

**CONTEXTO FAMILIAR E SAÚDE BUCAL DE PRÉ-ESCOLARES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA
COM ÊNFASE NOS FATORES PSICOSSOCIAIS**

Tatiana Frederico de Almeida^a

Maria Isabel Pereira Vianna^b

Resumo

O cuidado em saúde sofre influência dos aspectos psicossociais da família, que podem se associar aos problemas bucais. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura epidemiológica a respeito da relação entre aspectos psicossociais do contexto familiar e a saúde bucal de pré-escolares. Quanto aos métodos, estudos empíricos epidemiológicos do período de 1999 a 2011 foram rastreados nas bases de dados *Pubmed*, *Medline* e *SciELO*. A análise envolveu a descrição de local do estudo, população, tipo de análise epidemiológica, fatores psicossociais, efeitos e resultados. Dez estudos epidemiológicos foram encontrados, três deles nacionais. Oito utilizaram o desenho de corte transversal, um foi do tipo caso-controle e um de coorte, apontando na direção de associações positivas entre fatores psicossociais da família e alterações bucais em crianças na faixa etária pré-escolar, principalmente cárie dentária. Concluiu-se que os mecanismos causais da temática estudada precisam ser melhor investigados em estudos empíricos e teóricos.

Palavras-chave: Família. Pré-escolar. Saúde bucal. Epidemiologia. Psicologia.

^aEscola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP – Salvador (BA), Brasil.

^bFaculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Tatiana Frederico de Almeida – Rua João Bião de Cerqueira, 251 – CEP: 41830-580 – Salvador (BA), Brasil – E-mail: tatifrederico@yahoo.com.br

FAMILY CONTEXT AND PRESCHOOL CHILDREN'S ORAL HEALTH: A SYSTEMATIC REVIEW WITH EMPHASIS ON PSYCHOSOCIAL FACTORS

Abstract

Health care is influenced by the psychosocial aspects of the family, which may be associated to oral problems. The objective of this study was to carry out a systematic review of epidemiological literature regarding the relationship between psychosocial aspects of the family context and oral health of preschool children. As for the methods, empirical epidemiological studies from 1999 to 2011 were tracked in Pubmed, Medline and SciELO. The analysis included the description of the study area, population, type of epidemiological analysis, psychosocial factors, main effects and results. Ten epidemiological studies were found, three of them were from Brazil. Eight used cross-sectional design, one was a case-control study and one a cohort study, leading to positive associations between psychosocial factors of the family and alterations in oral health in preschool children, specially dental caries. It can be concluded that the causal mechanisms of the studied theme need to be better investigated in theoretical and empirical studies.

Keywords: Family. Preschool. Oral health. Epidemiology. Psychology.

CONTEXTO FAMILIAR Y LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS DE PREESCOLAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CON ÉNFASIS EN FACTORES PSICOSOCIALES

Resumen

El cuidado de la salud está influenciado por aspectos psicosociales de la familia, que pueden estar asociados con problemas bucales. El objetivo de este estudio fue realizar una revisión sistemática de la literatura epidemiológica sobre la relación entre los aspectos psicosociales del contexto familiar y la salud bucal de los niños de preescolar. En cuanto a los métodos, los estudios epidemiológicos empíricos del período 1999-2011 fueron examinados en las bases de datos Pubmed, Medline y SciELO. El análisis consistió en la descripción del ambiente de estudio, la población, el tipo de análisis epidemiológico, factores psicosociales, los efectos y los resultados. Se encontraron diez estudios epidemiológicos, tres de ellos nacionales. Ocho utilizaron el diseño de corte transversal, uno fue el tipo caso-control y de cohorte, apuntando en la dirección de asociaciones positivas entre los factores psicosociales de la familia y enfermedades bucales en niños en edad preescolar, especialmente caries dentales. Se concluyó que los mecanismos causales del tema estudiado necesitan mejor investigación en estudios empíricos y teóricos.

Palabras-clave: Familia. Preescolar. La salud bucal. Epidemiología. Psicología.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, a literatura científica aponta que o contexto familiar representa um elemento significativo para a determinação da situação de saúde.¹ A família enquanto unidade de produção social da vida cotidiana representa o vínculo entre o individual e o social. Tomar a família como objeto de investigação e de intervenção em saúde pressupõe assumir como ponto de partida seus modos de organização e funcionamento, nos aspectos mais cotidianos de sua existência.²

No que tange às condições de saúde bucal de crianças pré-escolares, estudos demonstram a magnitude de problemas bucais nessa faixa etária tanto no Brasil como no exterior, revelando também que a cárie dentária e a má oclusão persistem como as duas principais patologias nesse grupo populacional.³⁻⁶ Considerando a família como primeiro núcleo social de inserção dos indivíduos e como ambiente fundamental para o desenvolvimento humano, estudos epidemiológicos relatam que condições materiais socioeconômicas do ambiente familiar, como escolaridade dos genitores, ocupação dos pais e classe social, estão associadas às principais patologias bucais nessa fase da vida.⁷⁻¹⁰

Todavia, a relação entre crenças, comportamentos, alterações psicossociais no ambiente familiar e problemas de saúde bucal de crianças pré-escolares é pouco explorada na literatura. Assim, no âmbito da odontologia, a exemplo do que já vem sendo vivenciado pela psicologia do desenvolvimento infantil, pesquisadores deram início a uma linha de pesquisa sobre a influência de características psicossociais do contexto familiar na determinação de doenças bucais. Os achados do estudo multicêntrico coordenado por Pine et al.,¹⁰ com o envolvimento de 17 países, revelaram que as crenças e atitudes dos pais são preditoras do comportamento ante a saúde bucal das crianças de pouca idade e determinantes do desenvolvimento de cárie na dentição decídua. A qualidade de vida das mães¹¹ e disfunções familiares caracterizadas pela presença de depressão materna e/ou alcoolismo na família¹² interferem na saúde bucal de crianças. As representações sociais e práticas maternas acerca do processo saúde-doença infantil sofrem influências culturais que podem estar relacionadas com as condições bucais de seus filhos.¹³

Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura acerca da relação entre aspectos psicossociais do contexto familiar e a saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, com ênfase nos estudos de natureza epidemiológica. A fim de embasar a discussão e a melhor compreensão dessa temática, propõe-se a integração dos referenciais teóricos do "Modo de Vida e Saúde"¹⁴ e da "Ecologia do Desenvolvimento Humano"^{15,16} e a sua adaptação ao contexto familiar.

REFERENCIAIS TEÓRICOS

MODO DE VIDA E SAÚDE

O espaço social é fundamental para a compreensão do processo saúde-doença, que deve ser entendido como resultante da posição dos indivíduos nesse espaço.¹⁷ Saúde e enfermidade são fenômenos que traduzem os processos da vida, a forma concreta da existência de cada pessoa ou grupo populacional. Contudo, a realidade se manifesta como uma trama complexa de processos interdependentes e articulados que, em última instância, são determinados pelas condições de vida. As condições de vida das coletividades revelam o modo como elas se inserem estruturalmente na sociedade. A inserção é determinada pelos processos de reprodução social que funcionam como mediadores entre processos macrossociais e processos mais específicos, como por exemplo, a situação de saúde de cada grupo populacional.¹⁸

Para Almeida Filho,¹⁴ as disparidades nas condições de vida e saúde entre áreas geográficas e grupos sociais aumentam em todos os países do mundo, sendo que a situação é mais grave nos países subdesenvolvidos. No Brasil, as desigualdades sociais são evidenciadas pela incompatibilidade entre indicadores econômicos e sociais. Este país é uma das nações que exibem maior desigualdade no mundo, já que os 20% mais ricos possuem uma renda que supera em 33 vezes a renda dos 20% mais pobres.¹⁹ Essas desigualdades também se manifestam na situação de saúde dos brasileiros e podem ser explicitadas pelas diferenças dos principais indicadores de morbimortalidade entre as regiões do país e no interior dos centros urbanos, onde moradores das periferias sobrevivem em péssimas condições de vida e saúde.²⁰

Almeida Filho¹⁴ salienta que há lacunas no entendimento das desigualdades em saúde, tendo em vista a falta de informação básica relativa às condições de saúde dos diferentes grupos populacionais e o acesso aos serviços de saúde. Além disso, há uma demanda por modelos teóricos e metodológicos orientadores de intervenções que visem à equidade nesta área. Dessa forma, o autor desenvolveu um modelo teórico definido como “Modo de Vida e Saúde”, tratando de dois domínios fundantes da vida social: o simbólico e o da cotidianidade. Tal modelo incorpora os principais elementos da epidemiologia social para explicação do processo saúde-doença. Mantém-se a concepção da formação econômica social como expressão concreta do modo de produção, destacando-se seus dois processos fundamentais: o processo de trabalho (o ciclo da produção econômica) e o processo da reprodução social. Assim, preserva-se o importante papel da dinâmica das classes sociais e do processo de trabalho propriamente dito como determinantes das condições de vida e indiretamente como condicionantes dos estilos de vida.

O modelo teórico do “Modo de Vida e Saúde” considera que a concepção do processo de reprodução social explica melhor a construção teórica da relação entre modo de vida e saúde. As formas de produção da vida social, expressão concreta do modo de vida, também estabelecem uma dinâmica complexa, articulada aos sistemas de signos, significados e práticas relacionados aos processos sociais da saúde, do sofrimento e da morte. Nesse sentido, o modo de vida é uma proposta de construção teórica basal, que não considera apenas as condutas individuais em relação à saúde, mas inclui também as dimensões sócio-históricas, englobando a dinâmica das classes sociais e as relações sociais de produção, sempre considerando os aspectos simbólicos da vida cotidiana. O constructo modo de vida pode ser entendido como uma instância determinante, fundamental e ampla dos processos de saúde-doença, mediada por duas dimensões intervenientes: estilo de vida propriamente dito, compreendendo o conjunto de práticas (comportamentos, hábitos e atitudes) e percepções, e condições de vida, garantidas diretamente por uma renda ou indiretamente por políticas sociais redistributivas de bens de consumo coletivo.¹⁴

ECOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

O desenvolvimento humano na proposta ecológica de Bronfenbrenner¹⁵ é observado a partir de mudanças duradouras na maneira como as pessoas percebem e lidam com seu ambiente. O ambiente é considerado nessa abordagem como ambiente percebido, formado por quatro níveis crescentes interarticulados, que tanto sofrem alterações decorrentes das ações dos indivíduos como influenciam o comportamento destes.

Evidencia-se assim uma concepção sistêmica nesta proposta teórica de entendimento do ambiente. Desde o nascimento, o indivíduo estabelece no seu ambiente mais próximo o nível ambiental definido como microssistema, marcado por relações interpessoais. O mesossistema, um pouco mais complexo, consiste nas relações vivenciadas pelos membros da díade formadora do microssistema com outros indivíduos. O terceiro nível dos sistemas constituintes do ambiente corresponde ao exossistema. Nesse caso, podem ocorrer eventos em ambientes que não envolvem o indivíduo como participante ativo, mas que afetam ou são afetados por aquilo que acontece no microssistema, ambiente onde se encontra a pessoa em desenvolvimento.

Aspectos culturais dos sistemas anteriores caracterizam o quarto e último sistema, o macrosistema.¹⁵ Esse modelo tem seu foco proximal no indivíduo, o seu ponto de partida é a relação diática entre duas pessoas, que se desdobra para os demais sistemas nos quais se encontram as redes e forças mantenedoras de grupos culturais.²¹

Segundo Bronfenbrenner,¹⁶ a família é o principal contexto onde acontece o desenvolvimento humano, no entanto ele não atua independentemente, ao contrário, influencia e é influenciado por outros sistemas. Por exemplo, eventos que ocorrem no ambiente domiciliar podem afetar o progresso da criança na escola e vice-versa, o que caracteriza o mesossistema. Outros ambientes ditos “externos” às crianças também contribuem para o desenvolvimento infantil, como a rede de amigos e o mundo do trabalho dos pais (exossistema). Os processos familiares também são afetados pelas transições normativas (entrada na escola, início da puberdade, trabalho, casamento e aposentadoria) e não normativas (mortes, enfermidades, divórcio e migrações) ocorridas ao longo da vida, que indiretamente têm um impacto no desenvolvimento humano (cronossistema).

CONTEXTO FAMILIAR E SAÚDE BUCAL DE PRÉ-ESCOLARES

A família é uma instituição que articula a história social, política e econômica do lugar e da época nos quais se encontra. O contexto familiar, entendido como mediador da relação entre o mundo privado, da própria família, e o público, o mundo do trabalho, é o observatório privilegiado do vínculo social em seus redutos privados, pois continua exercendo as suas funções sociais de reprodução, assegurando uma sociabilidade forte e uma transmissão intergeracional e protegendo os indivíduos contra riscos.²²

Do ponto de vista coletivo, a família é entendida como espaço social e é influenciada pelo modo de vida da sociedade na qual se insere. Ao mesmo tempo, ela é detentora de um modo de vida particular, ao representar o primeiro núcleo social de inserção do indivíduo,² traduzindo em si características do mundo material, representadas pelas condições de vida, e do mundo simbólico, representadas pelo estilo de vida.

Já do ponto de vista do desenvolvimento humano, o ambiente familiar exerce papel fundamental no cuidado das pessoas,²¹ sendo por isso determinante no seu desenvolvimento. Salienta-se que a qualidade do cuidado, nos aspectos físico e afetivo-social, decorre de condições estáveis de vida, tanto socioeconômicas quanto psicossociais.²³ Investigações apontam ainda que, na dinâmica familiar, o papel da mãe merece destaque pela sua capacidade de cuidar e de influenciar a aquisição da competência social.^{2,24}

Dessa maneira, o referencial teórico do “Modo de Vida e Saúde”,¹⁴ adaptado para o contexto familiar como núcleo social influenciado pelo modo de vida da sociedade e também detentor de condições e estilo de vida particulares, e da “Ecologia do Desenvolvimento Humano”,^{15,16} que atribui à família um papel decisivo no desenvolvimento

infantil, contribuem para a compreensão das inter-relações entre o contexto familiar, marcado por aspectos de um modo de vida peculiar, sua influência sobre o cuidado infantil, e a influência deste sobre a saúde bucal de crianças pré-escolares.

MÉTODOS

Para a realização da revisão sistemática da literatura, foram selecionados estudos empíricos de natureza quantitativa realizados entre 1999 e 2011 no Brasil ou no exterior em que a saúde bucal foi o evento de interesse. As bases de dados empregadas para o rastreamento dos artigos foram *Pubmed*, *Medline* e *SciELO*, utilizando-se a combinação das palavras-chave: *family*, *epidemiology*, *oral health*, *childhood*, *children*, *preschool* e *psychosocial*. Essa pesquisa bibliográfica foi finalizada em julho de 2011.

Estudos epidemiológicos publicados em português, inglês ou espanhol foram incluídos nesta revisão. Todos os resumos dos artigos contendo as palavras-chave foram lidos. Foram considerados relevantes aqueles com relatos da relação entre o contexto familiar e a saúde bucal de crianças pré-escolares. Qualquer evento característico de alterações bucais (cárie dentária, má oclusão, alteração periodontal, fluorose, lesões orais, traumas dento-faciais, dor dentária) ou de atitudes comportamentais relacionadas à saúde bucal infantil foi considerado na seleção de artigos. Durante um primeiro rastreamento, foi incluída apenas a combinação das palavras-chave, duas a duas. Foram identificadas as duplicatas de resumos e excluídas as referências de artigos sem resumo disponível e aqueles não relacionados ao tema de interesse específico.

Posteriormente, em um segundo rastreamento, foram selecionados apenas os resumos das publicações de natureza epidemiológica que investigaram a relação entre aspectos psicossociais do contexto familiar e a saúde bucal de pré-escolares. Ressalta-se que os aspectos psicossociais referem-se a um comportamento psicológico que deriva da interação do indivíduo com o seu ambiente social.²⁵ Os estudos foram analisados quanto ao local onde ocorreram, à população, ao tipo de análise epidemiológica realizada, aos fatores psicossociais selecionados, aos principais efeitos e seus resultados.

Este estudo de revisão sistemática da literatura faz parte de um projeto de pesquisa maior que envolveu a realização de inquérito epidemiológico e por isso foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), por meio do parecer de número 01 de 2007.

RESULTADOS

No primeiro rastreamento, foram identificados 247 resumos, dos quais 141 foram excluídos por não estarem diretamente relacionados ao tema desta revisão (estudos sobre avaliação de programas bucais, com ênfase nas atitudes comportamentais de saúde bucal, como hábitos de higiene e dieta, aspectos biológicos, ou estritamente descritivos das condições bucais infantis); outros 24 resumos de estudos qualitativos que abordaram a relação entre contexto familiar e saúde bucal de pré-escolares e 72 resumos de pesquisas que investigaram a relação entre aspectos das condições materiais de vida (socioeconômicas) e a saúde bucal infantil também foram excluídos.

Cabe salientar que, dos 24 resumos de estudos qualitativos, 6 (25%) foram realizados no Brasil e os demais no exterior. Entre os principais objetivos dessas investigações destacaram-se: análise das crenças, atitudes e percepções de pais, profissionais ou professores em relação à saúde bucal de pré-escolares, percepções sobre os cuidados formais e informais com a saúde bucal de crianças e principais barreiras na assistência odontológica desse grupo. Entre os 72 resumos de estudos de natureza quantitativa que investigaram a relação entre aspectos socioeconômicos, como educação e ocupação dos pais, renda familiar, condição de imigração e a saúde bucal de pré-escolares, a maioria foi elaborada no exterior (63 ou 87,5%) e apresentou o desenho de corte transversal como opção metodológica (61 ou 87,72%), 4 estudos apresentaram desenho longitudinal, sendo 2 estudos de coorte e 2 do tipo caso-controle, os demais realizaram uma análise temporal de dados secundários. A cárie dentária foi o principal efeito investigado (65 estudos ou 90,28%), com predomínio de análises descritivas, com a divulgação de medidas de associações brutas.

A temática de aspectos psicossociais do ambiente familiar e condições de saúde bucal de pré-escolares foi abordada em dez investigações epidemiológicas, entre as quais três (30,0%) foram desenvolvidas no Brasil. Oito destes estudos utilizaram o desenho de corte transversal, um foi do tipo caso-controle e um de coorte. A cárie dentária representou o principal desfecho, seguida de más oclusões, placa visível, cálculo, gengivite e frequência de escovação dentária (Quadro 1).

No Quadro 2, pode-se observar os principais resultados desses estudos. Com relação à cárie, Quiñonez et al.²⁶ relataram associação positiva entre estresse dos pais e presença desse agravo bucal em crianças de 18 a 36 meses de idade ($p < 0,05$); Tang et al.²⁷ verificaram associação positiva estatisticamente significativa entre estresse dos pais e cárie dentária em crianças de 4 a 5 anos (dados não apresentados); Souza, Vianna e Cangussu¹² também observaram uma relação positiva entre disfunção familiar, avaliada pela presença

Quadro 1 – Características dos estudos epidemiológicos que avaliaram a relação entre aspectos psicossociais do contexto familiar e saúde bucal de pré-escolares no período de 1999 a 2011

Estudo/ Local/ População	Desenho de estudo e tipo de análise	Fatores psicossociais	Efeitos investigados
Quiñonez et al., 2001/ EUA/ 150 crianças de 18 a 36 meses e seus pais (amostra de conveniência).	Corte transversal/ Análises bivariadas e multivariadas (regressão logística e linear), ajuste por condições biológicas e comportamentais.	Estresse dos pais (<i>Parenting Stress Index</i> – PSI).	Presença de cárie dentária (CD) (dicotômica, ceo-d), gravidade da CD por dente (contínua, ceo-d) e por superfície dentária (ceo-s).
Tang et al., 2005/ Austrália/ 97 crianças de 4 a 5 anos e seus pais em creches (amostra de conveniência) de Brisbane.	Corte-transversal/ Análises bivariadas e multivariadas (regressão logística e linear), ajuste por condições socioeconômicas e comportamentais.	Estresse Familiar (<i>Parenting Stress Index</i> – PSI).	Presença de CD (dicotômica, ceo-d) e gravidade da CD (contínua, ceo-d).
Souza, Vianna e Cangussu, 2006/ Brasil/ 74 crianças de 2 e 3 anos e suas mães (amostra de conveniência), residentes em um bairro popular de Salvador (BA).	Corte transversal/ Análises bivariadas e multivariadas (regressão logística, estimativa de razões de prevalência, RP), ajuste por condições socioeconômicas e comportamentais.	Disfunção familiar avaliada pela presença de alteração psiquiátrica materna (SRQ-20) e/ou alcoolismo familiar (CAGE).	Presença de CD (dicotômica, ceo-d).
Finlayson et al., 2007/ EUA/ 719 crianças de 1 a 5 anos e suas mães, selecionadas aleatoriamente, moradoras de um bairro de baixa renda de Detroit.	Corte transversal/ Análises bivariadas (regressão de Poisson, estimativa de razão de densidade de incidência, RDI), conforme as faixas etárias de 1 a 3 anos e 4 a 5 anos.	Sintomas depressivos maternos (<i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> – CES-D), estresse dos pais (<i>Parenting Stress Index</i> – PSI), suporte social e aspectos cognitivos maternos.	Freqüência de escovação dentária (FED) durante uma semana.
Finlayson et al., 2007/ EUA/ 719 crianças de 1 a 5 anos e suas mães, selecionadas aleatoriamente, moradoras de um bairro de baixa renda de Detroit.	Corte transversal/ Análises bivariadas (regressão logística, estimativa de Odds Ratio, OR), conforme as faixas etárias de 1 a 3 anos e 4 a 5 anos.	Sintomas depressivos maternos (<i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> – CES-D), estresse dos pais (<i>Parenting Stress Index</i> – PSI), suporte social e aspectos cognitivos maternos.	Presença de CD e presença de CD severa (<i>International Caries Detection and Assessment System</i> – ICDAS).
Valencia-Rojas, Lawrence e Goodman, 2008/ Canadá/ 66 crianças de 2 a 6 anos com história de maus tratos assistidas pelo <i>Children's Aid Society of Toronto</i> (CAST) em Toronto.	Corte transversal, a partir de levantamento de dados secundários da instituição de 1991 a 2004/ Análise descritiva, análises bivariadas, comparações com resultados de um inquérito de saúde bucal populacional de crianças de 5 anos (regressão logística bivariada, com estimativa de Odds Ratio, OR).	Tipo de mau trato, gravidade do abuso, número de vezes que frequentou o CAST, duração do internamento no CAST e tipo de guarda.	Presença de CD (dicotômica, ceo-d) e gravidade da CD (presença de CD severa, dicotômica, ceo-d > 3).

Quadro 1 – Continuação

Estudo/ Local/ População	Desenho de estudo e tipo de análise	Fatores psicossociais	Efeitos investigados
Rossi, Lopes e Cangussu, 2009/ Brasil/ 415 crianças de 1 a 5 anos e seus cuidadores familiares, selecionados aleatoriamente, moradores de áreas de baixo nível socioeconômico de Salvador (BA).	Corte transversal/ Análises bivariadas e multivariadas (regressão logística, estimativa de Odds Ratio, OR), ajuste por condições socioeconômicas e comportamentais.	Uso abusivo de álcool na família (CAGE).	Presença de má-oclusão (mordida aberta anterior, sobremordida, mordida cruzada, em topo e apinhamento).
Bonanato et al., 2009/ Brasil/ 546 crianças de 5 anos e suas mães, selecionadas aleatoriamente em creches de Belo Horizonte (MG).	Corte transversal/ Análises bivariadas e multivariadas (regressão logística, estimativa de Odds Ratio, OR), ajuste por condições socioeconômicas e biológicas (sexo).	Senso de coerência materno (<i>Antonovsky's Sense of Coherence Scale</i> – SOC-13).	Presença de CD (ceo-d), placa visível, cálculo, gengivite.
Seow et al., 2009/ Austrália/ 617 crianças de 0 a 4 anos e suas mães, selecionadas conforme a presença de cárie em creches e clínicas odontológicas privadas de Queensland.	Caso-controle/ Análises bivariadas e multivariadas (regressão logística, estimativa de Odds Ratio, OR), ajuste por condições socioeconômicas, comportamentais e biológicas.	Depressão, ansiedade e estresse maternos (<i>Depression Anxiety Stress Scale</i> – DASS), disfunção no estilo disciplinar (<i>Parenting Scale</i>), senso de competência dos pais (<i>Parenting Sense of Competence Scale</i>).	Presença de CD (dicotômica, ceo-d).
Ismail et al., 2009/ EUA/ 788 crianças americanas afro-descendentes de 0 a 5 anos e seus cuidadores, selecionados em áreas de baixa renda.	Coorte/ Análises multivariadas (regressão binomial, estimativa de <i>incidence rate ratio</i> , IRR), ajuste por condições socioeconômicas, psicossociais e experiência prévia de CD.	Incremento de CD (d1-6) e incremento de CD severa (d3-6) (<i>International Caries Detection and Assessment System</i> – ICDAS).	Sintomas depressivos em cuidadores (<i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> – CES-D), estresse dos pais (<i>Parenting Stress Index</i> – PSI).

de alteração psiquiátrica materna e/ou alcoolismo familiar e cárie em crianças de 2 e 3 anos (Razão de Prevalência - RP ajustada=7,35, IC95% 1,50–36,07); Finlayson et al.²⁸ relataram associação positiva entre aspectos cognitivos maternos (crenças fatalistas odontológicas) e cárie em crianças de 4 a 5 anos (Odds Ratio - OR=2,67, IC95% 1,20–5,98), entretanto no mesmo estudo verificou-se uma associação negativa entre estresse dos pais e a patologia em crianças de 1 a 3 anos (OR=0,62, IC95% 0,39–0,98). Utilizando uma abordagem descritiva, Valencia-Rojas, Lawrence e Goodman²⁹ descobriram que crianças com história de maus tratos têm maior gravidade da cárie do que a média da população de 5 anos residente no Canadá ($p < 0,05$), enquanto que Bonanato et al.³⁰ demonstraram, em uma análise multivariada, associação positiva entre baixo nível de senso de coerência materno e cárie dentária em crianças de 5 anos (OR ajustada=1,59, IC95% 1,01–2,29). Da mesma forma, Seow et al.³¹

Quadro 2 – Resultados dos estudos epidemiológicos que avaliaram a relação entre aspectos psicossociais do contexto familiar e saúde bucal de pré-escolares no período de 1999 a 2011

Estudo	Principais Resultados
Quiñonez et al., 2001	Análise bivariada: associação positiva entre estresse dos pais e presença de CD ($p < 0,05$) Análise multivariada: ausência de associação, após ajustes ($p > 0,05$).
Tang et al., 2005	Análise bivariada: associação positiva entre estresse dos pais e CD com significância estatística (dados não apresentados). Análise multivariada: associação negativa entre adequação social (respostas defensivas) e gravidade da CD (ceo-d) ($p = 0,024$).
Souza, Vianna e Cangussu, 2006	Análise bivariada: associação positiva entre disfunção familiar e CD (RP bruta=3,06, IC95% 1,07–8,75). Análise multivariada: associação positiva entre disfunção familiar e CD (RP ajustada=7,35, IC95% 1,50–36,07).
Finlayson et al., 2007	Análise bivariada: associação nula entre sintomas depressivos maternos e FED, associação negativa entre suporte social e FED em crianças de 1 a 3 anos (RDI=0,80, IC95% 0,65–0,97), associação positiva entre aspectos cognitivos maternos e FED (RDI=1,09, IC95% 1,00–1,19) entre as crianças de 4 a 5 anos.
Finlayson et al., 2007	Análise bivariada: associação nula entre sintomas depressivos maternos, suporte social e CD, associação negativa entre estresse dos pais e CD em crianças de 1 a 3 anos (OR=0,62, IC95% 0,39–0,98) e associação positiva entre aspectos cognitivos maternos (crenças fatalistas) e CD em crianças de 4 a 5 anos (OR=2,67, IC95% 1,20–5,98).
Valencia-Rojas, Lawrence e Goodman, 2008	Crianças com história de maus tratos têm maior gravidade da CD do que a população de 5 anos em geral ($p < 0,05$), ausência de diferença na prevalência de CD de acordo com tipo de mau trato (negligência, abuso físico ou sexual), associação negativa entre maior número de vezes de internamento no CAST e guarda permanente do CAST e CD (OR=0,16, IC95% 0,03–0,83; OR=0,14, IC95% 0,02–0,83, respectivamente).
Rossi, Lopes e Cangussu, 2009	Análise multivariada: associação positiva entre presença de adulto com uso abusivo de álcool na família e má-oclusão (OR ajustada=1,22, IC95% 1,04–2,02).
Bononato et al., 2009	Análise bivariada: associação positiva entre baixo nível de senso de coerência materno e CD (OR=1,78, IC95% 1,25–2,54), associação positiva sem significância estatística entre baixo nível de senso de coerência materno e placa (OR=1,27, IC95% 0,91–1,79), cálculo (OR=1,39, IC95% 0,77–2,53) e gengivite (OR=1,41, IC95% 0,91–2,19). Análise multivariada: associação positiva entre baixo nível de senso de coerência materno e CD (OR ajustada=1,59, IC95% 1,01–2,29), ausência de associação para placa, cálculo e gengivite (dados não apresentados).
Seow et al., 2009	Análise bivariada: associação positiva entre depressão materna e CD ($p = 0,033$); associação positiva entre ansiedade materna e CD ($p = 0,030$). Análise multivariada: associação positiva entre ansiedade materna e CD (OR ajustada=5,1, IC95% 1,10–25,00).
Ismail et al., 2009	Análise multivariada: associação positiva entre crenças fatalistas odontológicas e incremento de CD (d1-6) (IRR ajustada=1,3, IC95% 1,1–1,6), e incremento de CD severa (d3-6) (IRR ajustada=1,4, IC95% 1,0–1,9).

observaram associação positiva entre depressão materna e cárie em crianças de 0 a 4 anos (OR ajustada=5,1, IC95% 1,1–25,0), e o estudo de Ismail et al.³² demonstrou associação positiva entre crenças fatalistas odontológicas e incremento de cárie (*Incidence Rate Ratio* - IRR ajustada=1,3, IC95% 1,1–1,6) e cárie severa (IRR ajustada=1,4, IC95% 1,0–1,9).

No estudo de Rossi, Lopes e Cangussu,³³ o uso abusivo de álcool na família associou-se positivamente com a presença de má oclusão em crianças de 1 a 5 anos em Salvador (BA) (OR ajustada=1,22, IC95% 1,04–2,02). Os achados do estudo de Bonanato et al.³⁰ não apontaram para associações positivas estatisticamente significantes entre o senso de coerência materno e os efeitos relacionados à presença de placa, cálculo e gengivite em crianças de 5 anos. Aspectos cognitivos maternos apresentaram associação positiva com a frequência de escovação dentária durante uma semana em crianças de 4 a 5 anos de idade (Razão de Densidade de Incidência - RDI=1,09, IC95% 1,00–1,19).³⁴

DISCUSSÃO

Conforme os resultados apresentados, observou-se uma predominância de estudos epidemiológicos em relação aos qualitativos no campo da saúde bucal infantil, assim como nos estudos internacionais. Essa característica também marcou os estudos quantitativos que avaliaram as questões psicossociais do ambiente familiar.^{12,26-34}

Estes últimos revelam uma tendência de associações positivas entre aspectos psicossociais familiares e alterações bucais em pré-escolares. Cinco dos estudos avaliados verificaram associações positivas entre esses fatores ao realizarem análises multivariadas,^{12,30-33} levando em conta a multifatorialidade envolvida nos problemas bucais, que não foi considerada em todos eles. Ao realizarem análises bivariadas, Quiñonez et al.²⁶ e Tang et al.²⁷ verificaram uma associação positiva estatisticamente significativa entre estresse dos pais e presença de cárie dentária em pré-escolares. Estudo realizado por Valencia-Rojas, Lawrence e Goodman²⁹ observou que crianças submetidas a maus tratos possuem maior índice de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados (ceo-d) do que crianças da população em geral e Finlayson et al.²⁸ relataram associação positiva entre aspectos cognitivos maternos (crenças fatalistas) e cárie em crianças de 4 a 5 anos. Outras análises não identificaram essa associação.^{26,28,34} Contrariando a hipótese original, Finlayson et al.²⁸ encontraram associações negativas estatisticamente significantes entre elevados níveis de estresse dos pais e presença de cárie em crianças de 1 a 3 anos. Para os autores, os achados podem simplesmente refletir os limites da medida da exposição ao estresse, ou então o estresse percebido pode estar informando um maior nível de consciência desses pais com o cuidado infantil.

Esta revisão revelou que a maioria dos estudos investigou a cárie dentária como efeito principal, apontando para associações positivas com os fatores investigados.^{12,26-32} Associações positivas também foram demonstradas para a má oclusão³³ e frequência de

escovação dentária semanal.³⁴ O estudo que avaliou a presença de placa visível, cálculo e gengivite como desfechos não identificou associações.³⁰

Elementos da estrutura e contexto familiares são relatados como potenciais preditores de processos saúde-doença em estudos de natureza epidemiológica. O estresse materno mostrou-se associado a problemas de saúde mental de crianças assistidas pela estratégia saúde da família.³⁵ O alcoolismo de algum membro da família pode estar relacionado a problemas psiquiátricos na infância;³⁶ a qualidade do estímulo doméstico, as condições materiais familiares e a dinâmica familiar são fundamentais para o desenvolvimento cognitivo infantil.²³

A literatura também revela que doenças crônicas, como asma e desnutrição infantil, tradicionalmente relacionadas com fatores ambientais, também podem estar associadas a determinantes psicossociais do ambiente familiar. Carvalhaes e Benício³⁷ identificaram que a estrutura familiar adversa indicada pela ausência de companheiro, internação materna durante a gravidez, precária saúde mental materna e alcoolismo em pelo menos um membro da família associaram-se à desnutrição infantil. A presença de distúrbios psiquiátricos menores maternos associou-se significativamente com a presença de asma em crianças de 5 e 12 anos de idade.³⁸ Os autores propõem que mecanismos relacionados ao comprometimento da capacidade do cuidado de filhos asmáticos das mulheres portadoras de distúrbios mentais e que processos neuroendócrinos e imunológicos das crianças em contato com eventos estressantes, como alterações psicossociais, podem explicar essa associação.

A ciência deve avançar em busca do melhor entendimento da relação entre contexto familiar e a saúde de crianças em seus primeiros anos de vida. Neste estudo, propõe-se que uma adaptação e integração dos modelos teóricos do “Modo de Vida e Saúde”¹⁴ e da “Ecologia do Desenvolvimento Humano”^{15,16} podem contribuir nesse sentido. O primeiro modelo sustenta que o modo de vida da sociedade é marcado por propriedades materiais, explícitas pelas suas condições de vida, e por aspectos simbólicos, seu estilo de vida. A família enquanto primeiro núcleo social do indivíduo carrega em si seu próprio modo de vida,² influenciado pelo modo de vida da sociedade na qual se insere. As condições materiais do ambiente familiar e a conformação de crenças, atitudes, comportamentos e afetividade de seus membros são determinantes para a configuração do cuidado com o ser humano nos seus primeiros anos de vida.²³ O segundo modelo ressalta que o cuidado desempenhado no contexto familiar, por sua vez, é essencial ao desenvolvimento humano.¹⁶ Assim, um contexto familiar expresso por condições socioeconômicas desfavoráveis e/ou pela

presença de alterações psicossociais poderá interferir diretamente no cuidado com crianças pequenas em seu meio, possibilitando a manifestação de doenças bucais precocemente.

Deve-se salientar que os achados dos estudos que fizeram parte desta revisão sistemática devem ser analisados com cautela. Em quatro estudos, as amostras eram de conveniência e com reduzido número de indivíduos, o que compromete seu poder, devido ao tamanho amostral e sua representatividade, tendo em vista que vieses de seleção podem ter ocorrido.^{12,26,27,29} Ainda sobre as características amostrais, as faixas etárias das crianças avaliadas diferiram entre as investigações; outro fato que deve ser destacado é que indivíduos mais velhos têm maior chance de serem acometidos por doenças bucais, o que pode ter comprometido algumas das comparações. As condições psicossociais maternas foram as principais variáveis analisadas,^{12,28,30,31,34} entretanto alguns estudos enfocaram condições de outros familiares ou cuidadores.^{26,27,32,33} O desenho do tipo corte transversal foi utilizado na maioria deles, e sabe-se que este desenho não permite garantir a antecedência temporal da exposição em relação ao efeito. Dados secundários de uma instituição canadense do período de 1991 a 2004 foram empregados para análises descritivas comparativas.²⁹ Tais dados podem ter apresentado vieses de classificação, como mudanças no critério de diagnóstico ao longo do tempo e ausência de registros, e também não foi encontrada a informação quanto à calibração dos examinadores no estudo.

A maioria dos estudos utilizou os critérios do ceo-d³⁹ para a avaliação da cárie dentária, indicador epidemiológico que apresenta os melhores níveis de comparabilidade.^{12,26,27,29-31} Todavia, a definição do caso e sua gravidade foram divergentes entre os estudos. De forma geral, inexistente um critério mundialmente aceito para o estabelecimento da presença de alterações bucais em crianças na faixa etária pré-escolar ou da gravidade das mesmas, o que traz limites para comparações. No que diz respeito aos fatores psicossociais, notou-se que diferentes indicadores foram utilizados e isso também prejudica a consolidação do conhecimento sobre a temática pesquisada.

Esta revisão indica que o contexto familiar, especialmente seus aspectos psicossociais, associa-se aos problemas bucais mais prevalentes da dentição decídua. Os limites metodológicos dos estudos epidemiológicos explicitados anteriormente devem ser superados por meio de investigações que utilizem delineamento amostral probabilístico, desenhos de estudos longitudinais, análises estatísticas de fatores de confusão e interação, capazes de traduzir a multifatorialidade dos problemas bucais e da busca de critérios mais precisos na definição da exposição e dos efeitos.

Abordagens qualitativas ou quali-quantitativas relativas ao tema devem ser produzidas, considerando sua adequação para a busca da compreensão de questões culturais, as quais muitas vezes não são observadas pelos instrumentos da pesquisa epidemiológica. Portanto, elas podem e devem ser utilizadas, em determinadas circunstâncias, como complementares, sempre que o planejamento da investigação esteja em conformidade. O conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica; o método é fio condutor para se formular essa articulação.⁴⁰

Trazendo a temática deste estudo para a realidade brasileira, observa-se de um lado que a estratégia saúde da família prioriza as famílias como foco do cuidado e as crianças de 0 a 14 anos como um dos principais grupos de atenção. Por outro lado, o quadro epidemiológico de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar revela a alta prevalência de afecções bucais.^{3,6} É reconhecido que a prática odontológica baseia-se sobretudo em intervenções curativas individuais e atividades educativas com enfoque em atitudes comportamentais, como mudança dos hábitos de higiene e dieta. Possivelmente isto se deva ao conhecimento produzido nas últimas décadas, que privilegiou tais aspectos do processo saúde-doença bucal. Aprofundar a compreensão de fatores familiares e seus efeitos para a saúde bucal poderá contribuir para mudanças no modelo de atenção voltado para esse grupo etário.

AGRADECIMENTOS

Órgãos financiadores: Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado da Bahia (SECTI) e Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) por meio do edital PPSUS 2006.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde Debate*. 1999;23(53):6-19.
2. Oliveira MLS, Bastos ACS. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicol Reflex Crit*. 2000;13(1):97-107.
3. Almeida TF, Cangussu MCT, Chaves SCL, Silva DIC, Santos SC. Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2009;9(3):147-52.

4. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):79-87.
5. Peres KG, Tomita NE. Oclusopatias. In: Antunes JLF, Peres MA. *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 83-101.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados preliminares. Brasília; 2004.
7. Cabral MBBS. Situação de saúde bucal em um grupo de crianças menores de 30 meses que frequentam creches públicas, privadas e filantrópicas em Salvador-BA [Tese]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2005.
8. Peres MA, Latorre MRDO, Sheiham A, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG et al. Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33:53-63.
9. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health*. 2004; 21(suppl. 1):71-85.
10. Pine CM, Pauline MA, Nicoll AD, Burnside G, Petersen PE, Beighton D et al. International comparisons of health inequalities in children dental caries. *Community Dent Health*. 2004;24(suppl. 1):121-30.
11. Teles GS. O impacto da qualidade de vida da mãe na saúde bucal da criança [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.
12. Souza MA, Vianna MIP, Cangussu MCT. Disfunção familiar referida pela presença de depressão materna e/ou alcoolismo na família e ocorrência de cárie dentária em crianças de dois e três anos de idade. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006;6(2):309-17.
13. Maciel SM. Saúde bucal infantil: a participação da mãe [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1994.
14. Almeida Filho NM. A ciência da saúde. São Paulo: Hucitec; 2000.
15. Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Trad. Veronesi MAV. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
16. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Dev Psychol*. 1986;22(6):723-42.

17. Paim JS. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão. In: Barata RB, Barreto ML; Filho NA; Veras RP, organizadores. Condições de vida e situação de saúde. Saúde Movimento. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 7-32.
18. Castellanos PL, organizador. Pobreza y desigualdades en perfiles de mortalidad. Comportamiento de algunos indicadores de mortalidad en grupos de población con diferentes condiciones de vida, en la década perdida, en países seleccionados de la América Latina y del Caribe. Programa de Análisis de Situación de Salud y sus Tendencias, Enero; 1992.
19. Brasil, Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos para a saúde. IDB 2006. Brasília: Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa; 2006.
20. Barreto ML. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: histórico, fundamentos e perspectivas. Rev Bras Epidemiol. 2002;5(supl. 1):4-17.
21. Franco ALS, Bastos ACS. Um olhar sobre o Programa Saúde da Família: a perspectiva ecológica na psicologia do desenvolvimento segundo Bronfenbrenner e o modelo da vigilância da saúde. Psicol Estud. 2002;7(2):65-72.
22. Rabinovich EP, Bastos ACS. Famílias e projetos sociais: analisando essa relação no caso de um quilombo em São Paulo. Psicol Estud. 2007;12(1):3-11.
23. Andrade SA, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Almeida Filho NM, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento infantil: uma abordagem epidemiológica. Rev Saúde Pública. 2005;39(4):606-11.
24. Bustamante V, Trad LAB. Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(5):1175-84.
25. Martins MCA. Fatores de risco psicossociais para a saúde mental. Millenium - Revista do ISPV [Periódico na internet]. 2004 Junho [Acesso em 2 de maio de 2010]; 255-268. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/default.htm>
26. Quiñonez RB, Keels MA, Vann Jr WF, McIver FT, Heller K, Whitt JK. Early childhood caries: analysis of psychosocial and biological factors in a high-risk population. Caries Res. 2001;35:376-86.
27. Tang C, Quiñonez RB, Hallett K, Lee J, Whitt JK. Examining the association between parenting stress and the development of early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol. 2005;33:454-60.

28. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Psychosocial factors and early childhood caries among low-income african-american children in Detroit. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35:439-48.
29. Valencia-Rojas N, Lawrence HP, Goodman D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. *J Public Health Dent.* 2008;8(2):94-101.
30. Bonanato K, Paiva SM, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Barbabela D, Allison PJ. Relationship between mothers' sense of coherence and oral health status of preschool children. *Caries Res.* 2009;43(2):103-09.
31. Seow WK, Clifford H, Battistutta D, Holcombe T. Case-control study of early childhood caries in Australia. *Caries Res.* 2009;43:25-35.
32. Ismail AI, Sohn W, Lim S, Willem JM. Predictors of dental caries progression in primary teeth. *J Dent Res.* 2009;88(3):270-75.
33. Rossi TRA, Lopes LS, Cangussu MCT. Contexto familiar e alterações oclusais em pré-escolares de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2009;9(2):139-47.
34. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35:272-81.
35. Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(2):251-59.
36. Furtado EF, Laucht M, Schmidt M. Estudo longitudinal prospectivo sobre risco de adoecimento psiquiátrico na infância e alcoolismo paterno. *Rev Psiquiatr Clín.* 2002;29(2):71-80.
37. Carvalhaes MABL, Benício MHD. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(2):188-97.
38. Carmo MBB, Santos DN, Amorim LDAF, Fiaccone RL, Cunha SS, Rodrigues LC, Barreto ML. Minor psychiatric disorders in mothers and asthma in children. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44:416-20.
39. Organização Mundial de Saúde. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal. Manual de Instruções. 4ª ed. São Paulo: Livraria Editora Santos; 1999.
40. Minayo MCS, Sanches O. Qualitativo-quantitativo: oposição ou complementaridade. *Cad Saúde Pública.* 1993;9(3):239-62.

Recebido em 05.7.2013 e aprovado em 06.3.2014.