

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ASSOCIAÇÃO ENTRE SENSO DE COERÊNCIA, COMPORTAMENTOS DE
SAÚDE BUCAL E GENGIVITE EM ESCOLARES DO ENSINO FUNDAMENTAL DE
ESTÂNCIA VELHA, RS: ESTUDO TRANSVERSAL

MARLA PIRES PERAZZO

Porto Alegre
2022

MARLA PIRES PERAZZO

ASSOCIAÇÃO ENTRE SENSO DE COERÊNCIA, COMPORTAMENTOS DE
SAÚDE BUCAL E GENGIVITE EM ESCOLARES DO ENSINO FUNDAMENTAL DE
ESTÂNCIA VELHA, RS: ESTUDO TRANSVERSAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

Porto Alegre

2022

CIP - Catalogação na Publicação

Perazzo, Marla Pires
ASSOCIAÇÃO ENTRE SENSO DE COERÊNCIA, COMPORTAMENTOS
DE SAÚDE BUCAL E GENGIVITE EM ESCOLARES DO ENSINO
FUNDAMENTAL DE ESTÂNCIA VELHA, RS: ESTUDO TRANSVERSAL
/ Marla Pires Perazzo. -- 2022.
32 f.
Orientador: Fernando Neves Hugo.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre,
BR-RS, 2022.

1. Senso de Coerência. 2. Gengivite. 3.
Odontopediatria. 4. Saúde bucal. 5. Saúde Coletiva. I.
Hugo, Fernando Neves, orient. II. Título.

MARLA PIRES PERAZZO

ASSOCIAÇÃO ENTRE SENSO DE COERÊNCIA, COMPORTAMENTOS DE
SAÚDE BUCAL E GENGIVITE EM ESCOLARES DO ENSINO FUNDAMENTAL DE
ESTÂNCIA VELHA, RS: ESTUDO TRANSVERSAL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Odontologia da Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, como requisito
parcial para obtenção do título de
Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves
Hugo

Porto Alegre, outubro de 2022.

Professor Doutor Fernando Neves Hugo (Orientador)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Professor Doutor Daniel Demétrio Faustino da Silva
Grupo Hospitalar Conceição

Professor Doutor Jessye Melgarejo Do Amaral Giordani
Universidade Federal de Santa Maria

“Que nada nos limite, que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja nossa própria substância, já que viver é ser livre. Porque alguém disse e eu concordo que o tempo cura, que a mágoa passa, que decepção não mata. E que a vida sempre, sempre continua.”

Simone de Beauvoir

AGRADECIMENTOS

Inicio meus agradecimentos às pessoas que me inspiraram e que batalharam muito para que eu pudesse percorrer o período de graduação da melhor forma possível, à quem me proporcionou amor, dedicação e o valor da determinação me mostrando como exemplo, suas próprias vidas.

À minha mãe, Mari Luce, que me mostra diariamente uma força interminável, quem eu sempre acreditei ser meu oposto, hoje me complementa e me ensina a ser autêntica, a ter orgulho das minhas conquistas e acredita em mim quando eu fielmente não acredito. Obrigada por não desistir, por confiar que eu também faria um bom trabalho sozinha, eu te amo e te admiro. Ao meu pai, Fabio, exemplo de caráter e bondade, incansavelmente me resgatando com calma e afeto. Obrigada por confiar sempre em mim, por me acolher e me permitir viver o sonho que agora se concretiza, tenho orgulho em te chamar de pai. Devo a ti a empatia e a sensibilidade que prezo em todas as áreas da minha vida. À “tia” Angela, por me motivar, acreditar e ter sempre um colo pronto a me receber. Amo vocês. Aos meus irmãos, Juliana e Ricken, que quando ainda nem se quer sabiam escrever seus nomes, já me ensinavam tanto. Eu amo vocês com todo o meu coração e estarei sempre disponível quando precisarem de mim.

Agradeço aos meus amigos de vida a quem eu tenho imensa gratidão em poder caminhar junto, em especial à Bruna, que não soltou a minha mãe em nenhum momento em tantos anos e à Mariana, com quem aprendo a cada dia mais sobre quem verdadeiramente somos. Às minhas amigas e em breve colegas de profissão Cassiane, Jéssica, Marguit e Natália, obrigada pelo apoio, quero vocês sempre por perto, esse caminho foi muito melhor com vocês.

À Beatriz, pelo auxílio nesse trabalho, por ter acolhido a Marla de 2016 com todo carinho possível e por hoje ter se tornado uma amiga que tem um lugar especial em meu coração.

Ao Professor Fernando Neves Hugo, por aceitar me orientar neste trabalho, pelas oportunidades, por sempre estar à disposição. À Professora Juliana Balbinot Hilgert, pelo cuidado comigo em tantos momentos, por ter me acolhido logo no primeiro semestre da graduação e por estar presente em momentos difíceis.

RESUMO

O senso de coerência (SOC) tem sido sugerido como um conceito aplicável em saúde pública, pois afirma-se que um SOC forte diminui as consequências das situações estressantes e suas implicações nos comportamentos de saúde geral e bucal, diminuindo a probabilidade do desenvolvimento de doenças que tem o comportamento como um dos determinantes. A gengivite é uma doença inflamatória com determinante comportamental. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar a associação entre SOC, gengivite e comportamentos em saúde bucal de escolares. Esse estudo faz parte de um projeto maior que investigou a associação entre a prevalência de problemas de saúde em crianças e adolescentes que frequentam a escola (2º ao 9º ano). O estudo contou com uma amostra de xx crianças e adolescentes, com idade entre 7 e 17 anos, de Estância Velha, Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes obtiveram autorização prévia dos pais, que responderam questionários abrangendo variáveis sociodemográficas e a escala SOC-13. Nos escolares, foram realizados exames bucais. A amostra foi dividida em três grupos de acordo com o escore SOC: SOC = fraco (24-44); SOC = moderado (44-49); SOC 3 = forte (49-61). Análises bivariada e por regressão logística apropriadas foram para avaliar a associação entre os resultados de gengivite e variáveis comportamentais, sociodemográficas e SOC. A prevalência de gengivite foi de 68%, desses, um terço (33%) utilizavam fio dental e 13% nunca tinham consultado com um dentista. A pontuação média do SOC - 13 dos responsáveis foi de 46, variando o escore entre 24 e 61. As variáveis sexo e idade da criança/adolescente, escolaridade do chefe de família e renda familiar não estiveram estatisticamente associadas à gengivite. Assim como as variáveis de comportamento: frequência de higiene bucal, uso de escova dental, uso de pasta dental, uso de fio dental e ida ao dentista. De outro modo, o escore do SOC obteve associação estatisticamente significativa ($p = 0,01$) com gengivite. No modelo inicial de análise por regressão logística, a associação entre o escore SOC e gengivite não se manteve (p -valor = 0,32). Os achados do presente estudo sugerem associação entre SOC e gengivite. O meio pelo qual a associação acontece precisa ser analisado através de outros modelos. Estudos longitudinais e de intervenção são necessários para colaborar com os achados presentes na literatura.

Palavras-chave: Senso de Coerência; Gengivite; Odontopediatria.

ABSTRACT

Sense of coherence (SOC) has been suggested as an applicable concept in public health, as it is claimed that a strong SOC decreases the consequences of stressful situations and their implications on general and oral health behaviors, decreasing the likelihood of developing diseases that have behavior as one of the determinants. Gingivitis is an inflammatory disease with a behavioral determinant. Therefore, this study aims to evaluate the association between SOC, gingivitis, and oral health behaviors in school children. This study is part of a larger project that investigated the association between the prevalence of health problems in children and adolescents attending school (2nd to 9th grade). The study had a sample of xx children and adolescents, aged 7 to 17 years, from Estância Velha, Rio Grande do Sul, Brazil. The participants had prior authorization from their parents, who answered questionnaires covering sociodemographic variables and the SOC-13 scale. Oral examinations were performed on the students. The sample was divided into three groups according to SOC score: SOC = weak (24-44); SOC = moderate (44-49); SOC 3 = strong (49-61). Appropriate bivariate and logistic regression analyses were to assess the association between gingivitis scores and behavioral, sociodemographic, and SOC variables. The prevalence of gingivitis was 68%, of these, one-third (33%) were flossers and 13% had never seen a dentist. The mean SOC - 13 score of the caregivers was 46, ranging from 24 to 61. The variables gender and age of the child/adolescent, education of the head of household and family income were not statistically associated with gingivitis. So were the behavioral variables: frequency of oral hygiene, toothbrush use, toothpaste use, dental floss use, and visits to the dentist. Otherwise, the SOC score had a statistically significant association ($p = 0.01$) with gingivitis. In the initial logistic regression analysis model, the association between SOC score and gingivitis was not maintained (p -value = 0.32). The findings of the present study suggest an association between SOC and gingivitis. The means by which the association occurs needs to be analyzed through other models. Longitudinal and intervention studies are needed to contribute to the findings in the literature.

Keywords: Sense of Coherence; Gingivitis; Pediatric Dentistry.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	MATERIAIS E MÉTODOS	15
2.1	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	15
2.1.1	Questionário para familiares	16
2.1.2	Exame bucal	16
2.1.3	Avaliação do Senso de Coerência	16
2.1.4	Variáveis	16
2.2	TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO.....	17
2.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	17
3	RESULTADOS	19
	Tabela 1.....	20
	Tabela 2.....	21
4	DISCUSSÃO	22
5	CONCLUSÃO	25
	REFERÊNCIAS	26
	ANEXO 1	29
	ANEXO 2	31
	ANEXO 3	32

1. INTRODUÇÃO

Durante o final da década de 1970, o pesquisador norte-americano Aaron Antonovsky se questionava sobre a manutenção de um estado de bem-estar físico e mental de determinadas mulheres, mesmo após essas terem sido submetidas aos campos de concentração da Segunda Guerra Mundial. A questão era como, dentre pessoas de um grupo que passa pela mesma adversidade, algumas permanecem saudáveis e outras adoecem. O fato levou-o a pesquisar o tema, e concluir que pessoas do grupo que conseguem atravessar momentos de grande estresse e dificuldade com menos adoecimento têm em comum a característica de encararem os problemas diários com atitudes positivas, se adaptando às condições presentes. A partir destes achados, Antonovsky elaborou a teoria Salutogênica, que teria como conceito central o Senso de Coerência (SOC), o qual quantifica a capacidade do indivíduo de se adaptar a eventos estressantes (ANTONOVSKY, 1993).

O SOC é um conjunto de habilidades individuais, que permite a utilização de recursos internos e externos para melhor lidar com situações difíceis. Ele é composto por três elementos: Compreensão, Manejo e Significado. A compreensão é a capacidade de entender o problema a ser enfrentado e seus atributos, o manejo é a percepção sobre as habilidades em fazer a gestão da situação, e o significado traduz-se na importância que se dá ao evento e às situações vivenciadas, um sentido emocional. Compreender a vida com a possibilidade de manejo dos eventos adversos e com sentido emocional facilita o percurso e a recuperação após eventos estressores (BONANATO et al, 2009). A fim de medir e quantificar o SOC de forma padronizada, Antonovsky (1979) desenvolveu o Questionário de Orientação para a Vida, composto por 29 itens. Uma versão mais curta, de 13 questões (SOC – 13), baseada na versão original foi desenvolvida posteriormente também por Antonovsky. Nessa versão curta, a pontuação pode variar entre 13 e 91 pontos (ANTONOVSKY, 1987).

O SOC é um conceito que pode ser encontrado e analisado em qualquer indivíduo, independente de variáveis sociais. É considerado hoje na área da saúde para a avaliação de pacientes com doenças crônicas, e de acordo com os ciclos de vida, como idosos, adolescentes e crianças (ANTONOVSKY, 1993; ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2007). A teoria de Antonovsky é sustentada por estudos que mostraram que pessoas com SOC alto apresentam menos sinais de estresse, logo possuem

maior capacidade de gerenciá-lo (FLANNERY et al., 1994; BOWMAN 1996). A relação do SOC com a saúde geral e com a prevenção através de comportamentos individuais tem sido estudada por diversos autores (KIMIVÄKI et al., 2000; PALLANT & LAE, 2002; KUUPPELOMÄKI & UTRIAINEN, 2003), e o SOC alto está relacionado a uma melhor autopercepção de saúde (SUOMINEN, 1993; HARRI 1998; ERIKSSON, 2000). As pesquisas têm voltado sua atenção para o constructo SOC, já que ele está fortemente associado à qualidade de vida e aos melhores resultados de saúde (ERIKSSON e LINDSTROM, 2008). Estudo de Surtees *et al.* (2003) analisou mais de vinte mil participantes com o objetivo de avaliar a relação de SOC com risco de mortalidade. Como resultado, um forte SOC esteve associado à redução do risco de mortalidade por todas as causas (incluindo câncer e doenças cardiovasculares), sugerindo que um alto SOC pode conferir alguma proteção ao risco de desenvolver doenças crônicas. Variáveis psicológicas têm sido ligadas a comportamentos relacionados à saúde, tendo por base que o bem-estar físico e o psicológico são interdependentes. Assim, é de extrema importância identificar características psicológicas e a possibilidade de modificá-las. Isso permitiria melhorar comportamentos relacionados à saúde e, conseqüentemente, uma melhor condição de saúde geral (BRANDÃO et al., 2006).

A hipótese de Torrati *et al.* (2010) sobre os efeitos do SOC na saúde sugere três justificativas: 1 – o SOC tem uma influência direta sobre os diferentes sistemas orgânicos, uma vez que afeta o raciocínio do indivíduo e a definição sobre a situação ao qual ele se encontra exposto, se ela é perigosa, segura ou prazerosa. Conseqüentemente, o organismo iria apresentar reações de diferentes intensidades e natureza frente aos estímulos percebidos; 2 - os indivíduos com elevado SOC mobilizam os recursos existentes, levando à redução do estresse, e, assim, afetando indiretamente os sistemas fisiológicos como, por exemplo, através de respostas cardiovasculares e imunológicas; 3 - pessoas com um SOC elevado são mais propensas a fazerem escolhas saudáveis referentes à seu estilo de vida, podendo citar entre eles a manutenção de uma dieta saudável, a prática de exercícios físicos regulares e a realização de exames preventivos.

Estudos também apontam uma relação positiva entre um SOC alto e uma melhor saúde oral clínica em adultos (BERNABE et al. 2010; LINDMARK et al. 2011). Os comportamentos de saúde bucal de um indivíduo estão diretamente relacionados

com o seu estilo de vida, uma vez que esses atuam como determinantes de comportamentos e da percepção da saúde (FREEMAN, 1989). Um estudo realizado na Finlândia verificou a relação entre SOC e os comportamentos relacionados à saúde bucal, como escovação dentária, consumo de açúcar, hábito de fumar e procura por atendimento odontológico. Concluíram que forte SOC estava diretamente ligado a maior frequência de escovação dentária, não usar tabaco, menor consumo de açúcar e visitas mais frequentes ao dentista (BERNABÉ et al., 2009). Lacerda et al. (2012), com o intuito de estudar a associação entre SOC materno e condições de saúde bucal de seus filhos, selecionaram 640 pares de mães e filhos na cidade de Campo Grande, MS, Brasil. Os pesquisadores não encontraram diferença entre os valores de SOC materno e a condição bucal dos filhos, porém o estudo confirmou uma associação positiva entre valores de SOC materno e percepção da saúde bucal dos filhos.

Antonovsky (1987, 1996) propôs que o SOC poderia promover a saúde por três vias: primeiro, regulando a tensão emocional gerada pelo confronto com estressores; segundo, através da seleção de comportamentos promotores da saúde; e terceiro, por consequências fisiológicas diretas através das vias centrais dos sistemas neuroimunológico e endócrino. As doenças bucais mais prevalentes, como a cárie e a doença periodontal, possuem um forte componente comportamental e, através da seleção de comportamentos, como propõe a segunda via de Antonovsky, estes podem determinar os padrões de promoção e prevenção da saúde associados às doenças. Pesquisas mostram que o SOC se correlaciona com estados emocionais (KIVIMAKI et al., 2002, JULKUNEN et al., 2006) e marcadores inflamatórios (LINDFORS et al., 2006, GARVIN et al., 2009), fatores esses que influenciam a doença periodontal. Maior frequência de consultas odontológicas preventivas (SAVOLAINEN et al., 2004), melhor qualidade e quantidade de higiene oral (SAVOLAINEN et al., 2005a) e melhor qualidade de vida relacionada à saúde bucal (SAVOLAINEN et al., 2005b) foram encontradas em pessoas com maior SOC.

No entanto, a influência do SOC na saúde bucal ainda é pouco estudada e o conhecimento sobre como o SOC está associado a hábitos de saúde específicos possui muitas lacunas. Apesar dos estudos mencionados constatarem a influência do SOC em fatores que influenciam comportamentos determinantes em doenças bucais, são escassas as evidências que associem SOC com gengivite, e mais especificamente, na gengivite induzida pelo biofilme, que possui a prevenção e o

tratamento focados em mudança de hábitos. Considerando a necessidade de estudos correlacionando as variáveis descritas anteriormente, o presente trabalho tem como objetivo avaliar a associação entre SOC, gengivite e comportamentos em saúde bucal de escolares. Esse estudo faz parte de um projeto maior realizado no município de Estância Velha, RS, Brasil, que estudou a prevalência de problemas de saúde em crianças e adolescentes que frequentam a escola (2^o ao 9^o ano).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho se trata de uma análise secundária derivada de um estudo transversal denominado “Avaliação da Saúde de Escolares do Ensino Fundamental do Sul do Brasil”, cuja coleta de dados foi realizada entre abril e agosto de 2019.

Uma amostra de estudantes do 2º ao 9º ano, matriculados na rede pública de ensino, foram incluídos no presente estudo. Os estudantes foram selecionados entre doze Escolas Municipais de Ensino Fundamental do município de Estância Velha, Rio Grande do Sul, Brasil. Foi realizada uma amostragem estratificada por múltiplos estágios, onde foram amostradas turmas em cada uma das escolas do município. Todas as crianças das turmas selecionadas foram convidadas a participar. O tamanho da amostra foi calculado usando o Power and Sample Size Software, considerando o índice DMTF e médias MIH de um estudo anterior (1,23 1,96 e 1,64 ± 3,17) (13). Utilizando um nível de significância de 5% e um poder de 80%, a amostra mínima exigida foi de pelo menos 472 participantes. Considerando eventuais perdas ou dados incompletos, foi acrescentado 10% ao tamanho da amostra, resultando em 519 participantes. O processo de amostragem utilizou uma randomização por conglomerados; primeiro, obteve-se a lista de todas as escolas públicas municipais de ensino fundamental, após, as turmas foram sorteadas aleatoriamente (www.randomizer.org), respeitando a proporção de turmas selecionadas de acordo com o total de alunos matriculados em cada escola. Os escolares tiveram que apresentar todos os incisivos permanentes e primeiros molares permanentes irrompidos para serem incluídos no estudo. Os participantes foram excluídos se usassem aparelhos ortodônticos fixos.

O contato com os escolares elegíveis para o estudo e seus responsáveis foi realizado através de uma reunião com consentimento da direção de cada escola. Os pares responsável/aluno foram convidados a participar, após serem informados sobre os objetivos e os procedimentos do estudo. Participaram do estudo apenas aqueles que assinaram aos respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Anexo 2).

2.1 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Os questionários passaram por um pré-teste para detecção de possíveis problemas ou dúvidas que possam surgir durante a aplicação. Posteriormente, foi realizada a aprovação pelo Comitê de Ética, e realizado o estudo piloto.

2.1.1 Questionário para Familiares

O questionário para os familiares foi criado pelos pesquisadores, baseado em questionários utilizados em outros estudos e pesquisas. Trata-se de um questionário autoaplicável com perguntas fechadas (dicotômicas ou de múltipla escolha) e abertas. O questionário foi entregue aos familiares durante a reunião de apresentação do projeto e foi preenchido nesta mesma ocasião.

2.1.2 Exame Bucal

O exame foi realizado na própria escola com auxílio de lanterna, sonda periodontal milimetrada do tipo Williams, sonda OMS e um odontoscópio plano nº 5, ou, caso necessário, um odontoscópio plano nº 3. A gengivite foi aferida a partir da presença de sangramento gengival após a inserção da sonda periodontal no sulco gengival, em uma angulação de 45° ao plano vertical do elemento dentário, a uma profundidade de 0,5mm, em quatro faces de todos os dentes. Para a elaboração do Índice de Sangramento Gengival (ISG), o número de faces com presença de sangramento foi dividido pelo número total de faces e multiplicada por 100 (AINAMO and BAY 1975). Presença ou ausência de gengivite foram considerados tomando como ponto de corte ISG acima ou abaixo de 10%.

2.1.3 Avaliação do Senso de Coerência

A escala SOC – 13, composta de 13 questões, foi validada no Brasil por Bonanato et al., em 2009. As opções de respostas são apresentadas segundo uma escala Likert de 5 pontos, variando de acordo com o item do questionário. Para o cálculo do escore final, os itens foram somados e o resultado pôde variar de 13 a 65 pontos, onde maiores escores representam senso de coerência mais elevado (Anexo 3).

2.1.4 Variáveis

Crianças/Adolescentes

- Identificação: sexo, idade, informações escolares (turno e série);
- Socioeconômicas: renda familiar (categorias: Até 1 salário mínimo; Entre 2 e 3 salários mínimos; 4 ou mais salários mínimos);
- Clínicas: gengivite (presente/ausente);
- Comportamentais: visita ao dentista pelo menos uma vez ao longo da vida (Sim/Não), frequência de escovação (1x ao dia; 2x ou mais ao dia), uso do fio dental (Sim/Não), uso de enxaguante bucal (Sim/Não).

Pai, mãe ou responsável legal

- Identificação: nome, grau de parentesco, idade, escolaridade (Analfabeto a Ensino Fundamental Incompleto; Ensino Fundamental completo a Ensino Médio Incompleto; Ensino Médio Completo a Ensino Superior completo);
- Senso de Coerência: pontuação total categorizada em tercís (forte, moderado e fraco).

2.2 TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO

Todos os pesquisadores do projeto participaram de um treinamento para conhecimento dos objetivos gerais e metodologia do estudo, bem como manuseio dos documentos e instrumentos a serem utilizados. A fim de padronizar a coleta de dados, o treinamento abordou a importância de anotar com precisão o referido pelos entrevistados e como aferir adequadamente as medidas clínicas. No primeiro momento, foi ministrada uma aula expositiva para compreensão e conhecimento de cada variável do estudo, além da leitura e discussão de um manual de instruções de coleta de campo, confeccionado para o estudo. No segundo momento, os pesquisadores foram testados para diagnóstico por meio de imagens clínicas. Os exames clínicos foram realizados por dois examinadores.

2.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido a avaliação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), via Plataforma Brasil, de acordo com a resolução 466/12, e aprovado. Foi ainda submetido à Comissão de Pesquisa/Odontologia UFRGS e foi aprovado. Também foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do

Rio Grande do Sul (UFRGS) e foi aprovado (CAAE nº 70213717.1.3001.5347). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado em duas vias e uma foi entregue ao responsável pelo sujeito da pesquisa, após sua assinatura. Todas as crianças e os adolescentes assinaram um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

Os dados pessoais dos participantes têm a garantia de sigilo, evitando constrangimentos ou prejuízos aos sujeitos da pesquisa, bem como os dados coletados, os quais têm a garantia de anonimato. Os questionários respondidos pelos adolescentes foram depositados em urnas lacradas para garantir o sigilo. As crianças diagnosticadas com qualquer outra necessidade de tratamento odontológico ou agravos à saúde foram encaminhadas para atendimento na sua respectiva unidade de saúde, conforme pactuado com a Prefeitura do município, e enviado uma carta para os responsáveis, além de comunicar a escola.

2.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Análises bivariada e por regressão logística foram feitas utilizando como desfecho a variável dicotômica Gengivite. A análise bivariada foi realizada através do teste qui-quadrado. Teste exato de Fisher foi utilizado quando os pressupostos do teste qui-quadrado não foram atendidos. Na análise por regressão logística, modelagem stepwise backward foi realizada levando em consideração os p -valores obtidos na análise bivariada, e variáveis com p-valor da até 0,25 foram incluídas no modelo inicial. A qualidade dos ajustes dos modelos testados foi medida usando o critério de informação de Akaike (AIC). A análise estatística foi realizada através do software livre R versão 4.1.3 (www.r-project.org).

3. RESULTADOS

Um total de 560 escolares foram convidados a participar do estudo e 513 concordaram em participar e 488 foram examinados para gengivite. Resultando em uma taxa de resposta da variável principal de quase 89%. Desses 488 estudantes, 223 eram meninos e 265 eram meninas, com idade de 10,6 anos em média, variando entre 7 e 17 anos. Mais da metade dos escolares (52%) faziam parte de famílias com renda mensal entre 2 e 3 salários mínimos. 87% dos escolares relataram realizar sua higiene bucal 2x ao dia ou mais. A prevalência de gengivite foi de 68%, desses, um terço (33%) utilizavam fio dental e 13% nunca tinham consultado com um dentista. A pontuação média obtida com o instrumento SOC - 13 dos responsáveis foi de 46, variando o escore entre 24 e 61.

Através de uma análise bivariada, avaliou-se que as variáveis sexo e idade da criança/adolescente, escolaridade do chefe de família e renda familiar não estiveram estatisticamente associadas à gengivite. Assim como as variáveis de comportamento: frequência de higiene bucal, uso de escova dental, uso de pasta dental, uso de fio dental e ida ao dentista. De outro modo, o escore do SOC obteve associação estatisticamente significativa ($p = 0,01$) com o desfecho (Tabela 1). No modelo inicial de análise por regressão logística, onde foram incluídas todas as variáveis com p-valor menor ou igual a 0,25 na análise bivariada, a associação entre o escore SOC e gengivite não se manteve ($p\text{-valor} = 0,32$) (Tabela 2).

Tabela 1: Descrição da população a partir da distribuição de gengivite de acordo com as características sociodemográficas e comportamentais.

Variáveis	Categorias	Gengivite		p-valor
		% (n)		
		Sim	Não	
Total		100 (333)	100 (155)	
Sexo	Menina	54,1 (180)	54,8 (85)	0,9
	Menino	45,9 (153)	45,2 (70)	
Idade	< 12 anos	64,3 (214)	59,4 (92)	0,3
	≥ 12 anos	35,7 (119)	40,6 (63)	
Escolaridade do chefe de família	Analfabeto a Fundamental Incompleto	38,4 (119)	29,1 (43)	0,07
	Fundamental completo a Médio incompleto	20,0 (62)	18,2 (27)	
	Médio completo a Superior Completo	41,6 (129)	52,7 (78)	
Renda Familiar	Até 1 salário mínimo	20,7 (57)	18,8 (24)	0,8
	Entre 2 e 3 salários mínimos	56,5 (156)	55,5 (71)	
	4 ou mais salários mínimos	22,8 (63)	25,8 (33)	
Escore SOC	Fraco	35,5 (118)	45,5 (70)	0,02
	Moderado	32,2 (107)	20,1 (31)	
	Forte	32,2 (107)	34,4 (53)	
Frequência de higiene bucal	1 vez ao dia	9,1 (5)	5,6 (1)	1,0
	2 vezes ou mais ao dia	90,9 (50)	94,4 (17)	
Uso de escova dental	Sim	91,1 (51)	100 (20)	0,3
	Não	8,9 (5)	0 (0)	
Uso de pasta dental	Sim	87,5 (49)	80,0 (16)	0,50
	Não	12,5 (7)	20,0 (4)	
Uso de enxaguante bucal	Sim	23,2 (13)	50 (10)	0,05
	Não	76,8 (43)	50 (10)	
Uso de fio dental	Sim	33,9 (19)	35 (7)	1,0
	Não	66,1 (37)	65 (13)	
Ida ao dentista	Sim	86,7 (150)	94,4 (67)	0,13
	Não	13,3 (23)	5,6 (4)	

SOC = Senso de Coerência

Tabela 2: Modelo ajustado analisando a associação entre Gengivite e variáveis explicativas.

Variáveis	Categorias	Gengivite OR(IC95%)
Escolaridade do chefe de família	Analfabeto a Fundamental Incompleto	1
	Fundamental completo a Médio incompleto	1,12 (0,23-5,76)
	Médio completo a Superior Completo	1,48 (0,39-5,58)
Escore SOC	Fraco	1
	Moderado	1,21 (0,23-7,14)
	Forte	0,44 (0,11-1,63)
Ida ao dentista	Sim	0,72 (0,03 -5,89)
	Não	1
Uso de enxaguante bucal	Sim	0,33 (0,09-1,16)
	Não	1

SOC = Senso de Coerência

4. DISCUSSÃO

Este estudo investigou a associação entre SOC do responsável, gengivite e os comportamentos em saúde bucal em 488 escolares do município de Estância Velha/RS. Observamos que, em uma análise bivariada, a associação entre SOC e gengivite foi positiva, contudo, esse resultado não se manteve no modelo de regressão logística. As variáveis de comportamento em saúde bucal não apresentaram diferença estatisticamente significativa.

A natureza transversal do estudo limita seu uso para estabelecer a associação causal entre desfechos e preditores. No entanto, estudos transversais são importantes para identificação de indicadores de risco, ao mesmo tempo, não são capazes de estabelecer a temporalidade. Assim, mais estudos longitudinais são necessários para estabelecer fatores de risco. Consideramos como fator limitante do estudo o SOC ter sido aferido somente nos pais dos escolares, já a gengivite, nas crianças. Portanto, estudos futuros que utilizem um instrumento que possa ser utilizado em crianças e adolescentes, podem contribuir com a elucidação da relação aqui estudada. A força do presente estudo inclui o tamanho da amostra e a utilização de instrumentos validados, além de obter dados de um processo de amostragem que considerou todas as crianças de todas as escolas do município a ser estudado, englobando a realidade das crianças e adolescentes do município, que deve ser considerado na interpretação dos resultados.

A infância é um período em que há aquisição de novos hábitos, os quais refletem posteriormente nos comportamentos relacionados à saúde. Crianças e adolescentes que possuem alguma doença dentária podem estar em desvantagem quanto ao desenvolvimento fisiológico, fornecendo evidências de que a influência da condição de saúde bucal e a percepção negativa dos pais sobre a saúde das crianças comprometem o desempenho escolar. (MARCANTONIO et al., 2021) O desempenho escolar se relaciona diretamente com os fatores socioeconômicos, pois a baixa condição econômica interfere tanto na saúde bucal quanto na autopercepção e na qualidade de vida. É demonstrada uma forte associação entre problemas bucais e desempenho escolar, uma vez que a condição bucal interfere na autoestima, na socialização e na concentração escolar (OLIVA et al., 2019). Um dos mecanismos pelos quais podem ocorrer a influência do comportamento parental na saúde da

criança se estabelece através da exposição da criança a comportamentos negativos da mãe. Tais comportamentos estariam envolvidos em um estilo parental não facilitador do desenvolvimento social da criança. A depressão materna pode diminuir a capacidade da mãe de atender às demandas sociais e emocionais do filho podendo favorecer o desenvolvimento de psicopatologias infantis, tanto por imitação ou aprendizagem observacional por parte da criança, como por causa de práticas educativas e estilos interativos inadequados maternos (RAKOW et al., 2007).

Nesta fase da vida os cuidados e estímulos necessários ao crescimento e desenvolvimento são fornecidos pela família. (RESINE et al., 1998). A adequação do cuidado no contexto familiar decorre de condições estáveis de vida, tanto psicossociais quanto socioeconômicas. As crenças e comportamentos, bem como as alterações psicossociais na família e fatores relacionados à oferta de serviços na infância que podem interferir na saúde bucal são temas pouco explorados na literatura (ALMEIDA et al., 2011).

Na abordagem salutogênica, pensar a saúde num contexto mais amplo significa reconhecer que ela é resultado da capacidade adaptativa do ser humano ao estresse. Além disso, a teoria procura também compreender como os indivíduos conseguem administrar sua vida apesar das condições adversas (LINDSTROM & ERIKSSON, 2005). Como mencionado, Torratsi *et al* (2010), procura descrever três possíveis mecanismos pelos quais o SOC pode interferir na saúde do indivíduo.

A literatura tem mostrado que o estado de saúde bucal e geral estão relacionados a determinantes sociais e fatores psicológicos (LYRA et al., 2015; BONANATO et al., 2009; FREIRE et al., 2001). Uma revisão integrativa relatou que vários estudos mostraram que um SOC forte estava associado a diferentes comportamentos de saúde, resultando em uma melhor higiene bucal. No entanto, poucos estudos avaliaram a relação entre SOC e gengivite (LYRA et al., 2015; BONANATO et al., 2009). E em volume ainda menor, investigaram a associação entre SOC dos pais e gengivite em crianças e adolescentes (NAGPAL et al., 2021) bem como no presente estudo. Os resultados do estudo de Nagpal sugerem associação entre SOC e sangramento gengival, estando de acordo com o presente estudo no que se refere à análise através do teste do qui-quadrado, no entanto, difere em metodologia visto que o estudo citado utilizou número de sítios sangrantes na análise estatística e não a

presença ou ausência de inflamação gengival. Freire et al (2001) demonstrou que os adolescentes cujas mães tinham SOC mais elevado, tinham níveis mais baixos de sangramento gengival.

A maioria dos estudos que avaliam as variáveis descritas são estudos transversais, sendo necessários estudos longitudinais que possam avaliar a associação entre SOC materno e gengivite através dos comportamentos em saúde bucal. A literatura tem utilizado o SOC como instrumento para pesquisas realizadas com adultos, sendo assim, mais estudos que possam envolver o impacto comportamental parental através do SOC são de grande valor para a futura compreensão desse mecanismo de ação.

Na abordagem salutogênica, pensar a saúde num contexto amplo inclui reconhecer que ela também é produto da capacidade adaptativa do ser humano às adversidades e o SOC pode ser um importante instrumento para subsidiar e informar na formulação de políticas de saúde. A interface entre a teoria com a promoção de saúde, pode contribuir para uma população mais saudável.

5. CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo sugerem associação entre SOC e gengivite. O meio pelo qual a associação acontece precisa ser analisado através de outros modelos. Estudos longitudinais e de intervenção são necessários para colaborar com os achados presentes na literatura.

A salutogênese pode ser uma forma de focar as práticas de saúde. Assim, o SOC pode funcionar como uma alternativa na intervenção multidisciplinar para identificar potenciais problemas. O SOC pode atuar como uma fonte de informações para o estabelecimento de ações governamentais de prevenção e programas relacionados à saúde bucal, bem como para a adoção de novas práticas em saúde.

REFERÊNCIAS.

- ALMEIDA, T.F. **Contexto familiar e saúde bucal de pré-escolares: uma revisão sistemática com ênfase nos fatores psicossociais.** 2011. Tese (Doutorado)
- ANTONOVSKY A. **Health, Stress, and Coping.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979.
- ANTONOVSKY A. **The sense of coherence: An historical and future perspective.** In: MCCUBBIN, Hamilton I. et al. *Stress, coping, and health in families: Sense of coherence and resiliency.* Sage Publications Inc, 1998.
- ANTONOVSKY A. **Unraveling the mystery of health.** San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- ANTONOVSKY, A. **The structure and properties of the sense of coherence scale.** *Sot Sri Med, Israel*, v.36, n.6, p.725-733, 1993.
- BERNABÉ et al. **Sense of coherence and oral health in dentate adults: findings from the Finnish Health 2000 survey.** *Journal of Clinical Periodontology*, 37: 981-987. 2010
- BERNABÉ et al., **The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral health-related behaviours.** *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 37: 357-365, 2009.
- BERNABÉ, E, et al. **The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral health-related behaviours.** *Community Dent Oral Epidemiol*, v.37, n.4, p.357-65. 2009b.
- BONANATO, K.; BRANCO, D.B.T.; MOTA, J.P.D.; RAMOS-JORGE, M.L.; PAIVA, S.M.; PORDEUS, I.A.; KARPPLER, K.C. **Trans-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the 'Sense of Coherence Scale' in Mothers of Preschool Children R.** *Interam. Psicol*, Brazil, v.43, n.1, p.144-153, 2009b.
- BONANATO, K.; PAIVA, S.M.; PORDEUS, I.A.; RAMOS-JORGE, M.L.; BARBABELA, D.; ALLISON, P.J. **Relationship between mother's sense of coherence and oral health status of preschool children.** *Caries Research, Brazil*, v.43 n.2, p.103-109, mar. 2009a.
- BOWMAN, BJ. **Cross-cultural validation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale.** *J Clin Psychol.* 1996 Sep;52(5):547-9.
- ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. **Antonovskys sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review.** *J Epidemiol Community Health, Sweden*, v.60, n.5, p.376-381, may.2006.
- ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. **Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review.** *J Epidemiol Community Health, Sweden*, v.61, n.11, p. 938-944, nov.2007.

ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. **Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale — a systematic review.** *J Epidemiol Community Health*, Sweden, v.59, n.6, p.460-466, jan.2005.

ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B.; LILJA, J. **A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Åland, a special case?** *Journal of Epidemiology & Community Health*, v. 61, n. 8,.p. 684-688, 2007.

FREEMAN HP. **Cancer in the socioeconomically disadvantaged** *Cancer* 1989;39, 266-88

HARRI, Marja. **The sense of coherence among nurse educators in Finland**, *Nurse Education Today*, Volume 18, Issue 3, Pages 202-212, 1998.

JULKUNEN J. **Hostility, anger, and sense of coherence predictors of health-related quality of life. Result of an ASCOT sub study.** *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 33-39, 2006.

KIVIMAKI et al. **Sense of coherence as a mediator between hostility and health: seven-year prospective study on female employees.** *J Psychosom Res.* 2002;52(4):239-47.

KUUPPELOMAKI, M & UTRIAINEN,P. **A 3 year follow-up study of health care students' sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors.** *International Journal of Nursing Studies*, 40(4), 383–388, 2003.

LACERDA V, PONTES E, QUEIROZ CL. **Relação entre senso de coerência materno, condições socioeconômicas e percepção da saúde bucal.** *Estudos de Psicologia* 2012; 29(2):203-208.

LINDFORS P, LUNDBERG O, LUNDBERG U. **Allostatic load and clinical risk as related to sense of coherence in middle-aged women.** *Psychosom Med.* V. 5, p.801-7, sep-oct, 2006.

LINDMARK U, HAKEBERG M, HUGOSON A. **Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health.** *Community Dent Oral Epidemiol.* Dec;39(6):542-53, 2011.

LINDSTRÖM, B.; ERIKSSON, M. **Salutogenesis.** *J Epidemiol Community Health*, Sweden, v.59, p.440-442, feb. 2005.

MARCANTONIO, Camila Chierici et al. **Associação de condições socioeconômicas, saúde bucal, hábitos orais e má oclusão com o desempenho escolar de escolares de 5 anos.** *Revista de Odontologia da UNESP, São Paulo*, v. 50, Dezembro, 2021.

NAGPAL, R., GUPTA, A., MARYA, C., MUSHTAG, I., TANDON, S. **Association of sense of coherence with oral health behaviors and gingival bleeding among adolescents.** *Journal of Indian Society of Periodontology*, 25(2), 150–155.

PALLANT, LAE L. **Sense of coherence, well-being, coping and personalitt factors: further evaluation of the sense of coherence scale.** Pers Individ Dif. 2002;33:39-48.

PERRY JC; PENK WE, FLANNERY GJ. **Validating Antonovsky's Sense of Coherence Scale.** J Clin Psychol. 1994 Jul;50(4):575-7.

REISINE, S.; DOUGLAS, J.M. **Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries.** Community Dent Oral Epidemiol, London, v.26, suppl 1, p.32-44, 1998.

SANDEN- ERIKSSON B. **Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management.** J Adv Nurs. 2000;31(6):1393-7.

SAVOLAINEN J et al. **Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults.** Eur J Oral Sci, V.113(2), p.121-7, 2005.

SAVOLAINEN, JJ et al. **A strong sense of coherence promotes regular dental attendance in adults.** Community Dent Health. V 21 (4), p.271-6, Dec, 2004.

SAVOLAINEN, JJ et al. **Sense of coherence as a determinant of toothbrushing frequency and level of oral hygiene.** J Periodontol. V. 76, p.1006-12, Jun, 2005

SUOMINEN, T et al. **Breast Cancer Patients. Scandinavian Journal of Caring Sciences,** 7: 131-134, 1993.

SURTEES P et al. **Sense of Coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective Cohort Study.** Am J Epidemiol 2003; 158(12):1202-1209.

TORRATI et al. **Estratégia no cuidado ao paciente cardíaco cirúrgico: avaliação do senso de coerência.** Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3):739-744.

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar deste projeto porque você é responsável por um aluno que estuda nesta escola.

Qual o objetivo do estudo?

O objetivo do estudo é avaliar os principais problemas de saúde em crianças e adolescentes que frequentam o ensino fundamental (2^a a 9^o ano). A importância do estudo justifica-se em avaliar com mais detalhe os problemas relacionados a saúde dos escolares afim de obter dados que sirvam de subsídio para planejamento dos serviços de saúde da cidade de Estância Velha/RS. O estudo está sendo realizado pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e conta com a parceria da Prefeitura Municipal de Estância Velha. Concordando em participar, você deverá responder um questionário, com duração estimada de 30 minutos, composto por questões sobre a maneira como você vive e por perguntas relacionadas ao estado de saúde, alimentação e atividade física da criança/adolescente pelo qual você é responsável. O estudante também responderá a um questionário, será avaliado quanto a sua saúde bucal, através de um exame da boca, e será pesado e medido para avaliar o estado nutricional e gordura corporal. Além disso, será medida a pressão e realizado um exame na ponta do dedo para avaliar a presença de anemia. Se você sentir algum desconforto em responder

alguma pergunta, poderá optar por não responder, assim como o estudante. As medidas de avaliação do estado nutricional e pressão arterial não causam desconforto. Para realizar o exame de verificação de anemia, uma gota de sangue será coletada da ponta de um dos dedos da mão. No local da picada, poderá haver um pequeno sangramento e o dedo poderá ficar um pouco dolorido na hora da coleta, não devendo causar outros desconfortos. O exame da cavidade bucal será feito na própria escola, em local designado para tal. Será utilizado uma gaze para secar os dentes, que serão avaliados com um instrumento com ponta arredondada. Por fim, realizado um exame da gengiva que poderá gerar sangramento e leve desconforto. Sendo identificado alguma alteração na saúde geral da criança/adolescente os pais, bem como a escola, serão notificados através de um bilhete, devendo os mesmos procurar a unidade de saúde próxima a sua casa. Sua participação e a do estudante é voluntária e a sua recusa em participar não trará nenhum prejuízo a maneira como você ou ele são tratados na escola. Mesmo você autorizando, só serão feitas as medidas se o estudante também autorizar. Mesmo após a sua autorização ou a do estudante, você ou ele poderão retirar o seu consentimento sem qualquer prejuízo. Além disso, os participantes terão direito à indenização, por parte dos pesquisadores, por eventuais danos comprovadamente decorrentes da pesquisa.

Anexo 2

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá! Você é muito importante para nós, por isso, estamos te convidando para participar da nossa pesquisa.

Você e seus colegas irão responder a um questionário, após isso, os dentistas irão avaliar a saúde da sua boca.



Você será pesado e medido. Vamos pedir que você sopre num aparelho para medir a capacidade de ar dos seus pulmões. Vamos também tirar uma gotinha de sangue do seu dedo, para ver se você tem anemia, e vamos ver a sua pressão.



Você só participa se você quiser.

Você pode perguntar mais sobre o estudo para a sua professora ou para os pesquisadores.

Eu, _____
aceito participar da pesquisa.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Anexo 3

SOC

		Um enorme sofrimento e aborrecimento	Um sofrimento e aborrecimento	Nem aborrecimento nem satisfação	Um prazer e satisfação	Um enorme prazer e satisfação	
01	Aquilo que você faz diariamente é: ME						
		Sem nenhum objetivo	Com poucos objetivos	Com alguns objetivos	Com muitos objetivos	Repleta de objetivos	
02	Até hoje a sua vida tem sido: ME						
			Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
03	Você tem interesse pelo que se passa ao seu redor? ME						
04	Você acha que você é tratada com injustiça? MA						
05	Você tem idéias e sentimentos confusos? C						
06	Você acha que as coisas que você faz na sua vida têm pouco sentido? ME						
07	Já lhe aconteceu ter ficado desapontada com pessoas em quem você confiava? MA						
08	Você tem sentimentos que gostaria de não ter? C						
09	Você tem dúvida se pode controlar seus sentimentos? MA						
10	Já lhe aconteceu de ficar surpreendida com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem? C						
11	Em algumas situações, as pessoas sentem-se fracassadas. Você já se sentiu fracassada? MA						
12	Você sente que está numa situação pouco comum, e sem saber o que fazer? C						
			Totalmente errada	Errada	Nem correta e nem errada	Correta	Totalmente correta
13	As vezes acontecem coisas na vida da gente que depois achamos que não demos a devida importância. Quando alguma coisa acontece na sua vida, você acaba achando que deu a importância: C						