

PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL

LORRAINE VILELA DE SOUZA¹

LÍNIA SODRÉ DE OLIVEIRA ABRÃO²

MYRIAN STELLA DE PAIVA NOVAES³

REGINA MARIA TOLESANO LOUREIRO⁴

ALESSANDRA MAIA DE CASTRO⁵

FABIANA SODRÉ DE OLIVEIRA⁵

¹Aluna do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.

²Cirurgiã-dentista especialista em Odontopediatria.

³Professora Associado da Área de Odontologia Pediátrica e Coordenadora do Curso de Especialização em Odontopediatria e Odontologia em Pacientes Especiais.

⁴Professora Titular da Área de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.

⁵Professora Adjunto da Área de Odontologia Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Área de Odontologia Pediátrica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia.
Av. Pará, 1720 Bloco 2G Sala 02 – Campus Umuarama. Uberlândia-MG. CEP: 38405-320.

e-mail: fasoliv@yahoo.com.br

PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL

Resumo

Os objetivos deste estudo foram avaliar a qualidade de vida de crianças com paralisia cerebral (PC) e relacionar com a condição de saúde bucal, e avaliar a percepção dos pais sobre o estado de saúde geral e bucal, e o impacto dos problemas bucais sobre o bem-estar da criança. Foram utilizados dois questionários aplicados na forma de entrevista a 20 pais de crianças de 2 a 6 anos de idade com PC. As crianças foram examinadas por um pesquisador treinado para o registro do índice de placa e de tártaro (IHO-S) e o número de dentes cariados, extraídos e restaurados (ceo). Foi avaliada a relação entre as pontuações do B-ECOHIS e a condição de saúde bucal. A irritação (45,0%) e a dor de dente (25,0%) foram os itens mencionados com maior frequência. Não foram encontradas correlações estatisticamente significantes, entre os escores do B-ECOHIS e condição bucal ($r_s=0,050$; $p<0,05$). Considerando o estado de saúde bucal e geral percebido, respectivamente, 75,0% e 70,0% dos pais o definiram como “bom”. Com relação ao impacto global, 55,0% relataram que o bem estar da criança não foi afetado devido a problemas com dentes ou tratamentos dentários. Os resultados sugerem que o impacto da qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi maior na criança do que na família. De acordo com a percepção dos pais, o estado de saúde geral e bucal das crianças com PC é bom e que o seu bem estar não foi afetado pela condição de saúde bucal.

Palavras- chaves: Qualidade de vida; saúde bucal; pré-escolar.

PARENTAL PERCEPTION ABOUT ORAL HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Abstract

The objectives of this study were to evaluate the quality of life of children with cerebral palsy (CP) and to relate with oral health and to evaluate the perception of parents about the status of general and oral health, and the impact of oral health on the well-being of children. Two questionnaires were used. Both were applied in the form of interview to 20 parents of children with 2 to 6 years old with CP. One pediatric dentistry examined the children's teeth to record the experience of plaque index (IHO-S) and tooth decay (dmft). Also was evaluated the correlation between B-ECOHIS scores and oral health status. The irritation (45.0%) and pain in the teeth (25.0%) were the items more mentioned. B-ECOHIS scores were not significantly correlated with oral health status ($r_s=0,050$; $p<0,05$). Considering the state of oral health and general, 75.0% and 70.0% of parents have defined it as "good". Furthermore, with regard to the global impact, 55.0% reported that the well-being of child was not affected by problems with teeth or dental treatments. The results suggest that according to the parents, the impact of oral health related quality of life was higher on children than in family. Moreover, according to the perceptions of parents, the state of oral and general health of children with cerebral palsy is good and the well-being of the child was not affected by their oral condition.

Key- words: quality of life; oral health; preschool children.

Introdução

O termo paralisia cerebral (PC) tem sido utilizado para descrever uma série de distúrbios neurológicos de caráter não progressivo, cuja expressão clínica essencial é a presença de alterações motoras e de postura, resultantes de uma agressão ao sistema nervoso central em desenvolvimento (dos Santos; Haddad, 2007).

A PC é uma doença crônica e incurável e pode ocasionar prejuízos nas habilidades para as atividades de vida diária, interferir na independência da marcha e dos cuidados de higiene e vestuário, além de limitar as atividades sociais e cognitivas. Essas repercussões da doença impõem a necessidade de assistência médica, paramédica, educacional e social especializadas, ao longo da vida, o que pode ser oneroso tanto para a família como para a comunidade (Morales, 2005).

Nos últimos anos, tem-se verificado um progressivo interesse da comunidade científica em desenvolver melhores estratégias terapêuticas para favorecer as condições de saúde e bem-estar dos indivíduos afetados por doenças crônicas. A possibilidade de conhecer o impacto da doença na qualidade de vida dos indivíduos, ou seja, identificar as áreas nas quais o paciente se sente mais afetado ou mais vulnerável representa um caminho promissor para habilitar a equipe de saúde na busca de recursos mais efetivos (The Whoqol Group, 1995).

Até o final da década de 90, poucos instrumentos de medida estavam disponíveis para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes. O interesse em determinar e medir o impacto da doença na qualidade de vida da criança tem aumentado e pode ser atribuído às mudanças na epidemiologia das doenças da infância: de condições agudas para crônicas, de incuráveis para curáveis ou com tratamento paliativo (Morales, 2005).

Com relação à Odontologia, vários instrumentos têm sido desenvolvidos e testados para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Pabel; Rozier; Slader (2007) criaram o instrumento *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares. O ECOHIS foi desenvolvido a partir da seleção de 13 itens, oriundos dos 36 que compõem o *Child Oral Health Quality of Life Questionnaire* (COHQOL). Tesch; Oliveira; Leão (2008) avaliaram a equivalência semântica entre o ECOHIS e a sua versão em português. O uso de traduções e retraduações que foram avaliadas por especialistas e incorporaram sugestões da população alvo, permitiu obter uma versão

brasileira do ECOHIS (B-ECOHIS) que possui equivalência semântica com o instrumento original.

A saúde bucal é parte da saúde geral e é essencial para a qualidade de vida. Todos os indivíduos devem dispor de uma condição de saúde bucal que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto, e se relacionar com outras pessoas sem constrangimento. As pessoas percebem a importância da saúde bucal para a qualidade de vida sob uma variedade de formas nos domínios físico, social e psicológico, sendo que a capacidade de se alimentar e a ocorrência de dor e desconforto costumam ser consideradas os aspectos positivos e negativos mais relevantes para a qualidade de vida, respectivamente (Tesch; Oliveira; Leão, 2007).

Na infância, a cárie dentária é considerada a doença mais comum dentre aquelas que não regridem espontaneamente e nem são passíveis de cura por intervenções farmacológicas de curto prazo. Os efeitos negativos da cárie dentária sobre a vida das crianças incluem: dificuldade de mastigar, diminuição do apetite, perda de peso, dificuldade para dormir, alteração no comportamento (irritabilidade e baixa auto-estima) e diminuição do rendimento escolar (Tesch; Oliveira, Leão, 2007). Pacientes com PC apresentam índices de cárie e índice de placa significativamente maiores comparados com crianças sem alterações (Guaré, 2001, dos Santos et al., 2003, Costa et al., 2007).

Tradicionalmente, a saúde bucal das crianças tem sido avaliada usando parâmetros clínicos de doença e deformidade. Considerando a relação entre saúde bucal e qualidade de vida, este estudo foi realizado com os seguintes objetivos: avaliar a qualidade de vida de crianças com PC e relacionar com a condição bucal, como também avaliar a percepção dos responsáveis sobre a condição de saúde geral e bucal, e o impacto dos problemas bucais sobre o bem-estar da criança.

2 Material e Métodos

População de estudo

Participaram deste estudo pais e/ou responsáveis e crianças com PC com idades entre 2 e 6 anos. Os participantes foram selecionados no Setor de Pacientes Especiais do Hospital Odontológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (SEPAE-HO-FOUFU).

Foi realizado um levantamento dos prontuários odontológicos de todas as crianças com PC atendidas pelo SEPAE-HO-FOUFU. No dia em que a criança compareceu para a consulta odontológica, os pais e/ou responsáveis foram orientados sobre os objetivos do estudo e todos que concordaram em participar foram incluídos na pesquisa, após a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por um dos pesquisadores, em duas vias.

O projeto de pesquisa foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia sob registro CEP/UFU 308/08.

Aplicação dos questionários

Inicialmente, foi realizada uma entrevista com os pais e/ou responsáveis, incluindo dados sobre a criança (idade, gênero, cor, procedência, escolaridade) e da sua condição clínica (classificação, ausência ou presença de epilepsia, uso de medicamento, tipo de dieta, grau de dependência das atividades da vida diária e hospitalização recente), sobre os pais e/ou responsáveis (grau de parentesco, idade, gênero, estado civil, escolaridade, profissão) e a família (renda familiar e se os pais vivem juntos).

A qualidade de vida das crianças foi avaliada por meio da aplicação da versão final do questionário sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças na idade pré-escolar em português (B-ECOHIS) endereçado aos pais e/ou responsáveis por crianças com PC (Quadro 1) (Tesch; Oliveira; Leão, 2007).

O questionário B-ECOHIS é composto por treze itens originais, sendo que nove avaliam o impacto dos problemas bucais sobre a criança (subescala da criança) e quatro avaliam os problemas bucais da criança sobre a sua família (subescala da família) e mais um sugerido pelo grupo de especialistas (Quadro 1) (Tesch; Oliveira; Leão, 2007).

O método de aplicação dos questionários foi por meio de uma entrevista pessoal para garantir que todas as perguntas fossem respondidas. Antes da aplicação do questionário B-ECOHIS, os pais e/ou responsáveis foram orientados sobre as questões contidas no mesmo, de que elas se referiam à saúde bucal de seus filhos(as); que algumas perguntas poderiam parecer iguais, mas que todas eram diferentes; que algumas poderiam ser sobre problemas que as crianças podiam não ter, mas que a informação era muito importante; que não havia respostas certas ou erradas, caso não tivesse certeza de como responder a uma pergunta, que desse a melhor resposta que conseguisse e fizesse um comentário. Devido à natureza incomum dos problemas de saúde

bucal das crianças pré-escolares, foi solicitado aos pais que considerassem toda a vida da criança ao responder as questões (Tesch; Oliveira; Leão, 2007).

As categorias das respostas foram codificadas: 1 = nunca; 2 = quase nunca; 3 = às vezes (de vez em quando); 4 = com frequência; 5 = com muita frequência; 6 = não sei. O B-ECOHIS foi calculado como uma soma simples dos códigos das respostas para as seções da criança e da família separadamente, após a re-codificação de todas as respostas “não sei” perdidas. Para cada criança foi gerado um escore global de impacto, a partir da soma das pontuações obtidas nos treze itens do questionário (0 a 4, em cada item).

Não foi realizado o teste-reteste, uma vez que o conceito de qualidade de vida é mutável, dependendo das condições do momento de sua aplicação (Tesch; Oliveira; Leão, 2007).

O segundo questionário (Quadro 2) contendo perguntas sobre a percepção dos pais e/ou responsáveis a respeito do estado de saúde geral e bucal das crianças e quanto ao impacto dos problemas bucais sobre o bem estar (Tesch, 2006) das mesmas também foi aplicado sob forma de entrevista (Tesch, 2006). As respostas foram obtidas por meio de uma escala ordinal.

Quadro 1 - Questionário sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal na idade pré-escolar (B-ECOHIS)

| |
|---|
| 1. Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)? |
| 2. Sua criança já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? |
| 3. Sua criança já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? |
| 4. Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? |
| 5. Sua criança já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? |
| 5b. Sua criança já deixou de fazer alguma atividade diária (ex.: brincar, pular, correr, ir à creche ou escola etc.) devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? |
| 6. Sua criança já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? |
| 7. Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? |

| | |
|---|---|
| 8. Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? | |
| 9. Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? | |
| 10. Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? | |
| 11. Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? | |
| 12. Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? | |
| 13. Sua criança já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família? | |
| Padrão de resposta: | (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Com frequência (5) Com muita frequência (6) Não sei |

Quadro 2 – Questionário contendo critérios subjetivos utilizados para avaliar a percepção dos pais sobre o estado de saúde bucal, geral e o impacto global sobre a saúde da criança

| HIPÓTESE | VARIÁVEL | MENSURAÇÃO |
|---|---------------------------------|---|
| 1) Pais de crianças que tenham mais impactos resultantes de problemas bucais, detectados pelo ECOHIS, devem perceber a saúde bucal das mesmas, medida por uma escala global como pior, quando comparados com pais de crianças com um número menor de impactos. (scores mais altos no ECOHIS/scores mais altos no item relativo à saúde bucal percebida) | Estado de saúde bucal percebido | Comparando com outras crianças da mesma idade, como você considera o estado de saúde bucal (dentes e gengivas) da sua criança? Muito bom (1) Bom (2) Nem ruim nem bom (3) Ruim (4) Muito ruim (5) |

| | | |
|--|--|--|
| <p>2) Pais de crianças que tenham mais impactos resultantes de problemas bucais, detectados pelo ECOHIS, devem perceber a saúde geral das mesmas, medida por uma escala global como pior, quando comparados com pais de crianças com um número menor de impactos. (escores mais altos no ECOHIS/escores mais altos no item relativo a saúde geral percebida)</p> | <p>Estado de saúde geral percebido</p> | <p>Comparando com outras crianças da mesma idade, como você considera o estado de saúde geral da sua criança?</p> <p>Muito bom (1) Bom (2) Nem ruim nem bom (3) Ruim (4) Muito ruim (5)</p> |
| <p>3) Há correlação positiva entre os escores obtidos no ECOHIS e os escores relativos a percepção dos pais sobre o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das crianças, medidos por uma escala global (escores mais altos no ECOHIS/escores mais altos no item relativo ao impacto global dos problemas bucais)</p> | <p>Impacto global percebido</p> | <p>Do nascimento até agora, o quanto o bem estar de sua criança foi afetado por causa de problemas com os dentes ou tratamentos dentários?</p> <p>Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)</p> |

Exame clínico

O exame clínico da condição da cavidade bucal foi realizado por um único pesquisador previamente calibrado, realizado com a criança sentada na cadeira odontológica no SEPAE-HO-FOUFU no dia do atendimento. A condição bucal foi avaliada quanto à higiene bucal e a ausência/presença de cárie dentária.

O índice de placa foi avaliado usando o índice de higiene oral simplificado (IHO-S), por ser prático e de execução rápida. O exame foi realizado com espelho bucal e sonda exploradora. O índice médio individual só foi estabelecido na presença de pelo menos dois

dentes-índices ou substitutos, sendo o resultado da soma dos códigos de cada dente dividido pelo total de dentes examinados. Apenas dentes totalmente irrompidos foram considerados.

Para a avaliação da cárie dentária foi utilizado o índice ceo (dentes cariados – c; com extração indicada – e; obturados – o) (Pinto, 2000) e os dados coletados anotados em uma ficha específica de acordo com os critérios e códigos utilizados para o índice.

O exame foi realizado sob iluminação adequada. Os dentes foram limpos e secos com gaze, examinados utilizando espelho bucal e sonda exploradora com cuidado e apenas para a remoção de resíduos ou de biofilme dentário sem exercer pressão. Inicialmente, foi realizado o diagnóstico da condição dentária, informando se o dente estava hígido, cariado ou com extração indicada. Foi anotado como dente cariado toda lesão de cárie existente, esteja ela em esmalte ou em dentina.

Uma vez que todas as crianças selecionadas para a pesquisa já estavam em tratamento odontológico, todos os procedimentos preventivos, restauradores e cirúrgicos foram realizados quando necessário.

Os dados foram tabulados segundo conjuntos de categorias descritivas, o que permitiu a classificação em uma distribuição de frequências. Com o objetivo de verificar a existência ou não de correlações estatisticamente significantes foi aplicado o coeficiente de correlação por Postos de Spearman, aos escores obtidos no questionário de qualidade de vida B-ECOHIS, ao índice ceo e ao IHO-S. O nível de significância foi estabelecido em 0,05, em um teste bilateral.

Resultados

População de estudo

Do total de 25 prontuários odontológicos selecionados, 20 pais e/ou responsáveis pelas crianças com PC compareceram ao SEPAE-HO-FOUFU e concordaram em participar da pesquisa. Os outros cinco restantes não foram encontrados por meio do telefone que constava no prontuário e também não compareceram no setor durante o período de realização do estudo. A mãe correspondeu a 90% dos entrevistados que responderam o questionário e era também o cuidador principal da criança (Tabela 1).

A idade da mãe variou entre 23 a 44 anos, sendo que 15 (75,0%) eram do lar e 10 (50,0%) com nível de escolaridade ensino fundamental incompleto (Tabela 1). A renda familiar

mensal variou de um a três salários mínimos. Cinco (25,0%) famílias recebiam um salário, 3 (15,0%) um salário e meio, 6 (30,0%) recebiam dois salários e 2 (10,0%) três salários. Quatro (20,0%) famílias não forneceram esta informação.

Das 20 crianças que fizeram parte do estudo, 11 (55,0%) eram meninas e 9 (45,0%) meninos. A idade variou de 2 anos e 2 meses a 6 anos e 1 mês, com idade média de 4,22 anos. Com relação ao ensino, 30,0% freqüentavam o regular, 35,0% especial e 35,0% não estudavam. Com relação ao diagnóstico de PC e a classificação clínico-anatômica do comprometimento motor, 70,0% dos pais e/ou responsáveis não souberam responder. Os dados das 6 (30,0%) restantes constavam no prontuário odontológico. A epilepsia estava presente em apenas 25,0% das crianças. 30,0% usavam algum tipo de medicamento. Em 90,0%, a dieta era oral e 55,0% apresentavam grau de dependência severo (Tabela 2).

Respostas do questionário B-ECOHIS

Considerando apenas as perguntas relativas às crianças (questões de 1 a 9), 12 (60,0%) crianças apresentaram impacto na qualidade de vida devido à problemas com os dentes ou tratamentos dentários realizados. Do total, 9 (45,0%) crianças apresentaram pelo menos um impacto “às vezes” e 3 (15,0%) pelo menos um impacto “muita frequência”. Em 4 (20,0%) crianças, o impacto “às vezes” se repetiu pelo menos uma vez.

A irritação (45,0%) e a dor de dente (25,0%) foram os impactos mais mencionados (Tabela 3).

Em três itens do questionário (dificuldade para pronunciar, falta à escola e evitou falar), para 6 (30,0), 4 (20,0) e 7 (35,0) crianças, respectivamente, não foram obtidas respostas, porque eles não se aplicavam as crianças em questão (Tabela 3).

Considerando apenas as perguntas relativas à família (questões de 10 a 13), 6 (30,0%) pais apresentaram impacto na qualidade de vida devido à problemas com os dentes ou tratamentos dentários de seus filhos. Do total, 4 (20,0%) pais apresentaram pelo menos um impacto “às vezes”, 2 (10,0%) com “frequência” e 1 (5,0%) com “muita frequência”. Apenas 5 (25,0%) e 1 (5,0%), dos entrevistados relataram que ficaram aborrecidos ou sentiram-se culpados, respectivamente (Tabela 3).

Considerando o questionário como um todo, 60,0% das crianças e suas famílias apresentaram pelo menos um impacto às vezes, com frequência ou com muita frequência (Tabela 3).

Para cada criança, foi gerado um escore global de impacto, a partir da soma das pontuações obtidas nos 13 itens dos questionários (0 a 4, em cada item). Os valores encontrados variaram de 0 a 24 (média 5,4, dp 5,9) e a sua distribuição foi maior para os escores de 0 a 5. Do total 11 (55,0%), 6 (30,0%), 2 (10,0%) e 1 (5,0%) das crianças apresentaram escores de 0 a 3, 6 a 19, 11 a 14 e 24, respectivamente (Figura 1).

Respostas do questionário sobre a percepção do estado de saúde bucal, geral e impacto global

De acordo com a percepção dos responsáveis, o estado bucal e o de saúde geral foram considerados como “bom” para 75,0% e 70,0% dos entrevistados, respectivamente (Tabela 4). Por outro lado, no que se refere ao impacto global percebido, 55,0% relataram que o bem estar da criança não foi afetado devido a problemas com dentes ou tratamentos dentários e de acordo com 25,0%, “muito pouco” (Tabela 5).

Exame clínico

O índice ceo-d médio e o IHO-S médio foram, respectivamente, 4,3 (dp: 5,4) e 1,1 (dp: 0,3). A média de dentes decíduos cariados foi maior do que a de dentes decíduos restaurados e extraídos (Tabela 6).

Das 20 crianças examinadas, 9 (45,0%) não apresentavam dentes cariados, extraídos ou obturados. Das 11 restantes, 3 (15,0%) apresentavam dentes cariados, extraídos ou obturados, 2 (10,0%) apresentavam dentes cariados e obturados, 4 (20,0%) dentes cariados e 2 (10,0%) dentes restaurados.

As crianças que não apresentavam experiência de cárie (índice ceo-d = 0), o escore médio do B-ECOHIS foi 4,44 (dp: 8,42) e as que apresentavam, o escore médio do B-ECOHIS foi 6,18 (dp: 7,29).

Todos os questionários foram aceitos para a realização da análise estatística. De acordo com os resultados demonstrados na Tabela 6, não foram encontradas correlações, estatisticamente significantes entre os valores das variáveis analisadas.

Discussão

A qualidade de vida relacionada à saúde é um importante componente auxiliar aos indicadores clínicos na avaliação da saúde do paciente. Isto se torna ainda mais relevante em pacientes infantis com doenças crônicas, em que a cura da doença não é possível (Buczynski et al., 2008).

O uso de instrumentos que relacionam saúde bucal com a qualidade de vida tem sido freqüente em pesquisas odontológicas. Porém, a maioria desses estudos refere-se à população adulta, principalmente devido às dificuldades de desenvolvimento e validação dessas medidas para a população infantil (Piovesan et al., 2009).

Alguns instrumentos foram desenvolvidos especificamente para crianças, uma vez que a percepção de adultos e crianças sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida é diferente (Jokovic et al., 2002; Guerunpong et al., 2004; Broder et al., 2005; Pahel et al., 2007,). Neste estudo, foi usada a versão brasileira do questionário ECOHIS, por apresentar boas propriedades psicométricas, sendo considerado um instrumento apropriado para acessar o impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida das crianças brasileiras com idades entre dois e cinco anos (Tesch, 2005).

Apenas 20 pares (pais e/ou responsáveis e seus filhos) participaram do estudo. Embora a amostra seja pequena, ela representa 80,0% da amostra total, uma vez que apenas 25 prontuários odontológicos eram de crianças com PC menores de 6 anos de idade atendidas no SEPAE – HO – FOUFU. Com relação à faixa etária, apesar do instrumento B-ECOHIS ser indicado para as idades entre dois e cinco anos, foram incluídas apenas duas crianças com 6 anos de idade, porque ambas apresentavam apenas dentes decíduos. Com relação ao gênero, a amostra apresentou-se bastante homogênea (Tabela 2).

Como em outros estudos (Morales, 2005; Tesch, 2005) o questionário foi aplicado na forma de entrevista, levando-se em conta o baixo nível de escolaridade da população brasileira em geral, assim como da amostra estudada (Tabela 1). A aplicação do instrumento na forma de auto-preenchimento, muitas vezes, leva a perda de informações importantes.

De acordo com o estudo realizado por Majnemer et al. (2007) a qualidade de vida de crianças com PC é altamente variável, sendo que metade experimenta qualidade de vida semelhante a crianças com desenvolvimento normal. As limitações motoras e outras limitações de atividade são indicadores de bem-estar físico, mas não psicossocial. A qualidade de vida das

crianças com PC também está fortemente associada com o dano. Entretanto, dependendo das áreas da vida, as crianças com danos mais severos (em termos de função motora e capacidade intelectual) nem sempre possuem a pior qualidade de vida (Arnaud et al., 2008). Embora 55,0% da amostra estudada apresentassem um grau de dependência severo, não foi possível associar a classificação da PC com os escores do B-ECOHIS, uma vez que, poucos pais souberam responder a este dado e ele também não estava disponível no prontuário de todas as crianças participantes.

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em crianças tem sido obtida, em geral, por meio de um representante, mais freqüentemente os pais, o que pode gerar controvérsias, pois a perspectiva destes nem sempre corresponde à da criança (Morales, 2005). No entanto, a presença de um representante respondendo aos questionários, pode ser de grande importância para abordar crianças tanto menores de 12 anos de idade quanto com dificuldades no aprendizado ou com comprometimento por enfermidade que impossibilite a obtenção de resposta (White-Koning et al., 2005), como neste estudo. Sendo assim, a medida de qualidade de vida pela perspectiva da própria criança com PC, embora de grande importância, constitui um desafio diante das limitações impostas pela doença (Bjornson; McLaughlin, 2001).

De acordo com Jokovic et al. (2004), apesar de alguns pais terem conhecimento limitado sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de seu filho, as informações dadas por eles são úteis, mesmo que incompletas. Além disso, mesmo que as crianças tenham capacidade de responder ao questionário, as mães têm uma influência importante sobre as decisões de saúde de seus filhos (Piovesan et al., 2008). Neste estudo, por se tratar de crianças com PC, e, portanto incapazes de responder ao questionário, as respostas foram obtidas pelos pais e/ou responsáveis, sendo respondidas principalmente pelas mães (Tabela 1). Além disso, a baixa frequência de respostas “não sei” sugere que os pais e/ou responsáveis não demonstraram dificuldade em responder sobre a saúde bucal de seus filhos (Tabela 3). Este dado também foi observado por Tesch (2005).

Os itens quatro e nove do questionário B-ECOHIS abordam, respectivamente, a dificuldade da criança em pronunciar qualquer palavra e falar. Nestes itens, 6 (30,0%) e 7 (35,0%) pais e/ou responsáveis não responderam a esta questão, uma vez que ela não se aplicava a criança. Isso se deve em parte tanto pela faixa etária estudada como também pela doença, uma

vez que a criança portadora de PC é com frequência acometida por incapacidades múltiplas, dentre elas a fala.

Considerando apenas as perguntas relativas às crianças, 12 (60,0%) crianças apresentaram pelo menos um impacto “às vezes”, “com frequência” ou com “muita frequência” na qualidade de vida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários (Tabela 3). Estes resultados foram maiores que os obtidos por Tesch (2005) que aplicou o mesmo questionário em 150 crianças saudáveis e constatou que 43,3% apresentaram pelo menos um impacto, devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários. Esta diferença pode estar relacionado ao fato de que neste estudo participaram crianças com PC.

Com relação aos itens mencionados com maior frequência, a irritação e a dor de dente foram os mais citados (Tabela 3). Estes resultados foram semelhantes ao estudo de Tesch (2005) que observou que a dor, a irritação e a dificuldade para comer foram os impactos mencionados com maior frequência. Entretanto, no presente estudo, a dificuldade para comer foi observada apenas em 3 (15,0%) crianças, apesar da dieta ser na maioria dos casos por via oral (Tabela 2).

Instrumentos desenvolvidos para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças também deve investigar o impacto destes problemas sobre a qualidade de vida da família, já que são fatores inseparáveis. Neste estudo, considerando apenas as perguntas relativas ao impacto sobre a família, 30,0% apresentou pelo menos um impacto, sendo que o item “ficou aborrecido” foi o impacto mais frequentemente mencionado (Tabela 3). No estudo realizado por Tesch (2005), este item juntamente com o “sentiu-se culpado” foram os impactos mais citados. Com relação aos itens “faltou ao trabalho” e “teve impacto financeiro” praticamente não houve nenhum impacto. Isso se deve ao fato da maioria das mães ficarem em casa tomando conta de seus filhos (Tabela 1), como também de serem atendidas por um serviço público.

Considerando o questionário como um todo (itens 1 a 13), 12 (60,0%) crianças e suas famílias apresentaram pelo menos um impacto “às vezes”. Os resultados mostraram que a frequência de impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal sobre a criança foi o dobro do impacto sobre a família.

Em relação às informações (Tabelas 4 e 5) a respeito da percepção dos responsáveis sobre o estado de saúde geral e bucal, e do impacto dos problemas bucais sobre o bem estar das crianças, nota-se que a maioria dos pais (75,0% e 70,0%) consideram que seus

filhos (as) possuem, respectivamente, “boa” saúde bucal e geral em relação a outras crianças da mesma faixa etária. Por outro lado, 55,0% relataram que “nada” e 25,0% “muito pouco” do bem estar da criança foi afetado devido a problemas com dentes ou tratamentos dentários. A partir desta avaliação, designada com o objetivo de validação do questionário B-ECOHIS, torna-se visível uma correlação, pois a maioria das respostas referentes aos dois questionários tende a um aspecto positivo. Essa observação vai de encontro ao estudo realizado por Tesch (2006), onde também se encontrou uma correlação positiva entre os escores do ECOHIS e o estado de saúde geral e bucal das crianças, medida segundo a percepção dos entrevistados.

Crianças com PC apresentam uma maior prevalência de cárie na dentição decídua (Guaré; Ciamponi, 2003) e um número significativamente maior de dentes com superfícies restauradas, perdidas ou cariadas na dentição permanente, como também um maior índice de placa comparado a crianças sem necessidades especiais (dos Santos et al., 2003). Neste estudo, a média de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados foi moderado (4,30; dp: 5,4). O número médio de dentes cariados foi maior que os extraídos e restaurados (Tabela 6). O IHO-S médio foi 1,1.

Ao exame clínico, 9 (45,0%) crianças não apresentavam cárie, no entanto, em 5 (25,0%), foi observada pelo menos um impacto no questionário B-ECOHIS. Feitosa; Colares e Pinkham (2005) também encontraram impacto em crianças livres de cárie e sugeriram a possibilidade destes impactos serem provenientes de problemas associados à erupção ou à exfoliação dentária. Sabe-se que a PC tem um importante impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde da criança e adolescente, incluindo o bem-estar físico, emocional e social, pela percepção do responsável (Morales, 2005). Sendo assim, crianças portadoras de PC, mesmo livres de cárie, podem apresentar impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Neste estudo, não foi observada correlação significativa entre a condição bucal por meio dos índices de cárie e de placa com os escores B-ECOHIS. Os dados do presente estudo foram diferentes dos encontrados por Tesch (2005), no qual os resultados do B-ECOHIS correlacionaram-se significativamente com as condições de saúde bucal.

Portanto, ter conhecimento de que os problemas bucais e seus tratamentos causam impactos negativos sobre a qualidade de vida da criança e de seus responsáveis é essencial. Assim, podemos elaborar estratégias que permitam tratar os problemas de saúde bucal das crianças de forma mais ampla, valorizando a implicação destes problemas no contexto de vida da

criança e também de seus familiares. Esta conduta certamente valoriza o aspecto humano de nossa profissão (Tesch, 2005).

Conclusões

Com base nos resultados obtidos, pôde-se concluir que:

- de acordo com pais, o impacto dos problemas bucais e de seus tratamentos na qualidade de vida foi maior sobre as crianças do que sobre a família;
- de acordo com a percepção dos pais, o estado de saúde geral e bucal das crianças com paralisia cerebral é bom e que o bem estar da criança não foi afetado pela sua condição bucal;
- não foi observada correlação significativa entre a condição bucal por meio dos índices de cárie e de placa com os escores B-ECOHIS;
- Mais pesquisas devem ser realizadas para avaliar a qualidade de vida de crianças com PC

Referências

ARNAUD, C. et al. Parent-reported quality of life of children with cerebral palsy in Europe. **Pediatrics**, Toulouse, v. 121, n. 1, p.54-64, Jan. 2008.

ASSUMPCAO JR., F. B. et al. Escala de avaliação de qualidade de vida: (AUQEI - Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé) validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 119-127, 2000.

BJORNSON, K. F.; McLAUGHLIN, J. F. The measurement of health-related quality of life (HRQL) in children with cerebral palsy. **European J. Neurology**, Oxford, v. 8, p. 183-193, Nov. 2001. Supplement 5. Review.

BRODER H. L.; McGRATH, C.; CISNEROS, G. J. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the child oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35 (Suppl 1), p. 8-19, 2007.

BUCZYNSKI, A. K.; CASTRO, G. F.; SOUZA, I. P. R. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.6, p.1797-1805, 2008.

CASTRO, R. A. L.; PORTELA, M. C.; LEÃO, A. T. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 23, n.10, p. 2275-2284, out. 2007.

COSTA, M. H. P.; COSTA, M. A. B. T.; PEREIRA, M. F. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um centro de odontologia do Distrito Federal, **Com. Ciências Saúde**, v.18, n.2, p.129-139, 2007.

dos SANTOS, M. T. B. R.; HADDAD, A. S. IN: HADDAD, A. S. e cols. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. Livraria Santos Editora Ltda. 2007. Cap. 16, p.163-178.

dos SANTOS. M. T. B. R. et al. Oral conditions in children with cerebral palsy. **J. Dent. Child.**, São Paulo, v. 70, p. 40-46, 2003.

T

FEITOSA, S. COLARES, V.; PINKHAM, J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. **Cad Saude Publica.**, v.21, n.5, p.1550-1556, 2005.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.33-38, 2000.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.19-28, 1999.

GOMES, D. C. Adaptação e validação para língua portuguesa do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida - "50 - item, parent complete short form, Child Health Questionnaire (CQH_PF50)." 2001. 96f. **Dissertação** (Mestrado em Clínica Médica) Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2001.

GUARÉ R. de O., CIAMPONI, A. L. Dental caries prevalence in the primary dentition of BBBcerebral-palsied children. **J. Clin. Pediatr. Dent.**, University of São Paulo v.27, n.3, p.287-292, Spring 2003.

GUERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. Developing and evaluating and oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. **Community Dent Health**, v.21, n.2, p.161-169, Jun. 2004.

JOKOVIC, A et al. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. **J. Dent Res**, University of Toronto, v. 81, n.7, p. 459-463, 2002.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; GUYATT, G. How well do parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. **Quality of life Research**, v.13, p.1297-1307, 2004.

MACKIE, P. C. O.; JESSEN, E. C. O.; JARVIS, S. N. The lifestyle assessment questionnaire: an instrument to measure the impact of disability on the lives of children with cerebral palsy and their families. **Child: care, health and development**, Oxford, v. 24, n. 6, p. 473-486, Nov. 1998.

MAJNEMER, A. et al. Determinants of life quality in school-age children with cerebral palsy. **J. Pediatr.**, v.151, p.47-475, 2007.

MORALES, N. M. Ol.. Avaliação transversal da qualidade de vida em crianças e adolescentes com paralisia cerebral por meio de um instrumento genérico (CHQ-PF50). 119f. 2005. **Dissertação** (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

MUGAYAR, L. R. F.. Pacientes portadores de necessidades especiais. **Manual de Odontologia e saúde oral**. São Paulo: Pancast, 2000.

PAHEL, B. T.; ROZIER, R. G.; SLADE, G. D. Parental perceptions of children's oral health: The early childhood oral health impact scale (ECOHIS). **Health and Quality of Life Outcomes.**, University of North Carolina, v.5, n.6, 2007.

PINTO, V. G. Identificação dos problemas. **In: Saúde bucal coletiva**. 4 ed. São Paulo: Editora Santos; 2000 Cap.5. p.139-222.

PIOVESAN, C. et al. Oral health-related quality of life in children: Conceptual issues. **Rev. odonto. Ciênc.**, Rio Grande do Sul, v.24, n.1, p.81-85, 2009.

TESCH, F. C. Adaptação para o português de um instrumento para a avaliação do impacto dos problemas bucais em pré-escolares. **Dissertação** (Mestrado em Odontopediatria)-Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2006. 117 p.

TESCH, F. C.; OLIVEIRA, B. H.; LEAO, A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, 2007.

TESCH, F. C.; OLIVEIRA, B. H.; LEAO, A. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p.1897-1909, Ago. 2008.

THE WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, Nov. 1995.

WHITE-KONING, M. et al. Subjective quality of life in children with intellectual impairment - how can it be assessed? **Developmental Medicine and Child Neurology**, London, v. 47, n.4, p.281-287, April 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **International classification of functioning, disability and health**. Geneva, 2002.

Tabela 1 – Características da família

| Características | n (%) |
|---------------------------------|-----------|
| Grau de parentesco | |
| - Mãe | 18 (90,0) |
| - Avó | 2 (10,0) |
| Cuidador: | |
| - Mãe | 18 (90,0) |
| - Avó | 2 (10,0) |
| Idade materna: | |
| - 23 a 30 anos | 11 (55,0) |
| - 31 a 40 anos | 7 (35,0) |
| - 41 a 44 anos | 2 (10,0) |
| Ocupação: | |
| - do lar | 15 (75,0) |
| - serviços gerais | 3 (15,0) |
| - autônoma | 2 (10,0) |
| Escolaridade: | |
| - Ensino fundamental incompleto | 10 (50,0) |
| - Ensino fundamental completo | 3 (15,0) |
| - Ensino médio completo | 6 (30,0) |

| | |
|------------------------------|-----------|
| - Ensino superior incompleto | 1 (5,0) |
| Estado civil: | |
| - Solteira | 7 (35,0) |
| - Casada | 11 (55,0) |
| - Relação estável | 2 (10,0) |
| Renda familiar mensal: | |
| - 1 salário mínimo | 5 (25,0) |
| - 1 salário e meio | 3 (15,0) |
| - 2 salários | 6 (30,0) |
| - 3 salários | 2 (10,0) |
| - não responderam | 4 (20,0) |

Tabela 2 – Características das crianças

| Características | n (%) |
|------------------------|--------------|
| Gênero: | |
| - Feminino | 11 (55,0) |
| - Masculino | 9 (45,0) |
| Idade média (anos) | 4, 22 |
| Ensino: | |
| - Especial | 7 (35,0) |
| - Regular | 6 (30,0) |
| - Não estudam | 7 (35,0) |
| Classificação: | |
| - Espástico | |
| - Hemiparético | 2 (10,0) |
| - Tetraparético | 3 (15,0) |
| - Extrapiramidal | 1 (5,0) |
| - Atáxico | |
| - Não sabiam | 14 (70,0) |
| Epilepsia: | |
| - Ausente | 15 (75,0) |
| - Presente | 5 (25,0) |
| Uso de medicamentos: | |
| - Sim | 6 (30,0) |
| - Não | 14 (70,0) |
| Tipo de dieta | |
| - oral | 18 (90,0) |
| - oral e sonda | 1 (5,0) |
| - gastrostomia | 1 (5,0) |
| Grau de dependência: | |
| - ausente | 1 (5,0) |
| - leve | 1 (5,0) |
| - moderada | 7 (35,0) |

| | |
|-------------------------|-----------|
| - severa | 11 (55,0) |
| Hospitalização recente: | |
| - Sim | 2 (10,0) |
| - Não | 18 (90,0) |

Tabela 3 - Respostas do questionário B-ECOHIS.

| Sub-escala | Itens do questionário | Frequência absoluta (porcentual) dos diferentes impactos | | | | | | |
|------------|-----------------------------|--|--------------|-------------|----------------|----------------------|-------------|--|
| | | Nunca | Quase nunca | Às vezes | Com frequência | Com muita frequência | Não sei | |
| Criança | Dor de dente | 7 (35,0) | 2 (10,0) | 3 (15,0) | | 2 (10,0) | 4 (20,0) | |
| | Dificuldade para beber | 15 (75,0) | 1 (5,0) | 1 (5,0) | | 3 (15,0) | | |
| | Dificuldade para comer | 15 (75,0) | 1 (5,0) | 2 (10,0) | 1 (5,0) | | 1 (5,0) | |
| | Dificuldade para pronunciar | 13 (65,0) | | | | | 1 (5,0) | |
| | Falta à escola | 10 (50,0) | 3 (15,0) | 3 (15,0) | | | | |
| | Prejuízo Atividade diária | 18 (90,0) | 1 (5,0) | 1 (5,0) | | | | |
| | Dificuldade para dormir | 15 (75,0) | 4 (20,0) | 1 (5,0) | | | | |
| | Irritação | 9 (45,0) | 2 (10,0) | 5 (25,0) | 2 (10,0) | 2 (10,0) | | |
| | Evitou sorrir | 19 (95,0) | | 1 (5,0) | | | | |
| | Evitou falar | 13 (65,0) | | | | | | |
| | Família | Ficou aborrecido | 14 (70,0) | 1 (5,0) | 2 (10,0) | 2 (10,0) | 1 (5,0) | |
| | | Sentiu-se culpado | 18 (90,0) | 1 (5,0) | | 1 (5,0) | | |

| | | | | | | |
|--|------------|--------|-------|-------|--|--|
| | Faltou ao | 18 | 1 | 1 | | |
| | trabalho | (90,0) | (5,0) | (5,0) | | |
| | Impacto | 19 | | 1 | | |
| | financeiro | (95,0) | | (5,0) | | |

Tabela 4 - Frequência absoluta (porcentual) da percepção dos pais quanto ao estado de saúde bucal e geral

| Resposta | Estado de saúde bucal | Estado de saúde geral |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| Muito bom | 2 (10) | 4 (20) |
| Bom | 15 (75) | 14 (70) |
| Nem ruim, nem bom | 1 (5) | 0 |
| Ruim | 1 (5) | 2 (10) |
| Muito ruim | 1 (5) | 0 |

Tabela 5 - Frequência absoluta (porcentual) do impacto global

| Resposta | Impacto global percebido |
|-----------------|---------------------------------|
| Nada | 11 (55) |
| Muito pouco | 5 (25) |
| Mais ou menos | 3 (15) |
| Bastante | 1 (5) |
| Extremamente | 0 |

Tabela 6 – Número de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados

| Composição do índice de cárie | Valores | |
|-------------------------------|---------|---------------|
| | Média | Desvio Padrão |
| Cariado | 2,65 | 4,20 |
| Extraído | 0,20 | 0,52 |
| Obturado | 1,45 | 2,70 |
| | 4,30 | 5,4 |

Tabela 7 – Índice ceo-d, IHO-S e escores totais do B-ECOHis.

| Criança | ceo-d | IHO-S | B-ECOHis |
|---------|-------|-------|----------|
| 1 | 4 | 1 | 0 |
| 2 | 0 | 1,5 | 0 |
| 3 | 0 | 0,83 | 0 |
| 4 | 14 | 1,16 | 1 |

| | | | |
|----|----|------|----|
| 5 | 4 | 1 | 1 |
| 6 | 0 | 1,33 | 1 |
| 7 | 2 | 1,33 | 2 |
| 8 | 11 | 1,33 | 2 |
| 9 | 7 | 1 | 2 |
| 10 | 0 | 1 | 3 |
| 11 | 0 | 1,66 | 3 |
| 12 | 0 | 1,16 | 6 |
| 13 | 6 | 0,33 | 6 |
| 14 | 10 | 1,33 | 7 |
| 15 | 0 | 1,33 | 8 |
| 16 | 0 | 0,99 | 8 |
| 17 | 2 | 1,66 | 9 |
| 18 | 0 | 0,66 | 11 |
| 19 | 18 | 1,33 | 14 |
| 20 | 8 | 1 | 24 |

Tabela 8 – Valores de r_s e das probabilidades obtidas com a aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman as variáveis analisadas.

| Variáveis analisadas | Valores de r_s | Probabilidades |
|----------------------|------------------|----------------|
| B-ECOHis x ceod | 0,050 | 0,834 |
| B-ECOHis x IHO-S | 0,038 | 0,875 |

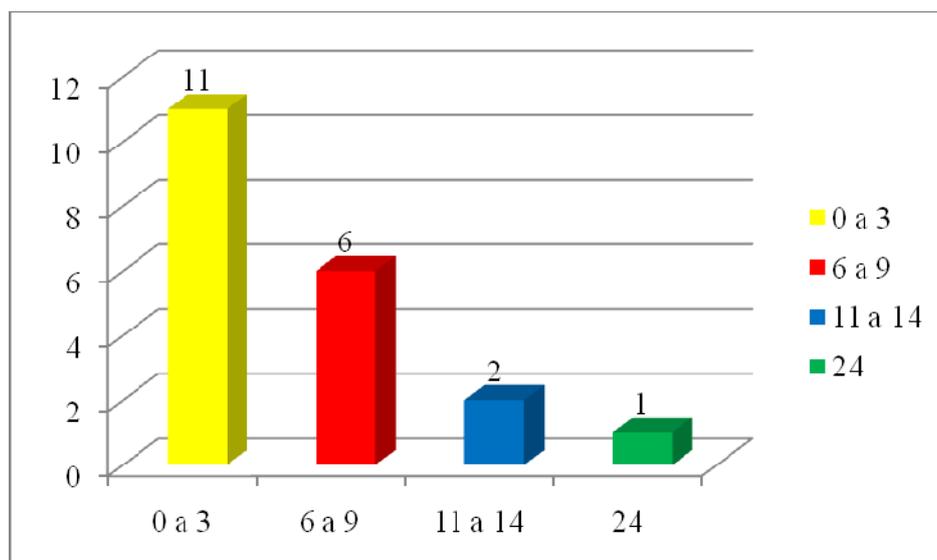


Figura 1 – Escore global de impacto.