

Influência da saúde bucal e fatores sociais nas relações familiares de crianças pré-escolares brasileiras¹

Lívia Guimarães Zina

Docente no Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

✉ liviazina@ufmg.br

Carlos José Garcia Pereira

Discente no Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

✉ cazegarcia@ufmg.br

Maria Luiza de Almeida Oliveira

Discente na Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

✉ mariaaluiza@ufmg.br

Arthur Guilherme Pereira

Discente na Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

✉ arthuurg96@gmail.br

Priscila Almeida Rodrigues

Discente no Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

✉ priarod@gmail.com

Janice Simpson de Paula

Docente no Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

✉ janicesimpson@ufmg.br

Recebido em 25 de agosto de 2023

Aceito em 12 de setembro de 2024

Resumo:

Objetiva-se avaliar a associação entre fatores socioeconômicos, comportamentais, psicossociais e de saúde bucal com as relações familiares de crianças pré-escolares, no município de São Francisco, região norte de Minas Gerais. Em pesquisa de desenho transversal, com amostra representativa de 247 crianças de 5 anos de idade e respectivas mães, foram aplicados questionários validados direcionados às mães e realizados exames intrabucais nas crianças por meio do índice de dentes decíduos cariados, perdidos ou obturados (ceo-d). As relações familiares foram avaliadas por meio da escala de Coesão Familiar (CF). Realizou-se análise bivariada e regressão logística multinomial, com nível de significância de 5%. Na análise bivariada, foi encontrada associação entre experiência de cárie dentária e alta CF; e as variáveis associadas à baixa CF foram escolaridade materna, estado civil, limpeza bucal noturna materna e experiência de cárie. No modelo final, famílias com CF alta apresentaram mais chances de ausência de trabalho materno remunerado [3,56 (1,12-11,31), p=0,031] e menos chances experiência de cárie [0,32 (0,11-0,96), p=0,042]; enquanto famílias com CF baixa tiveram mais chances de estado civil materno não casado [2,34 (1,02-5,36), p=0,045]. Assim, variáveis socioeconômicas e de saúde bucal apresentaram-se associadas à coesão familiar de crianças aos 5 anos de idade e suas mães, demonstrando a necessidade de um cuidado participativo e integral da família, além de políticas públicas sociais intersetoriais, para a promoção da saúde e bem-estar das crianças.

Palavras-chave: Relações familiares, saúde bucal, crianças, promoção da saúde, saúde pública.

¹ Artigo científico é produto da Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia em Saúde Pública, em 2023. Orientadora: Lívia Guimarães Zina.

Influence of oral health and social factors on family relationships of brazilian preschool children

Abstract:

The objective is to evaluate the association between socioeconomic, behavioral, psychosocial and oral health factors with the family relationships of preschool children, in the city of São Francisco, northern region of Minas Gerais. In a cross-sectional survey, with representatives of 247 5-year-old children and their mother's, validated questionnaires were administered to the mothers and intraoral examinations were carried out on the children using the index of decayed, missing or filled primary teeth (dmft). Family relationships were assessed using the Family Cohesion (FC) scale. Bivariate analysis and multinomial logistic regression were performed, with a significance level of 5%. In the bivariate analysis, an association was found between experience of dental caries and high FC; and the variables associated with low FC were maternal education, marital status, maternal nighttime oral cleaning and experience of cavities. In the final model, families with high HR were more likely to lack paid maternal work [3.56 (1.12-11.31), $p=0.031$] and less likely to experience caries [0.32 (0.11 - 0.96), $p=0.042$]; while families with low FC were more likely to have unmarried maternal marital status [2.34 (1.02-5.36), $p=0.045$]. Thus, socioeconomic and oral health variables are associated with the family cohesion of children aged 5 years and their mothers, demonstrating the need for participatory and comprehensive family care, in addition to intersectoral social public policies, to promote health and well-being. -being of children.

Keywords: Family relations, oral health, child, health promotion, public health.

Influencia de la salud bucal y de factores sociales en las relaciones familiares de niños preescolares brasileños

Resumen:

El objetivo es evaluar la asociación entre factores socioeconómicos, conductuales, psicosociales y de salud bucal con las relaciones familiares de niños en edad preescolar, en la ciudad de São Francisco, región norte de Minas Gerais. En una encuesta transversal, con representantes de 247 niños de 5 años y sus madres, se administraron cuestionarios validados a las madres y se realizaron exámenes intraorales a los niños utilizando el índice de dientes primarios cariados, faltantes o obturados (ceod). Las relaciones familiares se evaluaron mediante la escala de Cohesión Familiar (FC). Se realizó análisis bivariado y regresión logística multinomial, con un nivel de significancia del 5%. En el análisis bivariado se encontró asociación entre experiencia de caries dental y FQ elevada; y las variables asociadas con la baja FC fueron la educación materna, el estado civil, la limpieza bucal nocturna materna y la experiencia de caries. En el modelo final, las familias con HR alta tenían más probabilidades de carecer de trabajo materno remunerado [3,56 (1,12-11,31), $p=0,031$] y menos probabilidades de sufrir caries [0,32 (0,11 - 0,96), $p=0,042$]; mientras que las familias con FC baja tenían más probabilidades de tener estado civil materno soltero [2,34 (1,02-5,36), $p=0,045$]. Así, variables socioeconómicas y de salud bucal se asocian con la cohesión familiar de los niños de 5 años y sus madres, demostrando la necesidad de una atención familiar participativa e integral, además de políticas públicas sociales intersectoriales, para promover la salud y el bienestar de niños.

Palabras clave: Relaciones familiares, salud bucal, niños, promoción de la salud, salud pública.

INTRODUÇÃO

As relações familiares desempenham um importante papel no desenvolvimento infantil, podendo influenciar a condição de saúde e comportamentos saudáveis que se

repercutem até a vida adulta (ALMUTAIRI *et al.*, 2021; DUIJSTER *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2013; SCAGLIONI *et al.*, 2018). A literatura tem demonstrado que um cuidado parental eficaz e interações familiares de apoio estão associados a resultados positivos na infância, como maior desempenho acadêmico, melhor desenvolvimento psicossocial e emocional, maior percepção de felicidade, menos sintomas depressivos e maior autoestima, além da prevenção de hábitos deletérios, como consumo de drogas, e de doenças crônicas, como a obesidade e a cárie dentária (CASTILHO *et al.*, 2013; DE JONG-LENTERS *et al.*, 2014; HALLIDAY *et al.*, 2014; HAMMES *et al.*, 2012; HUMMEL *et al.*, 2013; IZZO *et al.*, 2022; RENZANO; SILVA-SANIGORSKIT, 2014). Os comportamentos dos pais impulsionam e têm relação direta com as escolhas saudáveis dos filhos, suas condições de saúde e sua compreensão do mundo, tal como o entendimento da promoção da saúde, sendo esse um facilitador de hábitos positivos na vida adulta (DUIJSTER *et al.*, 2013; HOOLEY *et al.*, 2012).

O estudo da dinâmica familiar se dá em uma área de trabalho multidisciplinar, por meio do desenvolvimento de sistemas de diagnóstico do funcionamento familiar (FALCETO *et al.*, 2000). A avaliação diagnóstica da família tem sido feita mediante a utilização de instrumentos e medidas diversas, como questionários, escalas e índices (DUIJSTER *et al.*, 2013). Entre esses, a Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar, conhecida como FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*) é um dos questionários mais utilizados na área da saúde, por ser auto aplicado, breve e simples, com uma estrutura que seria adequada para uso como instrumento de triagem em serviços de Atenção Primária à Saúde (FALCETO *et al.*, 2000). A escala foi criada por Olson *et al.* (1979) e posteriormente validada no Brasil (FALCETO *et al.*, 2000). Usando essa escala, é possível avaliar exclusivamente Coesão Familiar (CF), um dos seus constructos, que representa o grau de união entre os familiares, e é definida como o vínculo emocional existente entre os membros. O grau de interação entre as famílias pode ter menor ou maior influência entre seus membros, sendo o nível médio de coesão o ideal e harmônico, pois confere a proporção considerada adequada de liberdade e dependência entre pais e filhos (OLSON *et al.*, 2003).

Estudos recentes apontam para a associação entre condições de saúde, especialmente as doenças crônicas, com a CF. As doenças crônicas representam os maiores gastos de saúde global, contrapondo-se ao avanço tecnológico na área da saúde (GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY, 2013). O estilo das relações familiares, mensurado através da CF, pode contribuir para

o adoecimento dos seus membros em patologias como a depressão (ZAHRA e SALEEM, 2021), obesidade (SEPÚLVEDA *et al.*, 2020), asma, diabetes e câncer (LEEMAN *et al.*, 2016).

Na Odontologia, ainda há poucos trabalhos que avaliam a relação entre doenças bucais e CF. Um estudo conduzido no Brasil, com 740 adolescentes de 12 anos de idade, encontrou associação entre as famílias conectadas, separadas e desligadas – classificações de tipos familiares a partir do modelo circumplexo proposto por Olson *et al.* (1979) – com a presença de lesões de cárie cavitadas (NEVES *et al.*, 2020). Ainda no Brasil, um outro estudo investigou a relação entre coesão familiar e fatores socioeconômicos, comportamentais e de saúde bucal entre adolescentes de escolas públicas municipais, demonstrando que adolescentes com baixa coesão familiar têm mais chances de presença de cárie e baixa frequência de escovação diária (FERREIRA *et al.*, 2013). Nos Estados Unidos, crianças de famílias de imigrantes mexicanos apresentaram associação entre os níveis de coesão familiar e a utilização de serviços odontológicos (FINLAYSON *et al.*, 2018). Até o momento, o foco desses trabalhos têm sido as famílias de adolescentes e/ou crianças maiores.

Assim, o impacto das condições sociais e de saúde geral e bucal dos indivíduos sobre a dinâmica familiar, em especial os níveis de coesão familiar, ainda é pouco conhecido na literatura. Ademais, há uma grande lacuna nos estudos dessas relações com crianças na primeira infância até a idade pré-escolar. Dessa forma, foi objetivo deste estudo avaliar a associação de fatores socioeconômicos, comportamentais, psicossociais e de saúde bucal com as relações familiares de crianças aos cinco anos de idade em escolas públicas em um município brasileiro.

MATERIAL E MÉTODOS

O relato deste estudo seguiu as recomendações do *The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement* (VANDENBROUCKE *et al.*, 2014).

Trata-se de um estudo de desenho transversal, que avaliou crianças de cinco anos de idade em um município de pequeno porte no norte do estado de Minas Gerais (MG), região sudeste do Brasil, nos anos de 2018-2019. O município de São Francisco está localizado na

região do semiárido brasileiro, distante 600 quilômetros da capital mineira, Belo Horizonte. A população estimada para o ano de 2018 era de 56.423 habitantes, predominantemente urbana, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,680, considerado médio (INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA, 2019).

Participaram deste estudo crianças de cinco anos de idade, matriculadas nas pré-escolas do município de São Francisco. A idade adotada é a preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como adequada para representar a população de crianças em fase pré-escolar, em estudos epidemiológicos de saúde bucal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Entre 2018 e 2019, o município apresentava 443 crianças de cinco anos de idade matriculadas na educação infantil regular da zona urbana, distribuídas em cinco escolas municipais e uma particular. Apenas as escolas municipais autorizaram a realização do estudo. Assim, todas as crianças das cinco escolas públicas municipais foram convidadas a participar do estudo. Foram excluídas aquelas cuja mãe não autorizou a participação e/ou não enviou os questionários respondidos, a criança que não pôde estar presente no dia do exame clínico ou que se recusou a ser examinada.

O tamanho da amostra foi calculado baseando-se em um poder do teste (1- β) acima de 0,80 com nível de significância de 0,05. Os cálculos evidenciaram a necessidade de uma amostra de 206 participantes da idade pré-escolares/mães. Somaram-se 20% à amostra, a fim de compensar eventuais perdas e recusas, totalizando assim 247 participantes.

Os dados foram coletados por meio de exame clínico bucal e questionários autoaplicáveis. O processo de calibração/treinamento para exame epidemiológico foi conduzido por um examinador padrão Gold Standard com experiência prévia em levantamentos epidemiológicos. Utilizou-se para o cálculo da concordância o coeficiente Kappa, sendo obtida a concordância inter-examinador de 0.92, e intra-examinador de 0.87, demonstrando uma boa compreensão e reprodutibilidade dos exames.

Após a calibração, foi realizado o estudo piloto para avaliação da aplicabilidade dos questionários a serem utilizados, com 20 pares de mães/crianças, enquanto aguardavam para serem atendidos na clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

Anteriormente ao início da coleta de dados, as mães participaram de uma reunião com o pesquisador responsável pela coleta de dados, para orientação sobre os procedimentos da pesquisa. Além disso, nessa reunião a escolaridade materna foi averiguada a fim de confirmar se a mãe seria capaz de responder aos questionários. Para aquelas mães que não puderam participar da reunião, a escolaridade materna foi conferida através dos registros escolares de cada criança a participar do estudo. Constatou-se que todas as mães eram alfabetizadas. Elas responderam aos questionários em casa e os enviaram de volta à escola por meio de suas crianças.

O exame epidemiológico das crianças foi realizado para avaliar a condição da coroa dentária e a história atual e pregressa da doença cárie, conforme os códigos e critérios definidos pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013) para obter o índice de dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados (ceo-d). Utilizou-se espelho bucal plano e sonda da OMS (sonda CPI), sob luz natural, em posição joelho-joelho, com o uso do equipamento de proteção individual (EPI) completo (luvas, máscara, gorro, óculos e avental).

A variável dependente foi a coesão familiar, avaliada pela versão validada no Brasil do questionário autoplicável FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Scale*) (FALCETO *et al.*, 2000). A escala FACES III analisa o funcionamento e o risco familiar mediante dados de coesão e adaptabilidade familiar. É composta por 20 perguntas, sendo que as questões de número ímpar avaliam a coesão familiar e as questões pares avaliam a adaptabilidade. Para este estudo, foram avaliadas as questões relacionadas à coesão familiar. A cada pergunta é atribuído valor de 1 a 5, correspondendo o valor 1 a “quase nunca” e o valor 5 a “quase sempre”. É realizada a soma dos valores e o escore final pode variar de 10 a 50. O desfecho coesão familiar foi avaliado em três categorias: baixa coesão familiar, média coesão (grupo referência) e alta coesão.

As variáveis independentes foram socioeconômicas, psicossociais, comportamentais e biológicos/de saúde bucal.

Fatores socioeconômicos: Renda (mais que R\$1500,00 e até R\$1500,00); escolaridade materna (maior que 8 anos e até 8 anos), trabalho materno remunerado (sim e não), domicílio adequado (sim e não), estado civil (casada ou morando junto com outra pessoa e não casada), número de irmãos (até um irmão e dois ou mais irmãos). A variável domicílio adequado foi

investigada com base nos critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE em que são considerados como domicílios adequados aqueles equipados com rede geral de abastecimento de água, rede geral de esgoto ou fossa séptica, coleta de lixo por serviço de limpeza e até dois moradores por dormitório (INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

Já os fatores psicossociais adotados foram resiliência e de religiosidade, avaliados por meio de instrumentos previamente validados. A Escala de Resiliência, desenvolvida por Wagnild e Young (1993) e traduzida e validada por Pesce (2005), mede os níveis de adaptação psicossocial positiva da mãe frente a eventos de vida importantes. Possui 25 itens com repostas em sete pontos (Escala tipo *Likert*) que variam de discordo totalmente (1 ponto) a concordo totalmente (7 pontos). O somatório pode variar de 25 a 175 pontos, sendo quanto mais elevado maior é a resiliência da mãe. E a Escala de Religiosidade da Duke (DUREL): desenvolvida por Koenig (1997) e traduzida para o português e validada por Lucchetti (2012). Composta por cinco perguntas (com opções de resposta da escala *Likert*), envolve três dimensões de religiosidade que foram correlacionados à saúde: comportamento religioso organizacional (CRO), comportamento religioso não-organizacional (RNO) e a religiosidade intrínseca (RI).

Para fins de análise dos dados, os escores de resiliência foram classificados de acordo com a média em alta e baixa resiliência. Já religiosidade foi categorizada, em cada domínio, de acordo com a escala de *Likert*: entre 1 a 3 alta e de 4 a 6 baixa religiosidade.

Enquanto fatores biológicos/saúde bucal, foram considerados o sexo da criança (feminino e masculino) e a experiência de cárie ($ceo-d=0$ e $ceo-d \geq 1$). Por fim, como fatores comportamentais: limpeza bucal noturna materna (sim e não); frequência de limpeza bucal da criança (igual ou maior que duas vezes ao dia e menos de duas vezes ao dia); adição de açúcar na mamadeira (sim e não – não adiciona ou não usa mamadeira); uso do fio dental (sim e não) (CASTILHO *et al.*, 2013; CRALL *et al.*, 2018; DUIJSTER *et al.*, 2013; DUIJSTER *et al.*, 2014, FERREIRA *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2018).

Todas as análises foram realizadas com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM, Estados Unidos) versão 23.0, adotando o nível de significância de 5%. Primeiramente realizou-se análise descritiva obtendo a distribuição absoluta e percentual das variáveis. Três variáveis foram excluídas nas análises de dados inferencial por apresentarem

uma frequência absoluta menor que cinco ao serem distribuídas na classificação de coesão familiar, sendo elas: renda, religiosidade não organizacional e frequência de limpeza bucal da criança. Para as demais variáveis, foram realizadas análises bivariadas pelo teste qui-quadrado. Odds Ratio (OR) e respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% foram calculados. A classificação da CF em grupos foi feita por meio da obtenção da média e desvio padrão da população estudada (FERREIRA *et al.*, 2013). Considerando o valor do desvio padrão de 6,4, a variável dependente CF foi categorizada em baixa ($\leq 27,4$), média (entre 28 e 40) e alta (≥ 41). A CF média foi escolhida como categoria de referência e foram incluídas no modelo final da Regressão Logística Multinomial as variáveis com valor de $p < 0,25$ para pelo menos uma das categorias (CF alta ou baixa).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Parecer número 2.650.009/2018.

RESULTADOS

Duzentas e quarenta e sete mães/crianças aceitaram participar do estudo e foram examinadas. Contudo, devido ao incompleto preenchimento do instrumento de Coesão Familiar, 18 mães/crianças foram excluídas da análise estatística (taxa de 7,3% dados perdidos). A amostra final constituiu-se de 229 mães/crianças.

As características das mães/crianças avaliadas neste estudo, de acordo com os fatores socioeconômicos, psicossociais, comportamentais e biológicos, estão apresentadas na Tabela 1.

A média do escore de CF das crianças foi 33,8, com amplitude entre 12 e 48 e desvio padrão de 6,4. Do total de 229 participantes, 165 (72,0%) pertenciam a famílias com média coesão (grupo de referência – escore entre 28 a 40), 37 (16,2%) a famílias com baixa coesão (escore $\leq 27,4$) e 27 (11,8%) a famílias com alta coesão (escore ≥ 41).

Tabela 1 – Distribuição da frequência de fatores socioeconômicos, psicossociais, comportamentais e biológicos entre crianças de 5 anos no município de São Francisco, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2018-2019.

VARIÁVEIS		n	%
Fatores socioeconômicos			
Renda	> R\$1500,00	37	16,2
	≤ R\$1500,00	172	75,1
	Sem informação	20	8,7
Escolaridade materna	Maior que 8 anos	138	60,3
	Até 8 anos	85	37,1
	Sem informação	6	2,6
Trabalho materno remunerado	Sim	92	40,2
	Não	117	51,1
	Sem informação	20	8,7
Domicílio adequado	Sim	113	49,3
	Não	97	42,4
	Sem informação	19	8,3
Estado civil	Casada ou morando junto	139	60,7
	Não casada	85	37,1
	Sem informação	5	2,2
Número de irmãos	Até um irmão	127	55,5
	Dois ou mais irmãos	98	42,8
	Sem informação	4	1,7
Fatores psicossociais			
Resiliência	Alta	109	47,6
	Baixa	111	48,5
	Sem informação	9	3,9
Religiosidade organizacional	Alta	56	24,5
	Baixa	166	72,5
	Sem informação	7	3,0
Religiosidade não organizacional	Alta	66	28,8
	Baixa	154	67,3
	Sem informação	9	3,9
Religiosidade íntínseca	Alta	139	60,7
	Baixa	78	34,1
	Sem informação	12	5,2
Fatores biológicos e comportamentais			
Sexo da criança	Feminino	118	51,5
	Masculino	111	48,5
Limpeza bucal noturna materna	Sim	175	76,4
	Não	51	22,3
	Sem informação	3	1,3
Adição de açúcar na mamadeira	Não	144	62,9
	Sim	81	35,4
	Sem informação	4	1,7
	≥ 2 vezes ao dia	185	80,8

Influência da saúde bucal e fatores sociais nas relações familiares de crianças pré-escolares brasileiras

Frequência de limpeza bucal da criança	< 2 vezes ao dia	40	17,5
	Sem informação	4	1,7
Uso de fio dental	Sim	91	39,7
	Não	135	59,0
	Sem informação	3	1,3
Experiência de cárie	Sem cárie (ced-d=0)	100	43,7
	Com cárie (ceo-d ≥ 1)	129	56,3

Fonte: Próprios autores.

Na Tabela 2 consta a análise estatística bivariada. As seguintes variáveis mostraram associação estatisticamente significativa com a baixa coesão familiar: escolaridade materna (menor que 8 anos) [2,19 (1,07-4,47), p=0,029], estado civil (não casada) [2,71 (1,31-5,62), p=0,006], limpeza bucal noturna materna (ausente) [2,15(1,00-4,61), p=0,046] e experiência de cárie (ceo-d ≥ 1) [2,38 (1,09-5,19), p=0,026]. Para alta coesão familiar, a variável com associação estatisticamente significativa foi a experiência de cárie (ceo-d ≥ 1) [0,41 (0,18-0,94), p=0,031], considerando que crianças alta coesão apresentaram menos chance de experiência de cárie.

Tabela 2 – Resultados da análise bivariada dos fatores socioeconômicos, psicossociais, biológicos e comportamentais entre crianças de 5 anos associados aos grupos de coesão familiar, no município de São Francisco, estado de Minas Gerais, Brasil, 2018-2019.

VARIÁVEL	COESÃO FAMILAR						
	Média* n (%)	Alta n (%)	OR Não-ajustada (IC 95%)	p-valor	Baixa n (%)	OR Não-ajustada (IC 95%)	p-valor
Escolaridade materna	Maior que 8 anos	103 (74,6%)	18 (13,0%)	1	17 (12,3%)	1	
	Até 8 anos	59 (69,4%)	6 (7,1%)	0,51 (0,19-1,33)	0,161	20 (23,5%)	2,19 (1,07-4,47)
Trabalho materno remunerado	Sim	72 (78,3%)	8 (8,7%)	1	12 (13,0%)	1	
	Não	79 (67,5%)	15 (12,8%)	1,54 (0,62-3,82)	0,344	23 (19,7%)	1,63 (0,76-3,38)
Domicílio adequado	Sim	86 (76,1%)	12 (10,6%)	1	15 (13,3%)	1	
	Não	65 (67,0%)	13 (13,4%)	1,30 (0,56-3,01)	0,535	19 (19,6%)	1,59 (0,76-3,33)
Estado civil	Casada ou morando junto	105 (75,5%)	19 (13,7%)	1	15 (10,8%)	1	
	Não casada	58 (68,2%)	6 (7,1%)	0,48 (0,18-1,25)	0,127	21 (24,7%)	2,71 (1,31-5,62)
Número de irmãos	Até um irmão	96 (75,6%)	13 (10,2%)	1	18 (14,2%)	1	
	Dois ou mais irmãos	65 (66,3%)	14 (14,3%)	1,46 (0,65-3,27)	0,354	19 (19,4%)	1,46 (0,72-2,95)
Resiliência	Alta	80 (73,4%)	15 (13,8%)	1	14 (12,8%)	1	
	Baixa	79 (71,2%)	11 (9,9%)	0,69 (0,30-1,58)	0,376	21 (18,9%)	1,58 (0,76-3,30)
Religiosidade organizacional	Alta	80 (73,4%)	15 (13,8%)	1	14 (12,8%)	1	
	Baixa	79 (71,2%)	11 (9,9%)	1,20 (0,46-3,16)	0,701	21 (18,9%)	0,59 (0,27-1,28)
Religiosidade intrínseca	Alta	101 (72,7%)	18 (12,9%)	1	20 (14,4%)	1	
	Baixa	55 (70,5%)	9 (11,5%)	0,88 (0,37-2,06)	0,762	14 (17,9%)	1,30 (0,62-2,75)

		Baixa							
Sexo da criança	Feminino	80 (67,8%)	15 (12,7%)	1	0,656	23 (19,5%)	1	0,158	
	Masculino	85 (76,6%)	12 (10,8%)	0,83 (0,37-1,87)		14 (12,6%)	0,60 (0,29-1,23)		
Limpeza bucal noturna materna	Sim	130 (74,3%)	21 (12,0%)	1	0,665	24 (13,7%)	1	0,046	
	Não	33 (64,7%)	5 (9,8%)	0,80 (0,29-2,23)		13 (25,5%)	2,15 (1,00-4,61)		
Adição de açúcar na mamadeira	Não	102 (70,8%)	20 (13,9%)	1	0,245	22 (15,3%)	1	0,529	
	Sim	59 (72,8%)	7 (8,6%)	0,59 (0,24-1,45)		15 (18,5%)	1,26 (0,61-2,59)		
Uso de fio dental	Sim	66 (72,5%)	13 (14,3%)	1	0,373	12 (13,2%)	1	0,355	
	Não	97 (71,9%)	14 (10,4%)	0,69 (0,31-1,56)		24 (17,8%)	1,42 (0,67-3,02)		
Experiência de cárie	Sem cárie (ced-d=0)	73 (73,0%)	17 (17,0%)	1	0,031	10 (10,0%)	1	0,026	
	Com cárie (ceo-d ≥ 1)	92 (71,3%)	10 (7,8%)	0,41 (0,18-0,94)		27 (20,9%)	2,38 (1,09-5,19)		

*categoria de referência/ OR: Odds Ratio/ IC: Intervalo de Confiança. Em negrito variáveis com resultados estatisticamente significantes (p<0.05).

Fonte: Próprios autores.

As Tabelas 3 e 4 apresentam os resultados da análise de Regressão Logística Multinomial, respectivamente para baixa e para alta CF. No modelo final, houve maiores chances de CF baixa entre famílias com mães em estado civil não casada [2,34 (1,02-5,36), p=0,045]. Famílias com ausência de trabalho materno remunerado apresentam 2,56 mais chances de CF alta [3,56 (1,12-11,31), p=0,031] e, por outro lado, 68% menos chances da criança apresentar experiência de cárie (ceo-d ≥ 1) [0,32 (0,11-0,96), p=0,042].

Tabela 3 – Resultados da análise de Regressão Logística Multinomial dos fatores socioeconômicos, biológicos e comportamentais entre crianças de 5 anos associados aos grupos de coesão familiar (CF baixa x média), no município de São Francisco, estado de Minas Gerais, Brasil, 2018-2019.

VARIÁVEL		MÉDIA* n (%)	BAIXA n (%)	OR NÃO-AJUSTADA (IC 95%)	p-VALOR	OR AJUSTADA (IC 95%)	p-Valor
Escolaridade materna	Maior que 8 anos	103 (74,6%)	17 (12,3%)	1	0,029	1	0,671
	Até 8 anos	59 (69,4%)	20 (23,5%)	2,19 (1,07-4,47)		1,21 (0,50-2,93)	
Trabalho materno remunerado	Sim	72 (78,3%)	12 (13,0%)	1	0,204	1	0,704
	Não	79 (67,5%)	23 (19,7%)	1,63 (0,76-3,38)		1,19 (0,49-2,90)	
Domicílio adequado	Sim	86 (76,1%)	15 (13,3%)	1	0,216	1	0,232
	Não	65 (67,0%)	19 (19,6%)	1,59 (0,76-3,33)		1,70 (0,71-4,07)	
Estado civil	Casada ou morando junto	105 (75,5%)	15 (10,8%)	1	0,006	1	0,045
	Não casada	58 (68,2%)	21 (24,7%)	2,71 (1,31-5,62)		2,34 (1,02-5,36)	
Sexo da criança	Feminino	80 (67,8%)	23 (19,5%)	1	0,158	1	0,380
	Masculino	85 (76,6%)	14 (12,6%)	0,60 (0,29-1,23)		0,69 (0,30-1,58)	
Limpeza bucal noturna materna	Sim	130 (74,3%)	24 (13,7%)	1	0,046	1	0,206
	Não	33 (64,7%)	13 (25,5%)	2,15 (1,00-4,61)		1,82 (0,72-4,58)	
Experiência de cárie	Sem cárie (ced-d=0)	73 (73,0%)	10 (10,0%)	1	0,026	1	0,167
	Com cárie (ceo-d ≥ 1)	92 (71,3%)	27 (20,9%)	2,38 (1,09-5,19)		1,91 (0,76-4,80)	

*categoria de referência/ OR: Odds Ratio/ IC: Intervalo de Confiança. Em negrito variáveis com resultados estatisticamente significantes (p<0.05).

Fonte: Próprios autores.

Tabela 4 – Resultados da análise de Regressão Logística Multinomial dos fatores socioeconômicos, biológicos e comportamentais entre crianças de 5 anos associados aos grupos de coesão familiar (CF alta x média), no município de São Francisco, estado de Minas Gerais, Brasil, 2018-2019

VARIÁVEL		MÉDIA* n (%)	ALTA n (%)	OR NÃO- AJUSTADA (IC 95%)	p-VALOR	OR Ajustada (IC 95%)	p-VALOR
Escolaridade materna	Maior que 8 anos	103 (74,6%)	18 (13,0%)	1	0,161	1	0,145
	Até 8 anos	59 (69,4%)	6 (7,1%)	0,51 (0,19-1,33)		0,36 (0,09-1,42)	
Trabalho materno remunerado	Sim	72 (78,3%)	8 (8,7%)	1	0,344	1	0,031
	Não	79 (67,5%)	15 (12,8%)	1,54 (0,62-3,82)		3,56 (1,12-11,31)	
Domicílio adequado	Sim	86 (76,1%)	12 (10,6%)	1	0,535	1	0,868
	Não	65 (67,0%)	13 (13,4%)	1,30 (0,56-3,01)		1,10 (0,37-3,25)	
Estado civil	Casada ou morando junto	105 (75,5%)	19 (13,7%)	1	0,127	1	0,094
	Não casada	58 (68,2%)	6 (7,1%)	0,48 (0,18-1,25)		0,32 (0,08-1,21)	
Sexo da criança	Feminino	80 (67,8%)	15 (12,7%)	1	0,656	1	0,725
	Masculino	85 (76,6%)	12 (10,8%)	0,83 (0,37-1,87)		0,83 (0,30-2,33)	
Limpeza bucal noturna materna	Sim	130 (74,3%)	21 (12,0%)	1	0,665	1	0,380
	Não	33 (64,7%)	5 (9,8%)	0,80 (0,29-2,23)		0,48 (0,09-2,46)	
Experiência de cárie	Sem cárie (ced-d=0)	73 (73,0%)	17 (17,0%)	1	0,031	1	0,042
	Com cárie (ceo-d ≥ 1)	92 (71,3%)	10 (7,8%)	0,41 (0,18-0,94)		0,32 (0,11-0,96)	

*categoria de referência/ OR: Odds Ratio/ IC: Intervalo de Confiança. Em negrito variáveis com resultados estatisticamente significantes (p<0.05).

Fonte: próprio autor

DISCUSSÃO

Esse é o primeiro estudo que investigou a relação entre fatores socioeconômicos, psicossociais, comportamentais e biológicos/de saúde bucal com coesão familiar de crianças de cinco anos de idade. Os achados apresentam resultados semelhantes aos estudos conduzidos com adolescentes (FERREIRA *et al.*, 2013, FINLAYSON *et al.*, 2018, NEVES *et al.*, 2020), demonstrando uma menor chance de problemas bucais entre famílias com coesão familiar mais alta. Além disso, condições sociais também foram associadas à coesão familiar.

A distribuição da amostra de acordo com os arranjos de coesão familiar mostrou uma maior prevalência de famílias com média coesão familiar, com uma pequena porcentagem de famílias com alta coesão familiar, distribuição essa que variou semelhante em outros estudos (FERREIRA *et al.*, 2013, FINLAYSON *et al.*, 2018, NEVES *et al.*, 2020). Já a prevalência de crianças aos cinco anos de idade com experiência de cárie foi semelhante ao último dado epidemiológico de base nacional, correspondente a 53,4% (BRASIL, 2012).

Famílias com baixa coesão tiveram mais chances de estarem associadas a mães vivendo sem a presença de um companheiro. Os desafios enfrentados na manutenção de uma família sem a colaboração de um parceiro podem estar impactando na união familiar. Famílias com baixa coesão tendem a se relacionar com uma separação emocional extrema, apresentando pouco envolvimento entre os membros da família, o que justificaria os achados de baixa coesão familiar em mães não casadas. Um estudo observou que alguns comportamentos negativos apresentados por famílias monoparentais não são devidos à ausência física da figura de um dos pais, mas sim à falta de recursos econômicos gerado pelo responsável ausente (MCLEOD *et al.*, 1994). Contudo, estar em uma relação com um parceiro não é garantia para um funcionamento familiar saudável. Yates (1995) reportaram em seu estudo que tanto mulheres solteiras ou não casadas quanto mulheres casadas, mas infelizes em seu casamento, apresentaram chances semelhantes de dificuldades no funcionamento familiar. Considera-se, então, que a qualidade das relações afetivas é muito mais determinante sobre a saúde familiar do que apenas o estado civil por si só.

A ausência do trabalho materno remunerado foi associada à alta CF. Uma hipótese, ainda não discutida na literatura sobre o tema, seria que a presença materna em casa contribuiria para reforçar a união familiar. Por outro lado, estudos têm demonstrado que a presença da mulher no mercado de trabalho não impacta no funcionamento familiar, em contraposição às condições emocionais maternas e financeiras da família, esses dois últimos comumente afetados, positivamente, pelo trabalho materno (COLEY *et al.*, 2007; NANJAPPA *et al.*, 2015, PAULA *et al.*, 2022).

A baixa escolaridade materna mostrou-se associada à coesão familiar apenas nas análises bivariadas neste estudo. Entretanto, é inegável a influência da escolaridade sobre diversos desfechos em saúde (COSTA *et al.*, 2012). Fatores psicossociais fazem a mediação entre educação dos pais e comportamentos de saúde bucal (DORRI *et al.*, 2010). A escolaridade materna, assim como as habilidades cognitivas, é considerada um fator facilitador materno presente no início da vida da criança que se associa com o enfrentamento materno (maternal coping) e níveis de estresse, os quais posteriormente podem influenciar a adesão à assistência odontológica e comportamentos de saúde bucal na adolescência (NELSON *et al.*, 2012). É plausível, assim, que o nível de escolaridade materna influencie indiretamente os comportamentos de higiene bucal das crianças e, posteriormente, a experiência de cárie

infantil, através de um impacto nos fatores psicossociais parentais e familiares, os quais são interrelacionados (DUIJSTER *et al.*, 2014).

Exemplos de fatores psicossociais que podem vincular a escolaridade materna com a experiência de cárie dentária na infância incluem literacia em saúde bucal, depressão, ansiedade e senso de coerência materna (BAKER *et al.*, 2010; BONANATO *et al.*, 2009; DOS SANTOS PINTO *et al.*, 2017; FIRMINO *et al.*, 2017). No presente estudo, os fatores psicossociais resiliência e religiosidade não apresentaram influência sobre os demais fatores investigados. Em uma amostra maior de onde este estudo se derivou, também o senso de coerência não interagiu com a escolaridade materna e cárie dentária na infância (PAULA *et al.*, 2022). A homogeneidade da amostra, composta por pares de mães e crianças oriundos todos de escolas públicas, com condições sociais semelhantes, pode ter contribuído para a não identificação de associação dos fatores psicossociais com CF.

Crianças pertencentes a famílias com alta coesão familiar demonstraram menos chances de terem experiência de cárie dentária. A prevalência de cárie dentária e lesões cavitadas em adolescentes na cidade de Campina Grande esteve associada a famílias com menor coesão familiar (DUTRA *et al.*, 2020). Também no Brasil, em Piracicaba, adolescentes com baixa coesão familiar apresentaram maior risco para a presença de cárie (FERREIRA *et al.*, 2013).

Outras medidas de relações familiares têm demonstrado associação com a saúde bucal (DUIJSTER *et al.*, 2013; HOOLEY *et al.*, 2012). Duijster (2014), ao avaliar o funcionamento familiar e a cárie dentária em crianças aos seis anos de idade na Holanda, demonstraram que famílias disfuncionais apresentaram maior probabilidade de desenvolverem comportamentos em saúde menos favoráveis, assim como crianças de famílias funcionais apresentaram menor prevalência de cárie dentária. A mesma equipe de pesquisadores, em um estudo de caso-controle também realizado na Holanda, utilizou métodos observacionais para identificar o impacto de práticas parentais e a interação entre pais e filhos na cárie dentária em crianças aos 5-8 anos de idade, onde casos de crianças com cárie foram comparadas a controles sem cárie; tais autores encontraram um baixo envolvimento, incentivo e resolução de problemas na família de crianças casos versus controles, sugerindo que os pais de crianças com cárie dentária carecem de habilidades parentais positivas adequadas à infância (DE JONG-LENTERS *et al.*, 2014). Um estudo conduzido na Austrália

encontrou que famílias com um funcionamento mais saudável estiveram associadas a menores chances de os responsáveis relatarem problemas de saúde bucal em suas crianças (RENZAHO; DE SILVA-SANIGORSKI, 2014). Na Turquia, um ambiente familiar favorável e com maior disciplina foi inversamente associado à prevalência de cáries em pares de mães e crianças de 6 a 12 anos (ABBASOGLU; KUVVETLI, 2021). Crianças oriundas de famílias com problemas no funcionamento familiar apresentaram maior consumo de açúcar na Inglaterra (ALMUTAIRI *et al.*, 2021; NANJAPPA *et al.*, 2015), assim como na Austrália as crianças vivendo em cenários semelhantes tenderam a consumir maiores quantidades de bebidas açucaradas (RENZAHO *et al.*, 2014), demonstrando o impacto das relações familiares não apenas sobre os desfechos em saúde, mas também sobre os comportamentos (RYAN *et al.*, 2005).

Pode-se inferir que, quanto mais unida a família, maior parece ser o seu efeito protetor em relação à cárie. Os comportamentos de saúde bucal são possivelmente um importante fator mediador na relação entre práticas parentais, interações familiares e experiência de cárie na infância (DE JONG-LENTERS *et al.*, 2014). Contudo, famílias muito coesas estão sujeitas a incorrer em uma parentalidade mais coercitiva, caracterizada por inconsistência, ambiguidade e práticas de disciplina altamente exigentes, associadas a maior resistência e não adesão em crianças (LEEMAN *et al.*, 2016; PATTERSON *et al.*, 2010; XYRAKIS *et al.*, 2022). Em contrapartida, um ambiente doméstico estruturado e de apoio, em que os pais estabelecem limites apropriados e claros no contexto de interações calorosas e afetivas, poderia estimular as crianças a envolver-se mais em comportamentos saudáveis (DE JONG-LENTERS *et al.*, 2014). No presente estudo, um funcionamento familiar mais coeso associado a melhores condições de saúde bucal pode ser explicado pelo fato de crianças pequenas serem ainda muito dependentes do cuidado parental e com pouca autonomia para o autocuidado e, presumindo-se uma família mais unida, há possibilidade de um cuidado mais efetivo nas práticas de saúde, o que em último caso, levaria a um maior controle dos fatores de risco para doenças bucais comuns da infância, como a cárie. Enfatiza-se, dessa forma, o papel da responsabilidade parental no cuidado e apoio aos seus filhos e no desempenho do seu papel de realizar os cuidados de higiene bucal das crianças em torno dos cinco anos de idade, uma vez que as crianças pequenas ainda não possuem as competências necessárias para o fazerem sem ajuda (ALMUTAIRI *et al.*, 2021).

Este estudo adotou a escala Faces III como instrumento de avaliação da coesão familiar. Esse instrumento caracteriza-se como um questionário autorrelatado, que mede

práticas familiares. É necessário fazer a ressalva que instrumentos desse porte podem tender a não identificar associações entre as relações familiares e as condições de saúde e suas práticas (DE JONG-LENTERS *et al.*, 2014). Apesar desses questionários serem validados e psicometricamente testados, há algumas limitações no método do autorrelato (BRENNER e DELAMATER, 2016). Por exemplo, o relato das mães pode ser influenciado por suas próprias crenças e perspectivas e, portanto, pode não refletir comportamentos reais. Além disso, há uma tendência das mães em responder às perguntas de maneira socialmente desejável, sobrepondo comportamentos "bons" ideais em comparação com comportamentos "ruins". Assim, há um risco de uma subnotificação de comportamentos indesejáveis, levando a uma ausência de associações entre esses comportamentos e a CF, quando na realidade essas poderiam ser identificadas como fatores de risco para o funcionamento familiar, situação essa inerente ao método de pesquisa adotado.

Outra limitação inclui o desenho de estudo – transversal – que possibilita apenas identificar associações entre as variáveis, e não relações de causalidade (MERCHÁN-HAMANN e TAUILL, 2021; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2023). Além disso, o baixo número de respostas em determinadas variáveis dificultou a execução dos testes estatísticos, e assim perdemos a oportunidade de testar a associação com algumas das variáveis psicossociais e comportamentais.

Há, contudo, implicações para a prática profissional e futuras pesquisas a partir dos achados. Este estudo reconheceu a relação entre relações familiares, através da coesão familiar, e condições socioeconômicas maternas e de saúde bucal em crianças aos cinco anos de idade. Está claro que a família desempenha uma função essencial nos níveis de saúde de seus membros, a longo prazo. Pais e responsáveis moldam os comportamentos, atitudes e normas sociais de seus filhos por meio de modelagem, o uso de práticas parentais específicas e, de forma mais ampla, por meio de interações interpessoais dentro da família (DE JONG-LENTERS *et al.*, 2014; RHEE, 2008). Há uma janela de oportunidades no cuidado em saúde bucal para as intervenções centradas na família e estratégias populacionais, por meio de abordagens direcionadas à dinâmica familiar, à designação dos papéis de cada membro da família, do cumprimento de tarefas e responsabilidades, na ênfase à empatia, responsividade e envolvimento uns pelos outros. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família oferece o campo de práticas propício para o desenvolvimento dessas intervenções. O planejamento familiar e

suporte às famílias monoparentais são também necessários. Na área das Políticas Públicas, deve haver o reforço de que condições contextuais são determinantes para a promoção da saúde, com foco em ações intersetoriais. Estudos futuros podem explorar o papel de fatores sociodemográficos, culturais, comportamentais e de saúde nas relações familiares, na forma interrelacional como tais fatores se impactam e os processos envolvidos. Estudos de metodologia mista devem ser considerados, pois permitem o aprofundamento de questões que unicamente com abordagens quantitativas não seriam possíveis ser investigadas.

CONCLUSÃO

Variáveis socioeconômicas e de saúde bucal mostraram-se associadas à coesão familiar de crianças aos 5 anos de idade e suas mães, demonstrando a necessidade de um cuidado participativo e integral da família, além de políticas públicas sociais intersetoriais, para a promoção da saúde e bem-estar das crianças.

REFERÊNCIAS

ABBASOGLU, Z.; KUVVETLI, S.S. Influence of maternal attitudes and parenting style on children`s dental caries experience. **Journal of the Pakistan Medical Association**, v.71, n. 10, p. 2325-2329, 2021. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/d986/aab4afcde5094a9e3b54114c01dbe68b1b7a.pdf> Acesso em: 15 jan.2024.

ALMUTAIRI, S.; SCAMBLER, S.; BERNABE, E. Family Functioning and Dental Behaviours of Pre-school Children. **Community Dent Health**, v.38, n.4, p.235-240, 2021. Disponível em: <https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/publications/family-functioning-and-dental-behaviours-of-pre-school-children> . Acesso em: 15 jan. 2024.

BAKER, S.R.; MAT, A.; ROBINSON, P.G. What psychosocial factors influence adolescents' oral health? **Journal Of Dental Research**, v.89, n.11, p. 1230-5, 2010. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034510376650>. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRENNER, P.S.; DELAMATER, J. LIES. Damned Lies, and Survey Self-Reports? Identity as a Cause of Measurement Bias. **Social Psychology Quarterly**, v.79, n.4, p. 333-354, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC29038609/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

BONANATO, K.; PAIVA, S.M.; PORDEUS, I.A.; RAMOS-JORGE, M.L.; BARBABELA, D.; ALLISON, P.J.. Relationship between Mothers' Sense of Coherence and Oral Health Status of Preschool Children. **Caries Research**, v. 43, n. 2, p. 103-109, 2009. Disponível em: <https://karger.com/cre/article-abstract/43/2/103/85069/Relationship-between-Mothers-Sense-of-Coherence?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 15 jan. 2024.

Influência da saúde bucal e fatores sociais nas relações familiares de crianças pré-escolares brasileiras

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf Acesso em: 15 jan. 2024.

CASTILHO, A.R., MIALHE, F.L.; BARBOSA, T.D.E. S. Puppini-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 2, p. 116-23, 2013. Disponível em: [10.1016/j.jped.2013.03.014](https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.014). Acesso em: 15 jan. 2024.

COLEY, R.L.; LOHMAN, B.J.; VOTRUBA-DRZAL, E.; PITTMAN, L.D. Chase-Lansdale, P.L. Maternal Functioning, Time, and Money: The World of Work and Welfare. **Children And Youth Services Review**, v.29, n.6, p.721-741, 2007. Disponível em: [10.1016/j.childyouth.2006.12.003](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2006.12.003). Acesso em: 15 jan. 2024.

COSTA, S.M., MARTINS, C.C.; BONFIM, M.D.E.; L, ZINA. L.G.; PAIVA, S.M.; PORDEUS, I.A.; ABREU, M.H. A systematic review of socioeconomic indicators and dental caries in adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 9, n. 10, p. 3540-74, 2012. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/9/10/3540>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CRALL, J.J.; FORREST, C.B. A life course health development perspective on oral health. In: HALFON, N.; FORREST, C.B.; LERNER, R.M.; FAUSTMAN, E.M. **Handbook of life course health development**. Berlin: Springer, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK543698/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

DORRI, M.; SHEIHAM, A.; WATT, R.G. Modelling the factors influencing general and oral hygiene behaviours in adolescents. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.20, n.4, p.261-9, 2010. Disponível em: [10.1111/j.1365-263X.2010.01048.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2010.01048.x). Acesso em: 15 jan. 2024.

DE JONG-LENTERS, M.; DUIJSTER, D.; BRUIST, M.A.; THIJSSSEN, J.; DE RUITER, C. The relationship between parenting, family interaction and childhood dental caries: a case-control study. **Social Science & Medicine**, v.116, p. 49-55, 2014. Disponível em: [10.1016/j.socscimed.2014.06.031](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.031). Acesso em: 15 jan. 2024

DOS SANTOS PINTO. G.; DE ÁVILA, QUEVEDO. L.; BRITTO, CORREA. M.; SOUSA, AZEVEDO. M.; LEÃO, GOETTEMES. M.; TAVARES, PINHEIRO. R.; DEMARCO, F.F. Maternal Depression Increases Childhood Dental Caries: A Cohort Study in Brazil. **Caries Research**, v. 51, n.1, p17-25, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000449040>. Acesso em: 15 jan. 2024.

DUTRA, L.D.C.; NEVES, É.T.B.; LIMA, L.C.M.; GOMES, M.C.; FORTE, F.D.S.; PAIVA, S.M.; ABREU, MHNG.; FERREIRA, F.M.; GRANVILLE-GARCIA, A.F. Degree of family cohesion and social class are associated with the number of cavitated dental caries in adolescents. **Brazilian Oral Research**, v. 17, n.34, p.37-46, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0037>. Acesso em: 15 jan. 2024.

DUIJSTER, D.; O'MALLEY, L.; ELISON, S.; VAN LOVEREN, C.; MARCENES, W.; ADAIR, P.M. ET. AL.; Family relationships as an explanatory variable in childhood dental caries: a systematic review of measures. **Caries Research**, v. 47, n. 1, p. 22-39, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000351832>. Acesso em: 15 jan. 2024.

DUIJSTER, D.; VAN LOVEREN, C.; DUSSELDORP, E.; VERRIPS, G.H. Modelling community, family, and individual determinants of childhood dental caries. **European Journal of Oral Sciences**, v. 122, n. 2, p. 125-33, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/eos.12118>. Acesso em: 15 jan. 2024.

DUIJSTER, D.; VERRIPS, G.H.; VAN LOVEREN, C. The role of family functioning in childhood dental caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 42, n3, p.193-205,2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12079>. Acesso em: 15 jan. 2024.

FIRMINO, R.T.; FERREIRA, F.M.; PAIVA, S.M.; GRANVILLE-GARCIA, A.F.; FRAIZ, F.C.; MARTINS, C.C. Oral health literacy and associated oral conditions: A systematic review. **The Journal of the American Dental Association**, v.148, n.8, p.604-613, 2017. Disponível em: [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(17\)30347-1/fulltext](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(17)30347-1/fulltext). Acesso em: 15 jan. 2024.

FALCETO, O.G.; BUSNELL, E.D.; BOZZETTI, M.C. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para a utilização em serviços de atenção primária à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.7, n. 4, p.255-263, 2000. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2000.v7n4/255-263/pt/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

FERREIRA, L.L.; BRANDÃO, G.A.M.; GARCIA, G. ET.; AL. Family cohesion associated with oral health, socioeconomic factors and health behavior. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, p.2461-2473, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800031>. Acesso em: 15 jan. 2024.

FINLAYSON, T.L.; ASGARI, P.; DOUGHERTY, E.; TADESE, B.K.; STAMM, N.; NUNEZ-ALVAREZ, A. Child, caregiver, and family factors associated with child dental utilization among Mexican migrant families in California. **Community Dental Health**, v. 35, n.35, p.89-94, 2018. Disponível em: [10.1922/CDH_4201Finlayson06](https://doi.org/10.1922/CDH_4201Finlayson06). Acesso em: 15 jan. 2024.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2013. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, v.386, n.9995, p.743-800, 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4). Acesso em: 15 jan. 2024.

HALLIDAY, J.A.; PALMA, C.L.; MELLOR, D.; GREEN, J.; RENZANO, A.M. The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: a systematic review. **International Journal of Obesity**, v. 38, n.4, p.480-493, 2014. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/ijo2013213>. Acesso em: 15 jan. 2024.

HAMMES, P.S.; CREPALDI, M.A.; BIGRAS, M. Family functioning and socioaffective competencies of children in the beginning of schooling. **The Spanish journal of psychology**, v.15, n.1, p.124-34, 2012. Disponível em: [10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n1.37295](https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n1.37295). Acesso em: 15 jan. 2024.

HOOLEY, M.; SKOUTERIS, H.; BOGANIN, C.; SATUR, J.; KILPATRICK, N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. **Journal of Dentistry**, v. 40, n.11, p. 873-85, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2012.07.013>. Acesso em: 15 jan. 2024.

HUMMEL, A.; SHELTON, K.H.; HERON, J.; MOORE, L.; VAN DEN BREE, M.B. A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. **Addiction**, v.108, n.3, p. 487-96, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/add.12055>. Acesso em: 15 jan. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-francisco/panorama> Acesso em 10 jun 2019.

IZZO, F.; BAIOTTO, R.; PISTELLA, J. Children's and Adolescents' Happiness and Family Functioning: A Systematic Literature Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.19, n.24, p.1659, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph192416593>. Acesso em: 15 jan. 2024.

KOENIG, H.G.; MEADOR, K.; PARKERSON, G. Religion Index for Psychiatric Research: a 5-item Measure for Use in Health Outcome Studies. **The American Journal of Psychiatry**, v.154, p. 885-886, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/ajp.154.6.885b>. Acesso em: 15 jan. 2024.

LEEMAN, J.; CRANDELL, J.L.; LEE, A.; BAI, J.; SANDELOWSKI, M.; KNAFL, K. Family Functioning and the Well-Being of Children With Chronic Conditions: A Meta-Analysis. **Research in Nursing & Health**, v.39, n.4, p.229-43, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.21725>. Acesso em: 15 jan. 2024.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, LUCCHETTI, A.L.; PERES, M.F.; LEÃO, F.C.; MOREIRA-ALMEIDA, A. KOENIG HG. ET.; AL. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **Journal of Religion and Health**, v. 51, n.2, p.579-86, 2012. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-010-9429-5>. Acesso em: 15 jan. 2024.

Influência da saúde bucal e fatores sociais nas relações familiares de crianças pré-escolares brasileiras

MCLEOD, J.; KRUTTSCHNITT, C.; DORNFELD, M. Does parenting explain the effects of structural conditions on children's antisocial behavior? A comparison of Blacks and Whites. **Social Forces**, v.73, n.2, p.575-604, 1994. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2579822>. Acesso em: 15 jan. 2024.

MERCHÁN-HAMANN, E; TAUIL, P.L. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, e2018126. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100026>. Acesso em: 24 jul. 2024.

NANJAPPA, S.; HECTOR, M.; MARCENES, W. Mother's Perception of General Family Functioning and Sugar Consumption of 3- and 4-Year-Old Children: The East London Family Study. **Caries Research**, v.49, n.5, p.515-22, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000431234>. Acesso em: 15 jan. 2024.

NEVES, E.T.B.; DUTRA, L.C.; GOMES, M.C.; PAIVA, S.M.; ABREU, M.H.N.G.; FERREIRA, F.M.; GRANVILLE-GARCIA, A.F. The impact of oral health literacy and family cohesion on dental caries in early adolescence. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.48, n.3, p.232-239, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12520>. Acesso em: 15 jan. 2024.

NELSON, S.; LEE, W.; ALBERT, J.M.; SINGER, L.T. Early maternal psychosocial factors are predictors for adolescent caries. **Journal of Dental Research**, v.91, n.9, p.859-64, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000431234>. Acesso em: 15 jan. 2024.

OLSON, D.H.; SPRENKLE, D.H.; RUSSEL, C.S. Circumplex model of marital and family systems: I – Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. **Family Process**, v.18, n.1, p.3-28, 1979. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x>. Acesso em: 15 jan. 2024.

OLSON, D.H.; GORALL, D.M. Circumplex Model of marital and family systems. In: WALSH, F. **Normal Family Processes**. 3th Edition. New York: Guilford; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Oral health surveys: basic methods**. 5th ed. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548649>. Acesso em: 15 jan. 2024.

PAULA, J.S.; RODRIGUES, P.A.; MATTOS, F.F.; ABREU, M.H.N.G.; CHALUB, L.L.F.H.; ZINA, L.G. Mother's education and family relations protect children from dental caries experience: a salutogenic approach. **Brazilian Oral Research**, v.8, n. 36, p.111, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0111>. Acesso em: 15 jan. 2024.

PATTERSON, G.R.; FORGATCH, M.S.; DEGARMO, D.S. Cascading effects following intervention. **Development and Psychopathology**, v.22, n.4, p.949-70, 2010. Disponível em: [doi:10.1017/S0954579410000568](https://doi.org/10.1017/S0954579410000568). Acesso em: 15 jan. 2024.

PESCE, R.P.; ASSIS, S.; AVANCI, J.Q.; SANTOS, N.C.; MALAQUIAS, J.V.; CARVALHAES, R. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale. **Caderno de Saúde Pública**, v.21, n.2, p.436-448, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200010>. Acesso em: 15 jan. 2024.

RENZAHO, A.M.; DE SILVA-SANIGORSKI, A. The importance of family functioning, mental health and social and emotional well-being on child oral health. **Child Care, Health and Development**, v.40, n.4, p.543-52, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cch.12053>. Acesso em: 15 jan. 2024.

RENZAHO, A.M.; DAU, A.; CYRIL, S.; AYALA, G.X. The influence of family functioning on the consumption of unhealthy foods and beverages among 1- to 12-y-old children in Victoria, Australia. **Nutrition**, v.30, n.9, p.1028-33, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2014.02.006>. Acesso em: 15 jan. 2024.

RHEE, K. Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning. **The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science**, v.11, n.37, p.615, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0002716207308400>. Acesso em: 15 jan. 2024.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2023.

RYAN, C.E., EPSTEIN, N.B., KEITNER, G.I., MILLER, I.W.; BISHOP, D.S. **Evaluating and Treating Families: The McMaster Approach**. New York: Routledge, 2005.

SCAGLIONI, S., DE COSMI, V.; CIAPPOLINO, V.; PARAZZINI, F.; BRAMBILLA, P.; AGOSTONI, C. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. **Nutrients**, v.10, n.31, p.706, 2018. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/10/6/706>. Acesso em: 15 jan. 2024.

SEPÚLVEDA, A.R.; LACRUZ, T.; SOLANO, S.; BLANCO, M.; MORENO, A.; ROJO, M.; BELTRÁN, L.; GRAELL, M. Identifying Loss of Control Eating within Childhood Obesity: The Importance of Family Environment and Child Psychological Distress. **Children (Basel)**, v.7, n.11, p. 225, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9067/7/11/225>. Acesso em: 15 jan. 2024.

SILVA, A.N.; DE LIMA, S.T.A.; VETTORE, M.V. Protective psychosocial factors and dental caries in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.28, p.443-458, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ipd.12375>. Acesso em: 15 jan. 2024.

VANDENBROUCKE, J.P.; VON, E.L.M. E.; ALTMAN, D.G.; GØTZSCHE, P.C.; MULROW, C.D.; POCOCK, S.J.; POOLE, C.; SCHLESSELMAN, J.J.; EGGER, M. STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. **International Journal of Surgery**, v.12, n.12, p.1500-24, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2014.07.014>. Acesso em: 15 jan. 2024.

WAGNILD, G.M.; YOUNG, H.M. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**, v.1, p.165-78, 1993. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7850498/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

YATES, B.C.; BENSLEY, L.S.; LALONDE, B.; LEWIS, F.M.; WOODS, N.F. The impact of marital status and quality on family functioning in maternal chronic illness. **Health Care for Women International**, v.16, n.5, p.437-49, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07399339509516197>. Acesso em: 15 jan. 2024.

ZAHRA, S.T.; SALEEM, S. Family cohesion and depression in adolescents: A mediating role of self-confidence. **Journal of the Pakistan Medical Association**, v.71, n. 2, p.677-680, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.47391/jpma.1384>. Acesso em: 15 jan. 2024.

XYRAKIS, N.; AQUILINA, B.; MCNIECE, E.; TRAN, T.; WADDELL, C.; SUOMI, A.; PASALICH, D. Interparental Coercive Control and Child and Family Outcomes: A Systematic Review. **Trauma Violence Abuse**, v.27, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/15248380221139243>. Acesso em: 15 jan. 2024.



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).