

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Centro de Ciência da Saúde
Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontopediatria e Ortodontia

Lucia Helena Raymundo de Andrade

**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE
VIDA DE CRIANÇAS INFECTADAS PELO HIV**

Rio de Janeiro
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Centro de Ciência da Saúde
Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontopediatria e Ortodontia

Lucia Helena Raymundo de Andrade

**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE
VIDA DE CRIANÇAS INFECTADAS PELO HIV**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Odontopediatria), Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Odontologia (Odontopediatria).

Orientadora

Prof. Dr^a Ivete Pomarico Ribeiro de Souza

Co-orientadora

Prof. Dr^a Gloria Fernanda Castro

Rio de Janeiro
2007

FICHA CATALOGRÁFICA

Andrade, Lucia Helena Raymundo de

Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV / Lucia Helena Raymundo de Andrade. – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Odontologia, 2007.

xiv, 96 f. : il. ; 31 cm.

Orientadores: Ivete Pomarico Ribeiro de Souza e Gloria Fernanda Barbosa de Castro

Dissertação (mestrado) – UFRJ / Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, 2007.

Referências bibliográficas: f. 53-57

1. Saúde bucal. 2. Infecções por HIV. 3. Qualidade de vida. 4. Perfil de impacto da doença. 5. Criança. 6. Odontopediatria – Tese. I. Souza, Ivete Pomarico Ribeiro II. Castro, Gloria Fernanda Barbosa de. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Odontopediatria). IV. Título.

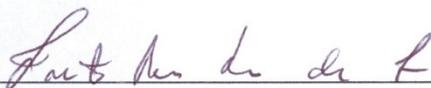
FOLHA DE APROVAÇÃO

LÚCIA HELENA RAYMUNDO DE ANDRADE

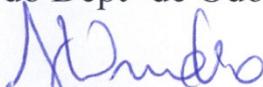
“IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS INFECTADAS PELO HIV”

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia(Odontopediatria), Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Odontologia(Odontopediatria).

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2007.



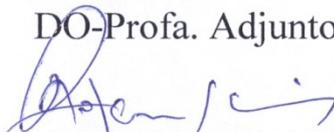
Prof. Dra. Ivete Pomarico Ribeiro de Souza
DO-Prof. Titular do Dept^o de Odontopediatria e Ortodontia FO-UFRJ



Prof. Dra. Glória Fernanda Barbosa de Araújo Castro
DO-Prof. Adjunto do Dept^o de Odontopediatria e Ortodontia-FO-UFRJ



Prof. Dra. Anna Thereza Thomé Leão
DO-Prof. Adjunto da FO-UFRJ



Prof. Dr. Rogério Gleiser
DO-Prof. Adjunto do Dept^o de Odontopediatria e Ortodontia-FO-UFRJ



Prof. Dra. Branca Heloisa de Oliveira Martins Vieira
DO-Prof. Adjunta da-FO-UERJ

DEDICATÓRIA

*Ao meu marido **Arthur**, pelo carinho, apoio e incentivo em todas as horas. Com seu companheirismo e amor, soube compreender as minhas alterações de humor e as minhas ausências. Posso e gosto de dizer, Te Amo Muito, você é a pessoa mais importante da minha vida!*

*Aos meus filhos **Luiz Fernando, Gustavo e Thais**, sei que perdi alguns momentos de suas vidas, mas esse é um desafio que nos fortalece e nos faz sentir que nos amamos de verdade.*

*A minha nora **Sílvia**, que distante me incentivou, pois sabia da importância deste curso para mim. Tenho certeza que o seu dia de cursar um está próximo!*

*Ao meu netinho **Rafael**, pessoa mais preciosa da minha vida! Vovó vai chegar com muitas histórias para contar e brincadeiras para curtir.*

*À minha mãe **Maria Helena** e minha sogra **Valdívia**, que me ajudaram durante os nossos encontros dominicais. Meu carinho, amor e gratidão.*

*Ao meu pai **Rubens**, que sempre me incentivou, sua figura paterna está guardada no meu coração. Seu olhar, seu sorriso e sua rabugice, são sempre lembrados no meu dia-a-dia.*

AGRADECIMENTO

Para a realização deste trabalho, muitos foram aqueles que contribuíram para concretização desta pesquisa. A estes meus sinceros agradecimentos:

A **Deus** por iluminar meus caminhos e sempre permitir que as coisas aconteçam em seu devido tempo.

À professora **Dr^a Ivete Pomarico Ribeiro de Souza**, minha colega de graduação, é com orgulho que sou hoje sua orientanda. Sua calma e paciência me fizeram lembrar os momentos do nosso curso de graduação. Não sei como agradecer as vezes que me ajudou e apostou na minha capacidade. Isto me impulsionou a estar sempre otimista para realizar este curso e os trabalhos nele incluídos. Muito obrigada pelo seu apoio e dedicação desprendidos para realização deste trabalho.

À professora e minha orientadora **Gloria Fernanda Barbosa de Castro**, pela indispensável colaboração, sugestões e especial atenção no desenvolvimento deste trabalho.

Ao **Dr. Roberto de Almeida Elias**, professor responsável pelas disciplinas de Pacientes com Necessidades Especiais, da Unigranrio e UVA, das quais faço parte. Pessoa amiga, que me abriu as portas do ensino e me incentivou para a realização deste curso. Muito obrigada!

Às minhas colegas, professoras da Unigranrio, **Dr^a Carmen Lucia Elias, Dr^a Claudia San Thiago Ragon e Dr^a Viviane Abreu de Souza**, pelo carinho que têm comigo e por entenderem que este era o meu momento.

À **Dr^a Anna Thereza Thomé Leão e Dr^a Branca Heloísa de Oliveira Martins Vieira**. Muito agradecida por aceitarem o convite para participarem da minha banca de defesa da dissertação. Tenho certeza que as considerações feitas por vocês, serão muito bem colocadas na minha pesquisa.

À **Dr^a Luciana Pomarico Ribeiro, Dr^a Áurea Simone Vieira, e Dr^a Andréa Valente**. Professoras da disciplina de Odontopediatria da UVA, que me receberam com muita atenção e me incentivaram para conclusão deste curso.

Aos colegas **Dr. Jorge Gandra e Dra. Márcia Romãnach**, professores de Pacientes com Necessidades Especiais da UVA. Pacientes com minha ausência, muito colaboraram para eu concluir este curso. Em especial à Márcia, pelo apoio oferecido tanto na substituição das aulas do curso de graduação, como no oferecimento da sua ONG para realizar minha pesquisa.

À **Drª Anadir de Souza Herdy**, coordenadora do curso de Odontologia da Unigranrio. Conhecedora da minha vontade de realizar este curso, me incentivou na realização dele. Muito obrigada, espero contribuir para o engrandecimento do ensino desta faculdade.

À Faculdade Veiga de Almeida, na pessoa do coordenador do curso de Odontologia, **Dr. Maurício Santa Cecília**, por entender e incentivar para que eu participasse deste curso.

À **Drª Marisa Aloé** e **Dr. José Gilberto de Sá**, pessoas maravilhosas que dividiram o seu espaço comigo. Obrigada pelas trocas de conhecimento e pela especial ajuda na obtenção da amostra deste estudo.

À toda equipe do ambulatório pediátrico SIDA-AIDS do Instituto Pediátrico Martagão Gesteira, em especial ao **Dr. Ricardo Hugo da Silva e Oliveira**, que me recebeu com carinho e amizade, me ajudando nas explicações das coletas dos dados dos prontuários dos pacientes.

À professora **Drª Laura Guimarães Primo**, coordenadora do curso de Mestrado em Odontopediatria da UFRJ. Pessoa gentil e organizada, que me deixou participar deste curso.

Aos Professores, **Dra. Lucianne Cople Maia**, **Dr. Rogério Gleiser**, **Dr. João Farinhas** e **Dr. Marcelo da Costa**, pela excelente orientação, pelas críticas e sugestões.

Ao **Prof. Dr. Ronir Raggio Luiz**, pelo seu esforço despendido em me explicar cada teste a ser realizado na minha dissertação e nos meus artigos. Muito obrigada pela sua ajuda, que me possibilitou entender os passos da estatística. O mérito da parte estatística é seu.

Aos professores da Disciplina de Odontopediatria da UFRJ, **Bárbara**, **Denise**, **Eduardo**, **Fátima**, **Rosane**, **Nena**, **Áurea Simone** e **Marta**, pelos ensinamentos e convivência.

Aos professores das disciplinas de Microbiologia, Metodologia, Planejamento, Estatística, Radiologia básicas para a realização do curso de mestrado da UFRJ.

À **Drª Maria Eliza Barbosa Ramos** e o **Dr. Marcelo da Costa**, por aceitarem participar desta defesa de dissertação. As considerações de vocês são importantes para mim. Muito obrigada pelo carinho!

As minhas colegas e amigas de turma, que ao invés de eu ser a mãe delas, elas é que foram “uma mãe” para mim!

Cristiana (Cris), pela sua atuação em todos os momentos com calma e diplomacia.

Gláucia, por parecer estar sempre aérea, mas nos dando paz com suas atitudes, principalmente em relação a Ele.

Madeleine (Made), conhecida antiga e hoje amiga. Amorosa e preocupada comigo desde o início, com sua doçura e amizade soube me ajudar nos momentos mais sérios da minha pesquisa.

Viviane (Vivi), irrequieta e turbulenta, sempre prestativa em me ajudar no andamento dos dados da minha dissertação.

Não sei como agradecer os maravilhosos momentos que passamos juntas, nossas brincadeiras, risadas, conversas sobre os seminários, e o quanto aprendi com vocês. Desejo a todas o mesmo sucesso que desejo para mim! Vou sentir saudades!

Aos meus colegas do 1º ano de mestrado, **Ana Carolina, Bárbara, Daniel, Érika, Patrícia, Raquel** e **Senda**, por terem compartilhado conosco (M 2) a difícil e árdua tarefa de participar deste Curso.

As colegas do doutorado, **Roberta, Márcia, Luciana, Andréa, Carla, Viviane** e **Ana Karla**, pelo companheirismo e troca de experiências. Em especial a **Ana Karla**, por seu carinho e paciência comigo desde o início do meu curso.

Aos jovens futuros especialistas: **Karla, Ana Paula, Michele, Adriana, Renata, Beatriz** e **Luiz**, pela convivência harmoniosa.

À **Dra Claudia Tavares**, pela preciosa colaboração na organização da finalização da tese.

Às THD, **Kátia, Mary, Andréa** e **Gina** pela paciência com os pacientes e por estarem sempre dispostas a ajudar.

À **Isabel, Bruna** e **Marilia**, pela paciência comigo e com meus pacientes nas marcações das consultas.

Ao **Robson, Zezé, Luiza, Ednaldo** e **Jorge** pelo carinho e brincadeiras realizadas, suavizando as preocupações do dia-a-dia.

Ao **João**, pelo excelente suporte técnico, sempre prestativo com seu jeito calmo e paciente.

À **Bárbara** e **Beatriz**, alunas da graduação de Odontologia da UFRJ, que participavam comigo do Projeto AIDS em Odontopediatria, pela colaboração na coleta de dados dos prontuários dos pacientes.

Às minhas amigas **Ellen Rose Bundzman** e **Andréa Moraes**, que sempre participaram da minha vida profissional, que qualquer sufoco me socorriam! Que Deus as conservem assim, amigas e companheiras.

À minha filha **Thais**, pela constante ajuda durante este dois anos de curso. Muito obrigada, minha princesa!

Aos meus irmãos **Nanci**, **Rubinho** e **Maria Cristina**, por estarem presentes nessa etapa da minha vida, me auxiliando na confecção dos trabalhos escritos e radiográficos. Obrigada, meus irmãos pela nossa união e pelo carinho que temos.

À minha afilhada **Adriana** e sobrinhos **Melissa** e **Denis**, pela colaboração de vocês, durante o meu curso, facilitando nos trabalhos de pesquisa. Obrigada, queridos!

À minha cunhada **Maria Teresa Goldner**, pela paciência com as muitas dúvidas apresentadas.

Às minhas auxiliares do consultório, **Joceli** e **Maria de Fátima**, pelo grande incentivo e auxílio durante as minhas freqüentes ausências.

Às minhas amigas **Leila**, **Lucia**, **Catarina** e **Maria**. Foram dois anos sem encontros e chás, mas agora está na hora de comemorar a nossa amizade de 25 anos. Podem marcar um encontro, este eu não falto!

Ao **Fernando Tanus**, que me ajudou na tradução dos artigos da minha pesquisa. Muito agradecida pela sua colaboração.

Ao **Paulo** e **Daniela**, pela qualidade e eficiência da xerox. Sempre bem dispostos a facilitar o meu trabalho.

Ao **Tita**, por sempre dar um jeitinho em arrumar um lugar para o meu carro no estacionamento, fazendo com que eu nunca chegasse atrasada.

Eu sei que não é comum, mas existe um agradecimento que tenho que fazer, pois ele me acompanhou em todas as horas do dia, noite ou madrugada. Companheiro calado, mas incentivador do meu curso. Dengoso e amoroso, só reclamava nos momentos certos. Sua hora de passear, sua comida, seu osso para brincar e sua coberta quando ia dormir na sua cama ao meu lado no computador. **Brutus**, o meu cachorrinho, é mesmo um fiel amigo!

À todas as **crianças** que fizeram parte deste estudo e aos seus responsáveis por toda a colaboração.

*Sodade é dor que dá, mas não é dor de doer
É vontade de lembrar, é vontade de esquecer
Sodade é dor de dente, machuca e a gente garra
Catuca pra não deixar de doer
Sodade às vezes é maleita
Até nas árvores ela dá!
E as árvores ficam secas, as folhas caem
E o pé fica murchinho e seca!*

Rubens Raymundo

RESUMO

Andrade, Lucia Helena Raymundo de Andrade. **Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV**. Rio de Janeiro, 2007. Dissertação (Mestrado em Odontologia, área de concentração em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

O presente estudo avaliou o impacto de problemas bucais no desempenho das atividades diárias de crianças infectadas pelo HIV, em relação à saúde bucal e geral. Foi aplicado, por meio de entrevista, o CHILD-OIDP-B (C-OIDP-B), em uma amostra de 59 crianças de 10 a 12 anos de idade, atendidas em dois hospitais públicos de referência para o tratamento desta infecção no Rio de Janeiro, Brasil. O escore do CHILD-OIDP-B variou de 0 a 30, com média de 6,09 (DP: 6,87), e 71,2% das crianças apresentaram impacto. Foi encontrado impacto em relação ao número de dentes com lesões cavitadas (Coeficiente de correlação de Spearman: $p=0,009$). Não houve um resultado significativo para CHILD-OIDP-B com idade da criança (Coeficiente de correlação de Spearman: $p=0,517$) e sexo (Mann-Whitney: $p=0,317$). As crianças que faziam uso do HAART apresentaram uma média mais baixa no escore do C-OIDP-B (4,87) quando comparadas aquelas que não faziam uso desta medicação (8,87) (Mann-Whitney: $p=0,038$). O impacto mais citado foi relacionado ao ato de comer (55,6%), sendo ferida na boca (76,3%) o problema mais freqüente. A intensidade moderada foi a mais prevalente nas 59 crianças, e 66,1% relataram impactos que afetaram de uma a quatro atividades diárias. Trinta crianças (50,8%) não estavam satisfeitas com a aparência e a saúde bucal, e 14 (23,7%) percebiam impacto na sua saúde geral, causado pela presença da infecção pelo HIV. Concluiu-se que, mais de dois terços das crianças, infectadas pelo HIV tiveram impacto nas suas atividades diárias relacionadas com problemas bucais, sendo mais prevalentes os impactos funcionais. O uso do HAART contribuiu para melhorar a qualidade de vida dessas crianças.

Palavras-chave: criança, infecção pelo HIV, impacto, qualidade de vida, problemas orais.

ABSTRACT

Andrade, Lucia Helena Raymundo de Andrade. **Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV**. Rio de Janeiro, 2007. Dissertação (Mestrado em Odontologia, área de concentração em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

This study assessed the impact of oral problems on the daily performance of HIV-infected children with respect to their oral and general health. By means of an interview, the CHILD-OIDP-B (C-OIDP-B) was applied in a sample of 59 children ranging between 10 and 12 years of age, who were at attended two public hospitals that are highly recommended for treating this infection in Rio de Janeiro, Brazil. The score of the C-OIDP-B ranged from 0 to 30, with a mean of 6.09 (DP: 6.87), and 71.2% of the children showed health impact. The impact was found with regard to the number of teeth with cavitated lesions (Spearman correlations: $p=0.009$). There was no significant result for C-OIDP-B with the child's age (Spearman correlations: $p=0.517$) and gender (Mann-Whitney: $p=0.317$). The most frequently mentioned impact is related to the act of eating (55.6%) and oral ulcers (76.3%) are the most frequent problem. Moderate intensity was the most prevalent in 59 children and 66.1% reported impacts that affected from one to four daily performances. Thirty children (50.8%) were not satisfied with their appearance and oral health and 14 (23.7%) perceived the impact in their general health, caused by the presence of the HIV infection. It may be concluded that more than two thirds of the children had impact on their daily performances related to oral problems and the most prevalent impacts were the functional ones. The use of HAART contributed to improve the quality of life of these children.

Key Words: HIV-infected children, impact, quality of life, oral problems.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

ARTIGO 1

- Tabela 1:** Freqüência dos impactos sobre a qualidade de vida das crianças em idade pré-escolar (itens 1 a 9) e de suas famílias (itens 10 a 13) , segundo relato dos responsáveis, devido a problemas com os dentes (n=60) 19
- Tabela 2:** Correlação entre percepção dos responsáveis e média do ECOHIS-B (Coeficiente de correlação de Spearman) 20
- Tabela 3:** Conduta sobre higiene oral e tipo de tratamento odontológico das crianças em idade pré-escolar 21

ARTIGO 2

- Tabela 1:** Freqüência dos impactos bucais e sua relação com o CHILD-
OIDP-B 35
- Tabela 2:** Freqüência da intensidade dos impactos bucais nas atividades diárias 35
- Tabela 3:** Freqüência dos problemas bucais e sua relação com o CHILD-
OIDP-B 36
- Gráfico 1:** Freqüência dos problemas bucais nas atividades diárias (%) 38
- Tabela 4:** Percepção das crianças infectadas pelo HIV em relação a sua saúde bucal e geral 39

LISTA DE ABREVIATURAS

- AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- AUQUEI – Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Image
- CDC – Centro de Controle e Prevenção de Doenças
- CHILD-OIDP – Child Oral Impacts on Daily Performances
- COHRQOL – Child Oral Health Quality of Life Instrument
- CPQ – Child Perception Questionnaire
- DIDL – Dental Impact on Daily Living
- ECOHIS – Early Childhood Oral Health Impact Scale
- FO – Faculdade de Odontologia
- GOHAI – Geriatric Oral Health Assessment
- HAART – Terapia Múltipla Combinada com Anti-retrovirais e Inibidores de Protease
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
- HMJ – Hospital Municipal Jesus
- IPPMG – Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira
- MS – Ministério da Saúde
- OIDP – Oral Impact on Daily Performance
- OHIP – Oral Health Impact Profile
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PPQ – Parental Perception Questionnaire
- PWI – Performance with Impact
- UNAIDS – United Nations Program On HIV/AIDS
- WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

| | | |
|-----|----------------------------------|----|
| 1 | Introdução | 1 |
| 2 | Objetivos | 8 |
| 3 | Delineamento da Pesquisa | 9 |
| 4 | Artigos..... | 11 |
| 4.1 | Artigo 1 | 12 |
| 4.2 | Artigo 2..... | 27 |
| 5 | Discussão | 47 |
| 6 | Conclusões..... | 52 |
| | Referências Bibliográficas | 53 |
| | Anexos | 58 |

1 Introdução

A saúde na vida contemporânea mostra uma forte ligação com o modo de vida urbano, o que torna significativa a relação indivíduo/contexto social. No século XX, devido ao interesse das pessoas em querer conhecer os problemas do seu corpo através de tratamento médico ou terapias alternativas, a saúde passou a ser alvo de movimentos sociais e debates coletivos, escapando dos consultórios fechados e de laboratórios (ARRUDA, 2002). A Organização Mundial de Saúde, em abril de 1948, definiu a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não, meramente, a ausência da doença ou enfermidade” (OMS, 2006). Neste contexto, a doença é um conceito relativamente limitado e pode ser utilizado para referir-se a um processo patológico que compromete a integridade física e anatômica do corpo (LOCKER, 2004).

Saúde e doença são preocupações constantes dos profissionais de saúde, e não têm o mesmo significado para todos os indivíduos, variando de acordo com estilo de vida de cada um, fatores culturais e nível de bem-estar físico (COHEN & JAGO, 1976; SAVASTANO, 1980). O conceito de saúde é subjetivo, e está em constante evolução, portanto o que hoje é saúde e qualidade de vida poderá ter um outro significado amanhã (LOCKER, 1997).

Sendo assim, o paradigma biomédico se ampliou desenvolvendo maneiras de medir percepção, sentimentos e comportamentos, para poder apresentar uma experiência subjetiva do indivíduo sobre o seu bem-estar físico, social e psicológico. Passou-se a se preocupar não só com a doença, mas com a saúde, não só com a cura, mas também com a prevenção e promoção da saúde. O paciente então, é visto como uma pessoa, dando-se uma crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo e suas interpretações de saúde e doença (LOCKER, 1997; MIOTTO & BARCELLOS, 2001).

O conceito de saúde bucal emitido durante a II Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1993, diz que: “saúde bucal é parte integrante da saúde geral do indivíduo e está relacionada com as condições de saneamento básico, alimentação, moradia, trabalho, lazer, liberdade, acesso e posse a terra, aos serviços de saúde e à informação” (NARVAI & FRAZÃO, 2005).

Os conceitos contemporâneos de saúde sugerem que a saúde bucal pode ser definida em termos físicos, psicológicos e de bem-estar social em relação ao seu estado bucal (WHO, 2007). Portanto, saúde bucal se refere ao ato do indivíduo exercer funções como mastigação, deglutição e fonação, apresentando uma estética adequada que permite o relacionamento social sem constrangimento, exercendo sua auto-estima (NARVAI & FRAZÃO, 2005). Para COHEN & JAGO (1976), as doenças bucais e suas conseqüências interferem ou têm impacto sobre as atividades diárias do indivíduo, portanto o dentista pode contribuir para melhorar a qualidade de vida deste sujeito.

O conceito de qualidade de vida é uma concepção pessoal que aborda diferentes facetas da vida de um indivíduo como saúde, família e meio ambiente entre outras (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2000). Para o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, a definição de qualidade de vida é a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos” (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2000). Para se promover qualidade de vida deve se dar importância a auto percepção dos problemas do cotidiano, a fim de encontrar explicações dos problemas sociais e as vias para solução dos mesmos (PORTILLO & PAES, 2000).

Na odontologia, como na medicina, sabe-se que medidas objetivas de doenças representam um aspecto limitado e unidimensional da saúde (MCGRATH, BRODER & WILSON-GENDERSON, 2004), e no que se refere à saúde bucal, isto representa apenas uma pequena idéia do impacto dos problemas bucais no dia-a-dia e na qualidade de vida do indivíduo (ALLEN, 2003). A epidemiologia bucal vem utilizando indicadores clínicos para decidir o tipo de tratamento, avaliando o estado

clínico e a história médica, levando em considerações apenas as atitudes e comportamentos passados dos indivíduos, a fim de avaliar a tendência da pessoa em responder ao tratamento prescrito (MIOTTO & BARCELLOS, 2001). Tradicionalmente os cirurgiões-dentistas são treinados para reconhecer e tratar doenças, como cárie e doença periodontal. Esses métodos clínicos tradicionais de medir a saúde bucal enfocam a presença ou ausência da doença, e são incapazes de informar a percepção do indivíduo em relação a doenças na sua cavidade bucal, como também não mostram um quadro preciso de como o dia-a-dia das pessoas é afetado por seus problemas odontológicos (PINTO, 2000; COHEN & JAGO, 1976; TUBERT-JEANNIN *et al.*, 2005; GHERUNPONG, SHEIHAM & TSAKOS *et al.*, 2006).

Uma crescente preocupação sobre conceitos multidimensionais de saúde bucal levou ao desenvolvimento de muitas teorias e medidas de qualidade de vida ligadas à saúde bucal ou indicadores sócio-dentais (SLADE & SPENCER, 1994; LEÃO & SHEIHAM, 1996; LOCKER, 1997; SLADE, 1997), que são indicadores subjetivos, criados para determinar a expectativa do indivíduo em relação à saúde, levando em consideração o estilo de vida, nível socioeconômico e cultural (LEÃO & SHEIHAM, 1996). Estes instrumentos, desenvolvidos sob a forma de questionários, permitem completar a informação obtida a partir da aplicação dos indicadores clínicos tradicionais (COHEN & JAGO, 1976), e são geralmente expressos como proporções ou taxas que descrevem a saúde de uma população (NADANOVSKY & COSTA, 2005).

Dentre os questionários destacam-se o GOHAI [Geriatric Oral Health Assessment Index (TUBERT-JEANNIN *et al.*, 2003)], o OHIP [Oral Health Impact Profile (SLADER e SPENCER, 1994)], o DIDL [Dental Impact on Daily Living (LEÃO & SHEIHAM, 1996)], o OIDP [Oral Impacts on Daily Performances (ADULYNON & SHEIHAM, 1996)]. É importante salientar que quanto mais freqüente um questionário tem suas propriedades psicométricas confirmadas ao ser submetido a populações e

situações diferentes, maior é a confiança que se pode ter nos resultados do estudo (LEÃO & OLIVEIRA, 2005).

A maioria das pesquisas sobre qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi realizada em adultos. As informações a este respeito em crianças ainda são escassas, apesar da importância da avaliação destes quesitos ter sido ressaltada (MCGRATH, BRODER & WILSON-GENDERSON, 2004), por ser a criança um grupo prioritário no atendimento comunitário (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2000; GERUNPONG, SHEIHAM & TSAKOS, 2004-a; TUBERT-JEANNIN *et al.*, 2005) e, também, um grupo de alto risco a cárie (FEITOSA & COLARES, 2003).

Na criança, os instrumentos que medem a qualidade de vida relacionada com a saúde bucal devem contemplar as mudanças cognitivas, emocionais, sociais e de linguagem que ocorrem durante o seu desenvolvimento mental (TUBERT-JEANNIN *et al.*, 2005). Alguns quesitos devem ser observados em relação a estes indicadores: em primeiro lugar é importante definir a faixa etária do grupo a ser estudado, pois as medidas para crianças devem ser apropriadas para as atividades relacionadas à idade das mesmas. Em segundo lugar é necessário que as medidas de saúde sejam avaliadas pelo odontopediatra, sendo útil descrever e comparar os cuidados e os impactos da saúde bucal com outros estados de saúde e sistemas de cuidados de saúde, usando uma linguagem comum para os profissionais. Terceiro, existem muitas medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde oral de adultos que estão sendo usadas em crianças. Seria ideal, no entanto, que estas medidas fossem testadas para verificar se são válidas e seguras para serem usadas em população infantil. E por último, as medidas de saúde bucal relacionadas com a qualidade de vida devem ser breves, contendo um pequeno número de itens que sintetize todo o sentido das medidas (MCGRATH, BRODER & WILSON-GENDERSON, 2004).

Foram desenvolvidos e validados em alguns países instrumentos direcionados à criança, quer por meio da sua auto-percepção, que pela percepção de seus responsáveis, com o objetivo de conhecer se condições orais e orofaciais podem ter um impacto significativo na qualidade de vida da criança e de sua família

(LOCKER *et al*, 2002). Dentre eles cita-se: OIDP (MARQUES *et al*, 1997), COHRQOL (JOKOVIC *et al.*, 2002), CPQ¹¹⁻¹⁴ (JOKOVIC *et al.* ., 2003; JOKOVIC, LOCKER & GUYATT, 2006), PPQ (JOKOVIC *et al.*, 2003), AUQUEI (MANIFICAT & DAZORD, 1997), ECOHIS (TALEKAR ROZIER & SLADE, 2007), e CHILD-OIDP (GHERUNPONG, SHEIHAM & TSAKOS, 2004-b; BERNABÉ, TSAKOS & SHEIHAM, 2007-b; BERNABÉ, FLORES-MIR, SHEIHAM, 2007-a).

No Brasil já se encontram validados alguns instrumentos, tais como o AUQUEI (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2000) e o ECOHIS (TESCH, LEÃO & VIEIRA, 2006). Além desses, um outro questionário, que é a versão infantil do Impacto Oral nas Atividades Diárias (CHILD-OIDP-B), foi traduzido e validado em dois grandes centros urbanos da região sudeste do país: cidade do Rio de Janeiro e cidade de Belo Horizonte (CASTRO *et al*, 2008). Este é um instrumento adaptado a capacidade das crianças em relação ao seu desenvolvimento intelectual, cognitivo e de linguagem, assim como da sua habilidade mnemônica. Tem uma boa base teórica, é pequeno, rápido e agradável e demonstrou ser um índice prático, válido e seguro quando aplicado em crianças tailandesas (GUERUNPONG, SHEIHAM & TSAKOS, 2004-b). Ele tem como uma de suas vantagens identificar problemas bucais que levam a impactos na qualidade de vida, verificando a condição que necessita de atenção (GHERUNPONG, SHEIHAM & TSAKOS, 2004-a), sendo essencial no desenvolvimento do enfoque de avaliações de necessidades sócio-dentais (GHERUNPONG, SHEIHAM & TSAKOS, 2006).

Vale dizer que LOCKER (1977), sugeriu que os problemas de saúde podem afetar a qualidade de vida, mas tal consequência não é obrigatória. Pessoas com doenças crônicas acreditam ter uma qualidade de vida tão boa quanto indivíduos saudáveis, pois com o tempo de convívio com a doença, elas aprendem a forma de lidar com sua condição, se adaptam ao novo modo de vida, tentando melhorar a sua expectativa (ALLEN, 2003). A aplicação do questionário em crianças com comprometimento sistêmico permite fazer comparações com crianças saudáveis, bem como conhecer aspectos particulares do indivíduo comprometido. Os

profissionais da área da saúde, nos últimos anos, estão preocupados com a qualidade de vida de pacientes submetidos aos mais variados tratamentos (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2000), e dentre eles está a criança infectada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), devido à relevância da doença e ao impacto que esta condição pode causar em suas vidas e de suas famílias (BUCZYNSKI, CASTRO & SOUZA, 2007).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil segue a tendência mundial, com um crescente número de casos por transmissão heterossexual e um número cada vez maior de mulheres infectadas, resultando numa elevada incidência de crianças com esta condição. A AIDS atinge indiferentemente todas as classes sociais, econômicas e culturais, e afeta não apenas a saúde física das pessoas, mas também a sua vida mental, social e emocional. Atualmente, das 33,2 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, em todo o mundo, 2,5 milhões são crianças com menos de 15 anos (UNAIDS, 2007). Em relação ao relatório UNAIDS de 2006, observou-se que o novo cálculo do total de indivíduos infectados reduziu 6,3 milhões, mas em relação às crianças aumentou, pois em 2006 o total era de 2,3 milhões de crianças.

A infecção pelo vírus HIV em criança foi relatada pela primeira vez em 1983, e devido ao seu sistema imunológico imaturo ser menos resistente a infecção, a progressão da doença é mais rápida e mais grave do que a observada em adultos (FALLON *et al.*, 1989). A classificação da infecção pelo HIV em crianças menores de 13 anos pode ser observada no Quadro 1 (Anexo 1, p. 58). Este pequeno paciente é mais vulnerável às conhecidas doenças oportunistas de tecidos bucais e a alterações dentárias que comprometem a sua saúde bucal. Dentre as lesões bucais encontradas destacam-se a candidíase, hipertrofia de parótida, estomatite herpética, leucoplasia pilosa, estomatite aftosa, eritema linear gengival, linfadenopatia cervical (CHUGURUPATI, RAGHAVAN & PAVLOVICH, 1996), cárie e doença periodontal (ELDRIDGE & GALLAGHER, 2000). A cárie em crianças infectadas pelo HIV é também um grande problema, causado na maioria das vezes por negligência dos

responsáveis (RAMOS, 2002), por uma dieta inadequada, elevado teor de sacarose contidos nos medicamentos e diminuição do fluxo salivar (GREENSPAN & GREENSPAN,1991; SOUZA *et al.*, 1996; MADIGAN *et al.*, 1996; ELDRIDGE & GALLAGNER, 2000). Em decorrência destas patologias, ocorrem dificuldades na higienização, alimentação e comunicação, repercutindo no seu dia a dia, e aparentemente também na sua qualidade de vida (CASTRO *et al.*, 1999; CASTRO *et al.*, 2001).

A infecção pelo HIV é uma condição para toda vida, e com o desenvolvimento de novos tratamentos, como a utilização da terapia anti-retroviral altamente ativa, há um aumento na sobrevida e redução na gravidade dos sintomas nos indivíduos com AIDS. Com isso, mudou a visão da doença de aguda e fatal para uma infecção crônica, necessitando de atenção voltada a qualidade de vida relacionada à saúde. As medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde podem dar informações importantes sobre os efeitos e avanços da doença e do tratamento, o que não é visto em dados laboratoriais como contagem de CD4 e CD8, carga viral, relação CD4/CD8 (CUNNINGHAN *et al.*, 2004; YEN *et al.*, 2004).

Estudos que mostram a aplicação de questionários de qualidade de vida em crianças infectadas pelo HIV são escassos na literatura. BUCZYNSKI *et al.* (2006) verificaram em crianças com esta infecção, através do AUQUEI (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2000), que é um instrumento de auto-aplicação, não específico para avaliação de saúde bucal. O AUQUEI contém 26 questões que exploram relações familiares, sociais, atividades, saúde, funções corporais e separação, utilizando figuras que exprimem diferentes estados emocionais associadas a diversos domínios da vida. Seus resultados mostraram uma qualidade de vida aceitável, nessas crianças, não sendo afetada pela condição sistêmica ou bucal dos pacientes da amostra. Considerando a relevância deste tema, investigações com outros questionários se fazem necessárias.

2 Objetivos

– Objetivo Geral

- ◆ Determinar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV.

– Objetivos Específicos

- ◆ Identificar, em crianças infectadas pelo HIV, os indicadores de saúde bucal: patologias em tecidos moles, cárie dentária, índice de biofilme e sangramento gengival;
- ◆ Identificar em crianças infectadas pelo HIV, o impacto das alterações bucais nas suas atividades diárias;
- ◆ Verificar em crianças infectadas pelo HIV, se há diferença entre os gêneros em relação à auto-percepção dos indicadores orais;
- ◆ Verificar em crianças infectadas pelo HIV, o impacto das alterações bucais nas atividades diárias em relação aos marcadores da doença: carga viral, CD4, CD8, relação CD4/CD8;
- ◆ Verificar em crianças infectadas pelo HIV o impacto do HAART nas atividades diárias.

3 Delineamento da Pesquisa

Inicialmente, com o objetivo de familiarizar a autora com o método de aplicação de questionários, foi realizado o Artigo 1 utilizando o ECOHIS-B (Anexo 2, p. 59 Anexo 3,p.60), em 60 responsáveis por um grupo de crianças de 3 a 6 anos de idade, atendidas na clínica de odontopediatria de uma faculdade pública brasileira. Os responsáveis foram questionados quanto à percepção da saúde bucal e geral de suas crianças. Após a entrevista, as crianças receberam escovação e aplicação de flúor e foram examinadas clinicamente. Foi obtida a aprovação do comitê de ética em pesquisa, termo de consentimento livre e esclarecido dos responsáveis e anuência das crianças (Anexo 4, p. 61 e Anexo 5, p. 62).

A pesquisa relativa ao Artigo 2, foi iniciada após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Clementino Fraga Filho (Anexo 6, p. 63) e da Secretaria Municipal de Saúde (CEP SMS.RJ) (Anexo 7, p. 64) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos responsáveis (Anexo 8, p. 65 e Anexo 9, p. 66) e a anuência das crianças. A amostra selecionada por conveniência foi composta por crianças infectadas pelo HIV, pacientes do Serviço de AIDS Pediátrica do IPPMG-UFRJ e do Setor de Infectologia Pediátrica do HMJ, ambos da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Estes pacientes apresentavam o diagnóstico definitivo para a infecção pelo HIV, e regularmente compareciam à consulta médica. Também foram selecionados por conveniência irmãos das crianças infectadas pelo HIV, sem o diagnóstico da doença.

Como treinamento específico para a pesquisa com o questionário CHILD-OIDP-B (Anexo 10, p. 67-68), a pesquisadora (LHRA) aplicou a ferramenta do estudo em 10 crianças com idade entre 10 anos completos a 13 anos incompletos, pacientes da clinica de odontopediatria de uma faculdade pública do município do Rio de Janeiro. Uma semana após, teve inicio a aplicação do instrumento na população de crianças infectadas pelo HIV da mesma faixa etária. Todos os

pacientes infantis tiveram a ficha de identificação (Anexo 11, p. 69) preenchida com auxílio dos responsáveis. Dados pessoais e a história médica dos pacientes foram obtidos dos respectivos prontuários médicos (Anexo 12, p. 70).

O examinador foi calibrado ($Kp = 0,843$) para o Índice de Biofilme e Índice de Sangramento Gengival (RIBEIRO, PORTELA & SOUZA, 2002) (Anexo 12, p. 72). Após esta etapa, cada criança recebeu escovação supervisionada. Em seguida, o paciente foi examinado deitado, em decúbito dorsal sobre uma maca, estando o examinador posicionado em pé, atrás da cabeça do paciente. O exame extra-bucal verificou a presença de lesões orofaciais através da palpação dos linfonodos cervicais, submandibulares, sublingual e exame da região das glândulas parótidas. Para o exame clínico foi utilizado espelho bucal e rolo de algodão para visualização e secagem, respectivamente, sob luz ambiente, detectando a presença de lesões de cárie (Anexo 12, p. 73). Após a realização dos exames, todas as crianças receberam tratamento odontológico conforme suas necessidades. As que eram pacientes do HMJ, foram atendidas pela clínica de Odontopediatria deste hospital. Aquelas do ambulatório do IPPMG, foram atendidas pelas alunas do curso de pós-graduação em Odontologia (Odontopediatria) da FO-UFRJ. Deve-se ressaltar que a Disciplina de Odontopediatria da FO-UFRJ realiza desde 1993, um programa odontológico preventivo (Projeto AIDS em Odontopediatria) nas crianças com infecção pelo HIV que são pacientes do IPPMG.

Após os exames clínicos foi aplicado o CHILD-OIDP-B e a sistemática desta aplicação está descrita no Artigo 2.

4 Artigos

Artigo 1: “Impacto da saúde oral na qualidade de vida de crianças pré-escolares: percepção dos responsáveis”

Artigo 2: “Impacto da saúde bucal e sua relação com a qualidade de vida em crianças de 10 a 12 anos infectadas pelo HIV”

4.1 Artigo 1

IMPACTO DA SAÚDE ORAL NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES: PERCEPÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

The Impact of Oral Health on Quality of Life of Preschool Children: caregivers' perceptions

Lucia Helena Raymundo de Andrade

Mestre em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade do Rio de Janeiro e Professora Colaboradora

Ana Karla Buczynski

Especialista e Mestre em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade do Rio de Janeiro

Ronir Raggio Luiz

Professor Adjunto de Bioestatística do Instituto de Estatística em Saúde Coletiva

Gloria Fernanda Castro

Professora Adjunta do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade do Rio de Janeiro

Ivete Pomarico Ribeiro de Souza

Professora Titular do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade do Rio de Janeiro

Resumo

Os estudos relacionados às doenças orais e a repercussão destas na qualidade de vida de crianças pré-escolares têm aumentado nas últimas décadas, uma vez que elas são o público-alvo dos serviços odontológicos. Geralmente o relato da qualidade de vida nesses estudos, é feito através de terceiros, devido a pouca idade do grupo aliada à sua dificuldade de comunicação e entendimento. Com o objetivo de avaliar o impacto das doenças e tratamentos dentais na qualidade de vida relacionada à saúde oral de crianças em idade pré-escolar e a percepção dos responsáveis em relação à saúde bucal e o bem-estar, foi aplicado por meio de entrevista o instrumento ECOHIS-B (Early Childhood Oral Health Impacts Scale – Brasil), em um grupo de 60 responsáveis e igual número de crianças de 3 a 6 anos de idade atendidas na clínica de odontopediatria de uma faculdade pública brasileira. Foi realizado nas crianças exame clínico para determinar a presença de lesões de cárie, dentes restaurados e perdidos, e índices de biofilme e sangramento gengival. Os resultados foram analisados através do programa SPSS 13.0, e dos Testes Qui-quadrado, Mann-Whitney e Coeficiente de Correlação de Spearman. O escore do ECOHIS-B variou de 0 a 30, com média de 10,53 (DP = 8,30), e 52 (86,6%) crianças apresentaram pelo menos um impacto, sendo dor de dente (60%) e dificuldade de comer (50%) os impactos mais frequentes. Para dente acometido pela cárie ($p = 0,0001$), dente com cárie em dentina ($p = 0,008$) e dente restaurado ($p = 0,001$) a correlação com o ECOHIS-B total foi estatisticamente significativa (Coeficiente de Correlação de Spearman). A saúde oral ($n = 36$: 59,9%) e geral ($n = 52$: 86,6%) foi considerada pela maioria dos responsáveis como sendo boa ou muito boa quando comparada a outras crianças, e 18 (30%) deles percebiam que o bem-estar das crianças poderia ser afetado pelos problemas orais. Problemas com os dentes e tratamentos dentários nas crianças, geram um impacto significativo na qualidade de vida destas, sendo este percebido pelo responsável.

Palavras-chaves: criança, responsável, impacto, qualidade de vida.

Abstract

Studies on oral diseases and their repercussion on the quality of life of preschool children have increased over the last decades, once they are the target population for dental services. In general, the quality of life reported in these studies is made by caregivers due to the low age of their children in addition to difficulties regarding communication and understanding. With the aim of assessing the impact of dental diseases and treatments on the oral health related quality of life of preschool children and the caregivers' perceptions of the oral health and well-being, the ECOHIS-B (Early Childhood Oral Health Impacts Scale – Brazil) instrument was applied to a group of 60 caregivers and their respective 3 to 6 years old children treated in the paediatric dentistry clinic of a public university in Brazil. A clinical examination was undertaken for all the children to determine the presence of carious lesions, missing and restored teeth as well as biofilm and gingival bleeding indexes. The results were analyzed through the SPSS 13.0 software using Chi-square and Mann-Whitney tests and Spearman's correlation coefficient. The ECOHIS-B score ranged from 0 to 30, with the mean score of 10,53 (SD = 8,30), with 52 (86,6%) children presenting at least one impact. Also, toothache (60%) and eating difficulty (50%) were the most frequent impacts. With regard to decayed tooth ($p = 0,0001$), tooth with dentin caries ($p = 0,008$) and restored tooth ($p = 0,001$) the correlation with the total ECOHIS-B was statistically significant (Spearman's correlation coefficient). Oral ($n = 36$: 59,9%) and general health ($n = 52$: 86,6%) was considered "good" by most caregivers when compared others children, and 18 (30%) of them perceived that their child's well-being could be affected by oral disorders. Dental disorders and dental treatments for children, create a significant impact on their quality of life, which is also perceived by their caregivers.

Key-words: child, caregiver, impact, quality of life.

INTRODUÇÃO

Qualidade de vida é um termo que expressa a sensação subjetiva de um indivíduo em relação ao seu bem-estar, levando em consideração aspectos que temporariamente podem estar presentes, como a doença, que influenciam no estilo de vida, no convívio familiar e no contato com a sociedade¹. Os cirurgiões-dentistas devem se preocupar com a qualidade de vida de seus pacientes, e no caso dos odontopediatras a preocupação ainda é maior, pois as crianças são consideradas um grupo prioritário no atendimento comunitário², visto que elas têm alto risco para cárie, maloclusão, trauma dentário, alterações em tecidos moles^{3,4,5} e, ainda, por estarem em crescimento e desenvolvimento, com constantes mudanças no ambiente bucal.

No desenvolvimento de indicadores de qualidade de vida para crianças, deve-se estar ciente de que pacientes muito jovens não sabem ter cuidado com a sua saúde, devido a limitações cognitivas e reduzida capacidade de comunicação, não possuindo padrões psicométricos de validade e segurança em relatos quanto a sua saúde e qualidade de vida⁶. A responsabilidade e a tomada de decisões a respeito da saúde da criança geralmente é do adulto^{7,8}.

A literatura odontológica enfatiza a etiologia e o tratamento de alterações orais na infância, porém atenção insuficiente tem sido dada aos efeitos dessas patologias na vida da criança³. O objetivo deste estudo é conhecer, através de informações dos responsáveis, o impacto de problemas de saúde oral e seu tratamento na qualidade de vida de crianças pré-escolares e a repercussão nas suas famílias, além de avaliar a percepção dos responsáveis em relação à saúde oral e o bem-estar da criança.

MATERIAL E MÉTODO

A amostra selecionada por conveniência, constou de 60 responsáveis por crianças de ambos os sexos com idade entre 3 e 6 anos, atendidas ou iniciando

atendimento na clínica de odontopediatria de uma faculdade pública do Rio de Janeiro, Brasil. O comitê de ética local aprovou a pesquisa e os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Esclarecido.

COLETA DE DADOS

O responsável da criança respondia uma ficha de identificação, a qual constava de perguntas sobre o nome, sexo, parentesco, ocupação do responsável e renda. Em relação a criança além da idade, sexo e frequência em escola, foi perguntava o motivo que o responsável procurou o tratamento odontológico, sendo neste momento preenchido uma ficha de higiene bucal, para conhecimento de dados como escovação, frequência e por quem era realizado este hábito (Tabela 3). Após esta parte, um pesquisador (LHRA), através de entrevista com o responsável, aplicou o instrumento ECOHIS-B⁹ que consta de 13 perguntas (Tabela 1), para avaliação do impacto de problemas e tratamentos na cavidade oral na qualidade de vida de crianças e suas famílias. Cada resposta recebeu um escore de acordo com a frequência, variando de 0 a 4 (nunca, quase nunca, às vezes, com frequência, com muita frequência). O escore final do questionário, ou seja, a soma dos escores de todas as perguntas poderia variar de 0 a 52, sendo que quanto maior o escore, maior o impacto. Após a aplicação do ECOHIS-B⁹ (Anexo 2, p. 55), o responsável respondeu a 3 perguntas fechadas sobre sua percepção em relação a saúde geral e oral de sua criança⁹, (Anexo 2, p. 55) além de perguntas fechadas sobre higiene oral e motivo da consulta.

O pesquisador examinou as crianças, para obter o Índice de biofilme e Índice de sangramento gengival¹⁰. Em seguida, elas receberam escovação dentária e foi realizado o exame clínico na cadeira odontológica, utilizando espelho e sonda exploradora para avaliar presença de dentes com lesões de cárie, dentes restaurados, dentes perdidos precocemente, restos radiculares, dentes com alteração de cor na região anterior e mordida aberta anterior. Foi também observado

o número de dentes acometidos por cárie, realizando a soma dos dentes perdidos, restaurados e cariados. O diagnóstico de cárie dentária foi realizado segundo os critérios da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION)¹¹. Após a realização dos exames, todas as crianças receberam aplicação tópica de flúor e foram encaminhadas para iniciar ou dar continuidade ao tratamento odontológico.

ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados foram inseridos no programa SPSS 13.0. Para avaliação dos resultados foram empregados Teste do Qui-quadrado, Teste de Mann-Whitney e Coeficiente de Correlação de Spearman, tendo sido estabelecido o nível de significância estatística de 5%. A confiabilidade e consistência interna do questionário foram verificadas através do Alpha Cronbach.

RESULTADOS

Os questionários foram respondidos por 60 responsáveis, com média de idade de 36,1 anos (DP: 10,73), a maioria do sexo feminino (n = 54-90%), sendo 42 (70%) as próprias mães. A renda familiar variou de 0 a 25 salários mínimos (média: 3,088: DP = 3,42); 37 (62,0%) dos responsáveis, que receberam orientações prévias de higiene oral, sendo 30 (50%) na própria clínica de odontopediatria.

A média de idade das crianças foi de 4,66 anos (DP = 1,14), sendo que a maioria era menina (n = 37 – 61,67%). Frequentavam creche ou escola 57 (95,0%) crianças, e o consumo de sacarose estava presente em 51 (85,0%) delas.

Em relação ao impacto da saúde oral na qualidade de vida das crianças e suas famílias, o escore do ECOHIS-B variou de 0 a 30, obtendo uma média de 10,53 (DP = 8,30). Em relação ao número de impactos, a variação foi de 0 a 11, com 52 (86,6%) crianças com pelo menos um impacto. Considerando apenas as perguntas relativas às crianças (perguntas de 1 a 9), 46 (76,66%) apresentaram impacto devido a problemas bucais. Já em relação às perguntas direcionadas aos familiares

(perguntas de 10 a 13), 11 (18,33%) apresentaram algum impacto. A confiabilidade do questionário foi boa (α de Cronbach 0,79), apresentando $\alpha = 0,65$ referente às perguntas relacionadas a criança e $\alpha = 0,74$ para as perguntas relacionadas a família.

Não houve significância estatística entre o ECOHIS-B e sexo da criança (Teste de Mann-Whitney: $p = 0,658$); a média do ECOHIS-B e o número de impactos das meninas foi de 10,81 (DP = 8,02) e 4,38 (DP = 3,18), se apresentando semelhante ao dos meninos 10,09 (DP = 8,90) e 4,27 (DP = 3,08). A relação entre idade e sexo da criança não se mostrou estatisticamente significativa (Teste do Qui-quadrado: $\kappa^2 = 1,749$; $p = 0,626$). Não houve relação entre ECOHIS-B e sexo do responsável (Teste de Mann-Whitney: $p = 0,114$) e renda familiar (Coeficiente de Correlação de Spearman: $r_s = 0,236$; $p = 0,70$). Em relação a dentes acometidos por cárie, houve uma semelhança entre meninas e meninos (Teste do Qui-quadrado: $\kappa^2 = 0,12$; $p = 0,914$). Os tipos de impactos para as crianças e suas famílias, estão relacionados na Tabela 1.

No exame clínico foi verificado que a média do número de dentes acometidos pela cárie foi de 4,77 (DP: 4,97). Houve uma correlação estatisticamente significativa ao correlacionar o ECOHIS-B com o número de dentes acometidos pela cárie (Coeficiente de correlação de Spearman: $r_s = 0,486$; $p = 0,0001$), dente com cárie em dentina (Coeficiente de correlação de Spearman: $r_s = 0,342$; $p = 0,008$), e dente restaurado (Coeficiente de Correlação de Spearman: $r_s = 0,427$; $p = 0,001$). Não houve correlação significativa para dente perdido precocemente (Coeficiente de Correlação de Spearman: $r_s = 0,030$; $p = 0,821$).

Tabela 1. Freqüência dos impactos sobre a qualidade de vida das crianças em idade pré-escolar (itens 1 a 9) e de suas famílias (itens 10 a 13), segundo relato dos responsáveis, devido a problemas com os dentes (n=60)

| Tipo de impacto | N (%) | Média do score (DP) |
|---|--------------|----------------------------|
| 1- Dor | 36 (60%) | 1,5 (1,34) |
| 2- Dificuldade para beber | 15 (25,0%) | 0,63 (1,14) |
| 3- Dificuldade para comer | 30 (50%) | 1,36 (1,46) |
| 4- Dificuldade para pronunciar | 16 (26,66%) | 0,68 (1,18) |
| 5- Faltas à escola | 14 (23,33%) | 0,55 (0,98) |
| 6- Dificuldade para dormir | 15 (25,0%) | 0,58 (1,02) |
| 7- Irritação | 21 (35,0%) | 0,85 (1,11) |
| 8- Evitou sorrir | 11 (18,11%) | 0,46 (0,99) |
| 9- Evitou falar | 9 (15%) | 0,31 (0,85) |
| 10- Alguém da família ficou aborrecido | 25 (41,66%) | 1,08 (1,39) |
| 11- Alguém da família se sentiu culpado | 19 (31,66%) | 0,90 (1,36) |
| 12- Alguém da família faltou ao trabalho | 23 (38,33%) | 0,90 (1,25) |
| 13- Alguém da família teve impacto financeiro | 21 (35,0%) | 0,71 (1,05) |

Ao avaliar a percepção dos responsáveis em relação à saúde oral e geral de suas crianças, foi verificado que 26 (43,33%) e 30 (50%) responsáveis consideraram a saúde bucal e geral boa, respectivamente, com 18 (30%) responsáveis relatando que o bem-estar poderia ser afetado pela saúde oral. Houve uma correlação estatisticamente significativa entre o número de dentes acometidos pela cárie com a percepção dos responsáveis em relação à saúde bucal (Coeficiente de Correlação de Spearman: $r_s = -0,566$; $p = 0,001$), indicando que esses responsáveis percebiam que a saúde oral estava afetada pela presença de maior número de cáries em suas crianças, e conseqüentemente a relação do ECOHIS-B e o bem-estar resultou numa correlação estatisticamente significativa (Coeficiente de Correlação de Spearman: $r_s = 0,441$; $p = 0,0001$). A Tabela 2 mostra as correlações entre as percepções dos

responsáveis em relação a saúde bucal e geral e bem estar das crianças e média do ECOHIS-B. E a Tabela 3 mostra as condutas quanto a higiene oral utilizadas pela crianças. Além disso, foi avaliado o tipo de tratamento odontológico procurado pelos responsáveis, uma vez que havia crianças que estavam realizando tratamento preventivo ou restaurador, algumas foram para a sua 1ª consulta odontológica e outras para revisão.

Tabela 2. Correlação entre Percepção dos Responsáveis e Média do ECOHIS-B (Coeficiente de Correlação de Spearman)

| | | N (%) | ECOHIS | |
|--|------------|-----------|--------------|-------------|
| | | | Média (DP) | P valor; rs |
| Comparação da saúde bucal com outras crianças da mesma idade | Muito bom | 10 (16,6) | 6,9 (6,7) | 0 |
| | Bom | 26 (43,3) | 14,76 (6,6) | |
| | Médio | 7 (11,6) | 13,86 (10,5) | |
| | Ruim | 17 (28,3) | 7,4 (7,1) | |
| | Muito Ruim | 1 (1,66) | 28 (0) | |
| Comparação da saúde geral com outras crianças da mesma idade | Muito bom | 20 (33,3) | 0 (0) | 0,066 |
| | Bom | 32 (53,3) | 21 (7,8) | |
| | Médio | 6 (10,0) | 16,5 (6,8) | |
| | Ruim | 2 (3,3) | 9,6 (7,9) | |
| | Muito Ruim | 0 (0) | 9,1 (8,3) | |
| Bem-estar da criança afetado por causa de problemas bucais | Nada | 43 (71,6) | 7,6 (6,9) | 0 |
| | Pouco | 10 (16,6) | 6,9 (6,7) | |
| | Médio | 7 (11,6) | 20,7 (5,9) | |
| | Muito | 1 (1,66) | 28 (0) | |

Tabela 3. Conduta sobre higiene oral e tipo de tratamento odontológico das crianças em idade pré-escolar

| | n (%) |
|---|-------------|
| Escovação Dentária | |
| Escovação criança | 26 (43,0%) |
| Escovação criança + responsável | 16 (26,0%) |
| Escovação responsável | 14 (23,0%) |
| Sem escovação | 4 (6,7%) |
| Uso de Fio Dental | |
| Sim | 10 (16,6%) |
| Não | 50 (83,3%) |
| Tipo de tratamento realizado ou motivo da consulta | |
| Tratamento preventivo | 7 (11,66%) |
| Revisão | 9 (15,0%) |
| Tratamento restaurador | 33 (55,0%) |
| 1ª visita | 11 (18,33%) |

DISCUSSÃO

No Brasil, é sabido que a cárie dentária acomete 27% das crianças entre 18 a 36 meses, sendo que este percentual chega a 59,4% aos 5 anos de idade¹². Existem efeitos negativos desta doença sobre a vida destas crianças, como: dificuldade de mastigar, diminuição do apetite, perda de peso, dificuldade de dormir, irritabilidade e diminuição no rendimento escolar¹³, repercutindo portanto na sua qualidade de vida e de seus familiares. Foi com o intuito de conhecer os impactos neste grupo de crianças que se utilizou o questionário ECOHIS-B, adaptado e traduzido para o português por Tesch et al (2006)⁹, baseado no original Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)⁸.

Os instrumentos que avaliam a qualidade de vida relacionada à saúde oral devem ser específicos para a idade da criança, levando em consideração as mudanças cognitivas, emocionais, sociais e de linguagem que ocorrem durante seu desenvolvimento^{3,6,7,14,15}. Como as crianças do presente estudo são muito jovens,

estando em processo de socialização e desenvolvimento cognitivo, como pensar, formar conceitos e resolver problemas¹⁶, não sendo capazes de dar respostas confiáveis, foi utilizada a percepção dos responsáveis para avaliar o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde oral. Nesta fase, a primeira fonte de informação sobre saúde oral é a família, principalmente a mãe¹⁷, que foi no presente estudo o responsável que mais frequentemente costumava acompanhar a criança na consulta e também auxiliava na escovação dentária em casa.

Estudos sobre qualidade de vida realizados em ambulatórios médicos com crianças em idade pré-escolar, apresentaram escores com a mesma variação da presente pesquisa, mostrando também semelhança no número de crianças com pelo menos um impacto (53,33%⁹ e 54,8¹⁸ e 56,6%), porém com médias de impacto bem inferiores (4,0:DP=5,0⁹ e 4,13:DP=6,66¹⁸). Considerando que o local de realização da pesquisa é um centro de referência para tratamento dentário, é de se esperar que esta média seja bem mais elevada. As informações dos responsáveis sobre o motivo da consulta confirmam esta afirmativa.

Autores relatam^{19,20,21} que o gênero feminino percebe os problemas na saúde oral com um maior impacto para a qualidade de vida. BUCZYNSKI *et al.*¹⁸ e o presente relato, encontraram um resultado semelhante entre meninas e meninos, diferindo de TESCH *et al.*⁹, em que as meninas apresentaram diferença estatisticamente significativa no escore do ECOHIS-B.

Problemas dentários são freqüentes em crianças e adultos, podendo interferir de modo significativo na execução de atividades diárias no lar, no trabalho, na escola e no lazer²². Estudos indicam que por ano, 160 milhões de horas de trabalho e 1.57 milhões de dias de perda de aula são devidos a desordens orais^{22,23,24}. No item faltar ao trabalho ou às atividades escolares, para a criança realizar atendimento odontológico, a maioria dos responsáveis no presente estudo não faltaram ao serviço e quase a totalidades das crianças não faltaram as aulas para cuidar da saúde, estando em desacordo com os estudos anteriores^{22,23,24}, que foram realizados em regiões de contexto sócio-econômico diferente, e em épocas bem

anteriores. Estudo realizado no Brasil relatou que as crianças continuavam a freqüentar as aulas normalmente apresentando boa concentração e habilidade em realizar as tarefas escolares²⁵.

Os responsáveis ao serem questionados sobre os problemas mais freqüentes de suas crianças, relataram dor de dente e dificuldade ao comer. Ressalta-se novamente o motivo mais freqüente da procura para o atendimento na clínica de odontopediatria. Outros autores relatam que a presença de cárie pode produzir um leve desconforto ou uma situação de emergência e sofrimento, repercutindo em dificuldade de comer, que poderia trazer conseqüências para o desenvolvimento de sua saúde geral e no processo de formação dentária^{7,26}.

Apesar da média de dentes acometidos pela cárie ser mais alta do que a encontrada em crianças infectadas pelo HIV (3,55)¹⁸, e também do grande número de relatos de dor, desconforto, quase a metade dos responsáveis consideraram a saúde oral de suas crianças boa. Isto demonstra um contra-senso, um modo de mascarar a realidade, pois durante a entrevista eles relataram preocupação com o estado dos dentes de suas crianças, se sentindo culpados de não terem procurado mais cedo o atendimento odontológico, e baseado nesta preocupação se comprometem a dar continuidade ao tratamento odontológico adequado para sua criança. Relacionado à saúde geral, a grande maioria dos responsáveis a consideravam boa ou muito boa, embora aproximadamente 1/3 deles percebiam o bem-estar afetado pela saúde oral, devido a suas crianças apresentarem maior comprometimento pela doença oral. A percepção positiva no comprometimento do bem-estar das crianças foi também relatada por meio de entrevista por TESCH *et al.*⁹ e TALEKAR *et al.*⁸.

Em relação à escovação, foi alto o percentual de crianças que escovavam sozinhas, considerando a faixa etária da amostra. Estes dados discordam dos de KALYVAS *et al.*²⁷, que verificaram que a maioria (68,7%) escovava os dentes sem auxílio dos responsáveis. Para um grupo de crianças em idade pré-escolar, a orientação dada pelo profissional de saúde aos responsáveis sobre a técnica da

escovação dentária e o cuidado com a deglutição de dentifrício, pode auxiliar as crianças, resultando em uma boa saúde oral^{28,29}.

Foi observado que a saúde oral é capaz de causar impacto significativo na qualidade de vida de crianças em idade pré-escolar e os responsáveis conseguiram identificar os problemas dentários nas crianças com maior comprometimento. Como a amostra deste estudo, não pode ser considerada representativa da população em geral, sugere-se a realização de outras pesquisas com maior número de participantes, para confirmar e conhecer o impacto da qualidade de vida relacionada à saúde oral. A avaliação dessas influências pode ajudar clínicos e pesquisadores em seus propósitos de melhorar os resultados dos tratamentos de saúde oral em crianças pequenas.

COLABORADORES

LHR Andrade na qualidade de autora principal, desenvolveu a metodologia, sendo responsável pela aplicação do questionário, coleta dos dados, interpretação e discussão dos mesmos, bem como pela redação do artigo científico. IPR Souza, GFB Castro e AK Buczynski, colaboraram no delineamento, na revisão e correção da versão final a ser publicada. RR Luiz colaborou no desenho do artigo e análise e interpretação dos resultados.

BIBLIOGRAFIA

1. Assumpção FB *et al.* Escala de avaliação de qualidade de vida. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58 (1):119-127.
2. Tubert-Jeannin S. *et al.* Validation of a French version of the CHILD-OIDP index. *Eur J. Oral Sci* 2005; 113:355-362
3. Tinanoff N. Association of diet with dental caries in preschool children. *Dent Clin North Am* 2005; 49(4): 725-37
4. Zhang M. *et al.* The malocclusion and its treatment on quality of life: a literature review. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2006; 16:381-387.

5. Ramos-Jorge ML *et al.* The impact of treatment of dental trauma on quality of life of adolescents – a case-control study in Southern Brazil. *Dent Traumatol* 2005; 21: 1-6.
6. Jokovic, A *et al.* Agreement between mothers and children aged 11-14 years in rating child oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 335-43.
7. Inglehart, MR *et al.* Oral health-related – quality of life. Inglehart MR, Bagramian RA. chapter 8: *Oral Health and Quality of Life in Children*. p. 79-88. Quintessence Books, 2002.
8. Talekar BP *et al.* Parenteral perceptions of children's oral health. The early childhood oral health impact scale (ECOHIS). *Health and Quality of Life Outcomes* 2007; 5(6):1-10.
9. Tesch F *et al.* Brazilian version of early childhood oral health impact scale. In: *General Session of International Association for Dental Research*, 83, 2006, Orlando. Anais disponível em: http://iadr.confex.com/iadr/2006Orld/techprogram/abstract_75546.htm.
10. Ribeiro AA *et al.* Relação entre biofilme, atividade de cárie e gengivite em crianças HIV. *Pesqui Odontol Brás.* 2002; 16(2):144-150.
11. OMS- WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral Health Surveys-Basic Methods**. 4ed. GENEVA: WHO,1997.
12. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
13. FEITOSA S, COLARES V, PINKHAM J. The psychosocial effects of severe caries in 4 years-old-children in Recife, Pernambuco. Brazil. *Cad Saud Publ* 2005;21:1,550-6.
14. Gherunpong S *et al.* The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 2:57; 1-8.
15. Mcgrath C *et al.* Assessing the impact of oral health on the quality of children: implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32:81-5.
16. Mussen PH *et al.* Linguagem e comunicação. In: Mussen PH, Conger JJ, Huston AC *Desenvolvimento e personalidade da criança*. 2ª ed. São Paulo: Harba, 1988. p. 173-209.
17. Massoni ACLF *et al.* Percepção dos pais e responsáveis sobre promoção de saúde bucal. *Rev Odontol Unesp* 2005; 34(4): 193-97.
18. Buczynski AK *et al.* Impact of Oral Health on the Quality of Life of 3-6-Years Old HIV-Infected Children. *Braz Oral Res* 2007;21(Suppl. 1): 37-51

19. Inglehart MR *et al.* Oral health-related – quality of life. In: Inglehart MR, Bagramian RA. chapter 11. *Oral health-related quality of life: does gender matter?* p. 111-121. Quintessence Books, 2002.
20. Humphris G *et al.* Oral health-related quality of life for 8-10-year-old children: an assessment of a new measure. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:326-32.
21. Marques LS *et al.* Malocclusion: Esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. *A. J. Orthod Dentofacial Orthop* 2006; 129:424-7.
22. Reisine ST. Dental health and public policy: The social impact of dental disease. *AJPH* 1985, 75(1):27-30.
23. Gift HC *et al.* The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health* 1992; 82:1663-1668.
24. Nikias M. Oral disease and quality of life. *AM J. Public Health* 1985; 75(1)11-12.
25. Cortes MIS *et al.* Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-years-old-children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30:193-8.
26. Freeman R *et al.* The dental health status of five-years-old children in north and west Belfast. *Community Dent Health* 1997; 14(4):253-7.
27. Kalyvas DI *et al.* Dental health of 5years-old children and parent's perceptions for oral health in the prefectures of Atenas and Piraeus in the Attica Country of Greece. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2006; 16:352-357.
28. Okada M *et al.* Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modeling technique. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2002; 12(2):101-108.
29. Poutanen R *et al.* Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontol Scand* 2006; 64(5):286-92.

4.2 Artigo 2

IMPACTO DA SAÚDE BUCAL E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS DE 10 A 12 ANOS INFECTADAS PELO HIV

Lucia Helena Raymundo de Andrade

Mestre de Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade

Federal do Rio de Janeiro

Bárbara de Souza Rocha

Bolsista PIBIC, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rodolfo de Almeida Lima Castro

Serviço de Odontologia do Instituto Nacional de Cardiologia

Margareth Crisostomo Portela

Pesquisadora Titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

Anna Tereza Thomé Leão

Professora Associada do Departamento de Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Gloria Fernanda Castro

Professora Adjunta do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Ivete Pomarico Ribeiro de Souza

Professora Titular do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Resumo

O presente estudo avaliou o impacto de problemas bucais no desempenho das atividades diárias de crianças infectadas pelo HIV, em relação à saúde bucal e geral. Foi aplicado, por meio de entrevista, o CHILD-OIDP-B (C-OIDP-B), em uma amostra de 59 crianças de 10 a 12 anos de idade, atendidas em dois hospitais públicos de referência para o tratamento desta infecção no Rio de Janeiro, Brasil. O escore do CHILD-OIDP-B variou de 0 a 30, com média de 6,09 (DP: 6,87), e 71,2% das crianças apresentaram impacto. Foi encontrado impacto em relação ao número de dentes com lesões cavidadas (Coeficiente de correlação de Spearman: $p=0,009$). Não houve um resultado significativo para CHILD-OIDP-B com idade da criança (Coeficiente de correlação de Spearman: $p=0,517$) e sexo (Mann-Whitney: $p=0,317$). As crianças que faziam uso do HAART apresentaram uma média mais baixa no escore do C-OIDP-B (4,87) quando comparadas aquelas que não faziam uso desta medicação (8,87) (Mann-Whitney: $p=0,038$). O impacto mais citado foi relacionado ao ato de comer (55,6%), sendo ferida na boca (76,3%) o problema mais freqüente. A intensidade moderada foi a mais prevalente nas 59 crianças, e 66,1% relataram impactos que afetaram de uma a quatro atividades diárias. Trinta crianças (50,8%) não estavam satisfeitas com a aparência e a saúde bucal, e 14 (23,7%) percebiam impacto na sua saúde geral, causado pela presença da infecção pelo HIV. Concluiu-se que, mais de dois terços das crianças, infectadas pelo HIV tiveram impacto nas suas atividades diárias relacionadas com problemas bucais, sendo mais prevalentes os impactos funcionais. O uso do HAART contribui para melhorar a qualidade de vida dessas crianças.

Palavras-chave: criança, infecção pelo HIV, impacto, qualidade de vida, problemas orais.

Abstract

This study assessed the impact of oral problems on the daily performance of HIV-infected children with respect to their oral and general health. By means of an interview, the CHILD-OIDP-B (C-OIDP-B) was applied in a sample of 59 children ranging between 10 and 12 years of age, who were at attended two public hospitals that are highly recommended for treating this infection in Rio de Janeiro, Brazil. The score of the C-OIDP-B ranged from 0 to 30, with a mean of 6.09 (DP: 6.87), and 71.2% of the children showed health impact. The impact was found with regard to the number of teeth with cavitated lesions (Spearman correlations: $p=0.009$). There was no significant result for C-OIDP-B with the child's age (Spearman correlations: $p=0.517$) and gender (Mann-Whitney: $p=0.317$). The most frequently mentioned impact is related to the act of eating (55.6%) and oral ulcers (76.3%) are the most frequent problem. Moderate intensity was the most prevalent in 59 children and 66.1% reported impacts that affected from one to four daily performances. Thirty children (50.8%) were not satisfied with their appearance and oral health and 14 (23.7%) perceived the impact in their general health, caused by the presence of the HIV infection. It may be concluded that more than two thirds of the children had impact on their daily performances related to oral problems and the most prevalent

impacts were the functional ones. The use of HAART contributed to improve the quality of life of these children.

Key Words: HIV-infected children, impact, quality of life, oral problems.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo HIV em crianças foi descrita pela primeira vez em 1983 [1], e tem como principal via de transmissão a vertical [2]. Dois milhões de crianças com menos de 15 anos foram infectadas pelo HIV no mundo até 2007 [3]. No Brasil foram notificados até junho de 2008, 13728 casos de AIDS em indivíduos menores de 13 anos [4]. Pela sua condição de imunossupressão, infecções fúngicas, virais e bacterianas, como a candidíase, eritema linear gengival e herpes, são comumente encontradas na cavidade bucal da criança infectada pelo HIV [2,5,6,7]. Também é elevado o acometimento por cárie e gengivite, devido a fatores de risco tradicionais e outros inerentes à infecção pelo HIV [2,8,9,10,11,12].

O uso da terapia anti-retroviral altamente ativa (HAART), desde 1996, levou a um aumento da taxa de sobrevivência e melhoria da qualidade de vida de pessoas infectadas pelo HIV [13]. Estes pacientes são alvo de atenção, voltada para questões de qualidade de vida em relação à saúde, seja procurando um ajuste ao tratamento mais apropriado, a participação do médico para uma orientação mais precisa ou o apoio e aceitação da sociedade [14].

A crescente preocupação sobre conceitos multidimensionais de saúde bucal levou ao desenvolvimento de instrumentos para medir a qualidade de vida, ligada a saúde bucal ou indicadores sócio-dentais [15-17]. Esses instrumentos avaliam o impacto causado pelas doenças, medindo aspectos da condição bucal que são favoráveis ou prejudiciais ao indivíduo e podem interferir na sua vida social,

dificultando, por exemplo, o seu desempenho no trabalho, escola ou funções domésticas [18,19].

O Instrumento Child-Oral Impact on Daily Performances (C-OIDP) foi desenvolvido e validado para crianças tailandesas de 12 anos de idade [20], e posteriormente adaptado e validado para crianças brasileiras [21]. É um questionário aplicado por meio de entrevista, que mede o impacto de problemas bucais no desempenho de atividades diárias e, conseqüentemente, na qualidade de vida. Não foram encontrados estudos que avaliem a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças infectadas pelo HIV, sendo desconhecido o impacto da saúde bucal nessas crianças. O objetivo desta pesquisa foi avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças de 10 a 12 anos, infectadas pelo HIV e a percepção delas em relação à saúde bucal e geral.

Métodos

Sujeitos

A amostra, selecionada por conveniência, constou de 59 crianças de ambos os sexos com idade de 10 a 12 anos. Estas crianças têm diagnóstico definitivo para a infecção pelo HIV e são pacientes de ambulatórios de referência de infectologia pediátrica de dois hospitais públicos, com atendimento odontológico, no Rio de Janeiro, Brasil. Além da anuência da criança, seus responsáveis assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa teve a aprovação do comitê de ética em pesquisa local.

Coleta de dados

Os responsáveis foram entrevistados por um único pesquisador para preenchimento da ficha de identificação com informações sócio-econômicas (sexo, idade, parentesco, nível educacional, ocupação e renda familiar). Dados como classificação clínica e imunológica da doença [22], diagnóstico definitivo para a

infecção pelo HIV, tipo de transmissão, uso de medicamentos anti-retrovirais e exames laboratoriais dos últimos três meses (carga viral, percentual de CD4 e CD8, relação CD4/CD8), foram obtidos dos prontuários médicos.

O pesquisador, através de entrevista com a criança, aplicou a versão brasileira do C-OIDP (C-OIDP-B) [21], que é composta por duas partes. Na primeira foi solicitado que a criança identificasse em uma lista de 17 problemas bucais, quais deles ocorreram nos últimos três meses. Na segunda parte foram avaliados os impactos dos problemas bucais em relação a oito atividades diárias: comer, falar, escovar, dormir, manter estado emocional, sorrir, estudar e contato social. Quando a criança relatava algum problema em qualquer das atividades, era perguntada a frequência do impacto (escala de 1, para “de 1 a 7 dias” ou “uma ou duas vezes ao mês” até 3, para “15 dias ou mais” ou “3 ou mais vezes por semana”), e a gravidade de seus efeitos na vida diária (escala de 1, para “pouco efeito” até 3, para “muito efeito”). Se nenhum impacto fosse relatado, era determinada uma pontuação zero. Para a criança que relatou algum impacto, era pedido que identificasse as condições bucais que ela percebia como causa dos mesmos, usando uma lista de respostas. Finalmente, a criança respondia a seis perguntas subjetivas sobre a saúde bucal e saúde geral.

Foram realizados ainda exames clínicos bucais pelo mesmo pesquisador, sendo determinado o Índice de Biofilme e Índice de Sangramento Gengival [6]. A seguir, cada criança realizou escovação supervisionada. O exame extra-bucal verificou, através da palpação, se havia linfadenopatia e hipertrofia de parótidas. No exame intra-bucal foram examinados os tecidos moles e no exame dental foi detectada a presença de dentes com lesões de cáries em esmalte e dentina [23,24]. A pesquisadora foi treinada para o exame clínico (KAPPA = 0,989), e após a realização dos exames, todas as crianças receberam tratamento odontológico conforme suas necessidades.

Processamento e análise dos dados

Na análise de dados, o impacto por atividade diária afetada foi estimado da seguinte forma: para cada uma das oito atividades foi obtida uma pontuação através da multiplicação do valor da frequência (0-3) pelo valor da gravidade (0-3) correspondente. Este resultado pode variar de 0 a 9. Entre as crianças que relataram impactos bucais, a intensidade do impacto na pontuação de cada atividade foi classificada em três níveis: leve (escore 1); moderado (escore 2); grave (escore 3). A pontuação total do C-OIDP-B foi a soma das pontuações de oito atividades (variando de 0 a 72) multiplicadas por 100 e divididas por 72. A prevalência de impactos bucais nas atividades diárias foi calculada como a porcentagem de crianças com uma pontuação de OIDP maior que zero. A intensidade total dos impactos bucais foi estimada como o impacto mais grave em qualquer das oito atividades. Finalmente, a extensão dos impactos bucais (variando de 1 a 8 atividades diárias) foi calculada como o número de atividades com impacto (PWI).

A consistência interna do C-OIDP-B foi avaliada pelo alpha de Cronbach. Os resultados foram inseridos no programa SPSS 13.0, sendo empregados os testes qui-quadrado, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Coeficiente de Correlação de Spearman, tendo sido estabelecido o nível de significância estatística de 5%.

RESULTADOS

Sujeitos, dados médicos e exame oral

Os responsáveis que acompanhavam as crianças apresentaram média de idade de 41,2 ($\pm 12,2$) anos, sendo predominantemente do sexo feminino (83,1%) e os próprios pais das crianças (64,4%). Quarenta e sete (79,7%) responsáveis recebiam um salário mínimo, sendo classificados na categoria "D" pelo Critério de

Classificação Econômica Brasil; 39 (66,1%) não trabalhavam e a maior parte deles (n = 43; 72,9%) não concluiu o ensino fundamental.

Os questionários foram aplicados em 59 crianças infectadas pelo HIV, com média de idade de 11,0 ($\pm 0,83$) anos. Todas as crianças estudavam e a maioria era do sexo feminino (n = 35; 59,3%). Na classificação clínica e imunológica da infecção pelo HIV, 23 (39,0%) crianças apresentavam sinais e/ou sintomas clínicos graves, o tempo de tratamento variava de 1 a 11 anos e 45 (76,3%) crianças utilizavam medicamento anti-retroviral, sendo que 41 (69,5%) delas faziam uso do HAART. A carga viral foi indetectável para 20 (33,9%) crianças, moderada para 19 (32,2%) e alta para 20 (33,9%). A imunossupressão moderada foi observada em 25 (42,2%) crianças e a AIDS estava presente em 15 (25,4%) crianças (Anexo 13, p.74).

No exame extra-bucal foi observada a presença de linfadenopatia e hipertrofia de parótida em 52 (88,1%) e 13 (22,4%) crianças, respectivamente. No exame intra-bucal, o índice de sangramento gengival foi ausente em 49 (83,1%) das crianças, e o índice de biofilme se apresentava fino para os dentes anteriores e posteriores (n=37; 62,7%). O número de crianças apresentando lesões de cárie foi alto (79,6%) variando de 0 a 14 dentes nas meninas e de 0 a 20 dentes nos meninos. A média do número de dentes acometidos pela cárie foi 5,0 ($\pm 4,5$), e a média de dentes com lesões cavitadas 4,1 ($\pm 4,3$), sendo menor nas meninas ($4,9 \pm 3,2$ e $3,7 \pm 3,2$, respectivamente) do que nos meninos ($5,1 \pm 6,0$ e $4,5 \pm 5,5$).

C-OIDP-B

O escore total do C-OIDP-B variou de 0 a 33, obtendo-se uma média de 6,1 ($\pm 6,9$), com 42 (71,2%) crianças apresentando uma variação da pontuação total desde 1 (8 crianças; 13,3%) até 33 (1 criança; 1,7%). O grupo de meninas

apresentou uma variação de pontuação de 0 a 25 com média do C-OIDP-B de 6,2 (\pm 7,58). Não houve um resultado significativo para a associação do C-OIDP-B com idade da criança ($p=0,517$) e sexo ($p=0,902$) (Anexo 14, p. 75). Com relação aos impactos bucais pode-se observar um escore maior do C-OIDP-B para as crianças que tinham mencionado impacto em todas as atividades, exceto para dormir. Comer foi a atividade diária com a frequência mais alta de impacto e dormir e estudar foram aquelas com frequência mais baixa (55,6%; e 5,1% respectivamente) (Tabela 1). O coeficiente alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna do C-OIDP-B foi 0,65.

Ao analisar os impactos bucais, os escores mais altos estavam relacionados à gravidade moderada e grave. Comer, escovar e mudança de humor foram as atividades diárias com maior gravidade, e dormir e estudar, as de menor gravidade (Tabela 2). Não houve significância estatística na verificação da associação entre gravidade e sexo ($p=0,624$). Em relação à extensão dos impactos bucais (PWI), a média foi de 1,8 ($\pm 1,7$), com 16,9% das crianças com 1PWI, 27,1% com 2PWI, 8,5% com 3PWI, 13,6% com 4PWI, e 1,7% das crianças com 5PWI, 6PWI e 7 PWI. Não houve um resultado estatisticamente significativo ao relacionar a extensão dos impactos com o sexo ($p= 0,635$).

O escore do C-OIDP-B não apresentou relação com os dados dos prontuários médicos: linfadenopatia ($p=0,061$), hipertrofia de parótida ($p= 0,349$), presença do HIV ($p=0,610$) (Anexo 15, p.76) e AIDS ($p=0,310$), como também na correlação com o percentual de CD4 ($p= 0,376$). O tempo de uso do medicamento não teve uma associação significativa ($p=0,636$) com o escore do C-OIDP-B. As crianças que faziam uso do HAART apresentaram uma média mais baixa no escore do C-OIDP-B (4,87) quando comparadas àquelas que não faziam uso desta medicação (8,87) ($p=0,038$) (Anexo 16, p.77).

Em relação à cárie foi verificado que alguns resultados não influenciaram o escore do C-OIDP-B ($p>0,05$), como o número de dentes acometidos por cárie ($p=0,687$), entretanto foi encontrado impacto em relação ao número de dentes com

lesões cavitadas ($p=0,009$). Não foi encontrada uma relação significativa entre C-OIDP-B e índice de biofilme ($p= 0,087$) e índice de sangramento gengival ($p= 0,096$).

Tabela 1: Frequência dos impactos bucais e sua relação com o C-OIDP-B

| | % (n) | Valor de p |
|------------------|----------|------------|
| Comer | 55,6(33) | 0,000* |
| Falar | 13,6(8) | 0,005* |
| Escovar | 44,1(26) | 0,000* |
| Dormir | 5,1(3) | 0,294 |
| Mudança de humor | 28,8(17) | < 0,001* |
| Sorrir | 20,3(12) | 0,024* |
| Estudar | 5,1(3) | 0,007* |
| Contato social | 6,8(4) | 0,016* |

*Teste de Mann-Whitney

Tabela 2: Frequência da gravidade dos impactos bucais nas atividades diárias.

Atividades Diárias (%)

| Gravidade | Comer | Falar | Escovar | Dormir | Mudança de humor | Sorrir | Estudar | Contato social |
|-----------|-------|-------|---------|--------|------------------|--------|---------|----------------|
| Leve | 10,2 | 2,7 | 15,3 | 1,7 | 11,9 | 5,1 | 3,4 | 1,7 |
| Moderado | 28,8 | 8,5 | 20,3 | 3,4 | 8,5 | 8,5 | 0 | 1,7 |
| Grave | 16,9 | 3,4 | 8,5 | 1,7 | 8,5 | 6,8 | 1,7 | 3,4 |

Saúde bucal e impactos odontológicos

A média do C-OIDP-B se mostrou mais alta para a maioria das crianças que relataram problemas bucais quando comparadas àquelas que não apresentaram problemas (Tabela 3), havendo uma diferença significativa para aquelas que apresentaram dor de dente, dente sensível, sangramento gengival e gengiva inchada ($p < 0.05$). Com relação ao impacto dos problemas bucais nas atividades diárias, observou-se que feridas na boca foram os problemas orais mais frequentes em todas as atividades, com exceção de dormir. Dentre as feridas, queilite, candida e afta foram as mais citadas. Tártaro, rosto ou boca deformada e dente permanente perdido não causaram impacto em nenhuma atividade. (Gráfico 1).

Quando foi perguntado sobre a percepção das crianças, em relação à saúde bucal e saúde geral, a maioria das crianças (59,3%) achava que a sua saúde bucal não era boa, com 49,2% não satisfeitas com a aparência dos seus dentes. E embora 62,7% tenham citado que precisavam realizar tratamento dentário, 76,3% se consideraram com saúde geral boa. Ao relacionar o escore do C-OIDP-B com a pergunta relacionada a sentir ou não dor de dente houve uma relação significativa ($p = 0,002$). (Tabela 4).

Tabela 3: Freqüência dos problemas bucais e sua relação com o C-OIDP-B

| | %(n) | Média C-OIDP- B Sim | Média C-OIDP- B Não | P valor* |
|---------------------------|----------|------------------------------|------------------------------|----------|
| Dor de dente | 40,7(24) | 8,97 | 4,40 | 0,007* |
| Dente sensível | 55,9(33) | 7,65 | 4,48 | 0,025* |
| Cárie | 54,2(32) | 7,03 | 5,34 | 0,339 |
| Dente mole | 66,1(39) | 6,80 | 5,20 | 0,129 |
| Espaço nos dentes | 28,8(17) | 4,65 | 6,91 | 0,709 |
| Dente permanente quebrado | 10,2(6) | 12,5 | 5,55 | 0 |
| Cor do dente | 37,3(22) | 8,70 | 4,80 | 0,269 |
| Forma do dente | 25,4(15) | 5,92 | 6,37 | 0,888 |
| Posição do dente | 18,6(11) | 7,83 | 5,90 | 0,821 |
| Sangramento gengival | 40,7(24) | 9,48 | 4,04 | 0,006* |
| Gengiva inchada | 25,4(15) | 9,07 | 5,30 | 0,002* |
| Tártaro | 0(0) | 0 | 6,26 | 0 |
| Feridas na boca | 76,3(45) | 6,23 | 6,35 | 0,594 |
| Mau hálito | 40,7(24) | 7,00 | 5,74 | 0,448 |
| Rosto deformado | 0(0) | 0 | 6,26 | 0 |
| Dente nascendo | 62,7(37) | 6,34 | 6,12 | 0,470 |
| Dente permanente perdido | 0(0) | 0 | 6,26 | 0 |

*Teste de Mann-Whitney

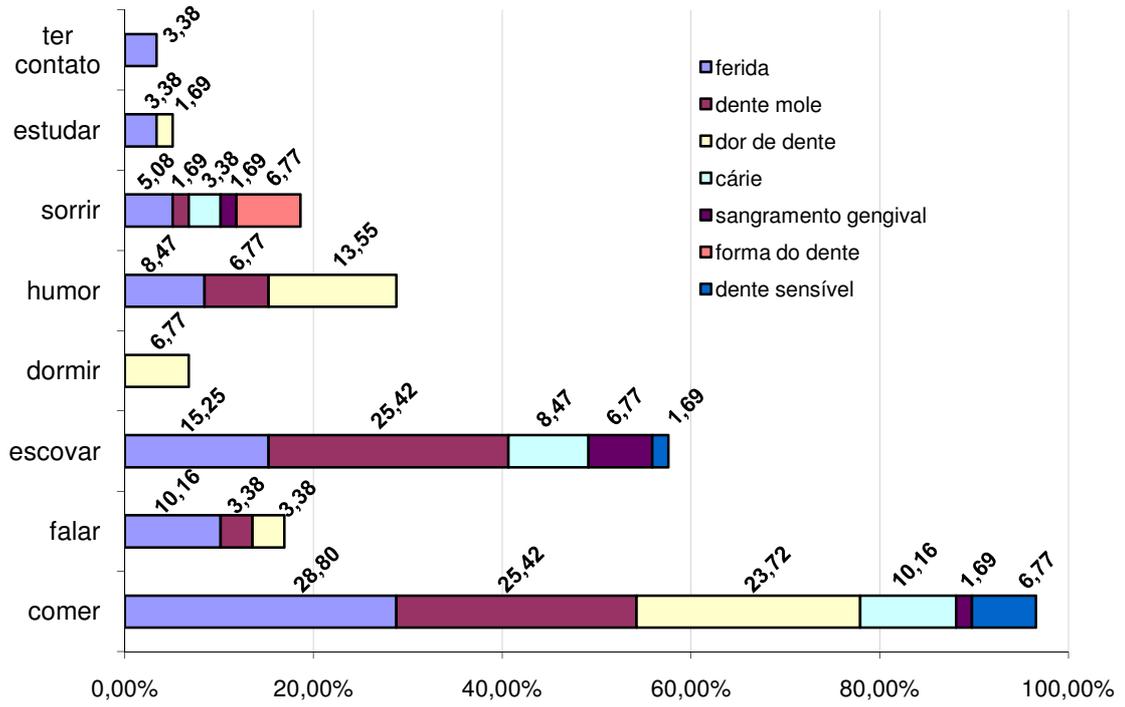


Tabela 4: Percepção das crianças infectadas pelo HIV em relação a sua saúde bucal e geral

| | % (n) | Média do C-OIDP-B | P= valor |
|---|----------------------|---------------------------|----------|
| 1-O que você acha que a saúde da sua boca e dos seus dentes é: Boa Ruim | 40,7(24) 59,3(35) | Boa-5,31 Ruim-6,62 | P=0,925 |
| 2-Quanto você está satisfeito com a saúde da sua boca e dos seus dentes? Muito Pouco | 49,2(29) 50,8(30) | Muito-4,28 Pouco -7,87 | P=0,065 |
| 3-Você sente ou já sentiu dor de dente? Sim Não | 59,3(35) 40,7(24) | Sim-8,05 Não-3,23 | P=0,002 |
| 4-Quanto você está satisfeito com a aparência dos seus dentes? Muito Pouco | 49,2(29) 50,8(30) | Muito-4,74 Pouco-7,40 | P=0,415 |
| 5-Você acha que precisa de algum tratamento para sua boca e dentes? Sim Não | 62,7(37) 37,3(22) | Sim-6,90 Não-4,73 | P=0,374 |
| 6-Você acha que a sua saúde geral é: Boa Ruim | 76,3(45) 23,7(14) | Boa-6,44 Ruim-4,06 | P=0,481 |

*Teste de Mann-Whitney

DISCUSSÃO

A prevalência do impacto de problemas bucais nas atividades diárias das crianças brasileiras infectadas pelo HIV foi alta (71,2%), assim como observado em crianças tailandesas (89,8%) [25], peruanas (82,0%) [26], francesas (73,0%) [27] e brasileiras sem a infecção pelo HIV (80,7%) [21]. Este alto impacto pode ser justificado por alguns fatores como o alto índice de cárie (79,66%) e baixo nível sócio-econômico do grupo, corroborando com os achados do estudo de Locker [28] realizado em crianças sem a infecção pelo HIV no Canadá. Nas crianças infectadas pelo HIV, a atividade de cárie é influenciada por fatores específicos como a presença de imunossupressão, utilização continuada de medicamentos contendo sacarose, dieta rica em carboidratos para a reposição calórico-protéica, diminuição do fluxo salivar e anticorpos salivares [2,8,10,12]. Somam-se a estes fatores aqueles tradicionais, como a higiene bucal deficiente realizada pela própria criança [29,30] e a presença de feridas na boca, dentre elas a candidíase. A associação entre a presença de candida e cárie dentária, já foi relatada na literatura [31], e, no presente estudo, a cárie dentária foi um fator presente, causando dificuldades nas atividades funcionais de comer e falar e repercutindo no lado psicológico, na mudança do humor e sorrir.

O problema bucal mais citado, feridas na boca, estava de acordo com a condição da criança infectada pelo HIV, como também a presença de dente mole, dente nascendo e sangramento gengival, características de um grupo de crianças de 10 a 12 anos, como foi observado em outros estudos com a mesma faixa etária [25 - 27]. Tártaro e rosto ou boca deformada não foram selecionados como problemas sofridos por este grupo. Acredita-se que tártaro pode ter sido de difícil compreensão para as crianças e boca deformada normalmente pode estar presente em grupos específicos de crianças, como aquelas portadoras de fenda labial ou palatina.

Em relação à condição econômica, a maioria dos responsáveis no presente estudo não trabalhava, vivendo apenas da ajuda do cartão de complemento de

renda do governo e de doações de parentes, geralmente os avós. Os responsáveis que trabalhavam geralmente tinham baixa renda. Esta condição foi observada em outro estudo, onde os autores afirmaram que em classes econômicas mais baixas as pessoas têm alteração no estado emocional, refletindo na auto-estima e no autocuidado [30].

Foi observado por Giuliani et al [13] que os pacientes que faziam uso de medicamento anti-retroviral, principalmente a terapia combinada, não apresentavam sinais clínicos graves relacionados ao HIV. No presente relato, as crianças infectadas pelo HIV que utilizavam o HAART apresentavam escores significativamente baixos para o C-OIDP-B, sugerindo que este tratamento é eficaz e que essas não apresentavam sinais clínicos graves relacionados ao HIV.

Indivíduos do sexo masculino e feminino percebem diferentemente os problemas de saúde bucal e de saúde geral, sendo que no feminino esta percepção pode levar a um impacto maior na qualidade de vida [32]. Nesta pesquisa, como em outros estudos aplicando o OIDP em crianças até 12 anos [25 - 27,33,34] não foi observado este maior impacto. Somente em um estudo com crianças de 2 a 5 anos onde os responsáveis foram os respondentes, foi observado diferença entre meninas e meninos [35]. Pode-se supor que a percepção de sensibilidade entre meninos e meninas inicia com as alterações hormonais durante o desenvolvimento do indivíduo.

Bernabé et al [26] encontraram um número de atividades afetadas pelos problemas bucais semelhante ao observado no estudo brasileiro, porém ferida na boca, que foi o relato com maior frequência nessa pesquisa, não foi encontrado no estudo peruano [26], mas foi citado nos estudos do Brasil [21], da Tailândia [25] e da França [27], não sendo porém o mais frequente. Esta condição que costuma ser manifestação comum da infecção pelo HIV, afetou todas as atividades diárias, exceto dormir, sendo mais desconfortável que dor de dente, também observada com frequência alta. Sabe-se que saúde e doença não têm o mesmo significado para

todos os indivíduos. As pessoas percebem saúde e doença de diferentes maneiras e graus como indivíduos e também nas diferentes culturas.

A atividade que mais afetava a vida das crianças infectadas pelo HIV foi comer (55,6%). Esta atividade foi um achado comum em estudos com OI DP de várias idades [21,25-27,36,37], demonstrando que impactos nas limitações funcionais foram mais prevalentes que impactos emocionais e de bem estar. No item gravidade, o grau moderado foi o de maior frequência nas atividades diárias de comer e escovar, sendo este último também o mais citado no grau leve, explicando desta maneira alto desconforto perante o problema bucal mais encontrado, ferida na boca.

Em relação à extensão dos impactos, foi observado que as crianças infectadas pelo HIV apresentavam de 1 a 7 problemas bucais relacionados com atividades diárias, resultado semelhante ao observado nas crianças peruanas - 1 a 8 problemas bucais [26], mas diferindo das crianças tailandesas – 1 a 4 problemas bucais [25]. As atividades diárias mais afetadas por problemas bucais no presente estudo (comer, escovar e o estado emocional), também foram as mais encontradas por Castro et al [21], Gherupong et al [25] e Bernabé et al [26].

As crianças relataram insatisfação muito maior em relação a sua saúde bucal do que a sua saúde geral, que foi considerada boa pela grande maioria delas. É sabido que elas convivem diariamente com a infecção pelo HIV, se expondo a contatos frequentes com profissionais de saúde e episódios de internações, e também a situações traumatizantes como a perda de seus pais, apresentando uma experiência de vida diferenciada da maioria das crianças [38]. Esta afirmação é confirmada por Locker [17], sugerindo que os problemas de saúde podem afetar a qualidade de vida, mas tal consequência não é obrigatória. Pessoas com doenças crônicas acreditam ter uma qualidade de vida tão boa quanto indivíduos saudáveis, pois em seu convívio com a doença aprendem a lidar com ela, se adaptam, tentando melhorar a sua experiência de vida [39]. Esta capacidade de adaptação pode explicar os resultados encontrados com a aplicação do C-OI DP em crianças da

população em geral no Brasil e outros países, que apontaram resultados semelhantes aos das crianças infectadas pelo HIV, inclusive com escores um pouco menores nestas crianças.

CONCLUSÃO

Foi observado em mais de 2/3 das crianças infectadas pelo HIV que a presença de problemas bucais decorrentes da idade mudou a sua rotina, comprometendo as atividades diárias e interferindo na qualidade de vida. Crianças que utilizavam o HAART apresentavam escores mais baixos para o C-OIDP-B. Maior impacto foi observado nas atividades funcionais. Sugerem-se outros estudos com uma amostra maior e com idade diferenciada deste grupo.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr Ronir Raggio Luiz pelos cuidados com a estatística do trabalho. À aluna de Iniciação Científica, Beatriz Maria da Fonseca, pelo auxílio na realização dos exames clínicos.

Supported by CNPq Proc 308244/2006-0

BIBLIOGRAFIA

1. FALLON J.; EDDY J.; WIENWR L. *et al.* **Human immunodeficiency virus infection in children.** *J. Pediatr* 1989, **114**(1):1-30.
2. CHIGURUPATI R.; RAGHAVAN S.S.; PAVLOVICH D.A.S. **Pediatric HIV infection and its oral manifestations: a review.** *Pediatric Dentistry* 1996, **18**(2):106-113.
3. UNAIDS – **UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS.** *2008 Report on the global AIDS epidemic.* Disponível em: www.unaids.org. Acesso em 11 de janeiro de 2008.

4. Ministério da Saúde-Secretaria de Vigilância em Saúde-Programa nacional de DST e AIDS- Versão preliminar Boletim Epidemiológico de AIDS – Ano V, n.1 – julho-dez 2007/ jan-jun 2008. Acesso em 11 de janeiro de 2009. www.aids.gov.br.
5. RAMOS-GOMES, F.J.; FLAITSZ, C.; CATAPANO, P.; MURRAY, P.; MILNES, A.R.; DORENBAUM, A. **Classification, diagnostic criteria and treatment recommendations for orofacial manifestations in HIV-infected pediatric patients.** *J. Clin. Pediatr. Dent* 1999, **23**(2):3-11.
6. RIBEIRO, A.A.; PORTELA, M.; SOUZA, I.P. **Relação entre biofilme, atividade de cárie e gengivite em crianças HIV.** *Pesq Odontol Bras* 2002, **16**(2):114-50.
7. SOARES, L.F.; CASTRO, G.F.B.; SOUZA, I.P.R.; PINHEIRO, M. **Pediatric HIV-related oral manifestations- a five-year: retrospective study.** *Braz Oral Res* 2004, **18**(1):6-11.
8. ELDRIDGE K.; GALLAGHER J.E. **Dental caries prevalence and dental health behaviour in HIV infected children.** *Int J Paediatr Dent* 2000, **10**(1):19-26.
9. FONSECA R.; CARDOSO, A.S.; POMARICO, I.R.S. **Frequency of oral manifestations in children infected with human immunodeficiency virus.** *Quintessence Int* 2000, **31**(6):419-22.
10. PONGSIRIWET, S.; IAMAROON, A.; KANJANAVANIT, S. *et al.* **Oral lesions and dental caries status in perinatally HIV-infected children in Northern Thailand.** *Int. J. Pediatr. Dent* 2003, **13**(3):180-185.
11. NAIDOO, S.; CHIKTE, U. **Oro-facial manifestations in paediatric HIV: a comparative study of institutionalized and hospital outpatients.** *Oral Diseases* 2004, **10**(1):13-18.
12. CASTRO G.F.; SOUZA I.P.R.; LOPES S.; STASHENKO P.& TELES R.P. **Salivary IgA to cariogenic bacteria in HIV-positive children and its correlation with caries prevalence and levels of cariogenic microorganisms.** *Oral Microbiol Immunol* 2004, **19**(5):281-288.
13. GIULIANI, M.; LAJOLO, C.; REZZA, G.; ARICI, C.; BABUDIERI, S.; GRIMA, P.; MARTINELLI, C.; TAMBURRINI, E.; VECCHIET, J.; MURA, M.S.; CAUDA, R.; TUMBARELLO, M. **Dental care and HIV-infected individuals: are they equally treated?** *Commun Dent Oral Epidemiol* 2005, **33**(3):447-53.
14. YEN, C.F.; TSAI, J.-J.; LU, P.L.; CHEN, Y.H.; CHEN, T.C.; CHEN, P.P.; CHEN, T.P. **Quality of life and its correlates in HIV/AIDS male outpatients receiving highly active antiretroviral therapy in Taiwan.** *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2004, **58**:501-506.
15. SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. **Development and evaluation of Oral Health Impact Profile.** *Community Dent Health* 1994, **11**(1):3-11.
16. LEÃO, A.; SHEIHAM, A. **The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living.** *Community Dental Health* 1996, **13**(1):22-26;

17. LOCKER, D. *Concepts of oral health, disease and the quality of life. In Measuring oral health and quality of life. Slade G.D.* Chapel Hill University of North Carolina; 1997;(1):12-23.
18. NIKIAS, M. **Oral disease and quality of life.** *AJPH* 1985, **75**(1):11-12.
19. GIFT, H.C.; REISINE S. T.; LARACH D. C. **The social impact of dental problems and visits.** *Am. J. Public Health* 1992, **82**:1663-1668.
20. GHERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. **Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP.** *Community Dent Health* 2004, **21**(2):161-169(a).
21. CASTRO RAL, CORTÊS MIS, LEÃO AT, PORTELA MC & SHEIHAM A. **CHILD-OIDP Index in Brazil: cross-cultural adaptation and validation.** *Health and Quality of Life Outcomes* 2008, **6**:68.
22. CDC. **Centers for Disease Control and Prevention. 1994 Revised classification system of human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age.** *MMWR* 1994, **43**(RR12):1-10.
23. CARVALHO JC; THYSTRUP A; EKSTRAND KR **Results after 3 years of non-operative occlusal caries treatment of erupting permanent molars.** *Commun Dent Oral Epidemiol* 1992, **20**:187-192.
24. BJORN DAL L, LARSEN T, THYLSTRUP A. **A clinical and microbiological study of deep carious lesions during stepwise excavation using long treatment intervals.** *Caries Res* 1997, **31**:411-417.
25. GHERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. **The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children.** *Health and Quality of Life Outcomes* 2004, **n. 2**(57):1-8(b).
26. BERNABÉ E.; TSAKOS G.& SHEIHAM A. **Intensity and extent of Oral Impacts on Daily Performances by type of self-perceived oral problems.** *Eur J Oral Sci* 2007, **115**(2):111-116.
27. TUBERT-JEANNIN, S.; PEGON-MARCHAT, E.; GEMEAU-RICHARD, C.; LECUYER M.M.; TSAKOS, G. **Validation of a French version of the CHILD-OIDP index.** *Eur J Oral Sci* 2005, **113**(5):355-362.
28. LOCKER, D. **Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children.** *Commun Dent Oral Epidemiol*, 2007,**35**(5):348-356.
29. MACHADO FC; SOUZA IPR; TURA LFR; CASTRO GF. **Adherence to an oral health program for HIV infected children and adolescents and the attitudes of their caretakers.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008, **13**(6):1851-1859.
30. BALBO PL, RODRIGUES JUNIOR AL; CERVI MC. **Characterization of caregivers for children with HIV/AIDS, addressing quality of life, socio-economic stratification and oral health aspects.** *Ciência & Saúde Coletiva* .2007, **12**(5): 1301-1307.

31. CERQUEIRA DF, PORTELA MB, POMARICO L et al **Dentinal carious lesions: A predisposing factor for the oral prevalence of *Candida ssp.* In HIV-infected children.** *J Dent Child* 2007,,**74**(2):98-103.
32. INGLEHART, M.R.; SILVERTON, S.F.; SINCKFORD, J.C. **Oral health-related quality of life: does gender matter?** INGLEHART M.R.; BAGRAMIAN R.A.chapter 11: *Oral Health and Quality of Life in Children.* Quintessence; 2002:111-21.
33. BUCZYNSKI A.K.; CANTELMO S.F.M.T.; OLISCOWICZ N.; CASTRO, G.F. & SOUZA, I.P.R. **Qualidade de vida em crianças infectadas pelo HIV e sua relação com a saúde geral e bucal.** *Braz Oral Res* 2006, **20**:285.
34. BERNABÉ E.; FLORES-MIR C.& SHEIHAM A. **Prevalence, intensity and extent of oral Impacts on Daily Performances association with self-preceived malocclusion in 11-12-years-old children.** *BMC Oral Health*,2007, **7**(6):1-7.
35. TESCH, F. *et al.* Brazil version of Early Childhood **Oral Health Impact Scale.** In: *General Session of International Association for Dental Research 2006*, **83**.. Anais disponível em: http://iadr.confex.com/iadr/2006Orld/techprogram/abstract_75546.htm.
36. CORTES M.I.S.; MARCENES W.; SHEIHAM A. **Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-years-old children.** *Commun Dent Oral Epidemiol* 2002, **30**(3):193-8.
37. RAMOS-JORGE, M. L.; BOSCO, V.L.; PERES, M.A.; NUNES, A.C.G.P. **The impact of treatment of dental trauma on the quality of life of adolescents – a case control study in Southern Brazil.** *Dental Traumatol* 2005, **21**(1):1-6.
38. ABDELNUR J.P; DRUGOWICK R.M.; SOUZA I.P.R. & MAIA, L.C. **Influência da experiência médico-hospitalar progressa no comportamento de crianças frente a tratamento odontológico.** *Braz Oral Res* 2005, **19**:173.
39. ALLEN, P.F. **Assessment of oral health related quality of life.** *Health and Quality of Life Outcomes*, 2003, **1**(40):1-8.

5 Discussão

Desde que os primeiros relatos sobre a infecção pelo HIV surgiram, inúmeras pesquisas foram realizadas e divulgadas, tanto na literatura científica, quanto nos meios de comunicação para a população em geral. Os estudos sobre qualidade de vida em pacientes com comprometimento sistêmico estão em grande evidência, embora sejam escassos com crianças infectadas.

A busca por uma melhor qualidade de vida para todos os indivíduos, tem sido uma preocupação constante dos profissionais de saúde. Na literatura encontram-se vários artigos publicados anualmente com o termo “qualidade de vida”, que têm a proposta de avaliar os cuidados com a saúde bucal (ESPERÃO, 2006). As medidas relacionadas a este respeito vêm ganhando importância, pois os pesquisadores compreendem que somente os métodos tradicionais possuíam pouca relevância para o paciente, mas a combinação das duas medidas é adequada para se verificar como a qualidade de vida se apresenta (TSAKOS *et al.*, 2006).

A qualidade de vida relacionada com a saúde bucal em crianças sem comprometimento sistêmico, vem sendo avaliada por vários instrumentos, tais como OIDP, ECOHIS, CPQ, AUQUEI. No artigo 1 da presente dissertação, pode ser observado que 30% dos responsáveis percebiam que o bem estar das crianças sem comprometimento sistêmico, podem ser afetado pelos problemas orais. De acordo com a literatura consultada nesta dissertação, apenas dois foram realizados em crianças infectadas pelo HIV (BUCZYNSKI *et al.*, 2006; BUCZYNSKI *et al.*, 2007). A infecção pelo HIV é uma das poucas doenças crônicas e ameaçadoras que afeta pais e crianças simultaneamente, resultando em famílias desestruturadas por abandono, doenças, ou falecimento dos pais (CAMPOS *et al.*, 2007). Portanto, este pequeno paciente parece apresentar uma experiência de vida que o distingue da maioria das crianças, resultando num comportamento passivo que o leva a aceitar o tratamento odontológico de forma cooperadora, apresentando um amadurecimento

precoce proveniente da experiência médico-hospitalar e da vontade de se curar (ABDELNUR *et al.*, 2005).

Nas duas pesquisas com crianças infectadas pelo HIV, foram utilizados os questionários ECOHIS-B (BUCZYNSKI *et al.*, 2007) e AUQUEI (BUCZYNSKI *et al.*, 2006), em crianças com idade de 2 a 6 anos e de 6 a 12 anos, respectivamente. No primeiro, a qualidade de vida foi avaliada pela percepção dos pais, pois o grupo de crianças não tinha entendimento para esta avaliação. No segundo, já houve uma participação mais efetiva das crianças, pois a idade permitia uma melhor comunicação com o entrevistador. A qualidade de vida das crianças identificadas através da percepção dos pais foi considerada aceitável. Já as crianças maiores, perceberam um impacto na qualidade de vida devido a sua condição bucal.

No presente estudo, também em crianças infectadas pelo HIV, foi aplicado o CHILD-OIDP-B, que é o primeiro instrumento que relaciona saúde bucal com atividades diárias, verificando se a qualidade de vida do grupo foi afetada. Os dados foram coletados por meio de entrevista, sendo composto de perguntas pequenas, e de fácil entendimento e direcionado para crianças maiores, 10 a 12 anos. No Brasil este instrumento foi validado por CASTRO *et al.* (2008).

Na literatura existem artigos (GHERUNPONG *et al.*, 2004-b; TUBERT-JEANNIN *et al.*, 2005; BERNABÉ *et al.* 2007-a) utilizando o mesmo questionário, mas direcionados para crianças sem comprometimento sistêmico com idade até 12 anos. O impacto da saúde bucal em atividades diárias encontrado foi alto nos três estudos internacionais (crianças tailandesas, francesas e peruanas), e neste estudo com crianças brasileiras infectadas pelo HIV. Houve uma concordância em relação aos gêneros, se apresentando sem relação estatisticamente significativa nos estudos internacionais e na presente pesquisa. Também em relação à atividade diária mais afetada, que foi comer houve uma concordância nos quatro estudos. Os problemas bucais mais citados variaram nos diversos estudos. Em relação à gravidade dos impactos, esta estava relacionada ao ato de comer para crianças tailandesas, francesas e brasileiras, e sorrir para as crianças peruanas. O Quadro 2 (Anexo 17,

p.78) resume também os problemas bucais e as atividades diárias de cada estudo. Pode-se verificar com esses resultados que o estudo com as crianças infectadas pelo HIV, mostrou resultados semelhantes aos das outras crianças, embora estas crianças com comprometimento sistêmico apresentem complexidade em relação a sua vida familiar e a saúde geral.

Problemas na cavidade bucal podem causar impacto significativo na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV, que têm a saúde bucal afetada por complicações decorrentes da doença. Isto foi verificado por BUCZYNSKI *et al.* (2006), BUCZYNSKI *et al.* (2007) e na presente pesquisa, ao utilizarem o AUQUEI, ECOHIS-B e CHILD-OIDP-B, respectivamente. Os instrumentos CHILD-OIDP-B e AUQUEI foram aplicados nas crianças, e estas notaram a presença de problemas bucais que poderiam interferir na qualidade de vida. Na aplicação do ECOHIS-B, a percepção sobre o impacto relacionado à qualidade de vida, foi dos seus responsáveis. Pode-se supor que os pais de crianças com infecção pelo HIV se sentem culpados pela transmissão da doença, e super-protegem as crianças devido a grande preocupação com a saúde geral, não dando importância a saúde bucal para a qualidade de vida (BUCZYNSKI *et al.*, 2007). Os dados médicos referentes as crianças dos três estudos citados neste parágrafo podem ser visualizados no Quadro 3 (Anexo 18, p. 79).

Nesta presente pesquisa, um dos objetivos era conhecer o impacto na qualidade de vida de atividades diárias de irmãos não infectados. No entanto, foram encontradas grandes dificuldades para obter um número significativo de sujeitos, pois os irmãos muitas vezes não moravam na mesma casa, devido aos pais se casarem novamente e constituírem novas famílias, ou mãe ou pai que não queriam contato com o outro cônjuge que transmitiu a doença, ficando os irmãos em casas diferentes. Outra situação encontrada foi o falecimento de um ou ambos pais, ficando a criança infectada pelo HIV e seus irmãos, com parentes ou responsáveis diferentes, os quais poderiam ser pessoas amigas da família, ou de instituições públicas. Além disso, foi notado existir o preconceito da doença entre os familiares

ou responsáveis por algumas crianças, pois não queriam trazer o irmão para o mesmo ambiente em que era tratada a criança infectada. No caso de concordar em trazer, os responsáveis informavam que o irmão desconhecia a doença, e que não gostaria que lhe fosse contado. Os poucos que comparecer (10 pacientes) eram de idades entre 5 e 26 anos, muito diferentes da amostra de crianças infectadas pelo HIV, mas todos já tinham sido informados por seus pais sobre a doença do irmão, e conviviam bem com esta informação.

Por estes motivos, não se pode comparar os resultados obtidos na entrevista, para se conhecer o impacto na qualidade de vida relacionado com atividades diárias dos 10 irmãos sem a presença da infecção pelo HIV. Os resultados em relação aos irmãos podem ser visualizados no Anexo 19 (p.80-81). Destaca-se que o escore do CHILD-OIDP-B variou de 0 a 18, com uma média de 4.90 (DP:5,90). Os problemas bucais mais freqüentes foram: dor de dente e mau hálito, mas relacionado com as atividades diárias, dor de dente e dente sensível foram os problemas orais mais freqüentes em 5 atividades.

Durante a entrevista, foi observado que nas consultas médicas de rotina, o comportamento das crianças infectadas não diferia de outras da mesma idade. As de menor idade, enquanto aguardavam a consulta, corriam e brincavam umas com as outras. Já as crianças maiores que participaram da pesquisa, ficavam conversando, sentadas junto de seus responsáveis, como que envergonhadas, conduta própria da idade. Ao conversar com elas, se mostravam gentis, mas eram mais caladas e mais responsáveis para a idade que apresentavam. Estas crianças tomam consciência da sua doença por meio de consultas com a psicóloga do hospital, e são responsáveis pela sua medicação. Foi observado também que demonstravam um contato afetivo com seus responsáveis e um relacionamento positivo com profissionais de saúde, médicos, psicólogas, dentistas e enfermeiros. REBOK *et al.* (2001) observaram que crianças nesta faixa de idade já entendem quando estão doentes, tentam adquirir bons hábitos em relação ao estilo de vida e têm um bom contato com outras pessoas. Foi notado pelo entrevistador que os

cuidadores das crianças infectadas pelo HIV se mostravam comunicativos e alegres, demonstrando cuidado com a criança, e revelando, em conversa, suas qualidades. Os pais, entretanto, eram pessoas sem expressão, calados, cuidadosos com os filhos, e com uma atitude de super-proteção, notada quando foi exposta a eles a pesquisa a ser realizada. Este comportamento foi observado em mães de crianças com doenças crônicas por FALLON *et al* (1989) e RAMOS (2002).

6 Conclusões

1) As crianças infectadas pelo HIV relataram a presença de problemas bucais que afetaram a sua atividade diária, sendo ferida na boca o mais prevalente. As atividades que estavam relacionadas a limitações funcionais sofreram um maior impacto do que as atividades relacionadas com os aspectos psicológico e o bem-estar.

2) As crianças infectadas pelo HIV apresentaram uma baixa prevalência de manifestações bucais em tecidos moles, uma alta prevalência de cárie e escore baixo para índices de sangramento gengival e biofilme.

3) Houve uma significância estatística do CHILD-OIDP-B para todas as atividades diárias exceto dormir, sugerindo que as crianças poderiam ter sua qualidade de vida afetada.

4) Não foi observada correlação de CHILD-OIDP-B entre os gêneros no grupo de crianças infectadas pelo HIV.

5) Não houve impacto significativo entre o CHILD-OIDP-B e os marcadores da doença AIDS

6) Houve impacto significativo em relação ao uso do HAART.

Referências Bibliográficas

ABDELNUR, J.P.; DRUGOWICK, R.M.; SOUZA, I.P.R.; MAIA, L. C. Influência da experiência médico-hospitalar progressa no comportamento de crianças frente a tratamento odontológico. **Braz Oral Res**, v. 19; p. 173, 2005

ADULYANON, S.; SHEIHAM, A. Oral impacts on daily performances. In: SLADE, G.D., editor. **Measuring oral health and quality**. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997.

ALLEN, P.F. Assessment of oral health related quality of life. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.1; n.40;p.1-8, 2003

ARRUDA, A. Novos Significados da Saúde e as Representações Sociais. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10; n. 2;p. 215-227, 2002.

ASSUMPÇÃO, F.B.; KUCZYNSKI, E.; SPROVIERI, M.H.; ARANHA, E.M.G. Escala de Avaliação de Qualidade de Vida. **Arq Neuropsiquiatr**, v.58; n.1; p. 119—127; 2000

BERNABÉ, E.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. Intensity and Extent of Oral Impacts on Daily performances by type of self-perceived oral problems. **Eur. J. Oral Sci**, v.115; n.2;p. 111-116 ;2007(a)

BERNABÉ, E.; FLORES-MIR, C; SHEIHAM, A. Prevalence, intensity and extent of oral Impacts on Daily Performances association with self-preceveid malocclusion in 11-12-years-old children. **BMC Oral Health**, v.7; n.6; p.1-7; 2007(b)

BUGZYNSKI, A.K.; CANTELMO, S.F.M.T.; OLISCOVICZ, N.F.; ANDRADE, LHR.; CASTRO, G.F.; SOUZA, I.P.R. Qualidade de vida em crianças infectadas pelo HIV e sua relação com a saúde geral e bucal. **Braz Oral Res**, v. 20, p. 285. 2006.

BUGZYNSKI, A.K.; CASTRO, G.F.; SOUZA, I.P.R. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças de 3 a 6 anos infectadas pelo HIV. **Braz Oral Res**; suppl.1: n.37;p.51; 2007.

CAMPOS, F.M.; SOUZA, I.P.R.; TURA, L.F.R.; CASTRO, G.F. Adesão a um programa de atenção à saúde bucal para crianças e adlolescentes infectados pelo HIV e atitudes dos responsáveis. **Ciênc e Saúde Coletiva** 0662/2007.

CASTRO, G.F.; PORTELA, M.B.; POMÁRICO, I.R.S.; SILVA, R.H.O. Infecção pelo HIV em crianças e suas manifestações bucais – Revisão de Literatura. **J Brás Odontoped Odonto Bebe**, v. 2, n. 10, 1999.

CASTRO, G.F.; SOUZA, I.P.R.; OLIVEIRA, R.H.S.; PORTELA M.B.; ESTEVES, C. Prevalência de cárie e sua correlação com a classificação clínica e imunológica em crianças infectadas pelo HIV. **Pesqui Odontol Bras**. v. 15, n. 2, p. 91-97, 2001.

- CASTRO, G.F.; SOUZA, I.P.R.; LOPES, S.; STASHENKO, P.; TELES, R.P. Salivary IgA to cariogenic bacteria in HIV-positive children and its correlation with caries prevalence and levels of cariogenic microorganisms. **Oral Microbiol Immunol**, 2004;v.5;n. 19; p.281-288; 2004
- CASTRO RAL, CORTÊS MIS, LEÃO AT, PORTELA MC & SHEIHAM A. CHILD-OIDP Index in Brazil: cross-cultural adaptation and validation. **HEALTH and QUALITY of LIFE OUTCOMES**, 6:68, 2008
- CHIGURUPATI, R.; RAGHAVAN, S.S.; PAVLOVICH, D.A.S. Pediatric HIV infection and its oral manifestations: a review. **A A P D**, v. 18; n.2,p. 106-113;1996.
- COHEN, K.; JAGO, J.D. Toward the formulation of socio-dental indicators. **Int J. Health Serv**, v.6; n. 4:p.681-687; 1976
- CUNNINGHAM, W. E.; CRYSTAL, S.; BOZZETTE, S.; HAYS, R.D. The association of health-related quality of life with survival among persons with HIV infection in the United States. **J.Gen Intern Med**, v.20;n.1; p. 21-27; 2005
- ELDRIDGE, K.; GALLAGHER, J.E. Dental caries prevalence and dental health behaviour in HIV infected children. **Int J Paediatr Dent**; v.10; n.1;p.19-26; 2000
- ESPERÃO, P.T.G. **Qualidade de vida em pacientes orto-cirúrgicos**. Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Ortodontia. 2006.
- FALLON, J.; EDDY, J.; WIENER, L.; PIZZO, P.A. Human immunodeficiency virus infection in children. **The Journal of Pediatrics**, v.114; n.1; p. 1-30; 1989.
- FEITOSA S.; COLARES, V. As repercussões da cárie precoce na infância e na qualidade de vida de pré-escolares. **JBP-Rev Ibero Odontopediatr Odontol Bebe**, v. 6; n.34:p. 542-8; 2003
- GHERUNPONG, S.; SHEIHAM, A.; TSAKOS, G. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children: the CHILD_OIDP. **Community Dent Health**, v.21; n. 1; p.161-169;2004(a)
- _____. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. **Health Quali Life Outcomes**, v.2; n. 57; p. 1-8 2004(b)
- _____. A sociodental approach to assessing children's oral health needs: integrating an oral health-related quality of life (OHRQoL) measure into oral health service planning. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 84; n. 1; p. 36-44; 2006.
- GREENSPAN, D.; GREENSPAN, J.S. Management of the oral lesions of HIV Infection. **JADA**, v. 122, p. 26-32, 1991.
- JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; STEPHENS, M.; KENNY, D.; TOMPSON, B.; GUYATT G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. **J. Dent Res**, v.81; n. 7; p. 450-63; 2002

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; STEPHENS, M.; GUYATT, G. Agreement between mothers and children aged 11-14 years in rating child oral health-related quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.31; n. 5; p. 335-43; 2003

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; GUYATT, G. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-years-old children (CPQ 11-14): Development and initial evaluation. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.4; v. 4; p. 1-9; 2006

LEÃO, A.; SHEIHAM, A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. **Community Dental Health**, v. 13; n.1; p. 22-26; 1996

LEÃO, A.T. e OLIVEIRA, B.H. Questionário na Pesquisa Odontológica in **Epidemiologia e Bioestatística na Pesquisa Odontológica**. LUIZ, R.R.; COSTA, A.J.L.; NADANOVSKY, P. 1 ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2005.

LOCKER, D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: SLADE, G.D., ed. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecolog; 11-23, 1997.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A.; STEPHENS, M.; KENNY, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Family impact of child oral and oro-facial conditions **Community Dent Oral Epidemiol**, v.30; n.6; p.438-48; 2002

LOCKER, D. Oral health and quality of life. **Oral Health Prev. Dent.**, v. 2, suppl. 1, p. 247-53, 2004.

LEGGOTT, P.J. Oral manifestation of HIV infection in children. **Oral Surg.Oral Med., Oral Pathol**, v. 73; p. 187-92; 1992

MADIGAN, A.; MURRAY, P.A.; HOUP, M.; CATALANOTTO, F.; FEUERMAN, M. Caries experience and cariogenic markers in HIV-positive children and their siblings. **Am.Academ.Pediatric Dent**, v.18; n. 2; p.129-136;1996

MCGRATH, C.; BRODER, H.; WILSON-GENDERSON, M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 32 ; n. 2 ;P. 81-5 ; 2004

MANIFICAT, S., DAZORD, A. Évaluation de la qualité de vie de l'enfant: validation d'un questionnaire, premiers resultants. **Neuropsychiatr Enfance Adolesc**, Vandoeuvre Cedex v. 45, p. 106-14 ;1997.

MARQUES LS; RAMOS-JORGE M.L.; PAIVA S..M.; PORDEUS I.A.. Malocclusion: Esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. *Am. J. Orthod Dentofacial Orthop* , v.129; p.424-7; 2006

MIOTTO, M.H.M.; BARCELLOS, L.A. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal "Oral Health Impact Profile" OHIP. **Rev. Odontol**. Vitória. v. 3, n. 1, p. 32-38; 2001.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. Saúde bucal coletiva in **Epidemiologia e Bioestatística na Pesquisa Odontológica**, in Ronir L.R.; COSTA, A.J.L.; NADANOVSKY, P., Editora Atheneu ; p. 21-48; 2005

OMS 2006. Ministério da Saúde-Secretaria de Vigilância em Saúde-Programa nacional de DST e AIDS-Boletim Epidemiológico Brasília: Ministério da Saúde, jan-jun de 2006. Acesso em 18 de novembro de 2007. www.aids.gov.br

PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4 ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000.

PORTILLO, J.A.C.; PAES, A.M.C. Autopercepção de Qualidade de Vida relativa à Saúde Bucal. **Rev. Brasil. de Odontologia em Saúde Coletiva**, v. 1; n. 1; p. 75-88; 2000

RAMOS, M.E.B. **Estudo comparativo da saúde bucal de crianças cardiopatas e não-cardiopatas. Avaliação de variáveis biológicas e psico-sociais em relação ao risco da cárie dentária**. Dissertação para conferir grau de Doutor em Odontologia, 2002, UFRJ.

REBOK, G.; RILEY, A.; FORREST, C.; STARFIELD, B.; GREEN, B.; ROBERTSON, J., *et al.* Elementary school-aged children's report of their health: a cognitive interviewing study. **Qual Life Res**, v.10; p. 59-70; 2001

RIBEIRO, A.A.; PORTELA, M.; SOUZA, I.P. Relação entre biofilme, atividade de cárie e gengivite em crianças HIV. **Pesqui Odontol. Brás**, v. 16; n. 2; p.144-50; 2002

SAVASTANO, H. Abordagem do binômio saúde-doença e do conceito de personalidade no ecossistema: implicações em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, vol. 14, n. 1, São Paulo, mar. 1980.

SLADE, G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent. Oral Epidemiol**, v.25; n.4; p. 284-90; 1997

SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Development and evaluation of Oral Health Impact Profile. **Community Dental Health**, v. 11; n. 1; p. 3-11; 1994

SOUZA, I.P.R.; TELES, G.S.; CASTRO, G.F.; PRIMO, L.G.; VIANNA, R.B.C.; PERES, M. Prevalência de cáries em crianças infectadas pelo HIV. **Rev Bras Odontol**, v. 53, n. 1, p. 49-51; 1996.

TALEKAR, B.P.; ROZIER, R.G.; SLADE, G.D. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impacts Scale (ECOHIS). **Health and Quality of Life Outcomes**, v.5; n. 6; p. 1-10; 2007

TESCH, F. *et al.* Brazil version of Early Childhood Oral Health Impact Scale. In: General Session of International Association for Dental Research, 83, 2006, Orlando. Anais disponível em: http://iadr.confex.com/iadr/2006Orld/techprogram/abstract_75546.htm.

TSAKOS, G.; GHERUNPONG, S.; SHEIHAM, A. Can oral health-related quality of life measures substitute for normative needs assessments in 11 to 12-years-old CHILDREN? **J. Pub Healt Dentis**, v. 66; n. 4; p. 263-268; 2006

TUBERT-JEANNIN, S.; RIORDAN, P.J.; MOREL-PAPERNOT, A.; PORCHERAY, S.; SABY-COLLET, S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.31; n. 4; p. 275-84; 2003

TUBERT-JEANNIN, S.; PEGON-MACHAT, E.; GREMEAU-RICHARD, C.; LECUYER, M.M.; TSAKOS, G. Validation of a French version of the Child-OIDP index. **Eur J. Oral Sci**, v. 113; n. 5; p. 355-362; 2005

UNAIDS – UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. AIDS epidemic update. 2006. Disponível em: www.unaids.org. Acesso em 04 de julho de 2007.

WHO: World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/about/definition/en/J>. Acesso em: 12 de julho de 2007.

YEN, C.F.; TSAI, J.-J.; LU, P.L.; CHEN, Y.H.; CHEN, T.C.; CHEN, P.P.; CHEN, T.P. Quality of life and its correlates in HIV/AIDS male outpatients receiving highly active antiretroviral therapy in Taiwan. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 58; p. 501-506; 2004

ANEXO 1

Quadro 1

Classificação da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes menores de 13 anos

| Alteração imunológica – Ausente (1) | |
|--------------------------------------|---|
| N1 | Ausência de sinais e/ou sintomas clínicos |
| A1 | Sinais e/ou sintomas clínicos leves |
| B1 | Sinais e/ou sintomas clínicos moderados |
| C1 | Sinais e/ou sintomas clínicos graves |
| Alteração imunológica – Moderada (2) | |
| N2 | Ausência de sinais e/ou sintomas clínicos |
| A2 | Sinais e/ou sintomas clínicos leves |
| B2 | Sinais e/ou sintomas clínicos moderados |
| C2 | Sinais e/ou sintomas clínicos graves |
| Alteração imunológica – Grave (3) | |
| N3 | Ausência de sinais e/ou sintomas clínicos |
| A3 | Sinais e/ou sintomas clínicos leves |
| B3 | Sinais e/ou sintomas clínicos moderados |
| C3 | Sinais e/ou sintomas clínicos graves |

Categorias imunológicas da classificação da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes menores de 13 anos.

| Alteração imunológica | Contagem de LT-CD4+ | | |
|-----------------------|------------------------|---------------------|---------------------|
| | Idade | | |
| | <12 meses | 1 a 5 anos | 6 a 12 anos |
| Ausente (1) | >1500 (>25%) | ≥ 1000 (≥ 25%) | ≥ 500 (≥ 25%) |
| Moderada (2) | 750 – 1499 (15-24%) | 500-999 (15-25%) | 200-499 (15-24%) |
| Grave (3) | <750 (<15%) | <500 (<15%) | <200 (<15%) |

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS NA IDADE PRÉ-ESCOLAR (B_ECOHIS)

Problemas com dentes, boca, ou maxilares (ossos da boca) e seus tratamentos, podem afetar o bem-estar e a vida diária das crianças e suas famílias. Para cada uma das seguintes questões perguntadas pelo entrevistador, por favor, indique a resposta que melhor descreve as experiências da sua criança ou a sua própria. Considere toda a vida da sua criança, desde o nascimento até agora, quando responder cada pergunta.

Preencher utilizando as siglas: P- problemas e T- Tratamento

0 - Nunca/Não sei 1- Quase nunca 2- Às vezes/de vez em quando 3- Com frequência 4- Com muita frequência

| Perguntas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)? | | | | | |
| 2- Sua criança já teve dificuldade para 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? | | | | | |
| 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? | | | | | |

14- Comparando com outras crianças da mesma idade, como você considera o estado de saúde bucal (dentes e gengiva) da sua criança?

() Muito bom () Bom () Médio () Ruim () Muito ruim

15- Comparando com outras crianças da mesma idade, como você considera o estado de saúde geral da sua criança?

() Muito bom () Bom () Médio () Ruim () Muito ruim

16- Do nascimento até agora, o quanto o bem-estar da sua criança foi afetado por causa de problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

() Nada () Pouco () Médio () Muito

17- Do nascimento até agora, o quanto o bem-estar da sua criança foi afetado por causa da infecção pelo HIV?

() Nada () Pouco () Médio () Muito

ANEXO 3

FICHA DE EXAME CLÍNICO B-ECOHIS

1- Presença de cárie dentária () Não () Sim

| | |
|---|--|
| 1a. Total de dentes cariados | |
| 1b. Total de dentes cariados na região anterior superior | |
| 1c. Total de dentes cariados na região anterior inferior | |
| 1d. Total de dentes cariados na região posterior superior | |
| 1e. Total de dentes cariados na região posterior inferior | |

2- Presença de dentes restaurados () Não () Sim

| | |
|--|--|
| 2a. Total de dentes restaurados | |
| 2b. Total de dentes restaurados na região anterior superior | |
| 2c. Total de dentes restaurados na região anterior inferior | |
| 2d. Total de dentes restaurados na região posterior superior | |
| 2e. Total de dentes restaurados na região posterior inferior | |

3- Presença de mordida aberta anterior () Não () Sim

4- Dentes perdidos precocemente () Não () Sim

| | |
|--|--|
| 4a. Total de dentes perdidos precocemente | |
| 4b. Total de dentes perdidos precocemente na região anterior superior | |
| 4c. Total de dentes perdidos precocemente na região anterior inferior | |
| 4d. Total de dentes perdidos precocemente na região posterior superior | |
| 4e. Total de dentes perdidos precocemente na região posterior inferior | |

5- Presença de restos radiculares () Não () Sim

| | |
|--|--|
| 5a. Total de restos radiculares | |
| 5b. Total de restos radiculares na região anterior superior | |
| 5c. Total de restos radiculares na região anterior inferior | |
| 5d. Total de restos radiculares na região posterior superior | |
| 5e. Total de restos radiculares na região posterior inferior | |

6- Presença de dentes com alteração de cor na região anterior superior () Não () Sim

| | |
|--|--|
| 6a. Total de dentes com alteração de cor na região anterior superior | |
|--|--|

ODONTOGRAMA:

| | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 16 | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 26 |
| | | | | | | | | | | | |
| 46 | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 36 |

Legenda:

C= lesão de cárie em dentina
 R= restauração temporária ou definitiva
 ED= escurecimento dentário (alteração de cor)
 PP= perda precoce do elemento dentário decíduo
 NE= elemento dentário não erupcionado
 EX= elemento dentário exfoliado
 RR= resto radicular

ANEXO 4

Autorização da Pesquisa: Percepção dos responsáveis quanto a saúde bucal de crianças em idade pré-escolar e sua relação com a qualidade de vida.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER 18/2007

PROCESSO: 15/2007

Projeto de Pesquisa: **"Percepção dos responsáveis quanto a saúde bucal de criança em idade pré-escolar e sua relação com qualidade de vida."**

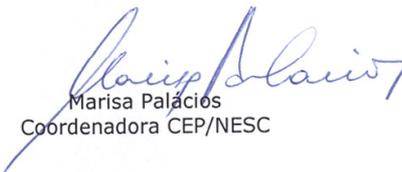
Pesquisadora: Lucia Helena Raymundo de Andrade

O Comitê de Ética em Pesquisa, tendo em vista o que dispõe a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, resolveu APROVAR o presente projeto.

Informamos que o CEP está à disposição do pesquisador para quaisquer esclarecimento ou orientação que se façam necessários no decorrer da pesquisa.

Lembramos que o pesquisador deverá apresentar relatório da pesquisa no prazo de um ano a partir desta data.

Cidade Universitária, 14 de maio de 2007.


Marisa Palácios
Coordenadora CEP/NESC

ANEXO 5

Número:



FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA E ORTODONTIA
DISCIPLINA DE ODONTOPEDIATRIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Responsável,

A Disciplina de Odontopediatria da UFRJ esta estudando, como problemas bucais como: cárie, dor de dente, sangramento gengival, e outros, podem interferir com a vida diária, repercutindo na qualidade de vida das crianças em tratamento na clínica de Odontopediatria. Para isso, será necessário que o responsável responda a um questionário de fácil entendimento. A criança receberá escovação supervisionada e aplicação de flúor. Caso ela necessite de tratamento odontológico restaurador ou extração, será realizada na própria clínica de odontopediatria da UFRJ. O estudo está de acordo com o estabelecido na Resolução do CNS 196/96. A participação é voluntária e, em caso de desistência, a criança não sofrerá prejuízos em relação ao atendimento odontológico. As informações sobre cada criança retiradas de suas fichas médicas são confidenciais e sigilosas, sendo que a identidade de cada participante só será utilizada por membros da equipe da pesquisa. O responsável pelo paciente poderá solicitar sua saída do estudo em qualquer momento, assim como a própria criança e, neste caso, os responsáveis pelo projeto se comprometem a não utilizar as informações obtidas. Em caso de dúvidas ou necessidades, o responsável poderá entrar em contato com: Dra. Lucia Helena Raymundo de Andrade, na Faculdade de Odontologia da UFRJ (Departamento de Odontopediatria e Ortodontia) ou pelos telefones (21) 2562-2101 / (21) 2562-2098/ (21) 9857-7603..

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador responsável
LUCIA HELENA RAYMUNDO DE ANDRADE
Mestranda em Odontopediatria – FO/UFRJ

Assinatura da Orientadora da Pesquisa
Prof. Dra. Ivete Pomarico R. de Souza
Prof. Titular de Odontopediatria /F.O. UFRJ

Assinatura da Orientadora da Pesquisa
Prof. Dra. Glória Fernanda B. de A. Castro
Prof. de Odontopediatria /F.O. UFRJ

Eu, _____, identidade n.º _____ responsável pelo menor _____, certifico que lendo as informações acima concordo com o que foi exposto, e autorizo a utilização de minhas respostas para este estudo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do responsável

Assinatura Testemunha (1)

Assinatura Testemunha (2)

ANEXO 6

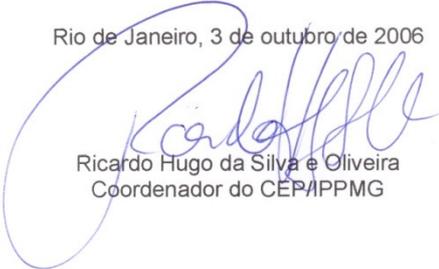
**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO**
UFRJ

INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA

MEMORANDO DE APROVAÇÃO

O projeto "Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV", de número 43/06, de responsabilidade da Dra. Lucia Helena Raymundo de Andrade, foi analisado pelo CEP/IPPMG e aprovado em 3 de outubro de 2006.

Rio de Janeiro, 3 de outubro de 2006



Ricardo Hugo da Silva e Oliveira
Coordenador do CEP/IPPMG

ANEXO 7**Autorização do Hospital Municipal Jesus****RIO****Comitê de Ética em Pesquisa**

Parecer n.º 118A/2007

Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2007.

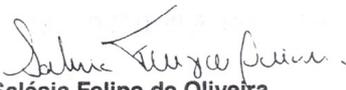
Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 101/07**TÍTULO:** Impacto da Saúde Bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV.**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Lucia Helena Raymundo de Andrade.**UNIDADE ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:** Hospital Municipal Jesus.**DATA DA APRECIÇÃO:** 27/08/2007.**PARECER: APROVADO**

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO 8

FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA E ORTODONTIA
DISCIPLINA DE ODONTOPEDIATRIA

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO IMPACTO DA SAUDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS INFECTADAS PELO HIV

Prezado responsável,

A Disciplina de Odontopediatria da UFRJ e o Projeto SIDA/AIDS do IPPMG estão estudando como os problemas bucais como: cárie, dor de dente, sangramento gengival, e outros, podem interferir com a vida diária, repercutindo na qualidade de vida das crianças infectadas pelo HIV em tratamento no ambulatório da DIP-Imuno do IPPMG. Para isso, será necessário que a criança responda a um questionário próprio para a idade dela e de fácil entendimento. A criança também receberá escovação supervisionada e aplicação de flúor. Caso ela necessite de tratamento odontológico restaurador, ela receberá a(s) obturação(ões) necessária(s) no próprio projeto e, havendo necessidade de extrações, ela será encaminhada para a Clínica de Odontopediatria – FO/UFRJ. O estudo está de acordo com o estabelecido na Resolução do CNS 196/96. A participação é voluntária e, em caso de desistência, a criança não sofrerá prejuízos em relação ao atendimento odontológico. As informações sobre cada criança retiradas de suas fichas médicas são confidenciais e sigilosas, sendo que a identidade de cada participante só será utilizada por membros da equipe da pesquisa. O responsável pelo paciente poderá solicitar sua saída do estudo em qualquer momento, assim como a própria criança e, neste caso, os responsáveis pelo projeto se comprometem a não utilizar as informações obtidas. Em caso de dúvidas ou necessidades, o responsável poderá entrar em contato com: Dra. Lucia Helena Raymundo de Andrade, na Faculdade de Odontologia da UFRJ (Departamento de Odontopediatria e Ortodontia) ou pelos telefones (21) 2562-2101 / (21) 2562-2098/ (21) 9857-7603.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador responsável
LUCIA HELENA RAYMUNDO DE ANDRADE
Mestranda em Odontopediatria – FO/UFRJ

Assinatura da Orientadora da Pesquisa
Prof. Dra. Ivete Pomarico R. de Souza
Prof. Titular de Odontopediatria /F.O. UFRJ

Assinatura da Orientadora da Pesquisa
Prof. Dra. Glória Fernanda B. de A. Castro
Prof. de Odontopediatria /F.O. UFRJ

Eu, _____, identidade n.º _____ responsável pelo menor _____, certifico que lendo as informações acima concordo com o que foi exposto, e autorizo a utilização de minhas respostas para este estudo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do responsável

Assinatura Testemunha (1)

Assinatura Testemunha (2)

ANEXO 9

FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA E ORTODONTIA
DISCIPLINA DE ODONTOPEDIATRIA

Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado responsável,

A Disciplina de Odontopediatria da UFRJ, esta estudando, como problemas bucais como: cárie, dor de dente, sangramento gengival, e outros, podem interferir com a vida diária, repercutindo na qualidade de vida das crianças infectadas pelo HIV em tratamento no ambulatório da DIP do Hospital Municipal Jesus. Para isso, será necessário que a criança responda a um questionário próprio para a idade dela e de fácil entendimento. A criança também receberá escovação supervisionada e aplicação de flúor. O estudo está de acordo com o estabelecido na Resolução do CNS 196/96. A participação é voluntária e, em caso de desistência, a criança não sofrerá prejuízos em relação ao atendimento odontológico. As informações sobre cada criança retiradas de suas fichas médicas são confidenciais e sigilosas, sendo que a identidade de cada participante só será utilizada por membros da equipe da pesquisa. O responsável pelo paciente poderá solicitar sua saída do estudo em qualquer momento, assim como a própria criança e, neste caso, os responsáveis pelo projeto se comprometem a não utilizar as informações obtidas.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Eu, _____, identidade n.º _____ responsável pelo menor _____, certifico que lendo as informações acima concordo com o que foi exposto, e autorizo a utilização de minhas respostas para este estudo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do responsável

Contatos:

Lucia Helena Raymundo de Andrade: luciahandrade@yahoo.com; tel:25696221

Ivete Pomarico Ribeiro de Souza: pomarico@superig.com.br: tel:25524354

Gloria Fernanda Barbosa de Castro: tel:

CEP/SMS-RJ: cepsms@rio.rj.gov.br: tel:25032024

ANEXO 10

| |
|---------|
| FOLHA 1 |
|---------|

Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho das Atividades Diárias da Criança (OIDP-Infantil)

1ª Etapa: Nos últimos três meses, desde _____, você teve algum problema na sua boca ou nos seus dentes?

Marque com um X o(s) problema(s) que você tem ou teve nos últimos 3 meses.

- () Dor de dente
- () Dentes sensíveis (quando come ou bebe: doces, alimentos quentes como leite ou café e gelados como sorvete)
- () Cárie ou buraco no dente
- () Dente de leite mole
- () Espaço entre os dentes (porque um dente permanente, novo ou definitivo, não nasceu)
- () Dente permanente (novo ou definitivo) quebrado
- () Cor do dente (ex. mais amarelado, escuro ou manchado)
- () Forma ou tamanho do dente (ex. dente com forma ou tamanho anormal, maior ou menor que os outros)
- () Posição do dente (ex. dentes encavalados, trepados, tortos, para fora ou separados)
- () Sangramento na gengiva (ex. quando escova os dentes)
- () Gengiva inchada (ex. inflamada, ou mais avermelhada)
- () Tártaro
- () Feridas na boca
- () Mau hálito (bafo)
- () Boca ou rosto deformados (ex. lábio leporino, fenda palatina)
- () Dente permanente (novo ou definitivo) nascendo
- () Dente permanente (novo ou definitivo) perdido, faltando ou arrancado
- () Outros Quais? _____

Número do consentimento: _____ Data da aplicação: ____/____/____

Formulário de Registro OIDP-Infantil

| Atividades | a) Gravidade | b) Frequência | | c) Problema(s) |
|--|--------------|---------------|----|----------------|
| | | b1 | b2 | |
| 1. Comer (ex. refeição, sorvete) | | | | |
| 2. Falar claramente | | | | |
| 3. Limpar a boca (ex. escovar os dentes e bochechar) | | | | |
| 4a. Relaxar (inclusive dormir) | | | | |
| 4b. Dormir | | | | |
| 5. Manter o seu estado emocional (humor) sem se irritar ou estressar | | | | |
| 6. Sorrir, rir e mostrar os dentes sem sentir vergonha | | | | |
| 7. Fazer as tarefas da escola (ex. ir à escola, aprender em sala de aula, fazer o dever de casa) | | | | |
| 8. Ter contato com as pessoas (ex. sair com amigos, ir à casa de um amigo) | | | | |

Questões Subjetivas exclusivas da Validação

Agora vou perguntar algumas questões sobre a saúde de sua boca e dos seus dentes e sobre a sua saúde geral.

- 1) Você acha que a saúde da sua boca e dos seus dentes é:
 1. Boa
 2. Mais ou menos (média)
 3. Ruim
- 2) Quanto você está satisfeito(a) com a saúde da sua boca e dos seus dentes?
 1. Muito
 2. Mais ou menos
 3. Pouco
- 3) Você sente ou já sentiu dor de dente nos últimos 3 meses?
 - 0 - Não ()
 - 1 - Sim ()
 - 2 - Não lembro ()
- 4) Quanto você está satisfeito(a) com a aparência dos seus dentes?
 1. Muito
 2. Mais ou menos
 3. Pouco
- 5) Você acha que está precisando de algum tratamento para sua boca e seus dentes?
 - 0 - Não ()
 - 1 - Sim ()
 - 2 - Não sei ()
- 6) Você acha que a sua saúde geral (saúde do seu corpo) é:
 1. Boa
 2. Mais ou menos (média)
 3. Ruim

ANEXO 11**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO**

NOME DA CRIANÇA: _____ IDADE: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____ IDADE: _____

OCUPAÇÃO: _____

SEXO DA CRIANÇA: () MASCULINO () FEMININO

SEXO DO RESPONSÁVEL: () MASCULINO () FEMININO

COR/RAÇA: () NEGRA () PARDA () BRANCA () AMARELA () INDÍGENA

A CRIANÇA ESTÁ FAZENDO OU JÁ FEZ ALGUM TRATAMENTO DENTÁRIO?

() NÃO () SIM () PREVENÇÃO

A CRIANÇA FREQUENTA OU JÁ FREQUENTOU CRECHE, JARDIM DE INFÂNCIA OU ESCOLA?

() NÃO () SIM

GRAU DE PARENTESCO DO RESPONSÁVEL:

() MÃE () AVÓ () TIO () OUTRO _____

() PAI () AVÔ () TIA

GRAU DE INSTRUÇÃO DO RESPONSÁVEL:

() ANALFABETO () ENSINO FUNDAMENTAL () ENSINO SUPERIOR

() ENSINO BÁSICO () ENSINO MÉDIO

QUANTAS PESSOAS MORAM COM A CRIANÇA? _____

QUANTOS CÔMODOS TÊM NA CASA? _____

QUAL A RENDA FAMILIAR (SALÁRIOS)? _____

ANEXO 12

FICHA CLÍNICA – PROJETO AIDS EM ODONTOPEDIATRIA

◆ IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Prontuário: _____
 DN: ____ / ____ / ____ sexo: ____ cor: _____ naturalidade: _____
 Mãe: _____ HIV (+) (-)
 Pai: _____ HIV (+) (-)
 End.: _____ Telefone: _____
 Responsável: _____
 Parentesco: _____
 Profissão do Responsável: _____
 Data do Exame: ____ / ____ / ____

◆ HISTÓRIA CLÍNICA

Classificação Clínica: _____
 Tipo de transmissão: (V) (T) (S) (D) (?)
Se transmissão vertical:
 Fator de risco materno para infecção pelo HIV: _____
 Diagnóstico da infecção materna ocorreu em relação à gestação: () antes ()
 durante () após
 Programa da Assistência à Gestante HIV+: (S) (N) Local: _____

 Usou AZT na gestação? (S) (N) (I)
 Aleitamento materno: (S) (N) (NS) duração: _____ meses
 Idade em que foi identificado como soropositivo: _____
 Instituição: _____
 Classificação no diagnóstico: _____
 Idade em que iniciou o acompanhamento no IPPMG: _____
 Data: ____ / ____ / ____
 Classificação na 1ª consulta DIP-Imuno: _____
 Manifestação inicial da infecção pelo HIV:
 () febre () adenomegalias () hepatomegalia () esplenomegalia
 () diarréia crônica () PCP () infecção bacteriana de repetição
 () parótida () anemia () leucopenia () plaquetopenia
 () atraso desenvolvimento () emagrecimento () outros _____

Doenças definidoras de AIDS ou outras marcantes:

Encefalopatia pelo HIV: data: ____ / ____ / ____
Retinite por CMV: data: ____ / ____ / ____
Retinite por toxo: data: ____ / ____ / ____
Neurotoxo: data: ____ / ____ / ____
LIP: data: ____ / ____ / ____
Micobacteriose: data: ____ / ____ / ____

Tuberculose: data: ___/___/___
 PCP: data: ___/___/___
 DPC: _____ grau Gomez – data: ___/___/___
 Infecção bacteriana grave recorrente: data: ___/___/___
 Plaquetopenia: data: ___/___/___
 Esofagite: data: ___/___/___ Agente: _____
 Miocardiopatia: data: ___/___/___
 Herpes Zoster: data: ___/___/___
 Outras: _____
 Faz uso de antiretroviral: () S () N Qual: () AZT () 3TC () DDI
 Tempo: _____
 Se soroconverteur: data: ___/___/___
 Alta: data: ___/___/___ Óbito: data: ___/___/___ causa mortis: _____

◆ EXAMES LABORATORIAIS

| | |
|-------|--|
| Data | |
| CD4 | |
| CD8 | |
| T4/T8 | |

| | |
|------------|--|
| Data | |
| Ht/Hb | |
| Leucócitos | |
| Plaquetas | |
| VHS | |

◆ EXAME ORAL

História prévia de manifestação oral: () S () N
 Qual: _____

Tecidos Moles:

Extra Oral:

- ◆ Linfonodos submandibulares: () D () E () Não
- ◆ Linfonodos cervicais: () D () E () Não
- ◆ Linfonodos submentonianos: () S () N
- ◆ Hipertrofia de Parótidas: () D () E () Não

Intra Oral:

Candidíase Pseudomembranosa: () S () N local: _____

Candidíase Eritematosa: () S () N local: _____

Queilite angular: () S () N

Gengivite: () S () N dentes: _____

Retração gengival: () S () N dentes: _____

Abscesso gengival: () S () N dentes: _____

Fístula: () S () N dentes: _____

Periodontite: () S () N

Estomatite herpética: () S () N

Herpes labial: () S () N

Leucoplasia Pilosa: () S () N

Sarcoma de Kaposi: () S () N

Úlcera aftosa: () S () N

Outros: _____

ÍNDICE DE BIOFILME (RIBEIRO et al., 2002):

- 0- Ausência clínica de biofilme visível
- 1- Biofilme fino somente em dentes anteriores
- 2- Biofilme fino, difuso e facilmente removido, distribuído em dentes anteriores e posteriores
- 3- Biofilme espesso e firmemente aderido somente em dentes anteriores ou posteriores
- 4- Biofilme espesso e firmemente aderido em dentes anteriores e fino em posteriores ou biofilme espesso e firmemente aderido em dentes posteriores e fino em anteriores
- 5- Biofilme espesso e firmemente aderido em dentes posteriores e anteriores

ÍNDICE GENGIVAL (RIBEIRO et al., 2002):

- 0- Gengiva clinicamente saudável, não apresenta sangramento espontâneo ou provocado, após ser sondado
- 1- Gengiva c1 – sangramento após a realização da sondagem (sangramento provocado)
- 2- Gengiva com sangramento espontâneo

| Dente | M | D | V | P | O/I |
|-------|---|---|---|---|-----|
| 51 | | | | | |
| 52 | | | | | |
| 53 | | | | | |
| 54 | | | | | |
| 55 | | | | | |
| 16 | | | | | |

| Dente | M | D | V | P | O/I |
|-------|---|---|---|---|-----|
| 81 | | | | | |
| 82 | | | | | |
| 83 | | | | | |
| 84 | | | | | |
| 85 | | | | | |
| 46 | | | | | |

| Dente | M | D | V | P | O/I |
|-------|---|---|---|---|-----|
| 61 | | | | | |
| 62 | | | | | |
| 63 | | | | | |
| 64 | | | | | |
| 65 | | | | | |
| 26 | | | | | |

| Dente | M | D | V | P | O/I |
|-------|---|---|---|---|-----|
| 71 | | | | | |
| 72 | | | | | |
| 73 | | | | | |
| 74 | | | | | |
| 75 | | | | | |
| 36 | | | | | |

CPOD / ceo e CPOS / ceos:

CPOD: _____ ceo: _____

CPOS: _____ ceos: _____

| Dente | D | V | M | L | O |
|-------|---|---|---|---|---|
| 51 | | | | | |
| 52 | | | | | |
| 53 | | | | | |
| 54 | | | | | |
| 55 | | | | | |
| 16 | | | | | |

| Dente | D | V | M | L | O |
|-------|---|---|---|---|---|
| 51 | | | | | |
| 52 | | | | | |
| 63 | | | | | |
| 64 | | | | | |
| 65 | | | | | |
| 26 | | | | | |

| Dente | D | V | M | L | O |
|-------|---|---|---|---|---|
| 81 | | | | | |
| 82 | | | | | |
| 83 | | | | | |
| 84 | | | | | |
| 85 | | | | | |
| 46 | | | | | |

| Dente | D | V | M | L | O |
|-------|---|---|---|---|---|
| 71 | | | | | |
| 72 | | | | | |
| 73 | | | | | |
| 74 | | | | | |
| 75 | | | | | |
| 36 | | | | | |

ANEXO 13

**Dados dos prontuários médicos dos pacientes dos
ambulatórios de infectologia**

| Classificação clínica | % (n) |
|-------------------------------------|--------------|
| N- sem sinais ou sintomas | 3,4(2) |
| A- sintomas leves | 1,7(1) |
| B- sintomas moderados | 39,9(23) |
| C- sintomas graves | 55,93(33) |
| Classificação imunológica | |
| 1- sem evidência de imunossupressão | 8,47(5) |
| 2- imunossupressão moderada | 25,42(15) |
| 3- imunossupressão grave | 59,32(35) |
| Carga viral | |
| Até 200 cópias/ml | 33,9(20) |
| Entre 200 e 10000 cópias/ml | 32,2(19) |
| Mais de 10000 cópias/ml | 33,9(20) |
| Dosagem do CD4 | |
| Acima de 25% | 35,6(21) |
| De 15% a 25% | 40,7(24) |
| Abaixo de 15% | 23,7(14) |
| AIDS | |
| Sim | 25,4(15) |
| Não | 74,5(44) |
| Terapia HAART | |
| Sim | 69,5(41) |
| Não | 30,5(18) |
| Tempo de uso do medicamento | |
| Até 5 anos | 25,4(15) |
| De 6 a 10 anos | 42,2(25) |
| Mais de 10 anos | 8,5(5) |
| Não toma o medicamento | 23,7(14) |

ANEXO 14

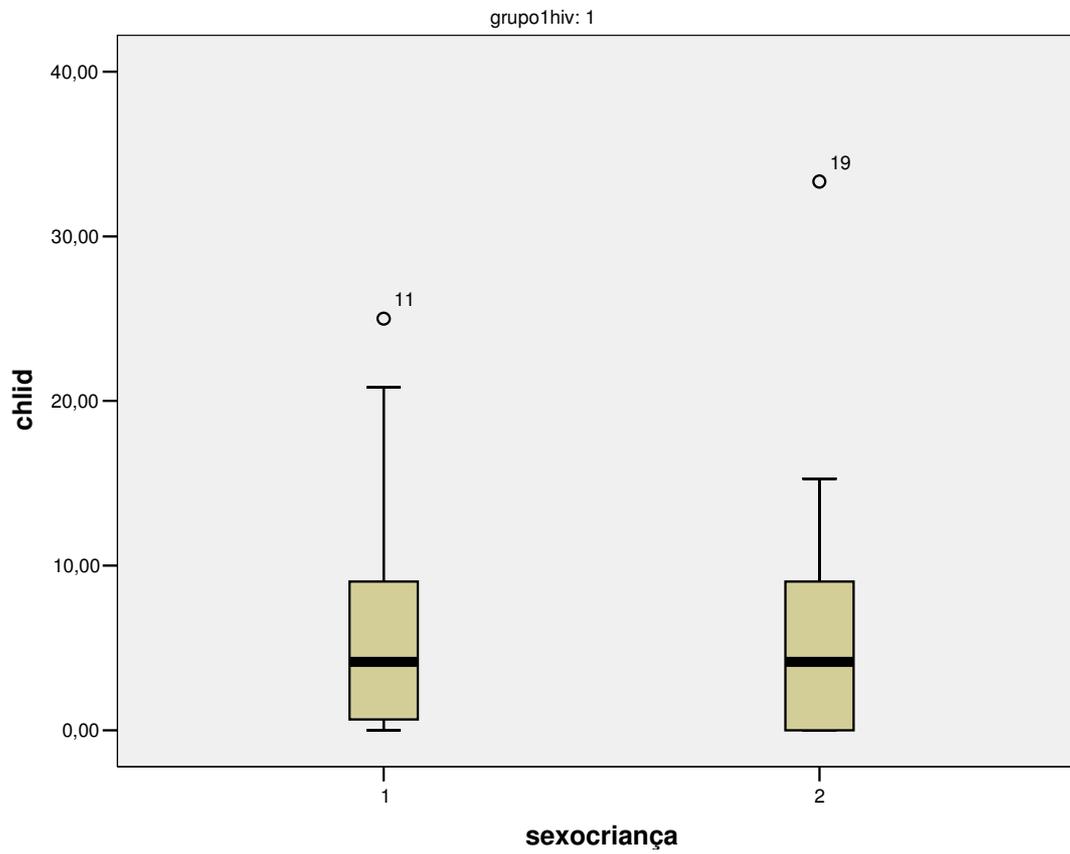


Gráfico 1: Relação do CHILD-OIDP-B e Sexo

ANEXO 15

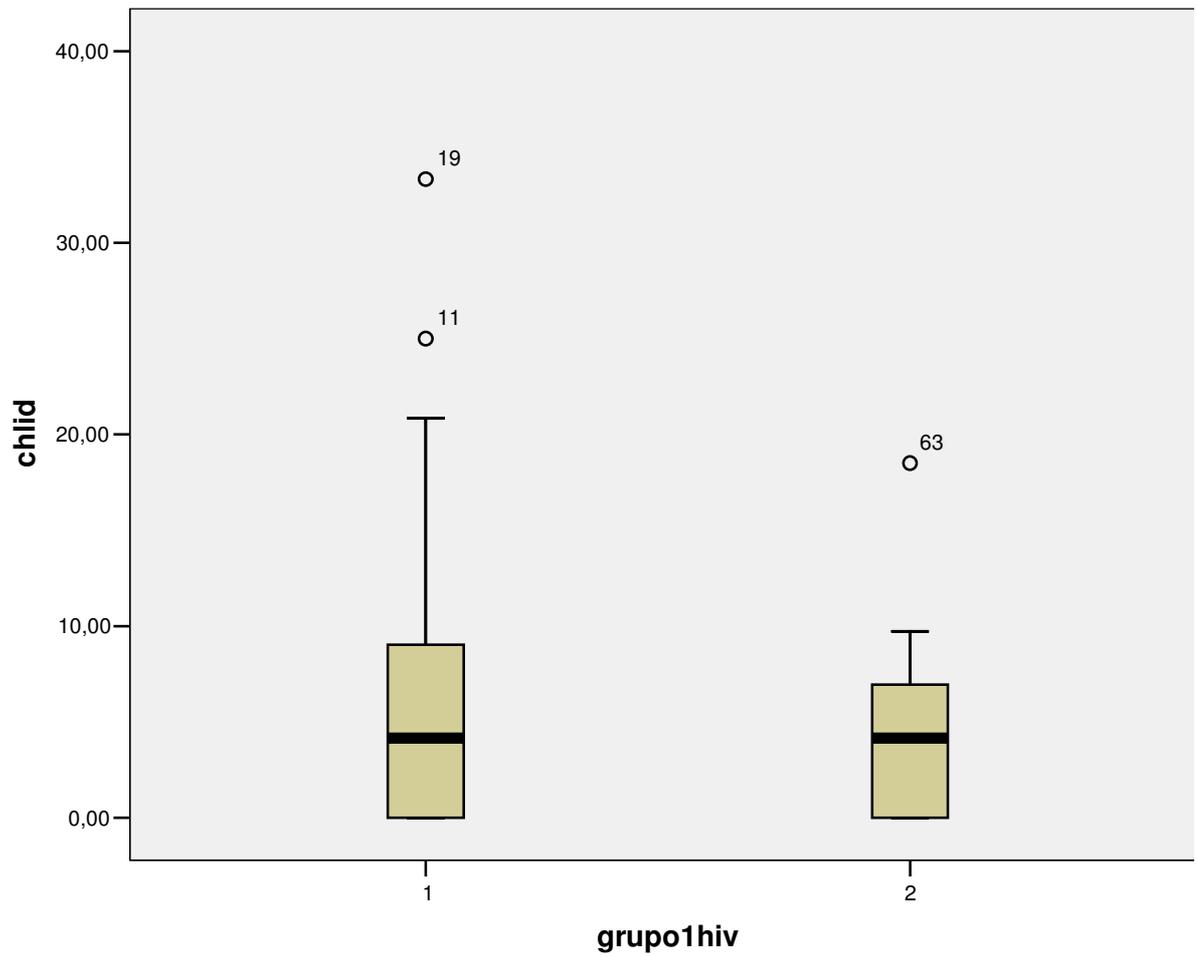


Gráfico 2: Relação do CHILD-OIDP-B e grupo HIV

ANEXO 16

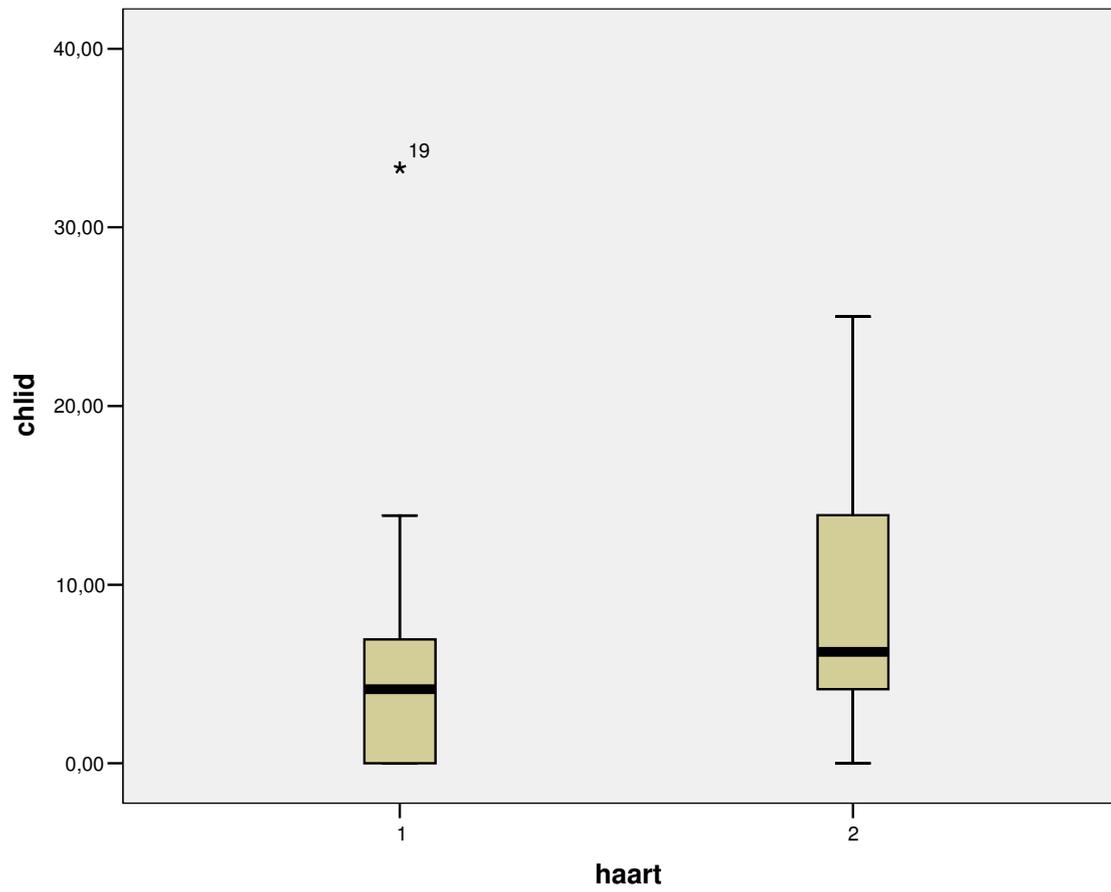


Gráfico 3: Relação do CHILD-OIDP-B e HAART

ANEXO 17

Quadro 2: Resultados do CHILD-OIDP em quatro países

| CHILD-OIDP | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | Gherunpong <i>et al.</i> (2004) | Tubert- Jeannin <i>et al.</i> (2005) | Bernabé <i>et al.</i> (2007) | Andrade <i>et al.</i> (200X) |
| País | Tailândia | França | Peru | Brasil |
| Idade do grupo | 11 - 12 | 10 - 12 | 11 - 12 | 10 - 12 |
| Impacto | 89,8 % | 73,0 % | 73,2 % | 71,2 % |
| Atividade diária | Comer | Comer | Comer | Comer |
| Problema bucal | Dente sensível | Posição dos dentes | Dor de dente | Ferida na boca |
| Extensão dos impactos | 1 - 4 | 1 - 5 | 1 - 8 | 1 - 7 |

ANEXO 18

Quadro 3: Dados dos prontuários médicos das crianças infectadas pelo HIV dos três estudos

| Dados do prontuário | CHILD-OIDP-B | AUQUEI | ECOHS-B |
|-------------------------------------|--------------|-----------|-----------|
| Classificação clínica | % (n) | % (n) | % (n) |
| N- sem sinais ou sintomas | 3,4(2) | 7,4 (4) | 18,5 (5) |
| A- sintomas leves | 1,7(1) | 11,1 (6) | 14,8 (4) |
| B- sintomas moderados | 39,9(23) | 24,1 (13) | 18,5 (5) |
| C- sintomas graves | 55,93(33) | 57,4 (31) | 48,1 (13) |
| Classificação imunológica | | | |
| 1- sem evidência de imunossupressão | 8,47(5) | 20,3 (12) | 22,2 (6) |
| 2- imunossupressão moderada | 25,42(15) | 22,0 (13) | 25,9 (7) |
| 3- imunossupressão grave | 59,32(35) | 49,2 (29) | 51,9 (14) |
| Carga viral | | | |
| Até 200 cópias/ml | 33,9(20) | 10,7 (6) | 22,2 (6) |
| Entre 200 e 10000 cópias/ml | 32,2(19) | 53,7 (20) | 29,6 (8) |
| Mais de 10000 cópias/ml | 33,9(20) | 52,6 (30) | 48,1 (13) |
| AIDS | | | |
| Sim | 25,4(15) | 31,5 (7) | 51,9 (14) |
| Não | 74,5(44) | 68,5 (37) | 48,1 (13) |
| Terapia HAART | | | |
| Sim | 69,5(41) | 44,6 (25) | 17,2 (5) |
| Não | 30,5(18) | 55,4 (31) | 82,8 (23) |

ANEXO 19

Resultados dos irmãos de crianças infectadas pelo HIV

Quadro 4: Frequência dos impactos bucais de irmãos de pacientes infectados pelo HIV

| Atividades diárias | % (n) |
|--------------------|--------|
| Comer | 30(3) |
| Falar | 20(2) |
| Escovar | 30 (3) |
| Dormir | 20 (2) |
| Humor | 40 (4) |
| Sorrir | – |
| Estudar | 10 (1) |
| Ter contato | – |

Quadro 5: Frequência da intensidade dos impactos orais em irmãos de crianças infectas pelo HIV

| Intensidade | Atividades Diárias (%) | | | | | | | |
|-------------|------------------------|-------|---------|--------|-------|--------|---------|-------------|
| | Comer | Falar | Escovar | Dormir | Humor | Sorrir | Estudar | Ter contato |
| Leve | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Moderado | 30 | 20 | 20 | 10 | 20 | 0 | 0 | 0 |
| Grave | 0 | 0 | 10 | 10 | 20 | 0 | 10 | 0 |

Tabela 6: Frequência dos problemas bucais dos irmãos de crianças infectadas pelo HIV

| | %(n) |
|---------------------------|--------|
| Dor de dente | 60 (6) |
| Dente sensível | 50 (5) |
| Cárie | 50 (5) |
| Dente mole | 40 (4) |
| Espaço nos dentes | 30 (3) |
| Dente permanente quebrado | 0 |
| Cor do dente | 20 (2) |
| Forma do dente | 10 (1) |
| Posição do dente | 30 (3) |
| Sangramento gengival | 50 (5) |
| Gengiva inchada | 30 (3) |
| Tartaro | 10 (1) |
| Feridas na boca | 40 (4) |
| Mau hálito | 60 (6) |
| Rosto deformado | 10 (1) |
| Dente nascendo | 40 (4) |
| Dente permanente perdido | 10 (1) |

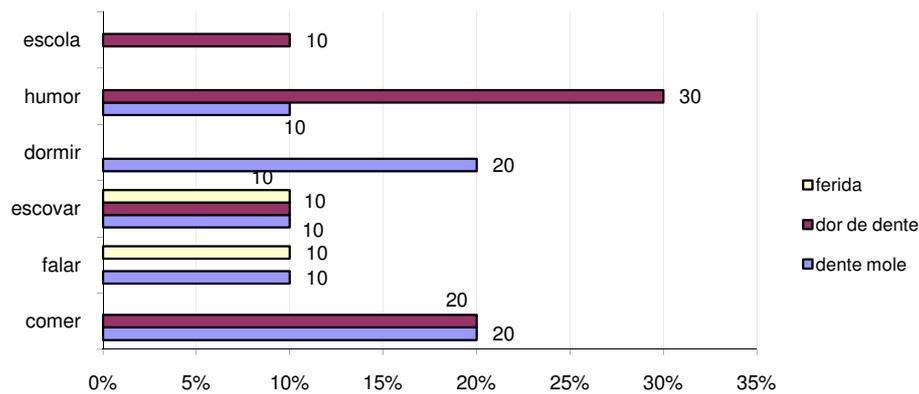


Gráfico 1: Frequência dos problemas bucais nas atividades diárias (%)

Quadro 7: Percepção dos irmãos de crianças infectadas pelo HIV, em relação a sua saúde bucal e geral.

| | % (n) | Média/DP | Teste de Kruskal-Wallis |
|---|------------------|-------------|-------------------------|
| 1-O que você acha que a saúde da sua boca e dos seus dentes é: Boa Ruim | 40 (4) 60 (6) | 1,60(0,516) | P=0,185 |
| 2-Quanto você está satisfeito com a saúde da sua boca e dos seus dentes? Muito Pouco | 30 (3) 70 (7) | 1,70(0,483) | P=0,555 |
| 3-Você sente ou já sentiu dor de dente? Sim Não | 50 (5) 50 (5) | 1,50(0,527) | P=0,066* |
| 4-Quanto você está satisfeito com a aparência dos seus dentes? Muito Pouco | 60 (6) 40 (4) | 1,40(0,516) | P=0,151 |
| 5-Você acha que precisa de algum tratamento para sua boca e dentes? Sim Não | 90 (9) 10 (1) | 1,10(0,316) | P=0,105 |
| 6-Você acha que a sua saúde geral é: Boa Ruim | 90 (9) 10 (1) | 1,10(0,316) | P=0,857 |

*Teste de Kruskal-Wallis

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)