



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**ROANNY TORRES LOPES**

**FATORES NÃO CLÍNICOS ASSOCIADOS AO ALFABETISMO EM SAÚDE  
BUCAL: UM ESTUDO COM ADOLESCENTES**

**CAMPINA GRANDE - PB**

**2019**

**ROANNY TORRES LOPES**

**FATORES NÃO CLÍNICOS ASSOCIADOS AO ALFABETISMO EM SAÚDE  
BUCAL: UM ESTUDO COM ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Flávia Granville-Garcia

**CAMPINA GRANDE-PB**

**2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L864f Lopes, Roanny Torres.  
Fatores não clínicos associados ao alfabetismo em saúde bucal [manuscrito] : um estudo com adolescentes / Roanny Torres Lopes. - 2019.  
122 p. : il. colorido.  
Digitado.  
Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.  
"Orientação : Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia, Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."  
1. Alfabetização em saúde. 2. Saúde bucal. 3. Relações familiares. 4. Adolescente. I. Título  
21. ed. CDD 617.601

**ROANNY TORRES LOPES**

**FATORES NÃO CLÍNICOS ASSOCIADOS AO ALFABETISMO EM SAÚDE  
BUCAL: UM ESTUDO COM ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Aprovada em: 30 / 05 / 2019

**BANCA EXAMINADORA**

*Franklin Delano Soares Forte*

---

**Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte (UEPB)  
Membro titular (Examinador 1)**

*Andreza Cristina de Lima Targino Massoni*

---

**Prof. Dra. Andreza Cristina de Lima Targino Massoni (UEPB)  
Membro titular (Examinador 2)**

*Ana Flávia Granville Garcia*

---

**Prof. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia (UEPB)  
Membro titular (Orientadora)**

*Dedico a minha família, que nunca mediu esforços para que hoje eu estivesse aqui. A quem devo tudo!*

## AGRADECIMENTOS

**A Deus**, por todas as coisas. Pela minha família. Pelas pedras no caminho, para me ensinar a direção. Pelas dificuldades, que me ensinaram que há um tempo para todas as coisas. Por sempre me dar mais do que mereço! Gratidão sempre!

**A minha família**, meus pais, **Fabiana Lopes** e **Antonio Torres** e meu irmão **Eduardo**, que sempre serão meu abrigo. Agradeço toda dedicação em me proporcionar um caminho menos árduo do que aquele que tiverem. Por sempre acreditarem em mim. Por todo o carinho e cuidado sempre!

**Aos meus avós**, **Fausto** (*in memoriam*) e **Ana, Helena** (*in memoriam*) e **Nestor**, agradeço por todo amor e carinho, que jamais seria possível expressar em palavras.

**Ao meu namorado**, **Tayson José**, que me acompanha em todos os momentos da vida. Pela disposição em oferecer o que preciso, pela palavra amiga, carinho e compreensão sempre.

**A Ana Flávia Granville-Garcia**, meu muito obrigada por esses dois anos de aprendizado. Pela paciência, ensinamentos e exemplo de docência. Pela busca incessante em nos tornar melhores a cada dia.

**Aos demais familiares**, que sempre torceram pelo meu crescimento e vibraram com as minhas conquistas.

**Aos amigos do apê 202 A**, **Jozias Rufino**, **Luan Éverton**, **Jéssica Gomes**, **Luiz Eduardo** pela amizade, pelos momentos alegres e divertidos, pelas conversas, pela ajuda nos momentos de necessidade.

**Aos amigos do grupo de Epidemiologia**, **Larissa Chaves**, **Érick Tássio**, **Matheus Perazzo**, **Ramon Targino**, **Luíza Jordânia**, **Laio Dutra**, **Mirela Liberato**, **Monalisa Gomes** e **Emilly** por sempre se colocarem a disposição, pela colaboração, incentivo, união, meu muito obrigada!

**Aos amigos da turma de Mestrado 2017.2**, em especial **Pedro Targino**, **Isla Laureano**, **Daniella Lucena** e aos demais colegas pela amizade sincera, pelo

companheirismo, a disponibilidade, a torcida sempre um pelo outro, sempre terão um lugar no meu coração.

**A todos os professores do Programa de Pós-graduação da UEPB**, em especial **Dani Pita** e **Cassiano Nonaka** pelo empenho, zelo e dedicação em fortalecer o Programa de Pós-Graduação e sempre somar, para que todos cresçamos juntos.

**Aos alunos e professores da UFMG**, em especial professora **Fernanda Moraes**, que tão atenciosamente me recebeu e contribuiu com seu conhecimento para que esse trabalho se realizasse.

**Aos professores convidados para banca examinadora, Dr. Franklin Delano** e **Dra. Andreza Targino** pela disponibilidade em aceitar nosso convite, pelas considerações tão pertinentes e pelas palavras carinhosas.

**A todos os servidores do PPgO**, especialmente **Dioliane, Dione, Rejane** e **Aiane** que exercem seu trabalho com amor e dedicação e sempre estão dispostas a ajudar.

**Aos órgãos de financiamento**, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ) pelo apoio para que esse trabalho se concretizasse.

*“Porque eu, o Senhor teu Deus, te tomo pela tua mão direita; e te digo: Não temas, eu te ajudo.”*

*Isaías 41.13*

## FATORES NÃO CLÍNICOS ASSOCIADOS AO ALFABETISMO EM SAÚDE BUCAL: UM ESTUDO COM ADOLESCENTES

### RESUMO

**OBJETIVO:** Avaliar os fatores não clínicos associados ao alfabetismo em saúde bucal (ASB) em adolescentes de Campina Grande (PB), Brasil. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo transversal, analítico com 740 pré-adolescentes de 12 anos e 746 adolescentes de 15 a 19 anos, selecionados por amostragem probabilística em escolas públicas e privadas. O BREALD-30 foi o instrumento escolhido para avaliar o ASB. Foram utilizados questionários para obter informações sociodemográficas, utilização de substâncias lícitas e ilícitas (ASSIST) e coesão e adaptabilidade familiar (FACES III). Também foi indagado aos adolescentes sobre o tipo de serviço odontológico utilizado. A concordância inter e intra-examinadores para o BREALD-30 foi  $K > 0.80$ . Foi utilizado um gráfico acíclico direcionado para selecionar os fatores de confusão. Foram conduzidas análise descritiva e Regressão de Poisson ( $\alpha = 5\%$ ). **RESULTADOS:** Permaneceram associados a um maior ASB entre adolescentes de 12 anos: o sexo feminino (RE= 1.09; IC 95%:1.03-1.14), coesão familiar conectada (RE= 1.12; IC 95%: 1.05-1.20), a adaptabilidade familiar dos tipos rígida (RE= 1.14; IC 95%: 1.04-1.25) e estruturada (RE= 1.11; IC 95%: 1.04-1.20), a escolaridade da mãe superior a oito anos de estudo (RE= 1.16; IC 95%: 1.10-1.22), a idade do responsável maior que 38 anos (RE= 1.07; IC 95%: 1.02-1.13) e o serviço odontológico privado (RE= 1.06; IC 95%: 1.01-1.12). Para adolescentes de 15 a 19, um maior ASB foi associado à escolaridade da mãe maior que oito anos (RE= 1.07; IC 95%: 1.03-1.12), renda superior a R\$ 937 (RE= 1.04; IC 95%: 1.01-1.09), menos de 5 moradores em casa (RE= 1.07; IC 95%: 1.01-1.14), etnia branca (RE= 1.05; IC 95%: 1.01-1.10), pais casados (RE= 1.04; IC 95%:1.01-1.09), uma coesão familiar aglutinada (RE= 1.21; IC 95%: 1.12-1.30) e a adaptabilidade familiar dos tipos rígida (RE= 1.11; IC 95%: 1.04-1.19) e estruturada (RE= 1.06; IC 95%: 1.01-1.12), além da utilização de serviços odontológicos privados (RE= 1.08; IC 95%: 1.03-1.13). **CONCLUSÃO:** Fatores sociodemográficos, a qualidade das relações familiares e o tipo de serviço odontológico utilizado foram associados ao nível de ASB dos adolescentes.

**Palavras-chave:** Alfabetização em saúde. Adolescente. Saúde bucal. Fatores socioeconômicos. Dados demográficos. Relações familiares.

## **NON-CLINICAL FACTORS ASSOCIATED WITH ORAL HEALTH LITERACY: A STUDY WITH TEENAGERS**

### **ABSTRACT**

**PURPOSE:** To evaluate non-clinical factors associated with oral health literacy (OHL) in teenagers from Campina Grande, Brazil. **METHODS:** A cross-sectional and analytical study was conducted with 740 teenagers aged 12 years old and 746 teenagers aged 15 to 19 years old, which was selected by probabilistic sampling in public and private schools. BREALD-30 was the instrument chosen to evaluate OHL. Questionnaires were used to obtain sociodemographic information, of legal and illicit substances (ASSIST) and family cohesion and adaptability (FACES III). The teenagers were also asked about the type of dental service used for them. The inter- and intra-examiner agreement for BREALD-30 was  $K > 0.80$ . A directed acyclic graph was used to select the confounding factors. The descriptive analysis and Poisson regression ( $\alpha = 5\%$ ) were conducted. **RESULTS:** Those associated with a higher level of OHL were teenagers aged 12 years old: female (SR = 1.09, 95% CI 1.03-1.14), connected family cohesion (SR = 1.12, 95% CI 1.05-1.20), family adaptability of rigid types (SR = 1.14, 95% CI: 1.04-1.25) and structured family (SR = 1.11, 95% CI 1.04-1.20), the mother's schooling over eight years of study (SR= 1.16; CI 95%: 1.10-1.22), the age of teenager responsible above 38 years old (SR= 1.07; CI 95%: 1.02-1.13) and the private dental service (SP = 1.06, 95% CI: 1.01-1.12). And for teenagers aged 15 to 19 years old of higher OHL was associated with mother's schooling over eight years (SR = 1.07, 95% CI 1.03-1.12), monthly household income higher than R\$ 937 (SR = 1.04, 95% CI 1.01- 1.09), less than 5 home residents (SR = 1.07, 95% CI 1.01-1.14), white ethnicity (SR = 1.05, 95% CI 1.01-1.10), married parentes (SR= 1.04; CI 95%:1.01-1.09), a agglutinated family cohesion (SR = 1.21, 95% CI 1.12-1.30) and the family adaptability of the rigid (SR = 1.11, 95% CI 1.04-1.19) and structured family (SR = 1.06, 95% CI 1.01- 1.12), in addition to the use of private dental services (SR= 1.08, 95% CI 1.03-1.13). **CONCLUSION:** Sociodemographic factors, the quality of family relationships and the type of dental service used were associated with the level of OHL among teenagers.

**Key-words:** Health literacy. Teenager. Oral health. Socioeconomic factors. Demographic data. Family relationships.

## LISTA DE TABELAS

### **Artigo 1 - Características familiares, sociodemográficas e de serviço odontológico associadas ao Alfabetismo em Saúde Bucal de pré-adolescentes.**

Tabela 1. Caracterização da amostra de pré-adolescentes, Campina Grande -PB. ....44

Tabela 2. Regressão de Poisson em relação ao alfabetismo em saúde bucal e fatores associados em pré-adolescentes, Campina Grande-PB. ....46

### **Artigo 2- Importância de um ambiente familiar favorável para o adequado nível de ASB de adolescentes**

Tabela 1. Caracterização da amostra de adolescentes de 15 a 19 anos, Campina Grande-PB. ....62

Tabela 2. Regressão de Poisson em relação ao alfabetismo em saúde bucal e características sociodemográficas, familiares e comportamentais associadas em escolares de 15 a 19 anos de idade, Campina Grande-PB. ....63

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Variável dependente. ....	24
<b>Quadro 2:</b> Variáveis independentes. ....	27

## LISTA DE FIGURAS

**Artigo 1 - Características familiares, sociodemográficas e de serviço odontológico associadas ao Alfabetismo em Saúde Bucal de pré-adolescentes.**

**Figura 1:** Directed Acyclic Graph (DAG) para o efeito de fatores familiares, sociodemográficos e de uso de serviço odontológico no Alfabetismo em Saúde Bucal (ASB), em pré-adolescentes. ....47

**Artigo 2- Importância de um ambiente familiar favorável para o adequado nível de ASB de adolescentes.**

**Figura 1:** Directed Acyclic Graph (DAG) para o efeito de características sociodemográficas, familiares e comportamentais no Alfabetismo em Saúde Bucal (ASB). ....69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB	Alfabetismo em Saúde Bucal
ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DAG	<i>Directed Acyclic Graph</i>
FACES III	<i>Family Adaptability and Cohesion Scales</i>
FAPEMIG	Assistência do Estado de Minas Gerais à Fundação de Amparo à Pesquisa
FAPESQ	Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
IC	Intervalo de Confiança
OHL	<i>Oral Health Literacy</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
RE	Razão de Escor
REALD-30	<i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SR	<i>Score Ratio</i>
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	14
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	17
2.1 GERAL .....	17
2.2 ESPECÍFICOS.....	17
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	18
3.1 Área de estudo .....	18
3.2 Desenho do estudo.....	18
3.3 População de estudo .....	18
3.4 Cálculo amostral .....	18
3.5 Estudo-piloto.....	19
3.6 Critérios de Inclusão .....	19
3.7 Critérios de Exclusão .....	19
3.8 Coleta de dados.....	20
3.9 Elenco de Variáveis .....	23
3.10 Processamento e Análise dos Resultados .....	26
3.11 Considerações éticas.....	26
<b>4 RESULTADOS</b> .....	27
Artigo 1 .....	28
Artigo 2 .....	48
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	67
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	68
<b>APÊNDICES</b> .....	72
<b>ANEXOS</b> .....	81

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O alfabetismo em saúde é entendido como a capacidade de compreender e assimilar informações para que o indivíduo tome decisões acerca de sua própria saúde (BURGETTE et al., 2015; CALVASINA et al., 2016). Trata-se de um importante indicador que pode ser estudado sob o ponto de vista odontológico. Nesse sentido, o alfabetismo em saúde bucal (ASB) se refere à capacidade de reconhecer e utilizar informações de saúde bucal para melhorar e manter os cuidados odontológicos (HARIDAS et al., 2014).

O alfabetismo em saúde é classificado em três tipos: o funcional, que se refere as capacidades básicas de ler e escrever para fazer escolhas simples; o interativo, que une habilidades cognitivas específicas e sociais para obter significado e informações, e o crítico, que utiliza habilidades mais avançadas para extrair informações e ter maior controle sobre a saúde (NUTBEAM, 2000).

Acredita-se que o alfabetismo em saúde bucal contribui positivamente para a saúde bucal pois influencia na maneira de utilizar instruções básicas e serviços de saúde. Trata-se de um indicador que abrange a capacidade de atuar na mudança de comportamentos de saúde com benefícios para o indivíduo e para comunidade (BALISTRENI; ALVIRA-HAMMOND, 2015; BASKARADOSS, 2016).

Muitos instrumentos têm sido desenvolvidos, testados e validados para mensurar o ASB, avaliando o conhecimento em saúde bucal (HOLTZMAN et al., 2016), e o reconhecimento de palavras (HOLTZMAN et al., 2014; JONES et al., 2016). Tais estudos são principalmente direcionados a adultos e crianças e os adolescentes tem recebido pouca atenção (HOFFMAN; RUEDA; BEASLEY, 2019). Esta é uma população considerada vulnerável e que apresenta alta prevalência de agravos bucais, além de dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, por isso é importante investigar o ASB na adolescência (BRASIL, 2012; VAZQUEZ et al., 2015).

Adolescentes estão mais expostos a situações de vulnerabilidade que contribuem para ocorrência de comportamentos de risco, o que pode afetar o desenvolvimento do jovem e a capacidade de obter informações. A experimentação de substâncias psicoativas precocemente, a negligência com a saúde, desarranjos familiares, situações de violência familiar ou social são algumas das situações de

vulnerabilidade que podem impactar na percepção dos jovens sobre suas necessidades em saúde (GRANVILLE-GARCIA et al., 2014; VAZQUEZ et al., 2015). Apesar disso, os jovens são mais receptivos a introdução de novos pensamentos e atitudes, tornando possível que as medidas em saúde aprendidas nessa fase possam ser propagadas durante sua vida e compartilhadas nos seus ambientes de convívio (CHISOLM et al., 2014; CHISOLM et al., 2015).

Em revisões sistemáticas foi observado que a associação de agravos como a cárie dentária, doença periodontal e lesões na mucosa e o alfabetismo em saúde bucal ainda não está consolidada, pois os estudos apresentam resultados conflitantes (FIRMINO et al., 2017; FIRMINO et al., 2018a; FIRMINO et al., 2018b). Nesse sentido, é preciso entender quais fatores estão associados ao alfabetismo em saúde bucal em adolescentes, para que o planejamento de medidas em saúde seja realizado onde necessita de mais atenção.

Aspectos socioeconômicos, como etnia, sexo, grau de instrução foram associados ao alfabetismo em saúde bucal em adultos. Porém há uma carência na literatura de estudos sobre a influência desses fatores no ASB de adolescentes (BLIZNIUK; ZAITSU; KAWAGUCHI, 2015; KANUPURU; FAREED; SUDHIR, 2015). Em adição, um outro fator importante é o tipo de serviço odontológico utilizado pelo adolescente, pois o tempo da consulta, a comunicação com o dentista e a qualidade do serviço ofertado variam conforme o tipo de serviço e influenciam na satisfação dos pacientes (MACAREVICH et al., 2018). Assim, esses aspectos podem influenciar o nível de ASB de adolescentes.

Com relação à utilização de substâncias psicoativas pelos adolescentes, acredita-se que pode influenciar o desenvolvimento cognitivo e a capacidade de aprendizagem dos escolares (CHISOLM et al., 2014; SANDERS, 2009), provavelmente afetando o alfabetismo em saúde bucal.

Além disso, é importante considerar a influência das relações familiares no ASB de adolescentes, pois foi demonstrado que vínculos familiares instáveis aumentam a probabilidade de problemas de saúde bucal e reduzem a utilização de medidas preventivas e o uso de serviços odontológicos (DIVARIS et al., 2011; FERREIRA et al., 2013). Ainda, as relações familiares podem afetar o rendimento escolar de jovens (GUTIÉRREZ-SALDAÑA; CAMACHO-CALDERÓN; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, 2007) e o seu desenvolvimento cognitivo (CHISOLM et al., 2015). Não

há estudos que avaliem a influência das relações familiares sobre o alfabetismo em saúde bucal.

Assim, este estudo visa verificar a associação de fatores não clínicos ao alfabetismo em saúde bucal em adolescentes de Campina Grande-PB.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

- Avaliar os fatores não clínicos associados ao alfabetismo em saúde bucal em adolescentes matriculados em escolas públicas e privadas de Campina Grande – PB.

### 2.2 ESPECÍFICOS

#### Plano de Análise I

- Avaliar o nível de alfabetismo em saúde bucal de adolescentes de 12 anos.
- Verificar a associação de fatores sociodemográficos no alfabetismo em saúde bucal em adolescentes de 12 anos;
- Demonstrar se a coesão e adaptabilidade familiares interferem no nível de alfabetismo em saúde bucal em adolescentes de 12 anos;
- Analisar se o tipo de serviço odontológico utilizado pode influenciar o alfabetismo em saúde bucal do adolescente de 12 anos.

#### Plano de Análise II

- Avaliar o nível de alfabetismo em saúde bucal de adolescentes de 15 a 19 anos.
- Verificar a associação de fatores sociodemográficos no alfabetismo em saúde bucal em adolescentes de 15 a 19 anos;
- Demonstrar se a coesão e adaptabilidade familiares interferem no nível de alfabetismo em saúde bucal em adolescentes de 15 a 19 anos;
- Analisar se o uso de substância lícitas/ilícitas pode influenciar o alfabetismo em saúde bucal de adolescentes de 15 a 19 anos.
- Avaliar se o tipo de serviço odontológico utilizado pode influenciar o alfabetismo em saúde bucal do adolescente de 15 a 19 anos.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Área de estudo**

A cidade de Campina Grande está localizada no interior do estado da Paraíba, no agreste paraibano, na parte oriental do Planalto da Borborema. Com uma população estimada de 407,472 habitantes, o município de Campina Grande apresenta uma área total de 594.182 km<sup>2</sup> e é um dos principais polos de desenvolvimento econômico do interior do Nordeste. A vigilância sanitária subdivide o município em seis distritos sanitários, visando facilitar a programação local dos serviços de saúde (IBGE, 2018).

#### **3.2 Desenho do estudo**

Foi desenvolvido um estudo do tipo transversal, analítico, visando verificar fatores não clínicos associados ao alfabetismo em saúde bucal em adolescentes de Campina Grande-PB. Os estudos transversais são importantes, pois permitem analisar a distribuição de um agravo em determinada população, além de serem úteis como base para o planejamento e determinação de necessidades coletivas de tratamento. Apresentam, entre outras vantagens, baixo custo e objetividade dos dados (FRAZÃO, 2003; PEREIRA, 1995; PINTO, 2000).

#### **3.3 População de estudo**

Adolescentes de doze e quinze a dezenove anos, assistidos em escolas públicas e privadas da cidade de Campina Grande-PB. O município apresenta 58 escolas privadas e 73 públicas, perfazendo um total de 41.000 adolescentes matriculados. Aos 12 anos são 24.911 escolares matriculados e 13.933 de 15 a 19 anos, de acordo com o censo escolar de 2014 (INEP, 2015).

#### **3.4 Cálculo amostral**

Nesta pesquisa o cálculo amostral foi realizado por meio de uma amostragem probabilística por conglomerados para amostras complexas, estratificado em dois estágios (escolas e adolescentes) proporcional ao número de estabelecimentos por

Distritos Sanitários. Em cada estrato, foi selecionado um número determinado de escolas, e, em cada escola, os adolescentes foram selecionados a partir de uma amostra aleatória simples. A amostra foi obtida por meio do cálculo de estimativa de proporção, de acordo com Kirkwood (1996), considerando um nível de significância de 95% e erro admissível de 5%. Foi considerada uma prevalência de agravo de 50% por fornecer a maior amostra possível, aumentando o poder do estudo.

Onde:

$$n = Z_{1-\alpha}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Então:

$\alpha$ : nível de significância = 95%

p: prevalência do agravo analisado = 50%

d: erro admissível = 5%

Deste modo, segundo o cálculo de estimativa de proporções, o tamanho amostral foi de 384 adolescentes.

O processo de amostragem por conglomerados (cluster) altera a precisão das estimativas, já que essas dependem do grau de homogeneidade interna dos conglomerados. Ao se proceder a essa técnica de amostragem, a amostra torna-se mais heterogênea. Essa correção pode ser efetuada de forma simplificada e conservadora: multiplica-se o tamanho da amostra por 1,2 a 2,0. Esse procedimento é denominado efeito de delineamento ou efeito do desenho. Foi utilizado o fator 1,6, sendo a amostra estimada em 615 adolescentes. Além disto, foi prevista uma taxa de erro de 20% ao tamanho amostral. Assim, a amostra final foi de 769 escolares de doze anos e 769 de quinze a dezenove anos.

### 3.5 Critérios de Inclusão

- Adolescentes de doze e de quinze a dezenove anos, matriculados em escolas públicas e privadas, de Campina Grande-PB.

### 3.6 Critérios de Exclusão

- Alterações cognitivas, presença de síndromes e deficiências que afetam a capacidade de aprendizado, de leitura e de escrita. O diagnóstico dessas alterações foi realizado por profissional médico anteriormente ou relatado pelos professores/responsáveis.

### 3.7 Estudo-piloto

Antes de iniciar o estudo principal foi realizado um estudo piloto para testar e avaliar a metodologia proposta para a realização do estudo. O estudo piloto foi realizado em escolas (uma pública e uma privada) selecionadas por conveniência. Nesta etapa, participaram 50 adolescentes de 12 anos e 50 adolescentes de 15 a 19 anos, para cada grupo, 25 pertenciam a escola pública e 25 a escola privada. Concluiu-se, que a metodologia não necessitava de modificações. Os adolescentes que participaram deste estudo não foram incluídos no estudo principal.

### 3.8 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada nas escolas selecionadas para o estudo por dois dentistas previamente treinados (VILELLA et al., 2016). Foi realizado treinamento teórico, no qual foram explicados os tipos de erros de pronúncia, que consistiam em: omitir ou adicionar letras nas palavras, ler de forma devagar ou repetindo palavras e sílabas ou substituir por palavra semelhante e dificuldade em identificar a sílaba acentuada. Em seguida, os pesquisadores assistiram vídeos de indivíduos com diferentes níveis de alfabetismo e atribuíram pontuações para cada caso, que eram comparadas ao padrão-ouro. Para a concordância inter-examinadores o valor de Kappa correspondeu a 0,87 - 0,88.

Para a calibração, novos vídeos foram analisados, os pesquisadores lhes atribuíram pontuações e após uma semana o processo foi repetido para avaliar a concordância intra-examinadores, alcançando valores de teste Kappa de 0,87 - 0,89. Os resultados foram comparados aos obtidos pelo padrão-ouro e discutidos.

Foram aplicados os seguintes questionários:

- Questionário sobre condições sociodemográficas, dirigido aos pais/responsáveis (APÊNDICE A);
- Questionamento sobre o tipo de serviço odontológico utilizado, dirigido aos adolescentes (ANEXO A);
- Questionário Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB, dirigido aos pais/responsáveis (ANEXO B);
- Questionário BREALD-30, dirigido aos adolescentes (ANEXO C);
- Questionário FACES III, dirigido aos adolescentes (ANEXO D);
- Questionário ASSIST, dirigido aos adolescentes (ANEXO E);

### **Questionário de dados sócio-demográficos e tipo de serviço odontológico utilizado**

Os pais/responsáveis pelos adolescentes responderam o questionário a fim de obter dados sobre: idade do adolescente, sexo do adolescente, etnia/cor autodeclarada, número de pessoas residentes, posição na família, renda mensal familiar, escolaridade materna, idade do responsável.

Foi dirigida aos adolescentes uma questão sobre qual tipo de serviço odontológico, Público ou Privado, utilizaram pela última vez.

### **Questionário Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB**

Foi aplicado o questionário do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (ABEP, 2015), direcionado ao pai/responsável. O CCEB classifica a população em classes econômicas com base na posse de bens de consumo, como máquina de lavar roupa, *freezer*, aparelho de DVD, microcomputadores, máquinas lavadora e/ou secadora de louças, forno micro-ondas, geladeiras, motocicletas e automóveis e a pavimentação da rua e distribuição de água.

As classes definidas pelo CCEB em ordem decrescente, são: A1, A2, B1, B2, C, D e E.

Para cada bem de consumo é atribuída pontuação diferente de acordo com a quantidade de itens na casa, que ao final foram somadas e classificadas da seguinte forma: Classe A (45- 100 pontos), Classe B1 (38- 44 pontos), Classe B2 (29- 37 pontos), Classe C1 (23- 28 pontos), Classe C2 (17- 22 pontos), Classes D e E (0- 16 pontos).

### **Questionário BREALD-30**

Para avaliar a educação em saúde bucal, foi utilizado o instrumento BREALD-30 (JUNKES et al., 2015). Este é formado por trinta palavras relacionadas à odontologia, estando distribuídas em ordem crescente de dificuldade. As palavras foram lidas em voz alta pelo entrevistado, para cada erro de pronúncia é atribuída pontuação zero e para acerto a pontuação é igual a um. A pontuação mínima adotada é zero (todas as palavras pronunciadas erradas) e máxima 30 (todas as palavras pronunciadas corretamente) (KHAN et al., 2014; LEE et al., 2011). Para esse estudo, o alfabetismo em saúde bucal foi categorizado como variável discreta.

### **Questionário FACES III**

O FACES III, desenvolvido no Departamento de Ciências Sociais da Família, da Universidade de Minnesota, é parte de uma escala diagnóstica de funcionamento familiar (*Family Adaptability and Cohesion Scales*). Através desse instrumento é feita a mensuração da coesão familiar (capacidade da família de manter-se unida frente às modificações do dia-a-dia) e adaptabilidade familiar (capacidade dos componentes da família de alterar funções e princípios de funcionamento para adequá-los à tarefa ou ao momento a enfrentar) (OLSON; TIESEL, 2003).

Foi validado no Brasil, é composto por 20 perguntas, com cinco possíveis respostas (quase nunca=1; raramente=2; às vezes=3; frequentemente=4; quase sempre=5) que foram explicadas pelo examinador antes do início da aplicação do questionário. São perguntas simples e de fácil entendimento para adolescentes a partir de 12 anos. As 10 perguntas ímpares correspondem à coesão familiar, e as 10 perguntas pares referem-se à adaptabilidade familiar (FALCETO; BUSNELLO; BOZZETTI, 2000; OLSON; TIESEL, 2003).

De acordo com os escores de coesão familiar, as famílias serão classificadas dentre quatro grupos para coesão familiar e para adaptabilidade familiar, as pontuações obtidas para a coesão e a adaptabilidade classificam as famílias de acordo com a Escala FACES III (OLSON; SPRENKLE; RUSSEL, 1989).

Para a coesão, famílias desconectadas, apresentavam baixo escore (10-34) de coesão familiar e alta independência entre os familiares; famílias separadas, com

escores moderado-baixo (35-40) de coesão e com certo grau de independência entre os familiares; famílias conectadas, com escores moderado-alto (41-45) de coesão e moderada dependência entre os familiares; e famílias aglutinadas, que apresentam alto escore (46-50) de coesão familiar e alto grau de dependência entre os entes familiares. Para adaptabilidade familiar, as famílias também são classificadas em quatro grupos: família rígida, com escores entre 10 a 19 de adaptabilidade familiar; família estruturada, com escores entre 20 a 24 de adaptabilidade familiar; família flexível, com escores de adaptabilidade entre 25 a 29; família muito flexível, com escores entre 30 a 50 de adaptabilidade familiar (OLSON; SPRENKLE; RUSSEL, 1989).

### **Questionário ASSIST**

Para avaliar a utilização de substâncias psicoativas, foi utilizado o instrumento ASSIST. Este instrumento foi desenvolvido pela OMS e foi validado para a língua portuguesa (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTE, 2011; WHO, 2002).

Os adolescentes responderam questões sobre o uso de substâncias lícitas (tabaco e álcool) e substâncias ilícitas (maconha, cocaína, estimulantes, opiáceos, sedativos, inalantes e alucinógenos). Para esta pesquisa, esta variável foi categorizada como sim, para os adolescentes que afirmaram o consumo pelo menos uma vez nos últimos três meses e não, para aqueles que não consumiram.

### **3.9 Elenco de Variáveis**

#### **➤ Variável dependente**

O Alfabetismo em Saúde Bucal, variável dependente a ser pesquisada pelo BREALD-30, foi categorizada de forma discreta em baixo e alto alfabetismo, de acordo com a pontuação atingida (LEE et al., 2007; WEHMEYER et al., 2014).

**Quadro 1:** Variável dependente.

<b>Variável dependente</b>	<b>Definição da variável</b>	<b>Categorização</b>
Alfabetismo em saúde bucal	Nível de alfabetismo em saúde bucal do adolescente	Foi considerado alto ASB o maior número de acertos. Baixo ASB o menor número de acertos.

➤ Variáveis independentes

**Quadro 2:** Variáveis independentes.

<b>Variáveis Independentes</b>	<b>Definição da variável</b>	<b>Categorização</b>
Sexo	Sexo do adolescente	0. Feminino 1. Masculino
Etnia/cor autodeclarada	Etnia autodeclarada	0. Branca 1. Preta 2. Parda 3. Amarela
Tipo de escola	Tipo de escola que o adolescente está vinculado	0. Pública 1. Privada
Número de pessoas em casa	Número de pessoas que moram com o adolescente	≤ 5 pessoas >5 pessoas
Posição na família	A posição, baseada na faixa etária, que o adolescente ocupa entre os irmãos.	0. Mais novo 1. Mais velho 2. Do meio
Renda mensal familiar	Relato do responsável sobre a renda mensal	≤ 937 reais >937 reais

	da família	
Escolaridade materna	Relato do responsável sobre a escolaridade	≤ 8 anos de estudo > 8 anos de estudo
Classe Econômica	Classe Econômica medida de acordo com o questionário de critério de classificação econômica brasileiro (CCEB)	0. Classe A 1. Classe B1 2. Classe B2 3. Classe C 4. Classe D 5. Classe E
Idade do responsável	Idade do responsável pelo adolescente	Categorizado de acordo com a mediana
Coesão Familiar	Nível de coesão da família do adolescente	0. Aglutinada 1. Conectada 2. Separada 3. Desconectada
Adaptabilidade Familiar	Nível de adaptabilidade da família do adolescente	0. Rígida 1. Estruturada 2. Flexível 3. Muito flexível
Uso de substância psicoativa	Se já fez uso de alguma substância lícita	0.Sim 1.Não
Uso de substância psicoativa	Se já fez uso de alguma substância ilícita	0.Sim 1.Não
Uso do serviço odontológico	Tipo de serviço odontológico utilizado na última consulta	0.Privado. 1.Público.

### 3.10 Processamento e Análise dos Resultados

A estatística descritiva foi realizada para caracterizar a amostra. A variável dependente, alfabetismo em saúde bucal foi tratada como discreta. Foi utilizado o Directed Acyclic Graph (DAG) por meio do software DAGitty versão 3.0, para selecionar as variáveis de ajuste do estudo.

Foi realizada regressão de Poisson, as variáveis com  $p < 0,20$  foram incluídas no modelo multivariado e aquelas com valor  $p < 0,05$  mantidas no modelo ajustado e consideradas associadas ao ASB. A organização dos dados e as análises foram realizadas utilizando o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows, version 22.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

### 3.11 Considerações éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba (protocolo: 55953516.2.1001.5187) (ANEXO F), de acordo com a Declaração de Helsinki e a resolução CNS Nº 466/2012. Um documento oficial explicando a natureza da pesquisa foi encaminhado e aprovado pela Secretaria de Educação Estadual (APÊNDICE B), municipal (APÊNDICE C) e, posteriormente, pela direção das escolas. Uma vez obtidas as aprovações, foram destinados termos de consentimentos livres e esclarecidos aos pais e/ou responsáveis (APÊNDICE D) para a participação destes na pesquisa, e os termos de assentimento para os adolescentes (APÊNDICE E). A listagem das escolas e o número de alunos foram solicitadas às secretarias de educação estadual e municipal, para que fosse realizado o processo de amostragem.

## **4 RESULTADOS**

Os resultados deste trabalho serão apresentados na forma de dois artigos, dispostos a seguir.

**Artigo 1**

**Periódico: International Journal of Paediatric Dentistry**

Fator de impacto: Impact Factor: 1,383/Qualis A1

Artigo formatado seguindo as normas de publicação do periódico (Anexo G)

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES, SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SERVIÇO  
ODONTOLÓGICO ASSOCIADAS AO ALFABETISMO EM SAÚDE BUCAL DE PRÉ-  
ADOLESCENTES

ALFABETISMO EM SAÚDE BUCAL DE PRÉ-ADOLESCENTES

Roanny Torres Lopes<sup>1</sup>; Érick Tássio Barbosa Neves<sup>1</sup>; Monalisa Cesarino Gomes<sup>1</sup>;  
Saul Martins Paiva<sup>2</sup>; Fernanda Morais Ferreira<sup>2</sup>; Ana Flávia Granville-Garcia<sup>1</sup>

1. Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande-PB. E-mail: roannytorres@gmail.com; erick.tassio@hotmail.com; monalisacesarino@gmail.com; anaflaviagg@gmail.com.
2. Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: smpaiva@uol.com.br; femoraisfe@gmail.com.

Autor para correspondência:

Nome: Ana Flávia Granville-Garcia.

Endereço: R. Baraúnas, 351 - Universitário, Campina Grande - PB, 58429-500.

Telefone: +558333153326

E-mail: anaflaviagg@gmail.com.

Contribuições dos autores: Lopes RT e Neves ETB participaram da interpretação dos dados e redação do artigo; Paiva SM, Ferreira FM, Granville-Garcia AF participaram da concepção e planejamento da pesquisa; Neves ETB coletou os dados; Gomes MC participou da interpretação e análise dos dados; Ferreira FM e Granville-Garcia AF realizaram as revisões do artigo.

Agradecimentos: Agradecemos a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), a Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ), a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes), a Assistência do Estado de Minas Gerais à Fundação de Amparo à Pesquisa (FAPEMIG) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), Brasil.

Contagem de palavras (4.177)

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES, SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SERVIÇO  
ODONTOLÓGICO ASSOCIADAS AO ALFABETISMO EM SAÚDE BUCAL DE PRÉ-  
ADOLESCENTES

## ALFABETISMO EM SAÚDE BUCAL DE PRÉ-ADOLESCENTES

### RESUMO

**Antecedentes:** Conhecer as características que influenciam o Alfabetismo em Saúde Bucal (ASB), especialmente de pré-adolescentes, é importante uma vez que são um grupo estratégico para intervenções em saúde. **Objetivo:** Avaliar a associação dos fatores sociodemográficos, familiares e de tipo serviço odontológico ao ASB em pré-adolescentes, de Campina Grande, Brasil. **Método:** Foi realizado um estudo transversal com 740 escolares. Foram avaliados o ASB (BREALD-30), fatores sociodemográficos, tipo de serviço odontológico e funcionalidade familiar (FACES III), com questionários validados. A associação entre as variáveis foi avaliada por meio de regressão de Poisson ( $\alpha = 5\%$ ). **Resultados:** Um maior alfabetismo em saúde bucal foi associado com o sexo feminino (RE= 1.09; IC 95%: 1.03-1.14), coesão familiar do tipo conectada (RE= 1.12; IC 95%: 1.05-1.20), adaptabilidade familiar dos tipos rígida (RE= 1.14; IC 95%: 1.04-1.25) e estruturada (RE= 1.11; IC 95%: 1.04-1.20), escolaridade materna superior a oito anos de estudo (RE= 1.16; IC 95%: 1.10-1.22), idade do responsável superior a 38 anos (RE= 1.07; IC 95%: 1.02-1.13) e uso do serviço odontológico privado (RE= 1.06; IC 95%: 1.01-1.12). **Conclusão:** O nível de alfabetismo em pré-adolescentes foi influenciado pelo sexo, estrutura familiar, idade e escolaridade do responsável e tipo de serviço odontológico utilizado.

**Palavras-chave:** Alfabetização em saúde. Saúde do adolescente. Adolescentes.

### INTRODUÇÃO

O estudo do alfabetismo em saúde bucal (ASB) é uma temática emergente e existe nos últimos anos preocupação em entender como pode influenciar a saúde da população. Uma vez que é considerado determinante de saúde, têm sido estudadas suas consequências nos comportamentos e hábitos em saúde e que possivelmente impactarão nas condições de saúde bucal<sup>1</sup>. Para tanto, os esforços têm se direcionado a desenvolver instrumentos que avaliam as habilidades relacionadas ao ASB, como o reconhecimento de palavras<sup>2</sup>, o conhecimento conceitual<sup>3</sup> e a capacidade de realizar cálculos matemáticos<sup>4</sup>. Tais estudos se direcionam em grande parte, a adultos e crianças (medidas proxy), sendo escassos para adolescentes<sup>5</sup>.

O baixo ASB foi recentemente associado a dificuldades em buscar informações sobre a saúde bucal, além de perdas e baixo seguimento das consultas

odontológicas em adultos<sup>6</sup>. Tais comportamentos são prejudiciais e favorecem a instalação de problemas de saúde bucal<sup>4,1</sup>.

Foi investigada a relação entre fatores clínicos e o alfabetismo em saúde bucal. Esta associação foi observada para alguns desfechos de saúde como a cárie dentária em pré-escolares, porém tal conhecimento não está consolidado devido às variações metodológicas e à escassez de estudos na área<sup>7</sup>.

No entanto, os estudos pouco exploraram os fatores capazes de determinar o nível de alfabetismo em saúde bucal. Aqueles que o fizeram, focaram na associação de variáveis sociodemográficas tais como etnia, sexo, renda, escolaridade e mobilidade urbana e acesso a informações em saúde bucal com o ASB<sup>3,4,8,2</sup>. De maneira geral, maiores níveis de ASB têm sido associados a comportamentos adequados de saúde bucal, o que sugere um efeito positivo do ASB na prevenção de problemas odontológicos<sup>9</sup>. Esses resultados são de estudos realizados predominantemente em adultos e não há registro destas informações no início da adolescência.

Logo, o período da adolescência tem recebido pouca atenção, reflexo inclusive da escassez de instrumentos para mensuração do ASB nesta faixa etária. Essa é, contudo, uma etapa importante do desenvolvimento humano, pois resulta em transformações físicas e emocionais que podem influenciar na percepção da importância dos hábitos de saúde bucal pelo adolescente<sup>10</sup>.

Especificamente no estudo do ASB em adolescentes, um aspecto que deve ser considerado são as relações familiares. A fase inicial da adolescência (pré-adolescência), é considerada um período de transição, a criança passará por transformações físicas, hormonais, comportamentais e cognitivas até que se torne adulto<sup>11</sup>. Nesse período, a influência do meio familiar permanece presente e, embora vivenciem uma maior sensação de independência, os pais permanecem ativos na manutenção de cuidados preventivos e hábitos saudáveis e influenciam a saúde bucal dos filhos<sup>12</sup>. Além disso há relatos de que alterações no funcionamento familiar podem dificultar a aprendizagem dos adolescentes<sup>13</sup>. Portanto, a influência da família no alfabetismo em saúde bucal de adolescentes deve ser melhor investigada, em especial no início desta fase, quando os hábitos estão se formando.

Assim, o objetivo desse estudo foi avaliar a associação entre fatores sociodemográficos, familiares e de uso de serviço odontológico e o alfabetismo em saúde bucal em uma amostra representativa de pré-adolescentes de 12 anos.

## METODOLOGIA

### **Desenho e amostra do estudo**

Trata-se de um estudo do tipo transversal e analítico realizado em uma cidade de médio porte do Nordeste do Brasil<sup>14</sup>.

A amostra do estudo foi composta por adolescentes de doze anos selecionados aleatoriamente de 32 escolas públicas e privadas do município. A obtenção da amostra foi por amostragem probabilística por conglomerados para amostras complexas, em dois estágios. Inicialmente foram sorteadas as escolas e em seguida cada participante por meio de amostragem aleatória simples. O número de alunos sorteados foi proporcional ao número de matriculados (24.911 escolares) em cada um dos seis distritos sanitários da cidade, nessa faixa etária<sup>15</sup>.

A amostra foi calculada considerando um nível de significância de 95%, erro admissível de 5% e prevalência de agravo de 50%. Um fator de correção de 1,6 foi aplicado para efeito de delineamento e a amostra foi acrescida para compensar possíveis perdas estimadas em 20%. Assim, totalizou-se uma amostra final de 769 adolescentes de doze anos.

### **Critérios de elegibilidade**

Foram incluídos no estudo pré-adolescentes de 12 anos matriculados em escolas públicas e privadas da cidade. Para a exclusão foram considerados os indivíduos com limitações físicas, sensoriais, mentais e comportamentais diagnosticadas previamente por um profissional capacitado ou conforme relato dos responsáveis e educadores.

### **Treinamento teórico e calibração**

O alfabetismo em saúde bucal foi mensurado utilizando a versão brasileira validada para adolescentes do Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry, o BREALD-30<sup>16</sup>. Dois examinadores foram treinados em três etapas por um expert na

área<sup>17</sup>. Inicialmente foi conduzido um treinamento teórico sobre os critérios para aplicação do BREALD-30 e identificação dos erros de pronúncia: omitir ou adicionar letras nas palavras, ler de forma devagar ou repetindo palavras e sílabas ou substituir por palavra semelhante e dificuldade em identificar a sílaba acentuada, seguido de um treinamento prático. Logo após, foi realizada a fase de calibração na qual os examinadores assistiram vídeos de indivíduos com diferentes níveis de alfabetismo com a finalidade de atribuir um escore para cada caso. Assim, foi calculada a concordância inter-examinadores ( $K=0.87-0.88$ ) que considerou cada examinador e o padrão-ouro do estudo e a concordância intra-examinadores ( $K=0.87-0.89$ ) calculada com base no primeiro momento e na repetição da avaliação dos casos após sete dias. O nível de concordância dos examinadores foi considerado satisfatório para a realização do estudo.

### **Estudo-piloto**

Foi realizado estudo piloto com 50 pré-adolescentes de 12 anos, 25 provenientes de uma escola pública e 25 de uma escola privada escolhidas por conveniência. Essa etapa foi realizada com a finalidade de observar a necessidade de alterações metodológicas. Baseado no estudo piloto não houve necessidade de modificações no estudo. Os adolescentes que participaram desta etapa não foram incluídos no estudo principal.

### **Coleta de dados**

O BREALD-30 foi utilizada para mensurar o alfabetismo em saúde bucal, dos pré-adolescentes. Trata-se de um instrumento de fácil aplicação para o reconhecimento de palavras sobre a saúde bucal. Esta medida pode ser empregada em adolescentes e foi recentemente validada no Brasil<sup>16</sup>. Os adolescentes participantes do estudo realizaram a leitura de trinta palavras relacionadas a Odontologia, organizadas em grau crescente de dificuldade, sendo atribuído um ponto para cada palavra pronunciada corretamente. O escore final foi obtido por meio da somatória do número de palavras pronunciadas adequadamente, podendo variar de 0 a 30, sendo que uma maior pontuação corresponde a um melhor nível de alfabetismo em saúde bucal.

Os dados sociodemográficos foram coletados do responsável, por meio de um questionário contendo informações sobre o sexo do adolescente, etnia/cor autodeclarada, posição na família, número de pessoas residentes em casa, escolaridade materna e idade do responsável. Adicionalmente, o adolescente foi questionado sobre o tipo de serviço odontológico utilizado na sua última consulta.

Com a finalidade de identificar o nível socioeconômico dos participantes foi aplicado aos pais/responsáveis, o Critério de Classificação Econômica Brasil<sup>18</sup> que classifica a amostra com variantes entre as classes A e E de acordo com o poder de compra de bens de consumo, nível educacional dos responsáveis e acesso à rua pavimentada e água tratada. Para este estudo foram consideradas quatro categorias em nível decrescente da capacidade socioeconômica da amostra: classe A, classes B1-B2, classes C1-C2 e classes D-E.

A coesão e adaptabilidade familiares foram avaliadas utilizando a versão brasileira validada do FACES III<sup>19</sup>, respondida pelos pré-adolescentes. O instrumento é composto por 20 perguntas que devem ser respondidas nas alternativas: quase nunca=1; raramente=2; às vezes=3; frequentemente=4; quase sempre=5, cada alternativa equivale a uma pontuação. Os valores obtidos pela soma das questões ímpares indicam a coesão familiar e os valores obtidos pelas questões pares indicam a adaptabilidade familiar<sup>20</sup>.

Quanto à coesão familiar (grau de união afetiva entre os integrantes de uma família), as famílias podem ser classificadas em desligadas (coesão muito baixa, há grande independência nas relações familiares), separadas (coesão baixa a moderada, menor distanciamento entre os membros da família), conectadas (coesão moderada a alta, há maior estreitamento das relações e do vínculo familiar) ou aglutinadas (coesão muito alta, relações de dependência entre os membros).

A adaptabilidade familiar pode ser entendida como a capacidade da família alterar sua estrutura de acordo com as necessidades. De acordo com a adaptabilidade, as famílias podem ser classificadas como rígidas (adaptabilidade muito baixa, um dos membros centraliza a autoridade e não há mudanças nesse sistema), estruturadas (adaptabilidade baixa a moderada, há abertura para divisão de papéis), flexíveis (adaptabilidade moderada a alta, são mais flexíveis com as

regras e distribuição das atividades) e caóticas (adaptabilidade muita alta, não há definição quanto aos papéis e atividades dos membros)<sup>21</sup>.

### **Direct Acyclic Graph (DAG)**

Foi empregado um directed Acyclic Graph (DAG) por meio do software DAGitty versão 3.0 para selecionar os fatores de ajuste incluídos na análise e estudar as relações entre as variáveis do estudo (Figura 1). A utilização dessa ferramenta é importante pois ajuda a estimar de maneira adequada o efeito real de diferentes exposições no desfecho estudado e fortalece a inferência dos resultados obtidos em estudos observacionais<sup>22</sup>. O DAG inclui a variável dependente do estudo, os fatores de exposição e outras variáveis não coletadas que podem interferir no desfecho. Foram consideradas como fatores confundidores as seguintes variáveis: escolaridade materna, estado civil do responsável, número de pessoas em casa e etnia do adolescente.

### **Análise estatística**

A análise descritiva foi conduzida para caracterização da amostra. A variável dependente do estudo foi o alfabetismo em saúde bucal dos adolescentes, tratada como variável discreta. Foi utilizada a Regressão de Poisson para avaliar a associação entre as variáveis. Variáveis associadas ao ASB com um valor de  $p < 0,20$  na análise bivariada, foram incluídas na análise multivariada. As variáveis com valor de  $p < 0,05$  no modelo múltiplo foram consideradas associadas ao alfabetismo em saúde bucal e mantidas no modelo final. O SPSS Statistics (SPSS for Windows, version 22.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA) foi utilizado para realização dos testes.

### **Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (protocolo: 55953516.2.1001.5187) e está de acordo com a declaração de Helsinki que rege os princípios internacionais para estudos com seres humanos.

## RESULTADOS

O total de participantes do estudo foi de 740 pré-adolescentes. Com uma taxa de resposta de 96,23%, a perda foi de 29 adolescentes, por não estarem presentes na escola por três dias consecutivos da realização do estudo.

Na tabela 1, está descrita a caracterização da amostra. Os resultados apontam que a maioria dos jovens eram do sexo feminino (56,8%) e viviam em famílias de até 5 integrantes (79,3%). Quase metade dos adolescentes pertenciam a classe social C (48,5%), 58% de suas mães tinham até 8 anos de estudo formal e em metade da amostra o responsável pelo jovem possuía idade superior a 38 anos (51%). Quanto a coesão familiar, a categoria desligada foi a mais frequente (46,8%) entre os adolescentes e em relação a adaptabilidade familiar, 31,1% das famílias foi classificada como flexível. O tipo de serviço de saúde utilizado foi majoritariamente o privado (58,3%). As demais informações podem ser visualizadas na tabela.

No modelo múltiplo de regressão de Poisson (Tabela 2), as variáveis associadas ao melhor alfabetismo em saúde bucal de adolescentes de 12 anos foram sexo feminino (RE= 1.09; IC 95%: 1.03-1.14), escolaridade materna superior a oito anos de estudo (RE= 1.16; IC 95%: 1.10-1.22), idade do responsável pelo adolescente superior a 38 anos (RE= 1.07; IC 95%: 1.02-1.13) e utilização do serviço odontológico privado (RE= 1.06; IC 95%: 1.01-1.12). Houve também associação com a funcionalidade familiar, como a coesão familiar do tipo conectada (RE= 1.12; IC 95%: 1.05-1.20) e a adaptabilidade familiar dos tipos rígida (RE= 1.14; IC 95%: 1.04-1.25) e estruturada (RE= 1.11; IC 95%: 1.04-1.20).

## DISCUSSÃO

Adolescentes do sexo feminino, uma maior escolaridade materna, idade dos responsáveis e a utilização de serviços odontológicos privados foram associados a maiores níveis de ASB. Além disso, o tipo de coesão e de adaptabilidade familiares influenciaram os níveis de ASB dos escolares. Esses resultados são importantes pois contribuem para elaboração de estratégias preventivas de promoção de saúde direcionadas aos adolescentes. Até onde sabemos este é o primeiro estudo que

considerou a associação entre variáveis sociodemográficas, familiares e do tipo de serviço odontológico utilizado e o ASB em pré-adolescentes aos 12 anos.

O maior nível de ASB no sexo feminino encontrado nesse estudo, pode ser justificado pelo seu desempenho em atividades de leitura e escrita, que costuma ser superior ao do sexo masculino<sup>23</sup>. Acredita-se que esse resultado também reflete uma maior preocupação em manter a saúde bucal e maior frequência de ida ao dentista no sexo feminino<sup>24</sup>.

Fatores relacionados aos pais/cuidadores costumam exercer uma importante influência nos hábitos e comportamentos dos filhos. Características maternas, como a escolaridade, têm recebido maior destaque na literatura pois as mães são geralmente os principais cuidadores dos filhos<sup>25</sup>, especialmente em localidades onde o patriarcado é predominante, como o Brasil, esse comportamento pode se tornar mais evidente. Atitudes insatisfatórias dos responsáveis sobre saúde bucal podem resultar em piores comportamentos de saúde bucal em escolares<sup>26</sup>, além disso, os responsáveis costumam ser a fonte primária para obtenção de informações<sup>27</sup>, confirmando a importante participação dos pais no desenvolvimento da ASB dos filhos.

A aquisição de conhecimento dos responsáveis sobre os cuidados com os filhos aumenta com o avanço da idade até atingir um equilíbrio, o que contribui para adoção de cuidados preventivos de higiene bucal, fator esse que pode contribuir para melhorar ASB dos filhos<sup>28</sup>. Além disso, piores hábitos de higiene bucal e problemas odontológicos têm sido encontrados em filhos que possuem responsáveis mais jovens<sup>29</sup>. Contudo, mais estudos sobre a influência da idade dos responsáveis no alfabetismo em saúde bucal e, em última instância, em condições de saúde bucal no início da adolescência são necessários.

A classe social da família do adolescente não ter permanecido associada ao ASB, pode se relacionar ao fato de que as características familiares tenham tido papel mais decisivo no nível de alfabetismo em saúde bucal de pré-adolescentes do que a classe social. Tendo em vista que nessa etapa os pais ainda são os principais responsáveis pela formação de hábitos e conhecimentos de saúde bucal dos filhos<sup>30</sup>. Por isso, acredita-se que a classe social familiar não afetou diretamente o

acesso a informações de saúde bucal e conseqüentemente não influenciou o nível de ASB.

O melhor ASB também foi associado a utilização de serviços odontológicos privados. Adolescentes cobertos por serviços públicos de saúde parecem estar mais sujeitos a ter cárie dentária e classificavam sua própria saúde bucal de forma negativa<sup>31</sup>. Diante disso, é possível que serviços privados tenham investido maior tempo em educação em saúde, o que pode ter contribuído para o ASB nos pré-adolescentes.

As relações familiares têm sido pouco exploradas pela literatura em relação à saúde bucal. No presente estudo, a coesão ou nível de união familiar foi associada ao alfabetismo em saúde bucal dos pré-adolescentes. Escolares com nível de dependência moderada entre os familiares (famílias conectadas) apresentaram um maior alfabetismo em saúde bucal. Estudos prévios relataram que maiores níveis de coesão familiar foram associados a práticas alimentares e de saúde bucal saudáveis em adolescentes<sup>32,33</sup>. Este resultado indica que o suporte familiar pode contribuir para redução de situações de vulnerabilidade e melhores hábitos de saúde<sup>32,34</sup>, favorecendo os pré-adolescentes.

De modo semelhante, o tipo de adaptabilidade ou flexibilidade familiar foi associado ao alfabetismo em saúde bucal para os participantes do estudo. Pré-adolescentes de famílias rígidas e estruturadas apresentaram um maior nível de alfabetismo em saúde bucal. O estabelecimento de uma boa comunicação entre pais e filhos é essencial para manter um bom funcionamento familiar<sup>35</sup>. Provavelmente um ambiente familiar com menos mudanças nas relações de poder e estabilidade das regras favoreceu a educação dos filhos. Este resultado pode ter relação a uma postura mais atenta dos pais à educação dos filhos. Em oposição, outros estudos relataram que uma baixa flexibilidade familiar pode indicar uma maior prevalência de problemas comportamentais e de higiene bucal em crianças<sup>36,37</sup>. Contudo, estes últimos se tratam de estudos realizados em pré-escolares, não havendo outros relatos sobre o assunto em pré-adolescentes de 12 anos.

Adicionalmente, é importante que o ASB de pré-adolescentes seja mais estudado, pois é baseado nas percepções pessoais de saúde e no processamento

de informações que os adolescentes são desafiados a agir com autonomia e tomar decisões desde muito cedo<sup>31,38</sup>.

As limitações desse estudo são devido à sua natureza transversal que impossibilita estabelecer uma relação causal entre as variáveis estudadas. Entretanto, foi utilizada uma amostra representativa de pré-adolescentes capaz de gerar associações importantes a serem avaliadas em estudos com desenhos longitudinais. Além disso, foram realizados cuidados metodológicos como a utilização de um estudo piloto previamente à coleta de dados, calibração e treinamento dos examinadores e a utilização de questionários validados para a população alvo. O potencial de ineditismo do estudo se deve a este ser o primeiro estudo representativo a avaliar fatores sócio demográficos, familiares e de serviço odontológico que influenciam o alfabetismo em saúde bucal no início da adolescência.

Conclui-se, que pré-adolescentes do sexo feminino, cujas mães/responsável apresentavam uma maior escolaridade e idade, com famílias do tipo conectadas, rígida e estruturada, e que fizeram uso de serviços odontológicos privados apresentaram melhor ASB.

Por que este artigo é importante para os dentistas pediátricos

- Um maior nível de alfabetismo em saúde bucal, gera atitudes positivas de saúde bucal;
- A união familiar influencia o nível de alfabetismo em saúde bucal na pré-adolescência o que pode impactar positivamente na saúde bucal;
- O entendimento de fatores que podem influenciar o nível de alfabetismo em saúde bucal na pré-adolescência pode nortear políticas públicas direcionadas a esta fase pouco assistida.

## REFERÊNCIAS

1. Kanupuru KK, Fareed N, Sudhir KM. Relationship Between Oral Health Literacy and Oral Health Status Among College Students. *Oral Health Prev Dent*. 2015; 13(4):323-330.
2. Tam A, Yue O, Atchison KA, Richards JK, Holtzman JS. The Association of Patients' Oral Health Literacy and Dental School Communication Tools: A Pilot Study. *J Dent Educ*. 2015; 79(5): 530–538.
3. Atchison KA, Macek M, Markovic D. The value of a combined word recognition and knowledge measure to understand characteristics of our patients' oral health literacy. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017;1–9.
4. Blizniuk A, Ueno M, Zaitso T, Kawaguchi Y. Association of oral health literacy with oral health behavior and oral health status in Belarus. *Community Dent Health* 2015; 32 (3): 148-152.
5. Divaris K, Lee JY, Baker AD, Vann Jr WF. Caregivers' oral health literacy and their young children's oral health-related quality-of-life. *Acta Odontol Scand*. 2012; 70(5):390-397.
6. Baskaradoss JK. The association between oral health literacy and missed dental appointments. *J Am Dent Assoc* 2016; 147(11): 1-8.
7. Firmino RT, Ferreira FM, Paiva SM, Granville-Garcia AF, Fraiz FC, Martins CC. Oral health literacy and associated oral conditions- A systematic review. *J Am Dent Assoc*. 2017; 148(8): 604-613.
8. Mohammadi TM, Malekmohammadi M, Hajizamani HZ, Mahani SA. Oral health literacy and its determinants among adults in Southeast Iran. *Eur J Dent* 2018;12: 439-42.
9. Batista MJ, Lawrence HP, Sousa MLR. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC Public Health* 2018; 18(60): 1-9.
10. Broadbent JM, Thomson WM, Poulton R. Oral Health Beliefs in Adolescence and Oral Health in Young Adulthood. *J Dent Res*. 2006; 85(4): 339–343.
11. Nagaland T, Kadanakuppe S, Raju R. Adolescent's Oral Health - A Review. *International Journal of Health Sciences & Research* 2016; 6(9): 420-425.
12. Bauldry S, Shanahan MJ, Macmillan R, Miech RA, Boardman JD, Dean DO, Cole V. Parental and adolescent health behaviors and pathways to adulthood. *Social Science Research* 2016; 58: 227-242.

13. Gutiérrez-Saldaña P, Camacho-Calderón N, Martínez-Martínez ML. Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. *Aten Primaria* 2007; 39 (11): 597-601.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Informações Estatísticas. 2016. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>. Acessado em: 29 de outubro de 2018.
15. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP). Dados finais do Censo Escolar 2014. Brasília, 2015. <http://www.dataescolabrasil.inep.gov.br/dataEscolaBrasil/>. Acessado em 01 de maio de 2016.
16. Lima LCM, Neves ETB, Dutra LC, Firmino RT, Araújo LJS, Paiva SM, Ferreira FM, Granville-Garcia AF. Propriedades psicométricas do Breald-30 para adolescentes. *Rev Saude Publica*. Forthcoming, 2019.
17. Vilella KD, Assunção LRS, Junkes MC, Menezes JVNB, Fraiz FC, Ferreira FM. Training and calibration of interviewers for oral health literacy using the BREALD-30 in epidemiological studies. *Braz. oral res.* 2016; 30(1): e90.
18. ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. Critérios de Classificação Econômica Brasil. São Paulo, 2015.
19. Falceto OG, Busnello ED, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 7(4): 255-263.
20. Olson DH, Tiesel JW. *FACES III Fact Sheet*, DIAKON/FDR, apr., 2003.
21. Olson DH, Sprenkle D, Russel C. *Cicumplex model: systemic assessment and treatment of families*. New York: The Harworth press; 1989.
22. Suttorp MM, Siegerink B, Jager KJ, Zoccali C, Dekker FW. Graphical presentation of confounding in directed acyclic graphs. *Nephrol Dial Transplant* 2015; 30: 1418-1423.
23. Pestana L, Duarte J, Coutinho E, Chaves C, Amaral O, Nelas P. The use of psychoactive substances and adolescents' school Performance. *EpSBS*; 2016.
24. Fonseca EPd, Frias AC, Mialhe FL, Pereira AC, Meneghim MdC. Factors associated with last dental visit or not to visit the dentist by Brazilian adolescents: A population-based study. *PLoS ONE* 2017; 12(8): e01 833 10.
25. Crede J, Wirthwein L, McElvany N, Steinmayr R. Adolescents' academic achievement and life satisfaction: the role of parents' education. *Frontiers in Psychology*; 6 (52): 2015.

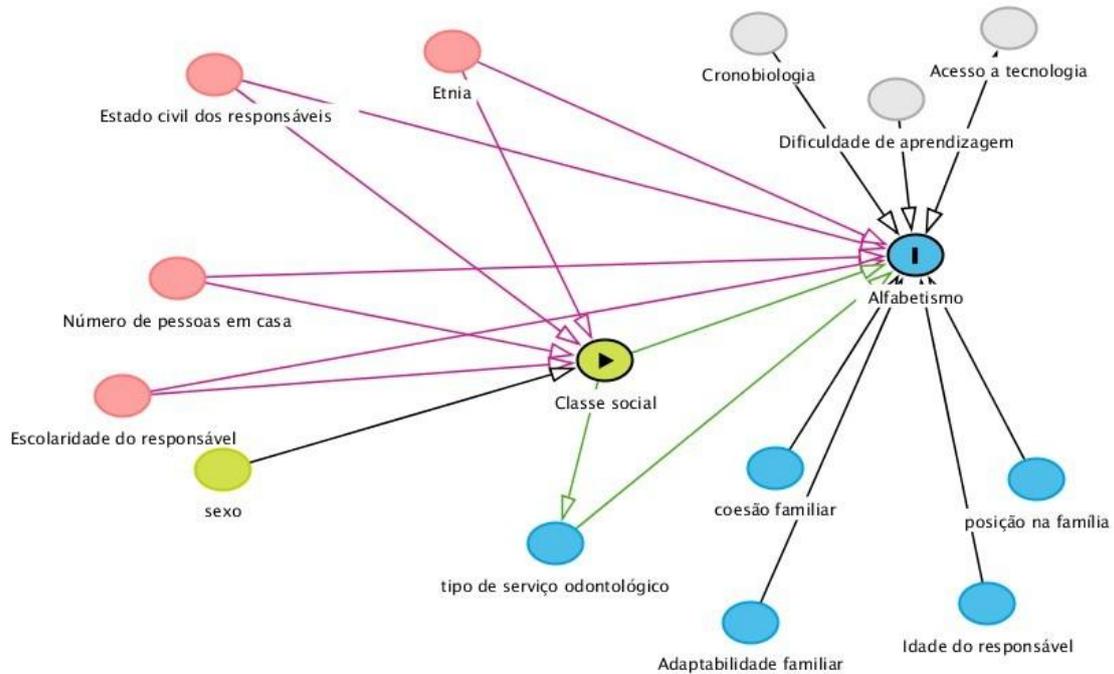
26. Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontologica Scandinavica*, 2006; 64: 286-292.
27. Al-Darshiw MS. Oral health knowledge, behaviour and practices among school children in Qatar. *Dent Res J* 2016;13:342-353.
28. Bornstain MH, Cote LR, Haynes OM, Hahn CS, Park Y. Parenting Knowledge: Experiential and Sociodemographic Factors in European American Mothers of Young Children. *Dev Psychol*. 2010; 46(6): 1677–1693.
29. Mattila ML, Rautava P, Sillanpaa M, Paunio P. Caries in Five-year-old Children and Associations with Family-related Factors. *J Dent Res* 2000; 79(3):875-881.
30. Saied-Moallemi Z, Virtanen JI, Ghofranipour F, Murtomaa H. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. *European Archives of Paediatric Dentistry* 2008; 9 (2): 79-83.
31. Piovesan C, Antunes JLF, Guedes RS, Ardenghi TM. Influence of self-perceived oral health and socioeconomic predictors on the utilization of dental care services by schoolchildren. *Braz Oral Res*. 2011; 25(2):143-149.
32. Ferreira LL, Brandão GAM, Garcia G, Batista MJ, Costa LST, Ambrosano GMB, Possobon RF. Coesão familiar associada à saúde bucal, fatores socioeconômicos e comportamentos em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(8): 2461-2473.
33. Franko DL, Thompson D, Bauserman R, Affenito SG, Striegel-Moore RH. What's Love Got to Do with It? Family Cohesion and Healthy Eating Behaviors in Adolescent Girls. *Int J Eat Disord* 2008; 41:360–367.
34. Vazquez FL, Cortellazzi KL, Kaieda AK, Bulgareli JV, Mialhe FL, Ambrosano GMB, Tagliaferro EPS, Guerra LM, Meneghim MC, Pereira AC. Individual and contextual factors related to dental caries in underprivileged Brazilian adolescents. *BMC Oral Health* 2015; 15(6): 1-10.
35. Van As NMC, Janssens JMAM, Relationships between child behavior problems and family functioning: A literature review. *International Journal of Child & Family Welfare* 2002; 5(1-2): 40-51.
36. Wang YN, Xue HL, Chen Q. Effects of family cohesion and adaptability on behavioral problems in preschool children. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. 2016;18(5):421-425.
37. Duijster D, Verrips GHW, van Loveren C. The role of family functioning in childhood dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014; 42(3):193-205.
38. Grootens-Wiegers P, Hein IM, van den Broek JM, de Vries MC. Medical decision-making in children and adolescents: developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatrics* 2017; 17(120): 1-10.

## Legendas de figuras e tabelas

**Figura 1:** Directed Acyclic Graph (DAG) para o efeito de fatores familiares, sociodemográficos e de uso de serviço odontológico no Alfabetismo em Saúde Bucal (ASB), em pré-adolescentes.

**Tabela 1.** Caracterização da amostra de pré-adolescentes, Campina Grande-PB.

**Tabela 2.** Regressão de Poisson em relação ao alfabetismo em saúde bucal e fatores associados em pré-adolescentes, Campina Grande-PB.



Variável	Frequência	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	420	56.8
Masculino	320	43.2
<b>Etnia/cor autodeclarada</b>		
Branca	215	29.1
Não branca	525	70.9
<b>Posição na família</b>		
Filho único	6	0.8
Filho mais velho	261	35.3
Filho do meio	174	23.5
Filho mais novo	299	40.4
<b>Escolaridade Materna</b>		
≤ 8 anos de estudo	426	58.0
> 8 anos de estudo	308	42.0
<b>Idade do responsável</b>		
< 38 anos	360	49.0

≥ 39 anos	374	51.0
<b>Classe social</b>		
Classe A	17	2.3
Classe B1 – B2	174	23.6
Classe C1- C2	358	48.5
Classes D e E	189	25.6
<b>Número de pessoas em casa</b>		
≤ 5 pessoas	577	79.3
> 6 pessoas	151	20.7
<b>Estado Civil dos responsáveis</b>		
Casado	419	56.8
Solteiro, divorciado, viúvo	319	43.2
<b>Coesão familiar</b>		
Aglutinadas	14	1.9
Conectadas	87	11.8
Separadas	293	39.6
Desligadas	346	46.8
<b>Adaptabilidade familiar</b>		
Rígida	90	12.2
Estruturada	226	30.5
Flexível	230	31.1
Caótica; Muito flexível	194	26.2
<b>Tipo de serviço odontológico utilizado</b>		
Público	229	41.7
Privado	320	58.3

---



---

	<b>Alfabetismo em saúde bucal</b>	<b>Bivariada</b>		<b>Multivariada</b>	
		<b>Média (DP)</b>	<b>RE não ajustado*</b>	<b>RE ajustado†</b>	
			<b>(95% IC)</b>	<b>p- valor</b>	<b>(95% IC)</b>
<b>Sexo</b>					
Masculino	16.42 (5.81)	1.00		1.00	
Feminino	17.49 (5.87)	1.06 (1.01-1.12)		1.09 (1.03-1.14)	0.001
<b>Etnia/cor</b>					
Branca	17.90 (5.59)	1.07 (1.02-1.13)	0.007	-	-
Não branca	16.67 (5.94)	1.00		-	-
<b>Posição na família</b>					
Filho único	20.83 (6.43)	1.21 (0.96-1.52)	0.102	-	-
Mais velho	17.38 (5.73)	1.01 (0.95-1.06)	0.724	-	-
Filho do meio	16.05 (6.00)	0.93 (0.87-0.99)	0.042	-	-
Filho mais novo	17.21 (5.84)	1.00		-	-
<b>Escolaridade materna</b>					
≤ 8 anos de estudo	15.46 (5.97)	1.00		1.00	
> 8 anos de estudo	19.24 (4.96)	1.24 (1.18-1.30)	<0.001	1.16 (1.10-1.22)	<0.001
<b>Idade do responsável</b>					
≤ 38 anos	16.24 (5.95)	1.00		1.00	
> 38 anos	17.94 (5.72)	1.09 (1.04-1.15)	<0.001	1.07 (1.02-1.13)	0.004
<b>Número de pessoas em casa</b>					
≤ 5 pessoas	17.39 (5.74)	1.10 (1.03-1.18)	0.005	-	-
> 5 pessoas	15.75 (6.21)	1.00		-	-
<b>Estado civil dos responsáveis</b>					
Casado	17.79 (5.79)	1.10 (1.05-1.16)	<0.001	-	-
Solteiro/divorciado/viúvo	16.09 (5.79)	1.00		-	-
<b>Classe Social</b>					
Classe A	19.06 (3.64)	1.31 (1.17-1.46)	<0.001	-	-

Classe B1-B2	18.86 (4.66)	1.29 (1.20-1.39)	<0.001	-	-
Classe C1-C2	17.41 (5.62)	1.19 (1.11-1.28)	<0.001	-	-
Classe D-E	14.52 (6.54)	1.00		-	-
<b>Tipo de serviço odontológico utilizado</b>					
Público	16.41 (5.90)	1.00		1.00	
Privado	18.37 (5.30)	1.11 (1.05-1.18)	<0.001	1.06 (1.01-1.12)	0.024
<b>Coesão familiar</b>					
Aglutinadas	17.86 (7.89)	1.09 (0.87-1.37)	0.428	1.13 (0.95-1.33)	0.145
Conectadas	18.89 (4.70)	1.15 (1.08-1.23)	<0.001	1.12 (1.05-1.20)	<0.001
Separadas	17.30 (5.57)	1.06 (1.01-1.12)	0.03	1.05 (0.99-1.11)	0.067
Desligadas	16.29 (6.17)	1.00		1.00	
<b>Adaptabilidade familiar</b>					
Rígida	18.28 (5.58)	1.14 (1.05-1.24)	0.001	1.14 (1.04-1.25)	0.003
Estruturada	18.01 (5.57)	1.12 (1.05-1.20)	<0.001	1.11 (1.04-1.20)	0.002
Flexível	16.47 (5.70)	1.03 (0.96-1.10)	0.376	1.04 (0.97-1.12)	0.179
Caótica/Muito flexível	15.95 (6.27)	1.00		1.00	

RE= Razão de escor.

\*Regressão de Poisson não ajustada para fatores sociodemográficos, familiares e de serviços odontológicos e Alfabetismo em Saúde Bucal (ASB), entre pré-adolescentes de 12 anos.

†Variáveis incorporadas no modelo multivariado ( $p < 0.20$ ): escolaridade materna, classe social, idade do responsável, número de pessoas em casa, etnia/cor, estado civil dos responsáveis, posição na família, tipo de serviço odontológico utilizado, coesão e adaptabilidade familiar.

(-): Variáveis não selecionadas para o modelo final ajustado ( $p > 0.05$ )

† Variáveis incorporadas no modelo multivariado (fatores de ajuste - DAG): escolaridade materna, estado civil dos responsáveis, número de pessoas em casa e etnia/cor.

**Artigo 2**

**Periódico: Revista de Saúde Pública**

Fator de impacto: Impact Factor: 1,911 /Qualis A2

Artigo formatado seguindo as normas de publicação do periódico (Anexo H)

IMPORTÂNCIA DE UM AMBIENTE FAMILIAR FAVORÁVEL PARA O ADEQUADO  
NÍVEL DE ASB DE ADOLESCENTES

IMPORTANCE OF A FAMILY ENVIRONMENT FAVORABLE TO THE ADEQUATE  
OHL LEVEL OF ADOLESCENTS

AMBIENTE FAMILIAR E ASB DE ADOLESCENTES

Roanny Torres Lopes<sup>1</sup>; Érick Tássio Barbosa Neves<sup>1</sup>; Laio da Costa Dutra<sup>1</sup>;  
Monalisa Cesarino Gomes<sup>1</sup>; Saul Martins Paiva<sup>2</sup>; Mauro Henrique Nogueira  
Guimarães de Abreu<sup>2</sup>; Fernanda Morais Ferreira<sup>2</sup>; Ana Flávia Granville-Garcia<sup>1</sup>

1. Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande-PB. E-mail: roannytorres@gmail.com; erick.tassio@hotmail.com; laiodutra@gmail.com; monalisacesarino@gmail.com; an aflaviagg@gmail.com.
2. Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: smpaiva@uol.com.br; maurohenriqueabreu@gmail.com; femormaisfe@gmail.com.

Autor para correspondência:

Nome: Ana Flávia Granville-Garcia.

Endereço: R. Baraúnas, 351 - Universitário, Campina Grande - PB, 58429-500.

Telefone: +558333153326

E-mail: anaflaviagg@gmail.com.

Contribuições dos autores: Lopes RT e Neves ETB participaram da interpretação dos dados e redação do artigo; Paiva SM, Abreu MHNG, Ferreira FM, Granville-Garcia AF participaram da concepção e planejamento da pesquisa; Neves ETB e Dutra LC coletaram os dados; Gomes MC participou da interpretação e análise dos dados; Ferreira FM e Granville-Garcia AF realizaram as revisões do artigo.

Agradecimentos: Agradecemos a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), a Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ), a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes), a Assistência do Estado de Minas Gerais à Fundação de Amparo à Pesquisa (FAPEMIG) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar os fatores associados ao Alfabetismo em Saúde Bucal (ASB) em adolescentes. **Metodologia:** Estudo transversal com 746 adolescentes de 15 a 19 anos, de Campina Grande-PB. Os pais/responsáveis responderam a um questionário contendo dados sociodemográficos. Os adolescentes responderam instrumentos validados sobre o tipo de coesão e adaptabilidade familiar (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – FACES III), uso de drogas (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test - ASSIST), tipo de serviço utilizado na última consulta odontológica e o ASB (Rapid Estimate of Oral Health Literacy in Dentistry - BREALD-30). Dois dentistas foram treinados (K=0.87-0.88) para avaliar o ASB. Foi realizada análise descritiva seguida de regressão de Poisson ( $\alpha=5\%$ ). As variáveis controladas na análise foram selecionadas por meio de um Directed Acyclic Graph (DAG). **Resultados:** Permaneceram associados a um melhor ASB, a maior escolaridade materna (RE= 1.07; IC 95%: 1.03-1.12), maior renda mensal (RE= 1.04; IC 95%: 1.01-1.09), a etnia/cor branca (RE= 1.05; IC 95%: 1.01-1.10), pais casados (RE= 1.04; IC 95%: 1.01-1.09) o tipo de coesão aglutinada (RE= 1.21; IC 95%: 1.12-1.30), a adaptabilidade familiar do tipo estruturada (RE= 1.06; IC 95%: 1.01-1.12) e rígida (RE= 1.11; IC 95%: 1.04-1.19), residir com até cinco pessoas na mesma casa (RE= 1.07; IC 95%: 1.01-1.14) e ter utilizado serviços odontológicos privados na última consulta (RE= 1.08; IC 95%: 1.03-1.13). **Conclusão:** O funcionamento familiar e fatores sociodemográficos influenciaram o nível de ASB de adolescentes.

**Palavras-chave:** Adolescente, Alfabetização em Saúde; Saúde Bucal; Relações Familiares; Fatores Socioeconômicos.

## INTRODUÇÃO

O alfabetismo em saúde bucal (ASB) avalia a capacidade de compreender e interpretar informações sobre os cuidados odontológicos para manter uma boa saúde bucal e seu estudo tem sido associado a comportamentos e desfechos odontológicos<sup>1</sup>. Diante disso, a associação entre o alfabetismo em saúde bucal e fatores clínicos tem sido estudada. Até o momento, uma associação direta entre problemas de saúde bucal e o ASB não está consolidada<sup>2</sup>. Acredita-se que essa relação é influenciada por outros fatores que agem como intermediários no processo.

O “Rapid Estimate of Adult Oral Health Literacy” (REALD-30) foi elaborado como instrumento de triagem para indivíduos com baixo nível de alfabetismo em saúde bucal, em diferentes contextos. A versão brasileira desse instrumento

(BREALD-30) demonstrou ser confiável, de fácil aplicação e com boas propriedades psicométricas para adultos<sup>3</sup> e adolescentes no Brasil<sup>4</sup>.

Os estudos realizados anteriormente sobre o ASB priorizaram adultos ou avaliaram o nível de ASB dos responsáveis associado a problemas de saúde bucal em crianças (medida proxy)<sup>5</sup>, havendo uma lacuna em relação a adolescentes.

A adolescência é marcada pela busca por uma maior autonomia para tomar decisões de saúde, o que reduz a supervisão dos responsáveis<sup>6</sup>. Dentro da adolescência, a faixa entre 15 e 19 anos é considerada uma população alvo para realização de estudos epidemiológicos por representar uma idade índice de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>7</sup>.

Hábitos de saúde inapropriados, utilização de drogas e comportamentos de risco são comuns na adolescência. O uso de substâncias está associado a redução da capacidade de decisão e maior probabilidade para comportamentos inapropriados, tornando esta fase da vida bastante vulnerável para agravos em saúde<sup>8</sup>. Acredita-se, desta forma, que o uso de substâncias pode influenciar também o nível de ASB em adolescentes.

Outros aspectos importantes que podem interferir no nível de ASB são a qualidade e a estrutura das relações familiares, bem como o tipo de serviço de saúde bucal utilizado. Sabe-se que um funcionamento familiar apropriado favorece o aprendizado e a performance escolar<sup>9</sup>, podendo, portanto, estar associado aos níveis de ASB. Em relação ao serviço odontológico, a qualidade da assistência recebida e o tempo utilizado para comunicação com o dentista variam de acordo com o tipo de serviço<sup>10</sup>, o que pode influenciar os níveis de ASB dos adolescentes.

Com relação aos aspectos socioeconômicos, a influência da renda familiar no desempenho escolar de adolescentes já foi relatada<sup>11</sup>. Assim, uma vez que um pior aprendizado pode estar relacionado ao nível de alfabetismo é importante estudar a associação entre a condição socioeconômica e o ASB.

Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar os fatores associados ao nível de alfabetismo em saúde bucal de adolescentes em uma amostra representativa de base escolar. Conhecer os fatores associados ao ASB em adolescentes são

importantes para melhorar a comunicação em saúde e, desta forma alcançar melhores índices de saúde bucal.

## METODOLOGIA

### **Desenho e amostra do estudo**

Essa pesquisa foi desenvolvida na cidade de Campina Grande- PB, considerada polo de desenvolvimento tecnológico e industrial no Nordeste Brasileiro, apesar de apresentar preocupantes problemas de cunho social<sup>12</sup>.

Foi realizado um estudo transversal, analítico nas escolas do município, com adolescentes de quinze a dezenove anos. A seleção da amostra foi realizada em dois estágios, primeiro foram selecionadas 32 escolas, entre públicas e privadas, em seguida, os adolescentes, aleatoriamente, para compor uma amostra proporcional a população de cada distrito sanitário do município, ao todo são 13.933 escolares matriculados. Foi realizado cálculo por amostragem probabilística por conglomerados para amostras complexas, com nível de significância de 95%, erro admissível de 5% e prevalência de agravo de 50%. Para efeito de delineamento foi utilizado o fator 1,6, com acréscimo para compensar perdas de até 20%, totalizando amostra de 769 jovens.

### **Critérios de elegibilidade**

Participaram da pesquisa adolescentes de 15 a 19 anos, escolhidos aleatoriamente e matriculados nas escolas selecionadas e excluídos aqueles com limitações de ordem física, sensorial, mental e comportamental relatada pelos educadores.

### **Treinamento teórico e calibração**

Para avaliar o alfabetismo em saúde bucal, foi utilizado um instrumento já validado para aplicação em adolescentes brasileiros, o BREALD-30. Dois examinadores foram treinados e a concordância intra e inter-examinadores avaliada<sup>13</sup>.

Para o treinamento teórico foram adotados critérios de erros de pronúncia como ler as palavras pausadamente, repetir letras e sílabas, dificuldade em

identificar a sílaba tônica, omitir letras e sílabas, substituir palavras. Foi realizado treinamento prático e os resultados comparados ao padrão-ouro. Dessa forma, determinou-se a concordância inter-examinador, com valor de Kappa 0.87 - 0.88. A calibração consistiu na avaliação de vídeos e atribuição de pontuação para cada caso, após uma semana, o procedimento foi repetido para avaliar a concordância intra-examinador, alcançando valores de teste Kappa de 0,87 - 0,89. Os resultados foram confrontados aos alcançados pelo padrão-ouro e debatidos.

### **Estudo-piloto**

O estudo-piloto teve a finalidade de verificar a aplicabilidade da metodologia escolhida e corrigir possíveis erros. Foi realizado com 50 escolares, 25 deles em uma escola pública e 25 em escola privada. Constatou-se que a metodologia não necessitava ser corrigida. Os adolescentes que participaram do estudo-piloto não foram incluídos na versão final.

### **Coleta de dados**

Foi direcionado aos pais/responsáveis pelos adolescentes o questionário sociodemográfico, para obter os seguintes dados: sexo do adolescente, etnia/cor autodeclarada, número de pessoas residentes, posição na família, renda mensal familiar, escolaridade materna, idade do responsável. Uma questão referente a utilização de serviço odontológico público ou privado na última consulta, foi respondida pelos adolescentes.

O Critério de Classificação Econômica Brasil<sup>14</sup> foi utilizado para classificar as famílias em classes econômicas de acordo como a quantidade de bens de consumo relatada pelos pais/responsáveis, entre eles: máquina de lavar roupa, *freezer*, aparelho de DVD, microcomputadores, máquinas lavadora e/ou secadora de louças, forno micro-ondas, geladeiras, motocicletas e automóveis (ABEP, 2015). Atribuiu-se pontuações para cada item, o somatório final indicava a qual classe a família pertencia, Classe A (45- 100 pontos), Classe B1 (38- 44 pontos), Classe B2 (29- 37 pontos), Classe C1 (23- 28 pontos), Classe C2 (17- 22 pontos), Classe D e E (0- 16 pontos).

Para avaliar o alfabetismo em saúde bucal, foi utilizado o BREALD-30, versão brasileira e validada do instrumento *Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry*

(REALD-30), que visa avaliar a capacidade de reconhecimento de palavras. Foi solicitado ao adolescente entrevistado ler trinta palavras relacionadas a Odontologia, em ordem crescente de dificuldade<sup>4</sup>. Para cada acerto é atribuído um ponto, e o somatório dos pontos representará o escore total, sendo que escores mais altos correspondem a um melhor nível de ASB.

O instrumento Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III), desenvolvido pela Universidade de Minesota e também validado para uso no Brasil<sup>15</sup>, foi respondido pelos adolescentes e utilizado para avaliar a funcionalidade familiar. É constituído por vinte perguntas, para as quais o adolescente irá assinalar uma dentre as cinco possíveis respostas numa escala variando entre “quase nunca” (escore 1) e “quase sempre” (escore 5). A classificação da funcionalidade familiar ocorre de acordo com o somatório das respostas obtidas nas questões ímpares para coesão familiar e nas questões pares para adaptabilidade familiar<sup>16</sup>.

A coesão compreende a relação de vínculos emocionais que unem os membros de uma família e pode ser classificada em desligada (muito baixa, há maior distanciamento e independência entre os membros da família), separada (baixa a moderada, os membros compartilham algumas situações), conectada (moderada a alta, a necessidade de compartilhar momentos passa a ser maior, há mais interesse no vínculo) ou aglutinada (muito alta, maior dependência emocional, com foco nas relações familiares). A adaptabilidade familiar, que se refere a capacidade dos membros da família de se adequarem a mudanças na dinâmica familiar, é dividida em rígida (muito baixa, a família segue as regras de um único membro e não ocorre mudanças nos papéis familiares), estruturada (baixa a moderada, o domínio das regras familiares passa a ser compartilhado), flexível (moderada a alta, há mais flexibilidade no controle familiar e regras) e caótica (muita alta, não há funções ou liderança definidas)<sup>17</sup>.

Para avaliação do consumo de drogas foi utilizado o Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), questionário desenvolvido pela OMS<sup>18</sup>. O instrumento é composto por oito questões, que versam sobre a frequência de utilização de substâncias psicoativas, dificuldades em realizar atividades cotidianas e interromper o uso e preocupação por parte dos responsáveis. Para esse estudo, foram consideradas as respostas dos adolescentes para utilização de

substâncias lícitas (tabaco e álcool) e ilícitas (maconha, cocaína, estimulantes, opiáceos, sedativos, inalantes e alucinógenos) nos últimos três meses.

### **Análise estatística**

Foi utilizado um Gráfico Acíclico Direcionado (DAG) (Figura 1) através do software DAGitty, versão 3.0 para estudar as relações entre a variável dependente ASB e as variáveis independentes e os fatores de confundimento.

As análises estatísticas foram realizadas com o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows, version 22.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA). O alfabetismo em saúde bucal foi a variável dependente. Foi realizada análise descritivas para caracterização da amostra. A regressão Poisson foi utilizada para testar associações das variáveis de exposição ao desfecho, utilizando como referência para a inclusão de variáveis o valor de  $p < 0,20$  na análise bivariada, e para manutenção no modelo final o valor de  $p < 0,05$ .

### **Aspectos éticos**

O desenvolvimento do estudo foi realizado com base na Declaração de Helsinki e Resolução CNS Nº 466/2012, para pesquisa com seres humanos e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (protocolo: 55953516.2.1001.5187).

## **RESULTADOS**

Este estudo contou com uma amostra de 746 adolescentes de 15 a 19 anos. Obtivemos 97% de taxa de resposta, houve exclusão de vinte e três jovens por não estarem presentes para as entrevistas após três tentativas.

A população de estudo foi composta principalmente por adolescentes do sexo feminino (59.5%), estudantes da rede pública de ensino (66.6%), cujas mães estudaram 8 anos ou mais (59.7%), 42.8% pertenciam a classe social C, com famílias de até 5 pessoas (83.2%), renda familiar de até 937 reais (51.0%).

A maioria dos adolescentes afirmaram não ter feito uso de drogas lícitas (59.7%) ou ilícitas (92.8%) nos últimos 3 meses. Pertenciam a famílias de coesão desligada (46.1%) e adaptabilidade flexível (32.8%) e utilizaram predominantemente o serviço odontológico privado (59.6%). Na Tabela 1 é possível observar as demais características da população estudada.

Na análise multivariada (Tabela 2), após ajuste, foi encontrada associação da escolaridade materna superior a 8 anos de estudo (RE= 1.07; IC 95%: 1.03-1.12), renda maior que R\$ 937 (RE= 1.04; IC 95%: 1.01-1.09), residir com até cinco pessoas na mesma casa (RE= 1.07; IC 95%: 1.01-1.14), etnia/cor branca (RE= 1.05; IC 95%: 1.01-1.10) e ter pais casados (RE= 1.04; IC 95%: 1.01-1.09) com o melhor alfabetismo em saúde bucal.

A coesão familiar do tipo aglutinada (RE= 1.21; IC 95%: 1.12-1.30), a adaptabilidade familiar dos tipos rígida (RE= 1.11; IC 95%: 1.04-1.19) e estruturada (RE= 1.06; IC 95%: 1.01-1.12) e a utilização do serviço odontológico privado (RE= 1.08; IC 95%: 1.03-1.13) também foram associados ao melhor ASB.

## DISCUSSÃO

Adolescentes com melhores condições socioeconômicas, que frequentaram serviços odontológicos privados e provenientes de famílias com coesão aglutinada e adaptabilidade rígida e estruturada apresentaram um melhor nível de alfabetismo em saúde bucal. Esses resultados são importantes pois associam pela primeira vez tais fatores ao ASB em adolescentes. Espera-se com esse estudo contribuir para a formulação de políticas públicas direcionadas à população alvo. Até onde sabemos, este é o primeiro estudo que investigou fatores associados ao alfabetismo em saúde bucal em adolescentes.

Esse estudo apontou uma importante associação entre as relações familiares e o ASB de adolescentes. A associação encontrada entre a alta coesão familiar (famílias do tipo aglutinadas) e melhores níveis de ASB é corroborada por estudo prévio, que apontou que a alta coesão familiar pode influenciar os níveis de aprendizado dos filhos<sup>19</sup> e que a comunicação pais-filhos é capaz de afetar os comportamentos de saúde de adolescentes<sup>20</sup>.

O efeito da adaptabilidade familiar no ASB ainda não havia sido relatado. No presente estudo, adolescentes de famílias com menor adaptabilidade, tipo estruturada e rígida, apresentaram maior ASB. Em famílias com menor adaptabilidade as relações de autoridade estão fixas, o que pode ter favorecido a supervisão dos adolescentes e contribuído para melhores resultados educacionais<sup>21</sup>. Conseqüentemente, uma menor adaptabilidade familiar pode ter favorecido um maior acesso a informações de saúde bucal.

A maior escolaridade materna foi associada a maior satisfação e desempenho acadêmico de adolescentes e esse resultado pode ter ocorrido devido sua influência na capacidade cognitiva dos filhos, mães com maior nível educacional tendem a investir mais na educação dos filhos<sup>22</sup>, o que pode ter colaborado para melhorar seus níveis de ASB.

A associação entre a renda familiar e o ASB observada nesse estudo foi observado em outro estudo com pais de crianças com cárie<sup>23</sup>. Uma renda familiar alta favorece a disponibilidade de recursos financeiros e contribui para um maior acesso a serviços odontológicos e comunicação com o dentista<sup>24</sup>, podendo assim ter contribuído para um melhor ASB.

Ainda nesse sentido, um menor número de pessoas morando com o adolescente foi associado ao melhor nível de ASB. Provavelmente esse resultado indica que houve uma menor divisão de recursos entre os membros da família e maior atenção pôde ser direcionada a educação, principalmente em famílias com menor número de filhos<sup>25</sup>, o que conseqüentemente pode ter influenciado o nível de ASB.

Os pais serem casados também contribuiu para um melhor nível de ASB em adolescentes. Foi demonstrado que filhos que moram com pais casados possuem melhor maturação psicológica e são mais saudáveis, além de receberem maior atenção as suas necessidades, provavelmente em decorrência de um maior suporte familiar<sup>26</sup>. Portanto, esse resultado indica que um maior apoio dos pais impactou positivamente o nível de ASB dos adolescentes.

Nesse estudo, adolescentes brancos apresentaram melhor ASB comparados aos não brancos. Estudo prévio demonstrou que adolescentes não brancos apresentaram desempenho acadêmico inferior e que existem maiores diferenças

raciais em relação ao desempenho acadêmico de jovens desfavorecidos economicamente<sup>27</sup>. Essas desigualdades sociais ocorrem em muitas sociedades, como no caso do Brasil, o que provavelmente pode afetar a inclusão social de indivíduos não brancos. Desta forma, adolescentes não brancos podem precisar conciliar trabalho e estudo devido à privação socioeconômica, o que impacta negativamente na capacidade de aprendizado<sup>28</sup>, afetando o ASB.

Também foi observado que os adolescentes que utilizaram serviços odontológicos privados apresentaram um ASB melhor. Acredita-se que a alta demanda de atendimento dos serviços públicos odontológicos no Brasil e uma baixa prioridade para adolescentes<sup>29</sup> pode ter prejudicado a comunicação em saúde bucal influenciando os níveis de OHL dos adolescentes.

No que se refere à utilização de drogas pelos adolescentes, ao contrário do que se imaginava, não foi encontrada uma associação com o nível de ASB. Foi demonstrado, anteriormente, pior rendimento escolar e baixa concentração em adolescentes que usavam drogas<sup>30</sup>. A ausência de associação nesse estudo, provavelmente ocorreu, porque foi considerado apenas o relato de utilização de drogas nos últimos três meses, o que não representa o uso crônico de substâncias, que deve ser melhor investigado em estudos longitudinais. Portanto, é importante que estudos posteriores investiguem a associação entre o ASB e a cronicidade no consumo de drogas em adolescentes. Além disso, acredita-se que pode ter havido subestimação do consumo por se tratar de um estudo realizado em ambiente escolar, uma vez que os adolescentes podem ter se sentido inibidos em declarar seu real consumo.

Esse estudo possui limitações relacionadas ao seu desenho, pois não se pode estabelecer o sentido da associação entre as variáveis estudadas a partir de um estudo transversal, sendo necessários estudos longitudinais para esse propósito. Apesar disso, trata-se de um importante indicador de fatores associados ao ASB em adolescentes, área ainda muito pouco explorada. Para realização desse estudo foram tomados cuidados metodológicos tais como a condução de um estudo piloto, treinamento/calibração dos examinadores e cálculo amostral. Espera-se com os resultados encontrados venham contribuir para formulação de políticas públicas direcionadas à promoção e prevenção de saúde bucal na adolescência.

## CONCLUSÃO

Adolescentes brasileiros com melhores condições socioeconômicas, provenientes de famílias com coesão aglutinada e adaptabilidade rígida e estruturada, e filhos de pais casados apresentaram um melhor nível de alfabetismo em saúde bucal, demonstrando a importância de um ambiente familiar favorável contribuindo para o melhor ASB.

## REFERÊNCIAS

1. Baskaradoss JK. The association between oral health literacy and missed dental appointments. *J Am Dent Assoc*, v. 147, n 11, p. 1-8, 2016. DOI: 10.1016/j.adaj.2016.05.011.
2. Firmino RT, Ferreira FM, Paiva SM, Granville-Garcia AF, Fraiz FC, Martins CC. Oral health literacy and associated oral conditions- A systematic review. *J Am Dent Assoc*. 2017; 148(8): 604-613. DOI: 10.1016/j.adaj.2017.04.012.
3. Junkes MC, Fraiz FC, Sardenberg F, Lee JY, Paiva SM, Ferreira FM. Validity and Reliability of the Brazilian Version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry – BREALD-30. *PLoS ONE* 2015; 10(7): e0131600. DOI: 10.1371/journal.pone.0131600.
4. Lima LCM, Neves ETB, Dutra LC, Firmino RT, Araújo LJS, Paiva SM, Ferreira FM, Granville-Garcia AF. Propriedades psicométricas do Breald-30 para adolescentes. *Rev Saude Publica*. Forthcoming, 2019.
5. Divaris K, Lee JY, Baker AD, Vann Jr WF. Caregivers' oral health literacy and their young children's oral health-related quality-of-life. *Acta Odontol Scand*. 2012; 70(5):390-397. DOI: 10.3109/00016357.2011.629627.
6. Hoffman S, Rueda HA, Beasley L. Youth Perspectives of Healthcare in Central Mexico: An Application of Massey's Critical Health Literacy Framework. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019; 16(5): 1-14. DOI: 10.3390/ijerph16050896.
7. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. AGE STANDARDIZATION OF RATES: A NEW WHO STANDARD,2001: 1-12.
8. Chisolm DJ, Manganello JA, Kelleher KJ, Marshal MP. Health literacy, alcohol expectancies, and alcohol use behaviors in tens. *Patient Educ Couns*. 2014; 97: 291–296. DOI: 10.1016/j.pec.2014.07.019.

9. Kashahu L, Karaj S, Karaj T. Academic Achievements of Adolescents and Family Functioning. *AJIS*. 2016; 5 (3) S1: 157-170. DOI: 10.5901/ajis.2016.v5n3s1p157.
10. Aldosari MA, Tavares MA, Matta-Machado ATG, Abreu MHNG. Factors associated with patients' satisfaction in Brazilian dental primary health care. *PLoS ONE* 2017; 12(11): e0187993. DOI: 10.1371/journal.pone.0187993.
11. Bae D, Wickrama KAS. Family Socioeconomic Status and Academic Achievement Among Korean Adolescents: Linking Mechanisms of Family Processes and Adolescents' Time Use. *J. Early Adolesc.* 2015; 35(7): 1014-1038. <https://doi.org/10.1177/0272431614549627>.
12. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Informações Estatísticas. 2016. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>>, acesso em: 29/10/2018.
13. Vilella, KD, Assunção LRS, Junkes MC, Menezes JVN, Fraiz FC, Ferreira FM. Training and calibration of interviewers for oral health literacy using the BREALD-30 in epidemiological studies. *Braz. oral res.* 2016; 30(1): e90. DOI: 10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0090.
14. ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. Critérios de Classificação Econômica Brasil. São Paulo, 2015.
15. Falceto OG, Busnello ED, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Rev Panam Salud Publica*, v. 7, n. 4, p. 255-263, 2000.
16. Olson DH, Tiesel JW. FACES III Fact Sheet, DIAKON/FDR, apr., 2003.
17. Olson DH, Sprenkle D, Russel C. Cicumplex model: systemic assessment and treatment of families. New York: The Harworth press; 1989.
18. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. p. 1183-94, addiction 2002, 1997.
19. Rezaei-Dehaghani A, Keshvari M, Paki S. The Relationship between Family Functioning and Academic Achievement in Female High School Students of Isfahan, Iran, in 2013–2014. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2018; 23(3): 183–187. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR\_87\_17.
20. Avdic A, Büyükdurmus T. Communication Problems? The Role of Parent-child Communication for the Subsequent Health Behavior of Adolescents. *Ruhr Economic*

Paper 2015; ( 547). Available at  
 SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2618395> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2618395>.

21. Shute VJ, Hansen EG, Underwood JS, Razzouk R. A Review of the Relationship between Parental Involvement and Secondary School Students' Academic Achievement. *Educ res int*. 2011; 1-10. DOI:10.1155/2011/915326.
22. Crede J, Wirthwein L, McElvany N, Steinmayr R. Adolescents'academic achievement and life satisfaction:the role of parents'education. *Front Psychol*. 2015; 6 (52): 1-8. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00052.
23. Lai SHF, Wong MKW, Wong HM, Yiu CKY. Parental Oral Health Literacy of children with severe early childhood caries in Hong Kong. *Eur J Paediatr Dent* 2017; 18(4): 326-331. DOI: 10.23804/ejpd.2017.18.04.11.
24. Davoglio RS, Abegg C, Aerts DRGC. Factors related to the use of dental services among adolescents from Gravataí, RS, Brazil, in 2005. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(2): 546-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200028>.
25. Karwath C, Relikowski I, Schmitt M. Sibling structure and educational achievement: How do the number of siblings, birth order, and birth spacing affect children's vocabulary competences? *Journal of Family Research* 2014; 3: 372-396. <https://doi.org/10.3224/zff.v26i3.18993>
26. Langton CE, Berger LM. Family Structure and Adolescent Physical Health, Behavior, and Emotional Well-Being. *Soc Serv Rev*. 2011; 85(3): 323–357. DOI:10.1086/661922.
27. Gordon MS, Cui M. The Intersection of Race and Community Poverty and Its Effects on Adolescents' Academic Achievement. *Youth & Society* 2016; 1-19. DOI: 10.1177/0044118X16646590.
28. Bachman JG, Staff J. Adolescent Work Intensity, School Performance, and Substance Use: Links Vary by Race/Ethnicity and Socioeconomic Status. *Dev Psychol*. 2013; 49(11): 2125–2134. DOI: 10.1037/a0031464.
29. Macarevich A, Pilotto LM, Hilgert JB, Celeste RK. User satisfaction with public and private dental services for different age groups in Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2018; 33(2): e00110716. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00110716>.
30. Chukwu EO, Pius VT, FiaseTM, Haruna H, Terkuma C, Evangeline AC. Effects of Substance/Drug Abuse on the Academic Achievement of Secondary School Students in Mkar Metropolis, Gboko, Benue State. *International Journal of Psychological and Brain Sciences* 2017; 2(2): 40-45. DOI: 10.11648/j.ijpbs.20170202.12.

**Tabela 1.** Caracterização da amostra de adolescentes de 15 a 19 anos, Campina Grande-PB.

Variável	Frequência	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	444	59.5
Masculino	302	40.5
<b>Etnia/cor</b>		
Branca	211	28.3
Não branca	535	71.7
<b>Tipo de escola</b>		
Pública	497	66.6
Privada	249	33.4
<b>Renda familiar mensal</b>		
≤ 937 reais	272	51.0
> 937 reais	261	49.0
<b>Escolaridade Materna</b>		
< 8 anos de estudo	299	40.3
≥ 8 anos de estudo	443	59.7
<b>Idade do responsável</b>		
≤ 42 anos	384	51.6
> 42 anos	360	48.4
<b>Classe social</b>		
Classe A	85	11.4
Classe B1 – B2	233	31.2
Classe C1- C2	319	42.8
Classes D e E	109	14.6
<b>Número de pessoas em casa</b>		
≤ 5 pessoas	619	83.2
≥ 6 pessoas	125	16.8
<b>Estado Civil dos responsáveis</b>		
Casado	403	54.1
Solteiro, divorciado, viúvo	342	45.9
<b>Posição na família</b>		

Filho mais velho	314	42.1
Filho do meio	184	24.7
Filho mais novo	248	33.2
<b>Uso de drogas lícitas</b>		
Sim	301	40.3
Não	445	59.7
<b>Uso de drogas ilícitas</b>		
Sim	54	7.2
Não	692	92.8
<b>Coesão familiar</b>		
Aglutinadas	15	2.0
Conectadas	121	16.2
Separadas	266	35.7
Desligadas	344	46.1
<b>Adaptabilidade familiar</b>		
Rígida	122	16.4
Estruturada	216	29.0
Flexível	244	32.8
Caótica; Muito flexível	163	21.9
<b>Tipo de serviço odontológico utilizado</b>		
Público	264	40.4
Privado	389	59.6

**Tabela 2.** Regressão de Poisson em relação ao alfabetismo em saúde bucal e características sociodemográficas, familiares e comportamentais associadas em escolares de 15 a 19 anos de idade, Campina Grande-PB.

Variáveis*	Alfabetismo em saúde bucal Média (DP)	Bivariada		Multivariada	
		RE não ajustado**		RE ajustado†	
		(95% IC)	p-	(95% IC)	p-valor

			valor		
<b>Sexo</b>					
Masculino	20.23 (5.30)	1.00		-	-
Feminino	20.43 (4.89)	1.01 (0.97-1.04)	0.597	-	-
<b>Escolaridade Materna</b>					
≤ 8 anos de estudo	18.60 (5.51)	1.00		1.00	
> 8 anos de estudo	21.50 (4.35)	1.15 (1.11-1.20)	<0.001	1.07 (1.03-1.12)	0.001
<b>Renda familiar mensal</b>					
≤ 937 reais	19.11 (5.05)	1.00		1.00	
> 937 reais	21.68 (4.63)	1.13 (1.08-1.18)	<0.001	1.04 (1.01-1.09)	0.049
<b>Idade do responsável</b>					
≤ 42 anos	20.09 (5.02)	1.00		-	-
> 42 anos	20.61 (5.10)	1.02 (0.99-1.06)	0.163	-	-
<b>Número de pessoas em casa</b>					
≤ 5 pessoas	20.68 (4.86)	1.09 (1.03-1.15)	0.001	1.07 (1.01-1.14)	0.032
> 5 pessoas	18.87 (5.69)	1.00		1.00	
<b>Etnia/cor</b>					
Branca	21.54 (5.23)	1.08 (1.04-1.12)	<0.001	1.05 (1.01-1.10)	0.010
Não branca	19.88 (4.91)	1.00		1.00	
<b>Estado civil dos responsáveis</b>					
Casado	20.97 (5.02)	1.06 (1.03-1.10)	<0.001	1.04 (1.01-1.09)	0.040
Solteiro/divorciado/viúvo	19.61 (5.02)	1.00		1.00	
<b>Posição na família</b>					
Mais velho	20.88 (4.91)	1.02 (0.98-1.06)	0.240	-	-
Filho do meio	19.43 (4.71)	0.95 (0.91-1.01)	0.057	-	-
Filho mais novo	20.36 (5.41)	1.00		-	-
<b>Uso de drogas lícitas</b>					
Não	20.26 (5.07)	1.00		-	-
Sim	20.50 (5.04)	1.01 (0.97-1.04)	0.526	-	-
<b>Uso de drogas ilícitas</b>					
Não	20.36 (5.04)	1.01 (0.93-1.08)	0.829	-	-
Sim	20.20 (5.32)	1.00		-	-

<b>Tipo de serviço odontológico utilizado</b>					
Público	19.13 (5.06)	1.00		1.00	
Privado	21.50 (4.46)	1.12 (1.08-1.16)	<0.001	1.08 (1.03-1.13)	<0.001
<b>Coesão familiar</b>					
Aglutinadas	24.73 (3.36)	1.26 (1.17-1.35)	<0.001	1.21 (1.12-1.30)	<0.001
Conectadas	21.07 (4.98)	1.07 (1.02-1.13)	0.004	1.01 (0.95-1.07)	0.727
Separadas	20.79 (4.93)	1.06 (1.02-1.10)	0.003	1.03 (0.98-1.08)	0.153
Desligadas	19.57 (5.09)	1.00		1.00	
<b>Adaptabilidade familiar</b>					
Rígida	21.11 (5.06)	1.09 (1.02-1.16)	0.005	1.11 (1.04-1.19)	0.001
Estruturada	20.81 (4.57)	1.07 (1.02-1.13)	0.007	1.06 (1.01-1.12)	0.043
Flexível	20.24 (4.98)	1.04 (0.99-1.10)	0.101	1.03 (0.97-1.10)	0.262
Caótica/Muito flexível	19.34 (5.63)	1.00		1.00	

\* Variáveis independentes definidas utilizando-se um Gráfico Acíclico Direcionado (DAG).

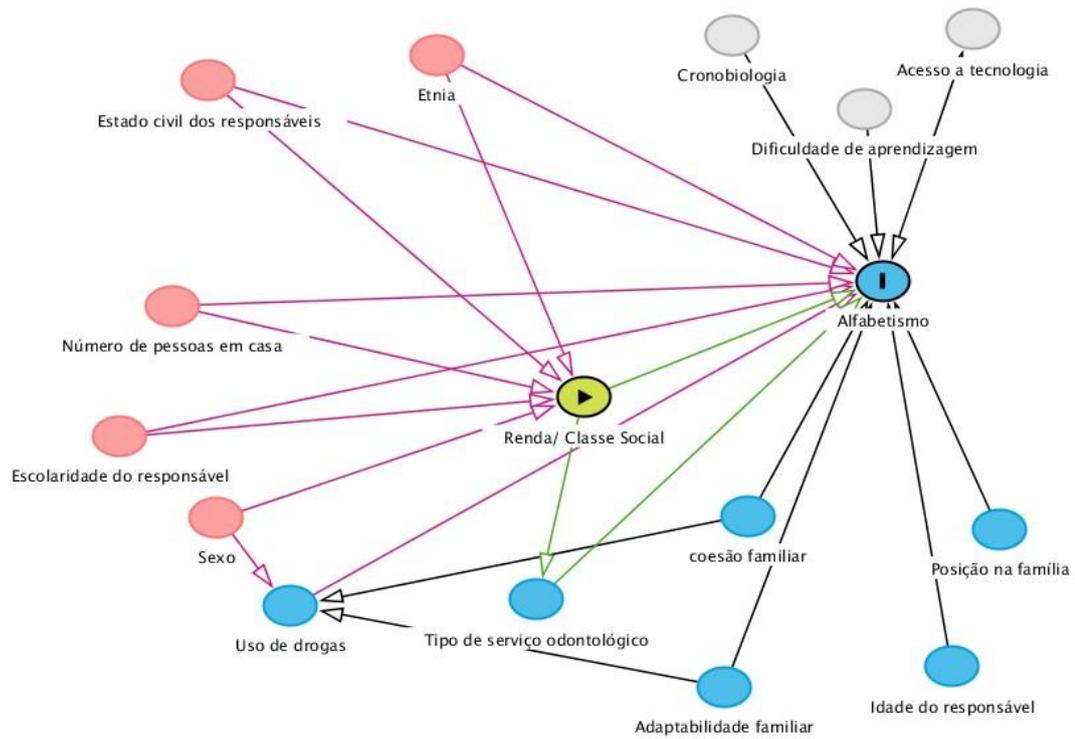
\*\* Regressão de Poisson não ajustada para variáveis sociodemográficas, familiares e comportamentais e alfabetismo em saúde bucal (ASB) de adolescentes de 15 a 19 anos.

RE = Razão de escores.

† Variáveis incorporadas no modelo multivariado ( $p < 0.20$ ): escolaridade materna, renda familiar mensal, idade do responsável, número de pessoas em casa, etnia/cor, estado civil dos responsáveis, posição na família, tipo de serviço odontológico utilizado, coesão e adaptabilidade familiar.

(-): Variáveis não selecionadas ou não retidas no modelo final ajustado ( $p > 0.20$  bivariado ou valor  $p > 0.05$  multivariado).

† Variáveis incorporadas no modelo multivariado: escolaridade materna, número de pessoas em casa, etnia/cor, estado civil dos responsáveis, uso de drogas, adaptabilidade familiar e coesão familiar.



**Figura 1:** Directed Acyclic Graph (DAG) para o efeito de características sociodemográficas, familiares e comportamentais no Alfabetismo em Saúde Bucal (ASB).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo dos fatores associados ao ASB requer a utilização de instrumentos validados para esse propósito e necessita de estudos populacionais com um delineamento criterioso e reproduzível. Além disso, estudos desta natureza ainda tem negligenciado os adolescentes, apesar de serem uma população estratégica para implementação de políticas de saúde.

Foi demonstrado nesse estudo que a utilização de serviço odontológico privado, escolaridade materna, idade do responsável, alta coesão e baixa adaptabilidade são características comuns capazes de influenciar o ASB em adolescentes de 12 e 15 a 19 anos. De modo semelhante foram observadas associações entre o ASB e aspectos sociodemográficos como renda, etnia e o número de pessoas em casa. Esses resultados são inéditos em adolescentes e contribuem para maior compreensão sobre o ASB nessa população.

A partir dos resultados desse estudo pode-se direcionar políticas públicas que atuem de maneira específica, investindo nos jovens como promotores de saúde. Nesse sentido, atuar na melhoria do alfabetismo em saúde bucal em adolescentes pode ser uma estratégia relevante para reduzir comportamentos inadequados de saúde bucal.

## REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. **Crerios de Classificao Econmica Brasil**. So Paulo, 2015.

BASKARADOSS, J. K. The association between oral health literacy and missed dental appointments. **J Am Dent Assoc**, v. 147, n 11, p. 1-8, 2016.

BALISTRERI, K.S.; ALVIRA-HAMMOND, M. Adverse childhood experiences, family functioning and adolescent health and emotional well-being. **Public Health**, p. 1-7, 2015.

BLIZNIUK, A.; UENO, M.; ZAITSU, T.; KAWAGUCHI, Y. Association of oral health literacy with oral health behavior and oral health status in Belarus. **Community Dent Health**, v. 32, n. 3, p. 148-152, 2015.

BRASIL. Ministrio da Saude. Secretaria de Atenao a Saude. Secretaria de Vigilancia em Saude. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saude Bucal: resultados principais**. Braslia, 2012.

BURGETTE, J. M.; LEE, J. Y.; BAKER, A. D.; VANN, W. F. JR. Is Dental Utilization Associated with Oral Health Literacy. **J Dent Res**, v. 95, n. 2, p. 160-6, 2015.

CALVASINA, P.; LAWRENCE, H. P.; HOFFMAN-GOETZ, L.; NORMAN, C. D. Brazilian immigrants' oral health literacy and participation in oral healthcare in Canada. **BMC Oral Health**, v. 16, n. 18, p. 1-7, 2016.

CHISOLM, D. J.; MANGANELLO, J. A.; KELLEHER, K. J.; MARCHAL, M. P. Health literacy, alcohol expectancies, and alcohol use behaviors in teens. **Patient Educ Couns**, V. 97, P. 291-296, 2014.

CHISOLM, D. J.; SARKAR, M.; KELLEHER, K. J.; SANDERS, L.M. Predictors of Health Literacy and Numeracy Concordance Among Adolescents With Special Health Care Needs and Their Parents. **J Health Commun.**,v. 20, n. 02, p. 43-49, 2015.

DIVARIS, K.; LEE, J. Y.; BAKER, A. D.; VANN JR, W. F. The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers. **Health Qual Life Outcomes**, v. 9, n. 108, p. 1-9, 2011.

FALCETO, O. G.; BUSNELLO, E. D.; BOZZETTI, M. C. Validao de escalas diagnsticas do funcionamento familiar para utilizao em servios de ateno primria a saude. **Rev Panam Salud Publica**, v. 7, n. 4, p. 255-263, 2000.

FERREIRA, L. L.; BRANDAO, G. A. M.; GARCIA, G.; BATISTA, M. J.; COSTA, L. S. T.; AMBROSANO, G. M. B.; POSSOBON, R. F. Coesao familiar associada a saude bucal, fatores socioeconomicos e comportamentos em saude. **Cienc Saude Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2461-2473, 2013.

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. **J AmDentAssoc**, v. 148, n. 8, p. 604-13, 2017.

FIRMINO, R. T.; MARTINS, C. C.; FARIA, L. S.; PAIVA, S. M.; GRANVILLE-GARCIA, A. F.; FRAIZ, F. C.; FERREIRA, F. M. Association of oral health literacy with oral health behaviors, perception, knowledge, and dental treatment related outcomes: a systematic review and meta-analysis. **J Public Health Dent**, 2018.

FIRMINO, R. T.; FERREIRA, F. M.; MARTINS, C. C.; GRANVILLE-GARCIA, A. F.; FRAIZ, F. C.; PAIVA, S. M. Is parental oral health literacy a predictor of children's oral health outcomes? Systematic review of the literature. **Int J Paediatr Dent.**, 2018.

FRAZÃO, P. Epidemiologia em saúde bucal. In: PEREIRA, A. C. & colabs. **Odontologia em Saúde Coletiva**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2003. p. 64-82.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; CLEMENTINO, M. A.; GOMES, M. N. C.; FIRMINO, R. T.; RIBEIRO, G. L. A.; SIQUEIRA, M. B. L. D. Alcohol consumption among adolescents: attitudes, behaviors and associated factors. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 1, p. 7-16, 2014.

GUTIÉRREZ-SALDAÑA, P.; CAMACHO-CALDERÓN, N.; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, M. L. Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. **Aten Primaria**, v. 39, n. 11, p. 597-601, 2007.

HARIDAS, R.; SUPREETHA, S.; AJAGANNANAVAR, S. L.; TIKARE, S.; MALIYIL, M. J.; Kalappa, A. A. Oral Health Literacy and Oral Health Status among Adults Attending Dental College Hospital in India. **J Int Oral Health**, v. 6, n. 6, p. 61-66, 2014.

HOFFMAN, S.; RUEDA, H. A.; BEASLEY, L. Youth Perspectives of Health care in Central Mexico: An Application of Massey's Critical Health Literacy Framework. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 16, n. 896, n. 1-14, 2019.

HOLTZMAN, J. S.; ATCHISON, K. A.; GIRONDA, M. W.; RADBOD, R.; GORNBEIN, J. The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university based general dental clinic. **CommunityDent Oral Epidemiol.**, v. 42, n. 3, p. 263–270, 2014.

HOLTZMAN, J. S.; ATCHISON, K. A.; MACEK, M. D.; MARKOVIC, D. Oral Health Literacy and Measures of Periodontal Disease. **J Periodontol**, v 88, n. 1, p. 1-18, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Informações Estatísticas. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>>, acesso em 09/04/2019.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). Dados finais do Censo Escolar 2014. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.dataescolabrasil.inep.gov.br/dataEscolaBrasil/>>, acesso em 01/05/2016.

JONES, K.; BRENNAN, D. S.; PARKER, E.J.; MILLS, H.; JAMIESON, L. Does self-efficacy mediate the effect of oral health literacy on self-rated oral health in an Indigenous population? **J Public Health Dent**, v. 76, n. 4, p. 1-6, 2016.

JUNKES, M. C.; FRAIZ, F. C.; SARDENBERG, F.; LEE, J. Y.; PAIVA, S. M.; FERREIRA, F. M.

Validity and Reliability of the Brazilian Version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry – BREALD-30. **PLoS ONE**, v. 10, n. 7, p. 1-11, 2015.

KANUPURU, K.K.; FAREED, N.; SUDHIR, K. M. Relationship Between Oral Health Literacy and Oral Health Status Among College Students. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v. 13, n. 4, p. 323-330, 2015.

KIRKWOOD, B. R. **Essentials of medical statistics**. Oxford: Blackwell Science; 1996.

KHAN, K.; RUBY, B.; GOLDBLATT, R. S.; SCHENSUL, J. J.; REISINE, S. A pilot study to assess oral health literacy by comparing a word recognition and comprehension tool. **BMC Oral Health**, v. 18, p. 1-11, 2014.

LEE, J. Y.; ROZIER, R. G.; LEE, S. Y.; BENDER, D.; RUIZ, R. E. Development of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-30 – A brief communication. **J Public Health Dent**, v. 67, p. 94–8, 2007.

LEE, J. Y.; DIVARIS, K.; BAKER, A. D.; ROZIER, R. G.; LEE, S. Y.; VANN, W. F. JR. Oral health literacy levels among a low-income WIC population. **J Public Health Dent**, v. 71, n. 2, p. 152-160, 2011.

MACAREVICH, A.; PILOTTO, L.M.; HILGERT, J.B.; CELESTE, R.K. User satisfaction with public and private dental services for different age groups in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n. 2, 2018.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 497-509, 2011.

NUTEBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies in to the 21st century. *Health Promotion International*, v. 15, n. 3, p. 259–267, 2000

OLSON, D. H.; TIESEL, J. W. **FACES III FactSheet**, DIAKON/FDR, apr., 2003.

OLSON, D. H.; SPRENKLE, D.; RUSSEL, C. **Cicumplex model: systemic assessment and treatment of families**. New York: The Harworth press; 1989.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. 583 p.

PINTO, V. G. Identificação de problemas. In PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 596p.

SANDERS, L. M.; FEDERICO, S.; KLASS, P.; ABRAMS, M. A.; DREYER, B. Literacy and Child Health, **Arch Pediatr Adolesc**, v. 163, n. 2, p. 131-140, 2009.

VAZQUEZ, F. L.; CORTELLAZZI, K. L.; KAIEDA, A. K.; BULGARELI, J. V.; MIALHE, F. L.; AMBROSANO, G. M. B.; TAGLIAFERRO, E. P. S.; GUERRA, L. M.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C. Individual and contextual factors related to dental caries in under privileged Brazilian adolescents. **BMC Oral Health**, v. 15, n. 6, p. 1-10, 2015.

VILELLA, K. D.; ASSUNÇÃO, L. R. S.; JUNKES, M. C.; MENEZES, J. V. N. B.; FRAIZ, F. C.; FERREIRA, F. M. Training and calibration of interviewers for oral health literacy using the BREALD-30 in epidemiological studies. **Braz. oral res.**, v.30, n.1, p. 1-7, 2016.

WEHMEYER, M. M. H.; CORWIN, C. L.; GUTHMILLER, J. M.; LEE, J. Y. The impact of oral health literacy on periodontal health status. **J Public Health Dent**, v. 74, n. 1, p. 80-87, 2014.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility**. p. 1183-94, addiction 2002, 1997.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A****Questionário aplicado aos pais/responsáveis**

**IDENTIFICAÇÃO:** \_\_\_\_\_ Pública ( ) Privada ( )

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone:(83) \_\_\_\_\_

01. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

02. Idade: \_\_\_\_\_

03. Raça/cor autodeclarada: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela

04. Idade da mãe: \_\_\_\_\_ Responsável ( )

05. Idade do pai: \_\_\_\_\_ Responsável ( )

06. Estado civil do responsável: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado, viúvo

07. Renda mensal familiar: \_\_\_\_\_

08. Tipo de moradia: ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Cedida

09. Número de pessoas residentes em casa: \_\_\_\_\_

10. Posição na família: ( ) filho mais novo ( ) filho mais velho ( ) filho do meio

11. Plano de saúde familiar: ( ) Sim ( ) Não

12. Escolaridade da mãe:

( ) Analfabeto / Fundamental I incompleto

( ) Fundamental I completo / Fundamental II incompleto

( ) Fundamental completo/Médio incompleto

( ) Médio completo/Superior incompleto

( ) Superior completo

13. Escolaridade do pai:

( ) Analfabeto / Fundamental I incompleto

( ) Fundamental I completo / Fundamental II incompleto

( ) Fundamental completo/Médio incompleto

( ) Médio completo/Superior incompleto

( ) Superior completo

## APÊNDICE B

Consentimento da Secretaria Estadual de Educação



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

### CARTA DE ANUÊNCIA

Ilma. Sra. Giovanna Lopes Marques

Estamos realizando uma pesquisa que tem como título “Condições não clínicas associadas ao Alfabetismo em Saúde Bucal: Um Estudo com Adolescentes”. Essa pesquisa tem o objetivo de avaliar a relação entre alfabetismo em saúde bucal e as condições sócio-demográficas, coesão familiar, consumo de substâncias psicoativas e acesso ao serviço odontológico em adolescentes de 12 e 15 aos 19 anos de idade na Cidade de Campina Grande-PB. Essa pesquisa será realizada pelos professores da Universidade Estadual da Paraíba, alunos de mestrado e doutorado, com finalidade acadêmica.

Também será realizada aplicação de questionário aos pais/responsáveis, sendo que este questionário não apresenta quaisquer tipos de risco ou desconforto, exceto o tempo gasto para responder as questões (cerca de 10 minutos).

Salienta-se que todas as informações obtidas serão guardadas e resguardadas, não sendo revelada sob qualquer pretexto a identificação dos adolescentes e dos respondentes. Deixamos claro, desde já, que não haverá nenhuma forma de benefício financeiro ou pessoal para os pesquisadores, nem para as instituições.

Solicitamos então, por gentileza, sua autorização para examinar esses adolescentes e entrevistar os pais/responsáveis. Informamos que na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas das escolas, nem dos adolescentes. Será feita aplicação tópica de flúor nos adolescentes, como também serão fornecidos escova dentária e fio dental. Salientamos ainda, que em retorno, forneceremos os resultados dessa pesquisa para os pais/responsáveis e para Secretaria da Educação.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Atenciosamente,

Campina Grande/PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Ana Flávia Granville-Garcia  
Prof<sup>a</sup> do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UEPB  
Pesquisadora responsável

---

Giovanna Lopes Marques  
Gerente Regional da Educação – Campina Grande/PB

## APÊNDICE C

Consentimento da Secretaria Municipal de Educação



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

### CARTA DE ANUÊNCIA

Ilma. Sra. Iolanda Barbosa Silva

Estamos realizando uma pesquisa que tem como título “Condições não clínicas associadas ao Alfabetismo em Saúde Bucal: Um Estudo com Adolescentes”. Essa pesquisa tem o objetivo de avaliar a relação entre alfabetismo em saúde bucal e as condições sócio-demográficas, coesão familiar, consumo de substâncias psicoativas e acesso ao serviço odontológico em adolescentes de 12 e 15 aos 19 anos de idade na Cidade de Campina Grande-PB. Essa pesquisa será realizada pelos professores da Universidade Estadual da Paraíba, alunos de mestrado e doutorado, com finalidade acadêmica.

Também será realizada aplicação de questionário aos pais/responsáveis, sendo que este questionário não apresenta quaisquer tipos de risco ou desconforto, exceto o tempo gasto para responder as questões (cerca de 10 minutos).

Salienta-se que todas as informações obtidas serão guardadas e resguardadas, não sendo revelada sob qualquer pretexto a identificação dos adolescentes e dos respondentes. Deixamos claro, desde já, que não haverá nenhuma forma de benefício financeiro ou pessoal para os pesquisadores, nem para as instituições.

Solicitamos então, por gentileza, sua autorização para examinar esses adolescentes e entrevistar os pais/responsáveis. Informamos que na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas das escolas, nem dos adolescentes. Será feita aplicação tópica de flúor nos adolescentes, como também serão fornecidos escova dentária e fio dental. Salientamos ainda, que em retorno, forneceremos os resultados dessa pesquisa para os pais/responsáveis e para Secretaria da Educação.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Atenciosamente,

Campina Grande/PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Ana Flávia Granville-Garcia  
Prof<sup>a</sup> do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UEPB  
Pesquisadora responsável

---

Iolanda Barbosa Silva  
Secretária de Educação do município de Campina Grande/PB

**APÊNDICE D****Termo de consentimento livre e esclarecido**

Programa de Pós-Graduação em Odontologia

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado (a) Senhor (a), responsável, pedimos o favor de dedicar alguns minutos do seu tempo para ler este comunicado.

Estamos realizando uma pesquisa que tem como título: “Condições não clínicas associadas ao Alfabetismo em Saúde Bucal: Um Estudo com Adolescentes”. Esta pesquisa tem finalidade acadêmica. Será realizada mediante aplicação de um questionário aos pais dos adolescentes, sendo que este procedimento não apresenta quaisquer tipos de risco ou desconforto, exceto o tempo gasto para responder as questões (cerca de 10 minutos). Salienta-se que todas as informações obtidas serão guardadas e resguardadas, não sendo revelada sob qualquer pretexto a identificação dos adolescentes e dos seus responsáveis. Deixamos claro, desde já, que não haverá nenhuma forma de benefício financeiro ou pessoal, e que esta declaração de concordância em participar do estudo poderá ser retirada a qualquer época, não acarretando em danos. A sua colaboração, autorizando a realização da entrevista, é importante para avaliar a necessidade de realização de programas de saúde bucal. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgarem necessárias. Você não será prejudicado de qualquer forma caso sua vontade seja de não colaborar, até mesmo onde haja submissão à autoridade. Se quiser informações sobre nosso trabalho, por favor, ligue para Ana Flávia Granville-Garcia, professora responsável pela pesquisa no telefone 33153300, ou então, fale com ela pessoalmente na Av. das Baraúnas, s/n Bodocongó, no horário comercial de 2ª a 6ª feiras. Esperamos contar com o seu apoio, desde já agradecemos.

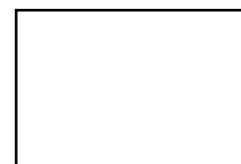
---

Ana Flávia Granville-Garcia (Pesquisadora Responsável)

**AUTORIZAÇÃO**

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa: “Condições não clínicas associadas ao Alfabetismo em Saúde Bucal: Um Estudo com Adolescentes”, autorizo a realização de entrevista em:

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2018



Responsável \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E

### Termo de assentimento



#### Programa de Pós-Graduação em Odontologia Termo de Assentimento

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Condições não clínicas associadas ao Alfabetismo em Saúde Bucal: Um Estudo com Adolescentes”. Neste estudo pretendemos analisar o efeito da condição socioeconômica, união familiar, o uso de substâncias legais ou não, o acesso e utilização dos serviços odontológicos no alfabetismo em saúde bucal. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo não apresenta quaisquer tipos de risco ou desconforto, exceto o tempo gasto para responder as questões (cerca de 10 minutos), isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, exames clínicos bucais etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização, no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada, sendo que seu nome ou o material que indique sua participação será mantido em sigilo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Este termo foi elaborado em conformidade com o Art. 228 da Constituição Federal de 1988; Arts. 2º e 104 do Estatuto da Criança e do Adolescente; e Art. 27 do Código Penal Brasileiro; sem prejuízo dos Arts. 3º, 4º e 5º do Código Civil Brasileiro.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, residente \_\_\_\_\_, fone \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações junto ao pesquisador responsável listado abaixo ou com a acadêmica Roanny Torres Lopes, telefone: 33153300 ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, telefone (83) 3315-3373. Estou ciente que o meu responsável poderá modificar a decisão da minha participação na pesquisa, se assim desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em

participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura:

Assinatura do (a) pesquisador(a) responsável:

**ANEXOS**

## ANEXO A

## Questionário - ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<p><b>1 - Você acha que necessita de tratamento dentário atualmente?</b>  0-Não;  1-Sim;  9-Não sabe / Não respondeu</p>											
<p><b>2 - Nos últimos 6 meses você teve dor de dente?</b>  0-Não;  1-Sim;  8-Não se aplica;  9-Não sabe / Não respondeu</p>											
<p><b>3 - Aponte na linha ao lado o quanto foi esta dor</b>  1 (um) significa muito pouca dor e 10 (dez) uma dor muito forte</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<p><b>4 - Alguma vez na vida você já foi ao consultório do dentista?</b>  0-Não;  1-Sim;  9-Não sabe / Não respondeu</p>											
<p><b>5 - Quando você consultou o dentista pela última vez?</b>  1-Menos de um ano;  2-Um a dois anos;  3-Três anos ou mais;  8-Não se aplica;  9-Não sabe / Não respondeu</p>											
<p><b>6 - Onde foi a sua última consulta?</b>  1-Serviço público;  2-Serviço particular;  3-Plano de Saúde ou Convênios;  4-Outros;  8-Não se aplica;  9-Não sabe / Não respondeu</p>											
<p><b>7 - Qual o motivo da sua última consulta?</b>  1-Revisão, prevenção ou check-up;  2-Dor;  3-Extração;  4-Tratamento;  5-Outros;  8-Não se aplica;  9-Não sabe / Não respondeu</p>											
<p><b>8 - O que você achou do tratamento na última consulta?</b>  1-Muito Bom;  2-Bom;  3-Regular;</p>											

<b>4-Ruim;</b> <b>5-Muito Ruim;</b> <b>8-Não se aplica;</b> <b>9-Não sabe / Não respondeu</b>	
--	--

## ANEXO B

### Questionário aplicado aos pais/responsáveis

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

**INSTRUÇÃO:** Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem \_\_\_\_\_ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

**A água utilizada neste domicílio é proveniente de?**

1	Rede geral de distribuição
---	----------------------------

2	Poço ou nascente
3	Outro meio



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

**Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:**

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 1 | Asfaltada/Pavimentada |
| 2 | Terra/Cascalho        |

### Anexo C

### Questionário BREALD-30

#### BREALD-30

Identificação do respondente: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Tempo inicial: \_\_\_\_ Tempo final: \_\_\_\_ Tempo total: \_\_\_\_

Pontuação REALD-30: \_\_\_\_\_

"Agora vou te mostrar cartões, com uma palavra em cada. Por favor leia a palavra em voz alta e lentamente. Se você não souber ler alguma palavra, apenas diga 'não sei', não tente adivinhar. Não existem respostas certas ou erradas. Só queremos saber com esta parte do estudo com quais palavras você está acostumado (a)."

1. Açúcar		11. Biópsia		21. Endodontia	
2. Dentadura		12. Enxaguatório		22. Maloclusão	
3. Fumante		13. Bruxismo		23. Abscesso	
4. Esmalte		14. Escovar		24. Biofilme	
5. Dentição		15. Hemorragia		25. Fístula	
6. Erosão		16. Radiografia		26. Hiperemia	
7. Genética		17. Película		27. Ortodontia	
8. Incipiente		18. Halitose		28. Temporomandibular	
9. Gengiva		19. Periodontal		29. Hipoplasia	
10. Restauração		20. Analgesia		30. Apicectomia	

**ANEXO D**  
**Questionário FACES III**

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<p><b>1.</b> Os membros da família pedem ajuda uns aos outros.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( ) 2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( ) 3. Às vezes ( )</p>	<p><b>2.</b> Seguem-se as sugestões dos filhos na solução de problemas.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( ) 2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( ) 3. Às vezes ( )</p>
<p><b>3.</b> Aprovamos os amigos que cada um tem.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( ) 2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( ) 3. Às vezes ( )</p>	<p><b>4.</b> Os filhos expressam sua opinião quanto a sua disciplina.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( ) 2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( ) 3. Às vezes ( )</p>
<p><b>5.</b> Gostamos de fazer coisas apenas com nossa família.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( ) 2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( ) 3. Às vezes ( )</p>	<p><b>6.</b> Diferentes pessoas da família atuam nela como líderes.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( ) 2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( ) 3. Às vezes ( )</p>
<p><b>7.</b> Os membros da família sentem-se mais próximos entre si que com pessoas estranhas à família.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( ) 2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( ) 3. Às vezes ( )</p>	<p><b>8.</b> Em nossa família mudamos a forma de executar as tarefas domésticas.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( ) 2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( ) 3. Às vezes ( )</p>
<p><b>9.</b> Os membros da família gostam de passar o tempo livre juntos.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( ) 2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( ) 3. Às vezes ( )</p>	<p><b>10.</b> Pai(s) e filhos discutem juntos os castigos.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( ) 2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( ) 3. Às vezes ( )</p>
<p><b>11.</b> Os membros da família se sentem muito próximos uns dos outros.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( ) 2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( ) 3. Às vezes ( )</p>	<p><b>12.</b> Os filhos tomam as decisões em nossa família.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( ) 2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( ) 3. Às vezes ( )</p>
<p><b>13.</b> Estamos todos presentes quando compartilhamos atividades em nossa família.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( ) 2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( ) 3. Às vezes ( )</p>	<p><b>14.</b> As regras mudam em nossa família.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( ) 2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( ) 3. Às vezes ( )</p>
<p><b>15.</b> Facilmente nos ocorrem coisas que podemos fazer juntos, em família.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( ) 2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( ) 3. Às vezes ( )</p>	<p><b>16.</b> Em nossa família fazemos rodízio das responsabilidades domésticas.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( ) 2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( ) 3. Às vezes ( )</p>

<p><b>17.</b> Os membros da família consultam outras pessoas da família para tomarem suas decisões.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( )  2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( )  3. Às vezes ( )</p>	<p><b>18.</b> É difícil identificar o(s) líder(es) em nossa família.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( )  2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( )  3. Às vezes ( )</p>
<p><b>19.</b> A união familiar é muito importante.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( )  2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( )  3. Às vezes ( )</p>	<p><b>20.</b> É difícil dizer quem faz cada tarefa doméstica em nossa casa.</p> <p>1. Quase nunca ( ) 4. Frequentemente ( )  2. Raramente ( ) 5. Quase sempre ( )  3. Às vezes ( )</p>

POR FAVOR, INDIQUE SEU LUGAR NA FAMÍLIA :

MÃE \_\_\_ PAI \_\_\_ FILHO \_\_\_ (LEMBRE QUE O FILHO MAIS VELHO CORRESPONDE AO Nº 1)

## Anexo E

### ASSIST – OMS

Nome: \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar _____	0	3

**OBS: Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista. Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões**

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar _____	0	2	3	4	6

**OBS: Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões**

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar _____	0	3	4	5	6

4. Durante os três últimos meses,	NUNCA	1 OU 2	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE
-----------------------------------	-------	--------	-------------	--------------	-------------

com que frequência o seu consumo de ( <i>primeira droga, depois a segunda droga, etc</i> ) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?		VEZES			OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar _____	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de ( <i>primeira droga, depois a segunda droga, etc</i> ), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar _____	0	5	6	7	8

**OBS: FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de ( <i>primeira droga, depois a segunda droga, etc...</i> ) ?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar _____	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou	NÃO,	SIM, nos últimos 3	SIM, mas não nos
---	------	--------------------	------------------

parar o uso de ( <i>primeira droga, depois a segunda droga, etc...</i> ) e não conseguiu?	Nunca	meses	últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar _____	0	6	3

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)	NÃO, Nunca ( )	SIM, nos últimos 3 meses ( )	SIM, mas não nos últimos 3 meses ( )
Padrão de uso injetável nos últimos 3 meses	<input type="checkbox"/> Uma vez por semana ou menos Ou menos de três dias seguidos. <input type="checkbox"/> Mais do que uma vez por semana Ou mais do que três dias seguidos.		

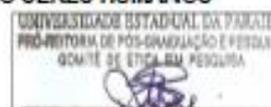
PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA	
a. derivados do tabaco	
b. bebidas alcoólicas	
c. maconha	
d. cocaína, crack	
e. anfetaminas ou êxtase	
f. inalantes	
g. hipnóticos/sedativos	
h. alucinógenos	
i. opióides	
j. outras, especificar _____	

## ANEXO F

### Parecer Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



**PARECER DO RELATOR: 04**

Número do parecer: 55063516.2.1001.5187

Pesquisador responsável: Ana Flavia Granville Garcia

Data da relatoria: 16 de maio de 2016

Situação do parecer: **Aprovado**

**Apresentação do Projeto:**

O Projeto é intitulado "Associação entre fatores biopsicossociais, acesso e utilização dos Serviços de Saúde Bucal e a cárie dentária em adolescentes". O Projeto é para fins de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso de Curso de Doutorado em Odontologia / UEPB.

**Objetivo da Pesquisa:** A pesquisa tem como objetivo geral: avaliar a associação entre fatores biopsicossociais, acesso e utilização dos serviços de saúde bucal e a cárie dentária em adolescentes de Campina Grande - PB.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explicitas suas possíveis contribuições, percebe-se que são previstos riscos mínimos possíveis aos participantes da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** Será realizada uma pesquisa do tipo transversal e analítica.

## ANEXO G

Normas para publicação do periódico International Journal of Paediatric Dentistry

### Author Guidelines

#### 1. SUBMISSION

Authors should kindly note that submission implies that the content has not been published or submitted for publication elsewhere except as a brief abstract in the proceedings of a scientific meeting or symposium.

**Once the submission materials have been prepared in accordance with the Author Guidelines, manuscripts should be submitted online at <https://mc.manuscriptcentral.com/ijpd>**

**[Click here](#)** for more details on how to use ScholarOne.

#### Data protection

By submitting a manuscript to or reviewing for this publication, your name, email address, and affiliation, and other contact details the publication might require, will be used for the regular operations of the publication, including, when necessary, sharing with the publisher (Wiley) and partners for production and publication. The publication and the publisher recognize the importance of protecting the personal information collected from users in the operation of these services, and have practices in place to ensure that steps are taken to maintain the security, integrity, and privacy of the personal data collected and processed. You can learn more at <https://authorservices.wiley.com/statements/data-protection-policy.html>.

#### Preprint policy

This journal will consider for review articles previously available as preprints on non-commercial servers such as ArXiv, bioRxiv, psyArXiv, SocArXiv, engrXiv, etc. Authors may also post the submitted version of a manuscript to non-commercial servers at any time. Authors are requested to update any pre-publication versions with a link to the final published article.

For help with submissions, please contact: **[IJPDedoffice@wiley.com](mailto:IJPDedoffice@wiley.com)**

#### 2. AIMS AND SCOPE

*International Journal of Paediatric Dentistry* publishes papers on all aspects of paediatric dentistry including: growth and development, behaviour management, diagnosis, prevention, restorative treatment and issue relating to medically compromised children or those with disabilities. This peer-reviewed journal features scientific articles, reviews, case reports, short communications and abstracts of current paediatric dental research. Analytical studies with a scientific novelty value

are preferred to descriptive studies. Case reports illustrating unusual conditions and clinically relevant observations are acceptable but must be of sufficiently high quality to be considered for publication; particularly the illustrative material must be of the highest quality.

### 3. MANUSCRIPT CATEGORIES AND REQUIREMENTS

#### i. Original Articles

Divided into: Summary, Introduction, Material and methods, Results, Discussion, Bullet points, Acknowledgements, References, Figure legends, Tables and Figures arranged in this order.

- **Summary** should be structured using the following subheadings: Background, Hypothesis or Aim, Design, Results, and Conclusions and should be less than 200 words.
- **Introduction** should be brief and end with a statement of the aim of the study or hypotheses tested. Describe and cite only the most relevant earlier studies. Avoid presentation of an extensive review of the field.
- **Material and methods** should be clearly described and provide enough detail so that the observations can be critically evaluated and, if necessary repeated. Use section subheadings in a logical order to title each category or method. Use this order also in the results section. Authors should have considered the ethical aspects of their research and should ensure that the project was approved by an appropriate ethical committee, which should be stated. Type of statistical analysis must be described clearly and carefully.
- **Results** should clearly and concisely report the findings, and division using subheadings is encouraged. Double documentation of data in text, tables or figures is not acceptable. Tables and figures should not include data that can be given in the text in one or two sentences.
- **Discussion** section presents the interpretation of the findings. This is the only proper section for subjective comments and reference to previous literature. Avoid repetition of results, do not use subheadings or reference to tables in the results section.
- **Bullet Points:** Authors will need to provide no more than 3 'key points' that summarise the key messages of their paper to be published with their article. The key points should be written with a practitioner audience in mind under the heading:  
\*Why this paper is important to paediatric dentists.

#### ii. Review Articles

May be invited by the Editor.

#### iii. Systematic reviews

We consider publishing systematic reviews if the manuscript has comprehensive and unbiased sampling of literature and covering topics related to Paediatric Dentistry. Articles for the *International Journal of Paediatric Dentistry* should include: a) description of search strategy of relevant literature (search terms and databases), b)

inclusion criteria (language, type of studies i.e. randomized controlled trial or other, duration of studies and chosen endpoints, c) evaluation of papers and level of evidence. For examples see:

Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H et al. Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. *Acta Odontologica Scandinavica* 2003; 61: 347-355.

Paulsson L, Bondemark L, Söderfeldt B. A systematic review of the consequences of premature birth on palatal morphology, dental occlusion, tooth-crown dimensions, and tooth maturity and eruption. *Angle Orthodontist* 2004; 74: 269-279.

#### iv. Short Communications

Brief scientific articles or short case reports may be submitted, which should be no longer than three pages of double-spaced text and include a maximum of three illustrations. They should contain important, new, definitive information of sufficient significance to warrant publication. They should not be divided into different parts and summaries are not required.

#### v. Brief Clinical Reports/Case Reports

Short papers not exceeding 800 words, including a maximum of three illustrations and five references may be accepted for publication if they serve to promote communication between clinicians and researchers. If the paper describes a genetic disorder, the OMIM unique six-digit number should be provided for online cross reference (Online Mendelian Inheritance in Man).

A paper submitted as a Brief Clinical/Case Report should include the following:

- a short **Introduction** (avoid lengthy reviews of literature);
- the **Case report** itself (a brief description of the patient/s, presenting condition, any special investigations and outcomes);
- a **Discussion** which should highlight specific aspects of the case(s), explain/interpret the main findings and provide a scientific appraisal of any previously reported work in the field.
- **Bullet Points:** Authors will need to provide no more than 3 'key points' that summarise the key messages of their paper to be published with their article. The key points should be written with a practitioner audience in mind under the heading:  
\*Why this paper is important to paediatric dentists.

#### vi. Letters to the Editor

Should be sent directly to the editor for consideration in the journal.

## 4. PREPARING THE SUBMISSION

### Cover Letters

Cover letters are not mandatory; however, they may be supplied at the author's discretion.

### Parts of the Manuscript

The manuscript should be submitted in separate files: title page; main text file; figures.

### **Title page**

The title page should contain:

- i. A short informative title that contains the major key words. The title should not contain abbreviations (see Wiley's **best practice SEO tips**);
- ii. A short running title of less than 50 characters;
- iii. The full names of the authors and a statement of author contributions, e.g. Author contributions: A.S. and K.J. conceived the ideas; K.J. and R.L.M. collected the data; R.L.M. and P.A.K. analysed the data; and A.S. and K.J. led the writing;
- iv. The author's institutional affiliations where the work was conducted, with a footnote for the author's present address if different from where the work was conducted;
- v. Acknowledgments;
- vi. Word count (excluding tables)

### **Authorship**

Please refer to the journal's authorship policy the Editorial Policies and Ethical Considerations section for details on eligibility for author listing.

### **Acknowledgments**

Contributions from anyone who does not meet the criteria for authorship should be listed, with permission from the contributor, in an Acknowledgments section. Financial and material support should also be mentioned. Thanks to anonymous reviewers are not appropriate.

### **Conflict of Interest Statement**

Authors will be asked to provide a conflict of interest statement during the submission process. For details on what to include in this section, see the section 'Conflict of Interest' in the Editorial Policies and Ethical Considerations section below. Submitting authors should ensure they liaise with all co-authors to confirm agreement with the final statement.

### **Main Text File**

As papers are double-blind peer reviewed the main text file should not include any information that might identify the authors.

The main text file should be presented in the following order:

- i. Title, abstract and key words;
- ii. Main text;
- iii. References;
- iv. Tables (each table complete with title and footnotes);
- v. Figure legends;
- vi. Appendices (if relevant).

Figures and supporting information should be supplied as separate files.

## Abstract

Abstracts and keywords are required for some manuscript types. For details on manuscript types that require abstracts, please refer to the 'Manuscript Types and Criteria' section.

## Keywords

Please provide 3-6 keywords. Keywords should be taken from the list provided at submission in ScholarOne.

## Main Text

- As papers are double-blind peer reviewed, the main text file should not include any information that might identify the authors.
- The journal uses British spelling; however, authors may submit using either option, as spelling of accepted papers is converted during the production process.

## References

All references should be numbered consecutively in order of appearance and should be as complete as possible. In text citations should cite references in consecutive order using Arabic superscript numerals. For more information about AMA reference style please consult the **AMA Manual of Style**

Sample references follow:

### *Journal article*

1. King VM, Armstrong DM, Apps R, Trott JR. Numerical aspects of pontine, lateral reticular, and inferior olivary projections to two paravermal cortical zones of the cat cerebellum. *J Comp Neurol* 1998;390:537-551.

### *Book*

2. Voet D, Voet JG. *Biochemistry*. New York: John Wiley & Sons; 1990. 1223 p.

### *Internet document*

3. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2003*.  
<http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2003PWSecured.pdf> Accessed March 3, 2003

## Tables

Tables should be self-contained and complement, not duplicate, information contained in the text. They should be supplied as editable files, not pasted as images. Legends should be concise but comprehensive – the table, legend, and footnotes must be understandable without reference to the text. All abbreviations must be defined in footnotes. Footnote symbols: †, ‡, §, ¶, should be used (in that order) and \*, \*\*, \*\*\* should be reserved for P-values. Statistical measures such as SD or SEM should be identified in the headings.

## Figure Legends

Legends should be concise but comprehensive – the figure and its legend must be understandable without reference to the text. Include definitions of any symbols used and define/explain all abbreviations and units of measurement.

## Figures

Although authors are encouraged to send the highest-quality figures possible, for peer-review purposes, a wide variety of formats, sizes, and resolutions are accepted.

**Click here** for the basic figure requirements for figures submitted with manuscripts for initial peer review, as well as the more detailed post-acceptance figure requirements.

In the text, please reference figures as for instance 'Figure 1', 'Figure 2' to match the tag name you choose for the individual figure files uploaded.

**Colour Figures.** Figures submitted in colour may be reproduced in colour online free of charge. Please note, however, that it is preferable that line figures (e.g. graphs and charts) are supplied in black and white so that they are legible if printed by a reader in black and white.

## Guidelines for Cover Submissions

If you would like to send suggestions for artwork related to your manuscript to be considered to appear on the cover of the journal, **please follow these general guidelines**

## Data Citation

In recognition of the significance of data as an output of research effort, Wiley has endorsed **the FORCE11 Data Citation Principles** and is implementing a mandatory data citation policy. Wiley journals require data to be cited in the same way as article, book, and web citations and authors are required to include data citations as part of their reference list.

Data citation is appropriate for data held within institutional, subject focused, or more general data repositories. It is not intended to take the place of community standards such as in-line citation of GenBank accession codes.

When citing or making claims based on data, authors must refer to the data at the relevant place in the manuscript text and in addition provide a formal citation in the reference list. We recommend the format proposed by the **Joint Declaration of Data Citation Principles**:

[dataset] Authors; Year; Dataset title; Data repository or archive; Version (if any); Persistent identifier (e.g. DOI)

## Additional Files

### ***Appendices***

Appendices will be published after the references. For submission they should be supplied as separate files but referred to in the text.

### ***Supporting Information***

Supporting information is information that is not essential to the article, but provides greater depth and background. It is hosted online and appears without editing or typesetting. It may include tables, figures, videos, datasets, etc.

**Click here** for Wiley's FAQs on supporting information.

Note: if data, scripts, or other artefacts used to generate the analyses presented in the paper are available via a publicly available data repository, authors should include a reference to the location of the material within their paper.

### **Submission of Revised Manuscripts**

Revised manuscripts must be uploaded within 2 months of authors being notified of conditional acceptance pending satisfactory revision. Locate your manuscript under 'Manuscripts with Decisions' and click on 'Submit a Revision' to submit your revised manuscript. Please remember to delete any old files uploaded when you upload your revised manuscript. All revisions must be accompanied by a cover letter to the editor. The letter must a) detail on a point-by-point basis the author's response to each of the referee's comments, and b) a revised manuscript highlighting exactly what has been changed in the manuscript after revision.

### **Resource Identification Initiative**

The journal supports the **Resource Identification Initiative**, which aims to promote research resource identification, discovery, and reuse. This initiative, led by the **Neuroscience Information Framework** and the **Oregon Health & Science University Library**, provides unique identifiers for antibodies, model organisms, cell lines, and tools including software and databases. These IDs, called Research Resource Identifiers (RRIDs), are machine-readable and can be used to search for all papers where a particular resource was used and to increase access to critical data to help researchers identify suitable reagents and tools.

Authors are asked to use RRIDs to cite the resources used in their research where applicable in the text, similar to a regular citation or Genbank Accession number. For antibodies, authors should include in the citation the vendor, catalogue number, and RRID both in the text upon first mention in the Methods section. For software tools and databases, please provide the name of the resource followed by the resource website, if available, and the RRID. For model organisms, the RRID alone is sufficient.

Additionally, authors must include the RRIDs in the list of keywords associated with the manuscript.

### ***To Obtain Research Resource Identifiers (RRIDs)***

1. Use the Resource Identification Portal, created by the Resource Identification Initiative Working Group.
2. Search for the research resource (please see the section titled "Search Features and Tips" for more information).
3. Click on the "Cite This" button to obtain the citation and insert the citation into the manuscript text.

If there is a resource that is not found within the **Resource Identification Portal**, authors are asked to register the resource with the appropriate resource authority. Information on how to do this is provided in the “Resource Citation Guidelines” section of the Portal.

If any difficulties in obtaining identifiers arise, please contact **rii-help@scicrunch.org** for assistance.

### **Example Citations**

Antibodies: "Wnt3 was localized using a rabbit polyclonal antibody C64F2 against Wnt3 (Cell Signaling Technology, Cat# 2721S, RRID: AB\_2215411)"

Model Organisms: "Experiments were conducted in c. elegans strain SP304 (RRID:CGC\_SP304)"

Cell lines: "Experiments were conducted in PC12 CLS cells (CLS Cat# 500311/p701\_PC-12, RRID:CVCL\_0481)"

Tools, Software, and Databases: "Image analysis was conducted with CellProfiler Image Analysis Software, V2.0 (<http://www.cellprofiler.org>, RRID:nif-0000-00280)"

### **Wiley Author Resources**

**Manuscript Preparation Tips:** Wiley has a range of resources for authors preparing manuscripts for submission available **here**. In particular, authors may benefit from referring to Wiley’s best practice tips on **Writing for Search Engine Optimization**.

**Editing, Translation, and Formatting Support:** **Wiley Editing Services** can greatly improve the chances of a manuscript being accepted. Offering expert help in English language editing, translation, manuscript formatting, and figure preparation, Wiley Editing Services ensures that the manuscript is ready for submission.

**Video Abstracts:** A video abstract can be a quick way to make the message of your research accessible to a much larger audience. Wiley and its partner Research Square offer a service of professionally produced video abstracts, available to authors of articles accepted in this journal. You can learn more about it by **clicking here**. If you have any questions, please direct them to **videoabstracts@wiley.com**.

## **5. EDITORIAL POLICIES AND ETHICAL CONSIDERATIONS**

### **Peer Review and Acceptance**

The acceptance criteria for all papers are the quality and originality of the research and its significance to journal readership. Manuscripts are double-blind peer reviewed. Papers will only be sent to review if the Editor-in-Chief determines that the paper meets the appropriate quality and relevance requirements.

Wiley's policy on the confidentiality of the review process is **available here**.

### **Human Studies and Subjects**

For manuscripts reporting medical studies that involve human participants, a statement identifying the ethics committee that approved the study and confirmation

that the study conforms to recognized standards is required, for example: **Declaration of Helsinki**; **US Federal Policy for the Protection of Human Subjects**; or **European Medicines Agency Guidelines for Good Clinical Practice**. It should also state clearly in the text that all persons gave their informed consent prior to their inclusion in the study.

Patient anonymity should be preserved. When detailed descriptions, photographs, or videos of faces or identifiable body parts are used that may allow identification, authors should obtain the individual's free prior informed consent. Authors do not need to provide a copy of the consent form to the publisher; however, in signing the author license to publish, authors are required to confirm that consent has been obtained. Wiley has a **standard patient consent form** available for use. Where photographs are used they need to be cropped sufficiently to prevent human subjects being recognized; black eye bars should not be used as they do not sufficiently protect an individual's identity).

### **Animal Studies**

A statement indicating that the protocol and procedures employed were ethically reviewed and approved, as well as the name of the body giving approval, must be included in the Methods section of the manuscript. Authors are encouraged to adhere to animal research reporting standards, for example the **ARRIVE guidelines** for reporting study design and statistical analysis; experimental procedures; experimental animals and housing and husbandry. Authors should also state whether experiments were performed in accordance with relevant institutional and national guidelines for the care and use of laboratory animals:

- US authors should cite compliance with the US National Research Council's Guide for the Care and Use of Laboratory Animals, the US Public Health Service's Policy on Humane Care and Use of Laboratory Animals, and Guide for the Care and Use of Laboratory Animals.
- UK authors should conform to UK legislation under the Animals (Scientific Procedures) Act 1986 Amendment Regulations (SI 2012/3039).
- European authors outside the UK should conform to Directive 2010/63/EU.

### **Clinical Trial Registration**

Clinical trials should be reported using the CONSORT guidelines available at **www.consort-statement.org**. A **CONSORT checklist** should also be included in the submission material under "Supplementary Files for Review".

If your study is a randomized clinical trial, you will need to fill in all sections of the CONSORT Checklist. If your study is not a randomized trial, not all sections of the checklist might apply to your manuscript, in which case you simply fill in N/A.

All prospective clinical trials which have a commencement date after the 31st January 2017 must be registered with a public trials registry: **www.clinicaltrials.gov**, **http://clinicaltrials.ifpma.org/clinicaltrials/**, **http://isrctn.org/**. The clinical trial registration number and name of the trial register will then be published with the paper.

### **Research Reporting Guidelines**

Accurate and complete reporting enables readers to fully appraise research, replicate it, and use it. The guidelines listed below should be followed where appropriate and where applicable, checklists, and flow diagrams uploaded with your submission; these may be published alongside the final version of your paper.

• **Observational studies** : **STROBE**

**Checklist for cohort, case-control, and cross-sectional studies (combined)**

**Checklist for cohort studies**

**Checklist for case-control studies**

**Checklist for cross-sectional studies**

- **Systematic reviews** : **PRISMA**
- Meta-analyses of observational studies: **MOOSE**
- **Case reports** : **CARE**
- In vitro studies: **CRIS**
- **Qualitative research** : **COREQ**
- **Diagnostic / prognostic studies** : **STARD**
- **Quality improvement studies** : **SQUIRE**
- **Economic evaluations** : **CHEERS**
- **Animal pre-clinical studies** : **ARRIVE**
- **Study protocols** : **SPIRIT**
- **Clinical practice guidelines** : **AGREE**

The **Equator Network** (Enhancing the Quality and Transparency Of Health Research) provides a comprehensive list of reporting guidelines.

We also encourage authors to refer to and follow guidelines from:

- **Future of Research Communications and e-Scholarship (FORCE11)**
- **National Research Council's Institute for Laboratory Animal Research guidelines**
- **The Gold Standard Publication Checklist from Hooijmans and colleagues**
- **Minimum Information Guidelines from Diverse Bioscience Communities (MIBBI) website**
- **FAIRsharing website**

## Sequence Data

**Nucleotide sequence data** can be submitted in electronic form to any of the three major collaborative databases: DDBJ, EMBL, or GenBank. It is only necessary to submit to one database as data are exchanged between DDBJ, EMBL, and GenBank on a daily basis. The suggested wording for referring to accession-number information is: 'These sequence data have been submitted to the DDBJ/EMBL/GenBank databases under accession number U12345'. Addresses are as follows:

- DNA Data Bank of Japan (DDBJ): **www.ddbj.nig.ac.jp**
- EMBL Nucleotide Archive: **ebi.ac.uk/ena**
- GenBank: **www.ncbi.nlm.nih.gov/genbank**

**Proteins sequence data** should be submitted to either of the following repositories:

- Protein Information Resource (PIR): [pir.georgetown.edu](http://pir.georgetown.edu)
- SWISS-PROT: [expasy.ch/sprot/sprot-top](http://expasy.ch/sprot/sprot-top)

### Structural Data

For papers describing structural data, atomic coordinates and the associated experimental data should be deposited in the appropriate databank (see below). **Please note that the data in databanks must be released, at the latest, upon publication of the article.** We trust in the cooperation of our authors to ensure that atomic coordinates and experimental data are released on time.

- Organic and organometallic compounds: Crystallographic data should not be sent as Supporting Information, but should be deposited with the *Cambridge Crystallographic Data Centre* (CCDC) at [ccdc.cam.ac.uk/services/structure%5Fdeposit](http://ccdc.cam.ac.uk/services/structure%5Fdeposit).
- Inorganic compounds: *Fachinformationszentrum Karlsruhe* (FIZ; [fiz-karlsruhe.de](http://fiz-karlsruhe.de)).
- Proteins and nucleic acids: *Protein Data Bank* ([rcsb.org/pdb](http://rcsb.org/pdb)).
- NMR spectroscopy data: *BioMagResBank* ([bmr.b.wisc.edu](http://bmr.b.wisc.edu)).

### Conflict of Interest

The journal requires that all authors disclose any potential sources of conflict of interest. Any interest or relationship, financial or otherwise that might be perceived as influencing an author's objectivity is considered a potential source of conflict of interest. These must be disclosed when directly relevant or directly related to the work that the authors describe in their manuscript. Potential sources of conflict of interest include, but are not limited to: patent or stock ownership, membership of a company board of directors, membership of an advisory board or committee for a company, and consultancy for or receipt of speaker's fees from a company. The existence of a conflict of interest does not preclude publication. If the authors have no conflict of interest to declare, they must also state this at submission. It is the responsibility of the corresponding author to review this policy with all authors and collectively to disclose with the submission ALL pertinent commercial and other relationships.

It is the responsibility of the corresponding author to have all authors of a manuscript fill out a conflict of interest disclosure form, and to upload all forms together with the manuscript on submission. Please find the form below:

### Conflict of Interest Disclosure Form

### Funding

Authors should list all funding sources in the Acknowledgments section. Authors are responsible for the accuracy of their funder designation. If in doubt, please check the Open Funder Registry for the correct nomenclature: <https://www.crossref.org/services/funder-registry/>

### Authorship

The list of authors should accurately illustrate who contributed to the work and how. All those listed as authors should qualify for authorship according to the following criteria:

1. Have made substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data; and
2. Been involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content; and
3. Given final approval of the version to be published. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content; and
4. Agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Contributions from anyone who does not meet the criteria for authorship should be listed, with permission from the contributor, in an Acknowledgments section (for example, to recognize contributions from people who provided technical help, collation of data, writing assistance, acquisition of funding, or a department chairperson who provided general support). Prior to submitting the article all authors should agree on the order in which their names will be listed in the manuscript.

**Additional Authorship Options.** Joint first or senior authorship: In the case of joint first authorship, a footnote should be added to the author listing, e.g. 'X and Y should be considered joint first author' or 'X and Y should be considered joint senior author.'

### **Data Sharing and Data Accessibility**

The journal encourages authors to share the data and other artefacts supporting the results in the paper by archiving it in an appropriate public repository. Authors should include a data accessibility statement, including a link to the repository they have used, in order that this statement can be published alongside their paper.

**Human subject information in databases. The journal refers to the World Health Medical Association Declaration of Taipei on Ethical Considerations Regarding Health Databases and Biobanks.**

### **Publication Ethics**

This journal is a member of the **Committee on Publication Ethics (COPE)**. Note this journal uses iThenticate's CrossCheck software to detect instances of overlapping and similar text in submitted manuscripts. Read Wiley's Top 10 Publishing Ethics Tips for Authors **here**. Wiley's Publication Ethics Guidelines can be found **here**.

### **ORCID**

As part of the journal's commitment to supporting authors at every step of the publishing process, the journal requires the submitting author (only) to provide an ORCID iD when submitting a manuscript. This takes around 2 minutes to complete. **Find more information here.**

## **6. AUTHOR LICENSING**

If your paper is accepted, the author identified as the formal corresponding author will receive an email prompting them to log in to Author Services, where via the Wiley Author Licensing Service (WALS) they will be required to complete a copyright license agreement on behalf of all authors of the paper.

Authors may choose to publish under the terms of the journal's standard copyright agreement, or **OnlineOpen** under the terms of a Creative Commons License.

General information regarding licensing and copyright is available [here](#). To review the Creative Commons License options offered under OnlineOpen, please **click here**. (Note that certain funders mandate that a particular type of CC license has to be used; to check this please click [here](#).)

**Self-Archiving definitions and policies.** Note that the journal's standard copyright agreement allows for self-archiving of different versions of the article under specific conditions. Please [click here](#) for more detailed information about self-archiving definitions and policies.

**Open Access fees:** If you choose to publish using OnlineOpen you will be charged a fee. A list of Article Publication Charges for Wiley journals is available [here](#).

**Funder Open Access:** Please click [here](#) for more information on Wiley's compliance with specific Funder Open Access Policies.

**Reproduction of Copyright Material:** If excerpts from copyrighted works owned by third parties are included, credit must be shown in the contribution. It is the author's responsibility to also obtain written permission for reproduction from the copyright owners. For more information visit Wiley's Copyright Terms & Conditions FAQ at [http://exchanges.wiley.com/authors/faqs---copyright-terms--conditions\\_301.html](http://exchanges.wiley.com/authors/faqs---copyright-terms--conditions_301.html)

## 7. PUBLICATION PROCESS AFTER ACCEPTANCE

### Accepted article received in production

When an accepted article is received by Wiley's production team, the corresponding author will receive an email asking them to login or register with **[Wiley Author Services](#)**. The author will be asked to sign a publication license at this point.

### Accepted Articles

The journal offers Wiley's Accepted Articles service for all manuscripts. This service ensures that accepted 'in press' manuscripts are published online shortly after acceptance, prior to copy-editing or typesetting. Accepted Articles are published online a few days after final acceptance and appear in PDF format only. They are given a Digital Object Identifier (DOI), which allows them to be cited and tracked and are indexed by PubMed. After the final version article is published (the article of record), the DOI remains valid and can still be used to cite and access the article.

Accepted Articles will be indexed by PubMed; submitting authors should therefore carefully check the names and affiliations of all authors provided in the cover page of

the manuscript so it is accurate for indexing. Subsequently, the final copyedited and proofed articles will appear in an issue on Wiley Online Library; the link to the article in PubMed will update automatically.

### **Proofs**

Authors will receive an e-mail notification with a link and instructions for accessing HTML page proofs online. Page proofs should be carefully proofread for any copyediting or typesetting errors. Online guidelines are provided within the system. No special software is required, most common browsers are supported. Authors should also make sure that any renumbered tables, figures, or references match text citations and that figure legends correspond with text citations and actual figures. Proofs must be returned within 48 hours of receipt of the email. Return of proofs via e-mail is possible in the event that the online system cannot be used or accessed.

### **Early View**

The journal offers rapid speed to publication via Wiley's Early View service. **Early View** (Online Version of Record) articles are published on Wiley Online Library before inclusion in an issue. Note there may be a delay after corrections are received before the article appears online, as Editors also need to review proofs. Once the article is published on Early View, no further changes to the article are possible. The Early View article is fully citable and carries an online publication date and DOI for citations.

## **8. POST PUBLICATION**

### **Access and sharing**

When the article is published online:

- The author receives an email alert (if requested).
- The link to the published article can be shared through social media.
- The author will have free access to the paper (after accepting the Terms & Conditions of use, they can view the article).
- The corresponding author and co-authors can nominate up to ten colleagues to receive a publication alert and free online access to the article.

### **Promoting the Article**

To find out how to best promote an article, [click here](#).

### **Measuring the Impact of an Article**

Wiley also helps authors measure the impact of their research through specialist partnerships with [Kudos](#) and [Altmetric](#).

## **9. EDITORIAL OFFICE CONTACT DETAILS**

For queries about submissions, please contact [IJPDedoffice@wiley.com](mailto:IJPDedoffice@wiley.com)

*Author Guidelines Updated 25 March, 2019*

## ANEXO H

### Normas para publicação do periódico Revista de Saúde Pública

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes **recomendações**, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- CONSORT** checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD** checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE** checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais
- PRISMA** checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises
- STROBE** checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- RATS** checklist para estudos qualitativos

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos

### Categorias de artigos

#### a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões. Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

**Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais**  
Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao

desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação. Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

No preparo do manuscrito, além das recomendações citadas, verifique as instruções de formatação a seguir.

#### **Formatação:**

- Devem conter até 3500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: até 30 no total.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

**b) Comunicações breves** – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

**Formatação:**

Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências)
- Número de tabelas/figuras: uma tabela ou figura.
- Número de referências: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

**c) Artigos de revisão**

**Revisão sistemática e meta-análise** - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consulte:

**MOOSE** checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais

**PRISMA** checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises

**Revisão narrativa/crítica** - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

**Formatação:**

- Devem conter até 4000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: sem limites.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

#### **d) Comentários**

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

#### **Formatação:**

- Devem conter até 2000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de referências: até 30 no total.
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

**Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.**

#### **Dados de Identificação do Manuscrito**

##### **Autoria**

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

##### **Dados de identificação dos autores (cadastro)**

**Nome e sobrenome:** O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

**Correspondência:** Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

**Instituição:** Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

**Coautores:** Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

**Financiamento da pesquisa:** Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de

auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

**Apresentação prévia:** Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

### **Conflito de Interesses**

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

### **Declaração de Documentos**

Em conformidade com as diretrizes do **International Committee of Medical Journal Editors**, são solicitados alguns documentos e declarações do (s) autor (es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

<b>Documento/declaração</b>	<b>Quem assina</b>	<b>Quando anexar</b>
a. Carta de Apresentação	Todos os autores	Na submissão

b. Declaração de responsabilidade	Todos os autores	Na submissão
c. Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Após a aprovação
d. Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Após a aprovação

### a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

A carta deve ser assinada por todos os autores e deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores.
- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.

Responder- Qual a novidade do seu estudo? Por que deve ser publicado nesta revista?

### b. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar

seus membros. Normalmente serão listados no final do texto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

**Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.**

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

**Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.**

### **c. AGRADECIMENTOS**

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

### **d. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS**

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

## **Preparo do Manuscrito**

### **Título no idioma original do manuscrito e em inglês**

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

### **Título resumido**

Deve conter até 45 caracteres.

### **Descritores**

Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "**Descritores em Ciências da Saúde**" (**DeCS**), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no **Medical Subject Headings (MeSH)**. Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou *key words*) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

### **Figuras e Tabelas**

Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

### **Resumo**

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das **categorias de artigos**. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

### **Estrutura do texto**

*Introdução* – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

*Métodos* – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

*Resultados* – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

*Discussão* – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

## **Referências**

*Listagem:* As referências devem ser normalizadas de acordo com o **estilo Vancouver - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos a seguir.

## **Exemplos:**

### **Artigos de periódicos**

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005

## Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=10149](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149)

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

## Citação no texto

A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de **exponente** antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de ‘et al.’ em caso de autoria múltipla).

### Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart<sup>9</sup>, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.<sup>9</sup> (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

## Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando

traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução. Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

## **Figuras**

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

## **Checklist para submissão**

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número (s) do (s) processo (s).
9. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas por ordem de citação, verificando se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e

sem volume.

12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

## **Processo Editorial**

### **a) Revisão da redação científica**

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é submetido à revisão da redação científica, gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada. Inclusive a versão em inglês do artigo terá esta etapa de revisão.

### **b) Provas**

Após sua aprovação pelos editores, o manuscrito será revisado por uma equipe que fará a revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo.

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações/alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para revisão, até que se chegue a uma versão final do texto. Em seguida, o texto final passará por uma revisão gramatical. Após essa revisão o autor receberá nova prova, no formato final para publicação. Nessa última revisão podem ser feitas apenas correções de erros, pois não serão admitidos mais ajustes de forma. O prazo para a revisão da prova final é de um dia.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente uma semana após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nesta revisão, o autor deverá atentar para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e principalmente, equivalência de conteúdo com a versão “original aprovada”. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A Revista adota o sistema de publicação continuada (*rolling pass*). Desta forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de outros artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso,



trabalho. Ambos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

O trabalho está sendo submetido exclusivamente à RSP. Os autores não possuem conflitos de interesse ao presente trabalho. (Se houver conflito, especificar).

---

nome completo do autor 1 + assinatura

---

nome completo do autor 2 + assinatura

## **b) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

“Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo. ”

“Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo. ”

“Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores. ”

Contribuição:

---

---

Local, data

---

Assinatura

### c) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELOS AGRADECIMENTOS

Eu, (nome por extenso do autor responsável pela submissão), autor do manuscrito intitulado (título completo do artigo):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito, mas não preencheram os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos forneceram a respectiva permissão por escrito.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
NOME COMPLETO E ASSINATURA

### d) DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Concordo que os direitos autorais referentes ao manuscrito [TÍTULO], aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública, serão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, sendo possível sua reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, desde que citada a fonte, conferindo os devidos créditos à Revista de Saúde Pública.

Autores:

\_\_\_\_\_  
Local, data

\_\_\_\_\_  
NOME COMPLETO + Assinatura

\_\_\_\_\_  
Local, data

\_\_\_\_\_  
NOME COMPLETO + Assinatura