

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Odontologia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia



Tese de Doutorado

**Relação entre o senso de coerência materno e os comportamentos em
saúde bucal de pré-escolares**

Denise Paiva da Rosa

Pelotas, 2018

DENISE PAIVA DA ROSA

**Relação entre o senso de coerência materno e os comportamentos em
saúde bucal de pré-escolares**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Odontologia, área de concentração: Odontopediatria.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Laura Menezes Bonow

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Marina Sousa Azevedo

Pelotas, 2018

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

R788r Rosa, Denise Paiva da

Relação entre o senso de coerência materno e os comportamentos em saúde bucal de pré-escolares / Denise Paiva da Rosa ; Maria Laura Menezes Bonow, orientadora ; Marina Sousa Azevedo, coorientadora. — Pelotas, 2018.

53 f.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, 2018.

1. Senso de coerência. 2. Saúde bucal. 3. Epidemiologia. 4. Odontopediatria. I. Bonow, Maria Laura Menezes, orient. II. Azevedo, Marina Sousa, coorient. III. Título.

Black : D602

Denise Paiva da Rosa

Relação entre o senso de coerência materno e os comportamentos em saúde bucal de pré-escolares

Tese apresentada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutor em Odontologia, área de concentração: Odontopediatria, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 26 de março de 2018, às 9 horas.

Banca examinadora:

Prof^a. Dra. Maria Laura Menezes Bonow (Orientadora). Doutora em Odontologia (Odontopediatria) pela Universidade de São Paulo.

Prof^a. Dra. Marília Leão Goettems. Doutora em Odontologia (Odontopediatria) pela Universidade Federal de Pelotas.

Prof^a. Dra. Luciana Ávila Quevedo. Doutora em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas.

Prof^a. Dra. Gabriela dos Santos Pinto. Doutora em Odontologia (Odontopediatria) pela Universidade Federal de Pelotas.

Prof. Dr. Alexandre Emídio Ribeiro Silva (Suplente). Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas.

Prof^a. Dra. Caroline de Oliveira Langlois (Suplente). Doutora em Radiologia Odontológica e Imaginologia pela Universidade Luterana do Brasil – Canoas/RS.

Aos meus pais **Irma e Ismael**, pelo exemplo de vida, honestidade, perseverança e, acima de tudo, amor. Mesmo nos momentos mais difíceis, sempre me apoiaram. Em especial à minha mãe, pelo exemplo de profissional na odontologia. Eu simplesmente amo vocês! Se eu pudesse fazê-los eternos, eu os faria.

Ao meu irmão **Leandro** e à minha cunhada **Micheli**, por todo apoio, disponibilidade e pelo belo presente de ser madrinha da **Milena**, um verdadeiro pacotinho de felicidade.

À minha vó **Joana** (in memoriam), meu maior exemplo de fé. Sei que em algum lugar continua olhando por mim e, acima de tudo, rezando para tudo dar certo. Só ela consegue saber todas as batalhas que enfrentei nos últimos anos.

Ao meu esposo **Salinas**, que enfrentou comigo todas as tempestades. Juntos aprendemos que “Não se pode mudar o vento, mas se pode ajustar as velas do barco para chegar aonde se quer” (Confúcio).

Enfim, vocês foram fundamentais para essa conquista. Obrigada por confiarem em mim!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que sempre iluminou meu caminho e me permitiu alcançar mais esta conquista.

À professora e orientadora **Maria Laura Bonow**, pela amabilidade, tranquilidade e orientação.

À Professora **Marina Azevedo**, pela co-orientação, pelas contribuições inestimáveis, pelo carinho e por gentilmente ter me dado a oportunidade de realizar este trabalho.

À professora **Dione Torriani** (in memoriam), por acreditar no meu potencial e pelo exemplo de comprometimento e profissional. Tua luz continua presente e quando pensei em desistir lembrei de ti e na bronca que me darias. Gratidão eterna.

Aos **professores da Odontopediatria**, que foram sempre receptivos, pelo carinho e pelos ensinamentos.

À formidável equipe de campo. Aos colegas de Pós-Graduação: **Vanessa, Luisa, Mariana, Francine, Ethieli, Gustavo, Kauê, Rafael, Ivam, Andreia, Andressa, Aryane e Isadora**, e a todos os acadêmicos de graduação que aceitaram participar desta pesquisa. Gratidão pelo auxílio precioso na coleta de dados.

À acadêmica e bolsista **Vanessa Muller**, pelo apoio incansável na organização dos materiais para coleta e na dupla-digitação. És diferenciada e muito especial.

Ao meu esposo **Salinas** por entender minha ausência, meus sonhos e meus anseios. Por ser incansável no dia da coleta e na dupla-digitação dos dados.

Às minhas colegas de mestrado/doutorado da Odontopediatria, em especial **Mariana Cademartori** e **Vanessa Costa**, agradeço pela atenção, carinho, conselhos e conhecimentos compartilhados.

À equipe do Núcleo de Estudos e Tratamento dos Traumatismos Alvéolo-dentários na Dentição Decídua (Netrad), representado pela coordenadora

Marília Goettems, pelo convívio agradável e conhecimento compartilhado. Sinto muita falta desse convívio.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Odontologia**, pela oportunidade de tornar-me uma profissional melhor. Fazer parte desse grupo é motivo de muito orgulho!

A todos os **docentes** e **discentes** do Programa de Pós-Graduação em Odontologia que contribuíram para minha formação acadêmica.

Aos professores da disciplina de **Saúde Bucal Coletiva**, pelo empréstimo dos instrumentais para realização dos exames bucais.

Ao secretário do PPGO **Celaniro Junior** pela presteza e paciência com que atendera a todas as minhas solicitações.

À **Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas**, agradeço a oportunidade de poder realizar minha graduação em odontologia, mestrado e doutorado em uma instituição pública e de qualidade.

Aos meus colegas de farda, **Lenise, Bonotto, Juliana e Leonardo** pelo convívio harmonioso, pelas experiências compartilhadas e pelo apoio constante.

À diretora da **Escola Bom Pastor**, que gentilmente aceitou que a nossa calibração fosse realizada em sua instituição e aos pais das crianças dessa escola que autorizaram a participação de seus filhos.

Aos **gestores e coordenadores municipais** pelas informações e autorização cedidas para realização desta pesquisa; aos **funcionários das UBS** que nos receberam e facilitaram o processo de coleta de dados.

Às **crianças e mães** que participaram desse trabalho. Meu respeito e gratidão.

NOTAS PRELIMINARES

A presente Tese foi redigida segundo o Manual de Normas para Dissertações, Teses e Trabalhos Científicos da Universidade Federal de Pelotas de 2013 <http://wp.ufpel.edu.br/prppg/files/2013/08/Manual_Normas_UFPel_trabalhos_acad%C3%AAmicos.pdf>, adotando o Nível de Descrição 1 – Estrutura Tradicional.

Resumo

ROSA, Denise Paiva. **Relação entre o senso de coerência materno e os comportamentos em saúde bucal de pré-escolares**. 2018. 55f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018.

A teoria salutogênica estuda como e porque as pessoas permanecem saudáveis mesmo em situações adversas e estressantes, tendo como ideia central o senso de coerência (SOC). Quanto maior o senso de coerência mais efetivamente o indivíduo será capaz de enfrentar as dificuldades da vida. Poucos estudos investigaram a relação entre o senso de coerência materno e os comportamentos em relação à saúde bucal dos filhos. Assim, este estudo teve como objetivo verificar a relação entre o senso de coerência materno e os comportamentos relacionados com a saúde bucal de pré-escolares residentes na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. Um estudo transversal foi realizado em uma amostra de crianças de 2 a 5 anos e suas mães, na Campanha Nacional de Vacinação, em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) sorteadas aleatoriamente. Participaram do estudo 534 crianças e suas mães. Informações demográficas, socioeconômicas, hábitos de higiene bucal e de alimentação do filho, utilização de serviços odontológicos pelo filho, rastreamento de transtornos mentais comuns (SRQ-20) da mãe e avaliação do senso de coerência materno foram coletadas através de entrevista às mães. As associações entre as variáveis de desfecho (frequência de ingestão de alimentos e bebidas doces entre as refeições, como os dentes da criança são escovados e experiência de consulta odontológica da criança) e as características demográficas, socioeconômicas e psicossociais materna foram avaliadas por meio dos testes Exato de Fisher, Qui-quadrado e Qui-quadrado de tendência linear quando pertinente. Na análise multivariada utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta ($P < 0,05$) para verificar a associação entre as variáveis de desfecho e o senso de coerência materno, ajustadas pelos fatores confundidores a partir do qual estimaram-se a razão de prevalência (RP) e os intervalos de confiança de 95% (IC95%). Após ajustes para idade materna, renda familiar, escolaridade materna, núcleo familiar e para transtornos mentais comuns maternos, verificou-se que a prevalência de escovar os dentes de forma inadequada (a criança escova os dentes sozinha ou nunca ter escovado) foi 70% maior entre as crianças cujas mães apresentaram menor senso de coerência quando comparadas às crianças de mães com maior senso de coerência [RP 1,70 (IC95%: 1,11-2,61)]. Em relação à uma maior frequência de ingestão de alimentos doces entre as refeições [RP 1,17 (IC95%: 0,73-1,88)], maior frequência de ingestão de bebidas doces entre as refeições [RP 1,02 (IC95% 0,85-1,21)] e ao fato de criança nunca ter ido ao dentista [RP 0,97 (IC95%: 0,84-1,11)] não houve associação estatisticamente significativa com o SOC materno. O SOC materno não teve relação com todos os comportamentos relacionados à saúde bucal testados neste estudo. Os achados indicam que o SOC materno pode ser um indicador psicossocial na aquisição de hábitos de higiene bucal adequados em pré-escolares.

Palavras-chave: Senso de coerência; Saúde bucal; Epidemiologia; Odontopediatria.

Abstract

ROSA, Denise Paiva. **Relationship between the maternal sense of coherence and the oral health behaviors of preschool children**. 2018. 55f. Thesis (PhD in Dentistry) – Graduate Program in Dentistry, School of Dentistry, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2018.

The salutogenic theory studies how and why people remain healthy even in adverse and stressful situations, having as central idea the sense of coherence (SOC). The higher the sense of coherence, that is, the overall ability to see life, the more effectively the individual will be able to cope with the difficulties of life. Few studies have investigated the relationship of maternal sense of coherence and behavior in relation to the oral health of the sons. Thus, this study aimed to verify the relationship between maternal sense of coherence and behaviors related to oral health of pre-school children living in the urban area of the city of Pelotas / RS. A cross-sectional study was carried out on a sample of children aged 2 to 5 years old and their mothers, attending in 12 health care centers randomly selected during in the National Vaccination Campaign Day. A total of 534 children and their mothers participated in the study. Demographic information, socioeconomic status, oral hygiene and feeding habits of the child, use of dental services by the child, screening of common mental disorders of the mother and evaluation of the maternal sense of coherence were collected through interviews with the mothers. The associations between outcome variables (frequency of eating sweet foods and drinks between meals, how the child's teeth are brushed and experience of dental consultation of the child) and maternal demographic, socioeconomic and psychosocial characteristics were assessed evaluated by Fisher's exact tests, chi-square and chi-square of linear trend, when pertinent. In the multivariate analysis, the Poisson regression with robust variance ($P < 0.05$) was used to verify the association between the outcome variables and the maternal sense of coherence, adjusted by the confounding factors, from which the ratio of prevalence (PR) and 95% confidence intervals (95% CI). After adjusting for maternal age, family income, maternal schooling, family nucleus and maternal common mental disorders, it was found that the prevalence of inadequately brushing the teeth (the child brushes the teeth alone or never brushed) was 70% higher among children whose mothers had less sense of coherence than in children of mothers with more sense of coherence [OR 1.70 (95% CI: 1.11-2.61)] [RP 1.70 (95% CI: 1.11-2.61)]. In relation to a higher frequency of sweet food intake between meals [RP 1.17 (95% CI: 0.73-1.88)], higher frequency of sweet drink intake between meals [RP 1.02 (IC95 % 0.85-1.21)] and to the fact that the child never visited the dentist [RP 0.97 (95% CI: 0.84-1.11)] there was no statistically significant association with the lowest maternal SOC. Maternal SOC was unrelated to all oral health behaviors tested in this study. The findings indicate that maternal SOC may be a psychosocial indicator in the acquisition of appropriate oral hygiene habits in preschoolers.

Key-words: Sense of coherence; Oral health; Epidemiology; Pediatric dentistry.

Lista de Tabelas

Tabela 1	Características demográficas, socioeconômicas e psicossociais materna da amostra segundo os comportamentos relacionados com a saúde bucal da criança. Pelotas, RS, Brasil, 2018.	23
Tabela 2	Razões de prevalência (RP) bruta (b) e ajustada (a) entre os comportamentos relacionados com a saúde bucal das crianças (variáveis desfecho) e o menor senso de coerência materno (21-47) (variável independente de interesse). Pelotas, RS, Brasil, 2018.	25

Lista de abreviaturas e siglas

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOC	Sense of Coherence – Senso de coerência
SRQ	Self-Report Questionnaire
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

1 Introdução	13
2 Metodologia.....	16
2.1 Delineamento do estudo.....	16
2.2 Local do estudo e cálculo amostral.....	16
2.3 Processo amostral.....	17
2.4 Critérios de elegibilidade.....	17
2.4.1 Critérios de inclusão.....	17
2.4.2 Critérios de exclusão.....	17
2.5 Coleta de dados.....	17
2.5.1 Treinamento	18
2.6 Variáveis do estudo.....	18
2.6.1 Variáveis desfecho.....	18
2.6.2 Variável independente.....	19
2.6.3 Variáveis de controle.....	20
2.7 Análise estatística	20
2.8 Aspectos éticos.....	21
3 Resultados.....	22
4 Discussão.....	26
5 Conclusões.....	31
Referências.....	32
Apêndices.....	38
Anexos.....	50

1 Introdução

As pesquisas em saúde pública vêm apresentando mudanças nos últimos anos, aumentando o interesse por abordagens multidimensionais dos determinantes de saúde e doença, focando na interação de fatores biológicos, sociais e psicológicos (FISHER-OWENS et al., 2007; LINDMARK; ABRAHAMSSON, 2015; SILVA; MENDONÇA; VETTORE, 2008; WATT, 2007). Por esse motivo, o interesse por diversos modelos conceituais está aumentando na tentativa de consolidar a integração desses fatores, dentre eles está o modelo salutogênico proposto por Antonovsky (1979). A Salutogênese é um conceito da medicina social para designar os fatores que promovem a saúde e o bem-estar, propondo um modelo mais complexo focado na busca da razão pela qual alguém permanece saudável mesmo em situações adversas e estressantes, e não nos fatores que causam a doença (ANTONOVSKY, 1979, 1987).

O construto central da salutogênese é o senso de coerência (SOC – sense of coherence), que reflete a capacidade adaptativa do ser humano ao estresse e de lidar e se adaptar a adversidades, é uma característica da personalidade do indivíduo capaz de proporcionar proteção (ANTONOVSKY, 1987). O senso de coerência consiste em uma orientação global no sentido de ver a vida estruturada, manejável e com sentido emocional. O grau de coerência do indivíduo justifica o estado em que se encontra e é resultado das seguintes competências: capacidade de compreender a realidade (compreensibilidade), a percepção do potencial de manipular ou solucionar determinada situação (maneabilidade) e o significado que se dá a esta situação (significância) (ANTONOVSKY, 1987, 1993).

Quanto maior o senso de coerência, mais efetivamente os indivíduos são capazes de enfrentar as dificuldades da vida e, portanto, manter a própria saúde (ANTONOVSKY, 1979, 1987). Essa hipótese foi abordada em uma revisão sistemática (ERIKSSON; LINDSTRÖEN, 2006) e existem indícios de que SOC apresenta uma relação positiva com os comportamentos adaptativos

que podem minimizar a gravidade da doença e influenciar os hábitos que interferem diretamente na saúde (LINDMARK; ABRAHAMSSON, 2015).

Alguns resultados de pesquisas sobre a relação entre senso de coerência e os comportamentos em saúde mostraram que um maior SOC esteve associado com hábitos nutricionais mais equilibrados em escolares (TILLES-TIRKKONEN et al., 2015), com a melhora de comportamentos em saúde de pacientes com doença cardíaca após o tratamento da doença (SILAROVA et al., 2013) e que adolescentes com um maior SOC usaram medicamentos de forma mais consciente, não apresentaram o hábito de fumar, consumiram bebidas alcoólicas de maneira reduzida e praticaram atividades físicas de forma mais frequente do que aqueles com menor SOC (COUTINHO; HEIMER, 2014).

Além de o senso de coerência estar associado a hábitos mais favoráveis de saúde geral, estudos têm demonstrado que o mesmo ocorre no que se refere à saúde bucal, como maior frequência de visitas ao dentista por motivos preventivos, maior frequência de escovação e menor consumo diário de produtos com adição de açúcar (BERNABÉ et al., 2010; BERNABÉ et al., 2012; FREIRE; SHEIHAM; HARDY, 2001; LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON., 2011). No entanto, poucos estudos investigaram a relação do senso de coerência materno e os comportamentos em relação à saúde bucal de seus filhos (FREIRE; HARDY; SHEIHAM, 2002; SILVA; MENDONÇA; VETTORE, 2011; PERAZZO et al., 2017; QIU et al., 2013). Destes, dois estudos brasileiros foram realizados com adolescentes e mostraram que o maior senso de coerência materno esteve associado com visitas ao dentista por motivos preventivos (FREIRE; HARDY; SHEIHAM, 2002; SILVA; MENDONÇA; VETTORE, 2011). Apenas dois estudos foram realizados com pré-escolares, sendo um na China e outro no Brasil (PERAZZO et al., 2017; QIU et al., 2013). O estudo chinês não verificou associação entre o senso de coerência materno e os comportamentos em saúde bucal, mas mostrou que o maior SOC dos avós, que são um pequeno grupo de cuidadores na China, está relacionado com a menor frequência de alimentos doces entre as refeições. No entanto, deve-se notar que o número de avós cujo SOC estava relacionado aos hábitos de ingestão de alimentos açucarados representa uma pequena parcela da amostra total do estudo (QIU et al., 2013). No que se refere ao estudo brasileiro, o maior SOC materno esteve

relacionado com o fato de já ter levado seu filho ao dentista (PERAZZO et al., 2017).

A influência materna sobre os comportamentos e condições em saúde bucal de seus filhos tem sido demonstrada por alguns autores, sugerindo um efeito de modelagem (MATILLA et al., 2000; MOHEBBI et al., 2008; SASAHARA, 1998). Além disso, fatores sociais e psicológicos da mãe podem influenciar a condição de saúde bucal da criança (DOS SANTOS PINTO et al., 2017; FINLAYSON et al., 2007; GOETTEMMS et al., 2012; MACHRY et al., 2013). Considerando esses aspectos e a possibilidade de que o SOC pode ser um recurso para promoção de saúde, o presente estudo teve como objetivo verificar a relação entre SOC materno e os comportamentos relacionados com a saúde bucal de pré-escolares residentes na zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

2 Metodologia

2.1 Delineamento do Estudo

Um estudo transversal foi realizado com crianças de 2 a 5 anos de idade e suas mães, na Campanha Nacional de Multivacinação contra a poliomielite, ocorrida em agosto de 2015, em 12 Unidades Básicas de Saúde da área urbana da cidade de Pelotas/RS sorteadas aleatoriamente. De acordo com informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), há pouco diferencial de uso entre os diferentes estratos sociais e 95% do público-alvo foram imunizados nesta campanha.

2.2 Local do estudo e cálculo da amostra

A cidade de Pelotas está localizada na região sul do Rio Grande do Sul, a cerca de 260 km de Porto Alegre, capital do estado. O município possui uma população de 328.275 habitantes. Destes, aproximadamente 15.250 crianças possuem entre 2 e 5 anos de idade (IBGE, 2010) e 93,3% da população vive na zona urbana da cidade. Com base nessas informações e considerando que este estudo fez parte de um estudo maior que investigou outros desfechos, o cálculo da amostra considerou todos os desfechos estudados e se baseou no desfecho que necessitava do maior tamanho amostral, usando como referência as prevalências de condição bucal das crianças do estudo realizado em 2009 na cidade de Pelotas (GOETTEMS et al., 2012). Verificou-se que a maior amostra necessária foi para a prevalência de cárie (39%) e considerou-se margem de erro de até 5%, intervalo de confiança de 95%, poder de 80%, efeito do desenho de 1,2 e acrescentou-se 10% para eventuais perdas e recusas (ANTUNES; PERES, 2006). Assim, obteve-se um número total mínimo de 472 pares mãe-filho.

2.3 Processo amostral

A amostra foi selecionada através de um processo por conglomerado em duplo estágio: as UBS foram utilizadas como primeiro ponto de amostragem e os pares mãe-filho em um segundo estágio. A zona urbana do município é dividida em 5 Distritos Sanitários: Três Vendas I, Três Vendas II, Centro, Fragata e Areal/Laranjal (LEI MUNICIPAL Nº 6.033 DE 18 DE SETEMBRO DE 2013), e cada região possui UBS que são responsáveis pela vacinação das pessoas que vivem na área. De acordo com a SMS, na zona urbana, as UBS que possuem consultórios odontológicos estão igualmente distribuídas nas 5 regiões, totalizando 33 UBS. Foi realizado um sorteio aleatório ponderado destas UBS, considerando a expectativa de comparecimento de crianças em cada local com base no número de crianças vacinadas em anos anteriores nesses pontos.

No segundo momento, a seleção dos pares de mãe-filho foi de acordo com a ordem de chegada na UBS no dia da Campanha de Vacinação. Para evitar viés de seleção, parentes imediatos (irmãos ou crianças que vivem na mesma casa) foram excluídos (PIOVESAN et al., 2013), sendo selecionada a participar do estudo a criança que estava primeiro na fila.

2.4 Critérios de elegibilidade

2.4.1 Critérios de inclusão

Para inclusão no estudo, as crianças deveriam:

- Possuir entre 2 e 5 anos completos no momento do estudo;
- Estar acompanhada da mãe

2.4.2 Critério de exclusão

Foram excluídas do estudo irmãos ou crianças que vivem na mesma casa.

2.5 Coleta de dados

Para a coleta de dados foi realizada uma entrevista com um questionário estruturado e pré-testado, que foi aplicado por estudantes de odontologia que passaram por um treinamento teórico.

Uma equipe composta por um examinador (alunos de pós-graduação que realizaram os exames clínicos, variáveis utilizadas em outros trabalhos), um ou dois entrevistadores (de acordo com a expectativa de comparecimento das UBS) e um auxiliar, que orientou o fluxo dos pares mãe-filho, estavam presentes em cada uma das unidades no dia da coleta.

2.5.1 Treinamento

Estudantes de odontologia foram treinados para realização das entrevistas. Inicialmente foi realizado um treinamento teórico, com duração de duas horas, no qual foram repassados os critérios de inclusão e exclusão do estudo, bem como o questionário para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Um manual de instruções sobre a logística e como a entrevista deveria ser realizada e o questionário foram fornecidos aos graduandos (Apêndice C).

Previamente, o questionário foi testado com mães de crianças de faixa etária similar ao do estudo na Unidade de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia da UFPel para verificar a compreensão das questões, estimar o tempo de execução da entrevista, identificar problemas com o questionário e testar a organização final do trabalho de campo.

2.6 Variáveis do estudo

2.6.1 Variáveis de desfecho

Os comportamentos relacionados com a saúde bucal (ingestão de açúcares, higiene bucal e uso de serviços odontológicos) das crianças foram designados como variáveis de desfecho. Para avaliar a ingestão de açúcares entre as refeições foram realizadas duas perguntas, uma sobre frequência de ingestão de alimentos doces entre as refeições e a outra sobre frequência de ingestão de bebidas doces entre as refeições, tendo como opções de respostas para ambas as perguntas: (0) nunca; (1) menos de uma vez ao dia; (2) uma vez ao dia; (3) duas vezes ao dia; (4) três vezes ao dia ou mais. Cada pergunta foi posteriormente dicotomizada (< 3 vezes ao dia ou ≥ 3 vezes ao dia) (CURY J.; REBELLO; CURY A., 1997; DUGGAL; et al., 2001).

O hábito de higiene bucal foi coletado utilizando duas perguntas: se os dentes da criança já foram escovados (sim ou não) e de que forma essa escovação ocorria (0) os pais/responsáveis escovam; (1) a criança escova, mas o responsável ajuda; (2) a criança escova sozinha, que foram posteriormente agrupadas em uma única variável e divididas em duas categorias (0) os responsáveis /criança com auxílio; (1) a criança sozinha/nunca escovou.

A utilização de serviços odontológicos foi investigada utilizando as seguintes perguntas “seu filho(a) já consultou alguma vez com o dentista? Qual foi o principal motivo da primeira consulta?”, apresentando as seguintes opções de respostas: (0) nunca foi ao dentista; (1) rotina/prevenção; (2) problema com dor; (3) outros problemas sem dor, posteriormente categorizada (0) sim e (1) não.

2.6.2 Variável independente

O senso de coerência materno foi avaliado pela versão curta da escala SOC (SOC-13), que consiste em 13 itens e opções de resposta em uma escala do tipo Likert. O SOC-13 foi validado para uso em mães de adolescentes no estado de Goiás, Brasil (FREIRE; SHEIHAM; HARDY et al., 2001) e foi submetido a uma nova proposta de adaptação transcultural, mostrando-se consistente e confiável para a população de mães pertencentes a diferentes estratos sociais (BONANATO et al., 2009).

As modificações consistiram de uma simplificação no texto e uma mudança na escala de classificação a partir de uma escala de Likert de sete pontos com pontos de extremidade descritivos para uma escala de Likert de cinco pontos com todas as respostas descritas (BONANATO et al., 2009). Os itens formulados negativamente foram pontuados de forma inversa, de modo que os escores de cada pergunta são somados para obter um valor absoluto correspondente ao SOC de cada indivíduo. Assim, o escore final pode variar de 13 a 65, em que os valores mais altos correspondem a uma maior capacidade de adaptação ao estresse. Para o cálculo da pontuação total, os participantes com valores em falta em mais de três perguntas foram descartados da amostra. Quando havia três ou menos valores em falta, estes foram substituídos pelo valor médio dos itens SOC (SUOMINEN et al., 2001). Posteriormente, o senso de coerência foi dicotomizado a partir de sua mediana (BONANATO et al., 2009), sendo classificado em menor quando apresentou valor

inferior à mediana ou maior SOC quando apresentou valor igual ou maior que a mediana.

2.6.3 Variáveis de controle

As características socioeconômicas (renda familiar, escolaridade materna e tipo de estrutura familiar) e a idade materna, bem como a saúde mental materna foram utilizadas como variáveis independentes e de controle. A renda familiar foi coletada de forma ordinal e categorizada em quintis de renda (sendo o primeiro quintil o mais rico), a escolaridade materna foi coletada em anos de estudo e categorizada em ≤ 4 anos; 5 – 8 anos; 9 – 11 ou ≥ 12 , a idade materna foi coleta em anos e categorizada em < 20 anos; 20 – 29 anos; 30 – 39 anos ou ≥ 40 anos e se a família era do tipo nuclear (que vivem com pai e mãe) ou não nuclear (que vivem com um dos pais/outros). A saúde mental materna foi avaliada pelo instrumento Self-Report Questionnaire (SRQ-20), o qual foi validado para o Brasil (MARI; WILLIAMS, 1986), que possibilita fazer o rastreamento de transtornos mentais comuns como depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes (pacientes referem sintomas físicos, mas negam apresentar problemas psiquiátricos) e neurastenia (transtorno psicológico resultado do enfraquecimento do sistema nervoso central), utilizando 20 questões, que apresentam duas opções de respostas referentes a concordar ou não (escores 1 e 0) com a presença de certas dores ou problemas nos últimos 30 dias. As pontuações podem varias de 0 a 20, sendo que escores ≥ 8 indicam possível presença de transtornos mentais comuns (MARI; WILLIAMS, 1986).

Também foram coletadas as variáveis sexo (masculino ou feminino) e a idade da criança (2, 3, 4 ou 5 anos), usadas para caracterizar a amostra.

2.7 Análise estatística

Os dados foram duplamente digitados no programa Microsoft Excel® 2010, sendo corrigidos erros e inconsistências. Posteriormente, a análise dos dados foi realizada utilizando o software Stata 12.0.

A análise descritiva incluiu a apresentação de frequências absolutas e relativas das variáveis que caracterizam a amostra e as associações entre as variáveis de desfecho e as variáveis de interesse foram verificadas utilizando testes de qui-

quadrado, qui-quadrado para tendência linear e exato de Fisher quando necessário. Posteriormente, utilizou-se a regressão de Poisson, com variância robusta (Razão de Prevalência; Intervalo de Confiança 95%IC) para verificar a associação entre as variáveis de desfecho e o senso de coerência materno. Cada desfecho foi ajustado para as seguintes variáveis de controle: renda familiar, idade materna, escolaridade materna, tipo de estrutura familiar e transtornos mentais comuns maternos por serem possíveis fatores confundidores. As razões de prevalência e o intervalo de confiança de 95% foram determinados. O nível de significância considerado foi de 0,05

2.8 Aspectos éticos

Todas as mães foram plenamente informadas da finalidade do estudo, por escrito, e as que aceitaram participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (parecer nº 1.089.096/2015).

3 Resultados

Um total de 925 crianças foram abordadas durante a campanha de vacinação. Destas, 230 crianças foram excluídas do estudo (215 por não estarem com a mãe e 15 por pertencerem à mesma família). Sendo assim, 695 crianças atendiam os critérios de inclusão e foram convidadas a participar do estudo. Destas, 20,1% das mães se recusaram a participar do estudo e 3% das crianças não permitiram a realização do exame bucal, sendo excluídas da amostra. Participaram do estudo 534 crianças de 2 a 5 anos de idade (média= 3) e suas mães. A maioria das crianças (55,1%) era do sexo feminino e tinha uma família do tipo nuclear (76,6). As mães tinham em sua maioria de 30-39 anos de idade (44,7%), de 9 a 11 anos de estudo (42,3%) e não apresentavam sintomas de transtornos mentais comuns (70,5%) (Tabela 1). A pontuação total do senso de coerência materno variou de 21 a 62, com uma mediana de 48, uma média de 47,2 e um desvio padrão de 6,3.

Poucas crianças (15,5%) ingeriam ao dia 3 vezes ou mais alimentos doces entre as refeições, 55,2% das crianças consumiam bebidas doces entre as refeições com frequência igual ou superior a 3 vezes ao dia, 19% nunca tinham escovados os dentes ou realizam essa tarefa sozinhas e 68% nunca tinham ido ao dentista (Tabela 1).

Os resultados também mostraram que a frequência de ingestão de alimentos doces entre as refeições apresentou associação com a renda familiar, a escolaridade materna, tipo de família, os sintomas de transtornos mentais comuns materno e o senso de coerência materno. A maior frequência de ingestão de bebidas doces entre as refeições foi mais prevalente em crianças do sexo masculino, filhos de mãe com menos de 20 anos, com menor renda familiar e menor escolaridade materna. Além disso, crianças que não tinham o hábito de escovar os dentes ou que realizavam a escovação dentária sozinhas apresentaram associação com renda familiar, escolaridade materna, com sintomas de transtornos mentais comuns da mãe e com o SOC materno. Por fim, verificou-se associação entre a não utilização de serviços odontológicos da criança com a idade da criança, renda familiar, escolaridade materna e os sintomas relacionados aos transtornos mentais comuns materno (Tabela 1).

Tabela 1. Características demográficas, socioeconômicas e psicossociais materna da amostra segundo os comportamentos relacionados com a saúde bucal da criança. Pelotas, RS, Brasil, 2018. (n=534) (Continua)

Variáveis	TOTAL	Frequência de ingestão de alimentos doces entre as refeições ‡	Frequência de ingestão de bebidas doces entre as refeições ‡	Como os dentes da criança são escovados ‡	Experiência de consulta odontológica da criança
	N (%)	≥ 3 vezes ao dia N (%)	≥ 3 vezes ao dia N (%)	A criança sozinha/ nunca escovou N (%)	Não N (%)
TOTAL		82 (15,5)	294 (55,2)	101 (19,0)	363 (68,0)
Sexo		a	0,032^a	a	a
Masculino	240 (44,9)	40 (16,9)	144 (60,3)	45 (18,8)	162 (67,5)
Feminino	294 (55,1)	42 (14,4)	150 (51,0)	56 (19,1)	201 (68,4)
Idade (anos) ‡		c	c	<0,001^b	<0,001^b
2	176 (33,0)	24 (13,8)	94 (53,4)	19 (10,8)	136 (77,3)
3	165 (31,0)	25 (15,2)	92 (55,8)	38 (23,2)	120 (72,7)
4	180 (33,8)	31 (17,4)	105 (58,7)	41 (22,8)	100 (55,6)
5	12 (2,2)	2 (16,7)	3 (25,0)	3 (25,00)	6 (50,0)
Idade materna (anos) ‡		b	0,003^b	b	b
<20	16 (3,0)	3 (18,7)	10 (62,5)	6 (37,5)	14 (87,5)
20 – 29	216 (40,5)	41 (19,1)	134 (62,3)	46 (21,4)	149 (69,0)
30 – 39	238 (44,7)	33 (14,1)	121 (50,8)	37 (15,6)	156 (65,6)
≥40	63 (11,8)	5 (7,9)	28 (44,4)	12 (19,1)	43 (68,3)
Renda familiar em quintis (reais) ‡		<0,001^b	0,013^b	<0,001^b	0,008^b
5º Quintil (3152 – 20000)	83 (15,9)	7 (8,4)	40 (48,2)	8 (9,6)	48 (57,8)
4º Quintil (2000 – 3000)	123 (23,5)	13 (10,7)	61 (49,6)	12 (9,8)	80 (65,0)
3º Quintil (1300 – 1900)	99 (18,9)	14 (14,1)	57 (57,6)	23 (23,2)	68 (68,7)
2º Quintil (815 – 1200)	110 (21,0)	15 (14,0)	62 (56,9)	22 (20,2)	78 (70,9)
1º Quintil (150 – 800)	108 (20,7)	32 (29,9)	69 (63,9)	30 (27,8)	81 (75,0)

(Continua)

Tabela 1. (Conclusão)

	TOTAL	Frequência de ingestão de alimentos doces entre as refeições ‡	Frequência de ingestão de bebidas doces entre as refeições ‡	Como os dentes da criança são escovados ‡	Experiência de consulta odontológica da criança
Variáveis	n(%)	≥ 3 vezes ao dia n(%)	≥ 3 vezes ao dia n(%)	A criança sozinha/ nunca escovou n(%)	Não n(%)
Escolaridade materna (anos) ‡		<0,001^b	<0,001^b	<0,001^b	0,003^b
≥12	120 (22,7)	8 (6,4)	46 (38,3)	11 (9,2)	69 (67,5)
9 – 11	224 (42,3)	28 (12,7)	128 (57,1)	35 (15,7)	155 (69,2)
5 – 8	157 (29,7)	40 (25,6)	96 (61,5)	43 (27,4)	113 (72,0)
≤ 4	28 (5,3)	6 (22,2)	20 (71,4)	12 (42,9)	23 (82,1)
Tipo de família		0,002^a	^a	^a	^a
Nuclear	409 (76,6)	52 (12,8)	218 (53,3)	70 (17,2)	274 (67,0)
Não nuclear	125 (23,4)	30 (24,2)	76 (61,3)	31 (24,8)	89 (71,2)
Rastreamento de transtornos mentais comuns materno ‡		0,002^a	^a	0,001^a	0,032^a
Sintomas ausentes	372 (70,5)	45 (12,3)	199 (53,5)	56 (15,1)	241 (64,8)
Sintomas presentes	156 (29,5)	36 (23,1)	93 (60,0)	43 (27,4)	116 (74,4)
Senso de coerência materno		0,016^a	^a	<0,001^a	^a
Maior (48-62)	293 (54,9)	35 (12,1)	156 (53,2)	36 (12,3)	196 (66,9)
Menor (21-47)	241 (45,1)	47 (19,7)	138 (57,5)	65 (27,1)	167 (69,3)

(Conclusão)

‡Variáveis dados perdidos: n < 534.

^aAvaliação estatística pelo teste de qui-quadrado.^bAvaliação estatística pelo teste de qui-quadrado tendência linear.^cAvaliação estatística pelo teste exato de Fisher.

A análise bruta mostrou associação do menor SOC materno com a maior frequência de alimentos doces entre as refeições e com fato de nunca escovar os dentes ou a crianças escovar sozinha (Tabela 2). Após ajustes para idade materna, renda familiar, escolaridade materna, núcleo familiar, e para transtornos mentais comuns materno, a prevalência de escovar os dentes de forma inadequada (criança sozinha/nunca escovou) foi 70% maior nas crianças cujas mães apresentaram um menor senso de coerência do que em crianças de mães com maior senso de coerência (Tabela 2).

Tabela 2. Razões de prevalência (RP) bruta (b) e ajustada (a) entre os comportamentos relacionados com a saúde bucal das crianças (variáveis desfecho) e o menor senso de coerência materno (21-47) (variável independente de interesse). Pelotas, RS, Brasil, 2018. (n=534)

Variáveis desfecho	Senso de coerência materno			
	RP ^b (95% IC)	P	RP ^a (95% IC) ¹	P
Frequência de ingestão de alimentos doces entre as refeições (529)		0,018		0,505
< de 3 vezes ao dia	1,00		1,00	
≥ 3 vezes ao dia	1,63 (1,09-2,44)		1,17 (0,73-1,88)	
Frequência de ingestão de bebidas doces entre as refeições (533)		0,324		0,833
< de 3 vezes ao dia	1,00		1,00	
≥ 3 vezes ao dia	1,08 (0,93-1,26)		1,02 (0,85-1,21)	
Como os dentes da criança são escovados (533)		<0,001		0,015
Os responsáveis/criança com auxílio	1,00		1,00	
A criança sozinha/nunca escovou	2,20 (1,52-3,19)		1,70 (1,11-2,61)	
Experiência de consulta odontológica da criança		0,553		0,662
Sim	1,00		1,00	
Não	1,04 (0,92-1,16)		0,97 (0,84-1,11)	

¹O senso de coerência foi ajustado para cada desfecho em relação à saúde bucal de forma independente, os ajustes incluíram as variáveis idade materna, renda familiar, escolaridade materna, núcleo familiar e transtornos mentais comuns materno.

4 Discussão

O presente estudo é um dos poucos que avaliaram a associação entre o SOC materno e os comportamentos relacionados à saúde bucal de pré-escolares. Os resultados encontrados mostram que o senso de coerência materno está associado ao comportamento de escovação dentária de pré-escolares, mesmo depois do ajuste para as variáveis de confundimento. A prevalência de escovar os dentes de forma inadequada (criança sozinha) e de não escovar foi maior nas crianças cujas mães apresentaram um menor senso de coerência. Sabe-se que crianças pré-escolares ainda não possuem destreza motora suficiente para realizar uma adequada higiene bucal de forma independente, sendo assim, a recomendação é de que o responsável por executá-la seja um adulto, geralmente representado pela mãe (CHOO; DELAC; MESSER, 2001; FAUSTINO-SILVA et al., 2008). Dessa forma, o SOC materno, assim como outros fatores psicossociais maternos parecem afetar negativamente a capacidade da mãe de se envolver com certas práticas preventivas importantes para a promoção da saúde bucal de seus filhos (CHUNG et al., 2004; FINLAYSON et al., 2007; MCLENNAN; KOTELCHUCK; CHO, 2001; REISINE; DOUGLASS, 1998).

Estudos têm apontado uma relação entre fatores psicossociais e a escovação dentária dos indivíduos, mostrando que pessoas com maior senso de coerência apresentam resultados mais favoráveis no que se refere a frequência e qualidade de escovação dentária, bem como na motivação para a realização da higiene bucal (AYO-YUSUF; REDDY; VAN DEN BORNE, 2009; BERNABÉ et al., 2009a; BERNABÉ et al., 2009b; DORRI et al., 2010; PEKER; BERMEK; UYSAL, 2012; REDDY et al., 2016; SAVOLAINEN et al., 2005). Assim, acredita-se que estes fatores possam também influenciar no cuidado com a higiene bucal dos filhos (ANTILLA et al., 2006; JERKOVIC et al., 2009). Os resultados deste estudo permitem hipotetizar que mães com um maior senso de coerência apresentam uma maior capacidade de enfrentar as diversidades mencionadas anteriormente e, por isso, participam da higiene bucal dos filhos, conforme é recomendado para pré-escolares.

Este foi o primeiro estudo que avaliou a maneira que os dentes de pré-escolares são escovados e encontrou associação com o SOC materno. Neste estudo optou-se por não utilizar a frequência e sim como a escovação ocorre, uma vez que perguntas sobre a frequência de escovação respondidas pelas mães de crianças mostraram desempenho insatisfatório para avaliar o padrão de higiene bucal real, sugerindo que a frequência de escovação por si só não é o melhor preditor de higiene bucal em crianças (CASCAES et al., 2011). Além do mais, é possível que a resposta para a frequência de escovação de três vezes ao dia, opção mas citada em inquéritos de higiene bucal, seja influenciada pela convenção social de que esta é a frequência recomendada (COLUSSI et al., 2011).

O senso de coerência também tem sido foco de estudos que investigaram sua relação com outros desfechos em saúde bucal, os quais verificaram que indivíduos com maior SOC apresentaram melhores condições de saúde bucal (ALBINO et al., 2014; BERNABÉ et al., 2010; BERNABÉ et al., 2012; DA ROSA; ABEGG; ELY, 2015; DA SILVA; VETTORE, 2016; DAVOGLIO et al., 2016; LAGE et al., 2017; LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON., 2011; REDDY et al., 2016; VISWANATH; KRISHNA, 2015), melhor percepção de saúde bucal (DA COSTA et al., 2017; LACERDA; PONTES; QUEIROZ, 2012; PEKER; BERMEK; UYSAL, 2012; POSSEBON et al., 2017; REDDY et al., 2016) e melhor qualidade de vida relacionada à saúde bucal (BOMAN et al., 2012; ERIKSSON; LINDSTROM, 2007; GURURATANA; BAKER; ROBINSON, 2014; MACHADO et al., 2017; PAKPOUR et al., 2017; SAVOLAINEN et al., 2005).

Considerando que o SOC, ponto central da teoria salutogênica, é uma característica individual que confere a capacidade de percepção e controle das adversidades, bem como adoção de comportamentos apropriados (ANTONOVSKY, 1979, 1987), é possível supor que este atributo materno possa exercer influência nos comportamentos em saúde bucal dos filhos principalmente em pré-escolares que dependem exclusivamente dos responsáveis para garantir o cuidado, enfatizando ainda mais o papel da mãe na saúde bucal dos filhos nesta faixa etária (SAIED-MOALLEMI et al., 2008). A capacidade de adaptabilidade ao seu ambiente e de enfrentamento das adversidades das mães de pré-escolares favorecem atitudes psicológicas positivas que refletem na adoção ou manutenção de comportamentos saudáveis mesmo diante de eventos estressores ou ambientes socioeconômicos desfavoráveis (ALBINO et al., 2014). Além disso, tem-se sugerido que SOC materno

pode influenciar posteriormente nos hábitos relacionados à saúde bucal das crianças, uma vez que o ambiente familiar tem influência positiva ou negativa sobre a adoção de comportamentos específicos com relação à saúde bucal, pois as crianças adquirem hábitos baseadas nos comportamentos dos pais (AMIN; HARRISON, 2009; POUTANEN et al., 2006; ROSSOW, 1992). Sendo assim, um ambiente familiar favorável poderia incentivar escolhas e estilos de vida saudáveis.

Os resultados do presente estudo também mostraram que o menor SOC materno esteve associado com a maior frequência de alimentos e bebidas doces entre as refeições (3 vezes ou mais) na análise bruta, mas essa associação não se manteve após os ajustes. Este achado é consistente com outros estudos (FREIRE; HARDY; SHEIHAM, 2002; QIU et al., 2013) que também não encontraram relação entre SOC materno e consumo de açúcar, indicando que a frequência de ingestão de alimentos doces dos filhos pode ser influenciada por tantos outros fatores que não o SOC, como questões socioeconômicas (MOLINA et al., 2010), culturais e até mesmo pelo comportamento de ingestão de alimentos açucarados dos pais (ATTWOOD, WEST, BLINKHORN, 1993; POUTANEN et al., 2006). Além disso, conhecer exatamente a ingestão alimentar dos indivíduos é uma tarefa complexa e, os erros cometidos neste tipo de avaliação podem ser categorizados em três grupos: o entrevistado; o entrevistador e o método de inquérito utilizado para coletar (FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2009; GARCIA, 2004). Segundo os autores, dependendo do tipo de erro introduzido, o consumo dietético pode ser subestimado ou superestimado (FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2009).

Estudos têm demonstrado resultados conflitantes em relação ao SOC materno e a utilização de serviços odontológico dos filhos (DA SILVA; MENDONÇA; VETTORE, 2011; FREIRE; HARDY; SHEIHAM, 2002; PERAZZO et al., 2017; QIU et al., 2013). O estudo de Perazzo et al. (2017), realizado no Brasil, encontrou relação entre o maior SOC materno e a utilização de serviços odontológicos por crianças de 5 anos de idade. Assim como no presente estudo, Qiu et al. (2013) também não encontrou associação entre SOC do cuidador e a utilização de serviços odontológicos de pré-escolares. As divergências nos resultados podem estar relacionadas com as diferenças de idade das populações estudadas, uma vez que as crianças do presente estudo tinham de 2 a 5 anos de idade, enquanto estudos prévios foram conduzidos em crianças com mais idade ou adolescentes e, geralmente, a busca pelo serviço odontológico por pré-escolares é baixa no Brasil (RODRIGUES et al., 2014). Outra

explicação possível são as diferenças nos sistemas de cuidados odontológicos, pois embora tenham ocorrido melhorias, ainda existem barreiras no atendimento odontológico infantil, o que acaba por limitar o acesso deste público (PEKER; BERMEK; UYSAL, 2012), já que não existe um serviço público de saúde bucal específico para a população pediátrica no Brasil (GRANVILLE-GARCIA et al., 2015).

Em nosso estudo, somente 32% dos pré-escolares foram ao dentista. Embora a frequência do uso dos serviços de odontologia tenha sido maior em comparação com outros estudos nacionais (GOETTEMS et al., 2012; GRANVILLE-GARCIA et al., 2015; MACHRY et al., 2013), ainda assim fica abaixo das frequências de uso em outros países, como na Bélgica (79%) e no Reino Unido (94%) (LEROY et al., 2013; MORRIS et al., 2006). Isso ocorre porque a maioria dos cuidadores desconhece a importância das consultas odontológicas para a manutenção da saúde bucal das crianças (GRANVILLE-GARCIA et al., 2015). Outro fato é que existe a crença de que a dentição decídua não é importante por ser temporária (GRANVILLE-GARCIA et al., 2015) e, culturalmente, os pais tendem a levar seus filhos para consultas odontológicas quando da presença de algum problema ou dor (CLEMENTINO et al., 2015; RAMOS-JORGE et al., 2013). A importância do papel materno na utilização dos serviços odontológicos pelas crianças é inquestionável (MOURADIAN et al., 2007). No entanto, as dificuldades dos pais em lidar com problemas diários também são relatadas como o principal motivo para não comparecer as consultas odontológicas de seus filhos (HALLBERG et al., 2008). Embora não tenhamos investigado isto, alguns estudos mostraram que o SOC das mães foi associado ao padrão de atendimento dental de seus filhos, mesmo depois de ajustar para fatores socioeconômicos, mostrando que mães com um maior SOC conseguem levá-los para consultas de rotina, mesmo que a condição socioeconômica não seja tão favorável. (DA SILVA; MENDONÇA; VETTORE, 2011; FREIRE; HARDY; SHEIHAM, 2002).

O presente estudo apresenta pontos fortes como uso de escala validada e consistente para verificar o SOC materno e amostra representativa desta população, uma vez que a pesquisa ocorreu durante a campanha nacional de multivacinação e há pouco diferencial de uso entre os diferentes estratos sociais e alta prevalência de comparecimento da população (informação fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas). Esse estudo apresenta como limitações o fato de que as variáveis são autorreferidas e estão sujeitas ao viés de querer agradar o entrevistador com respostas socialmente aceitas, como também, a impossibilidade de estabelecer

qualquer relação causal, uma vez que se trata de um estudo transversal. A possibilidade de viés de memória também é uma preocupação quando se trabalha com inquéritos. No entanto, o efeito desse viés não é considerado significativo neste estudo, uma vez que a população alvo tinha até 5 anos de idade e, assim, os cuidados dentários auto relatados podem ser considerados como uma medida válida (ARDENGHI et al., 2012; MARCHY et al., 2013).

A teoria salutogênica pode orientar a compreensão das várias escolhas de vida que as pessoas fazem e caminhos que eles seguem (HARROP et al., 2006). Os resultados deste estudo reforçam a possibilidade da utilização do senso de coerência materno como estratégia para promoção de comportamentos favoráveis à saúde bucal das crianças. O empoderamento das pessoas na obtenção do controle de suas vidas, e em consequência na adoção de comportamentos mais saudáveis, é uma estratégia importante para a promoção da saúde (SILVA; MENDONÇA; VETTORE, 2008). Além disso, acredita-se que os indivíduos desenvolvam o SOC ao longo da vida, principalmente nas primeiras décadas de vida. Melhorar o SOC no início da vida pode ter um impacto favorável no curso de sua vida e no seu bem-estar (ANTONOVSKY, 1996). Alguns estudos investigaram a utilização de métodos de intervenção para melhorar o SOC e o impacto nos comportamentos relacionados à saúde bucal (AYO-YUSUF; REDDY; VAN DEN BORNE, 2009; NAMMONTI; ROBINSON; BAKER, 2013). Ayo-Yusuf e colaboradores (2009), em um estudo longitudinal, constataram que, aumentando o SOC dos adolescentes por meio de intervenções, os comportamentos relacionados à higiene bucal (escovar de dentes) também foram melhorados. Diante destes indícios, é possível que intervenções que visem o reforço do SOC das mães melhorem a sua capacidade de lidar efetivamente com demandas relacionadas à saúde de seus filhos. No entanto, isso não dispensa a necessidade de um sistema de saúde bucal mais equitativo que reduza as barreiras aos cuidados.

5 Conclusões

O presente estudo encontrou associação entre o maior SOC materno e os comportamentos de escovação dentária mais favoráveis na população estudada. Intervenções para a promoção de saúde bucal das crianças devem considerar a influência dos fatores psicossociais nos comportamentos relacionados à saúde bucal, e abordagens visando o aumento do senso de coerência materno pode ser uma estratégia interessante para melhorar a saúde bucal de pré-escolares. No entanto, pesquisas longitudinais são necessárias para esclarecer melhor as associações entre o senso de coerência e os comportamentos relacionados com a saúde bucal, possibilitando estabelecer uma relação de causa e efeito.

REFERÊNCIAS

- ALBINO, J. et al. Learning from caries-free children in a high-caries American Indian population. **J Public Health Dent**, v. 74, n. 4, p. 293-300, 2014.
- AMIN, M. S.; HARRISON, R. L. Understanding parents' oral health behaviors for their young children. **Qual Health Res**, v. 19, n. 1, p. 116-27, Jan 2009.
- ANTONOVSKY, A. **Health, stress, and coping**. 1979.
- ANTONOVSKY, A. **Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well**. Jossey-bass, 1987.
- ANTONOVSKY, A. The structure and properties of the sense of coherence scale. **Soc Sci Med**, v. 36, n. 6, p. 725-33, Mar 1993.
- ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. **Health promotion international**, v. 11, n. 1, p. 11-18, 1996.
- ANTTILA, S. et al. Symptoms of depression and anxiety in relation to dental health behavior and self-perceived dental treatment need. **Eur J Oral Sci**, v. 114, n. 2, p. 109-114, 2006.
- ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A.; CRIVELLO JÚNIOR, O. **Epidemiologia da saúde bucal**. In: (Ed.). Epidemiologia da saúde bucal, 2006.
- ARDENGHI, T. M. et al. Age of first dental visit and predictors for oral healthcare utilisation in preschool children. **Oral Health Prev Dent**, v. 10, n. 1, p. 17-27, 2012.
- ATTWOOD, D.; WEST, P.; BLINKHORN, A. S. Factors associated with the dental visiting habits of adolescents in the west of Scotland. **Community Dent Health**, v. 10, n. 4, p. 365-73, Dec 1993.
- AYO-YUSUF, O. A.; REDDY, P. S.; VAN DEN BORNE, B. W. Longitudinal association of adolescents' sense of coherence with tooth-brushing using an integrated behaviour change model. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 37, n. 1, p. 68-77, Feb 2009.
- BERNABE, E. et al. The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health-related behaviours among Finnish dentate adults. **Eur J Oral Sci**, v. 117, n. 4, p. 413-8, Aug 2009.
- BERNABE, E. et al. Sense of coherence and four-year caries incidence in Finnish adults. **Caries Res**, v. 46, n. 6, p. 523-9, 2012.

BERNABE, E. et al. The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral health-related behaviours. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 37, n. 4, p. 357-65, Aug 2009.

BERNABE, E. et al. Sense of coherence and oral health in dentate adults: findings from the Finnish Health 2000 survey. **J Clin Periodontol**, v. 37, n. 11, p. 981-7, Nov 2010.

BOMAN, U. W. et al. Oral health-related quality of life, sense of coherence and dental anxiety: an epidemiological cross-sectional study of middle-aged women. **BMC Oral Health**, v. 12, p. 14, Jun 18 2012.

BONANATO, K. et al. Relationship between mothers' sense of coherence and oral health status of preschool children. **Caries Res**, v. 43, n. 2, p. 103-9, 2009.

CASCAES, A. M. et al. Validity of 5-year-old children's oral hygiene pattern referred by mothers. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 4, p. 668-75, Aug 2011.

CHOO, A.; DELAC, D. M.; MESSER, L. B. Oral hygiene measures and promotion: review and considerations. **Aust Dent J**, v. 46, n. 3, p. 166-73, Sep 2001.

CHUNG, E. K. et al. Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. **Pediatrics**, v. 113, n. 6, p. e523-9, Jun 2004

CLEMENTINO, M. A. et al. Association between oral conditions and functional limitations in childhood. **J Oral Rehabil**, v. 42, n. 6, p. 420-9, Jun 2015

COLUSSI, P. R. et al. [Consumption of toothpaste and associated factors in a Brazilian population group]. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 3, p. 546-54, Mar 2011.

COUTINHO, V. M.; HEIMER, M. V. [Sense of coherence and adolescence: an integrative review of the literature]. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 3, p. 819-27, Mar 2014.

CURY, J. A.; REBELLO, M. A.; DEL BEL CURY, A. A. In situ relationship between sucrose exposure and the composition of dental plaque. **Caries Res**, v. 31, n. 5, p. 356-60, 1997.

DA COSTA, A. C. et al. Influence of sense of coherence on adolescents' self-perceived dental aesthetics; a cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v. 17, n. 1, p. 117, 2017.

DA ROSA, A. R.; ABEGG, C.; ELY, H. C. Sense of Coherence and Toothache of Adolescents from Southern Brazil. **J Oral Facial Pain Headache**, v. 29, n. 3, p. 250-6, 2015

DA SILVA, A. N.; MENDONCA, M. H.; VETTORE, M. V. The association between low-socioeconomic status mother's Sense of Coherence and their child's utilization of dental care. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 39, n. 2, p. 115-26, Apr 2011.

DA SILVA, A. N.; VETTORE, M. V. Sense of coherence modifies the association between untreated dental caries and dental pain in low-social status women. **Community Dent Health**, v. 33, n. 1, p. 54-9, Mar 2016.

DAVOGLIO, R. S. et al. Relationship between Sense of Coherence and oral health in adults and elderly Brazilians. **Braz Oral Res**, v. 30, n. 1, May 20 2016.

DORRI, M. et al. The relationship between Sense of Coherence and toothbrushing behaviours in Iranian adolescents in Mashhad. **J Clin Periodontol**, v. 37, n. 1, p. 46-52, Jan 2010.

DOS SANTOS PINTO, G. et al. Maternal Depression Increases Childhood Dental Caries: A Cohort Study in Brazil. **Caries Res**, v. 51, n. 1, p. 17-25, 2017.

DUGGAL, M. S. et al. Enamel demineralization in situ with various frequencies of carbohydrate consumption with and without fluoride toothpaste. **J Dent Res**, v. 80, n. 8, p. 1721-4, Aug 2001.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. **J Epidemiol Community Health**, v. 60, n. 5, p. 376-81, May 2006.

FAUSTINO-SILVA, D. D. et al. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Revista Odonto Ciência**, v. 23, n. 4, 2008

FINLAYSON, T. L. et al. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, n. 4, p. 272-81, Aug 2007

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M.; COLUCCI, A. C. [Assessment of food consumption and nutrient intake in clinical practice]. **Arq Bras Endocrinol Metabol**, v. 53, n. 5, p. 617-24, Jul 2009

FISHER-OWENS, S. A. et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. **Pediatrics**, v. 120, n. 3, p. e510-20, Sep 2007.

FREIRE, M.; HARDY, R.; SHEIHAM, A. Mothers' sense of coherence and their adolescent children's oral health status and behaviours. **Community Dent Health**, v. 19, n. 1, p. 24-31, Mar 2002.

FREIRE, M. C.; SHEIHAM, A.; HARDY, R. Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 29, n. 3, p. 204-12, Jun 2001.

GARCIA, R. W. D. Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares; estudo qualitativo em sujeitos submetidos à prescrição dietética Representations on food intake and its implications in nutritional investigations; qualitative study with subjects submitted to dietary prescriptions. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 1, p. 15-28, 2004.

GOETTEMES, M. L. et al. Influence of maternal dental anxiety on the child's dental caries experience. **Caries Res**, v. 46, n. 1, p. 3-8, 2012.

GRANVILLE-GARCIA, A. F. et al. Influence of Oral Problems and Biopsychosocial Factors on the Utilization of Dental Services by Preschool Children. **J Dent Child** (Chic), v. 82, n. 2, p. 76-83, May-Aug 2015

GURURATANA, O.; BAKER, S. R.; ROBINSON, P. G. Determinants of children's oral-health-related quality of life over time. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 42, n. 3, p. 206-15, Jun 2014.

HALLBERG, U. et al. Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist? **Int J Paediatr Dent**, v. 18, n. 1, p. 27-34, Jan 2008.

HARROP, E. et al. **Resilience, coping and salutogenic approaches to maintaining and generating health**: A review. Cardiff: Cardiff University, 2006.

IBGE. Censo demográfico 2010., 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidades> >. Acesso em: 22 nov.

JERKOVIC, K. et al. Differences in oral health behaviour between children from high and children from low SES schools in the Netherlands. **Community Dent Health**, v. 26, n. 2, p. 110, 2009.

LACERDA, V. R. D.; PONTES, E. R. J. C.; QUEIROZ, C. L. D. Relação entre senso de coerência materno, condições socioeconômicas e percepção da saúde bucal. **Estudos de Psicologia**, v.29, n.2, p. 203-208, 2012.

LAGE, C. F. et al. Association between dental caries experience and sense of coherence among adolescents and mothers. **Int J Paediatr Dent**, v. 27, n. 5, p. 412-419, Sep 2017.

LEROY, R. et al. Dental attendance in preschool children - a prospective study. **Int J Paediatr Dent**, v. 23, n. 2, p. 84-93, Mar 2013.

LINDMARK, U.; ABRAHAMSSON, K. H. Oral health-related resources - a salutogenic perspective on Swedish 19-year-olds. **Int J Dent Hyg**, v. 13, n. 1, p. 56-64, Feb 2015.

LINDMARK, U.; HAKEBERG, M.; HUGOSON, A. Sense of coherence and oral health status in an adult Swedish population. **Acta Odontol Scand**, v. 69, n. 1, p. 12-20, Jan 2011.

MACHADO, F. W. et al. Does the Sense of Coherence modifies the relationship of oral clinical conditions and Oral Health-Related Quality of Life? **Qual Life Res**, v. 26, n. 8, p. 2181-2187, Aug 2017.

MACHRY, R. V. et al. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. **BMC Oral Health**, v. 13, p. 60, Oct 31 2013.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **Br J Psychiatry**, v. 148, p. 23-6, Jan 1986.

MATTILA, M. L. et al. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. **J Dent Res**, v. 79, n. 3, p. 875-81, Mar 2000.

MCLENNAN, J. D.; KOTELCHUCK, M.; CHO, H. Prevalence, persistence, and correlates of depressive symptoms in a national sample of mothers of toddlers. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 40, n. 11, p. 1316-23, Nov 2001.

MOHEBBI, S. Z. et al. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. **Int J Paediatr Dent**, v. 18, n. 1, p. 48-55, 2008.

MOLINA MDEL, C. et al. Socioeconomic predictors of child diet quality. **Rev Saude Publica**, v. 44, n. 5, p. 785-32, Oct 2010.

MORRIS, A. J. et al. Patterns of care and service use amongst children in the UK 2003. **Br Dent J**, v. 200, n. 8, p. 429-34, Apr 22 2006.

MOURADIAN, W. E. et al. Beyond access: the role of family and community in children's oral health. **J Dent Educ**, v. 71, n. 5, p. 619-31, May 2007.

NAMMONTRI, O.; ROBINSON, P. G.; BAKER, S. R. Enhancing oral health via sense of coherence: a cluster-randomized trial. **J Dent Res**, v. 92, n. 1, p. 26-31, Jan 2013.

PAKPOUR, A. H. et al. Predictors of oral health-related quality of life in Iranian adolescents: A prospective study. **J Investig Clin Dent**, Apr 6 2017.

PEKER, K.; BERMEK, G.; UYSAL, O. Factors related to sense of coherence among dental students at Istanbul University. **J Dent Educ**, v. 76, n. 6, p. 774-82, Jun 2012.

PERAZZO, M. F. et al. Oral health-related quality of life and sense of coherence regarding the use of dental services by preschool children. **Int J Paediatr Dent**, v. 27, n. 5, p. 334-343, Sep 2017.

PIOVESAN, C. et al. Activity assessment has little impact on caries parameters reduction in epidemiological surveys with preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 41, n. 3, p. 204-11, Jun 2013.

POSSEBON, A. et al. Sense of coherence and oral health in older adults in Southern Brazil. **Gerodontology**, v. 34, n. 3, p. 377-381, Sep 2017

POUTANEN, R. et al. Parental influence on children's oral health-related behavior. **Acta Odontol Scand**, v. 64, n. 5, p. 286-92, Oct 2006

QIU, R. M. et al. Relationship between children's oral health-related behaviors and their caregiver's sense of coherence. **BMC Public Health**, v. 13, p. 239, Mar 19 2013.

RAMOS-JORGE, M. L. et al. Parents' recognition of dental trauma in their children. **Dent Traumatol**, v. 29, n. 4, p. 266-71, Aug 2013.

REDDY, K. S. et al. Correlation of sense of coherence with oral health behaviors, socioeconomic status, and periodontal status. **J Indian Soc Periodontol**, v. 20, n. 4, p. 453-459, Jul-Aug 2016.

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

RODRIGUES, L. A. M. et al. Uso de serviços odontológicos entre pré-escolares: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4247-4256, 2014.

ROSSOW, I. Intrafamily influences on health behavior. A study of interdental cleaning behavior. **J Clin Periodontol**, v. 19, n. 10, p. 774-8, Nov 1992.

SAIED-MOALLEMI, Z. et al. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. **Eur Arch Paediatr Dent**, v. 9, n. 2, p. 79-83, Jun 2008.

SASAHARA, H. et al. Relationship between mothers' gingival condition and caries experience of their 3-year-old children. **Int J Paediatr Dent**, v. 8, n. 4, p. 261-7, Dec 1998.

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

SILAROVA, B. et al. Sense of coherence as a predictor of health-related behaviours among patients with coronary heart disease. **Eur J Cardiovasc Nurs**, v. 13, n. 4, p. 345-56, Aug 2014.

SILVA, A. N.; MENDONCA, M. H.; VETTORE, M. V. A salutogenic approach to oral health promotion. **Cad Saude Publica**, v. 24 Suppl 4, p. s521-30, 2008.

SUOMINEN, S. et al. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: results of 4 years of follow-up of adults. **J Psychosom Res**, v. 50, n. 2, p. 77-86, Feb 2001.

TILLES-TIRKKONEN, T. et al. Determinants of a regular intake of a nutritionally balanced school lunch among 10-17-year-old schoolchildren with special reference to sense of coherence. **J Hum Nutr Diet**, v. 28, n. 1, p. 56-63, Feb 2015.

VISWANATH, D.; KRISHNA, A. V. Correlation between dental anxiety, Sense of Coherence (SOC) and dental caries in school children from Bangalore North: a cross-sectional study. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**, v. 33, n. 1, p. 15-8, Jan-Mar 2015.

WATT, R. G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, n. 1, p. 1-11, Feb 2007.

Apêndices

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Programa de Pós-graduação em Odontologia
Faculdade Odontologia
Universidade Federal de Pelotas



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Investigadora responsável: Profa. Dra. Marina Sousa de Azevedo

Prezadas mães, pedimos o favor de dedicar alguns minutos de seu tempo para ler este comunicado. A Faculdade de Odontologia da UFPel, através do programa de pós-graduação, está realizando o estudo denominado **“Relação entre senso de coerência materno e percepção materna da saúde bucal de mãe/filho, comportamentos em saúde bucal e utilização de serviços odontológicos”**. O objetivo é aumentar o conhecimento sobre fatores que influenciam a saúde bucal das crianças. Para isso, solicitamos sua autorização para que seja realizada uma entrevista com você e para examinar a sua boca e a de seu (sua) filho (filha). Os exames serão realizados com toda segurança e higiene, conforme as normas da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde. Este exame não trará problemas para você nem para seu (sua) filho (filha). Quando este trabalho for apresentado para outras pessoas, elas não saberão seus nomes. Sua colaboração é muito importante. Após receber todas as informações que julgar necessárias, se você quiser, você e seu (sua) filho (filha) participarão deste estudo. Se você quiser alguma informação durante o estudo ou se depois que você já concordou, não quiser mais participar, fale conosco ou telefone para (53) 3225-6741, ramal 127 (Faculdade de Odontologia, Secretaria da Clínica Infantil). Isto não trará nenhum problema para você. Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos em nome de todos que querem melhorar a saúde das nossas crianças. Atenciosamente, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração em Odontopediatria.



Programa de Pós-graduação em Odontologia

Faculdade Odontologia
Universidade Federal de Pelotas



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Investigadora responsável: Profa. Dra. Marina Sousa de Azevedo

Esta pesquisa tem como objetivo aumentar o conhecimento sobre fatores que influenciam a saúde bucal das crianças. Para isso, solicitamos sua autorização para que seja realizada uma entrevista com você e para examinar a sua boca e a de seu (sua) filho (filha). Os exames serão realizados com toda segurança e higiene, conforme as normas da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde. Este exame não trará problemas para você nem para seu (sua) filho (filha). Quando este trabalho for apresentado para outras pessoas, elas não saberão seus nomes.

Como forma de manifestar seu consentimento, pedimos que assine este documento.

Antecipadamente agradecemos a sua participação.

Contato: Faculdade de Odontologia - Secretaria da Clínica Infantil

Prof.^a Marina Sousa de Azevedo

Telefone: (53) 3225-6741 ramal 127

Após ter sido informada sobre as finalidades do estudo, eu, (escrever nome da

responsável) _____,

CONCORDO em participar deste estudo e também AUTORIZO que meu (minha) filho (filha) (nome da criança)

_____,
participe.

Pelotas, ____ de _____ de 2015.

Documento (carteira de identidade ou CPF)

Assinatura da responsável

APÊNDICE B - Questionário

Entrevistador: _____ UBS: _____

QUESTIONÁRIO

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO	Nº
1. Qual o seu nome?[nome do responsável]: _____	[A01]
2. Qual seu telefone? Pedir mais de um telefone: _____	[A02]
3. Qual o nome da criança? _____	[A03]
4. Quantos anos tem a(o) [nome da criança]? _____	[A04]
5. Marque o sexo da criança: (0) Masculino (1) Feminino	[A05]
6. Qual a sua idade? _____	[A06]
7. Até que série você estudou? Série _____ Grau _____ (99)IGN	[A07]
8. [nome da criança] mora com: (0) Pai e mãe (1) Só com a mãe (2) Só com o pai (3) Mãe e outro companheiro (4) Pai e outra companheira (5) Outros, especifique: _____.	[A08]
9. Quem cuida da criança a maior parte do tempo? (0) Mãe (1) Pai (2) Avó (3) Irmãos (4) Outra pessoa	[A09]
10. No mês passado, quanto receberam EM REAIS as pessoas que moram na sua casa (incluindo salários, pensões, mesada, aluguéis, salário desemprego, ticket alimentação, bolsa família, etc.)? _____	[A10]
11. Comparando com crianças da mesma idade da(o) [nome da criança] você considera o estado de saúde geral dele/a : Ler as alternativas (0) Muito bom (1) Bom (2) Regular (3) Ruim (4) Muito ruim (99) IGN	[A11]
BLOCO B – HÁBITOS ALIMENTARES	
Agora vamos falar um pouco sobre alguns hábitos alimentares do(a) [nome da criança]	
12. Quantas vezes ao dia [nome da criança] come alimentos doces ENTRE AS REFEIÇÕES? Ex: bolachas recheadas, balas, pirulitos, chicletes, chocolates, etc. Ler as alternativas (0) Nunca come (1) Menos de 1 vez ao dia (2) Uma vez ao dia (3) Duas vezes ao dia (4) Três vezes ao dia ou mais (99) IGN	[B01]
13. Quantas vezes ao dia [nome da criança] toma bebidas doces como sucos adoçados, sucos artificiais, refrigerantes, leites adoçados, achocolatados prontos (em caixinha) ENTRE AS REFEIÇÕES? Ler as alternativas (0) Nunca toma (1) Menos de 1 vez ao dia (2) Uma vez ao dia (3) Duas vezes ao dia (4) Três vezes ao dia ou mais (99) IGN	[B02]
BLOCO C – A CRIANÇA E SEUS DENTES.	
Agora vamos falar um pouco sobre a saúde bucal do(a) [nome da criança]	
14. Comparando com crianças da mesma idade da(o) [nome da criança] você considera que a saúde da boca e dos dentes dele/a é: Ler as alternativas (0) Muito boa (1) Boa (2) Regular (3) Ruim (4) Muito ruim (99) IGN	[C01]
15. [nome da criança] escova, escovou ou alguém já escovou os dentes dele/a? (0) Não (1) Sim (99) IGN Se (0) → pule para questão 17	[C02]
16. Que opção melhor descreve como [nome da criança] escova seus dentes atualmente? Ler as alternativas (0) Os pais/responsáveis escovam (1) A criança escova, mas o responsável ajuda (2) A criança escova sozinha (3) Outro _____ (88) NSA (99) IGN	[C03]
BLOCO D – CONSULTA COM O DENTISTA.	
Vamos falar um pouco sobre as consultas do(a) seu/sua filho(a) com o dentista	

39. Alguma vez tu pensaste em acabar com a tua vida?		(0)Não	(1) Sim				[F17]
40. Tu te sentiste cansada o tempo todo?		(0)Não	(1) Sim				[F18]
41. Tu sentiste alguma coisa desagradável no estômago?		(0)Não	(1) Sim				[F19]
42. Tu te cansaste com facilidade?		(0)Não	(1) Sim				[F20]
Aqui estão perguntas sobre vários aspectos da sua vida. Cada pergunta tem cinco respostas possíveis. Escolha a opção que melhor expresse a sua maneira de pensar e sentir em relação ao que está sendo falado. Não existem respostas certas ou erradas! (mostrar escala impressa)							
	Um enorme sofrimento e aborrecimento	Um sofrimento e aborrecimento	Nem aborrecimento nem satisfação	Um prazer e satisfação	Um enorme prazer e satisfação		
43. Aquilo que você faz diariamente é:	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	[G21]	
	Sem nenhum objetivo	Com poucos objetivos	Com alguns objetivos	Com muitos objetivos	Repleta de objetivos		
44. Até hoje a sua vida tem sido:	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	[G22]	
		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	
45. Você tem interesse pelo que se passa ao seu redor?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	[G23]	
46. Você acha que você é tratada com injustiça?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	[G24]	
47. Você tem ideias e sentimentos confusos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	[G25]	
48. Você acha que as coisas que você faz na vida têm pouco sentido?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	[G26]	
49. Já lhe aconteceu de ter ficado desapontada com pessoas em quem você confiava?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	[G27]	
50. Você tem sentimentos que gostaria de não ter?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	[G28]	
51. Você tem dúvida se podem controlar seus sentimentos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	[G29]	
52. Já lhe aconteceu de ficar surpreendida com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	[G30]	
53. Em algumas situações, as pessoas sentem-se fracassadas. Você já se sentiu fracassada?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	[G31]	
54. Você sente que está numa situação pouco comum, e sem saber o que fazer?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	[G32]	
	Totalmente errada	Errada	Nem correta e nem errada	Correta	Totalmente correta		
55. Às vezes acontecem coisas na vida da gente que depois achamos que não demos a devida importância. Quando alguma coisa acontece na sua vida, você acaba achando que deu a importância:	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	[G33]	

APÊNDICE C – Manual de instruções para realização das entrevistas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Odontologia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia



Levantamento de Saúde Bucal

MANUAL DE INSTRUÇÕES
ANOTADORES, ENTREVISTADORES E EXAMINADORES

Doutoranda: Denise Paiva da Rosa
Orientadora: Profa. Dra. Marina Sousa Azevedo

Pelotas, 2015

MANUAL DE INSTRUÇÕES

1. TELEFONES PARA CONTATO

Nome	Telefones	e-mail
Denise P. da Rosa	(53) 91657420 (claro e whatsapp) (53) 81461512 (tim)	nisypel@gmail.com

Este manual tem por objetivo esclarecer suas dúvidas e servir de guia para a realização do trabalho de campo. Nele serão discriminadas as etapas da pesquisa e como você deverá proceder em cada uma delas.

2. ORIENTAÇÕES GERAIS

1) O levantamento de dados para este trabalho será realizado no dia 15 de agosto de 2015, durante a Campanha de Vacinação contra poliomielite.

2) Nesse dia, as equipes deverão estar presentes às 7:30 na Faculdade de Odontologia para entrega do material e para o deslocamento até a Unidade Básica de Saúde.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

a) Os critérios para inclusão no estudo são:

- Crianças de 2 a 5 anos (incompletos);
Data de nascimento: 16/08/2010 a 15/08/2013.
- Acompanhas pela mãe;
- Que aparentemente tenham boa saúde geral.

b) Não incluir irmãos. Nesses casos, escolher o irmão que está primeiro na fila (que foi vacinado primeiro). Caso a mãe solicite que o outro irmão seja examinado, pode-se realizar o exame e fornecer o laudo diagnóstico, mas não é necessário registrar na ficha de exame.

4. ETAPAS

1ª) ENTREVISTA COM A MÃE:

a) Ao convidar a mãe para participar da pesquisa o entrevistador deve apresentar-se pelo nome, como estudante da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas e explicar que está sendo desenvolvido um trabalho sobre a saúde bucal de crianças, o qual envolve um **exame bucal rápido da criança e algumas perguntas à mãe** (em torno de 10 minutos) e, então, perguntar se a responsável aceitaria participar, enfatizando a importância de sua participação;

b) Em caso de recusa, deve-se agradecer pela atenção e convidar a próxima mãe e criança na fila ou que tenha recentemente recebido a dose da vacina. Os casos de recusa, bem como os que não preencheram os critérios de inclusão, deverão ser apontados em uma folha que ficará junto com o entrevistador.

c) A mãe e a criança que aceitarem participar devem ser acompanhadas até um local mais reservado. O entrevistador deve inicialmente solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), enfatizando o sigilo da identificação dos dados dos participantes. Entregar uma via do TCLE para a mãe.

d) Durante a entrevista, o entrevistador deve ler as perguntas da forma como estão escritas no questionário. Se for necessário, pode-se explicar o que se quer saber com aquela pergunta.

e) A partir da questão 43, devido ao maior número de opções de resposta, deve se oferecer à mãe as opções impressas, para que ela indique a que melhor se enquadra.

IMPORTANTE:

- ✓ A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas. Nunca demonstre aprovação, censura ou surpresa diante das respostas, para não influenciar a conduta das pessoas.
- ✓ Durante a entrevista, de vez em quando, faça referência ao nome da mãe. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse da entrevistada. Por exemplo: "Dona Maria, vou lhe fazer umas perguntas sobre seu filho..." e não simplesmente "vou lhe fazer umas perguntas sobre seu filho..."

2º) EXAME CLÍNICO

É necessário que os exames sejam realizados conforme os preceitos de biossegurança indicados para trabalhos de campo pela OMS. Todos os membros da equipe devem estar permanentemente atentos e desenvolver práticas coerentes e adequadas em relação à sua proteção e à dos que se submetem aos exames. É importante:

- ✓ Lavar as mãos no início e no final de cada sessão/período de exames, ou quando for necessário;
- ✓ Usar avental, máscara, gorro e luvas;
- ✓ Descartar as luvas no saco de lixo apropriado;
- ✓ Não manipular lápis, borrachas, fichas, pranchetas etc. Tais objetos devem ser utilizados apenas pelo anotador;
- ✓ Quando usar instrumental, fazer o exame e descartá-lo no recipiente adequado, devidamente identificado.

ATENÇÃO!

- A criança não pode ser examinada antes da entrevista para não influenciar nas respostas.
- Avisar a mãe que a criança poderá chorar. É normal!

Os seguintes passos deverão ser seguidos:

a) Inicialmente, anotar o nome da criança na ficha de exame.

b) A criança deve ser conduzida até a cadeira odontológica e posicionada com a cabeça levemente inclinada. As crianças pequenas podem ficar no colo da mãe ou utilizar a técnica "joelho a joelho". O exame será realizado de preferência com o consentimento da criança. Em caso de recusa não insistir e anotar na folha que ficará junto com o examinador, passando-se à próxima criança.

c) O exame será executado com o auxílio de espátula de madeira e a remoção de detritos será realizada com compressas de gazes. Quando necessário, se utilizará sonda OMS e espelho clínico (não teremos sonda e espelho para todos os exames).

d) Após o exame clínico, será entregue à mãe um laudo clínico com a condição bucal da criança, assinalando a situação em que a criança se enquadra. Não esquecer de entregar o balão para a criança.

OBS.: O anotador deve anexar a ficha de exame clínico à entrevista da mãe e ao TCLE e colocar tudo dentro do envelope pardo.

❖ **EXAME DE PRESENÇA DE PLACA (IHOS-modificado):**

Para verificar a presença placa serão consideradas as superfícies vestibulares de seis dentes índices: 55, 61, 65, 75, 81 e 85.

ATENÇÃO! Se:

a- Um dente índice anterior (dente 61 ou 81) estiver ausente: examinar o dente **contra lateral** (ex.: 51 e 71);

b- Um dente posterior (dentes 55, 65, 75 ou 85) estiver ausente: examinar um dente **adjacente** (ex.: 84 e 64).

Placa dental é definida como material orgânico amolecido, levemente aderido à superfície dental. A área da superfície do dente coberta pela placa deve ser estimada pelo exame visual de acordo com os seguintes critérios:

Código	IHOS – Definição para biofilme
0	Nenhum biofilme observado
1	Pouco biofilme, menos de 1/3 da superfície dental coberta
2	Biofilme cobrindo mais de 1/3 e menos de 2/3 da superfície dental
3	Biofilme cobrindo mais de 2/3 da superfície dental
9	Dente índice e substitutos inexistentes ou quando não é possível examinar por algum motivo. Por exemplo: raiz residual, presença de aparelho fixo.



❖ EXAME DE TRAUMA

Para o exame de traumatismo dentário serão considerados somente os incisivos e caninos superiores e inferiores. Os seguintes critérios serão utilizados:

Códigos	Critério do Traumatismo
0	Sem traumatismo
1	Fratura do esmalte
2	Fratura do esmalte e dentina
3	Qualquer fratura e sinais e sintomas de envolvimento pulpar
4	Sem fratura, mas com sinais ou sintomas de envolvimento pulpar
5	Dente perdido devido ao traumatismo
6	Outro dano
9	Impossível avaliar (ex.: perdido por cárie, não erupcionado, não permitiu o exame)

❖ EXAME DA COROA DENTÁRIA

O método para o diagnóstico de cárie será visual com auxílio, quando em caso de dúvida, da sonda da OMS (sonda CPI) para levantamentos epidemiológicos nas superfícies oclusais. O diagnóstico de cárie será realizado através dos seguintes critérios por superfícies:

Cárie dentária	
Códigos	Critérios
Decíduos	
0	Hígido
1	Cariado
2	Restaurado mas com cárie
3	Restaurado e sem cárie
4	Perdido devido à cárie
5	Perdido por outras razões
6	Apresenta selante
7	Apoio de ponte ou coroa
8	Não erupcionado
T	Trauma (fratura)
9	Dente excluído

SUPERFÍCIE HÍGIDA (0): Quando a superfície não apresenta evidência de cárie, tratada ou não. Os estágios de cárie que precedem a cavitação não serão considerados cárie. Assim, uma superfície com os seguintes defeitos deve ser considerada como hígida:

- Manchas brancas ou porosas;
- Manchas com alteração de cor ou rugosidade que não estejam amolecidas;
- Fóssulas ou fissuras pigmentadas no esmalte;

- Áreas escuras, brilhantes, duras, pontilhadas de esmalte em um dente apresentando sinais de fluorose moderada à severa;
- Lesões que parecem ser devidas à abrasão.

SUPERFÍCIE CARIADA (1): A superfície será considerada cariada quando houver uma cavidade inconfundível em fôssula, fissura ou superfície lisa, esmalte socavado ou um assoalho ou parede detectavelmente amolecido. Também são considerados cariados superfícies restauradas com base de óxido de zinco e eugenol e dentes amplamente destruídos em consequência da cárie, com extração indicada (raízes). Quando houver qualquer dúvida a cárie não deverá ser registrada como presente.

SUPERFÍCIE RESTAURADA, MAS CARIADA (2): A superfície é considerada restaurada, com cárie, quando tiver restauração permanente e uma ou mais áreas com cáries, independente de a lesão estar associada ou não à margem da restauração.

SUPERFÍCIE RESTAURADA E SEM CÁRIE (3): Considerar como restaurada, sem cárie, quando existem uma ou mais restaurações presentes e não existe cárie em ponto algum da superfície.

DENTE PERDIDO POR CÁRIE (4): somente perdas em consequência de cárie. Somente será utilizada essa classificação nas crianças em que a esfoliação normal não possa explicar a ausência do dente.

DENTE PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES (5): incluídas razões como traumas, agenesias e esfoliações (inclusive quando o permanente já estiver presente).

SUPERFÍCIE COM SELANTE (6): Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se a superfície possui selante e está cariada, prevalece o código 1(cárie).

Nota: Embora na padronização da OMS haja referência apenas à superfície oclusal, deve-se registrar a presença de selante localizado em qualquer superfície.

APOIO DE PONTE OU COROA (7): Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como 4 ou 5.

DENTE NÃO-ERUPCIONADO (8): Quando o dente decíduo ainda não erupcionou, baseando-se na cronologia de erupção.

TRAUMA (FRATURA) (T): Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie. Restaurações decorrentes de fratura coronária devem ser registrados como Trauma (T).

DENTE OU SUPERFÍCIE EXCLUÍDO (9): Aplicado a qualquer dente ou superfície que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.). Quando há 5 ou mais dentes com bandas o portador será excluído da amostra. Braquetes, em qualquer número, não inviabilizam os exames e, assim, não constituem obstáculo para aproveitamento do elemento amostral.

DENTE SÉPTICO: A presença ou ausência de dente séptico deverá ser registrada através os seguintes critérios:

Códigos	Crítérios
0	AUSENTE
1	PRESENTE = presença de abscesso dentário como inchaço localizado ou fístula, adjacentes ao dente cariado.
9	Impossível avaliar

OBS.: Qualquer dúvida ligar (pode ser a cobrar) ou usar o whatsapp.

Agradecemos a colaboração e interesse em participar desta pesquisa!

"Todos são peças importantes no trabalho em equipe, cada um representa uma pequena parcela do resultado final."

Salvador Faria

Anexo

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relação entre senso de coerência materno e percepção materna da saúde bucal de mãe/filho, comportamentos em saúde bucal e utilização de serviços odontológicos

Pesquisador: Maria Laura Menezes Bonow

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45499115.0.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.089.096

Data da Relatoria: 26/05/2015

Apresentação do Projeto:

Segundo a teoria salutogênica, a saúde é resultado da adaptação efetiva do ser humano às adversidades e o senso de coerência (SOC) representa um atributo essencial para esse processo. O senso de coerência consiste em uma orientação global no sentido de ver a vida estruturada, manejável e com sentido emocional. Quanto maior o senso de coerência, mais efetivamente os indivíduos são capazes de enfrentar as dificuldades da vida e, portanto, manter a própria saúde. Além disso, o SOC influencia os hábitos que interferem diretamente na saúde e os comportamentos adaptativos que podem minimizar a gravidade da doença.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar a influência do senso de coerência (SOC) materno na percepção de saúde bucal e nas atitudes e comportamentos relacionados à saúde bucal dos filhos e à própria saúde.

Objetivo Secundário:

- 1) Verificar a relação entre SOC materno e a percepção da mãe em relação à sua própria saúde bucal e de seu filho.
- 2) Verificar a relação entre o SOC materno e a utilização dos serviços odontológicos pela criança.
- 3) Analisar a relação entre SOC materno e hábitos alimentares das crianças.

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.009.090

- 4) Verificar associação entre SOC materno e higiene bucal dos seus filhos.
- 5) Avaliar a influência do SOC materno no relato de dor odontogênica em pré-escolares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo apresenta riscos mínimos e, caso seja identificado algum problema, será encaminhados. Serão adotadas pela equipe todas as normas de biossegurança durante o exame bucal, e respeitará todos os aspectos éticos relativos a pesquisas com seres humanos.

Benefícios:

A pesquisa propiciará o conhecimento da situação bucal das crianças por suas mães e o encaminhamento para o atendimento odontológico nas UBS, através da carteira odontológica materno-infantil que será entregue, a qual permitirá o agendamento da consulta odontológica. Em relação aos transtornos mentais comuns, as mães que apresentarem possível presença destes transtornos serão encaminhadas para o Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da Universidade Católica de Pelotas. O estudo da relação entre o senso de coerência materno e a saúde bucal poderá indicar uma nova forma de abordagem que objetive a promoção de saúde bucal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é relevante em termos de saúde pública e odontologia, pois agrega percepção de saúde com exame bucal, podendo servir de base para uma nova abordagem em odontologia. A população deste estudo serão as crianças de 2 a 5 anos e suas mães, presentes nas Unidades Básicas de Saúde de Pelotas/RS, durante o dia da Campanha Nacional de Vacinação. As mães responderão um questionário contendo informações demográficas, socioeconômicas, hábitos de higiene e alimentação da criança, utilização de serviços odontológicos pela criança, bem como perguntas relacionadas à saúde bucal da mãe, percepção materna sobre a saúde bucal de seu filho e sua própria saúde e avaliação do senso de coerência materno. Também será realizado exame bucal na criança para verificar as condições de saúde bucal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Endereço: Rua Prof Araújo, 485 sala 301
Bairro: Centro CEP: 96.020-960
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.009.096

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 01 de Junho de 2015

Assinado por:
Patrícia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301
Bairro: Centro CEP: 96.020-380
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

Anexo 2 – Autorização da Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde

Pelotas, 17 de abril de 2015.

Autorização

Fui informado, mediante entrega do resumo do projeto “Relação entre senso de coerência materno e percepção materna da saúde bucal de mãe/filho, comportamentos em saúde bucal e utilização de serviços odontológicos”, sobre os objetivos, metodologia e aspectos éticos. Este será realizado pela doutoranda Denise Paiva da Rosa do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, orientada pelas professoras Maria Laura Menezes Bonow e Marina Sousa de Azevedo.

O trabalho será realizado nos consultórios odontológicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Pelotas, durante a Campanha de Vacinação Infantil. Será aplicado um questionário às mães das crianças de 2 a 5 anos de idade que frequentarem a UBS no(s) dia(s) da Campanha de Vacinação, com perguntas sobre: condições socioeconômicas, utilização de serviços odontológicos, saúde bucal materna e da criança, hábitos de higiene bucal e fatores psicossociais relacionados à mãe. Também será realizado o exame clínico bucal da criança.

Eu, Leandro Leitzke Thurow, supervisor de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas (SMS-Pel), autorizo a realização do trabalho e estou isento da responsabilidade sobre os resultados.



Leandro Leitzke Thurow