



RAQUEL MARIA DE CASTRO SOARES DE BARROS

“QUALIDADE DE VIDA DE MÃES E SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DEFICIENTES”

PIRACICABA

2013



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

Raquel Maria de Castro Soares de Barros

**“QUALIDADE DE VIDA DE MÃES E SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS
DEFICIENTES”**

Orientador: Prof^ª Dr^ª Gláucia Maria Bovi Ambrosano

Co-orientador: Prof^ª Dr^ª Rosana de Fátima Possobon

Dissertação de Mestrado
Profissionalizante apresentada à
Faculdade de Odontologia de
Piracicaba, para obtenção do título de
Mestra em Odontologia em Saúde
Coletiva.

Este exemplar corresponde à
versão final da dissertação
defendida pela aluna Raquel
Maria de Castro Soares de Barros
e orientada pela Prof^ª Dr^ª Gláucia
Maria Bovi Ambrosano.

Assinatura da orientadora

PIRACICABA
2013

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

B278q Barros, Raquel Maria de Castro Soares de, 1969-
Qualidade de vida de mães e saúde bucal de crianças deficientes / Raquel
Maria de Castro Soares de Barros. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Gláucia Maria Bovi Ambrosano.
Coorientador: Rosana de Fátima Possobon.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Qualidade de vida. 2. Saúde bucal. 3. Deficiência. I. Ambrosano, Gláucia
Maria Bovi, 1960-. II. Possobon, Rosana de Fátima, 1968-. III. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Quality of life of mothers and oral health of disabled children

Palavras-chave em inglês:

Quality of life

Oral health

Deficiency

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Gláucia Maria Bovi Ambrosano [Orientador]

Aline Alves Brasileiro

Karine Laura Cortellazzi

Data de defesa: 29-07-2013

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 29 de Julho de 2013, considerou a candidata RAQUEL MARIA DE CASTRO SOARES DE BARROS aprovada.

Handwritten signature of Gláucia Maria Bovi Ambrosano in blue ink.

Profa. Dra. GLAUCIA MARIA BOVI AMBROSANO

Handwritten signature of Aline Alves Brasileiro in black ink.

Profa. Dra. ALINE ALVES BRASILEIRO

Handwritten signature of Karine Laura Cortellazzi in black ink.

Profa. Dra. KARINE LAURA CORTELLAZZI

Ao meu Senhor e Salvador, Jesus Cristo, em quem encontro amor, vida, salvação e sustento para superar cada obstáculo que se levanta;

A cada criança, adolescente e jovem deficiente do Centro de Reabilitação Piracicaba, com quem aprendo todos os dias o verdadeiro valor de uma vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, que até aqui me sustentou... *“porque Dele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente. Amém”*. (Rm 11.36)

À Unicamp, na pessoa de seu Magnífico Reitor, José Tadeu Jorge;

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa de seu diretor, Prof. Dr. Jacks Jorge Junior, pela oportunidade de realizar este trabalho;

À Prof^a Dr^a Renata Cunha Matheus Rodrigues Garcia, presidente da comissão dos cursos de Pós-Graduação da FOP-UNICAMP;

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, coordenador do Mestrado Profissionalizante da FOP-UNICAMP, pela amizade, incentivo e colaboração;

À Prof^a Dr^a Glaucia Maria Bovi Ambrosano, minha orientadora, por tudo que me ensinou, pela paciência e pela preciosa colaboração na elaboração deste trabalho;

À Prof^a Dr^a Rosana de Fátima Possobon, minha co-orientadora, pelos muitos anos de amizade, pelo empenho para que esta obra fosse concluída, pelo carinho e atenção que sempre dispensou a mim;

Ao meu marido, Marco Antonio, pelo amor, carinho, companheirismo, apoio e compreensão, principalmente nos momentos mais difíceis desta caminhada, minha gratidão e meu amor;

Aos meus filhos, Pedro e Beatriz, tão amados e queridos. Vocês são um presente de Deus! Herança do Senhor e alegria de minha vida. Sempre os amarei com todo meu coração;

Aos meus pais José Felisberto e Maria Luiza pelo amor e sustento, que dedicam a mim por toda a vida e por sempre me encorajar a prosseguir;

Aos meus irmãos Cláudia, Ana Maria e Júnior, pelo amor, companheirismo e incentivo a mim dedicados em todos esses anos;

Ao meu cunhado Roberto e ao meu sobrinho Miguel, pela alegria e carinho com que me tratam sempre; Ana Carla e Denis: sejam bem vindos à família;

Aos pastores Marcílio e Sônia Guerra, Daniel e Cleide Borba, família espiritual, pela cobertura, amor, carinho e dedicação;

Ao Centro de Reabilitação Piracicaba, na pessoa de seu presidente, Dr. Hilário Correr, e a todos os funcionários, por me acolher e colaborar em cada passo deste projeto;

À Rosa Maria Pompeu Ferreira, pela colaboração, acolhimento e incentivo desde minha chegada ao CRP em 1999;

A todas as mães e crianças que aceitaram participar deste trabalho, sem as quais nada seria possível;

À Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, por incentivar meu crescimento profissional;

À Dr^a Dirce Aparecida Valério da Fonseca, Coordenadora de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, pela amizade de muitos anos, incentivo e colaboração em todos os momentos. Agradeço a Deus por sua vida;

À Eliana Maria da Silva Augusto Domingues, companheira de jornada, que em momentos de crise, sempre me fez enxergar uma saída;

Às tutoras do Mestrado Profissional, Fernanda Gonçalves Duvra Salomão, Fabiana de Lima Vazquez, Karine Laura Cortelazzi e Luciane Miranda Guerra por tudo que me ensinaram, pelo apoio e colaboração durante todo o curso;

Às pós-graduandas Ludmila da Silva Tavares Costa e Luale Leão Ferreira pela colaboração na análise dos dados;

A todas as pessoas que colaboraram, direta ou indiretamente para que esta obra fosse concluída, muito obrigada.

O temor do Senhor é o princípio da sabedoria e o conhecimento do Santo é entendimento.

(Provérbios 9.10)

RESUMO

Como a mãe, normalmente, é a pessoa de maior influência na vida da criança, alguns estudos têm relacionado a qualidade de vida da mãe com a saúde da criança. No caso de crianças deficientes essa influência é ainda maior. Mudanças radicais acontecem na rotina das mães de crianças deficientes como diminuição do tempo livre, alteração na vida profissional, gerando sobrecargas físicas e psicológicas e, conseqüentemente, afetando sua qualidade de vida. Embora estudos relacionando qualidade de vida da mãe com a saúde da criança tenham sido publicados, poucas pesquisas foram desenvolvidas analisando essa relação com crianças deficientes. Investigar se a qualidade de vida de mães ou responsáveis tem relação com a saúde bucal de crianças deficientes, é o objetivo deste estudo. Trata-se de estudo transversal analítico, com base em entrevistas com 49 mães ou responsáveis e exame clínico bucal (índices *ceo-d* e Índice de Higiene Oral Simplificado - *IHOS*) em crianças com deficiência (atraso de desenvolvimento neuropsicomotor – ADNPM, física, intelectual e múltipla) de 02 a 06 anos de idade assistidas pelo Centro de Reabilitação da cidade de Piracicaba-SP. As mães responderam o instrumento de qualidade de vida *WHOQOL – bref*, questionário socioeconômico, questionário sobre higiene oral e a Escala Multidimensional do Locus de Controle em Saúde. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, teste de qui-quadrado, exato de Fisher e regressão logística múltipla. Das crianças da amostra (57,1% meninos e 42,9% meninas), a maioria estava na faixa etária entre 37 e 48 meses (40,81%), apresentava, predominantemente, atraso de desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM – 55,1%) e 75,5% estavam livres de cárie. As mães ou responsáveis encontravam-se, em sua maioria (87,8%), na faixa etária entre 18 e 43 anos, com menos de 8 anos de instrução (51%), renda familiar inferior a 4 salários mínimos (75,5%), pertencentes a famílias numerosas (71,4%) e viviam em residência própria (59,2%). A maioria das mães ou responsáveis (55,1%) atribuíram ao acaso sua interferência no processo saúde/doença de seus filhos (locus externo-acaso). O domínio *relações sociais* do *WHOQOL-bref* apresentou associação estatisticamente significativa ($p=0,0404$) com índice *ceo-d*. Observou-se que a qualidade de vida da mãe pode interferir na saúde bucal da criança, no que se refere ao domínio *relações sociais*, indicando que crianças, cujas mães

relataram piores condições sociais, apresentaram 11,28 vezes mais chance de apresentar presença de cárie.

Palavras chave: qualidade de vida, saúde bucal, deficiência.

ABSTRACT

As mothers usually are the ones who have the greatest influence on their children's lives, some studies have associated mothers' quality of life with their children's health. In the case of disabled children this influence is even greater. Radical changes happen to the routine of disabled children's mothers, such as the decrease of free time and alterations in their professional lives, which contribute to physical and psychological overloads that consequently affect their quality of life. Despite the fact that studies associating mothers' quality of life with their children's health have been published, few researches were conducted to analyze this association in cases when children are disabled. The objective of this study is to investigate whether or not the quality of life of mothers or guardians has a relationship with their disabled children's oral health. It is an analytical cross-sectional study based on interviews with 49 mothers or guardians who agreed to participate in the research, and an oral clinical exam (*dmft* and *OHI-S* indices) in children with physical, intellectual, or multiple disabilities from ages 02 to 06 who are assisted by the Rehabilitation Center Piracicaba. The mothers answered the quality of life assessment instrument *WHOQOL – bref*, a social economic questionnaire, an oral hygiene questionnaire and the Multidimensional Health Locus of Control Scale. The data were analyzed through descriptive statistics, chi-squared test, Fisher's exact test and multiple logistic regression. Among the children in the sample (57.1% boys and 42.9% girls), most were between 37 and 48 months old (40.81%) and predominantly exhibited neuropsychomotor development delay (55.1%). Most of the mothers or guardians were between 18 and 43 years old (87.8%), and had less than 8 years of schooling (51%) and family income below 4 minimum wages (75.5%). They also belonged to large families (71.4%) and lived in their own homes (59.2%). Most of the mothers or guardians (55.1%) credited to chance their impact on their children's health/illness process (external locus – chance). The *social relations* domain of the *WHOQOL-bref* exhibited a statistically significant association ($p=0.0404$) with the *dmft* index. It was noticed that a mother's quality of life can impact her child's oral health, in regard to the social relations domain,

suggesting that children whose mothers reported worse social conditions had 11.28 times more chances of exhibiting the index of $dmft > 0$.

Key words: quality of life, oral health, disability.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	01
2 REVISÃO DA LITERATURA	03
3 PROPOSIÇÃO	08
4 MATERIAL E MÉTODOS	09
5 RESULTADOS	13
6 DISCUSSÃO	27
7 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31
ANEXOS	
ANEXO 1	41
ANEXO 2	42
ANEXO 3	49
ANEXO 4	51
ANEXO 5	52

1 INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança traz importantes mudanças na vida de um casal e quando o filho apresenta uma deficiência esta mudança é ainda maior. Se ao nascimento, ou logo após, o casal se depara com um filho que não corresponde ao esperado, vários tipos de sentimentos são gerados nos pais, tais como a dificuldade de aceitação do filho, ansiedade pelo diagnóstico e questionamentos sobre os cuidados necessários com a criança (Monteiro *et al.*, 2002).

Ao se deparar com o quadro de deficiência de seu filho, a família, normalmente, deixa os cuidados com a higiene bucal da criança em um plano secundário, visto que as condições físicas e/ou mentais da criança geram uma série de outras necessidades (Marcelino & Parrilha, 2007).

Além de deixar a higiene bucal em segundo plano, muitos pais não sabem como realizar a higiene bucal de seus filhos. Outros acreditam que conter a criança para realizar a higiene bucal, trará ainda mais sofrimento e até mesmo um trauma à criança. É comum pais relacionarem a visita ao dentista como mais um sofrimento pelo qual a criança deverá passar e, por vezes, preferem não procurar o profissional para receber orientações (Saraiva & Nóbrega, 2003; Robles *et al.*, 2010).

Dependendo do grau de deficiência física e/ou mental, a criança não apresenta habilidade manual e/ou compreensão de como cuidar de seus dentes. Nestes casos, alguém da família, normalmente a mãe, precisa ajudar a criança nos cuidados com a higiene bucal, sendo, muitas vezes, necessário fazer por ela (Marcelino & Parrilha, 2007).

A maioria dos cuidados diários da criança com deficiência é feita fundamentalmente, pela mãe, que assume esses cuidados como sendo inerentes ao seu papel de mãe (Monteiro *et al.*, 2002; Domingues *et al.*, 2008). Para a criança, a mãe normalmente significa a figura mais representativa da família, na qual ela se espelha. A mãe também influencia muito nos comportamentos que a criança adotará ao longo de sua vida (Marcelino & Parrilha, 2007).

O intenso cuidado com a criança diminui o tempo livre das mães, altera sua vida profissional ou mesmo provoca o abandono do emprego, gerando sobrecarga física e financeira. Além disso, há um sentimento de culpa em algumas mães e sensação de isolamento (Monteiro *et al.*, 2002). Esta sobrecarga com os cuidados com a criança, gera um estresse maior nas mães de crianças deficientes do que em mães de crianças saudáveis (Silva & Dessen, 2004).

Tantas mudanças podem desenvolver, nas mães de crianças com deficiência, perturbações na saúde mental e no bem estar psicológico se comparadas às mães de crianças que não apresentam deficiência, muito embora algumas mães se adaptem mais facilmente à condição de seu filho (Monteiro *et al.*, 2002). Esta adaptação pode estar relacionada a características da personalidade da mãe. Alguns autores informam que as mães que têm maior senso de controle sobre a saúde da criança, procuram mais por serviços preventivos com um efeito positivo sobre o estado geral de saúde da criança (Tinsley & Holtgrave, 1989). Esta característica de controlabilidade é denominada de *lôcus de controle*.

Oferecer às mães das crianças deficientes, instrumentos para que possam lidar com a deficiência do filho e ajudá-lo nos cuidados diários é essencial. É importante que a família entenda que condutas preventivas, como escovação diária e visitas regulares ao dentista, evitam que situações mais complexas se instalem (Marcelino & Parrilha, 2007). Neste sentido, o Cirurgião Dentista pode contribuir para melhorar a qualidade de vida do indivíduo e de sua família (Moura *et al.*, 2007).

2 REVISÃO DA LITERATURA

É interesse da comunidade científica promover condições de saúde, assim como saber qual o impacto das doenças na qualidade de vida do indivíduo (Souza *et al.*, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida “*é a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHO, 1994).

Essa percepção se dá nos domínios físico, social e psicológico e é influenciada pelos interesses do indivíduo, pelo grupo social em que vive e por aquilo que considera importante para sua vida (Saraiva & Nóbrega, 2003). Com o objetivo de mensurar a qualidade de vida, a OMS desenvolveu o instrumento de pesquisa WHOQOL-bref, a partir do WHOQOL-100. Traduzido e validado no Brasil por Fleck *et al.* em 2000, o WHOQOL-bref é composto de 26 questões, sendo duas questões gerais e 24 abrangendo os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Estudos têm demonstrado o importante papel da mãe como modelo no estabelecimento de hábitos, valores e atitudes para o seu filho. A mãe, normalmente, é a responsável pelos cuidados diários com a criança, principalmente no que se refere à educação, alimentação e cuidados com a saúde (Fadel, 2009). Normalmente a mãe não quer que seu filho tenha as mesmas experiências ruins, com relação à saúde bucal, que ela teve em sua infância, seja por falta de assistência odontológica ou por falta de informação de seus pais (Abreu *et al.*, 2002). A forma como essa mãe entende o que é saúde, seus hábitos e comportamentos podem influenciar na sua qualidade de vida e na de seu filho (Theodoro *et al.*, 2007; Robles *et al.*, 2010).

Como parte da saúde geral, a saúde bucal é fundamental, por ser causa de dor e sofrimento e por influenciar na auto-estima e na inclusão social, requisitos importantes para a qualidade de vida (Saraiva & Nóbrega, 2003; Tesch *et al.*, 2007).

O conceito de *locus de controle* em saúde foi introduzido por Rotter em 1966 e indica qual a percepção que as pessoas têm sobre o que ou quem tem o controle sobre sua vida, determinando suas atitudes. Indivíduos que crêem serem os próprios responsáveis por suas atitudes e suas consequências têm o que se chama de *locus de controle interno*. Aqueles que responsabilizam outras pessoas, fatores, acaso, ou seja, algo que está fora de seu controle, tem o que se denomina *locus de controle externo*. Rotter também desenvolveu um instrumento para medir o *locus de controle*, a fim de identificar qual a percepção que o indivíduo apresenta com relação ao controle sobre sua saúde. Mais tarde, outros pesquisadores estabeleceram três dimensões na escala, uma interna e duas externas. As dimensões externas foram classificadas em: externa-outros poderosos, quando o sujeito atribui o controle sobre sua saúde a outras pessoas poderosas e externa-acaso, nos casos em que o sujeito acredita que sua vida é controlada por fatores como acaso, sorte/azar ou destino (Rodriguez-Rosero *et al.*, 2002; Brandão *et al.*, 2006; Lencová *et al.*, 2008).

2.1 - DEFINIÇÃO DE DEFICIÊNCIA

Atualmente o termo preconizado e aceito por movimentos mundiais de pessoas com deficiência, incluindo o Brasil, é “pessoa com deficiência” (Sá & Rabinovich, 2006).

Em 1989, a OMS, através da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), definiu deficiência como:

“toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; a incapacidade como toda restrição ou falta – devida a uma deficiência – da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida em que se considera normal para um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para um determinado indivíduo, em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função da idade, sexo e fatores sociais e culturais)” (Sá & Rabinovich, 2006).

A CIDID, endossada oficialmente por todos os 191 Estados Membros da OMS na 54ª Assembléia Mundial, em 22 de maio de 2001 (Resolução WHA 54,21), foi aprovada para uso nos Estados-Membros como uma norma internacional para descrever e medir a saúde e a deficiência (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2011).

Anos mais tarde (1997), a OMS reapresentou essa Classificação Internacional com um novo título e novas conceituações. O CIDD-2 (Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação) é um manual da dimensão das incapacidades e da saúde e traz princípios que valorizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades em vez de incapacidades e limitações.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), alguns dos principais fatores causadores de deficiência são:

- Os fatores hereditários, genéticos.
- A assistência inadequada às gestantes, ao parto e às crianças recém-nascidas.
- As doenças transmissíveis como a rubéola, toxoplasmose, meningite, sarampo e as doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, AIDS).
- As doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes, infarto, acidentes vasculares, Alzheimer, Parkinson, câncer, osteoporose.
- As perturbações psiquiátricas.
- A desnutrição na infância – carências de vitaminas/ferro.
- A violência na família, na comunidade e no trânsito associada ao abuso de álcool e de drogas.
- Os acidentes de trânsito e de trabalho, as quedas em idosos.
- As doenças que atingem os idosos mais frágeis, ou o agravamento de condições físicas impostas pelo envelhecimento em si.
- As más condições de vida na periferia das cidades e áreas rurais – falta de escolas, habitação, água tratada, alimentação adequada, esgoto sanitário e coleta de lixo; inundações, desmoronamentos e poluição dos rios (Ministério da Saúde, 2010).

2.2 - PREVALÊNCIA DE DEFICIÊNCIA

Segundo o primeiro Relatório Mundial sobre a deficiência, produzido pela OMS em conjunto com o Banco Mundial, citado por Neri (2003), há cerca de 500 milhões de pessoas deficientes no mundo, sendo que 80% delas vivem em países em desenvolvimento. De acordo com este relatório, pessoas deficientes em geral são mais pobres ou integrantes de minorias étnicas, do gênero feminino, com baixa escolaridade e

poucas oportunidades econômicas em relação às pessoas sem deficiência. Estima-se que mais de 2/3 dessa população não receba nenhum tipo de assistência buco-dental (Neri, 2003; Sá & Rabinovich, 2006).

Em 2006 foram incorporados os direitos humanos das pessoas com deficiência, com a adoção da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CRPD) (Sá & Rabinovich, 2006).

O número de pessoas deficientes aumentou nos últimos 35 anos, em razão do aumento da expectativa de vida, do aumento do número de doenças que podem causar deficiências, da falta de qualidade de vida, das consequências de guerras, acidentes ou desastres naturais e de hábitos deletérios (má alimentação, uso de álcool e drogas) (Sá & Rabinovich, 2006).

No Brasil, de acordo com o censo realizado pelo IBGE em 2010, cerca de 12,8 milhões de pessoas se declararam deficientes, sendo 3,5% deficientes visuais, 2,3% com deficiência motora, 1,1% são deficientes auditivos, 1,4% deficientes intelectuais e 4% deficientes físicos. Este número corresponde a 6,7% da população total brasileira (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2011).

2.3 - SAÚDE BUCAL DO DEFICIENTE

A pessoa deficiente tem dificuldade para manter bons hábitos de higiene bucal, em virtude de suas limitações físicas e/ou mentais. Além disso, alguns deficientes fazem uso rotineiro de medicação, que podem influenciar na manutenção da saúde bucal. Muitas destas medicações apresentam-se na forma de xarope com altas concentrações de sacarose, um artifício usado pelas indústrias farmacêuticas para que o sabor da medicação se torne mais agradável (Neiva *et al.*, 2001; Campos *et al.*, 2006). Alguns medicamentos, tais como os anticonvulsivantes, também interferem na diminuição do fluxo salivar e na formação de hiperplasia gengival, que facilita o acúmulo de placa bacteriana (Fourniol Filho, 1998; Campos *et al.*, 2006).

Em virtude deste quadro as pessoas deficientes são consideradas como de alto risco para as patologias bucais, principalmente cárie e doença periodontal (Carvalho & Araújo, 2004).

No caso de deficientes mentais mais severos, seu comprometimento intelectual dificulta a compreensão da importância da manutenção da higiene oral como forma de prevenir patologias bucais (Carvalho & Araújo, 2004).

Por isso, desenvolver programas educacionais preventivos direcionados a esses pacientes e que envolvam, também, seus pais (ou responsáveis), é essencial (Carvalho & Araújo, 2004).

Para que esses programas obtenham o resultado esperado devem ir ao encontro das necessidades da população para a qual são destinadas, no caso, pessoas com deficiência. Em se tratando de crianças deficientes, os pais (em especial as mães) ou responsáveis devem ser incluídos nas análises, pois são muito importantes tanto para instruir a criança e servir de modelo, quanto para realizar os cuidados diários de higiene bucal da criança (Figueira & Leite, 2008).

3 PROPOSIÇÃO

Existem poucos estudos relacionando qualidade de vida da mãe com a saúde bucal da criança deficiente e estes estudos normalmente incidem apenas sobre um tipo de deficiência. Esta pesquisa pretende investigar qual a influência da qualidade de vida das mães na saúde bucal de crianças, de 02 a 06 anos de idade, com diversos tipos de deficiência (física, mental e múltipla), que freqüentam o Centro de Reabilitação Piracicaba.

Saber se o conjunto de fatores, tais como estresse, alterações na rotina e nas relações sociais, sobrecarga física, psicológica e financeira, e a percepção que as mães têm sobre o controle de sua saúde, afeta a qualidade de vida da mãe e, conseqüentemente a saúde bucal de seus filhos deficientes, é o objetivo deste estudo.

4 MATERIAL E MÉTODOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2012.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP (processo nº 065/2012 – ANEXO 1). Trata-se de um estudo transversal analítico, com base em entrevistas com mães ou responsáveis e exame clínico bucal de crianças de 02 a 06 anos de idade assistidas pelo Centro de Reabilitação Piracicaba (CRP).

O CRP é uma instituição fundada em 1964, cuja finalidade é oferecer à pessoa com deficiência intelectual, física ou múltipla, atendimento terapêutico, educacional e profissionalizante, propiciando o desenvolvimento máximo de suas potencialidades de acordo com suas necessidades e limitações. O CRP está situado em Piracicaba- SP, município localizado a aproximadamente 164 Km da capital paulista e que apresenta adição de flúor na água de abastecimento público desde 1971. O atendimento odontológico na instituição é realizado por uma Cirurgiã-Dentista, da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, desde 1999 e abrange procedimentos curativos e preventivos.

Foram convidadas a participar do estudo 67 mães (ou responsáveis) de 67 crianças, de 02 a 06 anos de idade, com algum tipo de deficiência (física, mental ou múltipla), de ambos os gêneros, que freqüentam o Centro de Reabilitação Piracicaba (CRP), representando o total da população atendida nesta faixa etária na instituição. Fizeram parte do estudo todas as mães ou responsáveis que concordaram em participar, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas da amostra quatro crianças e quatro mães por fazerem parte do Programa Recém Nascido de Risco (RNR; crianças que recebem acompanhamento esporádico no CRP, podendo ser desligadas a qualquer momento, por alta médica), sete pares de mães e filhos devido ao não comparecimento, nas diversas datas agendadas, para a coleta de dados. Também não fizeram parte da amostra sete crianças, que não apresentavam a dentição decídua completa. Desta forma, a amostra final foi composta por 49 pares de indivíduos (mãe/filho).

Foram utilizados os seguintes instrumentos de pesquisa:

(1) *WHOQOL – bref*, abordando os domínios físico, psicológico, social e do meio ambiente, validado no Brasil por Fleck *et al.*, 2000 (ANEXO 2);

(2) Questionário socioeconômico (Meneghim *et al.*, 2007- ANEXO 3);

(3) Questionário sobre higiene oral (ANEXO 4) e

(4) Escala Multidimensional do Locus de Controle em Saúde (Wallston *et al.*, 1978 - ANEXO 5), adaptada e validada para o Brasil por Dela Coleta (1987), abrangendo três dimensões: internalidade para saúde, externalidade-outros poderosos para saúde e externalidade acaso para saúde.

Após a entrevista com a mãe, a criança passou por exame clínico bucal para avaliar suas condições bucais, utilizando os índices *ceo-d*: média de dentes decíduos cariados (c), com extração indicada (e) e obturados (o) e o *Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)* de acordo com os critérios recomendados pela OMS (1999). O exame foi realizado utilizando-se espelho plano número 5 e sonda exploradora. As crianças foram examinadas na própria instituição (CRP) em dias de frequência habitual.

O índice *ceo-d* foi obtido através do cálculo da média de dentes decíduos cariados (c), com extração indicada (e) e obturados (o). O resultado foi dicotomizado da seguinte maneira: *ceo-d*=0 e *ceo-d* >0

Para o exame de biofilme dental, utilizou-se o IHOS, por ser prático e de rápida realização. O IHOS foi avaliado através do exame visual, sem a utilização de evidenciador de placa bacteriana. O escore total do IHOS foi obtido e dicotomizado em: $IHOS \leq 0,25$ e $IHOS > 0,25$.

A entrevista com a mãe e o exame clínico da criança foram realizados por uma única profissional, que atua na instituição. A entrevista com a mãe foi realizada, na maioria das vezes, no período em que a criança se encontrava em terapia. Em seguida, a criança era trazida até a sala da dentista para avaliação de suas condições bucais. Alguns pares de

crianças e mães foram agendados para entrevista e avaliação, de outra forma não poderiam ser avaliados, já que os horários de terapias não eram os mesmos em que a dentista se encontrava no CRP.

As seguintes variáveis foram analisadas: faixa etária da criança, tipo de deficiência, faixa etária da mãe, domínios do *WHOQOL-bref*, locus de controle em saúde, renda familiar mensal, número de pessoas na família, grau de escolaridade do pai e da mãe, tipo de habitação, profissão do chefe da família, frequência da criança à creche, início da higiene bucal, frequência de escovação, quem realiza a escovação, uso de creme dental, uso de fio dental, relato de dor de dente, visita anterior ao dentista e informação sobre prevenção.

Com relação à faixa etária, a amostra foi distribuída da seguinte forma: 24-36 meses, 37-48 meses, 49-60 meses e 61-72 meses. As deficiências foram classificadas como atraso de desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM), física, intelectual e múltipla, de acordo com o diagnóstico dado pela equipe do CRP.

A faixa etária das mães foi categorizada em 18 a 43 anos e de 44 a 51 anos. Segundo a faixa etária, as mulheres são classificadas como adultas (com idade entre 18 e 35 anos, faixa etária considerada ideal para a procriação) e idosas (acima dos 35 anos e com maior possibilidade de gerar filhos deficientes). Para a classificação, considerou-se a idade materna na gestação acrescida de 4 anos, média de idade das crianças na data do exame (Costa *et al.*, 2003; Santos *et al.*, 2009; Braz *et al.*, 2012).

Os dados do WHOQOL-bref foram dicotomizados pela mediana, de acordo com os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

O locus de controle em saúde (percepção das mães quanto ao seu papel no processo saúde/doença de seu filho) foi analisado pela *internalidade* ou *externalidade*, e assim classificados: locus de controle interno, locus de controle externo-outros poderosos e locus de controle externo-acaso.

A renda familiar mensal foi dicotomizada em ≤ 4 e >4 salários mínimos. O número de pessoas na família foi classificado em *até 3 pessoas e 4 ou mais pessoas*. Tanto o grau de instrução do pai como o da mãe, foram agrupados em *até 8 anos de instrução e mais de 8 anos*. O tipo de habitação foi classificado em *própria ou não*. A profissão do chefe da família foi dividida em *nível médio ou superior e básico ou autônomo*.

Os dados sobre a frequência da criança à creche foram classificados em *não freqüenta, freqüenta meio período e período integral*.

Com relação à escovação, todas as mães relataram utilizar escova de dente e creme dental para fazer a higiene bucal de seus filhos. Estes dados foram então classificados em uso de creme dental *com* ou *sem* flúor. Analisou-se a *presença ou não* de um adulto supervisionando o momento da escovação. O início da higienização bucal foi classificado em *0-12 meses e acima dos 13 meses*. A frequência de escovação foi classificada em *até 3 vezes e 4 vezes ou mais*. As variáveis, uso de fio dental, relato de dor de dente, visita anterior ao dentista e informação sobre prevenção, foram categorizadas em *presença e ausência*.

Inicialmente os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. Análises bivariadas foram realizadas pelos testes do qui-quadrado e exato de Fisher. As variáveis, cujos valores de p (probabilidade do erro tipo I) foram menores que 0,25 nas análises bivariadas, foram testadas em um modelo de regressão logística múltipla, pelo método stepwise, permanecendo no modelo aquelas com $p \leq 0,05$.

5 RESULTADOS

Trata-se de dados de uma população pequena e pouco estudada onde foram avaliados todos os voluntários, que representam a população atendida nesta faixa etária do Centro de Reabilitação Piracicaba. Dessa forma, os dados serão apresentados e discutidos focando-se descritivamente na amostra estudada e também se discutirá a inferência estatística para a população.

Das crianças da amostra (57,1% meninos e 42,9% meninas), a maioria estava na faixa entre 37 e 48 meses (40,8%) e apresentava, predominantemente, atraso de desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM – 55,1%), sendo que 38,8% não frequentavam creche.

Observou-se que 75,5% das crianças livres de cárie ($\text{ceo-d} = 0$). Das crianças com deficiência múltipla, 100% estavam livres de cárie. Em relação ao índice de higiene oral, 100% dos indivíduos com deficiência intelectual apresentavam índice de higiene oral menor ou igual 0,25.

Em relação à escovação dentária, verificou-se que 93,9% das crianças realizava a escovação com a ajuda de um adulto, 73,5% iniciou a escovação dentária entre 0 e 12 meses de idade, 83,7% utilizava creme dental com flúor e 75,5% das crianças escovava os dentes até 3 vezes ao dia. A maioria das crianças examinadas (87,8%) não utilizava fio dental.

Das crianças que compuseram a amostra, 93,9% nunca sentiu dor de dente, sendo que 95,9% da amostra já havia passado por consulta odontológica. As mães relataram que, durante estas consultas, receberam informações sobre prevenção das doenças bucais.

As mães ou responsáveis se encontravam, em sua maioria (87,8%), na faixa etária entre 18 e 43 anos, sendo que pouco mais da metade das mães (51%) haviam estudado por menos de 8 anos.

A maioria das famílias apresentou renda inferior ou igual a 4 salários mínimos, era composta por 4 pessoas ou mais e viviam em residências próprias. O grau de instrução do pai foi de até 8 anos em 53,4% dos casos e 63,2% dos chefes de família tinham profissões de nível básico ou eram autônomos.

Em relação ao locus de controle (percepção das mães quanto ao seu papel no processo saúde/doença de seu filho), observou-se que 32,7% das mães imputaram a si o controle sobre a saúde de seus filhos (locus de controle interno), 12,2% consideraram que pessoas poderosas têm o controle sobre esse processo (locus externo-outros poderosos) e 55,1% das mães atribuíram ao acaso a interferência neste processo (locus externo-acaso).

Observou-se que os melhores escores do WHOQOL foram no domínio físico (57,1%). Os piores escores foram nos domínios psicológico, meio ambiente (59,2% em cada um) e relações sociais (65,3%).

Na Tabela 1 são apresentadas as análises bivariadas e regressão logística múltipla do índice ceo-d dicotomizado pela mediana (ceo-d=0) em função das variáveis estudadas.

Tabela 1. Índice ceo-d dicotomizado pela mediana em função das variáveis estudadas.

Variável	Categorias	N	ceo-d=0		ceo-d>0		Análise Bivariada			Logística		
			N	%	N	%	OR	IC95%	p	OR - ajustada	IC95%	p
Faixa etária da criança	24-36 meses	14	11	78,6%	3	21,4%	Ref					
	37-48 meses	21	16	76,2%	5	23,8%	1,15	0,23-5,81	0,8458			
	49-60 meses	8	6	75,0%	2	25,0%	1,22	0,16-9,47	0,9589			
	61-72 meses	6	4	66,7%	2	33,3%	1,83	0,22-15,34	0,6025			
Faixa etária da mãe	18 a 43 anos	43	32	74,4%	11	25,6%	1,72	0,18-16,37	0,6376			
	44 a 51 anos	6	5	83,3%	1	16,7%	Ref					
Tipo de deficiência	ADNPM	27	19	70,4%	8	29,6%	Ref					
	Física	12	9	75,0%	3	25,0%	0,79	0,17-3,71	0,9389			
	Múltipla	6	6	100,0%	0	0,0%	-					
	Intelectual	4	3	75,0%	1	25,0%	0,79	0,07-8,81	0,9389			

Variável	Categorias	N	ceo-d=0		ceo-d>0		Análise Bivariada			Logística		
			N	%	N	%	OR	IC95%	p	OR - ajustada	IC95%	p
WHOQOL Domínio Físico	≤14,5	21	14	66,7%	7	33,3%	2,30	0,61-8,66	0,2183			
	>14,5	28	23	82,1%	5	17,9%	Ref					
WHOQOL Domínio Psicológico	≤15,0	29	20	69,0%	9	31,0%	2,55	0,59-10,96	0,2082			
	>15,0	20	17	85,0%	3	15,0%	Ref					
WHOQOL Domínio Relações Sociais	≤16,0	32	21	65,6%	11	34,4%	8,38	0,98-71,80	0,0524	11,28	1,11- 114,47	0,0404
	>16,0	17	16	94,1%	1	5,9%	Ref					
WHOQOL Domínio Meio ambiente	≤13,0	29	23	79,3%	6	20,7%	0,61	0,16-2,26	0,4584			
	>13,0	20	14	70,0%	6	30,0%	Ref					

Variável	Categorias	N	ceo-d=0		ceo-d>0		Análise Bivariada			Logística		
			N	%	N	%	OR	IC95%	p	OR - ajustada	IC95%	p
Lócus de controle	Internalidade	16	11	73,3%	4	26,7%	Ref					
	Externalidade (outros poderosos)	6	5	83,3%	1	16,7%	0,55	0,05-6,27	0,6163			
	Externalidade (ao acaso)	27	20	74,1%	7	25,9%	0,99	0,23-4,03	0,7317			
Renda familiar mensal	≤4	37	28	75,7%	9	24,3%	Ref					
	>4	12	9	75,0%	3	25,0%	1,04	0,23-4,68	0,9621			
Nº pessoas/família	Até 3 pessoas	14	13	92,9%	1	7,4%	Ref					
	4 ou mais	35	24	68,6%	11	31,4%	5,96	0,69-51,43	0,1046			
Anos de estudo do pai	Até 8 anos	24	18	75,0%	6	25,0%	1,42	0,34-5,91	0,6327			
	Mais de 8 anos	21	17	81,0%	4	19,0%	Ref					

Variável	Categorias	N	ceo-d=0		ceo-d>0		Análise Bivariada			Logística		
			N	%	N	%	OR	IC95%	p	OR - ajustada	IC95%	p
Anos de estudo da mãe	Até 8	25	19	76,0%	6	24,0%	0,95	0,26-3,48	0,9351			
	Mais de 8 anos	24	18	75,0%	6	25,0%	Ref					
Tipo de Habitação	Própria	29	21	72,4%	8	27,6%	1,52	0,39-5,97	0,5454			
	Cedida ou alugada	20	16	80,0%	4	20,0%	Ref					
Profissão do chefe da família	Nível médio ou superior	18	15	83,3%	3	16,7%	Ref					
	Nível básico ou autônomo	31	22	71,0%	9	29,0%	2,04	0,47-8,83	0,3374			
Frequenta creche?	Não	19	14	73,7%	5	26,3%	Ref					
	Meio período	17	13	76,5%	4	23,5%	0,86	0,19-3,92	0,8472			
	Integral	13	10	76,9%	3	23,1%	0,84	0,16-4,35	0,8354			

Variável	Categorias	N	ceo-d=0		ceo-d>0		Análise Bivariada			Logística		
			N	%	N	%	OR	IC95%	p	OR - ajustada	IC95%	p
IHOS	≤0,25	24	19	79,2%	5	20,8%	Ref					
	>0,25	25	18	72,0%	7	28,0%	1,48	0,40-5,51	0,5609			
Quem realiza a escovação?	Criança	3	2	66,7%	1	33,3%	1,59	0,13-19,27	0,7150			
	Adulto	46	35	76,1%	11	23,9%	Ref					
Início da Higiene bucal	0 a 12 meses	36	26	72,2%	10	27,8%	2,12	0,40-11,28	0,3803			
	Mais de 13 meses	13	11	84,6%	2	15,4%	Ref					
Creme dental	Com flúor	41	30	73,2%	11	23,8%	2,57	0,28-23,31	0,4024			
	Sem flúor	8	7	87,5%	1	12,5%	Ref					

Variável	Categorias	N	ceo-d=0		ceo-d>0		Análise Bivariada			Logística		
			N	%	N	%	OR	IC95%	p	OR - ajustada	IC95%	p
Usa fio dental?	Não	43	33	76,7%	10	23,3%	Ref					
	Sim	6	4	66,7%	2	33,3%	1,65	0,26-10,38	0,5933			
Frequência de escovação diária	Até 3x	37	30	81,1%	7	18,9%	Ref					
	4x ou mais	12	7	58,3%	5	41,7%	3,06	0,75-12,56	0,1204	4,13	0,76- 22,33	0,0993
Já teve dor de dente?	Sim	3	0	0,0%	3	100,0%	-					
	Não	46	37	80,4%	9	19,6%	Ref					

Variável	Categorias	N	ceo-d=0		ceo-d>0		Análise Bivariada			Logística		
			N	%	N	%	OR	IC95%	p	OR - ajustada	IC95%	p
Já foi ao dentista?	Sim	47	36	76,6%	11	23,4%	Ref					
	Não	2	1	50,0%	1	50,0%	3,27	0,19-56,74	0,4153			
Recebeu informação sobre prevenção?	Sim	47	36	76,6%	11	23,4%	Ref					
	Não	2	1	50,0%	1	50,0%	3,27	0,19-56,74	0,4153			

Notas: ADNPM – Atraso de desenvolvimento neuropsicomotor

IHOS – Índice de Higiene Oral Simplificado

Salário mínimo vigente no Estado de São Paulo (na época da coleta de dados) - R\$ 690,00

Em relação ao índice *ceo-d*, a única variável estatisticamente significativa foi o *domínio relações sociais* do *WHOQOL-bref* ($p=0,0404$). O grupo de crianças, cujas mães relataram piores condições sociais, apresentaram 11,28 vezes mais chance de apresentar cárie. Apesar de não se poder inferir este dado para a população, devido ao p -valor ser maior que 0,05, tratando-se de uma população pequena e, conseqüentemente uma amostra pequena, não se pode ignorar os resultados encontrados na amostra. Assim, nota-se diferenças importantes entre a porcentagem de crianças com *ceo-d* > 0 nos diferentes grupos de domínios físico e psicológico. Mães que relataram piores condições de domínios físicos e psicológicos apresentaram maior porcentagem de filhos com *ceo-d* > 0 na amostra estudada. No que se refere à faixa etária da mãe, observou-se nesta amostra um número maior de crianças com *ceo-d* > 0 (25,6%) no grupo de mães na faixa etária entre 18 e 43 anos.

Com relação às características sociais, observou-se que, famílias compostas por 4 ou mais pessoas, tem mais crianças com índice *ceo-d* > 0 (31,4%) quando comparadas a famílias menos numerosas. Outro dado a ser observado é que houve um número maior de crianças com índice *ceo-d* > 0 em famílias, cujos pais tem profissões de nível básico ou são autônomos (29,0%).

Em relação à higiene bucal, observou-se que há mais crianças com índice *ceo-d* > 0 no grupo de crianças que executam a escovação dentária sozinhas (33,3%), em relação àquelas que recebem a ajuda de um adulto para realizar a escovação (23,9%).

Nesta amostra 96,0% das crianças já tinha feito visita ao dentista, onde suas mães receberam informações sobre prevenção das doenças bucais. Porém, neste grupo, 23,4% das crianças apresentava índice *ceo-d* > 0.

No que se refere ao IHOS (Tabela 2), também dicotomizado pela mediana (IHOS=0,25), a variável que apresentou o valor de p mais próximo de 0,05 foi o domínio físico do *WHOQOL-bref* ($p=0,0615$). Neste grupo, 66,7% das crianças apresentaram IHOS > 0,25, assim, crianças, cujas mães relataram piores condições no domínio físico, apresentam 3,09 vezes mais chance de ter piores índices de higiene oral. O domínio

relações sociais não apresentou significância estatística, mas um dado a ser observado é que 59,4% das crianças, cujas mães apresentaram piores escores para este domínio, apresentaram $IHOS > 0,25$. O mesmo ocorreu com o domínio meio ambiente, onde 58,6% das crianças, cujas mães apresentaram piores escores neste domínio, apresentaram $IHOS > 0,25$.

Com relação ao tipo de deficiência, crianças com ADNPM e deficiência múltipla foram as que apresentaram maiores índices de higiene oral (63,0 e 66,7%, respectivamente). Os deficientes físicos apresentaram 33,0% de crianças com o mesmo valor de IHOS. As 4 crianças com deficiência intelectual apresentaram $IHOS \leq 0,25$.

No que se refere à frequência escolar, verificou-se que, entre as crianças que frequentavam creche meio período, 64,7% delas apresentaram $IHOS > 0,25$, enquanto que aquelas que não frequentavam ou que frequentavam a creche em período integral apresentaram 42,1% e 46,2% das crianças com $IHOS > 0,25$, respectivamente.

O grupo que iniciou a escovação dentária com mais de 13 meses de idade apresentou 61,5% das crianças com $IHOS > 0,25$. Entre as crianças que utilizavam creme dental com flúor, 53,1% apresentaram $IHOS > 0,25$. Entre as crianças que nunca tiveram dor de dente, 52,2% apresentaram $IHOS > 0,25$.

Tabela 2. IHOS dicotomizado pela mediana em função das variáveis estudadas.

Variável	Categorias	N	IHOS≤0,25		IHOS>0,25		Análise Bivariada			Logística		
			N	%	N	%	OR	IC95 %	p	OR - ajustada	IC95 %	p
Faixa etária da criança	24-36 meses	14	7	50,0%	7	50,0%	Ref					
	37-48 meses	21	11	55,4%	10	47,6%	0,91	0,24-3,52	0,5873			
	49-60 meses	8	4	50,0%	4	50,0%	1,00	0,18-5,68	0,8028			
	61-72 meses	6	2	33,3%	4	66,7%	2,00	0,27-14,70	0,4341			
Faixa etária da mãe	18 a 43 anos	43	32	74,4%	11	25,6%	1,72	0,18-16,37	0,6376			
	44 a 51 anos	6	5	83,3%	1	16,7%	Ref					
Tipo de deficiência	ADNPM	27	19	70,4%	8	29,6%	Ref					
	Física	12	9	75,0%	3	25,0%	0,79	0,17-3,71	0,9389			
	Múltipla	6	6	100,0%	0	0,0%	-					
	Intelectual	4	3	75,0%	1	25,0%	0,79	0,07-8,81	0,9389			

Variável	Categorias	N	IHOS≤0,25		IHOS>0,25		Análise Bivariada			Logística		
			N	%	N	%	OR	IC95%	p	OR - ajustada	IC95%	p
WHOQOL Domínio Físico	≤14,5	21	7	33,3%	14	66,7%	3,09	0,95- 10,08	0,0615	2,81	0,84-9,40	0,0931
	>14,5	28	17	60,7%	11	39,3%	Ref					
WHOQOL Domínio Psicológico	≤15,0	29	13	44,8%	16	55,2%	1,50	0,48-4,73	0,4847			
	>15,0	20	11	55,0%	9	45,0%	Ref					
WHOQOL Domínio Relações Sociais	≤16,0	32	13	40,6%	19	59,4%	2,68	0,79-9,07	0,1132			
	>16,0	17	11	64,7%	6	35,3%	Ref					
WHOQOL Domínio Meio ambiente	≤13,0	29	12	41,4%	17	58,6%	2,12	0,67-6,78	0,2029			
	>13,0	20	12	60,0%	8	40,0%	Ref					

Variável	Categorias	N	IHOS≤0,25		IHOS>0,25		Análise Bivariada			Logística		
			N	%	N	%	OR	IC95%	p	OR - ajustada	IC95%	p
Locus de controle	Internalidade	16	7	46,7%	8	53,3%	Ref					
	Externalidade (outros poderosos)	6	3	50,0%	3	50,0%	0,88	0,13-5,82	0,9058			
	Externalidade (ao acaso)	27	13	48,2%	14	51,8%	0,94	0,27-3,34	0,9904			
Renda familiar mensal	≤4	37	18	48,7%	19	51,4%	Ref					
	>4	12	6	50,0%	6	50,0%	0,95	0,26-3,48	0,9351			
Nº pessoas/família	Até 3 pessoas	14	8	57,1%	6	42,9%	Ref					
	4 ou mais	35	16	45,7%	19	54,3%	1,58	0,45-5,53	0,4712			
Anos de estudo do pai	Até 8 anos	24	11	45,8%	13	54,2%	1,07	0,33-3,48	0,9047			
	Mais de 8 anos	21	10	47,6%	11	52,40%	Ref					

Variável	Categorias	N	IHOS $\leq$ 0,25		IHOS $>$ 0,25		Análise Bivariada			Logística		
			N	%	N	%	OR	IC95%	p	OR - ajustada	IC95%	p
Anos de estudo da mãe	Até 8	25	12	48,0%	13	52,0%	1,08	0,35-3,32	0,8887			
	Mais de 8 anos	24	12	50,0%	12	50,0%	Ref					
Tipo de Habitação	Própria	29	14	48,3%	15	51,7%	1,07	0,34-3,35	0,9055			
	Cedida ou alugada	20	10	50,0%	10	50,0%	Ref					
Profissão do chefe da família	Nível médio ou superior	18	7	38,9%	11	61,1%	Ref					
	Nível básico ou autônomo	31	17	54,8%	14	45,2%	1,91	0,58-6,23	0,2842			
Frequenta creche?	Não	19	11	57,9%	8	42,1%	Ref					
	Meio período	17	6	35,3%	11	64,7%	1,54	0,50-4,72	0,6389			
	Integral	13	7	53,8%	6	46,2%	2,04	0,50-7,99	0,5013			

Variável	Categorias	N	IHOS≤0,25		IHOS>0,25		Análise Bivariada			Logística		
			N	%	N	%	OR	IC95%	p	OR - ajustada	IC95%	p
ceo-d	= 0	37	19	51,4%	18	48,68%	Ref					
	>0	12	5	41,7%	7	58,3%	1,48	0,40-5,51	0,5609			
Quem realiza a escovação?	Criança	3	1	33,3%	2	66,7%	2,00	0,17-23,62	0,5822			
	Adulto	46	23	50,0%	23	50,0%	Ref					
Início da Higiene bucal	0 a 12 meses	36	19	52,8%	17	47,2%	0,56	0,15-2,04	0,3790			
	Mais de 13 meses	13	5	38,5%	8	61,5%	Ref					
Creme dental	Com flúor	41	18	43,9%	23	53,1%	3,83	0,69-21,30	0,1246	3,28	0,56- 19,07	0,1858
	Sem flúor	8	6	75,0%	2	25,0%	Ref					

Variável	Categorias	N	IHOS $\leq$ 0,25		IHOS $>$ 0,25		Análise Bivariada			Logística		
			N	%	N	%	OR	IC95%	p	OR - ajustada	IC95%	p
Usa fio dental?	Não	43	21	48,8%	22	51,2%	Ref					
	Sim	6	3	50,0%	3	50,0%	0,96	0,17-5,27	0,9574			
Frequência de escovação diária	Até 3x	37	18	48,6%	19	51,4%	Ref					
	4x ou mais	12	6	50,0%	6	50,0%	0,95	0,26-3,48	0,9351			
Já teve dor de dente?	Sim	3	2	66,7%	1	33,3%	0,46	0,04-5,42	0,5358			
	Não	46	22	47,8%	24	52,2%	Ref					

Variável	Categorias	N	IHOS≤0,25		IHOS>0,25		Análise Bivariada			Logística		
			N	%	N	%	OR	IC95%	p	OR - ajustada	IC95%	p
Já foi ao dentista?	Sim	47	23	48,9%	24	51,1%	Ref					
	Não	2	1	50,0%	1	50,0%	0,96	0,06-16,24	0,9765			
Recebeu informação sobre prevenção?	Sim	47	23	48,9%	24	51,1%	Ref					
	Não	2	1	50,0%	1	50,0%	0,96	0,06-16,24	0,9765			

Notas: ADNPM – Atraso de desenvolvimento neuropsicomotor

IHOS – Índice de Higiene Oral Simplificado

Salário mínimo vigente no Estado de São Paulo (na época da coleta de dados) - R\$ 690,00

6 DISCUSSÃO

A amostra deste estudo refletiu o universo de crianças, nesta faixa etária, atendidas no local da pesquisa. Outros estudos também apresentam dados de crianças deficientes, mostrando um baixo número de sujeitos na amostra (Resende *et al.*, 2007; Castilho & Marta, 2010; Souza *et al.*, 2011). Devido à particularidade da população estudada os p-valores são maiores que o nível de significância de 5%, apesar das diferenças entre os grupos serem grandes para algumas variáveis. Dessa forma, os resultados aqui encontrados não podem ser inferidos para a população de crianças deficientes, mas representam a população de crianças deficientes que freqüentam o Centro de Reabilitação Piracicaba.

Os resultados deste estudo evidenciaram a presença de um número maior de crianças do sexo masculino, o que também é relatado por outros estudos com crianças deficientes (Gondim *et al.*, 2008; Camargo, 2009; Möller *et al.*, 2010; Oliveira *et al.*, 2010).

A maioria das crianças deste estudo apresentou-se livre de cárie, corroborando o relato de Castilho & Marta (2010) e de Resende *et al.* (2007), cujas amostras apresentaram 42,0% e 67,4% dos indivíduos livres de cárie respectivamente. Entretanto alguns estudos mostram uma incidência maior de lesões de cárie em pacientes deficientes (Carvalho & Araujo, 2004; Lemos & Katz, 2012). Estes resultados diversos provavelmente estão relacionados ao caráter multifatorial da doença cárie e à acessibilidade aos serviços de saúde (Furtado & Pereira, 2010). Neste estudo, algumas mães e seus filhos já recebiam orientação e atendimento na instituição, quando foram convidados a participar da pesquisa.

Além disso, o baixo índice de higiene oral encontrado, revelando boas condições de higiene oral, pode ter sido devido ao fato de que uma parte dos exames clínicos foi agendada, o que leva a mãe ou responsável a ter uma preocupação maior em relação à higiene bucal da criança no dia da consulta. Porém não havia outro meio de se alcançar as crianças, cujas terapias são feitas em horários diferentes ao da cirurgia-dentista, a não ser pelo agendamento.

A escovação dentária, realizada com frequência, instituída precocemente, o uso de creme dental fluoretado e uso de fio dental, são fatores importantes para a prevenção das doenças bucais, principalmente com relação à criança deficiente. Em virtude dos muitos problemas de saúde que estas crianças apresentam, os cuidados com a saúde bucal tornam-se secundários por parte dos responsáveis (Marcelino & Parrilha, 2007). Além disso, muitos pais acham que a escovação dentária, bem como a visita ao dentista, são situações que geram dor e desconforto à criança, preferindo não realizar a escovação e nem procurar pelo dentista. Entretanto, as mães das crianças deste estudo estavam cientes sobre a necessidade de cuidados com a saúde bucal, o que pôde ser verificado nos bons índices de higiene oral e de cárie.

Fatores socioeconômicos e culturais também interferem de maneira significativa na ocorrência das doenças bucais, o que também foi observado neste estudo, principalmente com relação ao grau de instrução dos pais, renda familiar e número de pessoas por família (Tomita *et al.*, 1996; Anselmo *et al.*, 2000; Guerreiro & de Lima, 2009). Embora alguns estudos mostrem que pessoas de baixa renda e de nível cultural mais baixo tenham maior dificuldade de acesso à informação e ao atendimento em saúde, isso não foi observado nesta amostra, já que a grande maioria das mães já havia recebido informações sobre prevenção das doenças bucais e já havia levado a criança a uma consulta odontológica. No caso das crianças atendidas no Centro de Reabilitação Piracicaba, as mães são orientadas a procurar por consulta odontológica assim que ingressam na entidade. Porém, como já mencionado, algumas mães demoram em procurar o atendimento odontológico, em virtude do grande número de problemas que a criança apresenta desde o nascimento.

Em relação à associação entre o locus de controle materno e saúde bucal, alguns autores informam uma relação positiva entre o senso de controle interno e baixo índice de doenças bucais (Tinsley & Holtgrave, 1989; Lencová *et al.*, 2008). Porém, nem todos os estudos comprovam esta informação (Brandão *et al.*, 2006). O mesmo observou-se neste estudo, onde mais da metade das mães entrevistadas, atribuíram ao acaso a interferência no processo de saúde/doença de seus filhos.

Ao avaliar o índice *ceo-d*, a única variável a apresentar significância estatística foi o *domínio relações sociais* do *WHOQOL-bref* ($p=0,0404$). Este domínio engloba relações sociais, suporte social e atividade sexual. Devido ao intenso cuidado que despendem com seus filhos, principalmente nos casos em que a deficiência torna o filho completamente dependente da mãe, mães de crianças deficientes têm menos tempo livre, maior alteração na vida profissional, além da sensação de isolamento (Monteiro *et al.*, 2002), o que pode interferir em suas relações pessoais e sociais e gerar mais estresse do que em mães de crianças saudáveis (Silva & Dessen, 2004).

7 CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, observou-se que a qualidade de vida da mãe pode interferir na saúde bucal da criança, no que se refere ao domínio relações sociais indicando que crianças, cujas mães relataram piores condições sociais, apresentaram 11,28 vezes mais chance de apresentar índice ceo-d >0.

REFERÊNCIAS

- Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2005; 245-259.
- Amiralian ML, Pinto EB, Ghirardi MI, Lichtig I, Masini EF, Pasqualin L. Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*. 2000; 34(1), 97-103.
- Anselmo Peresa KG, Magalhães Bastosb JR, Rosário M, Oliveira Latorrea, D. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública*. 2003; 34(4), 402-8.
- Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS Brasília, 2010.
- Balbo PL, Rodrigues-Júnior AL, Cervi MC. Caracterização dos cuidadores de crianças HIV+/AIDS abordando a qualidade de vida, a classificação socioeconômica e temas relacionados à saúde bucal. *Cien Saude Colet*. 2007; 12(5), 1301-1307.
- Brandão IMG, Arcieri RM, Sundefeld MLM, Moimaz SAS. Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(6), 1247-56.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. 1. reimp. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 36 p. : il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)
- Braz P, Machado A, Dias CM. Risco fetal de anomalias congênitas com base na idade materna em Portugal. *Repositório Científico do Instituto Nacional de Saúde*. 2012.
- Buczynski AK, Castro GF, Souza IPR. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. *Cien saude colet*. 2008; 13(6), 1797-1805.
- Camargo MAF. Incidência de cárie em crianças e adolescentes com paralisia cerebral no contexto brasileiro [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

Campos JADB, Giro EMA, Orrico SRP, Oliveira APC, Lorena SM. Correlação entre a prevalência de cárie e a utilização de medicamentos em pacientes com necessidades especiais institucionalizados e não institucionalizados. *Salusvita*. 2006; 25(1), 35-42.

Carvalho EMC, Araújo RPC. A saúde bucal em portadores de transtornos mentais e comportamentais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2004; 4(1), 65-75.

Castilho ARF, Marta SN. Avaliação da incidência de cárie em pacientes com síndrome de Down após sua inserção em um programa preventivo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(1), 3249-3253.

Centro de Reabilitação Piracicaba (26/03/2012). Disponível em: www.crp.org.br

Cerqueira MMMD, Nascimento ED. Construção e validação da Escala de Locus de Controle Parental na Saúde. *PsicoUSF*. 2008; 13(2), 253-263.

Coleta MFD. Escalas para medida das crenças em saúde: construção e validação. *Avaliação psicológica*. 2003; 2(2), 111-122.

Cortellazzi KL, Tagliaferro EPS, Assaf AV, Tafner APMF, Ambrosano GMB, Bittar TO, *et al*. Influência de variáveis socioeconômicas, clínicas e demográfica na experiência de cárie dentária em pré-escolares de Piracicaba, SP. *Rev. bras. epidemiol*. 2009; 12(3): 490-500.

Costa HLFF, Costa CFF, Costa LOBF. Idade materna como fator de risco para a hipertensão induzida pela gravidez: análise multivariada. *Rev. Bras. Ginecol. e Obstetrícia*. 2003; 25(9).

Domingues SM, Carvalho ACDD, Narvai PC. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*. 2008; 18(1), 66-78.

Edilberto RRJ, Carvalho FMG, Ferreira DCM. Escala de locus de controle da saúde-MHLC: estudos de validação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10.

Fadel CB. Aspectos sócio-dentários relacionados à transmissibilidade materna da cárie dentária e a percepção das mães sobre suas causas e seu controle (tese). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Odontologia de Araçatuba. 2009.

Figueira TR, Leite ICG. Conhecimentos e práticas de pais quanto à saúde bucal e suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2008; 8(1), 87-92.

Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida" WHOQOL-bref. Rev saúde pública. 2000; 34(2), 178-83. www.fsp.usp.br/rsp

Furtado C, Pereira J. Equidade e acesso aos cuidados de saúde: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova Lisboa. 2010; 4-49

Gigliotti MP, Theodoro D, Oliveira TM, Silva SMB, Machado MAAM. Relação entre nível de escolaridade de mães e percepção sobre saúde bucal de bebês. Salusvita. Bauru, 2007; 26(2), 65-73.

Gonçalves JR, Wassall T, Vieira S, Ramalho SA, Flório FM. Impactos da saúde bucal sobre a qualidade de vida entre homens e mulheres; The impact of dental health in the life quality between men and women. RGO-Revista Gaúcha de Odontologia. 2004; 52(4), 240-242.

Gondim LAM, Andrade MCD, Maciel SSSV, Ferreira MÂF. Perfil epidemiológico das condições dentárias e necessidade de tratamento dos portadores de deficiência da cidade de Caruaru, Pernambuco, Brasil. RGO-Revista Gaúcha de Odontologia. 2009; 56(4), 393-397.

Guerreiro PO, Lima Garcias G. Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. 2009; 765.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (26/03/2011). Disponível em www.ibge.gov.br

Lemos ACO, Katz CRT. Condições de saúde bucal e acesso ao tratamento odontológico de pacientes com paralisia cerebral atendidos em um centro de referência do nordeste-brasil. Rev. CEFAC. 2012; 14(5), 861-871.

Lenčová E, Pikhart H, Broukal Z, Tsakos G. Relationship between parental locus of control and caries experience in preschool children—cross-sectional survey. BMC public health. 2008; 8(1), 208.

Marcelino G, Parrilha VA. Educação em saúde bucal para mães de crianças especiais: um espaço para a prática dos profissionais de enfermagem. Cogitare Enfermagem. 2007; 12(1), 37-43.

Meneghim MDC, Kozlowski, FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghim ZMDA. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária; A socioeconomic classification and the discussion related to prevalence of dental caries and dental fluorosis. Ciênc. saúde coletiva. 2007; 12(2), 523-529.

Möller CC, Ibaldo LTS, Ferreira M. Condições de saúde bucal de escolares deficientes auditivos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 2010; 10(2):195-200.

Monteiro M, Matos AP, Coelho R. A adaptação psicológica de mães cujos filhos apresentam paralisia cerebral: Revisão da literatura. *Revista portuguesa de psicossomática*. 2002; 4(2), 149-178.

Moysés SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*. 2000; 1(1), 7-17.

Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Cien Saude Colet*. 2007; 12(4), 1079-1086.

Neiva A, Silva V, Maia LC, Soares EL, Trugo LC. Análise in vitro da concentração de sacarose e pH de antibacterianos de uso pediátrico. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2001; 1(1), 9-16.

Neri M. Retrato da Deficiência. *Revista Conjuntura Econômica*, Fundação Getúlio Vargas. 2003; 42-45.

Oliveira AC, Pordeus IA, Torres CS, Martins MT, Paiva SM. Feeding and nonnutritive sucking habits and prevalence of open bite and crossbite in children/adolescents with Down syndrome. *Angle Orthodontist*. 2010; 80(4), 748-753.

Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; 1986 p.11-8.

Organização Mundial da Saúde (23/06/2011). Disponível em www.who.int/disabilities.

Pedroso B, Pilatti LA, Reis DR. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*. 2009; 1(1).

Portal da Saúde (16/06/2011). Disponível em www.saude.gov.br.

Reisine ST, Psoter W. Socioeconomic status and selected behavioral determinants as risk factors for dental caries. *Journal of Dental Education*. 2001; 65(10), 1009-1016.

Resende VLS, Castilho LS, Viegas CMS, Soares MA. Fatores de risco para a cárie em dentes decíduos de portadores de necessidades especiais. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2007; 7(2).

Ribeiro C. Em torno do conceito locus de controle. *Máthesis*. 2000; 9, 297-314.

Roberto LL, Machado MG, Resende VLS, Castilho LS, Abreu MHNGD. Factors associated with dental caries in the primary dentition of children with cerebral palsy. *Brazilian Oral Research*. 2012; 26(5), 471-477.

Robles ACC, Grosseman S, Bosco VL. Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(1), 3271-3281.

Rodríguez-Rosero JE, Ferriani MGC, Dela Coleta MF. Escala de locus de controle da saúde - MHLC: estudos de validação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2002; 10(2): 179-184

Sá, SMP, Rabinovich, EP. Compreendendo a família da criança com deficiência física. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*. 2006; 16(1), 68-84.

Saraiva APVP, Nóbrega MDSG. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com síndrome de Down na APAE-João Pessoa-Paraíba. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr*. 2003; 3(2), 59-64.

Silva NLP, Dessen MA. O que significa ter uma criança com deficiência mental na família? What does it mean to have a mentally retarded child in the family?. *Educar em Revista*. 2004; (23), 161-183.

Souza LV, Abrão LSO, Novaes MSP, Loureiro RMT, Castro AM, Oliveira FS. Percepção dos pais sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças com paralisia cerebral. *Horizonte Científico*. 2010; 4(2). Disponível em: www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/view/7290/6497 (03/07/2011).

Souza SP, Silva A, Guaré RO, Santos MTBR. Qualidade de Vida do Cuidador e Saúde Bucal do Indivíduo com Necessidade Especial. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2011; 11(2), 257-262.

Teles GS. O impacto da qualidade de vida da mãe na saúde bucal da criança; The impact of mother's quality of life on children's oral health. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia. 2003

Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos Measuring the impact of oral health problems on children's quality of life: conceptual and. *Cad. saúde pública*. 2007; 23(11), 2555-2564.

Theodoro DS, Gigliotti MP, Oliveira TM, Silva SMB. Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal de bebês Socioeconomic factor and the mothers' knowledge in relation to the babies' dental health. *Odontol. clín.-cient.* 2007; 6(2), 133-137.

Tinsley BJ, Holtgrave DR. Maternal health locus of control beliefs, utilization of childhood preventive health services, and infant health. *Developmental and Behavioral Pediatrics.* 1989; 10(5), 236-241.

Tomita NE, Bijella VT, Lopes ES, Franco LJ. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Pública.* 1996; 30(5), 413-20.

Wallston KA, Wallston BS, Devellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales *Health Educ Behav* . 1978; 6(1), 60-170.

ANEXOS

ANEXO 1 – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CERTIFICADO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Qualidade de vida de mães e saúde bucal de crianças deficientes**", protocolo nº 065/2012, dos pesquisadores Raquel Maria de Castro Soares de Barros, Gláucia Maria Bovi Ambrosano e Rosana de Fátima Possobon, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 17/08/2012.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Quality of life of mothers and the oral health of disabled children**", register number 065/2012, of Raquel Maria de Castro Soares de Barros, Gláucia Maria Bovi Ambrosano and Rosana de Fátima Possobon, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 08/17/2012.

Profa. Dra. Livia Maria Andaló Tenuta
Secretária
CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA -WHOQOL- BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão.	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário? _____

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO (Meneghim et al., 2007)

NOME _____ DATA _____

1. SITUAÇÃO ECONÔMICA DA FAMÍLIA (Renda Familiar mensal)

- A. () Até R\$ 690,00
- B. () De R\$ 690,00 a R\$ 1380,00
- C. () De R\$ 1380,00 a R\$ 2070,00
- D. () De R\$ 2070,00 a R\$ 3450,00
- E. () De R\$ 3450,00 a R\$ 5175,00
- F. () De R\$ 5175,00 a R\$ 6900,00
- G. () Acima de R\$ 6900,00

2. NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA

- A. () Até 2 Pessoas
- B. () 3 Pessoas
- C. () 4 Pessoas
- D. () 5 Pessoas
- E. () 6 Pessoas
- F. () Acima de 6 Pessoas

3. GRAU DE INSTRUÇÃO DO PAI OU RESPONSÁVEL

- | | PAI | MÃE |
|----|-----|--|
| A. | () | () Não alfabetizado |
| B. | () | () Alfabetizado |
| C. | () | () 1ª e 4ª série incompleta (antigo primário) |
| D. | () | () 1ª e 4ª série completa (antigo primário) |
| E. | () | () 5ª e 8ª série incompleta (antigo ginásial) |
| F. | () | () 5ª e 8ª série completa (antigo ginásial) |
| G. | () | () 2º grau incompleto (antigo colegial) |
| H. | () | () 2º grau completo (antigo colegial) |
| I. | () | () Superior incompleto |
| J. | () | () Superior completo |

4. HABITAÇÃO (Moradia)

- A. () Residência própria quitada
- B. () Residência própria com financiamento a pagar
- C. () Residência cedida pelos pais ou parentes
- D. () Residência cedida em troca de trabalho
- E. () Residência alugada
- F. () residência cedida por não ter onde morar

5. PROFISSÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA (Mencionar mesmo que desempregado)

- A. () Empresário de grande porte
- B. () Profissional Liberal e Empresário de médio porte
- C. () Funcionário em ocupações de nível superior
- D. () Empresário de pequeno porte
- E. () Funcionário em ocupações de nível médio
- F. () Profissional autônomo (Vendedor, Corretor e outros)
- G. () Funcionário em ocupações de nível intermediário
- H. () Profissional autônomo operacional (Marceneiro, Pedreiro e outros)
- I. () Funcionário em ocupações auxiliares (Ajudantes, trabalhador rural)
- J. () Ambulante, Safrista, Trabalho eventual (Bicos)

Verifique se você respondeu a todas as questões!

Muito obrigado por ter preenchido todo o questionário!

ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO HIGIENE ORAL

Nome da criança: _____

A criança fica com quem?

Manhã: _____

Tarde: _____

Noite: _____

Idade da mãe ou cuidador principal: _____

1. A criança realiza a escovação de dentes?

- ☐ Sim, sozinha.
- ☐ Sim, mas algum adulto complementa a escovação
- ☐ Não

2. Com que idade você começou a fazer a higiene bucal da criança?

3. Com o que limpa? (pode marcar mais de uma alternativa)

- ☐ Escova de dente
- ☐ Pasta dental com flúor
- ☐ Pasta dental sem flúor
- ☐ Fio dental

4. Quantas vezes por dia a criança escova seus dentes em casa?

- ☐ 1 vez ao dia
- ☐ 2 vezes ao dia
- ☐ 3 vezes ao dia
- ☐ 4 vezes ao dia
- ☐ Mais de 4 vezes ao dia

5. Na escola realiza-se escovação?

- ☐ Sim, realizada pela criança
- ☐ Sim, realizada por adulto
- ☐ Não

6. A criança já teve dor de dente?

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. A criança já foi ao consultório do dentista?

- ☐ Sim
- ☐ Não

8. Você já recebeu informação sobre prevenção de doenças bucais?

- ☐ Sim
- ☐ Não

ANEXO 5 – ESCALA MULTIDIMENSIONAL PARA LÓCUS DE CONTROLE EM SAÚDE

1. Se meu filho(a) estiver doente, a recuperação rápida vai depender do meu comportamento.
 - a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente
2. Não importa o que eu faça, se for para meu filho (a) ficar doente, ele(a) ficará doente de qualquer maneira.
 - a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente
3. Para mim, a melhor maneira de evitar doenças é fazer consultas regulares com um médico.
 - a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente
4. Muitas coisas que afetam a saúde de meu filho(a) acontecem por acaso.
 - a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente
5. Todas as vezes que meu filho(a) não se sente bem de saúde, consulto um médico.
 - a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente

6. Eu posso controlar a saúde de meu filho(a).
 - a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente

7. Se meu filho(a) está doente ou com saúde, minha família tem muito a ver com isso.
 - a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente

8. Se meu filho(a) fica doente, normalmente a culpa é minha.
 - a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente

9. A sorte é muito importante para que meu filho(a) se recupere de uma doença.
 - a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente

10. São os médicos que controlam a saúde de meu filho(a).
 - a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente

11. A saúde de meu filho(a) é, principalmente, uma questão de sorte ou azar.
 - a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente

12. A principal coisa que afeta a saúde de meu filho(a) é o que eu mesmo faço.
- a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente
13. Se eu cuidar bem de meu filho(a), posso evitar doenças.
- a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente
14. Quando meu filho(a) sara de uma doença, é porque as pessoas cuidaram bem dele (o médico, a enfermeira, os amigos, a família, etc).
- a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente
15. Não importa o que eu faça, sempre é possível que meu filho(a) fique doente.
- a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente
16. Se fosse pelo destino, meu filho(a) teria saúde.
- a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente
17. Se eu fizer as coisas bem, poderei manter meu filho(a) saudável.
- a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente

18. Para meu filho(a) ter saúde, somente tenho que obedecer o médico dele(a).
- a. Discordo completamente
 - b. Discordo
 - c. Não sei
 - d. Concordo
 - e. Concordo completamente