio grande do sul: Levantamento epidemiológico. *Adolescencia e Saude*. 2019;16(2):93-101.

8. Martins LP, Bittencourt JM, Bendo CB, Vale MP, Paiva SM. Malocclusion and social vulnerability: a representative study with adolescents from Belo Horizonte, Brazil. *Ciencia & saude coletiva*. 2019;24(2):393.
9. Arraj GP, Rossi-Fedele G, Dođramacı EJ. The association of overjet size and traumatic dental injuries-A systematic review and meta- analysis. *Dental traumatology : official publication of International Association for Dental Traumatology*. 2019. 35(4-5):217-232.
10. Soriano EP, Caldas ADF, Carvalho MVDD, Amorim Filho HDA. Prevalence and risk factors related to traumatic dental injuries in Brazilian schoolchildren. *Dental Traumatology*. 2007;23(4):232-40.
11. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf
12. Pernambuco. Sistema de Informações da Educação de Pernambuco (SIEPE). Pernambuco 2016 Disponível em: <http://www.siepe.educacao.pe.gov.br>.
13. Olson DH. Circumplex Model VII: validation studies and FACES III. *Fam Process*. 1986;25(3):337-51.
14. Falceto OG BE, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para a utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Pan Am J Public Health* 2000. p. 255-63.
15. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4 ed. Geneva: ORH/EPID; 1997.
16. Chapple ILC, Mealey BL, Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri- Implant Diseases and Conditions. *Journal of Periodontology*. 2018;89(s1):S74-S84.
17. Steffens JP, Marcantonio RAC. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri- implantares 2018: guia Prático e Pontos- Chave. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2018;47(4):189-97.

18. García-Godoy FM. Prevalence and distribution of traumatic injuries to the permanent teeth of Dominican children from private schools. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1984;12(2):136-9.
19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
20. Silva JFO, Katz CRT. Experiência de cárie, necessidades de tratamento e funcionamento familiar em pré-escolares: um estudo caso-controle. *Belo Horizonte: Arq Odontol*; 2015. p. 76-87.
21. Brasil. SB BRASIL 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. In: Ministério da Saúde. Brasília-DF2011.
22. Lage CF, Fulgencio LB, Corrêa-Faria P, Serra-Negra JM, Paiva SM, Pordeus IA. Association between dental caries experience and sense of coherence among adolescents and mothers. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2017;27(5):412-9.
23. Figueiredo D R, Bastos J L, Peres K G. Association of adverse oral health outcomes with socioeconomic inequalities and dental needs in Brazilian adolescents. *Cadernos de saude publica*. 2017;33(5).
24. Vieira EM, Cangussu MCT, Vianna MIP, Cabral MBB, Roque RN, Anjos ES. Prevalência, gravidade e fatores associados ao traumatismo dentário em escolares de 12 e 15-19 anos de idade em Salvador, Bahia. Feira de Santana: Rev. Saúde Col. UEFS; 2017. p. 51-7.
25. Bendo CB, et al. Association between treated/untreated traumatic dental injuries and impact on quality of life of Brazilian schoolchildren. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:114.
26. Olson DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*. 2000;22(2):144-67.
27. Shaghaghian S, Zeraatkar M. Factors Affecting Oral Hygiene and Tooth Brushing in Preschool Children, Shiraz/Iran. *Journal of Dental Biomaterials*. 2017;4(2):394-402.
28. Oliveira PAD, Bendo CB, Paiva SM, Abreu MHNG, Auad SM. Associação do nível de escolaridade de pais e responsáveis com os hábitos alimentares e de higiene bucal de crianças. *Belo Horizonte: Arq Odontol* 2018; 54(2).

29. Rosalini MHP, Probst LF, Cunha IPD, Gondinho BVC, Cortellazzi KL, Possobon RdF, et al. Quality of life, cohesion and adaptability in beneficiary families of the "Bolsa Família" Program. *Ciencia & saude coletiva*. 2019;24(1):307.
30. Almeida CCJN, Mora PO, Oliveira VA, João CA, João CR, Riccio AC, Almeida AC. Fatores de desagregação familiar em adolescentes eutróficos e nos portadores de sobrepeso/obesidade. *Rev. paul. pediatr.* 2014 Mar ; 32(1): 70-77.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE BUCAL E FATORES BIOPSISSOCIAIS EM ADOLESCENTES

Pesquisador: THAIS CARINE DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63031016.0.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.903.921

Apresentação do Projeto:

A adolescência é um período que culmina todo o processo da maturação biopsicossocial que levam a mudanças de comportamento relacionado à saúde. Essas mudanças que podem colocar esses indivíduos em situação de risco a saúde bucal, por isso torna-se importante o entendimento dos fatores psicossociais que podem comprometer a saúde bucal nessa fase de vida. A população alvo a ser estudada é composta por adolescentes escolares, de ambos os sexos, matriculados no ensino médio das escolas da rede pública estadual do município de Camaragibe - PE. Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, analítico e de base escolar. O objetivo é verificar se há associação entre os fatores psicossociais como coesão familiar e auto percepção da qualidade de vida e as condições de saúde bucal.

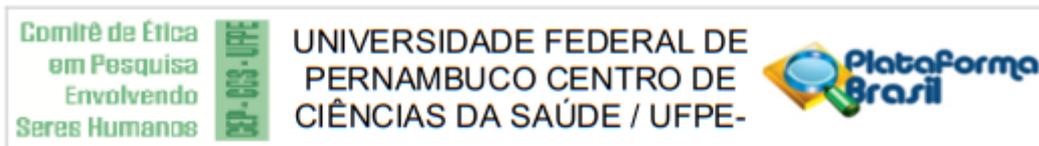
Objetivo da Pesquisa:

A saúde bucal interfere diretamente sobre a qualidade de vida dos adolescentes e por sua vez a coesão familiar pode favorecer a boas condições de saúde bucal.

Objetivo Primário:

Verificar se existe associação entre as condições de saúde bucal dos adolescentes com os fatores

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.903.921

biopsicossociais, considerando fatores socioeconômicos e étnico-raciais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos que possivelmente poderão ocorrer serão o de constrangimento no ato da realização da pesquisa que possivelmente será evitado mediante respeito às vontades próprias dos entrevistados e suas especificidades. Serão utilizados máximo controle e cuidado na realização dos exames a fim de promover mínimo desconforto ao paciente.

Benefícios:

Os benefícios serão o exame clínico e os conhecimentos das condições de saúde bucal e os tipos de coesão familiar associados, nos adolescentes escolares da cidade de Camaragibe-PE, o que poderá ajudar no planejamento das políticas de saúde e sociais do município. Os resultados da pesquisa serão enviados à Secretaria de Saúde do Município sob a forma de relatório, para o conhecimento

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os resultados serão apresentados por meio da descrição das frequências absoluta e relativa. A significância estatística será avaliada pelo teste Quiquadrado.

As variáveis que apresentarem significância na análise bivariada de até 20% ou que apresentassem relevância para análise segundo a literatura, serão levadas para a análise multivariada (regressão logística binária). As análises serão realizadas SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 21 e todas as conclusões serão tiradas considerando o nível de significância de 5%.

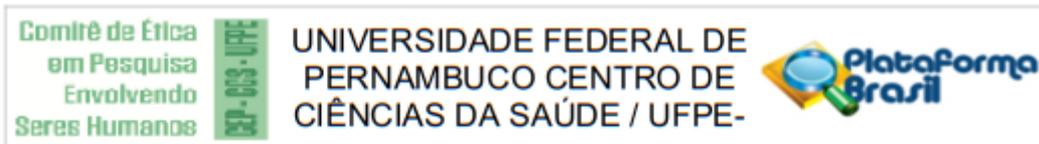
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados de forma obrigatória, afim de confirmar e de realizar o projeto levado para aprovação.

Recomendações:

O projeto está considerado em forma de apresentação.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.903.921

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_823638.pdf	15/12/2016 10:11:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TConsentimentoLivreEsclarecidoRESPOSTASAVEIS.docx	14/12/2016 23:13:15	THAIS CARINE DA SILVA	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
--	---	---	--

Continuação do Parecer: 1.903.021

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_CEP1412.docx	14/12/2016 23:01:45	THAIS CARINE DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoConsentimentoLivreEsclarecidoM AIORES.docx	14/12/2016 22:57:08	THAIS CARINE DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoAssentimentoLivreEsclarecidoME NORES.docx	14/12/2016 22:56:42	THAIS CARINE DA SILVA	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	14/12/2016 06:41:09	THAIS CARINE DA SILVA	Aceito
Outros	vinculo.pdf	13/12/2016 18:55:23	THAIS CARINE DA SILVA	Aceito
Outros	Curriculo_Adelaine.pdf	13/12/2016 12:24:27	ADELAINE MARIA DE SOUSA	Aceito
Outros	Curriculo_Thais.pdf	13/12/2016 12:23:53	ADELAINE MARIA DE SOUSA	Aceito
Outros	Curriculo_Bruna.pdf	13/12/2016 12:22:37	ADELAINE MARIA DE SOUSA	Aceito
Outros	Curriculo_Renata.pdf	13/12/2016 12:22:00	ADELAINE MARIA DE SOUSA	Aceito
Outros	Carta_anuencia.jpg	13/12/2016 12:02:31	ADELAINE MARIA DE SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	13/12/2016 00:43:07	THAIS CARINE DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	09/11/2016 17:38:33	ADELAINE MARIA DE SOUSA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	09/11/2016 17:37:58	ADELAINE MARIA DE SOUSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 01 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600 UF: PE Município: RECIFE Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO B – ESCALA FACES III

DESCREVA SUA FAMÍLIA ATUALMENTE:

1 – Os membros da família pedem ajuda uns aos outros?	(1) (2) (3) (4) (5)
2 – Seguem-se as sugestões dos filhos na solução de problemas?	(1) (2) (3) (4) (5)
3 – Aprovamos os amigos que cada um tem?	(1) (2) (3) (4) (5)
4 – Os filhos expressam sua opinião quanto a sua disciplina?	(1) (2) (3) (4) (5)
5 – Gostamos de fazer coisas apenas com nossa família?	(1) (2) (3) (4) (5)
6 – Diferentes pessoas da família atuam nela como líderes?	(1) (2) (3) (4) (5)
7 – Os membros da família sentem-se mais próximos entre si que com pessoas estranhas à família?	(1) (2) (3) (4) (5)
8 – Em nossa família mudamos a forma de executar as tarefas domésticas?	(1) (2) (3) (4) (5)
9 – Os membros da família gostam de passar o tempo livre juntos?	(1) (2) (3) (4) (5)
10 – Pai(s) e filhos discutem juntos os castigos?	(1) (2) (3) (4) (5)
11 – Os membros da família se sentem muito próximos uns dos outros?	(1) (2) (3) (4) (5)
12 – Os filhos tomam as decisões em nossa família?	(1) (2) (3) (4) (5)
13 – Estamos todos presentes quando compartilhamos atividades em nossa família.?	(1) (2) (3) (4) (5)
14 – As regras mudam em nossa família?	(1) (2) (3) (4) (5)
15 - Facilmente nos ocorrem coisas que podemos fazer juntos, em família?	(1) (2) (3) (4) (5)
16 - Em nossa família fazemos rodízio das responsabilidades domésticas?	(1) (2) (3) (4) (5)
17 - Os membros da família consultam outras pessoas da família para tomarem suas decisões?	(1) (2) (3) (4) (5)
18 - É difícil identificar o(s) líder(es) em nossa família?	(1) (2) (3) (4) (5)
19 - A união familiar é muito importante?	(1) (2) (3) (4) (5)
20 - É difícil dizer quem faz cada tarefa doméstica em nossa casa?	(1) (2) (3) (4) (5)

(1) Quase nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

ANEXO C- NORMAS DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

- 1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).
- 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).
- 1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.
- 1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O [Editorial 32\(9\)](#) discute sobre as revisões sistemáticas ([Leia mais](#)).
- 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) ([Leia mais](#)). O [Editorial 29\(6\)](#) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.
- 1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) ([Leia mais](#)).
- 1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#). Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o [Editorial 32\(8\)](#).
- 1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).
- 1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).
- 1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

- 2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.
- 2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.
- 2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).
- 2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [Clinical Trials](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)
- [Nederlands Trial Register](#) (NTR)
- [UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES E ORCID

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do [ORCID](#) no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva ¹). As

referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao [COPE](#) (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o [Editorial 34\(1\)](#).