

LUALE LEÃO FERREIRA

**Avaliação da associação de variáveis clínicas
buciais, condições socioeconômicas e
comportamentos em saúde com coesão familiar
em adolescentes**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Odontologia, Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana de Fátima Possobon

Co-Orientadora: Profa. Dra. Gláucia Maria Bovi Ambrosano

Piracicaba
2011

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

Bibliotecária: Elis Regina Alves dos Santos – CRB-8ª / 8099

F413a	<p>Ferreira, Luale Leão. Avaliação da associação de variáveis clínicas bucais, condições socioeconômicas e comportamentos em saúde com coesão familiar em adolescentes / Luale Leão Ferreira. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2011.</p> <p>Orientadores: Rosana de Fátima Possobon, Gláucia Maria Bovi Ambrosano. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p>1. Relações familiares. 2. Condições sociais. 3. Saúde bucal. I. Possobon, Rosana de Fátima. II. Ambrosano, Gláucia Maria Bovi. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.</p> <p>(eras/fop)</p>
-------	---

Título em Inglês: Evaluation of the association of clinical oral health, socioeconomic status and health behaviors with family cohesion in adolescents

Palavras-chave em Inglês (Keywords): 1. Family relations. 2. Social conditions. 3. Oral health

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia

Banca Examinadora: Rosana de Fátima Possobon, Antonio Carlos Pereira, Elaine Pereira da Silva Tagliaferro

Data da Defesa: 28-02-2011

Programa de Pós-Graduação em Odontologia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 28 de Fevereiro de 2011, considerou a candidata LUALE LEÃO FERREIRA aprovada.

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Rosana de Fátima Possobon".

Profa. Dra. ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Elaine Pereira da Silva Tagliaferro".

Profa. Dra. ELAINE PEREIRA DA SILVA TAGLIAFERRO

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Antonio Carlos Pereira".

Prof. Dr. ANTONIO CARLOS PEREIRA

Dedico este trabalho

Aos meus pais Cristina e Francisco.
Pelo exemplo de integridade,
força , luta e amor.
Amo muito vocês.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, pelo dom da vida, pela saúde e força para vencer mais esta etapa de minha vida.
Pela sabedoria de escrever certo em linhas tortas.

À minha orientadora Profa. Rosana de Fátima Possobon pela orientação, pelas palavras amigas, simplicidade, pela força e atenção. Sou eternamente grata por toda a confiança e o apoio demonstrados no decorrer do curso de pós-graduação.

À minha irmãzinha querida Laíce Leão Ferreira pela amizade, companheirismo, paciência, apoio e amor.

Aos meus avós Terezinha Barduni Leão e Expedito Luiz Leão, pelo exemplo e carinho desde os primeiros anos de vida.

Aos meus padrinhos Maria do Carmo Leão Oliveira e Antônio Moisés Oliveira, e à minha prima Graziella Leão que me acompanham desde antes do início da minha formação profissional, sempre me apoiando.

Ao meu namorado e amigo Diogo Dressano, agradeço pelo apoio, companheirismo e, sobretudo, pelo amor que me dá forças para superar obstáculos.

Às amigas Janice Simpson de Paula e Luísa Helena do Nascimento Torres, também responsáveis por esta conquista. Minha amizade, gratidão, respeito e reconhecimento por tudo. Obrigada por ser minha família de Piracicaba.

Ao Gustavo Antônio Martins Brandão, com quem dividi o dia-a-dia, as aflições e as conquistas desta pesquisa. Obrigada pela parceria, paciência e amizade em todas as etapas do nosso trabalho.

À Prof. Gláucia Maria Bovi Ambrosano e à Marília Jesus Batista, por todas as análises estatísticas realizadas.

Aos professores Fábio Luiz Mialhe, Maria da Luz Rosário de Sousa e Antônio Bento Alves de Moraes, pelo exemplo, orientação e estímulo. Por me acolher nesta etapa, meu sincero agradecimento.

AGRADECIMENTO

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do diretor Jacks Jorge Júnior, onde tive a oportunidade de dar um importante rumo ao crescimento científico e profissional.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudo concedida, pedra fundamental.

Às minhas queridas amigas Marcell Mendonça, Priscila Cardoso e Jemima Sant'ana, pela amizade verdadeira desde minha infância. Às minhas amigas de Piracicaba Juliana Zanatta e Maylu Hafner, que me apoiaram e encheram de alegria esta etapa de minha vida.

Às amigas Tatiane Salvador, Samantha Cavalcanti, Juliana Marcassa, Francine Petrecca, Marina Meireles, Maria Rachel Monteiro, Corinne Kakiuchi e Ana Carolina Rios pela amizade e torcida.

Aos amigos da Pós-Graduação em Odontologia Edna Alves, Liliane Alça, Cristina Gibilini, Marília Batista, Juliana Rocha, Ludmila Tavares, Raquel Pizzolato e Valéria Nogueira pelo convívio amistoso e sincero, que tantas alegrias me trouxeram.

Ao Cepae, Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais, pela oportunidade que me foi dada, pelo imenso aprendizado e pelas amizades que lá fiz, em especial Tania Morbeck e Juliana Feres.

Aos professores Antonio Carlos Pereira, Eduardo Hebling, Dagmar de Paula Queluz, Marcelo de Castro Meneghim e Elaine Pereira da Silva Tagliaferro que contribuíram para o engrandecimento deste trabalho.

Às secretárias Eliana Mônaco e Suelen Feliciano pela eficiente ajuda e amabilidade com que tratam todos os alunos.

A todas as pessoas que, com a mais simples palavra, atitude ou auxílio, contribuíram direta ou indiretamente na elaboração deste trabalho.

Epígrafe

“Sei que todos, algum dia, acordamos com a
Senhora desilusão sentada na beira da cama. Mas a
gente vai à luta e inventa um novo sonho,
uma esperança, mesmo recauchutada:
vale tudo menos chorar tempo demais.
Pois sempre há coisas boas para pensar.
Algumas se realizam”.

(Lya Luft)

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a associação de fatores socioeconômicos, comportamentais e clínicas bucais na coesão familiar percebida em amostra de 524 adolescentes de 15 anos de Piracicaba-SP. As variáveis estudadas foram avaliadas por meio de questionários auto-aplicáveis. O exame clínico bucal avaliou cárie e doença periodontal pelos índices CPO e CPI. A amostra foi dividida em 3 grupos distintos de acordo com o escore de coesão familiar: (baixa, média e alta coesão familiar). O desfecho deste estudo foi a coesão familiar, avaliada por 3 categorias através de análises univariada e multinomial. Foi fator de risco para a baixa coesão familiar a renda menor ou igual a 3 salários mínimos (OR 2,28 IC95% 1,14-4,55) e baixa frequência de escovações diárias (OR 1,19 IC95% 1,03-3,54), e a ausência de cárie (OR 0,44 IC95% 0,24-0,82) foi fator de proteção. Nunca ter fumado (OR 4,5 IC95% 1,37-15,27) foi associado à alta coesão familiar e a baixa renda (OR 0,59 IC95% 0,35-0,98) foi fator de proteção. A associação estabelecida entre coesão familiar e demais variáveis indica a importância de uma abordagem biopsicossocial de atenção em saúde, com atuação centrada no âmbito familiar.

Palavras-chaves: relações familiares, adolescentes, condição social, saúde bucal

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the association of socioeconomic, behavioral and clinical oral health on perceived family cohesion in a sample of 524 adolescents from 15 years of Piracicaba-SP. The variables were assessed by self-reported questionnaires. The oral examination assessed caries and periodontal disease by the CPO and CPI indices. The sample was divided into three distinct groups according to the scores of family cohesion (low, medium and high family cohesion). The outcome of this study was family cohesion, assessed by three categories by univariate and multinomial analysis. The association between variables was evaluated by univariate and multivariate analysis. Low income (OR 2,28 IC95% 1,14-4,55), and low frequency of daily brushings (OR 1,19 IC95% 1,03-3,54) was a risk factor for low family cohesion, and absence of decay (OR 0,44 IC95% 0,24-0,82) was a protective factor. Never smoking (OR 4,5 IC95% 1,37-15,27) was associated to high family cohesion and low income was a protective factor (OR 0,59 IC95% 0,35-0,98). The association established between family cohesion and other variables indicates the importance of a biopsychosocial model of health care, with activities centered in family.

Key words: family cohesion, oral health, adolescent, socioeconomic status.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 1	03
Avaliação da relação de variáveis clínicas odontológicas, condições socioeconômicas e comportamentos em saúde com coesão familiar em adolescentes de 15 anos	
CONSIDERAÇÕES GERAIS	20
CONCLUSÕES	21
REFERÊNCIAS	22
APÊNDICES	24
ANEXOS	35

INTRODUÇÃO

Em grande parte das sociedades, a família é considerada uma importante referência para a criança e o adolescente (Resnick et al., 1997; Joronen et al., 2005). Desde a infância, os pais atuam como mediadores entre seus filhos e o mundo, por meio de estímulos reforçadores ou punitivos, estimulando e ensinando hábitos e comportamentos. Com base na interação entre pais e filhos, formam-se as primeiras regras, valores e crenças do indivíduo, contribuindo para o desenvolvimento infantil, auxiliando e capacitando o indivíduo a controlar e se relacionar com o ambiente a sua volta (Resnick et al., 1997).

O conhecimento do contexto familiar e o ambiente no qual um indivíduo está inserido, a dinâmica, as relações e o funcionamento familiar é importante para uma intervenção efetiva por profissionais de saúde, baseada abordagem na biopsicossocial. Esta intervenção pode contribuir para a otimização das relações, uma maior emissão de comportamentos saudáveis e uma melhor qualidade de vida para os familiares (Roosa et al., 1996).

Coesão familiar, portanto, define-se como uma variação entre separação e conexão dos membros da família ou o vínculo emocional que seus integrantes possuem (Olson et al., 2003). Também pode ser definida como a relação de dependência/independência entre os familiares (Olson et al., 2003).

Dependendo da coesão familiar, os familiares exercerão uma maior ou menor influência entre si, modificando direta e indiretamente a dinâmica e o funcionamento de sua família e influenciando hábitos, comportamentos e crenças (Roosa et al., 1996; Lucia & Breslau, 2005).

Segundo Olson et al. (2003), as famílias podem ser classificadas de acordo com o nível de coesão entre seus membros. Assim, famílias cujos membros são independentes e desunidos são aquelas com baixa coesão familiar. Ao contrário, as famílias cujos membros apresentam grande dependência e pouca autonomia, são classificadas como tendo alta coesão familiar. Já famílias com nível médio de coesão familiar apresentam níveis médios de independência e de união. Estas seriam as famílias com melhor funcionamento, pois

apresentam uma relação mais harmoniosa e equilibrada entre separação e conexão, dependência e independência.

Alguns estudos verificaram a relação entre o nível de coesão familiar e comportamentos contrários à manutenção da saúde, tais como padrão alimentar e hábito de tabagismo (Franko et al., 2008), uso de drogas e violência contra a mulher (Rabello et al., 2007).

Na literatura, a coesão familiar é relacionada com fatores comportamentais, porém somente alguns estudos abordaram a relação entre coesão familiar e variáveis clínicas. Algumas doenças estudadas, de caráter multifatorial, possuem o ambiente e o comportamento como fatores contribuintes para o agravamento do quadro clínico e podem ser influenciadas pela coesão familiar (Gustafsson et al., 1987; Soliday et al., 2001). Estudos mostram uma relação significativa entre a baixa coesão familiar com doenças como a asma, diabetes não-insulino e insulino dependentes e doença crônica renal (Gustafsson et al., 1987; Holden et al., 1997; Soliday et al., 2001).

Tal como essas doenças, a cárie dentária é também considerada uma doença de caráter multifatorial, influenciada por fatores biológicos como a qualidade da saliva, a colonização de bactérias cariogênicas, os defeitos na estrutura dental (Loesche, 1986; Featherstone, 2000), por fatores socioeconômicos como renda familiar, escolaridade dos pais, condições de vida (Antunes et al., 2004; Locker et al., 2004; Pereira et al., 2007) e por fatores comportamentais como padrão alimentar, frequências de consultas anuais ao dentista e frequência de escovação diária (Gibson & Williams, 1999; Levin & Shenkman, 2004).

Apesar do grande número de estudos relacionando doenças bucais a fatores não-biológicos, o estudo da relação entre coesão familiar, variáveis clínicas bucais, condições socioeconômicas e comportamentos em saúde permanece inexplorado.

Devido à importância da família como unidade de atuação em saúde, parte da atenção primária do Sistema Único de Saúde está centrada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como política de atuação no Brasil. A ESF, desde 1994, enfoca a atenção e assistência à saúde no núcleo familiar baseando-se, principalmente, nos princípios da promoção da saúde e prevenção de doenças. As unidades de saúde atuam difundindo

conhecimento e empoderando as famílias para o enfrentamento de doenças com o objetivo de promover autonomia e a melhoria na qualidade de vida da população atendida (Brasil, 2001).

O objetivo do presente trabalho é ampliar o conhecimento sobre o impacto de condições clínicas bucais, variáveis de comportamentos em saúde e socioeconômicas no funcionamento e na coesão familiar, assunto pouco explorado pela literatura.

A presente dissertação, em formato alternativo, baseia-se nas normas da Resolução CCPG UNICAMP/002/06 e é composta de um capítulo, sendo apresentado na forma de artigo.

CAPÍTULO 1

Avaliação da associação de variáveis clínicas bucais, condições socioeconômicas e comportamentos em saúde com coesão familiar em adolescentes de 15 anos

Luale Leão Ferreira¹, Gustavo Antônio Martins Brandão¹, Gustavo Garcia¹, Marília Jesus Batista¹, Glaucia Maria Bovi Ambrosado¹, Rosana de Fátima Possobon¹.

¹ Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) Piracicaba, SP, Brasil.

Submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública (anexo 01).

Endereço para correspondência:

Luale Leão Ferreira

Departamento de Odontologia Social.

Faculdade de Odontologia de Piracicaba, P.O. BOX 52

Universidade Estadual de Campinas -UNICAMP

13414-903, Piracicaba, SP, Brazil

E-mail: lualeleao@yahoo.com.br

Resumo

O objetivo do presente estudo foi avaliar a associação de fatores socioeconômicos, comportamentais e clínicas bucais na coesão familiar percebida em amostra de 524 adolescentes de 15 anos de Piracicaba-SP. As variáveis estudadas foram avaliadas por meio de questionários auto-aplicáveis. O exame clínico bucal avaliou cárie e doença periodontal pelos índices CPO e CPI. A amostra foi dividida em 3 grupos distintos de acordo com o escore de coesão familiar: (baixa, média e alta coesão familiar). O desfecho deste estudo foi a coesão familiar, avaliada por 3 categorias através de análises univariada e multinomial. Foi fator de risco para a baixa coesão familiar a renda menor ou igual a 3 salários mínimos (OR 2,28 IC95% 1,14-4,55) e baixa frequência de escovações diárias (OR 1,19 IC95% 1,03-3,54), e a ausência de cárie (OR 0,44 IC95% 0,24-0,82) foi fator de proteção. Nunca ter fumado (OR 4,5 IC95% 1,37-15,27) foi associado à alta coesão familiar e a baixa renda (OR 0,59 IC95% 0,35-0,98) foi fator de proteção. A associação estabelecida entre coesão familiar e demais variáveis indica a importância de uma abordagem biopsicossocial de atenção em saúde, com atuação centrada no âmbito familiar.

Palavras-chaves: relações familiares, adolescentes, condição social, saúde bucal

Abstract

The aim of this study was to evaluate the association of socioeconomic, behavioral and clinical oral health on perceived family cohesion in a sample of 524 adolescents from 15 years of Piracicaba-SP. The variables were assessed by self-reported questionnaires. The oral examination assessed caries and periodontal disease by the CPO and CPI indices. The sample was divided into three distinct groups according to the scores of family cohesion (low, medium and high family cohesion). The outcome of this study was family cohesion, assessed by three categories by univariate and multinomial analysis. The association between variables was evaluated by univariate and multivariate analysis. Low income (OR 2,28 IC95% 1,14-4,55), and low frequency of daily brushings (OR 1,19 IC95% 1,03-3,54) was a risk factor for low family cohesion, and absence of decay (OR 0,44 IC95% 0,24-0,82) was a protective factor. Never smoking (OR 4,5 IC95% 1,37-15,27) was associated to high family cohesion and low income was a protective factor (OR 0,59 IC95% 0,35-0,98). The association established between family cohesion and other variables indicates the importance of a biopsychosocial model of health care, with activities centered in family.

Key words: family cohesion, oral health, adolescent, socioeconomic status.

Introdução

Em grande parte das sociedades, a família exerce uma poderosa influência no desenvolvimento infantil e seu impacto continua até a adolescência^{1,2}. 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, como amigos².

Neste contexto, a coesão familiar é uma importante unidade de estudo e atuação. Entender como os indivíduos de uma família se relacionam e conhecer o grau de união entre os familiares, ou seja, a coesão familiar, é essencial para otimizar as relações e melhorar condições de saúde e qualidade de vida para os entes familiares³.

A coesão familiar seria definida como uma variação entre separação e conexão dos membros da família ou o vínculo emocional que seus integrantes possuem uns com os outros⁴. Segundo Olson & Gorall⁴, a coesão familiar tem seu foco na relação de equilíbrio entre separação e união e de dependência e independência entre os sujeitos familiares.

A coesão familiar parece estar associada à etiologia de algumas doenças mediadas por fatores comportamentais, tais como as doenças com características multifatoriais como a asma, o diabetes e a doença crônica renal^{5,6,7,8}. A coesão familiar ainda se relaciona com comportamentos inadequados de internalização e de problemas de atenção em crianças⁹, padrão de alimentação e fumo¹⁰, sintomas de depressão em adolescentes¹¹, o uso drogas e violência contra a mulher¹².

Tal como essas doenças, doenças bucais, como a cárie dentária e a doença periodontal são também considerada doenças multifatoriais, que apresenta uma série de fatores que contribuem para seu surgimento e agravamento. A cárie é influenciada por fatores biológicos como característica da saliva, colonização de bactérias patogênicas e defeitos na estrutura dental^{13,14} e por fatores socioeconômicos como renda familiar, escolaridade dos pais e condições de vida^{15,16,17,18} e por fatores comportamentais como padrão alimentar, frequências de consultas anuais ao dentista e frequência de escovação diária^{19,20,21}. Já a doença periodontal pode ser influenciada por comportamentos como o ineficiente controle do biofilme, frequência e consumo de certos alimentos e bebidas alcoólicas^{22,23}. Além disso, sabe-se que condições clínicas bucais e orofaciais em crianças têm um forte impacto no âmbito familiar²⁴.

O objetivo desse estudo foi conhecer e estudar a coesão familiar percebida e sua associação com condições socioeconômicas, variáveis comportamentais, e variáveis clínicas bucais em adolescentes de 15 anos de escolas públicas da cidade de Piracicaba-SP.

Metodologia

A amostra foi composta por adolescentes com idade de 15 anos, provenientes de escolas estaduais sorteadas para a pesquisa, que não apresentavam doença sistêmica grave, e cujos pais autorizaram a participação por meio do termo de consentimento livre e esclarecido.

O tipo de amostragem utilizada foi probabilística por conglomerado, sendo selecionadas 10 dentre as 30 escolas estaduais de ensino médio regularizadas no município. A localização dessas escolas foi mapeada para verificar a homogeneidade e a distribuição da amostra, abrangendo diferentes regiões da cidade.

O cálculo do tamanho da amostra para este estudo transversal foi baseado no levantamento SB Brasil 2003²⁵, o qual obteve, para a região sudeste, CPOD médio de 5,94, com desvio padrão de 4,66 em adolescentes de 15-19 anos. O número obtido foi posteriormente multiplicado por 2, correspondente ao efeito do delineamento, considerando que o sorteio foi realizado em 2 níveis (escola e aluno). Ao resultado encontrado foi acrescido 20% para compensar as possíveis perdas. Para a obtenção de uma estimativa com 95% de confiança e erro amostral de 10%, o tamanho final da amostra foi de 568 indivíduos^{26,27}.

Os dados foram coletados por meio de exame clínico bucal e questionários auto-aplicáveis. Os escolares foram avaliados clinicamente por três examinadores, sob luz natural (sem profilaxia prévia, nem secagem), utilizando a sonda WHO-621 e espelho plano número 5, segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS,1997). Os examinadores foram previamente calibrados por um examinador de referência, com discussões teórica e práticas, e foi encontrada uma reprodutibilidade inter-examinadores com o Kappa > 0,89 e intra-examinadores com Kappa variando de 0,75 a 1,00²⁸.

As condições clínicas de saúde bucal pesquisadas foram: cárie dentária coronária e condição periodontal, segundo os critérios da OMS²⁹. A experiência de cárie foi avaliada

através do índice CPOD, que é obtido através da soma de dentes cariados, perdidos e obturados. A condição periodontal foi verificada pelo índice periodontal comunitário (CPI), avaliando a presença de sangramento e cálculo dentário nos dentes-índices 16, 11, 26, 36, 41 e 46.

Cada voluntário examinado respondeu a questionários elaborados para verificação de fatores socioeconômicos (renda mensal familiar, grau de escolaridade do pai e da mãe, posse de automóvel, número de residentes na casa e posse de casa própria) e comportamentais (hábito de tabagismo, tempo em que se deu a última consulta odontológica, frequência de escovação diária, acesso e motivo de consulta odontológica e ansiedade frente ao tratamento odontológico) adaptados de outros estudos^{30,31,32,33} e validados em estudo piloto. Os questionários foram autoaplicados, assegurando aos participantes a confidencialidade dos dados, para evitar possível viés de informação devido às relações interpessoais dos adolescentes.

A variável de desfecho deste estudo foi a coesão familiar percebida, avaliada pelo questionário autoplicável FACES III (Family Adaptability and Cohesion Scale), proposto por Olson et al³⁴ e validado no Brasil, por Falceto et al³⁵. A escala avaliativa FACES III propõe avaliar o funcionamento e o risco familiar mediante avaliação da coesão e adaptabilidade familiar. 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 é atribuído 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.

De acordo com os escores de coesão familiar, Olson et al³⁴ classificaram as famílias em quatro grupos: famílias desligadas, que apresentavam baixo escore de coesão familiar e alta independência entre os familiares; famílias separadas, com escores moderado-baixo de coesão e com certo grau de independência entre os familiares; famílias conectadas, com escores moderado-alto de coesão e moderada dependência entre os familiares; e famílias aglutinadas, que apresentam alto escore de coesão familiar e alto grau de dependência entre os entes familiares. Essa classificação é feita por meio da obtenção da média e desvio-padrão da coesão familiar da população estudada. Valores abaixo e acima do desvio-padrão correspondem às famílias desligadas e aglutinadas, respectivamente. Valores entre o

desvio-padrão e a média correspondem a famílias com coesão média, sendo as famílias separadas, as com coesão familiar abaixo da média, e famílias conectadas, acima da média.

Segundo Olson et al³⁴, famílias com coesão familiar ideal seriam as famílias que apresentam níveis médios de coesão, ou seja, as famílias separadas e conectadas, onde se tem uma melhor relação entre dependência e independência entre os indivíduos.

No presente estudo, os adolescentes foram divididos em 3 grupos de acordo com o desvio padrão da variável dependente do estudo, que é a coesão familiar percebida. O grupo 1 correspondeu às famílias desligadas, composta pelos adolescentes que apresentaram baixa coesão familiar; o grupo 2 correspondeu às famílias separadas e conectadas com média coesão familiar (grupo referência); e o grupo 3, às famílias aglutinadas, que apresentam alta coesão familiar.

As variáveis independentes estudadas foram dicotomizadas segundo a mediana ou foram agrupadas em categorias de acordo com a homogeneidade ou de acordo com a distribuição das frequências para a verificação da associação entre o desfecho.

A renda familiar, para análise de Regressão Logística Nominal, foi dividida na mediana, que foi 3 salários mínimos. As variáveis posse de casa própria ou de automóvel foram dicotomizadas de acordo com a presença e ausência desses bens. A escolaridade foi classificada em dois grupos, segundo ciclos vigentes, até oito anos (ensino fundamental) e acima de nove anos (ensino médio incompleto e completo). O número de pessoas residentes na mesma casa foi dividido na mediana, que foi 3. A variável gênero manteve sua classificação original, feminino e masculino.

O hábito de fumar foi verificado neste estudo, por meio do relato do adolescente sobre ter experimentado cigarros ou não. O acesso ao serviço odontológico foi classificado em nunca ou já passou por consulta odontológica. O tempo da última consulta foi dicotomizado em menos de seis meses ou mais de seis meses e o motivo da consulta ao dentista foi agrupado por dor ou outros motivos. A frequência de escovação diária foi classificada em até 2 vezes ao dia e mais de duas vezes ao dia.

A informação sobre alimentação do adolescente em ambiente escolar foi dicotomizada em se o adolescente consumia algum tipo de alimento na escola ou não; e se o alimento consumido era cariogênico ou não.

A informação sobre ansiedade frente ao tratamento odontológico foi dicotomizada em ansiosos e não ansiosos, de acordo a escala avaliativa aplicada³⁰.

As condições clínicas de saúde bucal avaliadas foram a presença e a ausência dos componentes C, P e O do índice CPOD. O índice CPOD foi dividido de acordo com sua mediana. A doença periodontal foi avaliada de acordo com a presença de até dois sextantes com sangramento gengival e/ou presença de cálculo ou dois ou mais sextantes. Foi também avaliado o terço da população estudada que apresenta a maior experiência de cárie (índice SiC), sendo dicotomizada em dois grupos, abrangendo valores menores ou maiores que o valor do Sic index encontrado, segundo recomendações de Nishi et al³⁶. O índice de cuidado odontológico, correspondente ao resultado do componente Obturado (O) dividido pelo total do índice CPO (O/CPO), foi classificado em diferente de 1 ou igual a 1 ($O/CPO \neq 1$ ou $O/CPO = 1$).

Os dados foram tabulados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0 e no Excell. Primeiramente realizou-se uma análise descritiva obtendo a distribuição absoluta, percentual e desvio padrão (DP) das variáveis.

Foram realizadas análises univariadas das variáveis independentes com a variável dependente, coesão familiar percebida pelo teste qui-quadrado, e posteriormente, foram incluídas no modelo de Regressão Logística Nominal as variáveis que apresentaram $p < 0,20$.

Este estudo foi realizado de acordo com as Normas e Diretrizes Éticas da Resolução nº. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp, protocolo nº. 005/2010). Todos os responsáveis pelos adolescentes participantes assinaram uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa.

Resultados

A amostra representativa contou com 615 adolescentes de 15 anos. Devido ao incorreto ou inviável preenchimento da escala avaliativa de coesão familiar FACES III, 91 adolescentes foram excluídos da análise estatística, o que

representou 14,7% da amostra inicial. A amostra final., para análise estatística, consistiu em 524 indivíduos de ambos os gêneros.

Do total de 524 participantes, 287 (54,77%) eram do gênero feminino e 233 (45,22%) do gênero masculino. O valor médio do índice CPOD e Sic index foi de 1,64 (DP 2,18) e 4,18, respectivamente. Do total da amostra, 47,5% (n=249) tinham experiência de cárie igual a 0 (CPO=0) e 22,32% dos adolescentes (n=117) apresentavam lesão cariiosa não tratada ($C > 0$).

A presença de sangramento gengival foi observada em 17,55% (n=92) dos adolescentes, sendo que 51 adolescentes (9,73%) apresentavam dois sextantes ou mais com sangramento ou cálculo dentário.

A média do escore de coesão familiar dos adolescentes foi 32,23, variando do valor 12 a 50. Os adolescentes foram divididos em 3 grupos de acordo com o escore da coesão familiar: grupo com baixa coesão familiar, escore abaixo ou igual a 25,76; grupo com média coesão familiar (grupo referência), escores entre 25,77 e 38,69; e grupo com alta coesão familiar, com escores acima ou igual a 38,70.

A tabela 1 mostra a análise estatística utilizando teste qui-quadrado. As seguintes variáveis mostraram associação estatisticamente significativa com a baixa coesão familiar: renda mensal familiar (<3 salários mínimos), posse de automóvel (não possui), frequência de escovação diária (≤ 2 vezes ao dia) e gênero (feminino). Para alta coesão familiar, as variáveis estatisticamente significativas foram renda mensal familiar (> 3 salários mínimos) e o hábito de tabagismo (nunca).

Na tabela 1, foi observada uma associação entre a coesão familiar e a presença de lesão cariiosa não tratada. O grupo de adolescentes com baixa coesão familiar apresentou uma maior chance de possuir lesão cariiosa não tratada quando comparado com o grupo de coesão familiar média (OR 0,44 IC95% 0,24-0,82).

Após análise univariada utilizando teste qui-quadrado, todas as variáveis com significância menor que 0,20 foram incluídas no modelo de Regressão Logística Nominal. A variável posse de carro foi excluída do modelo por ser uma variável colinear à variável renda mensal familiar, sendo esta mantida por apresentar associação mais forte.

Foi considerado fator de risco para a baixa coesão familiar a renda menor ou igual a 3 salários mínimos (OR 2,28 IC95% 1,14-4,55) e baixa frequência de escovações diárias (OR 1,19 IC95% 1,03-3,54), e a ausência de cárie (OR 0,44 IC95% 0,24-0,82) foi fator de proteção. Nunca ter fumado (OR 4,5 IC95% 1,37-15,27) foi associado à alta coesão familiar e a baixa renda (OR 0,59 IC95% 0,35-0,98) foi fator de proteção para a alta coesão familiar (tabela 2). As variáveis gênero, consumo de alimentos cariogênicos e última consulta odontológica foram mantidas no modelo devido à sua importância, apesar de não serem significativas.

Tabela 01. Análise Univariada de grupos de coesão familiar com as variáveis socioeconômicas comportamentais e clínicas bucais.

Variáveis		Baixa Coesão Familiar				Média Coesão Familiar*	Alta Coesão Familiar			
		n	n (%)	OR Bruto (IC95%)	p	n (%)	n (%)	OR Bruto (IC95%)	p	
Renda	≤ 3 salários	324	58 (17,9%)	2,9 (1,54- 5,48)	0,00	223 (68,83%)	43 (13,27%)	0,66 (0,41-1,07)	0,09	
	> 3 salários	200	12 (6%)	1		145 (72,5%)	42 (21,0%)	1		
Carro	Não possui	151	33 (21,85%)	2,38 (1,38-3,91)	0,00	100 (66,22%)	18 (11,92%)	0,72 (0,40-1,27)	0,26	
	Possui	373	38 (10,18%)	1		268 (71,84%)	67 (17,96%)	1		
Hábito de tabagismo	Nunca	456	57 (12,5%)	0,65 (0,34-1,26)	0,20	317 (69,51%)	82 (17,98%)	4,39 (1,34-14,45)	0,01	
	Fuma/fumou	68	14(20, 58%)	1		51 (75%)	3 (4,41%)	1		
Cárie	Ausente (c = 0)	407	48 (11,79%)	0,50 (0,29-0,89)	0,01	296 (72,72%)	63 (15,47%)	0,69 (0,40-1,20)	0,19	
	Presente	117	23 (19,65%)	1		72 (61,53%)	22 (18,80%)	1		
Frequência de escovação diária	≤ 2 vezes ao dia	120	26 (21,66%)	2,28 (1,32-3,94)	0,00	74 (61,66%)	20 (16,66%)	1,21 (0,69-2,13)	0,49	
	> 2 vezes ao dia	402	45 (11,19%)	1		292 (72,63%)	65 (16,16%)	1		
Índice de Cuidado Odontológico (O/CPO)	< 1	131	25(19, 08%)	1,83 (1,06-3,16)	0,02	84 (64,12%)	22 (16, 79%)	1,18 (0,68-2,03)	0,54	
	1	393	46 (11,70%)	1		284 (72,26%)	63 (16,03%)	1		
Gênero	Feminino	287	47(16, 37%)	1,75 (1,02-3,0)	0,04	197 (68,64%)	43 (14,98%)	0,90 (0,56-1,41)	0,44	
	Masculino	233	23 (9,87%)	1		169 (72,53%)	41 (17,59%)	1		
Ansiedade Frente ao Tratamento Odontológico (DAS)	Não ansiosos	478	61 (12,76%)	0,46 (0,21-1,01)	0,05	341 (71,33%)	77 (16,10%)	0,72 (0,31-1,66)	0,44	
	Ansiosos	44	10 (22,72%)	1		26 (59,09%)	8 (18,18%)	1		
Consumo de alimentos cariogênicos em ambiente escolar	Não	159	28 (17,61%)	0,61 (0,36-1,05)	0,07	102 (64,15%)	26 (16,35%)	0,88 (0,52-1,47)	0,62	
	Sim	365	43 (11,78%)	1		263 (72,05%)	59 (16,16%)	1		
Última consulta odontológica	Até 6 meses	198	25 (12,62%)	0,65 (0,38-1,12)	0,12	143 (72,22%)	30 (15,15%)	1,13 (0,66-1,91)	0,64	
	Mais de 6 meses	317	45 (14,19%)	1		218 (68,76%)	54 (17,03%)	1		
Motivos de consultas odontológicas	Outros motivos	333	47 (14,11%)	1,29 (0,66-2,54)	0,44	222 (66,66%)	64 (19,21%)	1,85 (0,93-3,65)	0,07	
	Dor	169	21 (12,42%)	1		127 (75,14%)	21 (12,42%)	1		

*Grupo de referência.

Tabela 2 – Associação entre variáveis socioeconômicas comportamentais e clínicas bucais nos grupos polarizados de coesão familiar através de Análise de Regressão Logística Nominal em relação ao grupo de Média Coesão Familiar (grupo referência).

		Baixa Coesão Familiar				Alta Coesão Familiar			
		OR Bruto (IC95%)	P	OR ajustado (IC 95%)	P	OR Bruto (IC95%)	P	OR ajustado (IC 95%)	P
Renda	≤ 3 salários	2,90 (1,54- 5,48)	0,00	2,28 (1,14-4,55)	0,01*	0,66 (0,41-1,06)	0,09	0,59 (0,35-0,98)	0,04*
	> 3 salários	1,0		1,0		1,0		1,0	
Hábito de tabagismo	Nunca	0,65 (0,34-1,26)	0,20	0,79 (0,36-1,74)	0,56	4,39 (1,3-14,45)	0,01	4,58 (1,37-15,27)	0,01*
	Fuma/fumou	1,0		1,0		1,0		1,0	
Cárie	Ausente (c = 0)	0,50 (0,29-0,88)	0,01	0,44 (0,24-0,82)	0,00*	0,69 (0,40-1,20)	0,19	4,58 (1,37-15,27)	0,06
	Presente	1,0		1,0		1,0		1,0	
Frequência de escovação diária	≤ 2 vezes ao dia	2,28 (1,32-3,93)	0,003	1,91 (1,037-3,543)	0,03*	1,21 (0,69-2,13)	0,49	1,32 (0,73-2,39)	0,35
	> 2 vezes ao dia	1,0		1,0		1,0		1,0	
Gênero	Feminino	1,75 (1,02-3,00)	0,041	1,63 (0,91-1,06)	0,10	0,90 (0,56-1,41)	0,44	1,07 (0,65-1,77)	0,77
	Masculino	1,0		1,0		1,0		1,0	
Consumo de alimentos cariogênicos	Não	0,61 (0,36-1,05)	0,07	0,58 (0,32-1,06)	0,78	0,88 (0,52-1,47)	0,62	0,98 (0,56-1,6)	0,94
	Sim	1,0		1,0		1,0		1,0	
Última consulta odontológica	Até 6 meses	0,65 (0,37-1,12)	0,125	0,79 (0,44-1,43)	0,45	1,13 (0,66-1,91)	0,64	1,12 (0,64-1,96)	0,67
	Mais de 6 meses	1,0		1,0		1,0		1,0	

Discussão

O presente estudo aborda e discute o impacto de condições clínicas bucais, variáveis de comportamentos em saúde e socioeconômicas no funcionamento e na coesão familiar, assunto pouco explorado pela literatura.

O índice de cárie encontrado foi 1,64, sendo considerado baixo quando comparado com outros estudos nacionais envolvendo a mesma faixa etária^{25,37}. Em levantamento epidemiológico de doenças bucais, realizado no município de São Paulo, nos anos de 2008 a 2009, encontrou-se índice de cárie médio de 2,42 para a faixa etária 15 a 19 anos³⁸. Entretanto, devido às características da população estudada e às características inerentes ao local do estudo, o baixo índice de cárie encontrado pode ser considerado adequado. São desenvolvidos vários programas voltados à promoção da saúde e prevenção de cárie junto aos escolares de escolas públicas na cidade onde foi realizado o estudo. Piracicaba também é contemplada, desde 1971, com a fluoretação de sua água de abastecimento público e adequado heterocontrole³⁹. Tais fatores associados podem ser contribuintes para a baixa prevalência de cárie encontrada, seguindo a tendência nacional.

No presente estudo, utilizou-se como referência o grupo de coesão familiar com escores médios. Dessa forma, permitiu-se a observação de como as variáveis socioeconômicas, comportamentais e clínicas se comportam nos grupos polarizados de coesão familiar comparado ao grupo que apresenta coesão familiar média e equilibrada.

A renda mensal familiar mostrou-se significativa tanto no grupo de baixa quanto no grupo de alta coesão familiar, sendo a baixa renda considerada indicador de risco para baixa coesão familiar e fator de proteção para o grupo de alta coesão familiar. No entanto, esta relação é pouco abordada, já que os estudos que avaliam coesão familiar geralmente o fazem em grupos de risco, sendo utilizada nos modelos estatísticos como variável independente. Os estudos que investigam renda mensal ou anual familiar geralmente descrevem a distribuição de renda para caracterização da amostra e não a relacionam com a coesão familiar⁴⁰.

Porém, Mandara & Murray⁴¹ relataram a relação estatística significativa entre renda e funcionamento familiar. Outro estudo sugere que algumas inadequações de

comportamento em famílias com único pai não é devido à ausência física da figura de um dos pais, mas sim à falta de recursos econômicos gerado pelo responsável ausente⁴².

Apesar de não ter nenhuma ligação direta com a presença clínica de doença bucal, a baixa coesão familiar mostrou-se fortemente associada com a presença de lesão cáriosa não tratada após ajuste das variáveis. A baixa coesão familiar ainda foi fortemente relacionada 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/escovação. A baixa higienização e, conseqüentemente, a deficiente remoção de biofilme dental, um dos conhecidos fatores etiológicos da cárie, podem estar relacionada com a maior prevalência de cárie encontrada no grupo de menor coesão. As famílias de baixos escores de coesão familiar apresentam higienização bucal escassa, comportamento que contribui para o surgimento de cárie^{19,43}. A relação de coesão familiar e cárie dentária se dá, portanto, por via indireta.

Nunca ter fumado (OR 4,5 IC95% 1,37-15,27) foi associado à alta coesão familiar, sugerindo que as famílias que apresentam alta coesão familiar podem oferecer maior suporte ao adolescente, propiciando melhores escolhas voltadas para um comportamento saudável contra o uso de tabaco e corrobora com Franko et al¹⁰.

Pode-se observar, também, que o universo estudado corresponde a adolescentes de escolas públicas, havendo uma menor diferença em fatores externos que possam influenciar o estudo da coesão familiar, diminuindo vieses. Entretanto, a abordagem somente de adolescentes de escolas públicas é uma limitação do estudo, fazendo-se necessário avaliar e entender como a coesão familiar se comportaria entre adolescentes de escolas particulares. Ainda, é indicada uma abordagem longitudinal de estudo, analisando a coesão familiar e variáveis comportamentais e clínicas, visando a adequada avaliação do comportamento de outros fatores ao longo do curso de vida, buscando investigar, entender e estabelecer a possível relação entre as mesmas.

No presente estudo, a coesão familiar apresenta uma relação linear, ou seja, no grupo de menor coesão familiar são observadas piores condições clínicas e comportamentais. A situação contrária ainda se faz verdadeira, na qual o grupo com maior coesão apresenta condições clínicas favoráveis e apresenta um maior número de

comportamentos em saúde. Esse resultado contradiz a proposta dos autores da escala diagnóstica FACES III, que propõe o modelo circunplexo, no qual as famílias com escores médios de coesão familiar seriam as famílias mais equilibradas e apresentariam uma relação mais harmoniosa entre dependência e independência e seriam, portanto, mais saudáveis.

Outros estudos, porém, tem usado a escala diagnóstica proposta, criticando o modelo circunplexo proposto por Olson et al³⁴, reafirmando a relação linear entre a coesão familiar e um melhor funcionamento familiar, ratificando os resultados encontrados no presente estudo^{44,45}.

Conclusão

Considerando as limitações do trabalho, pode-se concluir que a avaliação de coesão familiar percebida pelo adolescente associou-se com variáveis comportamentais, clínicas bucais e socioeconômicas, indicando a importância de uma abordagem integral, biopsicossocial de atenção e assistência, com atuação centrada no âmbito familiar. A atuação de profissionais visando a otimização das relações familiares e o empoderamento dos indivíduos com informações de promoção da saúde podem contribuir para a melhoria do funcionamento familiar para aspectos clínicos de pacientes.

Referências

1. Resnick MD, Bearman OS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, Tabor J, Beuhing T, Sieving RE, Shew M, Ireland M, Bearinger LH, Udry R. Protectiing Adolescents from harm. *JAMA* 1997; 278, 823-32.
2. Joronen K, Åstedt-Kurki P. Familial contribution to adolescent subjective well-being. *International Journal of Nursing Practice* 2005; 11: 125–133.
3. Roosa MW, Dunka L, Tein JY. Family characteristics as mediators of the influence of problem drinking and multiple risk status on child mental health. *American Journal of Community Psychology*, 1996; 24(5): 607-624.
4. Olson DH & Gorall DM. Circumplex Model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.) *Normal Family Processes* (3th Ed). New York: Guilford, 2003,514-47.

5. Gustafsson PA, Kjellman NIM, Ludvigsson J, Cederblad M. Asthma and family interaction. *Achivers of disease in childhood*. 1987; 62. 258-63.
6. Konen JC, Sumerson JH, Dignan MB. Family function, stress and locus of control. *Arch Fam Med*. 1993;2, 393-402.
7. Holden EW, Chmielewski D, Nelson CC, Kager VA. Contolling for general and disease-specific effects in child and family adjustment to chronic childhood illness. *Journal of Pediatric Psychology* 1997; 22:15-27.
8. Soliday E, Kool E, Lande MB. Family environment, child baharior, and medical indicators in children with kidney disease. *Child Psychiatry and Human Development* 2001; 31:279-295.
9. Lucia VC & Breslau N. Family Cohesion and children's behavior problems: a longitudinal investigation. *Pshychiatry Research* 2005;141:141-9.
10. Franko DL, Thompson D, Bauserman R, Affenito SG, Moore RHS. What mediates the relationship between family meals and adolescent health issues. *Health Psychol*, 2008; 27(2):109-17. .
11. Garrison CZ, Waller JL, Cuffe SP McKeown RE, Addy CL, Jackson KL. Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *J Am Acad Child Sdolesc Psychiatry*. 1997; 36:458-65.
12. Rabelo PM, Caldas-Jr AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev Saude Publica* 2007; 41:970-8.
13. Loeshe WJ. Role of *Streptococcus mutans* in Human Dental Decay. *Microbiological reviews* 1986; 50:353-80.
14. Featherstone JDB. The science and practice of caries prevention. *J Am Dent Assoc* 2000;131:887-99.
15. Antunes JLF, Narvai PC, Nugent NZ. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32:41-8.
16. Locker D, Frosina C, Murray H, Wiebe D, Wiebe P. Identifying children with dental care needs: evaluation of a targeted school-based dental screening program. *J Pub Health Dent* 2004, 64:63-70.
17. Pereira SM, Tagliaferro EPS, Ambrosano GMB, Cortellazzi KL, Meneghim MC, Pereira AC. Dental caries in 12-year-old Schoolchildren and its relationship with socioeconomic and behavioural variables. *Oral Health & preventive dentistry* 2007; 5:299-306.

18. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33:274-9.
19. Mascarenhas AK. Oral hygiene as a risk indicator of enamel and dentin caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26:331–39.
20. Gibson S & Williams S. Dental Caries in Pre–School Children: Associations with Social Class, Toothbrushing Habit and Consumption of Sugars and Sugar–Containing Foods. *Caries Res* 1999;33:101-113.
21. Axelsson P. & Lindhe J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. *J Clin Periodontol* 1978; 5 (2): 133-51.
22. Tezal M, Grossi SG, Ho AW, Genco RJ. Alcohol consumption and periodontal disease. The Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Clin Periodontol* 2004; 31 (7): 484-8.
23. Levin L, Shenkman A. The Relationship Between Dental Caries Status and Oral Health Attitudes and Behavior in Young Israeli Adults. *J Dent Educ* 2004; 68: 1185-1191.
24. Locker D, Jokovik A, Stephens M, Kenny D, Thompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30:438-48.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde; 2004.
26. Demidenko E. Sample size determination for logistic regression revisited. *Statistics in Medicine* 2007;26:3385-3397.
27. Demidenko E. Sample size and optimal design for logistic regression with binary interaction. *Statistics in Medicine* 2008;27:36-46.
28. Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. *Cad Saude Publica*. 2001;17(1):153-9.
29. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th Ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
30. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc* 1978;97:816–19.

31. Farias-Jr JC, Pires, MC e Lopes AS. Reprodutibilidade de um questionário para o levantamento de informações sobre comportamentos relacionados à saúde em adolescentes. *Rev. Bras. Ciên. e Mov* 2002. 10 (3): 43-48.
32. Lisboa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(4) : 29 – 39.
33. Meneghim MC, Kozlowski FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghim ZMAP. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12: 523-529.
34. Olson DH, Sprenkle D, Russel C. Cicumplex model: systemic assessment and treatment of families. New York: The Harworth press 1989.
35. Falceto OG, Busnell ED, 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;7:255-63.
36. Nishi M, Bratthall D, Stjernswärd J. How to calculate the Significant Caries Index (SiC Index). WHO Collaborating Centre/Faculty of Odontology, University of Malmö, Sweden; 2001.
37. Cangussu MCT, Castelhanos RA, Pinheiro MF, Albuquerque SR, Pinho C. Cárie dentária em escolares de 12 e 15 anos de escolas públicas e privadas de Salvador, Bahia, Brasil, em 2001. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16(4):379-84.
38. São Paulo. Levantamento epidimiológico em saúde bucal. Cidade de São Paulo, 2008-2009. Resumo da Primeira fase: crianças e adolescentes. Coordenação de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal., 2009.
39. Basting RT; Pereira AC; Meneghim MC. Avaliação da Prevalência de cárie dentária em escolares do município de Piracicaba, SP, Brasil, Após 25 anos de fluoretação das águas de abastecimento público – *Rev Odontol Univ São Paulo* 1997; 11(4): 287-92.
40. Miranda AO, Estrada D, Jimenez MF. Differences in Family Cohesion, Adaptability, and Environment among Latino Families in dissimilar Stages of acculturation. *The Family Journal* 2000; 8, 341-50.
41. Mandara J & Murray. Effects of Parental Marital Status, Income, and Family Functioning on African American Adolescent Self-Esteem. *Journal of Family Psychology* 2000;14(3):475-90.
42. McLeod, J., Kruttschnitt, C, & Dornfeld, M. Does parenting explain the effects of structural conditions on children's antisocial behavior? A comparison of Blacks and Whites. *Social Forces* 1994;73:575-604.

43. Chassin L, Presson CC, Rose J, Sherman SJ, Davis MJ, Gonzalez JL. Parenting style and smoking-specific parenting practices as predictors of adolescence smoke onset. *Journal of Pediatric Psychology* 2005;30:333-44.
44. Farrell MP & Barnes GM. Family Systems and Social Support: a test of the effects of cohesion and adaptability on the functioning of parents and adolescents. *Journal of Marriage and the family* 1993; 55: 119-32.
45. Barber BK & Buehler C. Family cohesion and enmeshment: different constructs, different effects. *Journal of marriage and family* 1996; 58 (5) 433-41.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Devido à importância da família como unidade de intervenção no campo de práticas e da atuação da família como modulador de comportamentos, hábitos e crenças dos sujeitos familiares, há um interesse em estudar a dinâmica e a coesão familiar, com a finalidade de compreender como os indivíduos se relacionam e como influenciam uns aos outros.

Ao relacionar a coesão familiar percebida pelo adolescente com variáveis comportamentais, clínicas bucais e socioeconômicas, é evidenciada a importância de uma abordagem integral, biopsicossocial de atenção e assistência, centrada no âmbito familiar. Neste estudo, a coesão familiar, mostrou-se significativa tanto para a presença de doença clínica odontológica, como para os comportamentos em saúde. Isto parece indicar que, ao melhorar a dinâmica e a coesão familiar, há uma maior chance de o indivíduo apresentar melhores padrões comportamentais de proteção à saúde e melhores indicadores de saúde bucal.

Considerando os achados do presente estudo, relacionando a coesão familiar com variáveis clínicas bucais, seria importante desenvolver estudos abordando a relação da coesão familiar e outras patologias sistêmicas ou bucais. Assim, com o conhecimento adequado da abrangência da coesão familiar no impacto na saúde bucal e geral do indivíduo, seria possível uma intervenção clínica mais efetiva, buscando melhorar a coesão entre os membros familiares, proporcionando a emissão de comportamentos mais saudáveis e a integralidade da atenção e assistência em saúde.

A atuação de profissionais visando a otimização das relações, aliada ao empoderamento de sujeitos familiares com informações de promoção da saúde e prevenção de doenças, podem contribuir para a melhoria do funcionamento familiar e para a maior emissão de comportamentos saudáveis e condições clínicas nos indivíduos.

CONCLUSÕES

Ao investigar variáveis socioeconômicas, comportamentais e clínicas bucais, foi observado, no presente estudo, uma associação significativa entre estas variáveis e coesão familiar.

No grupo de adolescentes que apresentaram menor escore de coesão familiar, foram encontradas as piores condições socioeconômicas, uma maior quantidade de comportamentos prejudiciais à saúde e maior número de lesões cáries não-tratadas. Ainda, a situação contrária se fez verdadeira, na qual o grupo que apresenta maior escore de coesão familiar mostrou melhores condições socioeconômicas e foi considerado fator de proteção contra o hábito de tabagismo.

REFERENCIAS DA INTRODUÇÃO

1. Antunes JLF, Narvai PC, Nugent NZ. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2004; 32: 41-8.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Programa Saúde da Família - PSF. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Featherstone JDB. The science and practice of caries prevention. *J Am Dent Assoc*, 2000; 131(7): 887-99.
4. Franko DL, Thompson D, Bauserman R, Affenito SG, Moore RHS. What mediates the relationship between family meals and adolescent health issues. *Health Psychol*, 2008; 27(2):109-17.
5. Gibson S & Williams S. Dental Caries in Pre-School Children: Associations with Social Class, Toothbrushing Habit and Consumption of Sugars and Sugar-Containing Foods. *Caries Res* 1999; 33:101-113.
6. Gustafsson PA, Kjellman NIM, Ludvigsson J, Cederblad M. (1987) Asthma and family interaction. *Achivers of disease in childhood*. 62. 258-63.
7. Holden EW, Chmielewski D, Nelson CC, Kager VA (1997) Contolling for general and disease-specific effects in child and family adjustment to chronic childhood illness. *Journal of Pediatric Psychology* 22(1)15-27.
8. Joronen K, Åstedt-Kurki P. Familial contribution to adolescent subjective well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 2005; 11: 125–133.
9. Levin L, Shenkman A. The Relationship Between Dental Caries Status and Oral Health Attitudes and Behavior in Young Israeli Adults. *J Dent Educ*, 2004; 68(11): 1185-1191.
10. Locker D, Frosina C, Murray H, Wiebe D, Wiebe P. Identifying children with dental care needs: evaluation of a targeted school-based dental screening program. *J Pub Health Dent* 2004, 64:63-70.
11. Loeshe WJ. Role of *Streptococcus mutans* in Human Dental Decay. *Microbiological reviews*, 1986; 50(4): 353-80.
12. Lucia VC & Breslau N. Family Cohesion and children's behavior problems: a longitudinal investigation. *Pshychiatry Research*, 2005;141: 141-9.
13. Olson DH & Gorall DM. Circumplex Model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.) *Normal Family Processes* (3th Ed). New York: Guilford 2003; 514-47.

14. Pereira SM, Tagliaferro EPS, Ambrosano GMB, Cortellazzi KL, Meneghim MC, Pereira AC. Dental caries in 12-year-old Schoolchildren and its relationship with socioeconomic and behavioural variables. *Oral Health & preventive dentistry*, 2007; 5 (4): 299-306.
15. Rabelo PM, Caldas-Jr AF. (2007) Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev Saude Publica*; 41(6):970-8.
16. Resnick MD, Bearman OS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, Tabor J, Beuhing T, Sieving RE, Shew M, Ireland M, Bearinger LH, Udry R. (1997). Protectiing Adolescentes from harm. *JAMA*, 278, 823-32.
17. Roosa MW, Dunka L, Tein JY. Family characteristics as mediators of the influence of problem drinking and multiple risk status on child mental health. *American Journal of Community Psychology*, 1996; 24(5): 607-624.
18. Soliday E, Kool E, Lande MB (2001) Family environment, child bahavior, and medical indicators in children with kidney disease. *Child Psychiatry and Human Development*. 31(4) 279-295.

APÊNDICE 01

Questionário Socioeconômico

1. SITUAÇÃO ECONÔMICA DA FAMÍLIA (Renda familiar mensal)

- A. () até R\$465,00
- B. () de R\$465,00 a R\$930,00
- C. () de R\$931,00 a R\$1395,00
- D. () de R\$1395,00 a R\$ 2325,00
- E. () de R\$2326,00 a R\$ 3255,00
- F. () de R\$ 3256,00 a R\$4650,00
- G. () Acima de R\$4650,00

2. NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA (Residentes na mesma casa)

- A () Até 2 Pessoas B () 3 Pessoas C () 4 Pessoas D () 5 Pessoas
- E () 6 Pessoas F () Acima 6 Pessoas

3. GRAU DE INSTRUÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEL

- | Pai ou responsável | MÃE |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| A. () NÃO ALFABETIZADO | () NÃO ALFABETIZADO |
| B. () ALFABETIZADO | () ALFABETIZADO |
| C. () 1ª e 4ª série incompleta | () 1ª e 4ª série incompleta |
| D. () 1ª e 4ª série completa | () 1ª e 4ª série completa |
| E. () 5ª e 8ª série incompleta | () 5ª e 8ª série incompleta |
| F. () 5ª e 8ª série completa | () 5ª e 8ª série completa |
| G. () 2º grau incompleto | () 2º grau incompleto |
| H. () 2º grau completo | () 2º grau completo |
| I. () Superior incompleto | () Superior incompleto |
| J. () Superior completo (Faculdade) | () Superior completo (Faculdade) |

4. HABITAÇÃO (Moradia)

- A. () Residência própria quitada
- B. () Residência própria com financiamento a pagar
- C. () Residência cedida pelos pais ou parentes
- D. () Residência cedida em troca de trabalho
- E. () Residência alugada
- F. () Residência cedida por não ter onde morar

5. POSSE DE AUTOMÓVEL:

- () Não possui
- () Possui 1 automóvel
- () Possui 2 ou mais automóveis

Meneghim et al (2007)

APÊNDICE 03

Questionário de Hábito de tabagismo

1. **Você já experimentou fumar** cigarros ?

Sim Não

Se SIM:

Quantos anos você tinha quando experimentou pela primeira vez ?

_____ anos

2. **Atualmente, você fuma?**

Sim Não

parei a mais ou menos ? _____ meses/anos

Se SIM:

a) Quantos anos você tinha quando começou a fumar regularmente ?

_____ anos

b) Durante uma SEMANA NORMAL - 7 dias:

Em **média** quantos dias você fuma ? _____ (dias)

e, em **média**, quantos cigarros você fuma ? _____ cigarros

Farias-Jr et al (2002)

APÊNDICE 04

Questionário Avaliação do comportamento de Higiene Oral

Você limpa os dentes?

sim não

Com o que limpa?

escova de dentes pasta dental fio dental

Quantas vezes por dia escova?

1 vez ao dia 2 vezes ao dia 3 vezes ao dia 4 vezes ao dia

mais de 4 vezes ao dia;

Já foi ao consultório do dentista?

sim não;

Quando foi a última vez que foi ao dentista?

1 a 2 meses atrás mais de 3 a menos de 6 meses atrás
 mais de 6 meses a menos de 1 ano atrás 1 a 3 anos atrás
 mais de 3 anos atrás);

Qual o principal motivo da consulta ao dentista?

dor de dente acidente, queda ou pancada na boca
 dente cariado sangramento das gengivas revisão ou controle para
refazer tratamentos outro motivo, qual? _____

De quanto em quanto tempo vai ao dentista?

de 6 em 6 meses 1 vez ao ano a cada 2 anos só vou ao dentista

APÊNDICE 05

Questionário de Ansiedade Frente ao Tratamento Odontológico **Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) - Versão em Português**

1) Se você tiver que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria?

- a) Eu estaria esperando uma experiência razoavelmente agradável.
- b) Eu não me importaria.
- c) Eu me sentiria ligeiramente desconfortável.
- d) Eu acho que eu me sentiria desconfortável e teria dor.
- e) Eu estaria com muito medo do que o dentista me faria.

2) Quando você está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?

- a) Relaxado.
- b) Meio desconfortável.
- c) Tenso.
- d) Ansioso.
- e) Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal.

3) Quando você está na cadeira odontológica esperando que o dentista preparar o motor para trabalhar nos seus dentes, como você se sentiria?

- a) Relaxado.
- b) Meio desconfortável.
- c) Tenso.
- d) Ansioso.
- e) Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal.

4) Você está na cadeira odontológica. Enquanto você aguarda o dentista pegar os instrumentos para raspar os seus dentes (perto da gengiva), como você se sente?

- a) Relaxado.
- b) Meio desconfortável.
- c) Tenso.
- d) Ansioso.
- e) Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal.

Corah et al (1978); Hu et al (2007)

APÊNDICE 06

Questionário de alimentação em ambiente escolar

Assinale a alternativa que para você é verdadeira:

1. O lanche que você come na hora do intervalo vem de onde?

- a) merenda da escola () nunca () 1 x/semana () 2 x/semana () 3 x/semana
() 4 x/semana () 5 x/semana
- b) cantina da escola () nunca () 1 x/semana () 2 x/semana () 3 x/semana
() 4 x/semana () 5 x/semana
- c) lanche de casa () nunca () 1 x/semana () 2 x/semana () 3 x/semana
() 4 x/semana () 5 x/semana
- d) não come lanche.

2. Na cantina, o que geralmente você compra?

- () salgadinho chips () suco
() salgado frito ou assado () água
() bolacha doce recheada () leite
() bolacha salgada () refrigerante
() lanche natural () chá
() bolo/torta doce
() fruta
() chocolate/pipoca doce
() bala/chiclete/pirulito

3. Da sua casa, o que geralmente você traz para comer na escola?

- () salgadinho chips () suco
() salgado frito ou assado () água
() bolacha doce recheada () leite
() bolacha salgada () refrigerante
() lanche natural () chá
() bolo/torta doce
() fruta
() chocolate/pipoca doce
() bala/chiclete/pirulito

APÊNDICE 07



Projeto de Pesquisa: Epidemiologia de Cárie Dental, Doenças Periodontais, Não-Oclusões e Hábitos Bucais
Dentários e suas correlações com variáveis Psicossociais em escolares da cidade de Piracicaba - SP

População: Lado da Avenida Quilombo, Escola Quilombo, Piracicaba

Nome (papel)

Data do Exame

Folha Nº

IDENTIFICAÇÃO

Ficha de Exame

Nome:	Turma:	Período:	
Nome:	Nascimento:	Sexo:	Idade:

AVALIAÇÃO DE CÁRIE DENTÁRIA C: _____ P: _____ O: _____ CPDQ: _____

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa	<input type="checkbox"/>															
Coroa	<input type="checkbox"/>															
	48	47	46	45	44	43	42	41	51	52	53	54	55	56	57	58

AVALIAÇÃO CONDIÇÃO PERIODONTAL e IJOS

	11T	11	20T	20R	31	31T
INFLAMENÇÃO	<input type="checkbox"/>					
PROFUND. (P-I)	<input type="checkbox"/>					
CÁLCULO (P-I)	<input type="checkbox"/>					

AVALIAÇÃO DA OCLUSÃO

DAI (Distúrbio Alveolar Incisal)

Distúrbio	Distúrbio	Oclusão	Oclusão
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apertamento anterior I	Espaçamento anterior I	Distúrbio anterior I	Distúrbio anterior II
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apertamento posterior I	Espaçamento posterior I	Distúrbio posterior I	Distúrbio posterior II
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ICD

ICD	Vertical	Vertical	Vertical
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICD	Vertical	Vertical	Vertical
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IOTN

<p>RELACIONAMENTO: <input type="checkbox"/> Classe I <input type="checkbox"/> Classe II <input type="checkbox"/> Classe III</p> <p>COMPENSADA, POSITIVA:</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 2: 0,5 - 8 mm (com ou sem palato alto)</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 3: 0,5 - 4 mm (sem compensação alta)</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 4: 0 - 2 mm</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 5: 0 - 2 mm</p> <p>COMPENSADA, NEGATIVA:</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 2: 0 a 1 mm</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 3: 1 a 2 mm</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 4: > 2 mm (com ou sem difusão marginal ou de lábio)</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 4: 1 a 2 mm (com difusão marginal ou de lábio)</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 5: > 2 mm (com difusão marginal ou de lábio)</p> <p>COMPENSADA, NEUTRA:</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 2: > 0,5 mm para o lábio (palato)</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 3: Completo, sem traços</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 4: Completo, sem traços</p>	<p>NO BOCA ABERTA ANTERIOR OU POSTERIOR:</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 2: 1 - 2 mm</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 3: 2 - 4 mm</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 4: > 4 mm</p> <p>APERTAMENTO:</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 2: 1 - 2 mm</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 3: 2 - 4 mm</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 4: > 4 mm</p> <p>NO BOCA FECHADA, ANTERIOR OU POSTERIOR:</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 2: 1 - 2 mm</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 3: 1 - 2 mm</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 4: > 2 mm</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 4: 2T irregular</p> <p>ANÁLISE DENTÁRIA:</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 3: 0,5 1 dente com ou sem traço</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU 4: 1 ou 1 dente com ou sem traço</p>
---	--

Fresta lateral e palato GRAU 3

pedúnculo lateral na aplicação GRAU 3

Erupção impedida por apertamento, má posição, espaço, dentes retos e patologia

Dente parcialmente erupcionado, inclinado e impedido contra os adjacentes: GRAU 4

Superfície dentária GRAU 4

Dentes não erupcionados, porém com oclusão com os dentes adjacentes GRAU 2

Maxilares parciais, incluindo apertamento: 1 dente GRAU 1

1. Você está satisfeito(a) com a aparência dos seus dentes? muito satisfeito satisfeito neutro não satisfeito

2. Você acha que você precisa colocar aparelho nos dentes? não tem necessidade sim, mas não sei sim, acho que sim definitivamente sim

3. Porquê? _____

APÊNDICE 08



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Convidamos você a participar da nossa pesquisa: "Epidemiologia de Cárie Dental., Doenças Periodontais, Más-Oclusões e Hábitos Bucais Deletérios e suas correlações com variáveis Psicossociais em escolares da cidade de Piracicaba"

As informações contidas neste documento serão fornecidas pelos pesquisadores da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim, Prof. Dra. Rosana de Fátima Possobon e pelos alunos de pós-graduação Gustavo Antônio Brandão (doutorado), Gustavo Garcia (doutorado) e Luale Leão Ferreira (mestrado) para convidar e firmar acordo consentimento livre e esclarecido, através do qual você autoriza a participação de seu filho (a), com total conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com a capacidade de livre-arbítrio e livre de qualquer coação, podendo desistir quando quiser.

JUSTIFICATIVA

Estudos para conhecer a ocorrência de doenças e condições bucais na população são de grande importância. O conhecimento do estado dos dentes do seu filho(a) pode ajudá-lo a buscar tratamento antes que o problema se torne mais grave. Além disso, estes estudos também fornecem informações para a criação de programas educativos e planejamento que dão assistência à saúde da boca, trazendo benefícios para toda a população.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é conhecer a ocorrência de cárie dentária, doença da gengiva e problema na posição dos dentes em estudantes com 15 anos de idade, da cidade de Piracicaba (SP).

METODOLOGIA

- Somente depois que concordar em participar e assinar este documento, seu filho(a) será considerado voluntário. Você não deve se sentir obrigado a assinar nenhum documento e pode pedir todos os esclarecimentos que achar necessário. Você responderá, em seguida, a um questionário sócio-econômico.
- Para participar da pesquisa, seu filho(a) responderá a 7 questionários simples sobre ansiedade diante o tratamento odontológico, hábito de fumar, hábitos de higiene oral., coesão e adaptabilidade familiar, auto-estima, impacto das más-oclusões (mordida) na qualidade de vida e alimentação nas escolas. As respostas ficarão sobre a responsabilidade da pesquisadora principal e você terá garantia de sigilo em relação às respostas emitidas. No final do ano letivo, o rendimento escolar do aluno e a média do rendimento de sua sala serão considerados para a pesquisa, sem, contudo, revelar a identidade do aluno.
- Seu filho(a) passará por um exame de sua boca, avaliando seus dentes e gengiva. Seu filho será avaliado quanto à cárie, doença da gengiva e problema na posição dos dentes. Esse exame será também mantido em segredo e guardado com pesquisadora responsável. Caso seja necessário, seu filho receberá uma carta para procurar tratamento.

POSSIBILIDADE DE INCLUSÃO EM GRUPO CONTROLE/PLACEBO

Não haverá grupo controle e placebo neste estudo.

MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA OBTENÇÃO DA INFORMAÇÃO

Não existem métodos alternativos para obtenção da informação.

DESCRIÇÃO CRÍTICA DOS DESCONFORTOS E RISCOS PREVISÍVEIS

Você passará por um exame de seus dentes e sua gengiva, realizado em local separado e utilizando materiais esterilizados, que causam leve incômodo. O instrumental apresenta ponta arredondada para não causar nenhum tipo de dano ou machucado. Este exame será realizado em sala separada, evitando qualquer tipo de constrangimento por parte dos voluntários. Não há previsão de riscos aos participantes desta pesquisa.

DESCRIÇÃO DOS BENEFÍCIOS E VANTAGENS DIRETAS AO VOLUNTÁRIO

Como benefício, o paciente receberá, através da pesquisa, avaliação de cárie, doenças da gengiva e problemas na mordida, possibilitando o diagnóstico precoce de possíveis problemas existentes. O adolescente que estiver com algum problema receberá uma carta por escrito para procurar tratamento

indicado. Além disso, você estará contribuindo com uma pesquisa científica que visa melhorar a qualidade do serviço prestado à comunidade.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA AO SUJEITO

Os pesquisadores responsáveis acompanharão seu filho e darão assistência durante a pesquisa ou quando você solicitar, resolvendo problemas relacionados à pesquisa ou dúvidas a respeito da mesma.

FORMA DE CONTATO COM A PESQUISADORA E COM O CEP

Para entrar em contato com os pesquisadores:

Você terá contato direto com os pesquisadores Gustavo Brandão (19) 8216-8679, Luale Leão Ferreira (19) 8818-2536 ou pelos e-mail gb_net@hotmail.com, lualeleao@yahoo.com.br.

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, situado na Av. Limeira, 901 CEP:13414-903, Piracicaba-SP, Fone/Fax: (19) 2106-5349; e-mail: cep@fop.unicamp.br; site: www.fop.unicamp.br.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Você tem a garantia de que receberá respostas para qualquer pergunta e suas dúvidas sobre os procedimentos, sobre os riscos, os benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa serão esclarecidos. Os pesquisadores também assumem o compromisso de dar as informações obtidas durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade em continuar participando do estudo.

GARANTIA DE RECUSA À PARTICIPAÇÃO OU SAÍDA DO ESTUDO

Você tem liberdade para retirar seu consentimento ou se recusar a continuar a participar do estudo, a qualquer momento, conforme determinação da Resolução 196/96 do CNS do Ministério da Saúde. Caso deixe de participar do estudo por qualquer razão, você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou punição não perderá o direito ao tratamento na Unidade de Saúde da Família.

GARANTIA DE SIGILO

Nós, os pesquisadores, prometemos resguardar todas as suas informações sobre a pesquisa e vamos tratar estas informações com impessoalidade, não revelando sua identidade.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO

Não há previsão de ressarcimento de despesa, visto a pesquisa será realizada em horário onde o usuário estará na unidade de saúde para consulta, após a realização da mesma, e, portanto, você não terá gastos para participar da pesquisa.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO E/OU REPARAÇÃO DE DANOS

Como não há riscos ou danos previsíveis, neste caso, não haverá indenização previsível. Caso ocorra algum imprevisto, ficam os pesquisadores responsáveis em indenizar em comum acordo com os voluntários, eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Consentimento:

Eu, _____,
RG n _____ responsável pelo aluno(a) _____, certifico ter lido todas as informações acima citadas e estar suficientemente esclarecido de todos os itens pelos pós-graduandos Gustavo Antônio Brandão e/ou Luale Leão Ferreira, pesquisadores responsáveis na condução da pesquisa. Estou plenamente de acordo e aceito participar desta pesquisa "Epidemiologia de Cárie Dental, Doenças Periodontais, Más-Oclusões e Hábitos Bucais Deletérios e suas correlações com variáveis Psicossociais em escolares da cidade de Piracicaba". E recebi uma cópia desde documento. Piracicaba, _____ de _____ de 2010.

Nome: _____ RG. _____

Assinatura: _____

Assinatura do Pesquisador: _____



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa **"Epidemiologia de cárie dental, doenças periodontais, má-oclusões e hábitos bucais deletérios e suas correlações com variáveis psicossociais em escolares da cidade de Piracicaba"**, protocolo nº 005/2010, dos pesquisadores Luale Leão Ferreira, Gustavo Antonio Martins Brandão, Gustavo Garcia, Marcelo de Castro Meneghim e Rosana de Fátima Possobon, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 08/03/2010.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project **"Epidemiology of dental caries, periodontal diseases, malocclusion and oral habits and their correlations with psychosocial variables in students in Piracicaba - SP"**, register number 005/2010, of Luale Leão Ferreira, Gustavo Antonio Martins Brandão, Gustavo Garcia, Marcelo de Castro Meneghim and Rosana de Fátima Possobon, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 03/08/2010.

Prof. Dr. Pablo Agustin Vargas
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

Anexo 02

Imprimir

http://br.mg4.mail.yahoo.com/dc/launch?_gx=1&_rand=3p2vca2uh422

De: Cadernos de Saude Publica (cadernos@ensp.fiocruz.br)
Para: lualeleao@yahoo.com.br;
Data: Terça-feira, 15 de Fevereiro de 2011 15:58:56
Ce:
Assunto: Novo artigo (CSP_0192/11)

Prezado(a) Dr(a), Luale Leão Ferreira:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Avaliação da associação de variáveis clínicas bucais, condições socioeconômicas e comportamentos em saúde com coesão familiar em adolescentes" (CSP_0192/11) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.enasp.fiocruz.br/esp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof. Carlos E.A. Coimbra Jr.
Prof. Mario Vianna Vettore
Editores



Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
<http://www.enasp.fiocruz.br/csp>

Anexo 03

O novo artigo foi submetido com sucesso!

CSP_0192/11

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Data de submissão	15 de Fevereiro de 2011
Título	Avaliação da associação de variáveis clínicas bucais, condições socioeconômicas e comportamentos em saúde com coesão familiar em adolescentes
Título corrido	Coesão familiar associada a fatores socioeconômicos e clínicos bucais
Área de Concentração	Epidemiologia
Palavras-chave	relações familiares, saúde bucal, condição social, adolescentes
Fonte de Financiamento	Capes
Conflito de Interesse	Nenhum
Condições éticas e legais	No caso de artigos que envolvem pesquisas com seres humanos, foram cumpridos os princípios contidos na Declaração de Helsinki, além de atendida a legislação específica do país no qual a pesquisa foi realizada. No caso de pesquisa envolvendo animais os fauna síntese e/ou cobaxas foram atendidas as legislações pertinentes.
Registro Ensaio Clínico	Nenhum
Sugestão de consultores	Nenhum
Autores	Luís Leão Ferreira (Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP) <luf@leao@fop.unicamp.br> Gustavo Antônio Martins Brandão (Faculdade de Odontologia de Piracicaba- Unicamp) <gbr_nel@hotmail.com> Gustavo Garcia (Faculdade de Odontologia de Piracicaba- Unicamp) <garcia@fop.unicamp.br> Marília Jesus Batista (Faculdade de Odontologia de Piracicaba- Unicamp) <mariliajb@fop.unicamp.br> Gláucia Maria Bovi Ambrosiano (Faculdade de Odontologia de Piracicaba- Unicamp) <gbovi@fop.unicamp.br> Rosana de Fátima Passos Bon (Faculdade de Odontologia de Piracicaba- Unicamp) <passosbon@fop.unicamp.br>
STATUS	Com Secretário Editorial