

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ALESSANDRA MARIA COUTO NEVES

**RELAÇÃO DO CONTEXTO FAMILIAR NO PADRÃO DE UTILIZAÇÃO E
NO TEMPO DA ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA ENTRE
ESCOLARES DA ZONA LESTE DE MANAUS - AM**

MANAUS/AM

2025

ALESSANDRA MARIA COUTO NEVES

RELAÇÃO DO CONTEXTO FAMILIAR NO PADRÃO DE UTILIZAÇÃO E NO
TEMPO DA ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA ENTRE ESCOLARES DA
ZONA LESTE DE MANAUS - AM

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Janete Maria Rebelo Vieira.

MANAUS/AM

2025

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

N518r Neves, Alessandra Maria Couto
Relação do contexto familiar no padrão de utilização e no tempo da última consulta odontológica entre escolares da zona leste de Manaus - AM / Alessandra Maria Couto Neves. 2025
84 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Janete Maria Rebelo Vieira
Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Serviços de saúde bucal. 2. Saúde bucal. 3. Assistência odontológica. 4. Adolescentes. I. Vieira, Janete Maria Rebelo. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

ALESSANDRA MARIA COUTO NEVES

RELAÇÃO DO CONTEXTO FAMILIAR NO PADRÃO DE UTILIZAÇÃO E NO
TEMPO DA ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA ENTRE ESCOLARES DA
ZONA LESTE DE MANAUS - AM

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Odontologia.

Aprovado em 05 de fevereiro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Janete Maria Rebelo Vieira
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Mario Vianna Vettore, Membro
Aarhus University

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Rodrigues Galvão, Membro
Universidade Federal de Pernambuco

MANAUS/AM

2025

Dedico este trabalho aos meus pais, Sandra e Lúcio, a minha irmã, Luana, e a Cristal, por todo amor e apoio que sempre me deram. Só cheguei até aqui por causa de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus, por ter me abençoado com uma família e amigos incríveis, que tanto me ajudaram durante este caminho. Por ter me guiado, me dado força e coragem mesmo nos momentos difíceis.

Aos meus queridos pais, Sandra e Lúcio, que sempre colocaram a educação das filhas em primeiro lugar; e por nos ensinar a tentar sempre, por mais que a situação seja desafiadora. Essa nova etapa realizada é por causa de vocês e por vocês. Amo muito vocês!

À minha querida irmã, Luana, que sempre esteve comigo me apoiando e me ajudando. Mesmo agora, morando em outro estado, sempre se preocupa comigo e faz de tudo pra me ajudar. Sinto muitas saudades dos nossos momentos, amo demais você.

Ao meu namorado, companheiro e melhor amigo, Lucas, por sempre me ouvir, me aconselhar, me acalmar, nunca deixar eu fraquejar diante das dificuldades e por sempre me fazer enxergar que eu sou capaz, amo infinitamente você.

Aos meus amigos, Clara, Gabriela, Uly, Giovanna, Soraya, e especialmente Igor e Marília, por me acompanharem nessa jornada, compartilhando conselhos e experiências, mas principalmente por me fazer rir e levar tudo com mais leveza. Vocês não têm noção do quanto me ajudaram nesse processo, amo vocês.

Ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Amazonas (PPGO-UFAM) e a todos os profissionais atuantes nele, por toda oportunidade, contribuição e aprendizado.

Agradeço a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) pela concessão da bolsa de estudos, apoio e incentivo a pesquisa.

À equipe de discentes deste projeto, por toda dedicação e empenho na realização deste trabalho. À equipe de docentes, Prof.^a Adriana, Prof.^a Ana Paula, Prof.^a Janete, Prof.^a Juliana, Prof.^a Maria Augusta, Prof. Mario, Prof. Thiago e Prof. Yan, não somente por contribuírem com este trabalho, mas também por todo conhecimento compartilhado.

Agradeço a minha querida orientadora, Prof.^a Janete, que tive a oportunidade de conhecer um pouco mais durante o mestrado e me encantar ainda mais pela profissional e pessoa que é. Obrigada por todo ensinamento, paciência, preocupação, carinho e por me mostrar que tudo é possível. A senhora é uma inspiração pra mim!

Sou grata a todos os escolares e responsáveis que participaram da pesquisa, e a todos os profissionais das escolas que nos receberam, bem como a Secretaria Estadual de Educação, sem os quais nada teria sido realizado.

RESUMO

A utilização dos serviços de saúde é considerada um comportamento complexo, que vem sendo estudado por meio de modelos teóricos. Durante a adolescência, utilizar serviços odontológicos é uma decisão que não cabe somente ao indivíduo, pois depende da atuação dos pais/responsáveis. Logo, o objetivo deste estudo foi avaliar a relação do contexto familiar com o padrão de utilização de serviços odontológicos e tempo da última consulta odontológica por escolares de 12 anos da rede pública de ensino, de uma zona socialmente vulnerável da cidade de Manaus – Amazonas. Este estudo é do tipo transversal, cujos dados foram coletados por meio de questionários autoaplicáveis e exame clínico bucal realizado por pesquisadores calibrados. O modelo comportamental de Andersen foi utilizado como base, considerando sexo, senso de coerência dos responsáveis e contexto familiar como predisponentes, renda familiar mensal e plano de saúde odontológico como capacitantes, e autopercepção e número de dentes cariados como de necessidade. Os desfechos observados foram o padrão de utilização e tempo da última consulta odontológica. A análise dos dados foi feita por Regressão Logística Multinomial e a interação multiplicativa foi testada nos modelos finais. A amostra final totalizou 259 participantes, dos quais 53,3% eram do sexo feminino e 62,2% de cor parda. O CPO-D médio (DP) foi 1,01 (1,51), com predomínio do componente cariado de 0,74 (1,28). 84,9% dos escolares utilizaram os serviços odontológicos por dor ou para extração dentária e 41,3% foi ao dentista há mais de 1 ano. Na análise multivariada, foi observado que a chance de ter ido ao dentista entre 2 a 3 anos em relação a quem foi ao dentista no último ano foi 84% menor em quem fez mais refeições acompanhado pelos responsáveis (OR= 0,16 IC 95% [0,03 – 0,81]) em comparação com quem fez menos refeições acompanhado dos pais. Além disso, adolescentes com pior autopercepção da saúde bucal tiveram uma chance 2,8 vezes maior de ter ido ao dentista há mais de 3 anos em relação a quem foi ao dentista no último ano (OR= 2,88 IC 95% [1,19 – 6,9]). Observou-se uma interação entre cárie dentária e o maior número de dias que faltou as aulas sem permissão dos pais ou responsáveis. Adolescentes com mais dentes cariados e que faltaram a um maior número de dias de aulas sem a permissão dos pais tiveram uma chance maior de ter ido à última consulta por motivo de tratamento em relação à prevenção (OR=1,49 IC 95% [1,46-1,53]). A cárie dentária foi associada à ida a última consulta por dor/extração dentária (OR= 1,02 IC 95% [1,01 – 1,912]). Portanto, características predisponentes relacionadas ao contexto familiar (faltar às aulas sem permissão e fazer refeições junto com os pais/responsáveis) e de necessidade avaliada e percebida (dente cariado e autopercepção em saúde bucal) foram associados a frequência e ao padrão de utilização de serviços odontológicos entre os escolares.

Palavras-chave: Serviços de saúde bucal, Saúde bucal, Assistência odontológica

ABSTRACT

The use of health services is considered a complex behavior, which has been studied using theoretical models. During adolescence, the use of dental services is a decision that is not made by the individual alone, as it depends on the actions of parents/guardians. Therefore, the aim of this study was to evaluate the relationship between the family context and the pattern of use of dental services and the time of the last visit among 12-year-old students from the public school system in a socially vulnerable area of the city of Manaus - Amazonas. This is a cross-sectional study whose data was collected using self-administered questionnaires and clinical oral examinations carried out by calibrated researchers. Andersen's behavioral model was used as a basis, considering gender, guardians' sense of coherence and family context as predisposing factors, monthly family income and dental health insurance as enabling factors, and self-perception and number of decayed teeth as need factors. The outcomes observed were utilization patterns and time of last dental visit. Data were analyzed using Multinomial Logistic Regression and multiplicative interaction was tested in the final models. The final sample consisted of 259 participants, of whom 53.3% were female and 62.2% were brown. The mean (SD) DMFT was 1.01 (1.51), with the carious component predominating at 0.74 (1.28). 84.9% of the students used dental services for pain or tooth extraction, and 41.3% had been to the dentist for more than 1 year. In the multivariate analysis, the odds of having been to the dentist between 2 and 3 years ago compared to having been to the dentist in the last year were 84% lower among those who ate more meals with their parents (OR= 0.16 CI 95% [0.03 - 0.81]) compared to those who ate fewer meals with their parents. In addition, adolescents with poorer self-perceived oral health were 2.8 times more likely to have been to the dentist more than 3 years ago than those who had been to the dentist in the past year (OR= 2.88 95% CI [1.19 - 6.9]). There was an interaction between dental caries and greater number of days missed from school without parental permission. Adolescents with more decayed teeth and who missed more days of school without parental permission were more likely to have gone to their last visit for treatment rather than prevention (OR=1.49 95% CI [1.46-1.53]). Dental caries was associated with the most recent visit being for toothache or extraction (OR=1.02 95% CI [1.01 - 1.912]). Therefore, predisposing characteristics related to the family context (missing school without permission and eating meals with parents/guardians) and assessed and perceived needs (decayed teeth and self-perceived oral health) were associated with the frequency and pattern of dental service utilization among schoolchildren.

Key words: Dental health services, Oral health, Dental care,

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo Comportamento de Andersen, Davidson e Baumeister (2013) traduzido..	23
Figura 2- Mapa geográfico de Manaus, dividido por zonas administrativas com seus respectivos bairros, segundo Lei Municipal nº 1.401/10.....	33
Figura 3 - Fluxograma do processo de seleção da amostra e amostra final.	36
Figura 4 - Modelo teórico adaptado de Andersen, Davidson e Baumeister (2013).	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização geral da população estudada, zona Leste - Manaus, 2024.....	44
Tabela 2 - Análise descritiva considerando o desfecho "Tempo desde a última consulta", de acordo com as variáveis estudadas, Manaus, 2024.	46
Tabela 3 - Análise descritiva considerando o desfecho "Motivo da última consulta", de acordo com as variáveis estudadas, Manaus, 2024.	48
Tabela 4 - Análise bivariada do tempo desde a última consulta odontológica de acordo com as variáveis estudadas, Manaus, 2024.....	50
Tabela 5 - Análise bivariada do motivo da última consulta odontológica de acordo com as variáveis estudadas, Manaus, 2024.....	51
Tabela 6 - Modelo 1 do desfecho "Tempo desde a última consulta odontológica" de acordo com as variáveis estudadas, Manaus, 2024	53
Tabela 7 - Modelo 2 do desfecho "Tempo desde a última consulta odontológica" de acordo com as variáveis estudadas, Manaus, 2024	53
Tabela 8 - Modelo Final do desfecho "Tempo desde a última consulta odontológica" de acordo com as variáveis estudadas, Manaus, 2024	54
Tabela 9 - Modelos do desfecho "Padrão de uso dos serviços odontológicos" de acordo com as variáveis estudadas, Manaus, 2024.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Índice CPO-D (WHO, 2013).	40
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AM - Amazonas

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CHAS/NORC - *Center for Health Administration Studies* em conjunto com *National Opinion Research Center*

CPO-D - Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

et al. – *et alii*

IC – Intervalo de confiança

IMPLAN - Instituto Municipal de Planejamento e Informática

OMS - Organização Mundial da Saúde

OR - *Odds Ratios*

PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

SB Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal

SEDUC/AM - Secretaria de Estado de Educação do Amazonas

SOC – *Sense of coherence* (senso de coerência)

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

UFAM - Universidade Federal do Amazonas

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde.....	19
3.2 Modelo Comportamental de Andersen.....	21
3.2.1 Histórico	21
3.2.2 Características contextuais	23
3.2.3 Características individuais.....	24
3.3 Utilização de Serviços Odontológicos no Brasil.....	24
3.3.1 Utilização dos serviços odontológicos por crianças e adolescentes.....	26
3.4 Contexto Familiar.....	28
4 MÉTODOS.....	32
4.1 Considerações Éticas	32
4.2 Desenho do Estudo	32
4.3 Caracterização da Área do Estudo.....	32
4.4 População de Estudo.....	34
4.4.1 Cálculo Amostral.....	34
4.4.2 Plano Amostral	35
4.5 Modelo Teórico	36
4.6 Calibração e Confiabilidade	37
4.7 Coleta de Dados.....	38
4.6.1 Características individuais.....	38
4.6.2 Utilização de serviços odontológicos	41
4.8 Análise dos Dados	41

5. RESULTADOS	43
6 DISCUSSÃO	57
7 CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pais ou Responsáveis	68
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para autorizar o menor a participar da pesquisa	71
APÊNDICE C – Termo de Assentimento do menor	75
APÊNDICE D – Identificação da criança	78
APÊNDICE E – Questionário socioeconômico	79
ANEXO 1 - Anuência da Secretaria Estadual de Educação	80
ANEXO 2 – Escala SOC	81
ANEXO 3 - Contexto Familiar	82
ANEXO 4 – Autopercepção da saúde bucal	83
ANEXO 5 – Utilização de serviços odontológicos	84

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de saúde vigente no Brasil, tem como um dos princípios doutrinários o acesso universal aos serviços de saúde, incluindo os serviços odontológicos, que são ofertados de maneira gratuita e não se restringem a assistência clínica, mas também abrangem ações que visam a promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos bucais (Brasil, 2004). A Política Nacional de Saúde Bucal, também chamada de Brasil Sorridente, foi criada em 2004 e incorporada no Sistema Único de Saúde após a sanção da Lei nº 14.572/23, e tem como objetivo promover o acesso universal, equânime e contínuo dos serviços de saúde bucal, e deve ser uma das prioridades relacionadas a saúde de todos os estados e cidades do Brasil (Brasil, 2023). Além de ser ofertado pelo setor público, os serviços odontológicos também estão presentes no setor privado, sendo observada uma crescente tendência na procura desses serviços nos últimos anos por parte da população brasileira (Fagundes *et al.*, 2021).

A utilização dos serviços de saúde é compreendida como todos os contatos diretos ou indiretos com os serviços e profissionais de saúde (Travassos; Martins, 2004), sendo considerada um comportamento em saúde, atuando como uma variável intermediária entre variáveis contextuais e desfechos em saúde bucal (Andersen, 1968 apud Andersen, 1995; Andersen; Davidson, 1997). Portanto, a utilização dos serviços de saúde é um comportamento complexo que vem sendo estudado por meio de modelos teóricos.

O Modelo Comportamental de Utilização dos Serviços de Saúde de Andersen, Davidson e Baumeister, organizado em variáveis predisponentes, capacitantes e de necessidades, tanto de fatores contextuais quanto de fatores individuais, busca elucidar como essas variáveis podem influenciar a utilização dos serviços de saúde (Andersen; Davidson; Baumeister, 2013).

Pesquisas têm demonstrado que essa utilização ainda se apresenta de maneira desigual e injusta de acordo com características demográficas, sociais, étnicas, econômicas, educacionais, e de necessidade, podendo ainda apresentar variações entre e dentro dos países (Reda *et al.*, 2018a; Reda *et al.*, 2018b; Hajek; Kretzler; Konig, 2021). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, as mulheres brasileiras, pessoas mais jovens, com maior grau de escolaridade, com melhores condições econômicas, com melhores hábitos de saúde e com boa percepção do seu estado de saúde utilizam mais os serviços odontológicos (Fagundes *et al.*, 2021).

Estudos que utilizaram o modelo de Andersen focaram principalmente na população

adulta, ou ainda de crianças e adolescentes com variáveis amplamente utilizadas na literatura, como condições demográficas, socioeconômicas, psicossociais e de saúde bucal (Baldani *et al.*, 2011; Galvão; Medeiros; Roncalli, 2021; Herkrath; Vettore; Werneck, 2019; Maffioletti *et al.*, 2018; Rebelo Vieira *et al.*, 2018).

Dentre as fases de vida dos seres humanos, a adolescência é caracterizada por ser uma época em que o indivíduo tem a possibilidade de explorar muitas oportunidades, gerando uma diversidade de experiências individuais que, de acordo com o contexto que o adolescente está inserido, podem influenciar no seu desenvolvimento de modo geral (Senna; Dessen, 2012; Assis; Avanci; Serpeloni, 2020). Essa fase é marcada por consideráveis mudanças físicas, sexuais, cognitivas e emocionais, sendo um período em que os hábitos e comportamentos mudam, permanecendo no futuro e influenciando a saúde geral e bucal. Durante a adolescência, utilizar serviços odontológicos é uma decisão que não cabe somente a esse indivíduo, depende da atuação dos pais/responsáveis em buscar esses serviços para sanar a necessidade do adolescente (Davoglio; Abegg; Aerts, 2013).

A família é considerada como o primeiro grupo social em que um ser humano faz parte (Tallón *et al.*, 1999), desempenhando um papel crucial no desenvolvimento de uma sociedade. Esse grupo se apresenta de diferentes formas nas sociedades existentes, cujas composições familiares são determinadas por variáveis ambientais, sociais, econômicas, culturais, políticas, religiosas e históricas (Pratta; Santos, 2007). O funcionamento familiar refere-se à qualidade das interações entre os membros da família, manifestando-se em harmonia, coesão e comunicação eficaz (Lewandowski *et al.*, 2010). Famílias que funcionam bem, com alto apoio, comunicação positiva e expectativas claras sobre comportamentos, os adolescentes apresentam menor risco de problemas (Cordova, Heinze *et al.*, 2014; DiClemente *et al.*, 2001). Em situações inversas pode resultar em afastamento dos adolescentes em relação à família, aumentando a probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco (Schwartz *et al.*, 2005; Taylor *et al.*, 2012), problemas de saúde mental (Escobar *et al.*, 2020), uso de substâncias lícitas e ilícitas e comportamentos de risco relacionados à saúde para o HIV (Cordova, Heinze *et al.*, 2014; Cordova, Huang *et al.*, 2014).

Em relação à saúde bucal, o contexto familiar tem sido pouco explorado (Vettore *et al.*, 2012; Jordão; Malta; Freire, 2018), apesar de se conhecer, como destacado, do possível papel do contexto familiar nas escolhas dos adolescentes relacionadas à saúde.

Diante do exposto, fica clara a importância de conhecer o contexto familiar, em que os adolescentes estão inseridos, e sua possível influência na utilização de serviços odontológicos. Portanto, o presente estudo foi desenvolvido em uma zona administrativa da

cidade de Manaus -AM, a partir de um estudo maior com escolares da referida cidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a relação do contexto familiar com o padrão de utilização de serviços odontológicos e tempo da última consulta odontológica por escolares de 12 anos da rede pública de ensino, de uma zona socialmente vulnerável da cidade de Manaus – Amazonas, por meio de Modelo Teórico adaptado do Modelo Comportamental de Andersen, Davidson e Baumeister.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil demográfico, socioeconômico, psicossocial, contexto familiar e as condições de saúde dos escolares estudados;
- Testar associação entre as características predisponentes, capacitantes, de necessidades e o padrão de utilização de serviços odontológicos e tempo da última consulta odontológica por escolares de 12 anos;
- Testar associação entre faltar às aulas ou à escola sem permissão dos pais ou responsáveis e o padrão de utilização de serviços odontológicos e tempo da última consulta odontológica por escolares de 12 anos;
- Testar associação entre a supervisão (ou o monitoramento) dos pais ou responsáveis no tempo livre do escolar e o padrão de utilização de serviços odontológicos e tempo da última consulta odontológica por escolares de 12 anos;
- Testar associação entre a verificação da realização dos deveres de casa do escolar pelos pais ou responsáveis e o padrão de utilização de serviços odontológicos e tempo da última consulta odontológica por escolares de 12 anos;
- Testar associação entre a compreensão dos pais ou responsáveis em relação aos problemas e preocupações do escolar e o padrão de utilização de serviços odontológicos e tempo da última consulta odontológica por escolares de 12 anos;
- Testar associação entre a frequência de realizar refeições com os pais ou responsáveis e o padrão de utilização de serviços odontológicos e tempo da última consulta odontológica por escolares de 12 anos;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde

Avaliar os sistemas de saúde é uma tarefa complexa pois engloba diversos fatores que não se esgotam no setor saúde, e por muitas vezes são difíceis de serem aferidos. Uma alternativa para verificar se os sistemas de saúde estão cumprindo com seu papel e funcionando adequadamente é verificar a utilização dos serviços ofertados (Travassos; Martins, 2004). Contudo, o conceito de utilização muitas vezes é dito, erroneamente, como sinônimo do termo “acesso” ou ainda “acessibilidade” (Travassos; Martins, 2004).

Acesso não possui uma definição de consenso na literatura, variando conforme o autor. Porém, acesso pode ser resumido em quão fácil ou difícil é para os indivíduos conseguirem ter cuidados de saúde, e engloba conceitos obtidos a partir do momento que o usuário decide procurar por um serviço de saúde até a qualidade e os resultados obtidos pelo atendimento (Travassos; Castro, 2012). Para outros autores, acesso também pode ser definido pelo nível de adequação entre os pacientes e o sistema de saúde, descrito por cinco dimensões: disponibilidade, acessibilidade, acomodação, acessibilidade financeira e aceitabilidade (Penchansky; Thomas, 1981).

Disponibilidade refere-se a quantidade e os tipos de serviços existentes, e se estes são suficientes para sanar a quantidade dos usuários e suas necessidades. Acessibilidade diz respeito a relação entre a localização do serviço de saúde e o local onde o usuário se encontra, considerando o meio de transporte, o tempo de viagem, a distância e o custo que leva para chegar ao serviço. Acomodação ou alocação, é como os recursos são organizados para atender os usuários e a capacidade destes de se adequar a essa organização. A dimensão acessibilidade financeira é a relação dos preços dos serviços com a renda, capacidade de pagamento e/ou seguro de saúde dos usuários. Por fim, a aceitabilidade refere-se as tomadas de decisões por parte dos usuário a partir das características dos serviços de saúde e dos profissionais atuantes neles, e vice e versa (Penchansky; Thomas, 1981), ou seja, é mais fácil para um usuário aceitar as recomendações de um profissional de saúde se este atender aos requisitos do que seria um bom profissional na visão deste usuário, ou mais fácil para um profissional de saúde estar mais disposto a sanar as necessidades de um paciente mais colaborativo, por exemplo.

Outros autores enfatizam outras cinco dimensões dentro do conceito de acesso, sendo elas: acesso potencial, acesso realizado, acesso equitativo, acesso efetivo e acesso eficiente (Andersen, 1995; Andersen; Davidson; Baumeister, 2013). Acesso potencial é definido como a presença de recursos capacitadores dentro de um contexto populacional ou individual, ou seja,

é a existência de artifícios que irão facilitar ou não o acesso e conseqüentemente a utilização dos serviços de saúde, e podem ser exemplificados por políticas públicas no nível contextual, e por renda mensal no nível individual. A utilização dos serviços de saúde, ou seja, o contato direto do indivíduo com serviços e profissionais de saúde, caracteriza o acesso realizado (Andersen; Davidson; Baumeister, 2013).

O acesso equitativo está relacionado com quais fatores são julgados como importantes para a ocorrência do acesso potencial e do acesso realizado, e é observado quando as condições demográficas e de necessidade são os principais agentes responsáveis pela utilização dos serviços de saúde, ao passo em que o acesso não equitativo ocorre quando a determinação de quem utiliza ou não os serviços de saúde é dada por fatores sociais estruturais, crenças de saúde, e recursos capacitantes (Andersen, 1968 apud Andersen, 1995).

Acesso efetivo é alcançado quando a utilização dos serviços de saúde resulta em uma melhora nas condições de saúde e na satisfação com os serviços (Andersen, 1995; Andersen, 2008). Por último, acesso eficiente é obtido avaliando o quanto o volume do acesso potencial e do acesso realizado influenciam nas condições de saúde, qualidade de vida e satisfação, levando em consideração os custos necessários para alcançar tais desfechos, pois quanto menor o custo maior a eficiência (Andersen; Davidson; Baumeister, 2013).

Utilização de serviços de saúde, diferente de acesso, tem uma definição mais bem estabelecida na literatura. Travassos e Martins (2004) definiram utilização como sendo a peça-chave do funcionamento dos serviços de saúde, pois consiste no contato direto do usuário com os serviços e com os profissionais de saúde. O primeiro contato depende do comportamento do indivíduo, como por exemplo escolher procurar por um serviço de saúde após perceber uma necessidade em saúde, e os próximos contatos são de responsabilidade do profissional (Travassos, Martins, 2004). Porém, vale ressaltar que estes contatos não sofrem influência somente dos indivíduos envolvidos, e sim de uma série de fatores que podem ou não estar relacionados ao setor saúde, como visto nas definições de acesso, elucidando a complexidade desta relação entre os usuários com os serviços de saúde e seus profissionais.

Em uma tentativa de identificar quais são os fatores que podem estar relacionados com a utilização dos serviços de saúde e explicar como é dada essa relação, a literatura se apoia em modelos teóricos explicativos deste comportamento em saúde. Podem ser citados como alguns dos mais conhecidos o Modelo de Crenças em Saúde, o Modelo de Dutton, o Modelo de Evans & Stoddart, e o mais utilizado, o Modelo Comportamento de Andersen (Pavão; Coeli, 2008). O Modelo Comportamental de Andersen, é um dos mais utilizados na literatura por explorar diversas características associadas a utilização de serviços, por ser de fácil compreensão, e por

permitir melhor adequação das variáveis de interesse dentro dele.

3.2 Modelo Comportamental de Andersen

3.2.1 Histórico

Com o objetivo de ser uma alternativa para avaliar o acesso aos serviços de saúde identificando os determinantes da utilização, Andersen desenvolveu na década de 60 o Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde, que ao longo das décadas foi sendo atualizado pelo autor e colaboradores, e atualmente encontra-se na sexta edição (Andersen, 2008; Andersen; Davidson; Baumeister, 2013).

O modelo inicial, criado no fim da década de 60, foi pensado para complementar o entendimento dos resultados encontrados no terceiro inquérito nacional dos Estados Unidos realizado pelo *Center for Health Administration Studies* em conjunto com *National Opinion Research Center*, o CHAS/NORC de 1964, bem como para auxiliar na compreensão do motivo da utilização de serviços de saúde pelas famílias estadunidenses, definir e medir o acesso equitativo, e ajudar no desenvolvimento de políticas de saúde que visassem promover o acesso equitativo (Andersen, 1995; Andersen, 2008). Nesse modelo original a unidade de análise era a família, pois o autor considerou que a utilização dos serviços por um indivíduo parte inicialmente das condições sociodemográficas e econômicas da família (Andersen, 1995). O desfecho foi utilização dos serviços de saúde, medido pelo consumo ao longo de um ano pelas famílias de serviços como unidades de atendimento ambulatorial, serviços hospitalares e de internação, e serviços odontológicos (Andersen, 1995). O modelo sugeria que a predisposição, os fatores capacitantes que podem ou não facilitar a uso, e as necessidades de saúde, era o que ditava a utilização dos serviços (Andersen, 1995).

Depois de análises do próprio autor, colaboradores e de críticos do modelo original, Aday e colaboradores criaram a segunda versão do modelo comportamental na década de 70, que passou a incorporar o tópico “sistema de saúde”, incluindo as variáveis política de saúde, organização e recursos do sistema de saúde, bem como novas variáveis para o desfecho “utilização dos serviços de saúde”, e um novo desfecho descrito como “satisfação do consumidor” e suas variáveis de análise (Aday; Andersen, 1974; Andersen, 1995, Andersen, 2008).

A discussão para uma terceira versão do modelo se iniciou na década de 80 e continuou até o início da década de 90, onde foi decidido acrescentar fatores ambientais, como política, economia e o ambiente, como uma variável determinante de comportamentos em saúde, junto com as características da população e o sistema de saúde (Andersen, 1995; Andersen, 2008).

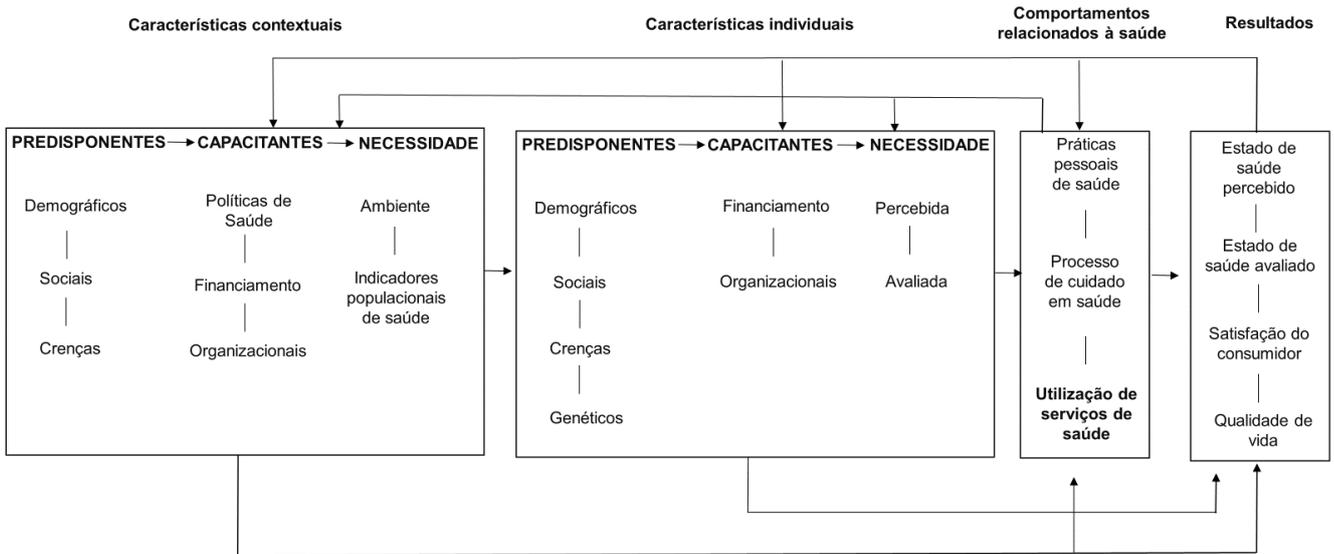
Também adicionaram as práticas pessoais de saúde como uma das variáveis comportamentais do modelo, junto com a utilização de serviços de saúde (Andersen, 1995; Andersen, 2008). Por fim, a última mudança realizada pelos autores foi adicionar, como um dos desfechos em saúde, o estado de saúde percebido e estado de saúde avaliado, se juntando a variável “satisfação do consumidor” (Andersen, 1995; Andersen, 2008).

A quarta versão do modelo foi criada em meados da década de 90, e concentra a atenção no processo dinâmico do modelo, ilustrando os determinantes da utilização dos serviços de saúde influenciando nos desfechos em saúde, que por sua vez pode fazer o caminho reverso e influenciar os fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade de uma população (Andersen, 1995; Andersen, 2008).

A quinta e penúltima versão foi discutida no início dos anos 2000. Nessa versão, os autores enfatizaram e ilustraram no modelo que a utilização dos serviços de saúde sofre influência tanto dos fatores individuais quanto dos fatores contextuais, e reorganizaram as variáveis contextuais de acordo com a divisão clássica das variáveis individuais, ou seja, em características predisponentes, capacitantes e de necessidade (Andersen, 2008). Além disso, também adicionaram “processo de cuidado em saúde” como mais uma variável de comportamento em saúde (Andersen, 2008).

A sexta e atual versão do modelo, assim como a quinta versão, é dividida em dois componentes maiores, sendo eles o contextual e o individual, e para cada um dos componentes as variáveis são classificadas como predisponentes, capacitantes, e de necessidade, conforme a Figura 1 abaixo (Andersen; Davidson; Baumeister, 2013). Os autores também acrescentaram “fatores genéticos” como uma variável predisponente individual, e “qualidade de vida” como um resultado em saúde (Andersen; Davidson; Baumeister, 2013).

Figura 1 - Modelo Comportamento de Andersen, Davidson e Baumeister (2013) traduzido



Fonte: Andersen; Davidson; Baumeister, 2013

3.2.2 Características contextuais

Determinantes contextuais são as circunstâncias e o ambiente do acesso ao serviço de saúde, e incluem estruturas e o processo de promover saúde, bem como as características de uma população. São variáveis aferidas de forma agregada, podendo variar desde unidades de famílias até sistemas de saúde (Andersen; Davidson; Baumeister, 2013).

Características contextuais predisponentes são aquelas que irão predispor indiretamente na utilização ou não dos serviços de saúde, sendo elas: características demográficas de uma determinada comunidade, como sexo, idade e estado civil; características sociais, como nível de emprego e de escolaridade, taxa de criminalidade, composição étnica e racial; e as crenças, ou seja, como aquela população entende como os serviços de saúde deveriam ser organizados e financiados de maneira a garantir o acesso. As características contextuais capacitantes são aquelas que irão favorecer ou dificultar a utilização dos serviços. Se enquadram nesse componente: as políticas de saúde; o financiamento, como por exemplo a renda per capita da comunidade, as despesas per capita com serviços de saúde; e a organização dos serviços de saúde, ou seja, quantos são e como estão distribuídos os serviços de saúde. Por fim, o modelo apresenta as características contextuais de necessidade, que são fatores que podem sinalizar a necessidade de intervenção médica ou de outra medida relacionada a saúde. Medidas como qualidade da água e do ar, taxa de mortalidade e morbidade, taxa de injúria ocupacional e taxa de acidentes por veículos motorizados, são alguns exemplos de determinantes que são classificados dentro desse componente (Andersen, 2008; Andersen;

Davidson; Baumeister, 2013).

3.2.3 Características individuais

Os determinantes individuais também estão divididos em predisponentes, capacidades e necessidades, com a diferença que a unidade de análise é o indivíduo. Os fatores individuais predisponentes, assim como os contextuais, incluem as características demográficas (sexo, cor/raça autorreferida, idade), bem como a susceptibilidade genética, fatores sociais (nível de escolaridade, ocupação), rede social e crenças em saúde. Os fatores individuais capacitantes dizem respeito a renda e a capacidade do indivíduo de pagar por serviços de saúde e se possui ou não plano ou seguro em saúde. Também engloba se o indivíduo tem acesso regular a algum tipo de serviço de saúde, e caso tenha, o meio de transporte necessário e disponível, o tempo de viagem e o tempo de espera também irão agir facilitando ou impedindo a utilização dos serviços de saúde. As características individuais de necessidade podem ser subdivididas em percebidas e avaliadas. A primeira diz respeito a como o indivíduo percebe sua condição de saúde e como ele responde a sintomas de doenças e a dor, bem como sua preocupação em relação a sua saúde. Segundo os autores, a necessidade percebida serve como um guia para a pessoa entender e decidir se irá procurar por serviço de saúde que sane sua queixa. Já a necessidade avaliada é aferida por um profissional de saúde ou por exames físicos e/ou laboratoriais, e está relacionada com o tipo de tratamento que será oferecido quando o indivíduo, após perceber sua necessidade, procurar um serviço de saúde (Andersen, 2008; Andersen; Davidson; Baumeister, 2013).

3.3 Utilização de Serviços Odontológicos no Brasil

A Política Nacional de Saúde Bucal, também chamada de Brasil Sorridente, foi criada em 2004 e incorporada no Sistema Único de Saúde após a sanção da Lei nº 14.572/, e tem como objetivo promover o acesso universal, equânime e contínuo dos serviços de saúde bucal, e deve ser uma das prioridades relacionadas a saúde de todos os estados e cidades do Brasil (Brasil, 2023). Os serviços de saúde bucal no Brasil são ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Unidades Odontológicas Móveis, Centros de Especialidades Odontológicas e nos hospitais (Brasil, 2023). Além da oferta pelo setor público, também há a oferta pelo setor privado, seja por meio de planos de saúde ou pagando diretamente pelo serviço. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência vinculada ao Ministério da Saúde e responsável pelos planos de saúde no Brasil, para até o mês de novembro de 2024 foram registrados mais de 34 milhões de usuários de planos exclusivamente odontológicos, um aumento de 6,39% desde novembro de 2023, ilustrando muitos usuários no setor privado de

serviços odontológicos (Brasil, 2025).

Em um estudo, que usou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010, o Modelo Comportamental de Andersen foi usado como base para a seleção das variáveis de interesse, com o objetivo de verificar a associação dos determinantes contextuais e individuais com a não utilização dos serviços odontológicos ao menos uma vez na vida por adultos brasileiros (Rebelo Vieira *et al.*, 2018). Foi verificada uma prevalência de 4,7% de não uso dos serviços odontológicos por adultos brasileiros que moram nas capitais brasileiras. Outro achado foi que os indivíduos que residem em capitais com os melhores índices de renda (variável contextual capacitante) e de maior longevidade (variável contextual predisponente) tinham menores chances de nunca ter visitado um dentista. Além disso, variáveis individuais como ser do sexo feminino, de raça/cor parda, ter baixo nível de escolaridade, ser de família de baixa renda, com necessidade autopercebida de tratamento odontológico e com dentes cariados, estava associado com uma maior chance de não utilizar os serviços odontológicos.

O Modelo Comportamental de Andersen também foi utilizado em outro estudo, dessa vez com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, com o objetivo de avaliar a associação de fatores contextuais e individuais com a não utilização dos serviços odontológicos ao menos uma vez na vida por adultos brasileiros (Herkrath; Vettore; Werneck, 2018). A prevalência da não utilização dos serviços odontológicos de adultos que residiam nas capitais brasileiras foi de 1,8%, e a prevalência de adultos que visitaram um dentista há mais de 12 meses, contado da data da coleta da PNS, foi de 48,1%. A não utilização dos serviços odontológicos foi menor em adultos que viviam em cidades com melhores indicadores das variáveis contextuais predisponentes (renda, escolaridade, expectativa de vida, proporção de indivíduos vivendo em extrema pobreza e proporção de indivíduos vulneráveis à pobreza) e melhores indicadores das variáveis contextuais capacitantes (despesas per capita na atenção primária à saúde, despesas per capita em programas de saúde bucal e cobertura das equipes de saúde bucal na atenção primária). Indivíduos do sexo masculino, de raça/cor da pele parda, com baixa escolaridade, de baixa renda, que não possui plano de saúde, baixa percepção da saúde bucal e com maior número de perda dentária, estavam associados com a não utilização dos serviços odontológicos e com maior chance de ter visitado o dentista há mais de 12 meses.

Com o objetivo de verificar a associação dos fatores contextuais e individuais com a utilização dos serviços odontológicos públicos no Brasil, Galvão, Medeiros e Roncalli (2021), assim como o estudo citado anteriormente, também utilizaram o Modelo Comportamental de Andersen e dados da PNS, mas da versão do ano de 2019. Um dos resultados encontrados foi uma prevalência de 23,1% de utilização dos serviços odontológicos públicos. Em relação as

variáveis individuais, foi observado que pessoas que não sabem ler ou escrever, indígenas, pretos ou pardos, com renda familiar per capita de até US\$ 124 (de acordo com os valores de dezembro/2019), que vivem em área rural e que autorrelataram a saúde bucal como regular ou muito ruim/ruim, foram os indivíduos que apresentaram maior prevalência de utilização dos serviços odontológicos públicos. Essa maior prevalência de utilização também foi encontrada para as pessoas que moram em unidades federativas do Brasil que possuem uma alta cobertura de equipes de saúde bucal na atenção primária.

3.3.1 Utilização dos serviços odontológicos por crianças e adolescentes

Os hábitos e comportamentos em saúde são influenciados pelo ambiente e por fatores psicossociais, exemplificado, por exemplo, em como as crianças tendem a ter uma relação muito mais próxima e dependente dos seus familiares e professores, e as crenças e hábitos desses adultos influenciam essas crianças (Freeman, 1999). Enquanto na adolescência, que é considerada um momento de transição entre a fase infantil e a maturidade, os adolescentes passam a ter ainda mais contato com pessoas fora de sua casa que podem ter mais coisas em comum quando comparados com os pais ou responsáveis (Freeman, 1999). Logo, o contexto em que o adolescente está inserido influencia as experiências e o seu desenvolvimento de modo geral (Assis; Avanci; Serpeloni, 2020). Ou seja, é o período da vida em que o indivíduo conhece e tende a colocar em prática novos hábitos e comportamentos que podem influenciar sua saúde, geral e bucal, no presente e no futuro.

A relação do adolescente com a sua família é de suma importância para o seu desenvolvimento e adoção de comportamentos mais saudáveis (Vettore *et al.*, 2012), visto que adolescentes que se sentem mais compreendidos pelos pais utilizam mais fio dental e procuram mais o dentista de maneira preventiva (Davoglio *et al.*, 2009). Compreender melhor a relação pais e filhos ajuda a identificar e prevenir comportamentos de riscos para a saúde por parte do adolescente, e uma maneira de conseguir avaliar isso é por meio do monitoramento dos pais em relação as atividades escolares do filho (Dishion; McMahon, 1998). Adolescentes de família com baixa coesão ou cujos pais não supervisionam seus deveres de casa, tendem a ter mais comportamentos de risco à saúde bucal (Ferreira *et al.*, 2013; Jordão; Malta; Freire, 2018). A condição socioeconômica também tem papel importante na saúde bucal do adolescente, uma vez que indivíduos de famílias com piores condições socioeconômicas são associados a menor frequência na utilização de serviços odontológicos, comportamento que leva a piores condições de saúde bucal (Ferreira *et al.*, 2013; Silveira *et al.*, 2014).

Segundo dados do SB Brasil (Brasil, 2023), 40% dos adolescentes de 12 anos não

procuram serviços odontológicos no último ano no Brasil, sendo Manaus (74,92%) e Rio de Janeiro (58,07%) as capitais com os maiores percentuais da não procura. A maioria dos adolescentes procurou atendimento em serviços públicos (55,93%), e a região que utilizou esse tipo de serviço foi a Norte (70,40%). 11,02% dos adolescentes avaliados na pesquisa relataram nunca terem ido ao dentista, sendo a região do Nordeste o maior percentual (17,30%) e a região Sul o menor percentual (3,84%). O principal motivo para a utilização dos serviços odontológicos foi a limpeza (48,05%), em todas as regiões do país.

Um estudo utilizou o Modelo Comportamental de Andersen para verificar o papel dos determinantes individuais nas iniquidades de utilização dos serviços odontológicos por crianças de baixa renda que moram em áreas cobertas pelo Programa da Saúde da Família, em Ponta Grossa, cidade do Paraná (Baldani *et al.*, 2011). O estudo inclui crianças e adolescentes de 0 a 14 anos de idade, e teve como um dos resultados uma prevalência de 31% de indivíduos dessa faixa etária que nunca foram ao dentista, o que foi associado com a resposta positiva para a variável predisponente “iria ao dentista somente em caso de dor?”, e com a ausência de percepção, por parte do responsável, de necessidade de tratamento odontológico pela criança. Por outro lado, foi verificado que os fatores capacitantes (características socioeconômicas da família), foram relacionados com a utilização dos serviços odontológicos pelas crianças e adolescentes.

Piovesan *et al.* (2017) realizaram um estudo com crianças pré-escolares de 1 a 5 anos de idade, da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, com o objetivo de avaliar o efeito de variáveis contextuais na utilização de serviços odontológicos depois de ajustar para as variáveis individuais. Os autores encontraram uma prevalência de 21,6% para utilização regular de serviços odontológicos pelas crianças. Em relação as variáveis individuais, os resultados identificaram que crianças cujas mães não concluíram o ensino fundamental apresentaram uma menor probabilidade de utilizar serviços odontológicos. Em contrapartida, o estudo verificou que mães que participavam mais das atividades escolares das crianças, eram mais propensas a levar o(a) filho(a) ao dentista.

Em um estudo realizado com escolares de 12 anos, matriculados em escolas públicas localizadas em uma zona de vulnerabilidade social da cidade de Manaus, Amazonas, os autores utilizaram o Modelo Comportamental de Andersen para avaliar a utilização dos serviços odontológicos de saúde por essa população, levando em consideração os determinantes individuais (Maffioletti *et al.*, 2019). A prevalência da utilização dos serviços odontológicos nos últimos 12 meses encontrada foi de 47,8%, sendo que 31% foram por motivos preventivos ou por visita de rotina. Ser do sexo masculino e o baixo nível de senso de coerência (SOC) dos

pais/responsáveis, variáveis consideradas predisponentes, bem como a variável capacitante “baixo nível socioeconômico”, e a variável de necessidade avaliada “má condição de saúde bucal”, foram associadas com um pior padrão (motivo) de utilização dos serviços odontológicos por escolares. As mesmas variáveis capacitantes e de necessidade avaliada, ou seja, baixo nível socioeconômico e má condição de saúde bucal, também foram associadas com uma baixa utilização dos serviços odontológicos por essa população.

Como apresentado, pessoas que estão inseridas em um contexto de vulnerabilidade social tendem a utilizar menos os serviços de saúde odontológicos, por uma série de barreiras existentes entre elas e os serviços.

3.4 Contexto Familiar

O ambiente familiar é um construto multidimensional composto por diversos fatores psicológicos e sociais heterogêneos. Esses fatores são descritos como a conexão familiar, a comunicação entre pais e filhos, o exemplo proporcionado pelos pais, o estilo parental, o status socioeconômico dos pais e o monitoramento parental, os quais têm sido identificados como influentes no comportamento de saúde dos adolescentes (DiClemente *et al.*, 2001). O monitoramento parental é um processo ativo que envolve estabelecer limites e manter uma comunicação aberta sobre a localização, os amigos e as atividades dos filhos. Dessa forma, manter uma relação positiva entre pais e filhos, pode ajudar a reduzir comportamentos de risco e promover ambientes que incentivem decisões saudáveis (Elsaesser *et al.*, 2017; Kuntsche; Kuntsche, 2016).

Na literatura, não existe uma definição única de funcionamento familiar (Izzo; Baiocco; Pistella, 2022). Independentemente das diferentes composições das famílias modernas, o funcionamento familiar refere-se à ligação emocional eficaz entre os membros da família, ao uso de regras familiares, à comunicação no seio da família e à gestão de eventos externos (Fang *et al.*, 2004).

A saúde dos adolescentes está intrinsecamente ligada à dinâmica familiar em que estão inseridos, sendo a mesma uma preocupação crescente na sociedade contemporânea. Diferentes aspectos das relações familiares influenciam o bem-estar físico e emocional dos jovens, evidenciando a relevância da dinâmica familiar na saúde dos adolescentes, sugerindo que intervenções que promovam relações familiares saudáveis podem ser fundamentais para o bem-estar juvenil.

Buscando investigar quais dimensões das relações familiares podem prever o bem-estar durante a adolescência, Freitas *et al.* (2020) analisaram 203 adolescentes, entre 12 e 18

anos, de escolas públicas de Santo Antônio de Jesus, Bahia. Para tanto, utilizaram alguns instrumentos como inventário Beck de Depressão, questionário de saúde geral de Goldberg, inventário de autoavaliação para jovens, familiograma; e inventário do clima familiar. Foi realizada estatística descritiva, comparação de grupos e análise de regressão múltipla. Os resultados indicaram que altos níveis de conflito e baixa afetividade dentro do ambiente familiar estão associados a sintomas depressivos e comportamentos problemáticos nos adolescentes. A partir desses resultados, concluíram que, para o bem-estar dos adolescentes, a família deverá ser incluída nas estratégias de avaliação e intervenção em saúde.

Outro estudo, objetivando apresentar uma sistematização dos resultados obtidos por meio de um estudo bibliográfico envolvendo os descritores família e adolescência (Pratta; Santos, 2007), analisou a influência do contexto familiar no desenvolvimento dos adolescentes. A pesquisa destacou que as transformações na estrutura familiar e nas práticas educativas dos pais podem gerar desafios na educação dos filhos, especialmente durante a adolescência. Questões como a iniciação sexual precoce e o uso de substâncias psicoativas foram identificadas como preocupações significativas para as famílias.

O estudo de Rossi e Cid (2019) abordou a percepção de familiares de adolescentes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPIj) sobre situações de crise vivenciadas pelos jovens. O estudo enfatizou a importância do envolvimento familiar no cuidado à saúde mental dos adolescentes, ressaltando a necessidade de estratégias que integrem a família no processo terapêutico.

Buscando examinar a influência de uma menor percepção de monitoramento parental em uma série de comportamentos e resultados que comprometem a saúde dos adolescentes (doenças sexualmente transmissíveis, comportamentos sexuais, uso de marijuana, consumo de álcool, comportamentos antissociais e violência), DiClemente *et al.* (2001) encontraram um padrão consistente de comportamentos de risco à saúde e desfechos biológicos adversos associados a uma menor percepção de monitoramento parental.

Percebe-se que na literatura existe vários termos que envolvem a família e seus responsáveis, por exemplo, contexto familiar, ambiente familiar, funcionamento familiar, dinâmica familiar, relação familiar, supervisão parental, regulação parental e monitoramento parental. O Global School-based Student Health Survey (GSHS) é um projeto colaborativo de vigilância, realizado em ambiente escolar, que utiliza um questionário de autopreenchimento, sendo concebido para ajudar os países a medirem e avaliarem os fatores de risco comportamentais e os fatores de proteção entre jovens dos 13 aos 17 anos, que adota os termos “regulação e monitoramento parental” (WHO, 2009).

No Brasil, desde 2009, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) desenvolve pesquisas para acompanhar escolares do 9º ano do ensino fundamental, dos Municípios das capitais brasileiras, fornecendo informações acerca dos fatores de risco e proteção a partir da prevalência e a distribuição desses comportamentos para a saúde dos adolescentes. Essas pesquisas são denominadas Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizadas em 2009, 2012, 2015 e 2019, as quais utilizam diversos instrumentos, dentre eles o desenvolvido para o Global School-based Student Health Survey (GSHS).

Dentre os diversos temas abordados na PeNSE, ressalta-se o contexto familiar, considerado em estudos na área educacional, importante apoio desde a alfabetização dos filhos até a fase da adolescência, proporcionando segurança e suporte emocional para enfrentar os desafios da idade, prevenindo-os de hábitos de riscos (Oliveira; Marinho-Araújo, 2010; Polonia; Dessen, 2005). Os indicadores selecionados para o monitoramento foram: morar com os pais, saber se os pais se importam com seus problemas, ou o que eles fazem nos seus tempos livres, se faltam às aulas sem permissão dos pais, se são bem tratados pelos colegas e se sofrem *bullying* no ambiente escolar (IBGE, 2022).

O estudo de Machado *et al.* (2018) avaliou a relação entre indicadores de supervisão parental, fatores sociodemográficos e o consumo de álcool entre adolescentes brasileiros. A pesquisa utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015, abrangendo uma amostra de 16.608 estudantes de 13 a 17 anos de escolas públicas e privadas. Foram analisadas variáveis relacionadas ao uso de álcool, supervisão dos pais e fatores sociodemográficos, com cálculos de razões de prevalência (RPs) para identificar associações. Os principais resultados foram que 61,4% dos adolescentes já experimentaram álcool, 27,2% relataram episódios de embriaguez, 9,3% enfrentaram problemas devido ao consumo, e 29,3% consumiram álcool nos últimos 30 dias. Em relação a supervisão parental, observou-se que baixos níveis de supervisão pelos pais foram associados a maior prevalência de consumo de álcool. Assim, concluem que a experimentação precoce e os problemas relacionados ao álcool são comuns entre adolescentes, bem como a supervisão parental insuficiente e o distanciamento no acompanhamento cotidiano dos filhos contribuíram significativamente para o aumento do consumo.

Entendendo que a saúde mental na adolescência impacta a qualidade de vida a longo prazo, Escobar *et al.* (2020) analisou a relação entre a vida familiar e escolar com sentimentos de solidão e dificuldades para dormir devido a preocupações entre adolescentes. Os dados foram coletados pela PeNSE de 2015, por meio de questionários aplicados a 102.072 estudantes do 9.º ano, com idades entre 11 e 19 anos, sendo 51,7% do sexo feminino, matriculados em escolas

públicas e privadas de todo o Brasil. Observou-se que problemas de saúde mental foram associados à fome, relacionamentos distantes com os pais e violência familiar. Solidão e dificuldades para dormir foram relacionadas a relações com colegas ruins, insegurança na escola e escolas localizadas em áreas violentas.

Um outro estudo com dados da PeNSE de 2015, buscou avaliar a associação entre a coexistência de comportamentos de risco – CR (comportamento sedentário, consumo regular de álcool, consumo regular de tabaco e consumo de frutas) e o contexto familiar em adolescentes brasileiros. A coexistência de CR foi estimada pelo somatório da presença de comportamento sedentário, baixo consumo de frutas e consumo regular de álcool e tabaco. Foi encontrado que 8,8% dos adolescentes não apresentaram CR; 34,5% tinham um; 42,7% tinham dois; e 14,1%, três ou quatro. As combinações mais prevalentes foram entre comportamento sedentário e baixo consumo de frutas (33,8%); e comportamento sedentário com baixo consumo de frutas e consumo regular de álcool (9,5%). A partir dos dados, concluíram os CR relacionados à saúde tendem a se agrupar entre os adolescentes brasileiros e estão associados a características do contexto familiar (Silva *et al.*, 2021).

Tomando como base o exposto, o ambiente familiar desempenha um papel fundamental no desenvolvimento dos adolescentes, pois é onde aprendem valores, estabelecem vínculos emocionais e formam a base para suas relações sociais. A supervisão parental equilibrada, que combina acompanhamento com respeito à autonomia, é crucial para orientar os comportamentos dos jovens. Adolescentes que vivem em famílias com comunicação aberta e apoio, tendem a desenvolver melhor autorregulação e a tomar decisões mais conscientes. Por outro lado, a ausência de supervisão ou uma abordagem autoritária pode aumentar o risco de comportamentos impulsivos ou problemáticos. Assim, o crescimento saudável dos adolescentes depende do equilíbrio entre estabelecer limites e construir confiança.

4 MÉTODOS

4.1 Considerações Éticas

Este estudo é parte de um projeto maior intitulado “Saúde bucal, comportamentos relacionados à saúde, fatores psicossociais e desempenho escolar em adolescentes de 12 anos de idade em Manaus, Amazonas”, que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CAAE – 73014123.1.0000.5020), no ano de 2023.

Os pesquisadores foram às escolas selecionadas para apresentação do projeto e da Carta de Anuência da SEDUC (Anexo 1). Após o consentimento da direção para participação no projeto, os adolescentes elegíveis para a pesquisa foram convidados e receberam, para que levassem aos pais ou responsáveis, duas vias dos TCLE, bem como os instrumentos que serão respondidos pelos pais/responsáveis (Apêndices A e B). Após assinatura dos TCLE pelos pais, os adolescentes receberam o Termo de Assentimento do Menor, para expressarem sua permissão para participar da pesquisa (Apêndice C).

4.2 Desenho do Estudo

Esta pesquisa é classificada do ponto de vista dos procedimentos metodológicos como estudo observacional, transversal, analítico, com abordagem quantitativa.

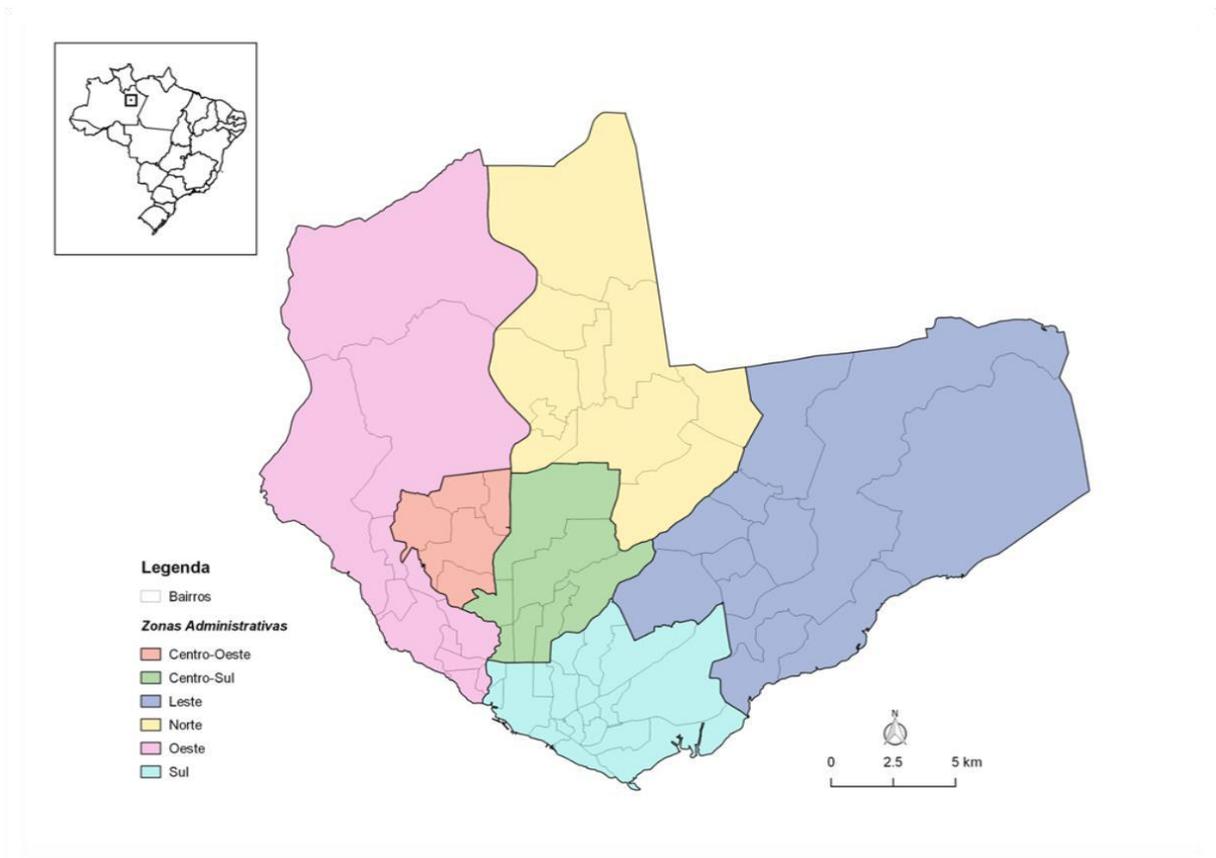
4.3 Caracterização da Área do Estudo

Manaus é uma cidade localizada na região Norte do país, capital da unidade federativa do Amazonas. O município se estende por uma área territorial de 11.401,092 km², tem uma população de 2.063.689 pessoas, de acordo com o censo de 2022, e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH) de 0,737 em 2010. O Produto Interno Bruto per capita é R\$ 45.782,75 (2021). Segundo o IBGE, em 2022 o salário médio mensal era de 2,9 salários-mínimos, e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 30,6%. A taxa de escolarização (frequência escolar atualizada) de 6 a 14 anos de idade, em 2010, era 94,2%. Em 2023, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica dos anos iniciais do ensino fundamental da rede pública foi 6,2 e para os anos finais de 5,1 (IBGE, 2023).

A divisão geográfica da cidade de Manaus foi instituída no Decreto n. 2924, de 07 de agosto de 1995 e redimensionada pela Lei 283, de 12 de abril de 1995. Teve como base os estudos técnicos realizados pelo Instituto Municipal de Planejamento e Informática – IMPLAN, sendo dividida em 6 Zonas Administrativas (Norte, Sul, Centro-Sul, Oeste, Centro-Oeste e Leste) com um total de 56 bairros. A última divisão territorial ocorrida no município deu-se em

14 de janeiro de 2010, quando sete novos bairros foram criados (resultado da divisão dos três maiores bairros da cidade em extensão territorial) por meio da Lei Municipal n. 1.401/10, perfazendo um total de 63 bairros oficiais (Figura 2) e centenas de comunidades, conjuntos e núcleos habitacionais pertencentes a tais bairros.

Figura 2- Mapa geográfico de Manaus, dividido por zonas administrativas com seus respectivos bairros, segundo Lei Municipal nº 1.401/10.



Fonte: Fonseca, F.R. Núcleo de apoio à pesquisa – ILMD/FIOCRUZ, 2017.

A zona Leste é composta por 11 bairros (Coroado, Armando Mendes, Zumbi dos Palmares, São José Operário, Puraquequara, Jorge Teixeira, Gilberto Mestrinho, Colônia Antônio Aleixo, Tancredo Neves, Distrito Industrial II e Mauazinho), sendo considerada a maior zona em extensão e a segunda em população da cidade de Manaus. Em 2022, segundo dados do IBGE, a população estimada para a zona foi de 494.319 habitantes (IBGE, 2022). O índice de Gini, indicador que mede a desigualdade de renda, e o IDH da zona são de 0,44 e 0,659 respectivamente, sendo considerados os mais baixos da cidade (IBGE, 2010).

4.4 População de Estudo

A população de estudo foi de escolares de 12 anos de idade matriculados na rede de ensino público (estadual e municipal) na Zona Leste da cidade de Manaus-AM. A idade de 12 anos foi escolhida por ser considerada a idade índice para levantamentos nacionais e internacionais em saúde bucal, conforme recomenda a OMS. O sétimo ano foi escolhido por ser a série regular do fundamental para quem tem 12 anos de idade.

Foram considerados elegíveis aqueles estudantes de 12 anos de idade, de ambos os sexos, matriculados nos sétimos anos das instituições públicas de ensino da zona leste de Manaus. Foram excluídos escolares que estavam sob tratamento ortodôntico com aparelho fixo, por impossibilitar a avaliação clínica de todas as superfícies do dente, e aqueles que possuíam alguma condição física ou mental que pudesse dificultar a compreensão dos instrumentos psicossociais ou a realização dos exames clínicos.

De acordo com o censo escolar disponibilizado pela Secretaria de Estado de Educação do Amazonas (SEDUC/AM), em 2023 havia 9.406 escolares de 12 anos matriculados na rede de ensino público na Zona Leste de Manaus-AM. Todos os estudantes de 12 anos das escolas sorteadas foram convidados a participar do estudo.

4.4.1 Cálculo Amostral

O tamanho da amostra foi calculado considerando os principais desfechos de saúde bucal avaliados no projeto maior. Assim, foram consideradas as prevalências do CPO-D, do trauma, do sangramento gengival e do cálculo dentário, aos 12 anos, na cidade de Manaus-AM, encontradas na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil) de 2010 (Brasil, 2012). Para a fluorose dentária foi considerada a prevalência relatada no estudo de Moura (2004), em escolares do município de Manaus-AM.

Procedeu-se, portanto, com o cálculo de todos os tamanhos de amostras provenientes de cada um destes desfechos. Para tanto, considerou-se um efeito de desenho de 1,5, margem de erro de 10,0% e uma taxa de não-resposta de 30,0% (considerando o estudo maior longitudinal). Dessa forma, o maior n encontrado foi o referente à prevalência de cálculo dentário (53,8%), correspondendo a uma amostra de 203 escolares para a Zona Leste de Manaus, de acordo com a fórmula a seguir:

$$n = Z^2 \times (p(1 - p) / E^2) \times deff + tx \text{ de não-resposta}$$

Adaptada de Lwanga & Lemeshow, 1991.

Onde:

n = tamanho da amostra;

$Z = 1,96$ (valor limite da área de rejeição, considerando 95% de confiança);

p = proporção do parâmetro;

E^2 = margem de erro aceitável;

$deff$ = efeito de desenho.

Por fim, o n calculado foi recrutado a partir de uma amostragem probabilística das 56 escolas públicas com pelo menos uma turma de 7º ano localizadas na Zona Leste de Manaus-AM, sendo necessárias 13 escolas sorteadas para atingir o n calculado de 203 escolares.

4.4.2 Plano Amostral

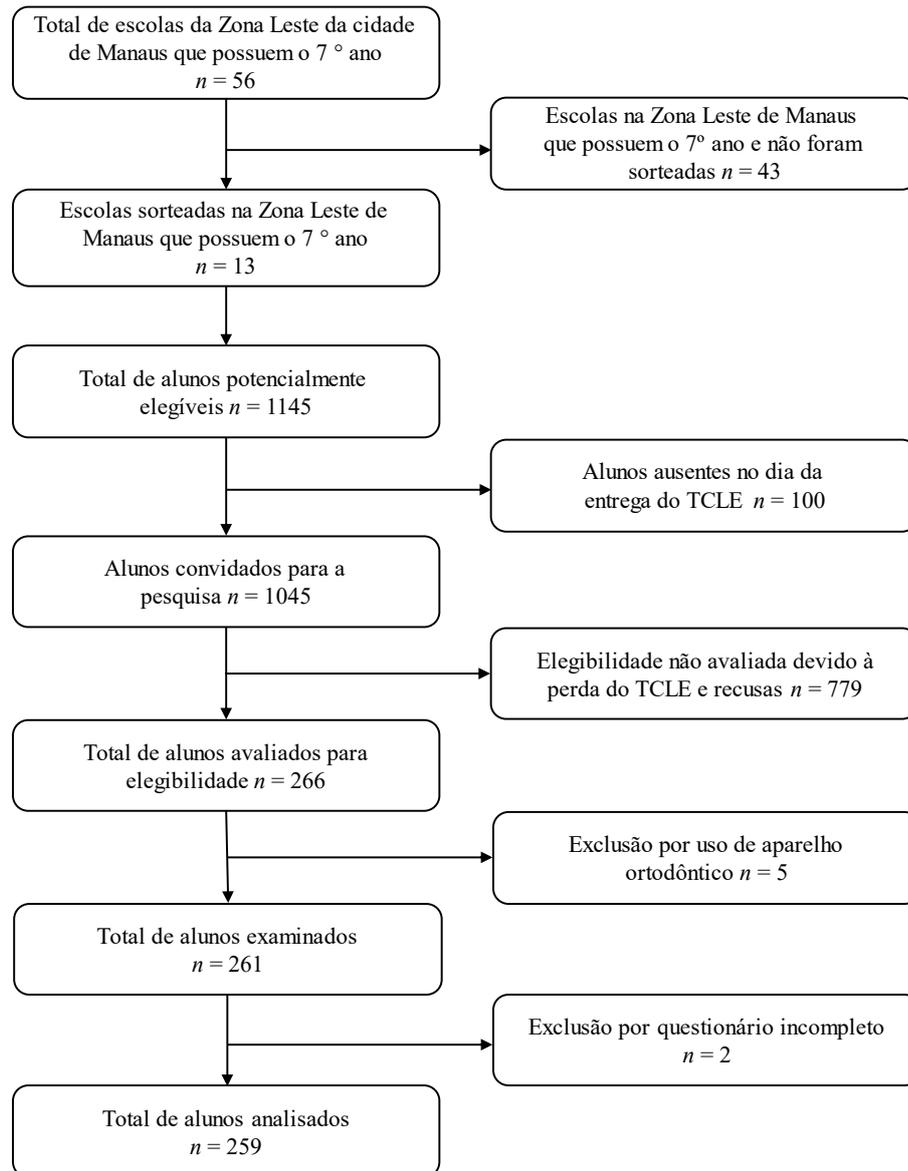
Os escolares foram selecionados a partir de uma amostragem probabilística por conglomerados, considerando a proporção de escolares da Zona Leste matriculados em estabelecimentos públicos de ensino e o número médio de escolares por escola.

Adicionalmente, para garantir o espalhamento da amostra dentro da zona administrativa, as escolas foram selecionadas por meio de amostragem aleatória sem reposição com a exclusão das demais escolas do mesmo bairro de um estabelecimento previamente selecionado. Portanto, a seleção das escolas foi gradual, com probabilidade de seleção dependente das escolas anteriormente selecionadas.

A amostra de 259 adolescentes resultou em um poder de 90% para um modelo de regressão multivariada com 7 variáveis independentes, considerando um α de 5% para detectar *odds ratios* significativas de pelo menos 1,16.

A figura 3 ilustra o passo a passo para a obtenção do plano amostral e amostra final.

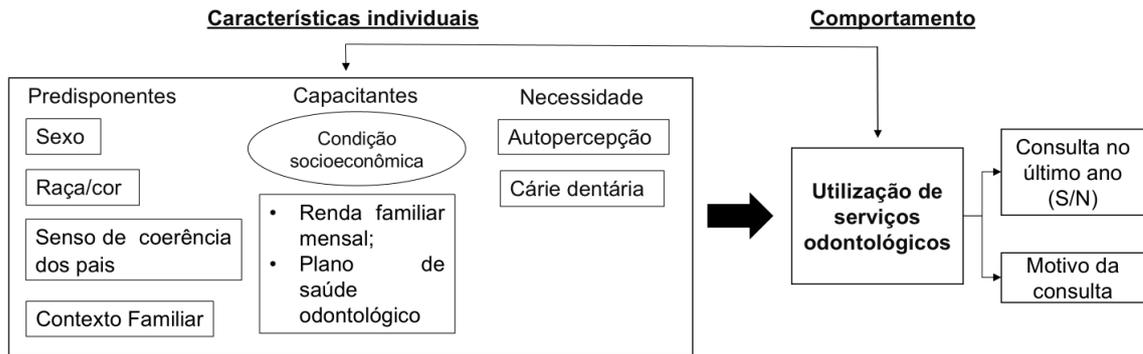
Figura 3 - Fluxograma do processo de seleção da amostra e amostra final.



4.5 Modelo Teórico

As variáveis independentes e dependentes foram organizadas em um modelo teórico adaptado do modelo proposto por Andersen, Davidson e Baumeister (2013) de uso de serviços de saúde (Figura 4).

Figura 4 - Modelo teórico adaptado de Andersen, Davidson e Baumeister (2013).



Os fatores predisponentes incluídos foram as variáveis sexo, senso de coerência dos pais social e contexto familiar. O senso de coerência foi escolhido como uma variável predisponente, uma vez que avalia a capacidade do indivíduo de compreender e de lidar com situações da vida que podem impactar a sua saúde (Antonovsky, 1996), semelhante a definição dada pelos autores do modelo para os fatores sociais, incluídos como variáveis predisponentes (Andersen; Davidson; Baumeister, 2013). O forte SOC materno está associado com uma maior probabilidade de o filho ir ao dentista e dessa visita ser por prevenção (Vettore *et al.*, 2012), se aproximando dos objetivos do presente estudo. As variáveis capacitantes foram renda familiar mensal e plano de saúde odontológico. A necessidade percebida foi aferida pela autopercepção da saúde bucal, e a necessidade avaliada pelo número de dentes cariados. E o comportamento considerado como desfecho foi a utilização dos serviços odontológicos, levando em consideração o padrão (motivo) de utilização de serviços odontológicos e tempo da última consulta odontológica.

4.6 Calibração e Confiabilidade

Previamente à coleta de dados, ocorreu um treinamento e calibração dos examinadores pelo método in lux (Pinto *et al.* 2023), com imagens utilizadas no SB Brasil 2020 e arquivo dos professores da FAO-UFAM. A concordância, comparado ao padrão ouro (discussão e concordância entre os professores da equipe), para o índice de CPOD, foi analisada por meio do coeficiente Kappa obtendo-se os seguintes resultados: examinador 1 (0,773); examinador 2 (0,782); examinador 3 (0,789); examinador 4 (0,739); examinador 5 (0,787), examinador 6 (0,755); examinador 7 (0,793); examinador 8 (0,815); examinador 9 (0,853) e examinador 10 (0,820). O Coeficiente de Kappa varia de -1 a +1, sendo que os coeficientes considerados indicativos de boa concordância se situam entre 0,61 e 0,80, e os valores superiores a 0,80 são indicativos de ótima concordância. (Landis e Koch, 1977). No decorrer da pesquisa, os exames epidemiológicos foram realizados em duplicata para 10% da amostra, respeitando-se um

intervalo mínimo de 14 dias entre as coletas, com o objetivo de avaliar a confiabilidade dos dados (Luiz; Costa; Nadanovsky, 2005).

4.7 Coleta de Dados

A coleta de dados envolveu o preenchimento de questionário autoaplicável com instrumentos validados que mensuraram os constructos investigados. Em cada escola, a equipe pedia à coordenação uma sala reservada com mesas e cadeiras para que os escolares pudessem responder os questionários de maneira individual e com o máximo de privacidade possível. Os estudantes eram instruídos ao correto preenchimento dos questionários e orientados a perguntar a algum membro da equipe caso não compreendessem alguma questão. Antes do exame clínico, os escolares realizavam a escovação dos dentes sob supervisão de um membro da equipe, com uso de escova dental e dentifrício fluoretado, concedidos pela equipe do projeto, com finalidade de remoção do biofilme dental. O exame clínico foi realizado individualmente, em uma sala reservada da escola, com um espelho intra-bucal plano n. 5 (Duflex ®) e sonda OMS tipo *ball point* (Stainless®). Os escolares foram examinados sentados em uma cadeira escolar sob luz natural. Foram seguidos todos os critérios de biossegurança e uso de equipamento de proteção individual. A coleta do projeto maior iniciou em abril de 2024 até dezembro do mesmo ano, porém a coleta na Zona Leste começou na data 05/06/2024 e terminou 16/09/2024.

4.6.1 Características individuais

4.5.1.1 Predisponentes

Características demográficas

Representadas pelo sexo dos escolares (Apêndice D).

Senso de Coerência (SOC)

Para avaliação do senso de coerência dos pais, foi empregada uma versão da escala SOC-13 (Antonovsky, 1987), adaptada transculturalmente para a língua portuguesa (Bonanato *et al.*, 2009), a qual mostrou-se compreensível e obteve melhor resposta do que a escala SOC-13 validada originalmente (Antonovsky, 1987). A escala original proposta pelo autor consiste numa escala tipo Likert de 7 pontos. Trata-se de um questionário padronizado autopreenchível que apresenta 13 perguntas, o qual é uma versão resumida do SOC-29 proposta por Antonovsky (1987). Os escores das perguntas que são negativas ao senso de coerência foram invertidas para a composição final da pontuação da escala. O escore final da medida de senso de coerência foi obtido através da soma dos pontos alcançados em cada um dos 13 itens, variando de 13 a 65.

Quanto maior a pontuação, mais elevado é o senso de coerência (Anexo 2).

Contexto Familiar

Os escolares responderam questões sobre a supervisão recebida dos pais por meio de perguntas utilizadas na PeNSE 2015 (IBGE, 2015). As cinco perguntas utilizadas para avaliar de forma proxy a supervisão parental foram: 1 – Nos últimos 30 dias, em quantos dias você faltou às aulas ou à escola sem permissão dos seus pais ou responsáveis? (Nenhum dia nos últimos 30 dias; 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias; 3 a 5 dias nos últimos 30 dias; 6 a 9 dias nos últimos 30 dias; 10 ou mais dias nos últimos 30 dias); 2 – Nos últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis sabiam realmente o que você estava fazendo em seu tempo livre? (Nunca; Raramente; Às vezes; Na maior parte do tempo; Sempre); 3 – Nos últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis verificaram se os seus deveres de casa (lição de casa) foram feitos? (Nunca; Raramente; Às vezes; Na maior parte do tempo; Sempre); 4 - Nos últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações? (Nunca; Raramente; Às vezes; Na maior parte do tempo; Sempre); 5 - Você costuma almoçar ou jantar com sua mãe, pai ou responsável? (Não; Raramente; Sim, 1 a 2 dias por semana; Sim, 3 a 4 dias por semana; Sim, 5 a 6 dias por semana; Sim, todos os dias) (Anexo 3).

4.6.1.2 Capacitantes

Característica socioeconômica

Obtida por meio de perguntas direcionadas aos responsáveis (Apêndice E) e inclui:

- Renda familiar: soma dos rendimentos mensais dos componentes da unidade familiar, em salários-mínimos no Brasil (conforme faixas do questionário);
- Plano de saúde odontológico: se a criança possui ou não possui.

4.6.1.3 Necessidade

Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D)

O índice CPO-D, criado por Klein e Palmer em 1937, é o utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir a prevalência e experiência da cárie dentária. Este índice mede o ataque de cárie dental à dentição permanente, sendo que: C corresponde aos dentes cariados que compõem a história presente, P corresponde aos dentes perdidos, extraídos (história passada) ou com extração indicada (história presente) e O corresponde aos dentes obturados que apresentam a história passada e D é a unidade de medida que é o próprio dente.

Nos inquéritos populacionais, a cárie é geralmente registrada usando este índice, por ser simples e de aceitação universal. Entre as vantagens do CPO-D, podemos destacar: aceitabilidade, clareza, simplicidade, reprodutibilidade e sensibilidade. Como limitações para uso deste índice destacam-se: ausência de um denominador – os valores precisam ser apresentados com a idade para ter significado, considerar como pesos iguais dentes perdidos, cariados e restaurados e não incluir dentes perdidos por motivos diferentes de cárie. A OMS (WHO, 2013) categorizou de 0 a 9 as condições da coroa dentária para compor o CPO-D, sendo estes utilizados no SB-Brasil 2020 (Brasil, 2022) e nesta pesquisa, conforme o quadro 1:

Quadro 1 - Índice CPO-D (WHO, 2013).

Código	Descrição
0 = Hígido	Quando não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais são codificados como hígidos: manchas esbranquiçadas; manchas rugosas resistentes à pressão da sonda OMS; sulcos e fissuras do esmalte manchado, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda OMS; áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão. Nota: Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como dente hígido.
1 = Cariado	Quando sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou observado uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda OMS deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie, mesmo sem doença no momento do exame, deve-se adotar como regra, registrar o dente como cariado.
2 = Restaurado, mas com cárie	Quando há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).
3 = Restaurado e sem cárie	Quando há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie incluiu-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, será codificada como 7.
4 = Perdido devido à cárie	Quando um dente permanente ou decíduo foi extraído por causa de cárie e não por outras razões.
5 = Perdido por outras razões	Quando a ausência se deu por razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

6 = Apresenta selante	Quando há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1.
7 = Apoio de ponte ou coroa	Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como 4 ou 5.
8 = Não erupcionado - raiz não exposta	Quando o dente permanente ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.
9 = Dente excluído	Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

Para o presente estudo, foi utilizado o componente cariado do CPOD.

Autopercepção em Saúde Bucal

Para a percepção de saúde bucal foi utilizada uma escala de Likert de 5 pontos, adaptada de Atchinson *et al.* (1998). Utilizou-se a pergunta: De um modo geral, como você considera o seu estado de saúde bucal (dentes e gengiva)? As opções de resposta foram: (1) Muito Bom (Boa), (2) Bom (Boa), (3) Regular, (4) Ruim e (5) Muito Ruim (Anexo 4). Para o presente estudo as categorias foram agrupadas em 3, a saber: Bom/Muito Bom, Regular e Ruim/Muito Ruim.

4.6.2 Utilização de serviços odontológicos

As questões referentes a uso dos serviços de saúde bucal foram retiradas do SB Brasil 2020 (Brasil, 2022) (Anexo 5), as quais foram respondidas pelos pais/responsáveis. As perguntas são sobre quando o escolar visitou o dentista, o tipo de serviço e os motivos que o levaram a procurar o dentista, o uso dos serviços odontológicos. Para o presente estudo foi considerado o padrão (motivo) de utilização de serviços odontológicos e tempo da última consulta odontológica.

4.8 Análise dos Dados

Inicialmente, uma análise descritiva para estimar a prevalência de todas as variáveis investigadas no estudo foi realizada, por meio de média e desvio padrão para as variáveis contínuas e frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas. Em seguida, regressão

logística multinominal foi usada para estimar associações não ajustadas entre as variáveis individuais predisponentes, capacitantes e de necessidade e os dois desfechos relativos à utilização de serviço odontológico, “tempo desde a última consulta” e “motivo da última consulta”.

Modelos multivariados de regressão logística multinominal foram usados para avaliar a relação entre as variáveis independentes e o tempo desde a última consulta odontológica e padrão da última consulta odontológica. *Odds Ratio* (OR) ajustados e os intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram estimados. A regressão logística multinominal produz OR que estima a chance da ocorrência das categorias de exposição a partir de uma categoria de referência. Para o desfecho “tempo desde a última consulta”, a categoria de referência utilizada foi a realização da última consulta odontológica até 1 ano, por considerar que a frequência de consulta odontológica uma vez ao ano seria o mais adequado para a faixa etária estudada. Em relação ao desfecho “motivo da última consulta”, a categoria de referência considerada nas análises foi a ida ao dentista para prevenção. Para cada desfecho, o modelo 1 incluiu as variáveis individuais predisponentes, o modelo 2 incluiu as variáveis capacitantes e no modelo final incluiu as variáveis predisponentes, capacitantes e necessidade, conforme o modelo de Andersen. Interação ou efeito de modificação foi testado nos modelos finais entre variáveis independentes associadas aos desfechos. As análises foram realizadas utilizando os softwares SPSS 22.0 e STATA 14.0 (College Station, TX EUA).

5. RESULTADOS

A amostra final foi constituída de 259 adolescentes, sendo 138 (53,3%) do sexo feminino e 121 (46,7%) do sexo masculino, sendo a maioria (62,2%) de cor parda. Noventa e dois adolescentes (35,5%) viviam com renda familiar mensal menor ou igual a meio salário-mínimo (\leq R\$ 706,00) e 89 crianças (34,4%) viviam com renda familiar mensal entre meio e um salário-mínimo (R\$ 761,00 até R\$ 1.412,00). Em relação a plano de assistência odontológica, 226 (87,3%) não possuíam. Quanto à escolaridade, 28,1% dos pais ou responsáveis não apresentavam o ensino médio completo. A média do escore do senso de coerência dos pais/responsáveis foi 43,12 (DP 7,35). Entre as questões acerca do contexto familiar, destaca-se que 29% faltou às aulas sem permissão dos pais, 52,8% não relatou supervisão do tempo livre pelos pais regularmente e 37,8% relatam que não tem compreensão dos pais com seus problemas/preocupações. Quanto a variável clínica avaliada, o CPO-D médio (DP) foi 1,01 (1,51), com predomínio do componente cariado de 0,74 (1,28). Quanto aos desfechos padrão (motivo) do uso de serviços odontológicos e tempo desde a última consulta, segundo seus pais/responsáveis, destaca-se que 50,2% utilizaram por prevenção e 41,3% foi há mais de 1 ano (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização geral da população estudada, zona Leste - Manaus, 2024

Variáveis	N/Média	%/DP
<i>Predisponentes</i>		
Sexo (n= 259)		
Feminino	138	53,3
Masculino	121	46,7
Raça/cor (n= 259)		
Branca	56	21,6
Preta	17	6,6
Amarela	15	5,8
Parda	161	62,2
Indígenas	10	3,9
Escolaridade dos pais/responsáveis (n= 255)		
Ensino fundamental incompleto	26	10,0
Ensino fundamental completo	27	10,4
Ensino médio incompleto	20	7,7
Ensino médio completo	129	49,8
Ensino superior incompleto	22	8,5
Ensino superior completo	31	12,0
SOC pais/responsáveis (n= 259)	43,12	7,35
Contexto familiar		
<i>Faltou às aulas sem permissão (n= 259)</i>		
Nenhum	184	71,0
1 ou 2 dias	51	19,7
3 ou mais dias	24	9,3
<i>Supervisão dos pais no tempo livre (n= 257)</i>		
Nunca/Raramente	90	34,7
As vezes	47	18,1
Na maioria das vezes/sempre	120	46,3
<i>Supervisão dos pais dos deveres de casa (n= 259)</i>		
Nunca/Raramente	90	34,7
As vezes	75	29,0
Na maioria das vezes/sempre	94	36,3
<i>Compreensão dos problemas e preocupações (n= 258)</i>		
Nunca/Raramente	98	37,8
As vezes	75	29,0
Quase sempre/sempre	85	32,8
<i>Frequência de refeições juntos (n= 259)</i>		
Não/Raramente	63	24,3
1 a 2 dias	29	11,2
3 ou mais dias	167	64,5
<i>Capacitantes</i>		
Renda (n= 256)		
Até ½ salário	92	35,5
> ½ até 1 salário	89	34,4
> 1 até 2 salários	57	22,0
> 2 salários	18	7,0
Plano Odontológico (n= 257)		
Sim	28	10,8
Não	226	87,3
<i>Necessidades</i>		
Autopercepção em saúde bucal (n= 259)		
Boa/muito boa	161	62,2
Regular	80	30,9
Ruim/muito ruim	18	6,9
Experiência de cárie dentária		
CPO-D	1,01	1,51
Dentes cariados	0,74	1,28
Dentes perdidos	0,04	0,20
Dentes obturados	0,28	0,62

Utilização de serviços odontológicos		
Tempo desde a última consulta (n= 242)		
Nunca foi ao dentista	34	13,1
Até 1 ano	101	39,0
Mais de 1 ano até 2 anos	46	17,8
Mais de 2 anos até 3 anos	27	10,4
Mais de 3 anos	34	13,1
Motivo da última consulta (n= 220)		
Prevenção	130	50,2
Tratamento	33	12,7
Dor/Extração	57	22
Onde foi a última consulta (n= 257)		
Nunca foi ao dentista	34	13,1
Serviço público	117	45,2
Serviço particular	63	24,3
Plano de saúde ou convênio	28	10,8
Outros	6	2,3
Não sei	9	3,5

Em relação ao tempo desde a última consulta odontológica, 58 (57,4%) indivíduos do sexo feminino e 43 (42,6%) do sexo masculino, relataram que foram ao dentista no último ano, sendo a prevenção o principal motivo para 71 meninas (54,6%) e 59 meninos (45,5%). Os escolares cujos pais ou responsáveis possuem ensino médio completo, que são de famílias com renda mensal de meio até um salário-mínimo, e que não possuem plano odontológico, também relataram ter ido ao dentista no último ano sendo o motivo a prevenção. Os detalhes da análise descritiva das variáveis dependentes e das independentes podem ser encontrados na Tabela 2 (tempo desde a última consulta) e na Tabela 3 (motivo da última consulta).

Tabela 2 - Análise descritiva considerando o desfecho "Tempo desde a última consulta", de acordo com as variáveis estudadas, Manaus, 2024.

Variáveis	Nunca	Até 1 ano	>1 até 2 anos	>2 até 3 anos	>3 anos
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Predisponentes					
Sexo					
Feminino	13 (38,2)	58 (57,4)	26 (56,5)	15 (55,6)	15 (44,1)
Masculino	21(61,8)	43 (42,6)	20 (43,5)	12 (44,4)	19 (55,9)
Raça/cor					
Branca	5 (14,7)	21 (20,8)	13(28,3)	7 (25,9)	7 (20,6)
Preta	1 (2,9)	7 (6,9)	1 (2,2)	3 (11,1)	5 (14,7)
Amarela	4 (11,8)	3 (3)	6 (13)	0 (0)	1 (2,9)
Parda	22 (64,7)	68 (67,3)	22 (47,8)	15 (55,6)	21 (61,8)
Indígena	2 (5,9)	2 (2)	4 (8,7)	2 (7,4)	0 (0)
Escolaridade dos responsáveis					
Fundamental incompleto	5 (15,2)	10 (10,1)	5 (10,9)	1 (3,7)	4 (11,8)
Fundamental completo	5 (15,2)	9 (9,1)	4 (8,7)	1 (3,7)	5 (14,7)
Médio incompleto	2 (6,1)	7 (7,1)	4 (8,7)	4 (14,8)	2 (5,9)
Médio completo	16 (48,5)	47 (47,5)	21 (45,7)	18 (66,7)	19 (55,9)
Superior incompleto	5 (15,2)	9 (9,1)	5 (10,9)	1 (3,7)	1 (2,9)
Superior completo	0 (0)	17 (17,2)	7 (15,2)	2 (7,4)	3 (8,8)
SOC dos responsáveis (média (dp))	43,97 (1,44)	47,77 (0,70)	46,11 (1,02)	45,18 (1,32)	43,56 (1,39)
Contexto Familiar					
Faltou às aulas sem permissão					
Nenhum	24 (70,5)	69 (68,3)	33 (71,7)	18 (66,7)	26 (76,5)
1 ou 2 dias	6 (17,6)	24 (23,8)	7 (15,2)	7 (25,9)	6 (17,6)
3 ou mais dias	4 (11,8)	8 (7,9)	6 (13)	2 (7,4)	2 (5,9)
Supervisão dos pais no tempo livre					
Nunca/Raramente	14 (41,2)	33 (33)	17 (37)	7 (26,9)	11 (32,4)
As vezes	5 (14,7)	15 (15)	10 (21,7)	8 (30,8)	4 (11,8)
Na maioria das vezes/sempre	15 (44,1)	52 (52)	19 (41,3)	11 (42,3)	19 (55,9)
Supervisão dos pais dos deveres de casa					

Nunca/Raramente	14 (41,2)	39 (38,6)	15 (32,6)	7 (25,9)	9 (26,5)
As vezes	10 (29,4)	27 (26,7)	12 (26,1)	9 (33,3)	13 (38,2)
Na maioria das vezes/sempr	10 (29,4)	35 (34,7)	19 (41,3)	11 (40,7)	12 (35,3)
Compreensão dos problemas e preocupações					
Nunca/Raramente	14 (41,2)	34 (33,7)	21 (46,7)	12 (44,4)	10 (29,4)
As vezes	10 (29,4)	26 (25,7)	14 (31,1)	9 (33,3)	12 (35,3)
Na maioria das vezes/sempr	10 (29,4)	41 (40,6)	10 (22,2)	6 (22,2)	12 (35,2)
Frequência de refeições juntos					
Não/Raramente	9 (26,5)	18 (17,8)	11 (23,9)	10 (37)	11 (32,4)
1 a 2 dias	6 (17,6)	14 (13,9)	2 (4,3)	2 (7,4)	5 (14,7)
3 ou mais dias	19 (55,9)	69 (68,3)	33 (71,7)	15 (55,6)	18 (52,9)
Capacitantes					
Renda					
Até ½ salário	16 (50)	25 (24,8)	19 (41,3)	10 (37)	14 (42,4)
> ½ até 1 salário	9 (28,1)	40 (39,6)	17 (27)	11 (40,7)	7 (21,2)
> 1 até 2 salários	6 (18,8)	23 (22,8)	8 (17,4)	5 (18,5)	11 (33,3)
> 2 salários	1 (3,1)	13 (12,9)	2 (4,3)	1 (3,7)	1 (3)
Plano odontológico					
Sim	3 (8,8)	15 (14,9)	4 (8,7)	4 (14,8)	1 (2,9)
Não	30 (88,2)	85 (84,2)	42 (91,3)	23 (85,2)	33 (97,1)
Necessidades					
Autopercepção de saúde bucal					
Boa/muito boa	21 (61,8)	70 (69,3)	28 (60,9)	17 (63)	18 (52,9)
Regular	11 (32,4)	26 (25,7)	13 (28,3)	7 (25,9)	13 (38,2)
Ruim/muito ruim	2 (5,9)	5 (5)	5 (10,9)	3 (11,1)	3 (8,8)
Dor dentária					
Sim	7 (20,6)	23 (22,8)	15 (32,6)	5 (18,5)	4 (11,8)
Não	25 (73,5)	73 (72,3)	30 (65,2)	22 (81,5)	28 (82,4)
Não sabe	2 (5,9)	5 (5)	1 (2,2)	0 (0)	2 (5,9)
CPO cariado (média (dp))	0,44 (0,17)	0,78 (0,11)	0,98 (0,29)	0,70 (0,27)	0,73 (0,21)

Tabela 3- Análise descritiva considerando o desfecho "Motivo da última consulta", de acordo com as variáveis estudadas, Manaus, 2024.

Variáveis	Prevenção	Tratamento	Dor/Extração
	n (%) / média (dp)	n (%) / média (dp)	n (%) / média (dp)
Predisponentes			
Sexo			
Feminino	71 (54,6)	22 (66,7)	28 (49,1)
Masculino	59 (45,4)	11 (33,3)	29 (50,9)
Raça/cor			
Branca	31 (23,8)	12 (36,4)	7 (12,3)
Preta	10 (7,7)	1 (3)	5 (8,8)
Amarela	8 (6,2)	2 (6,1)	1 (1,8)
Parda	77 (59,2)	17 (51,5)	41 (71,9)
Indígena	4 (33,1)	1 (3)	3 (5,5)
Escolaridade dos responsáveis			
Ensino fundamental incompleto	9 (7)	1 (3)	11 (19,6)
Ensino fundamental completo	14 (10,9)	3 (9,1)	5 (8,9)
Ensino médio incompleto	11 (8,6)	2 (6,1)	5 (8,9)
Ensino médio completo	65 (50,8)	20 (60,2)	26 (46,4)
Ensino superior incompleto	11 (8,6)	2 (6,1)	3 (5,4)
Ensino superior completo	18 (14,1)	5 (15,2)	6 (10,7)
SOC pais/responsáveis	45,68 (0,58)	46,97 (1,02)	43,41 (1,14)
Contexto Familiar			
Faltou às aulas sem permissão			
Nenhum	85 (65,4)	28 (84,8)	43 (75,4)
1 ou 2 dias	29 (22,3)	4 (12,1)	11 (19,3)
3 ou mais dias	16 (12,3)	1 (3)	3 (5,3)
Supervisão dos pais no tempo livre			
Nunca/Raramente	44 (34,4)	7 (21,2)	22 (38,6)
As vezes	22 (17,2)	9 (27,3)	10 (17,5)
Na maioria das vezes/sempre	62 (48,4)	17 (51,5)	25 (43,9)
Supervisão dos pais dos deveres de casa			
Nunca/Raramente	43 (33,1)	10 (30,3)	21 (36,8)
As vezes	41 (31,5)	8 (24,2)	16 (28,1)
Na maioria das vezes/sempre	46 (35,4)	15 (45,5)	20 (35,1)
Compreensão dos problemas e preocupações			
Nunca/Raramente	46 (35,7)	13 (39,4)	22 (38,6)
As vezes	40 (31)	7 (21,2)	17 (29,8)
Quase sempre/sempre	43 (33,3)	13 (39,4)	18 (31,6)
Frequência de refeições juntos			
Não/Raramente	25 (19,2)	10 (30,3)	18 (31,6)
1 a 2 dias	14 (10,8)	2 (6,1)	7 (12,3)
3 ou mais dias	91 (70,0)	21 (63,6)	32 (56,1)
Capacitantes			
Renda			
Até ½ salário	46 (35,7)	5 (15,2)	23 (49,4)
> ½ até 1 salário	47 (36,4)	9 (27,3)	22 (38,6)
> 1 até 2 salários	23 (17,8)	16 (48,5)	11 (19,3)
> 2 salários	13 (10,1)	3 (9,1)	1 (1,8)
Plano odontológico			
Sim	16 (12,3)	2 (6,1)	7 (12,3)
Não	103 (86,9)	30 (90,9)	50 (87,7)
Necessidades			
Autopercepção de saúde bucal			

Boa/muito boa	87 (66,9)	19 (57,6)	32 (56,1)
Regular	34 (26,2)	13 (39,4)	19 (33,3)
Ruim/muito ruim	9 (16,9)	1 (3)	6 (10,5)
Dor dentária			
Sim	23 (17,7)	10 (30,3)	17 (29,8)
Não	102 (78,5)	22 (66,7)	38 (66,7)
Não sabe	5 (3,8)	1 (3)	2 (3,5)
Dente cariado	0,54 (0,08)	0,76 (0,23)	1,46 (0,24)

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

A análise bivariada foi realizada entre cada desfecho (“tempo desde a última consulta odontológica” e “padrão de utilização”) e as cinco variáveis de “contexto familiar”, bem como entre as demais variáveis independentes: predisponentes (sexo e SOC dos responsáveis), capacitantes (plano odontológico e renda) e de necessidades (autopercepção em saúde bucal e dentes cariados). A categoria “Até um ano” do desfecho “tempo desde a última consulta”, e a categoria “prevenção” do desfecho “padrão de utilização”, foram consideradas como as categorias de referência para os respectivos desfechos, uma vez que representam a melhor condição possível.

Entre aqueles escolares cujos pais ou responsáveis que entenderam mais seus problemas e preocupações (contexto familiar 4), a chance do adolescente e ter ido ao dentista entre 1 e 2 anos versus ter ido ao dentista no último ano foi 37% menor do que a chance entre os adolescentes cujos pais entenderam menos seus problemas e preocupações (OR= 0,63 IC 95% [0,4 - 0,97]). Os estudantes que realizaram mais refeições acompanhados dos pais ou responsáveis (contexto familiar 5), tiveram uma chance 78% menor chance de terem ido ao dentista entre 2 a 3 anos em relação a terem ido ao dentista no último ano, quando comparados com aqueles que faziam menos refeições com os pais ou responsáveis (OR= 0,22 IC 95% [0,06 – 0,86]) (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise bivariada do tempo desde a última consulta odontológica de acordo com as variáveis estudadas, Manaus, 2024.

Variáveis	Nunca	>1 até 2 anos	>2 até 3 anos	>3 anos
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Predisponentes				
Sexo				
Feminino	0,46 (0,21-1,02)*	0,96 (0,48-1,95)	0,93 (0,39-2,18)	0,58 (0,27-1,28)*
Masculino	1,0	1,0	1,0	1,0
SOC dos responsáveis	0,97 (0,92-1,02)	1,01 (0,96-1,06)	0,99 (0,93-1,05)	0,96 (0,91-1,01)*
Contexto Familiar				
<i>Faltou às aulas sem permissão</i>	1,04 (0,58-1,87)	1,04 (0,61-1,76)	1,03 (0,54-1,96)	0,76 (0,39-1,47)
<i>Supervisão dos pais no tempo livre</i>	0,82 (0,53-1,26)	0,83 (0,57-1,23)	0,95 (0,59-1,55)	1,06 (0,68-1,65)
<i>Supervisão dos pais dos deveres de casa</i>	0,89 (0,56-1,42)	1,20 (0,79-1,82)	1,31 (0,78-2,18)	1,20 (0,75-1,91)
<i>Compreensão dos problemas e preocupações</i>	0,76 (0,48-1,22)	0,63 (0,41-0,98)**	0,66 (0,39-1,10)*	0,98 (0,62-1,57)
<i>Frequência de refeições juntos</i>	1,18 (0,65-2,13)	1,03 (0,56-1,90)	0,23 (0,06-0,86)**	0,84 (0,45-1,57)
Capacitantes				
Renda	1,00 (0,99-1,01)	0,75 (0,52-1,08)*	0,79 (0,50-1,24)	1,00 (1,00-1,01)
Plano odontológico				
Não	1,0	1,0	1,0	1,0
Sim	0,57 (0,15-2,09)	0,54 (0,17-1,73)	0,99 (0,30-3,26)	0,17 (0,02-1,35)*
Necessidades				
Autopercepção de saúde bucal	1,26 (0,67-2,38)	1,46 (0,83-2,54)*	1,39 (0,71-2,73)	1,66 (0,91-3,02)*
CPO cariado (média (dp))	0,74 (0,48-1,12)*	1,11 (0,86-1,42)	0,95 (0,67-1,35)	0,97 (0,71-1,33)

A categoria “Até 1 ano” foi considerada como referência

OR – Odds Ratio

IC95% - Intervalo de Confiança a 95%

*Significativo a $p \leq 0,20$

** Significativo a $p \leq 0,05$

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Em relação ao padrão de utilização do serviço odontológico (motivo da consulta), a análise bivariada mostrou que os escolares que mais faltaram mais aulas ou a escola sem a

permissão dos pais ou responsáveis (contexto familiar 1), tiveram uma chance 58% menor de ter ido ao dentista para tratamento versus ter ido para prevenção em relação àqueles que faltaram menos aulas sem a permissão dos pais ou responsáveis (OR= 0,42 IC 95% [0,19 - 0,94]). A chance de ter ido ao dentista por motivo de dor ou extração dentária em relação a ter ido ao dentista por motivo de prevenção foi associado ao menor senso de coerência dos pais (OR = 0,96 IC 95% [0,91 – 0,99]), à menor renda (OR = 0,72 IC 95% [0,49 – 0,98]) e cárie dentária (OR = 1,66 IC 95% [1,28 – 2,15]) (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise bivariada do motivo da última consulta odontológica de acordo com as variáveis estudadas, Manaus, 2024.

Variáveis	Tratamento	Dor/Extração
	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Predisponentes		
Sexo		
Feminino	1,66 (0,74-3,70)	0,80 (0,43-1,50)
Masculino	1,0	1,0
SOC dos responsáveis	1,03 (0,97-1,09)	0,96 (0,91-0,99)**
Contexto Familiar		
<i>Faltou às aulas sem permissão</i>	0,42 (0,19-0,94)**	0,66 (0,39-1,10)*
<i>Supervisão dos pais no tempo livre</i>	1,24 (0,79-1,93)	0,90 (0,63-1,27)
<i>Supervisão dos pais dos deveres de casa</i>	1,20 (0,76-1,91)	0,94 (0,65-1,37)
<i>Compreensão dos problemas e preocupações</i>	1,03 (0,66-1,63)	0,93 (0,64-1,36)
<i>Frequência de refeições juntos</i>	0,63 (0,30-1,32)	0,72 (0,42-1,24)
Capacitantes		
Renda	1,00 (0,99-1,00)	0,70 (0,49-0,98)*
Plano odontológico		
Não	1,0	1,0
Sim	0,47 (0,10-2,16)	0,99 (0,38-2,55)
Necessidades		
Autopercepção de saúde bucal	1,15 (0,63-2,13)	1,43 (0,88-2,31)*

CPO cariado (média (dp))	1,21 (0,86-1,71)	1,66 (1,28-2,15)***
---------------------------------	------------------	---------------------

A categoria “Prevenção” foi considerada como referência

OR – *Odds Ratio*

IC95% - Intervalo de Confiança a 95%

*Significativo a $p \leq 0,20$

** Significativo a $p \leq 0,05$

*** Significativo a $p \leq 0,01$

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Seguiram para a análise multivariada as variáveis de contexto familiar que foram estatisticamente significantes na análise bivariada (Contexto Familiar 1, 4 e 5), e as demais variáveis do modelo teórico. Sendo assim, foram estimados três modelos: o primeiro somente com as variáveis predisponentes; o segundo com as predisponentes e as capacitantes; e o terceiro e modelo final com as predisponentes, capacitantes e de necessidade.

Em relação ao desfecho “tempo desde a última consulta odontológica”, dentre as variáveis sobre contexto familiar, somente Contexto Familiar 5, ou seja, se o escolar costuma fazer mais refeições acompanhado pelos responsáveis, permaneceu associado com uma chance menor de ter ido ao dentista entre 2 a 3 anos versus ter ido no último ano, quando comparados com os estudantes que realizavam menos refeições com os pais (OR= 0,16 IC 95% [0,03 – 0,81]). Além disso, no modelo final deste desfecho, a pior autopercepção de saúde bucal aumentou a chance de o estudante ter ido ao dentista há mais de 3 anos versus ter ido ao dentista no último ano, quando comparado com quem apresentou uma melhor autopercepção de saúde bucal (OR= 2,88 IC 95% [1,19 – 6,9]) (Tabelas 6, 7 e 8).

Tabela 6 - Modelo 1 do desfecho "Tempo desde a última consulta odontológica" de acordo com as variáveis estudadas, Manaus, 2024

Variáveis	Nunca	>1 até 2 anos	> 2 até 3 anos	> 3 anos
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Predisponentes				
Sexo				
Masculino	1.00	1.00	1.00	1.00
Feminino	0,45 (0,15-1,31)	1,18 (0,39-3,6)	2 (0,36-11,1)	0,64 (0,21-1,94)
Contexto familiar 4	1,16 (0,56-2,38)	0,8 (0,37-1,69)	2,17 (0,86-5,48)	1,7 (0,81-3,5)
Contexto Familiar 5	1,05 (0,55-2,01)	1,12 (0,58-2,16)	0,2 (0,04-0,84)*	0,7 (0,35-1,40)
SOC responsáveis	0,97 (0,94-1,04)	1 (0,92-1,06)	0,98 (0,89-1,07)	0,97 (0,9-1,04)

A categoria "Até 1 ano" foi considerada como referência

OR – Odds Ratio

IC95% - Intervalo de Confiança a 95%

*Significativo a $p < 0,05$

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Tabela 7 - Modelo 2 do desfecho "Tempo desde a última consulta odontológica" de acordo com as variáveis estudadas, Manaus, 2024

Variáveis	Nunca	>1 até 2 anos	> 2 até 3 anos	> 3 anos
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Predisponentes				
Sexo				
Masculino	1.00	1.00	1.00	1.00
Feminino	0,43 (0,14-1,3)	0,96 (0,3-3,02)	1,68 (0,29-9,68)	0,57 (0,18-1,76)
Contexto familiar 4	1,18 (0,57-2,46)	0,72 (0,33-1,58)	2,17 (0,86-5,51)	1,71 (0,8-3,65)
Contexto familiar 5	1,07 (0,55-2,08)	1,1 (0,56-2,14)	0,19(0,41-0,85)*	0,71 (0,35-1,46)
SOC responsáveis	0,98 (0,9-1,05)	1 (0,93-1,08)	0,98 (0,9-1,08)	0,98 (0,91-1,06)
Capacitantes				
Plano odontológico				
Não	1.00	1.00	1.00	1.00
Sim	0,32 (0,33-3,13)	0,4 (0,04-3,94)	1,82(0,24-13,9)	-**

Renda	1 (0,99-1)	0,59 (0,33-1,04)	0,61 (0,3-1,22)	1 (0,99-1)
--------------	------------	------------------	-----------------	------------

A categoria “Até 1 ano” foi considerada como referência

OR – *Odds Ratio*

IC95% - Intervalo de Confiança a 95%

*Significativo a $p \leq 0,05$

**Estimativa não calculada, pois o n foi baixo, o que diminuiu a precisão

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Tabela 8 - Modelo Final do desfecho "Tempo desde a última consulta odontológica" de acordo com as variáveis estudadas, Manaus, 2024

Variáveis	Nunca	>1 até 2 anos	> 2 até 3 anos	> 3 anos
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
<i>Predisponentes</i>				
Sexo				
Masculino	1,00	1,00	1,00	1,00
Feminino	0,39 (0,12-1,21)	0,93 (0,29-2,99)	1,5 (0,25-8,9)	0,5 (0,15-1,63)
Contexto familiar 4	1,13 (0,54-2,39)	0,75 (0,34-1,67)	2,49 (0,91-6,76)	1,84 (0,83-4,07)
Contexto familiar 5	1,07 (0,54-2,11)	1,07 (0,55-2,1)	0,16(0,03-0,81)*	0,65 (0,3-1,38)
SOC responsáveis	0,98 (0,9-1,05)	1 (0,93-1,08)	1 (0,9-1,1)	0,98 (0,9-1,06)
<i>Capacitantes</i>				
Plano odontológico				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,25 (0,24-2,61)	0,39 (0,37-4,02)	1,3 (0,12-13,83)	-**
Renda	1 (0,99-1)	0,57 (0,32-1,03)	0,63 (0,31-1,29)	1 (0,99-1)
<i>Necessidade</i>				
Dentes cariados	0,71 (0,42-1,18)	1,27 (0,86-1,88)	1,29 (0,75-2,22)	1,02 (0,99-1)
Autopercepção de saúde bucal	1,41 (0,56-3,58)	1,8 (0,72-4,47)	2,32 (0,77-6,97)	2,88 (1,19-6,9)*

A categoria “Até 1 ano” foi considerada como referência

OR – *Odds Ratio*

IC95% - Intervalo de Confiança a 95%

*Significativo a $p \leq 0,05$

**Estimativa não calculada, pois o n foi baixo, o que diminuiu a precisão

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

No modelo final (modelo 3) do desfecho “padrão de uso odontológico”, os escolares que relataram que faltaram mais as aulas ou a escola sem a permissão dos pais ou responsáveis

tiveram uma chance 59% menor de ter ido à consulta por motivo de tratamento versus ter ido por motivo de prevenção (OR= 0,41 IC 95% [0,18 – 0,93]), quando comparados com escolares que relataram faltar menos as aulas ou a escola sem a permissão dos pais ou responsáveis.

O motivo da última consulta por dor dentária foi associado no modelo final com o contexto familiar 1 e a cárie dentária. Escolares que faltaram mais as aulas ou a escola sem a permissão dos pais ou responsáveis tiveram uma chance 51% menor de ter ido à consulta por motivo de dor ou extração versus ter ido por motivo de prevenção (OR= 0,49 IC 95% [0,26 – 0,91]), quando comparados com escolares que relataram faltar menos as aulas ou a escola sem a permissão dos pais ou responsáveis. Os escolares com mais dentes cariados tiveram uma chance 72% maior de terem ido ao dentista por dor ou extração dentária versus terem ido por motivo de prevenção (OR= 1,72 IC 95% [1,31 – 2,27]) (Tabela 9). O teste de interação multiplicativa revelou que a cárie dentária modificou o efeito do contexto familiar 1 (faltar mais as aulas ou a escola sem a permissão dos pais ou responsáveis) sobre ter ido ao dentista por motivo de tratamento em relação à prevenção. Escolares que faltaram mais aulas ou a escola sem a permissão dos pais ou responsáveis e que tiveram mais dentes cariados tiveram uma chance 49% maior de ido ao dentista por motivo de tratamento em relação ao motivo prevenção (OR= 1,49 IC 95% [1,46 – 1,53]). A cárie dentária foi associada à ida a última consulta por dor/extração dentária em relação à prevenção (OR= 1,01 IC 95% [1,01 – 1,02]) (Tabela 9).

Tabela 9 - Modelos do desfecho "Padrão de uso dos serviços odontológicos" de acordo com as variáveis estudadas, Manaus, 2024

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	Tratamento OR (IC 95%)	Dor/Extração OR (IC 95%)	Tratamento OR (IC 95%)	Dor/Extração OR (IC 95%)	Tratamento OR (IC 95%)	Dor/Extração OR (IC 95%)
Predisponentes						
Sexo						
Masculino	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Feminino	1,68 (0,74-3,82)	0,7 (0,36-1,33)	1,81 (0,78-4,21)	0,66 (0,34-1,26)	2,11 (0,88-5,05)	0,58 (0,29-1,16)
Contexto familiar 1	0,43(0,19-0,95)*	0,64 (0,37-1,09)	0,44 (0,2-0,97)*	0,62 (0,36-1,07)	0,22 (0,04-1,24)*	0,74 (0,14-3,90)*
Contexto familiar 1 * Dentes cariados					1,49 (1,46-1,53)*	0,74 (0,14-3,90)
SOC responsáveis	1,04 (0,98-1,01)	0,95 (0,91-0,99)*	1,03 (0,97-1,1)	0,96 (0,91-1)	1,03 (0,97-1,1)	0,96 (0,31-1)
Capacitantes						
Plano odontológico						
Não			1.00	1.00	1.00	1.00
Sim			0,48 (0,1-2,23)	1,10 (0,40-3)	0,47 (0,10-2,23)	1,30 (0,47-3,61)
Renda			0,1 (0,99-1)	0,7 (0,5-1,01)	1,00 (0,99-1)	0,74 (0,51-1,08)
Necessidades						
Dentes cariados					0,99 (0,99-1,01)	1,01 (1,00-1,02)*
Autopercepção de saúde bucal					1,24 (0,64-2,40)	1,42 (0,85-2,39)

A categoria "Prevenção" foi considerada como referência

OR – Odds Ratio

IC95% - Intervalo de Confiança a 95%

*Significativo a $p \leq 0,05$

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

6 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou, baseado no modelo comportamental de Andersen, a associação entre variáveis predisponentes, capacitantes e de necessidades, com o tempo desde a última consulta odontológica e o padrão de uso desses serviços por escolares de 12 anos. Os resultados mostram que estudantes que realizaram mais refeições com os responsáveis (melhor contexto familiar) tiveram uma menor chance de ir menos frequentemente ao dentista. Já, os alunos que faltaram mais às aulas sem o conhecimento ou permissão dos pais (pior contexto familiar) e que tinham mais dentes cariados, apresentaram uma maior chance de ir ao dentista por tratamento em relação a ir por prevenção. Além disso, ter uma pior autopercepção da saúde bucal foi associado a menor frequência de consulta odontológica, e ter mais dentes cariados com uma maior chance de procurar atendimento por dor ou por extração dentária.

Foi observado que 13,1% dos estudantes nunca foi ao dentista, semelhante ao encontrado pelo SB Brasil 2020 para a região Norte (12,39%) e para o Brasil (11,02%), porém com uma menor porcentagem em relação a capital Manaus (17,95%) (Brasil, 2023). Em relação ao tempo desde a última consulta odontológica, foi observado que 39% dos participantes deste estudo foram ao dentista há até 1 ano, resultado maior do que o encontrado para a capital Manaus (21,98%), porém menor do que a região Norte (49,86%) e Brasil (49,38%) (Brasil, 2023), e menor também do que o resultado encontrado em um estudo anterior, realizado com a mesma população, de 47,8% (Maffioletti *et al.*, 2019). O principal motivo de utilização dos serviços de saúde bucal do presente estudo foi a prevenção (50,2%), semelhante aos dados encontrados no SB Brasil (48,05% para o Brasil e 55,22% para a região Norte) e maior do que o estudo anterior (31%) (Maffioletti *et al.*, 2019). Ao comparar esses números, nota-se que os resultados desta pesquisa são ligeiramente mais próximos dos encontrados na pesquisa nacional para a região Norte e Brasil, porém melhores do que os dados para a capital Manaus. Ao fazer uma análise temporal em relação ao estudo anterior (Maffioletti *et al.*, 2019), observa-se uma piora em ir ao dentista com mais frequência, mas uma melhora no padrão de utilização dos serviços de saúde bucal.

O CPO-D médio encontrado no presente estudo foi de 1,01, com predomínio do componente cariado de 0,74. Ao comparar com os dados do SB Brasil 2020, nosso resultado foi semelhante à média do CPO-D do Brasil (1,67) e da capital Manaus (0,91), porém menor que a média do Amazonas (2,38) e da região Norte (2,73). Contudo, nenhuma média de componente cariado foi tão grande quando a observada nesse estudo. Vale ressaltar que médias mascaram diferenças que podem estar associadas aos diferentes contextos de vida, entre regiões diferentes e dentro de uma mesma região. No estudo prévio, a média do CPO-D foi de 0,9

(Maffioletti *et al.*, 2019), podendo ser um indicativo de um aumento da experiência de cárie entre os estudantes de 12 anos da Zona Leste de Manaus.

Os dados do SB Brasil 2020 indicam que a maioria dos indivíduos de 12 anos no Brasil consideraram a sua saúde bucal como “boa” (57,72%), sendo o estado do Amazonas (65,61%) e a cidade de Manaus (73,92%) listados entres os de maiores percentuais (Brasil, 2023). Os resultados deste estudo seguem este padrão, visto que 161 (62,2%) dos escolares relataram ter uma “boa” autopercepção da saúde bucal.

Estudos demonstram que a adoção de comportamentos de riscos à saúde por adolescentes sofre forte influência da família, visto que crianças e adolescentes inseridas em um ambiente familiar menos favorável costumam ter hábitos de vida menos saudáveis, como o consumo de alimentos não saudáveis, de bebidas alcóolicas e do fumo (McPherson *et al.*, 2013; Reis; Malta; Furtado, 2018; Silva *et al.*, 2021; Haddad; Sarti, 2024).

Considerando análises mais proximais da saúde bucal, a família também influencia em comportamentos de riscos para doenças e agravos bucais. Estudos prévios apontaram que o melhor nível de escolaridade e melhor pontuação do SOC dos pais, pertencer a uma família coesa, realizar monitoramento das faltas e das atividades escolares, saber como os filhos passam as horas livres e realizar as refeições juntos, tem sido associado com melhores hábitos de higiene e com melhores condições de saúde bucal em adolescentes (Vettore, *et al.*, 2012; Ferreira, *et al.*, 2013; Jordão; Malta; Freire, 2018).

No presente estudo, foi observado que 29% dos escolares avaliados faltaram às aulas ou à escola sem permissão dos pais ou responsáveis, sendo maior do que o observado na PeNSE de 2019 (IBGE, 2021) para o Brasil (19,3%), região Norte (17,5%), Amazonas (18%), e Manaus (16,6%). Já o percentual de escolares que relataram que seus pais ou responsáveis sabiam o que eles faziam no tempo livre foi de 64,4%, menor do que os percentuais achados para o Brasil (83,6%), Norte (81%), Amazonas (77,8%), e Manaus (81%). A porcentagem de estudantes que relataram compreensão dos responsáveis em relação aos seus problemas e preocupações neste estudo (61,8%) foi semelhante ao visto na pesquisa nacional, sendo 66,6% para o Brasil, 66% para a Região Norte, 64,3% para o Amazonas, e 63,3% para a cidade de Manaus. Neste estudo, 64,5% dos escolares relataram que costumam realizar refeições com os pais ou responsáveis 3 dias ou mais durante a semana, semelhante ao visto para o Brasil (68,8%) e para a cidade de Manaus (65,4%), porém menor do que o percentual para a Região Norte (73,4%) e para o estado do Amazonas (72%). Os percentuais encontrados na PeNSE 2015 (IBGE, 2016) em relação aos escolares que relataram a supervisão dos deveres de casa pelos pais ou responsáveis foi de 55,6% para o Brasil, 58% para Região Norte, 60,9% para o Amazonas e 59,3% para Manaus,

menores do que o percentual encontrado nesta pesquisa de 65,3%.

Apesar das outras variáveis sobre o contexto familiar avaliadas nesse estudo não terem sido associadas aos desfechos, realizar refeições acompanhado dos pais/responsáveis e faltar às aulas sem conhecimento ou permissão mostram como a realidade familiar pode influenciar em comportamentos de saúde bucal, como o padrão de utilização de serviços odontológicos e o tempo desde a última consulta odontológica

Refeições podem ser momentos de maior interação entre pais e filhos, que podem aproveitar para compartilhar experiências e necessidades (Delbosq *et al.*, 2022). Crianças e adolescentes que realizam as refeições acompanhados dos pais se alimentam melhor e de maneira mais saudável, quando comparados com aquelas que fazem poucas refeições com os responsáveis ou de frente para televisão ou celular (Haddad; Sarti, 2020; Delbosq *et al.*, 2022; Knobl *et al.*, 2022; Haddad; Sarti, 2024).

Fazendo um paralelo com a saúde bucal, a necessidade de ir ao dentista pode ser um assunto de interesse durante as refeições e, caso os responsáveis tenham o hábito de ir periodicamente nas consultas odontológicas, esse comportamento pode ser espelhado no filho (Curi; Figueiredo; Jamelli, 2018). Isso ajuda a compreender os achados deste estudo, ressaltando a importância desse momento entre a família.

Os achados do presente estudo também apontaram que aqueles estudantes cujos pais ou responsáveis sabiam menos de suas faltas na escola, tiveram uma menor chance de procurar atendimento odontológico por motivo de tratamento, dor e/ou extração em relação a ir ao dentista por motivo de prevenção. Esse resultado vai de encontro com a literatura, onde é visto que o monitoramento dos pais ou responsáveis está relacionado com menores chances de adoção de comportamentos não saudáveis pelo adolescente (Jordão; Malta; Freire, 2018; Reis; Malta; Furtado, 2018; Silva *et al.*, 2021; Delbosq *et al.*, 2022; Haddad; Sarti, 2024).

Uma possível explicação, seria o fato de que os pais ou responsáveis que não monitoram as faltas dos filhos, também podem não saber de outros aspectos na vida do adolescente, como por exemplo a necessidade de procurar um dentista. Ou ainda, o adolescente não se sentir à vontade ou a necessidade de contar que precisa de atendimento odontológico, uma vez que aqueles escolares que faltam mais as aulas sem permissão talvez tenham uma relação menos comunicativa com a família. O monitoramento parental é um processo ativo que envolve, entre outras coisas, manter uma comunicação aberta sobre a localização e as atividades dos filhos. É durante a adolescência que ocorre uma aproximação maior com pessoas que não são da família, e o adolescente pode dar mais importância para as relações de amigos do que para relação familiar, fato que pode ser agravado caso os interesses dos adolescentes e dos pais

não estejam alinhados (Freeman, 1999). Sendo assim, uma relação positiva entre pais e filhos, com boa comunicação, pode ajudar a reduzir comportamentos de risco e promover ambientes que incentivem decisões saudáveis (Elsaesser *et al.*, 2017; Kuntsche; Kuntsche, 2016).

Porém, aqueles adolescentes que mais faltaram às aulas sem permissão dos responsáveis e que tinham mais dentes cariados, tiveram uma maior chance de ter ido ao dentista por motivo de tratamento do que para prevenção, mostrando o papel importante da cárie dentária no padrão de utilização dos serviços odontológicos, uma vez que a presença desta condição modificou o efeito anteriormente visto entre faltar as aulas com o motivo da consulta ao dentista. Além disso, estudantes que tinham mais dentes cariados também tiveram maiores chance de procurar atendimento por motivo de dor, corroborando com a literatura prévia, onde é visto que a pior condição de saúde bucal é um fator preditor da utilização de serviços odontológicos (Baldani *et al.*, 2011; Curi; Figueiredo; Jamelli, 2018; Maffioletti *et al.*, 2019; Hajek; Konig, 2021).

Buscar atendimento odontológico ainda pode ser feito apenas quando se percebe uma necessidade, como a cárie dentária ou dor relacionada (Reis; Malta; Furtado, 2018), uma vez que o acesso, e conseqüentemente a utilização dos serviços de saúde, está relacionado com a percepção que o indivíduo tem de sua saúde (Travassos e Martins, 2004; Travassos; Castro, 2012). Neste estudo, indivíduos que apresentaram uma pior autopercepção de saúde bucal tiveram maiores chances de ir menos ao dentista. A autopercepção de saúde bucal negativa pode refletir as desigualdades socioeconômicas dentro de uma determinada população, ao limitar a utilização do serviço odontológico devido às influências subjacentes de privações psicossociais, ambientais e materiais (Piovesan *et al.*, 2011).

A condição socioeconômica não foi associada aos desfechos em nosso estudo, indo de encontro com a literatura prévia (Baldani *et al.*, 2011; Silveira *et al.*, 2014; Curi; Figueiredo; Jamelli, 2018; da Silva Araújo Júnior *et al.*, 2021; Hajek; Konig, 2021; Barroso *et al.*, 2023). Porém, isso pode ser explicado devido a homogeneidade da amostra em relação a condição socioeconômica, uma vez que quase 70% dos estudantes participantes viviam com renda familiar mensal de até um salário-mínimo.

O SOC dos pais ou responsáveis é visto como um importante preditor da utilização dos serviços por crianças e adolescentes (da Silva; Mendonça; Vettore, 2011; Maffioletti *et al.*, 2019). Apesar de ter sido associado no Modelo 1 do padrão de utilização dos serviços odontológicos, o SOC dos pais/responsáveis perdeu a associação nos modelos seguintes, indicando que nesse estudo os demais fatores podem ter tido algum nível de influência nessa associação, sugerindo a necessidade de mais estudos com as mesmas variáveis para

compreender melhor essa relação.

Por ser tratar de um estudo transversal, a relação de temporalidade não pode ser estimada, portanto não é possível realizar a inferência causal entre as associações encontradas, sugerindo assim a necessidade de estudos longitudinais. O fato de o estudo ter sido conduzido em uma zona caracterizada por vulnerabilidade social e por ter incluído apenas estudantes de 12 anos da rede pública de ensino é uma limitação, pois impede que os resultados sejam generalizados para realidades diferentes desta. Além disso, foram incluídos somente os estudantes que estavam no sétimo ano do fundamental por ser considerada a série regular para a idade, o que pode fazer com que as associações sejam superestimadas, pois os escolares regulares podem estar inseridos em um contexto diferente daqueles escolares que estão matriculados em séries não regulares, caracterizando um possível viés de seleção. Como questionários autoaplicáveis foram utilizados, é possível a ocorrência de viés de mensuração, pois o adolescente pode dar uma resposta mais socialmente aceita, superestimado ou subestimados os achados. O uso de instrumentos adequados para a idade e validados para a realidade brasileira busca minimizar a chance de ocorrência do erro de informação. Por fim, o estudo não incluiu características contextuais do Modelo Comportamental de Andersen, o que pode mascarar a influência de fatores não avaliados nas associações encontradas. Contudo, vale ressaltar que a relação entre o contexto familiar e os comportamentos relacionados à saúde bucal ainda é pouco explorada na literatura, sendo este trabalho, até onde a equipe conhece, o primeiro a ter a investigação focada na influência do contexto familiar com a utilização dos serviços odontológicos por escolares de 12 anos.

7 CONCLUSÃO

Os resultados sugerem que:

- A característica predisponente (contexto familiar – fazer mais refeição junto com os pais/responsáveis) e de necessidade percebida (pior autopercepção da saúde bucal) foram associados com menor chance de a última consulta odontológica ter sido entre 2 a 3 anos, e com maior chance de a última consulta odontológica ter sido há mais de 3 anos, respectivamente.

- A característica predisponente (contexto familiar – faltou mais as aulas ou a escola sem permissão do responsável) e de necessidade (mais dentes cariados) foram associados com maior chance de ter ido ao dentista por motivo de tratamento e por motivo de dor/extração dentária, respectivamente.

Mais estudos, de preferência com abordagem longitudinal e que incluem variáveis contextuais, são necessários para ampliar o conhecimento referente ao contexto familiar e a utilização dos serviços odontológicos por crianças e adolescentes. Considerar o ambiente e a relação familiar com outras mensurações e outras faixas etárias, pode ser importante para elucidar ainda mais os determinantes da saúde bucal na população, e assim implementar estratégias favoráveis para aqueles de maior vulnerabilidade. Incluir os pais ou responsáveis durante as ações de educação em saúde na escola pode ser uma dessas estratégias benéficas para a saúde do escolar.

REFERÊNCIAS

- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Services Research**, v. 9, p. 208-220, 1974.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, p. 1-10, 1995.
- ANDERSEN, R. M. National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. **Medical Care**, v. 46, n. 7, July, 2008.
- ANDERSEN, R. M.; Davidson, P. L. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. **Advances in dental research** vol. 11,2 (1997): 203-9. doi:10.1177/08959374970110020201
- ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L.; BAUMEISTER, S. E. Improving access to care. In: KOMINSKI, G. F. **Changing the US health care system: key issues in health services policy and management**. Editora John Wiley & Sons, 2013.
- ANTONOVSKY, A. **Unravelling mystery of health: How people manage stress and stay well**. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; SERPELONI, F. O tema da adolescência na saúde coletiva-revisitando 25 anos de publicações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4831-4842, 2020.
- BALDANI, M. H. *et al.* Inequalities in dental services utilization among Brazilian low-income children: the role of individual determinants. **Journal of public health dentistry**, v. 71, n. 1, p. 46-53, 2011.
- BARROSO, G. D. D. *et al.* Using the Expanded Andersen Model to Determine Factors Associated with Mexican Adolescents' Utilization of Dental Services. In: **Healthcare**. MDPI, 2023. p. 3159.
- BONANATO, K. *et al.* Trans-cultural adaptation and psychometric properties of the 'Sense of Coherence Scale' in mothers of preschool children. **Interamerican Journal of Psychology**, v.43, n.1, p.144-153, 2009.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS divulga dados de beneficiários em novembro de 2024**. Brasília: Ministério da Saúde, 3 jan 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-de-beneficiarios-em-novembro-de-2024>.
- BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Presidente Lula sanciona lei que garante saúde bucal a todos os brasileiros pelo SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 8 mai 2023. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/21277>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: projeto técnico**. 2022. 92p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2023 : Pesquisa Nacional de Saúde Bucal : relatório final** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 537 p.
- CORDOVA, D.; HEINZE, J.; MISTRY, R.; HSIEH, H-F.; STODDARD, S.; SALAS-WRIGHT, C. P.; ZIMMERMAN, M. A. Family functioning and parent support trajectories and substance use and misuse among minority urban adolescents: A latent class growth analysis. **Substance Use & Misuse**, v. 49, n. 14, p. 1908–1919, 2014.

- CORDOVA, D.; HUANG, S.; LALLY, M.; ESTRADA, Y.; PRADO, G. Do parent–adolescent discrepancies in family functioning increase the risk of hispanic adolescent HIV risk behaviors? **Family Process**, v. 53, n. 2, p. 348–363, 2014.
- CURI, D; FIGUEIREDO, A.; JAMELLI, S. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde bucal pela população pediátrica: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1561-1576, 2018.
- DA SILVA, A. J. *et al.* The influence of change on sense of coherence on dental services use among adolescents: a two-year prospective follow-up study. **BMC Oral Health**, v. 21, p. 1-1, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-02026-9>
- DA SILVA, A. N.; MENDONÇA, M. H.; VETTORE, M. V. The association between low-socioeconomic status mother’s Sense of Coherence and their child’s utilization of dental care. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 39, n. 2, p. 115-126, 2011.
- DAVOGLIO, R. S. *et al.* Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. **Cadernos de saúde pública**, v. 25, p. 655-667, 2009.
- DAVOGLIO, R. S.; ABEGG, C.; AERTS, D. R. G. C. Factors related to the use of dental services among adolescents from Gravataí, RS, Brazil, in 2005. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, p. 546-554, 2013.
- DELBOSQ, S. *et al.* Adolescents’ Nutrition: The role of health literacy, family and socio-demographic variables. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 23, p. 15719, 2022.
- DICLEMENTE, R. J.; WINGOOD, G. M.; CROSBY, R.; SIONEAN, C.; COBB, B. K.; HARRINGTON, K.; DAVIES, S.; HOOK, E. W.; OH, M. K. Parental monitoring: Association with adolescents’ risk behaviors. **Pediatrics**, v. 107, n. 6, p. 1363–1368, 2001.
- DISHION, T. J.; MCMAHON, R. J. Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. **Clinical child and family psychology review**, v. 1, p. 61-75, 1998.
- ELSAESSER, C.; RUSSELL, B.; OHANNESSIAN, C. M.; PATTON, D. Parenting in a digital age: a review of parents’ role in preventing adolescent cyberbullying. **Aggress Violent Behav**, v. 35, p. 62–72, 2017.
- ESCOBAR, D. F. S. S.; JESUS, T. F.; NOLL, P. R. S.; NOLL, M. Family and school context: effects on the mental health of brasilian students. **Int. J. Environ. Public Health**, v. 17, n. 6042, p. 1-13, 2020.
- FAGUNDES, M. L. B. *et al.* Desigualdades socioeconômicas no uso de serviços odontológicos no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210004, 2021.
- FANG, X.; XU, J.; SUN, L.; ZHANG, J. Family functioning: Theory, influencing factors, and its relationship with adolescent social adjustment. **Advances in Methods and Practices in Psychological Science.**, v. 12, n. 5, p. 44–553, 2004.
- FERREIRA, L. L. *et al.* Coesão familiar associada à saúde bucal, fatores socioeconômicos e comportamentos em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2461-2473, 2013.
- FREEMAN, R. The determinants of dental health attitudes and behaviours. **British Dental Journal**, v. 187, p. 15–18, 1999. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800192>
- FREITAS, P. M.; COSTA, R. S. N.; RODRIGUES, M. S.; ORTIZ, B. R. A.; SANTOS, J. C. Influência das relações familiares na saúde e no estado emocional dos adolescentes. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 4, p. 95-109, 2020.
- GALVÃO, M. H. R.; MEDEIROS, A. A.; RONCALLI, A. G. Contextual and individual factors associated with public dental services utilisation in Brazil: A multilevel analysis. **PLoS ONE**, v. 16, n. 7, p. e0254310., 2021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254310>

- HADDAD, M. R.; SARTI, F. M. Sociodemographic determinants of health behaviors among Brazilian adolescents: Trends in physical activity and food consumption, 2009–2015. **Appetite**, v. 144, p. 104454, 2020.
- HADDAD, M. R.; SARTI, F. M. Determinants of inequalities in the exposure to and adoption of multiple health risk behaviors among Brazilian adolescents, 2009–2019. **European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education**, v. 14, n. 7, p. 2029-2046, 2024.
- HAJEK, A.; KRETZLER, B.; KOENIG, H-H. Factors associated with dental service use based on the Andersen model: a systematic review. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 5, p. 2491, 2021.
- HERKRATH, F. J.; VETTORE, M. V.; WERNECK, G. L. Contextual and individual factors associated with dental services utilisation by Brazilian adults: A multilevel analysis. **PLoS ONE**, v. 13, n. 2, p. e0192771, 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192771>
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Manaus**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama> . (Acessado em 18/12/2023).
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015**. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2019**. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica 2021**. Brasília, DF: INEP; 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/ideb/resultados>
- IZZO, F.; BAIOTTO, R.; PISTELLA, J. Children's and adolescents' happiness and family functioning: a systematic literature review. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 19, 16593, 2022.
- JORDÃO, L. M. R.; MALTA, D. C.; FREIRE, M.C.M. Simultaneidade de comportamentos de risco à saúde bucal em adolescentes: evidência da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180019, 2018.
- KNOBL, V. *et al.* Happy and healthy: How family mealtime routines relate to child nutritional health. **Appetite**, v. 171, p. 105939, 2022.
- KUNTSCHE, S.; KUNTSCHE, E. Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use—a systematic literature review. **Clin Psychol Rev**, v. 45, p. 89–101, 2016.
- LANDIS, J. R.; KOCH, G.G. An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. **Biometrics**, p. 363-374, 1977.
- LEWANDOWSKI, A. S.; PALERMO, T. M.; STINSON, J.; HANDLEY, S.; CHAMBERS, C. T. Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain*, v. 11, n. 11, p. 1027–1038, 2010.
- LUIZ, R. R.; COSTA, A. J.; NADANOVSKY, P. **Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica**. São Paulo: Atheneu, 2005. 473 p. ISBN 85-7379-783-5.
- MACHADO, Í.E.; FELISBINO-MENDES, M.S.; MALTA, D.C.; VELASQUEZ-MELENDEZ, G.; FREITAS, M.I.D.F.; DE ANDREAZZI, M.A.R. Parental supervision and alcohol use among Brazilian adolescents: Analysis of data from National School-based Health Survey 2015. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 21, e180005, 2018.
- MAFFIOLETTI, F. *et al.* Predisposing, enabling, and need characteristics of dental services utilization among socially deprived schoolchildren. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 80, n. 2, p. 97-106, 2020. doi: 10.1111/jphd.12349

- MCPHERSON, K.E. *et al.* The association between family and community social capital and health risk behaviours in young people: an integrative review. **BMC Public Health** 13, 971 (2013). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-971>
- MOURA, R. N. V. de. Prevalência de cárie e fluorose em escolares do município de Manaus. 2004. 131f. Dissertação de mestrado – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amazonas, Manaus.
- OLIVEIRA, C.B.E.; MARINHO-ARAÚJO, C.M. A relação família-escola: intersecções e desafios. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 27, p. 99-108, 2010.
- PAVÃO, A. L. B.; COELI, C. M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 471-482, 2008.
- PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical care**, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.
- PINTO, R.S. *et al.* Reliability analysis using the in-lux examination method for dental indices in adolescents for use in epidemiological studies. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 51, n. 5, p. 847-853, 2023.
- PIOVESAN, C. *et al.* Individual and contextual factors influencing dental health care utilization by preschool children: a multilevel analysis. **Brazilian Oral Research**, v. 31, p. 0027, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2017.vol31.0027>
- POLONIA, A.C.; DESSEN, M. A. Em busca de uma compreensão das relações entre família escola. **Psicologia escolar e educacional**, v. 9, p. 303-312, 2005.
- PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 2, p. 247-256, maio/ago. 2007.
- REBELO VIEIRA, J. M *et al.* Contextual and individual determinants of non-utilization of dental services among Brazilian adults. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 79, n. 1, p. 60-70, 2018. doi: 10.1111/jphd.12295
- REDA, S. F. *et al.* Inequality in utilization of dental services: a systematic review and meta-analysis. **American journal of public health**, v. 108, n. 2, p. e1-e7, 2018a.
- REDA, S. M. *et al.* The impact of demographic, health-related and social factors on dental services utilization: systematic review and meta-analysis. **Journal of Dentistry**, v. 75, p. 1-6, 2018b.
- REIS, A.A.C.; MALTA, D.; FURTADO, L.A.C. Desafios para as políticas públicas voltadas à adolescência e juventude a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, n. 9, p. 2879-2890, 2018.
- ROSSI, L. M.; CID, M. F. B. Adolescências, saúde mental e crise: a história contada por familiares. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 27, n. 4, p. 734-742, 2019.
- SCHWARTZ, S. J.; PANTIN, H.; PRADO, G.; SULLIVAN, S.; SZAPOCZNIK, J. Family functioning, identity, and problem behavior in Hispanic immigrant early adolescents. **The Journal of Early Adolescence**, v. 25, n. 4, p. 392-420, 2005.
- SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. **Psicologia: teoria e Pesquisa**, v. 28, p. 101-108, 2012.
- SILVA, R. M. A.; ANDRADE, A. C. S.; CAIAFFA, W. T.; BEZERRA, V. M. Coexistência de comportamentos de risco à saúde e o contexto familiar entre adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2015). **Rev Bras Epidemiol**, v. 24, e210023, 2021.
- SILVEIRA, M.F. *et al.* Impact of oral health on physical and psychosocial dimensions: an analysis using structural equation modeling. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 1169-1182, 2014.

TALLÓN, M. A.; FERRO, M. J.; GÓMEZ, R.; PARRA, P. Evaluacion del clima familiar en una muestra de adolescentes. **Revista de Psicologia Geral y Aplicada**, v. 52, n.4, p. 453-462, 1999.

TAYLOR, M. J.; MERRITT, S. M.; BROWN, C. M. Perceptions of family caring and its impact on peer associations and drug involvement among rural dwelling african american and white adolescents. **Journal of Ethnicity in Substance Abuse**, v. 11, n. 3, p. 242–261, 2012.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Uso de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 183-206.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e uso de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.

VETTORE, M.V. *et al.* Condição socioeconômica, frequência de escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. s101-s113, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Global School-based Student Health Survey. Part 12: Core Module Rationale, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral Health Surveys, Basic Methods**. 5th. ed. Geneva: World Health Organization, 2013.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pais ou Responsáveis

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Condições clínicas bucais, determinantes socioeconômicos, psicossociais, comportamentais e qualidade de vida relacionada à saúde em escolares de 12 anos da cidade de Manaus, Amazonas”, coordenada por Ana Paula Corrêa de Queiroz Herkrath, professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas (FAO / UFAM)). Você foi convidado a participar porque é pai, mãe ou responsável por uma criança de 12 anos de idade, que mora na cidade de Manaus.

O objetivo geral do estudo é avaliar a associação de condições clínicas bucais com determinantes socioeconômicos, psicossociais, comportamentais e qualidade de vida relacionada à saúde, em escolares aos 12 anos de idade residentes em Manaus, Amazonas. Os objetivos específicos são: estimar a prevalência das condições clínicas bucais – cárie dentária, condição periodontal, traumatismo e fluorose dentária; avaliar a associação entre condições clínicas bucais e qualidade de vida relacionada à saúde geral e bucal; avaliar associação entre condições clínicas bucais, comportamentos relacionados à saúde, fatores psicossociais e condição socioeconômica e avaliar a associação das condições clínicas bucais com absenteísmo e desempenho escolar, em escolares de 12 anos de idade.

Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa são contribuir para o conhecimento das condições de saúde bucal e sua associação com fatores socioeconômicos, comportamentais, psicológicos, relações sociais e qualidade de vida das crianças de 12 anos, o que pode orientar a definição de práticas clínicas e políticas públicas de saúde mais efetivas para a manutenção ou restabelecimento da saúde bucal, reduzindo o impacto dos agravos bucais na vida da própria criança, na sua família e na sociedade como um todo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário na sua própria casa. As perguntas serão sobre você, sua casa, estudo e renda, além de perguntas sobre a utilização dos serviços odontológicos por parte da criança.

Os dados coletados serão transcritos e armazenados em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos a pesquisadora responsável e os demais membros da equipe da pesquisa. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução MS/CNS 466/12.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Entretanto, todos os princípios de biossegurança e as normas técnicas de pesquisa preconizadas pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde serão respeitados. Um risco possível é o constrangimento e para reduzi-lo, as aferições serão feitas em local reservado e os questionários são autoaplicáveis, ou seja, as crianças não precisam falar sua resposta para o pesquisador. A proteção da confidencialidade dos participantes também visa reduzir esse risco associado à pesquisa, garantindo o anonimato, pois os dados de identificação serão codificados para armazenamento no banco de dados. Um possível desconforto é ficar com a boca aberta para a realização do exame, mas isso será minimizado com examinadores bem treinados e poderão pausar o exame a qualquer momento.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você tem pleno direito de não responder a qualquer pergunta, de acordo com o seu desejo pessoal, sendo que essa atitude não lhe trará nenhum prejuízo ou represália. Você também não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os resultados serão divulgados em trabalhos de iniciação científica, em dissertações de mestrado e tese de doutorado, em artigos científicos, em congressos e eventos científicos e, de acordo com a possibilidade, às autoridades locais de saúde pública.

Não estão previstas despesas devidas à sua participação nesta pesquisa, mas caso ocorram, como, por exemplo, relacionadas a transporte e alimentação, mas não somente, é garantido o ressarcimento delas. Também está assegurado o direito a indenizações e cobertura material para reparação a dano que possa ser causado pela pesquisa ao participante e a prestação de assistência integral e acompanhamento do participante da pesquisa que possa vir a sofrer tais danos.

Você poderá se comunicar, em qualquer momento, diretamente com a pesquisadora responsável pela pesquisa, para esclarecimento das dúvidas pelo telefone (92) 3305-4907, pelo e-mail anapaulaqueiroz@gmail.com ou no endereço: Av. Min. Valdemar Pedrosa, 1539,

Centro, Manaus, Amazonas, CEP: 69.025-050 – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Amazonas. A pesquisa conta com a participação de outros pesquisadores, a saber: Adriana Corrêa de Queiroz Pimentel (acqueiroz@gmail.com), Janete Maria Rebelo Vieira (rebelovieirajm@gmail.com), Juliana Vianna Pereira (juvpereira@hotmail.com), Maria Augusta Bessa Rebelo (mabrebelo@gmail.com), Mario Vianna Vettore (mariovettore@gmail.com), Yan Nogueira Leite de Freitas (yannogueira@ufam.edu.br), Thyago Leite Campos de Araújo (thyagocampos@ufam.edu.br) que atendem no mesmo endereço e telefone institucionais do pesquisador responsável, e Fernando José Herkrath (fernandoherkrath@gmail.com) que atende no endereço Rua Teresina 476, Adrianópolis, Manaus, Amazonas, CEP: 69.057-070 e pelo telefone 3621-2473.

Você também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAM, no endereço Rua Teresina 4950, Adrianópolis, Manaus, Amazonas, CEP: 69.057-070, pelo telefone 3305-5130, no horário de 8 às 12h e 14h às 17h, ou pelo e-mail cep@ufam.edu.br. O CEP é o órgão responsável pela avaliação e acompanhamento dos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMACIONAL

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos e as condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Este documento será redigido em duas vias, e assinado por mim e pelo pesquisador, sendo que uma via ficará comigo e a outra com o pesquisador.

Manaus, ____/____/____

Assinatura do **responsável participante** da pesquisa ou impressão dactiloscópica

Ana Paula Corrêa de Queiroz Herkrath – Professora Adjunto
Faculdade de Odontologia – Universidade Federal do Amazonas
Pesquisadora responsável

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para autorizar o menor a participar da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado Sr.(a),

Seu filho está sendo convidado a participar da pesquisa cujo título é “Condições clínicas bucais, determinantes socioeconômicos, psicossociais, comportamentais e qualidade de vida relacionada à saúde em escolares de 12 anos da cidade de Manaus, Amazonas”, coordenada por Ana Paula Corrêa de Queiroz Herkrath, professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas. Ele(a) foi convidado a participar porque tem 12 anos de idade e mora na cidade de Manaus.

O objetivo geral do estudo é avaliar a associação de condições clínicas bucais com determinantes socioeconômicos, psicossociais, comportamentais e qualidade de vida relacionada à saúde, em escolares aos 12 anos de idade residentes em Manaus, Amazonas. Os objetivos específicos são: estimar a prevalência das condições clínicas bucais – cárie dentária, condição periodontal, traumatismo e fluorose dentária; avaliar a associação entre condições clínicas bucais e qualidade de vida relacionada à saúde geral e bucal; avaliar associação entre condições clínicas bucais, comportamentos relacionados à saúde, fatores psicossociais e condição socioeconômica e avaliar a associação das condições clínicas bucais com absenteísmo e desempenho escolar, em escolares de 12 anos de idade.

Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa são contribuir para o conhecimento das condições de saúde bucal e sua associação com fatores socioeconômicos, comportamentais, psicológicos, relações sociais e qualidade de vida das crianças de 12 anos, o que pode orientar a definição de práticas clínicas e políticas públicas de saúde mais efetivas para a manutenção ou restabelecimento da saúde bucal, reduzindo o impacto dos agravos bucais na vida da própria criança, na sua família e na sociedade como um todo. Se algum problema de saúde bucal for identificado no exame clínico de seu/sua filho(a), o senhor (a) será informado e orientado à procurar atendimento odontológico.

A participação da criança consistirá em responder a perguntas de um questionário sobre sua relação com amigos e familiares, sobre como ela se sente e lida com problemas do dia a dia e sobre sua saúde bucal e como ela interfere na sua vida, e na avaliação da sua boca e dentes por cirurgiões-dentistas pesquisadores do projeto, devidamente treinados, usando

material de proteção individual, sendo cumpridas todas as normas de biossegurança. O tempo de preenchimento dos questionários é de aproximadamente quarenta minutos e da avaliação clínica e da aferição das medidas é de aproximadamente trinta minutos. Tudo isso será feito na escola onde ele(a) estuda.

Os dados coletados serão transcritos e armazenados em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos a pesquisadora responsável e os demais membros da equipe da pesquisa. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução MS/CNS 466/12.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Entretanto, todos os princípios de biossegurança e as normas técnicas de pesquisa preconizadas pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde serão respeitados. Um risco possível é o constrangimento e para reduzi-lo, as aferições serão feitas em local reservado e os questionários são autoaplicáveis, ou seja, as crianças não precisam falar sua resposta para o pesquisador. A proteção da confidencialidade dos participantes também visa reduzir esse risco associado à pesquisa, garantindo o anonimato, pois os dados de identificação serão codificados para armazenamento no banco de dados. Um possível desconforto é ficar com a boca aberta para a realização do exame, mas isso será minimizado com examinadores bem treinados e poderão pausar o exame a qualquer momento.

A participação dele(a) é voluntária, isto é, não é obrigatória e você e ele(a) têm plena autonomia para decidir se ele(a) participará ou não, bem como retirar sua participação a qualquer momento. A criança tem pleno direito de não responder a qualquer pergunta feita pelo pesquisador, de acordo com o seu desejo pessoal, sendo que essa atitude não lhe trará nenhum prejuízo ou represália. Ela também não será penalizada de nenhuma maneira caso vocês decidam não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por ele(a) prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo(a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, vocês poderão solicitar do pesquisador informações sobre a participação da criança e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Os resultados poderão ser divulgados em trabalhos de iniciação científica, em dissertações de mestrado, teses de doutorado, em artigos científicos, em congressos e eventos científicos e, de acordo com a possibilidade, às autoridades locais de saúde pública.

Não estão previstas despesas devidas à participação de seu(sua) filho(a) nesta pesquisa, mas caso eventualmente ocorram, estas serão ressarcidas. Está assegurado o direito a indenizações e cobertura material para reparação a dano, que possa ser causado pela pesquisa ao participante, e a prestação de assistência integral e acompanhamento do participante que possa vir a sofrer tais danos.

Você poderá se comunicar, em qualquer momento, diretamente com a pesquisadora responsável pela pesquisa, para esclarecimento das dúvidas pelo telefone (92) 3305-4907, pelo e-mail anapaulaqueiroz@gmail.com ou no endereço: Av. Min. Valdemar Pedrosa, 1539, Centro, Manaus, Amazonas, CEP: 69.025-050 – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Amazonas. A pesquisa conta com a participação de outros pesquisadores, a saber: Adriana Corrêa de Queiroz Pimentel (acqueiroz@gmail.com), Janete Maria Rebelo Vieira (rebelovieirajm@gmail.com), Juliana Vianna Pereira (juvpereira@hotmail.com), Maria Augusta Bessa Rebelo (mabrebelo@gmail.com), Mario Vianna Vettore (mariovettore@gmail.com), Yan Nogueira Leite de Freitas (yannogueira@ufam.edu.br), Thyago Leite Campos de Araújo (thyagocampos@ufam.edu.br) que atendem no mesmo endereço e telefone institucionais do pesquisador responsável, e Fernando José Herkrath (fernandoherkrath@gmail.com) que atende no endereço Rua Teresina 476, Adrianópolis, Manaus, Amazonas, CEP: 69.057-070 e pelo telefone 3621-2473.

Você também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAM, no endereço Rua Teresina 4950, Adrianópolis, Manaus, Amazonas, CEP: 69.057-070, pelo telefone 3305-5130, no horário de 8 às 12h e 14 às 17h, ou pelo e-mail cep@ufam.edu.br. O CEP é o órgão responsável pela avaliação e acompanhamento dos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMACIONAL

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos e as condições da participação do meu/minha filho/filha na pesquisa e concordo que _____ (nome do filho/filha ou menor sob a responsabilidade) participe da mesma. Este documento será redigido em duas vias e assinado por mim e pelo pesquisador, sendo que uma via ficará comigo e a outra com o pesquisador.

Manaus, ____/____/____

Assinatura do **responsável participante** da pesquisa ou impressão dactiloscópica

Ana Paula Corrêa de Queiroz Herkrath – Professora Adjunto
Faculdade de Odontologia – Universidade Federal do Amazonas
Pesquisadora responsável

APÊNDICE C – Termo de Assentimento do menor

TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

Olá!

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **“Condições clínicas bucais, determinantes socioeconômicos, psicossociais, comportamentais e qualidade de vida relacionada à saúde em escolares de 12 anos da cidade de Manaus, Amazonas”**, desenvolvida por **Ana Paula Corrêa de Queiroz Herkrath**, professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas. Você foi convidado a participar porque tem anos de 12 anos de idade e mora na cidade de Manaus.

Seus pais ou responsáveis permitiram que você participe, mas queremos saber se você quer participar. Você só participa da pesquisa se quiser. Se você aceitar participar, mas depois não quiser mais, você pode desistir a qualquer momento. Se você não quiser responder alguma pergunta do questionário, também não precisa. Isso não vai lhe trazer nenhum problema. Também não tem problema se decidir não participar.

Nessa pesquisa, queremos saber se as doenças da boca e dos dentes afetam sua saúde, se elas impedem você de fazer as coisas que você faz normalmente todos os dias e se elas atrapalham sua vida. Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa são ajudar a identificar a influência das doenças da boca nos fatores comportamentais, psicológicos, econômicos, sociais e na qualidade de vida das crianças de 12 anos. Isso também pode ajudar a melhorar o trabalho de muitos profissionais e do serviço público para a manutenção ou restabelecimento da saúde bucal, reduzindo o impacto dos agravos bucais na vida da criança, na sua família e na sociedade como um todo.

A pesquisa será feita na escola onde você estuda. Primeiro, você vai responder algumas perguntas sobre sua relação com amigos e familiares, sobre como você se sente e lida com problemas do dia a dia e sobre sua saúde bucal e como ela interfere na sua vida. Depois, um dentista vai fazer um exame da sua boca e de seus dentes. No final, isso tudo levará cerca de uma hora.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa. Não falaremos a outras pessoas o que você vai responder as perguntas, nem o que vimos na sua boca. Se for encontrado algum problema de saúde na sua boca ou nos seus dentes, você e seus pais/responsável serão informados e você será orientado a procurar atendimento odontológico para tratamento por meio de encaminhamento por escrito.

Para a realização do exame, você precisará ficar de boca aberta e isso pode incomodar você, mas podemos parar, se você pedir. Durante esse exame você poderá sentir vergonha, mas faremos isso em lugar distante das outras pessoas, para que ninguém te veja. Você também pode sentir vergonha de responder alguma pergunta, mas lembre-se que só você vai ver o que você vai responder. Nós não contaremos para as outras pessoas.

Você poderá se comunicar, em qualquer momento, diretamente com a pesquisadora responsável pela pesquisa, para esclarecimento das dúvidas pelo telefone (92) 3305-4907, pelo e-mail anapaulaqueiroz@gmail.com ou no endereço: Av. Min. Valdemar Pedrosa, 1539, Centro, Manaus, Amazonas, CEP: 69.025-050 – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Amazonas. A pesquisa conta com a participação de outros pesquisadores, a saber: Adriana Corrêa de Queiroz Pimentel (acqueiroz@gmail.com), Janete Maria Rebelo Vieira (rebelovieirajm@gmail.com), Juliana Vianna Pereira (juvpereira@hotmail.com), Maria Augusta Bessa Rebelo (mabrebelo@gmail.com), Mario Vianna Vettore (mariovettore@gmail.com), Yan Nogueira Leite de Freitas (yannogueira@ufam.edu.br), Thyago Leite Campos de Araújo (thyagocampos@ufam.edu.br) que atendem no mesmo endereço e telefone institucionais do pesquisador responsável, e Fernando José Herkrath (fernandoherkrath@gmail.com) que atende no endereço Rua Teresina 476, Adrianópolis, Manaus, Amazonas, CEP: 69.057-070 e pelo telefone 3621-2473.

Este projeto foi aprovado por um órgão chamado Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal do Amazonas, que é responsável pela avaliação e acompanhamento dos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos para ter certeza que estão de acordo com as leis brasileiras de proteção aos participantes de pesquisas.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMACIONAL

Eu, _____,

aceito participar da pesquisa “Condições clínicas bucais, determinantes socioeconômicos, psicossociais, comportamentais e qualidade de vida relacionada à saúde em escolares de 12 anos da cidade de Manaus, Amazonas”, que pretende avaliar se as doenças da boca e dos dentes afetam a saúde das pessoas, se elas impedem as pessoas de fazer as coisas que fazem normalmente todos os dias e se elas atrapalham a vida das pessoas. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e

conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma via deste termo de assentimento, assinada por mim e pelo pesquisador responsável e li e concordo em participar da pesquisa.

Manaus, ____/____/____

Assinatura do participante da pesquisa

Ana Paula Corrêa de Queiroz Herkrath – Professora Adjunto
Faculdade de Odontologia – Universidade Federal do Amazonas
Pesquisadora responsável

APÊNDICE D – Identificação da criança

Nome completo

Endereço completo (não esquecer o número da casa/apto, bairro e CEP, se tiver; se não for Manaus – excluir da pesquisa)

Sexo 1. Masculino 2. Feminino	_
Qual a data do seu nascimento?	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
Qual a sua raça/cor da pele? 1. Branco 2. Preto 3. Amarelo 4. Pardo 5. Indígena	_

APÊNDICE E – Questionário socioeconômico

Quantas pessoas moram em sua casa?	<input type="text"/>
Quantos cômodos têm em sua casa?	<input type="text"/>
Na sua casa tem água encanada? Considerar se a água utilizada na moradia é proveniente de encanamento com torneiras no interior da mesma.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos? 1. Até 1/2 salário mínimo (Até R\$ 660,00) 2. Mais que 1/2 salário mínimo até 1 salário mínimo (de R\$ 661,00 a R\$ 1.320,00) 3. Mais que 1 salário mínimo até 2 salários mínimos ((de R\$ 1.321,00 a R\$ 2.640,00)) 4. Mais que 2 salários mínimos até 5 salários mínimos (de R\$ 2.641,00 a R\$ 6.600,00) 5. Mais que 5 salários mínimos até 10 salários mínimos (de R\$ 6.601,00 a R\$ 13.210,00) 6. Mais que 10 salários mínimos (mais que R\$ 13.210,00)	<input type="text"/>
O(a) senhor(a) estudou?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se estudou, escreva até que série ou anos completos com aprovação que o(a) senhor(a) estudou. ____ série do 1º. grau/ensino fundamental ____ série do 2º. grau/ensino médio ____ anos completos de estudo do ensino superior/faculdade	

ANEXO 1 - Anuência da Secretaria Estadual de Educação



OFÍCIO Nº 366/2023-GSEAC/SEDUC

Manaus, 22 de maio de 2023.

Às Senhoras
Prof.ª DRA. ANA PAULA CORRÊA DE QUEIROZ HERKRATH /
DRA. MARIA AUGUSTA BESSA REBELO
 Faculdade de Odontologia/ Programa de Pós-Graduação em Odontologia
 Universidade Federal do Amazonas - UFAM.
 Av. Gen. Rodrigo Octávio Jordão Ramos nº 3.000 - Coroado I - Manaus/AM.
 Tel.: 99989-0882 - augusta@ufam.edu.br

Assunto: Resposta ao Requerimento, expedido em 24/04/2023.
Processo: nº 01.01.028101.015908/2023-56-SEDUC/SIGED.
Ref.: Autorização para o desenvolvimento e apresentação do projeto de pesquisa intitulado, "Saúde Bucal, comportamento relacionados à saúde, fatores psicossociais e desempenho escolar em adolescentes de 12 anos de idade, em Manaus-AM".

Prezadas Senhoras,

Cumprimentando-as cordialmente, e considerando manifestação da Gerência de Acompanhamento e Avaliação da Gestão Escolar - GAAGE e os demais setores competentes desta Secretaria de Estado de Educação e Desporto Escolar-SEDUC, informo a Vossa Senhoria parecer favorável em relação ao projeto em comento. No entanto, ressalto que por tratar-se de acesso ao ambiente escolar é imprescindível que a requerente informe com antecipação qual (is) escola (s) receberão os pesquisadores, possibilitando que esta Secretaria possa proceder com a comunicação junto a Direção da(s) Escola(s) e o autorizo dos responsáveis para participação dos estudantes na pesquisa.

Atenciosamente,

(Assinado digitalmente)
REGINA ORTIZ ROCHA
 Secretária Executiva Adjunta da Capital

ANEXO 2 – Escala SOC

	Um enorme sofrimento e aborrecimento	Um sofrimento e aborrecimento	Nem aborrecimento nem satisfação	Um prazer e satisfação	Um enorme prazer e satisfação
Aquilo que você faz diariamente é:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sem nenhum objetivo	Com poucos objetivos	Com alguns objetivos	Com muitos objetivos	Repleta de objetivos
Até hoje a sua vida tem sido:	<input type="checkbox"/>				

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Você tem interesse pelo que se passa ao seu redor?	<input type="checkbox"/>				
Você acha que é tratado (a) com injustiça?	<input type="checkbox"/>				
Você tem ideias e sentimentos confusos?	<input type="checkbox"/>				
Você acha que as coisas que você faz na sua vida tem pouco sentido?	<input type="checkbox"/>				
Já lhe aconteceu ter ficado desapontado (a) com pessoas em que você confiava?	<input type="checkbox"/>				
Você tem sentimentos que gostaria de não ter?	<input type="checkbox"/>				
Você tem dúvida se pode controlar seus sentimentos?	<input type="checkbox"/>				
Já lhe aconteceu de ficar surpreendido(a) com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?	<input type="checkbox"/>				
Em algumas situações, as pessoas sentem-se fracassadas. Você já se sentiu fracassado(a)?	<input type="checkbox"/>				
Você sente que está em uma situação pouco comum e sem saber o que fazer?	<input type="checkbox"/>				

	Totalmente errada	Errada	Nem correta e nem errada	Correta	Totalmente correta
Às vezes acontecem coisas na vida da gente que depois achamos que não demos a devida importância. Quando alguma coisa acontece na sua vida, você acaba achando que deu a importância:	<input type="checkbox"/>				

ANEXO 3 - Contexto Familiar

XI. Agora vamos falar um pouco sobre suas atividades escolares.

118. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você faltou às aulas ou à escola sem permissão dos seus pais ou responsáveis?	Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia)
	1 ou 2 dias nos últimos 30 dias
	3 a 5 dias nos últimos 30 dias
	6 a 9 dias nos últimos 30 dias
	10 ou mais dias nos últimos 30 dias
119. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência seus pais ou responsáveis sabiam realmente o que você estava fazendo em seu tempo livre?	Nunca
	Raramente
	Às vezes
	Na maior parte do tempo
	Sempre
120. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência seus pais ou responsáveis verificaram se os seus deveres (tarefas) de casa foram feitos?	Nunca
	Raramente
	Às vezes
	Na maior parte do tempo
	Sempre
121. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência seus pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações?	Nunca
	Raramente
	Às vezes
	Na maior parte do tempo
	Sempre
122. Você costuma almoçar ou jantar com sua mãe, pai ou responsável?	Não
	Raramente
	Sim, 1 a 2 dias por semana
	Sim, 3 a 4 dias por semana
	Sim, 5 a 6 dias por semana
Sim, todos os dias	

ANEXO 4 – Autopercepção da saúde bucal

	muito boa	boa	regular	ruim	muito ruim
Como você classificaria seu estado de saúde?	<input type="checkbox"/>				
Como você classificaria seu estado de saúde bucal?	<input type="checkbox"/>				

ANEXO 5 – Utilização de serviços odontológicos

<p>No último ano, o(a) sr.(a) procurou algum consultório odontológico, serviço de saúde bucal ou dentista/equipe de saúde bucal para que a o adolescente) fosse atendido?)</p>	<p>(0) Não procurei (1) Procurei e não fui atendido (2) Procurei e fui agendado para outro dia/outro local (3) Procurei e fui atendido (9) Não sei/não respondeu</p>
<p>Qual o tipo de consultório odontológico, serviço de saúde bucal ou dentista/equipe de saúde bucal o (a) sr. (a) procurou para que o adolescente fosse atendido?</p>	<p>(0) Não procurei (1) Serviço público (2) Serviço particular (3) Plano de saúde ou convênio (4) Outros (9) Não sei/não respondeu</p>
<p>O adolescente) tem algum plano odontológico particular, de empresa ou órgão público?</p>	<p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/não respondeu)</p>
<p>Quando o adolescente consultou o dentista pela última vez?</p>	<p>(1) Até um ano; (2) Mais de 1 ano a 2 anos; (3) Mais de 2 anos a 3 anos; (4) Mais de 3 anos; (5) Nunca foi ao dentista; (9) Não sei/não respondeu).</p>
<p>Onde foi a última consulta do adolescente a um dentista?</p>	<p>(0) Nunca foi ao dentista; (1) Serviço público; (2) Serviço particular; (3) Plano de saúde ou convênio; (4) Outros; (9) Não sei/não respondeu.</p>
<p>Qual o motivo da última consulta da criança (do adolescente) a um dentista?</p>	<p>(0) Nunca foi ao dentista; (1) Limpeza, prevenção ou revisão; (2) Dor de dente; (3) Extração; (4) Tratamento dentário (obturação, canal, etc.); (5) Problema de gengiva; (6) Tratamento de ferida na boca; (7) Implante dentário; (8) Colocação/manutenção de aparelho ortodôntico); (9) Colocação/manutenção de prótese ou dentadura; (10) Outros; (99) Não sei/não respondeu)</p>