

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

DANIELLE CRISTINA ALVES RIGO

**FATORES PSICOSSOCIAIS E A PERCEPÇÃO FAMILIAR SOBRE A SAÚDE
DENTAL DE CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES**

GOIÂNIA

2020

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o(a) autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do(a) autor(a): Danielle Cristina Alves Rigo

Título do trabalho: Fatores psicossociais e a percepção familiar sobre a saúde dental de crianças pré-escolares

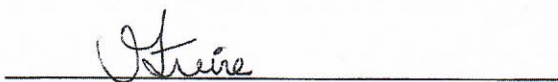
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ **SIM** ☐ **NÃO**¹

Independente da concordância com a disponibilização eletrônica, é imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:


Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 13 / 03 / 2020

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(a) autor(a) e ao(a) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² As assinaturas devem ser originais sendo assinadas no próprio documento. Imagens coladas não serão aceitas.

DANIELLE CRISTINA ALVES RIGO

**FATORES PSICOSSOCIAIS E A PERCEPÇÃO FAMILIAR SOBRE A SAÚDE
DENTAL DE CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de concentração Clínica Odontológica.

Linha de Pesquisa: Saúde Bucal Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo Matias Freire.

GOIÂNIA

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Alves Rigo, Danielle Cristina
FATORES PSICOSSOCIAIS E A PERCEPÇÃO FAMILIAR SOBRE
A SAÚDE DENTAL DE CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES [manuscrito] /
Danielle Cristina Alves Rigo. - 2020.
LXXXV, 85 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Maria do Carmo Matias Freire.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Odontologia (FO), Programa de Pós-Graduação em
Odontologia, Goiânia, 2020.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. relações mãe-filho. 2. percepção. 3. saúde bucal. 4. cárie. 5.
crianças pré-escolares. I. Matias Freire, Maria do Carmo, orient. II.
Título.

CDU 616.314



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº **218** da sessão de Defesa de Dissertação de **Danielle Cristina Alves Rigo**, que confere o título de Mestre em **Odontologia**, na área de concentração em **Clínica Odontológica**.

Aos **treze dias do mês de fevereiro de 2020**, a partir das **08:00**, na **sala 1003** da **Faculdade de Odontologia**, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada **“Percepção materna sobre a saúde dental de crianças em idade pré-escolar”**. Os trabalhos foram instalados pela Orientadora, Professora Doutora **Maria do Carmo Matias Freire (PPGO/UFG)** com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professor Doutor **Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu (PPGO/UFG)**, membro titular externo; Professora Doutora **Nancy Tomoko Sacono (FO/UFG)**, membro titular externo. Durante a arguição os membros da banca **fizeram** sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a candidata **aprovada** pelos seus membros. Proclamados os resultados pela Professora Doutora **Maria do Carmo Matias Freire**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos **treze dias do mês de fevereiro de 2020**.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

Fatores psicossociais e a percepção familiar sobre a saúde dental de crianças pré-escolares



Documento assinado eletronicamente por **Maria Do Carmo Matias Freire, Professor do Magistério Superior**, em 13/02/2020, às 10:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu, Usuário Externo**, em 13/02/2020, às 10:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nancy Tomoko Sacono, Professora do Magistério Superior**, em 13/02/2020, às 10:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciane Ribeiro De Rezende Sucasas Da Costa, Professor do Magistério Superior**, em 13/02/2020, às 12:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cláudio Rodrigues Leles, Professor do Magistério Superior**, em 13/02/2020, às 14:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **Nádia Do Lago Costa, Coordenadora de Pós-Graduação**,



em 14/02/2020, às 10:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1129520** e o código CRC **0D83A674**.

Referência: Processo nº 23070.001734/2020-30

SEI nº 1129520

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Valéria e José Carlos, por me ensinarem desde pequena, que a vida é feita de batalhas e que devemos ser fortes e preparados para enfrentar cada adversidade que surgir na nossa caminhada.

Aos meus filhos, Gabriela e Wallace, presentes que Deus me deu, que foram a luz que precisava para seguir sempre em frente.

Aos amigos que o mestrado me deu, desde os graduandos e pós-graduandos, seguranças, secretárias, profissionais dentro e fora da UFG, em especial à Juliana.

Aos meus mestres, cada um deles, desde meu ensino fundamental até este mestrado, por tanta dedicação e amor que tanto admiro e reconheço e levo comigo como exemplo para a vida.

À minha orientadora, Maria do Carmo, dedico não somente este trabalho, mas todos que virão após ele, e toda a carreira como docente que um dia desenvolverei, não esquecendo dos ensinamentos que transcenderam sua obrigação e me fizeram crescer como pessoa e profissional.

E por último, dedico à Deus, que desde o sopro da vida já tinha escrito esse momento, que meu deu o livre arbítrio e amor quando mais precisei, cuidou de mim sabendo que honraria Seu nome por onde fosse, toda Honra e Glória a Ti!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, profa. Dra. Maria do Carmo Matias Freire, por sua dedicação, disponibilidade, cuidado e carinho. Dona de um autocontrole e uma sabedoria admirável, nunca saberei agradecer a oportunidade que me deu desde nossa primeira reunião até aqui. Minha mais genuína gratidão!

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (PPGO/FO/UFG), em especial à professora Luciane e à Geovanna, coordenadora da Ação de Extensão NESO - Núcleo de Estudos Em Sedação Odontológica. Como foi magnífico o tempo que passei ao lado de vocês! O exemplo de profissionalismo, mansidão e o tamanho do conhecimento que possuem são dignos de admiração, me sinto honrada por ter servido aos propósitos que traçaram.

À professora Aline, nunca esquecerei do dia do processo seletivo, pela conversa e apoio, e depois desse dia, pela acolhida e aquele olhar, de uma ternura que há muito não via em alguém, me senti tão querida e sabia que mesmo que fosse um desafio, eu não estaria sozinha, a senhora é uma pessoa especial!

Ao professor Valladares, que mesmo indiretamente me ensinou muito sobre presença e responsabilidade e que me fazia sentir em casa toda vez que me cumprimentava com um sorriso tão aberto e receptivo.

À Juliana, amiga de projeto e da vida, como cresci com você! Faço questão de sempre te agradecer pessoalmente, por tanto ensinamento, carinho, amor e pelo sofá também!! Por me acalmar nas piores crises e por me colocar em suas orações.

Às meninas da segurança, algumas já não estão mais trabalhando no prédio, mas, todas elas sabem o quanto foram importantes para mim; a amizade, suporte e ajuda me faziam enfrentar os dias mais difíceis com mais leveza.

À Coordenação do PPGO-GO, pelo amparo, em especial à TA Clara por ser tão paciente e atenciosa.

À Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFG, pela bolsa de estudos disponibilizada e pela luta que tenho certeza de que travou para que todos nós pudéssemos recebê-las pontualmente, apesar das dificuldades que o país vem atravessando.

E por último, agradeço à minha família, meus pais e meus filhos, meu irmão, meu companheiro João Roberto e o nosso cachorrinho Nikki, quanto suporte e amor que recebi de todos vocês, amo vocês!

Obrigada por estarem comigo!

*“Ho un sogno.
E ti ci devo portare con me.”*

Alessandro D'Avenia

*“Eu tenho um sonho.
E tenho que te levar comigo.”*

Alessandro D'Avenia

RESUMO

Introdução: A percepção materna sobre a saúde dental dos filhos tem sido investigada, contudo, o conhecimento acerca de crianças em fase pré-escolar ainda é escasso e a influência de fatores psicossociais maternos não é conhecida. **Objetivo:** Analisar a percepção materna sobre a saúde dental do seu filho em idade pré-escolar e fatores associados. **Metodologia:** Estudo do tipo transversal. A amostra foi constituída por 146 díades mãe-filho de 4 a 6 anos, atendidas nas clínicas de dois cursos de especialização em Odontopediatria de Goiânia, Goiás, nos anos de 2018 a 2019. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados um formulário de entrevista estruturada e um questionário com escalas odontológicas e psicossociais para as mães, bem como um formulário de coleta de dados dos prontuários clínicos das crianças. A percepção materna sobre a saúde dental do filho foi a variável de desfecho, categorizada em positiva (muito boa e boa) e negativa (nem boa nem ruim, ruim e muito ruim). As variáveis independentes foram relacionadas às mães (sociodemográficas, odontológicas e psicossociais) e às crianças (sociodemográficas e odontológicas). A análise dos dados consistiu em estatística descritiva, testes bivariados e Regressão de Poisson. **Resultados:** A maioria das mães apresentou percepção negativa sobre a saúde dental do filho (54,8%). Na análise bivariada, a percepção foi associada à experiência de cárie (índice ceo-d) da criança e ao relato de dor dentária alguma vez na vida ($p < 0,05$). Na regressão não ajustada foram incluídas estas e as demais variáveis independentes associadas ao desfecho com valores de $p < 0,25$. No modelo de regressão ajustado, a Religiosidade Organizacional (RO) e a experiência de cárie do filho foram associadas à percepção negativa da mãe, independentemente das demais variáveis ($p < 0,05$). A proporção de mães com percepção negativa da saúde dental dos filhos foi 1,45 maior no grupo com baixa RO (RP=1,45; IC 95% 1,10-1,91) e 2,31 mais elevada no grupo de crianças com alta experiência de cárie (RP= 2,31; IC 95% 1,50-3,54). As demais variáveis não foram associadas ao desfecho. **Conclusões:** A percepção materna sobre a saúde dental do filho em idade pré-escolar foi predominantemente negativa e associada à religiosidade da mãe e à experiência de cárie da criança.

Palavras-chave: relações mãe-filho, percepção, saúde bucal, cárie, crianças pré-escolares.

ABSTRACT

Introduction: Maternal perception of children's dental health has been investigated, however, knowledge about children in pre-school age is still scarce and the influence of maternal psychosocial factors is not known. Objective: To analyze the maternal perception about the dental health of his/her child at preschool age and associated factors. **Methodology:** Cross-sectional study. The sample consisted of 146 mother-child dyads from 4 to 6 years old, attending dental clinics of two specialization courses in Pediatric Dentistry in Goiânia, Goiás, in 2018 and 2019. Data collection instruments were an structured interview form and a questionnaire with dental and psychosocial scales for mothers, as well as a form to register data from the children's clinical records. Maternal perception about the child's dental health was the outcome variable, categorized as positive (very good and good) and negative (neither good nor bad, bad and very bad). The independent variables were related to mothers (sociodemographic, oral health-related and psychosocial) and children (sociodemographic and oral health-related). Data analysis consisted of descriptive statistics, bivariate tests and Poisson Regression. **Results:** Most mothers had a negative perception of their child's dental health (54.8%). In the bivariate analysis, the perception was associated with the child's caries experience (ceo-d index) and the report of dental pain at some time in life ($p < 0.05$). In the non-adjusted regression these variables were included as well as the other independent variables associated to the outcome with p values < 0.25 . In the adjusted regression model, Organizational Religiosity (RO) and the child's caries experience were associated with the outcome, regardless of the other variables ($p < 0.05$). The proportion of mothers with negative perception of their children's dental health was 1.45 higher in the group with low OR (PR = 1.45; 95% CI 1.10-1.91) and 2.31 higher in the group of children with high caries experience (PR = 2.31; 95% CI 1.50-3.54). The other variables were not associated with the outcome. **Conclusions:** The maternal perception about the dental health of the preschool child was predominantly negative and associated with the mother's religiosity and the child's caries experience.

Keywords: mother-child relations, perception, oral health, caries, preschool children.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Dahlgren e Whitehead – Determinantes Sociais da Saúde.....	18
Figura 2: Modelo final proposto pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, no macromodelo conceitual.....	19

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estudos publicados acerca da percepção materna sobre a saúde bucal do filho em idade pré-escolar.....	28
Quadro 2 – Variáveis pesquisadas e respectivos instrumentos de coleta de dados.....	38
Quadro 3 – Variáveis numéricas categorizadas.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de frequência das variáveis maternas.....	43
Tabela 2 – Distribuição das frequências das variáveis relacionadas às crianças (n=146).....	44
Tabela 3 – Resultado da análise bivariada de associação entre a percepção materna sobre a saúde dental do filho em idade pré-escolar e as variáveis independentes da criança (n=146)....	44
Tabela 4 – Resultado da análise bivariada de associação entre a percepção materna sobre a saúde dental do filho em idade pré-escolar e variáveis independentes maternas (n=146).....	45
Tabela 5 – Resultados da análise de Regressão de Poisson entre a percepção materna negativa da saúde dental da criança e as variáveis independentes maternas e da criança (n=146).....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO-GO	Associação Brasileira de Odontologia – Seção de Goiás
CD	Cirurgião-Dentista
CDSS	Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde
ceo-d	Índice de dentes cariados (c), com extração indicada (e) e obturados (o) na dentição decídua
ceo-s	Índice de cárie na dentição decídua por superfície
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAS	<i>Dental Anxiety Scale</i> (Escala de Ansiedade ao Tratamento Odontológico)
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EAP-GO	Associação de Aperfeiçoamento Profissional dos Cirurgiões-Dentistas de Goiás
OMS	Organização Mundial da Saúde
RI	Religiosidade Intrínseca
RNO	Religiosidade não-Organizacional
RO	Religiosidade Organizacional
SOC	Senso de Coerência
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1	DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE	16
2.2	DETERMINANTES PSICOSSOCIAIS E SAÚDE BUCAL.....	19
2.2.1	Senso de Coerência	21
2.2.2	Religiosidade e espiritualidade	24
2.3	INDICADORES SUBJETIVOS DE SAÚDE BUCAL.....	25
2.4	PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE A SAÚDE DENTAL DO FILHO EM IDADE PRÉ- ESCOLAR.....	26
3	OBJETIVOS	34
3.1	GERAL	34
3.2	ESPECÍFICOS	34
4	METODOLOGIA	35
4.1	DESENHO DA PESQUISA E PARTICIPANTES	35
4.2	INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS.....	36
4.3	COLETA DOS DADOS	37
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	38
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
5	RESULTADOS.....	42
6	DISCUSSÃO	47
7	CONCLUSÃO	51
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE A –FORMULÁRIO DE ENTREVISTA PARA AS MÃES	61
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA AS MÃES	64
	APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE COLETA DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS DAS CRIANÇAS	68
	ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MÃES E PARA AS CRIANÇAS.....	70
	ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS CRIANÇAS.....	73
	ANEXO III – TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL ABO-GO	76
	ANEXO IV – TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL EAP-GO	77

ANEXO V – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS.....	78
ANEXO VI – PRORROGAÇÃO DO PRAZO DA PESQUISA	81

1 INTRODUÇÃO

A saúde é determinada por fatores individuais, familiares, sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; CARVALHO, 2013).

Na infância, a mãe tem um papel fundamental no processo saúde-doença. Cuidados primários com a saúde, incluindo a saúde bucal, fazem parte do cotidiano materno-infantil, principalmente nos primeiros anos de vida, quando a criança ainda não possui condições de executar de forma adequada as tarefas essenciais para um desenvolvimento saudável (FARIAS et al., 2012).

Fatores psicossociais, sociodemográficos e odontológicos maternos influenciam nas condições de saúde bucal dos filhos e ampliar o conhecimento acerca desses fatores é importante para o entendimento das condições bucais encontradas e formas de controle (FREIRE; SHEIHAM; HARDY, 2001; AGARWAL et al., 2011; CARVALHO, 2013; BOING et al., 2014; GARIBOTTI et al., 2015; FREIRE et al., 2017; NUNES; PEROSA, 2017; PINTO et al., 2016; PINTO et al., 2017; GOMES et al., 2018).

Dentre os fatores psicossociais existentes, a percepção em saúde é um preditor significativo para a presença de doenças, incapacidade física, fatores de riscos biológicos ou de estilo de vida e indicadores de morbidade e mortalidade (FRANKS; GOLD; FISCELLA, 2003; ANDRADE et al., 2012) e quando associados aos achados clínicos, proporciona um conhecimento mais amplo das condições de saúde do indivíduo, possibilitando melhor gerenciamento das medidas de saúde e aumentando a possibilidade de êxito no prognóstico (TSAKOS; SHEIHAM, 2016).

Estudos de prevalência dos níveis de percepção parental sobre a saúde dental do filho geralmente as expressam como positivas ou negativas, e relatam os fatores associados. A maioria dos pais tendem a apresentar uma percepção mais negativa da saúde dental do filho e a manifestar uma avaliação mais pessimista à medida que a criança cresce (PIOVESAN et al., 2011), quando há maior necessidade de tratamento odontológico (TALEKAR et al., 2005; MACHRY et al., 2013), menor renda familiar e quando os pais apresentam menor escolaridade (TALEKAR et al., 2005; PIOVESAN et al., 2011).

A visão pessimista da saúde dental do filho pode constituir fator de risco para a cárie dentária em crianças pré-escolares (SU et al., 2018). Entender os fatores associados a essa percepção pode auxiliar no planejamento de políticas públicas em saúde, em especial nas iniquidades de saúde bucal.

Em um estudo realizado na Itália, a percepção negativa das mães sobre a condição de saúde dental do filho de 6 anos foi a única variável associada com a gravidade das lesões de cárie apresentadas em cada nível de escolaridade materna, ou seja, mães com menor escolaridade perceberam mais negativamente a saúde dental dos filhos (CARTA et al., 2014).

Alguns estudos foram realizados no Brasil acerca da percepção materna sobre a saúde dental de indivíduos em fases distintas da infância e adolescência (BARDAL et al., 2006; KENNEY; KOGAN; CRALL, 2008; MEIRA FILHO et al., 2009; CAMARGO et al., 2012; ROCHA et al., 2015; FREIRE et al., 2017).

Estudos com o objetivo de analisar a percepção da mãe sobre a saúde bucal de filhos em idade pré-escolar são escassos. Os resultados encontrados mostraram associações entre percepção materna e os seguintes fatores: uso de serviços odontológicos (CAMARGO et al., 2012); situação conjugal da mãe (ROCHA et al., 2015); consciência sobre a higiene dental dos filhos (SHAGHAGHIAN; SAVADI; AMIN, 2017); experiência de cárie dos filhos (BARDAL et al., 2006; SOHN et al., 2008; ROCHA et al., 2015; PINTO et al., 2016; SNELL et al., 2019), escolaridade materna (GREMBOWSKI et al., 2019), menor renda familiar e impacto negativo na qualidade de vida da família (WANDERA et al., 2009).

Múltiplos fatores de risco têm um efeito cumulativo sobre a percepção parental de saúde física, socioemocional e de saúde bucal (GARIBOTTI et al., 2015). Fatores psicossociais da mãe associados à percepção da saúde bucal dos filhos pré-escolares, contudo, não têm sido investigados. Dentre os fatores desta natureza que podem influenciar a percepção de saúde destacam-se o Senso de Coerência (SOC) e a religiosidade.

O SOC está relacionado ao bem-estar mental. É a capacidade do indivíduo em se adaptar aos estímulos externos ou internos e de desenvolver comportamentos mais positivos em saúde (ANTONOVSKY, 1993b). A religiosidade compreende aspectos pessoais e institucionais (COHEN; KOENIG, 2002) e pode influenciar em uma melhor condição de saúde mental e melhor adaptação aos problemas relacionados a doença (KOENIG, 2012).

Visto a importância das mães no cuidado do filho em idade pré-escolar e que os fatores psicossociais influenciam no enfrentamento das condições de saúde, investigar o SOC e a religiosidade materna pode auxiliar no entendimento das desigualdades em saúde dental das crianças nessa fase.

As lacunas na literatura acerca dos fatores que podem influenciar a percepção materna suscitaram a seguinte questão de pesquisa: há associação entre a percepção materna sobre a saúde dental do filho em idade pré-escolar e fatores sociodemográficos, odontológicos e psicossociais?

Esta questão pode ser pesquisada na população em geral e em grupos específicos, com o de crianças em atendimento odontológico. Neste grupo específico, os resultados podem contribuir para os conhecimentos e práticas das equipes envolvidas

Tendo em vista a população participante do presente estudo, crianças em atendimento odontológico, e com base nos achados da literatura, a hipótese foi que há alta proporção de mães com percepção negativa acerca da saúde dental dos seus filhos e que existe associação desta com fatores sociodemográficos, odontológicos e psicossociais mais negativos.

Os resultados deste estudo podem contribuir para ampliar o conhecimento dos fatores relacionados aos indicadores subjetivos no processo saúde-doença, os quais podem, por sua vez, serem influenciadores para o enfrentamento dos problemas dentais de crianças na fase pré-escolar.

Considerando que o papel de mãe pode ser desempenhado também por outros membros da família, o título do presente estudo se refere à percepção familiar, mantendo-se o foco na percepção materna no decorrer do estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Os assuntos abordados nesta revisão foram sistematizados em quatro partes, visando explorar a literatura em relação aos principais temas relacionados ao objetivo deste estudo. O item 3.1 aborda o conceito de determinantes sociais de saúde, apresentando os modelos mais utilizados. No item 3.2, a relação entre fatores psicossociais e saúde bucal é revisada, com ênfase na teoria da salutogênese e na espiritualidade e religiosidade, por serem consideradas determinantes psicossociais importantes no contexto estudado. O item 3.3 aborda os estudos acerca dos indicadores subjetivos de saúde bucal e, por fim, o item 3.4 apresenta estudos anteriores sobre a percepção materna sobre a saúde dental dos filhos em idade pré-escolar e fatores associados.

2.1 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

A saúde é geralmente definida como um completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978). É baseada em uma cadeia de fatores biológicos e psicossociais igualmente importantes no processo saúde-doença (ENGEL, 1977).

Com o advento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), o conceito de saúde foi ampliado, trazendo à luz as condições sociais da produção como fatores definidores da saúde e potenciais geradores de desigualdades sociais. No relatório final da conferência, saúde foi descrita como “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde”. Portanto, a saúde está inserida no contexto histórico de uma sociedade que deve trabalhar por sua melhoria e que depende das garantias oferecidas pelo Estado (BRASIL, 1986).

Devido a sua importância, a Carta Magna, em seu artigo 196, afirma que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, que é responsável por políticas públicas com objetivo de reduzir o agravo das doenças e garantir o acesso universal das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

A promoção da saúde fundamenta-se na aceitação de que o ambiente e a sociedade impactam na saúde, sendo esses fatores conceituados como determinantes sociais, e a partir destes, outros determinantes intermediários como os psicossociais, comportamentais e

biológicos são responsáveis pela situação de saúde do indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS (2010) define esses determinantes como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos ou raciais, psicológicos e comportamentais influenciadores dos problemas de saúde e fatores de risco para a população e que podem ser geradores de desigualdade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Além dos aspectos físicos-materiais e psicossociais acima mencionados, o capital social, que consiste nas características organizacionais da sociedade, como as normas, redes e compromisso cívico capazes de facilitar a coordenação e cooperação dos cidadãos em prol de objetivos comuns (coesão social) (PUTNAM, 2000), também impacta negativamente na condição de saúde em virtude das desigualdades de renda (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). Estudos com este enfoque pressupõem que sociedades mais igualitárias e com alta coesão social possuem melhores níveis de saúde que as sociedades mais ricas, visto que o fator protetivo em saúde está na promoção de saúde individual e coletiva (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os determinantes da saúde podem ser agrupados em cinco categorias. Os determinantes biológicos ou fixos, como a idade, o sexo e os fatores genéticos; os determinantes sociais e econômicos, que são a pobreza, o emprego, a posição socioeconômica e a exclusão social; os determinantes ambientais, que dizem respeito ao ambiente, qualidade do ar e da água e a sociedade; estilos de vida, relativos à alimentação, exercício físico, consumo de cigarro, álcool e comportamento sexual e, por último, os determinantes de acesso aos serviços, que se referem à educação, à saúde, os serviços sociais, o transporte e o lazer (GEORGE, 2011).

Com o intuito de esquematizar os determinantes sociais de saúde de forma a explorar e exemplificar os diversos enfoques, alguns modelos foram criados e difundidos na comunidade científica. Dentre eles, o Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) (Figura 1) e, mais recentemente, o modelo da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) (SOLAR; IRWIN, 2006; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011) (Figura 2).

No modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), os determinantes sociais estão dispostos em camadas, sendo os macrodeterminantes econômicos e sociais, o motor estrutural da condição de vida, localizado distalmente, e a camada basal, os determinantes individuais, como o sexo, fatores genéticos, idade, que influenciam seu poder e condições de saúde (Figura 1).

O modelo final proposto pela CDSS no macromodelo conceitual, visível na Figura 2, apresenta a estratificação das populações de acordo com as posições socioeconômicas que

moldam, por sua vez, os determinantes intermediários em saúde, que são responsáveis em enquadrar o indivíduo nas hierarquias sociais e impactam diretamente sobre a equidade em saúde e bem-estar, ou seja, indivíduos experimentam diferentes níveis de vulnerabilidade e exposição da saúde com base no seu status social (SOLAR; IRWIN, 2006).

Figura 1: Modelo de Dahlgren e Whitehead – Determinantes Sociais da Saúde.



Fonte: Adaptado por Buss; Pellegrini Filho (2007).

Os determinantes estruturais contidos no macromodelo conceitual são capazes de gerar a estratificação social, refletindo as condições de distribuição da riqueza, do poder e do prestígio na sociedade, seja na estrutura do mercado e emprego ou da educação e refletem os resultados do contexto socioeconômico e político do país. Esses mecanismos impactam diretamente nos determinantes intermediários por alterarem a disposição do indivíduo na sociedade, influenciando nas condições de saúde do indivíduo e da sociedade e refletindo as iniquidades em saúde (CARVALHO, 2013). Solar; Irwin (2006) conceituam os determinantes estruturais das desigualdades de saúde como “determinantes sociais das iniquidades em saúde”.

Os determinantes intermediários da saúde estão intimamente ligados ao indivíduo. Estão categorizados em fatores biológicos que dizem respeito à base pelo qual ocorrerá a estratificação social, ou seja, o sexo, a idade, os fatores genéticos e os fatores comportamentais e psicossociais, que aparecem como reflexo dessa estratificação que gera as condições materiais disponíveis para a sobrevivência (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

As circunstâncias materiais se referem às condições de habitação, qualidade do ar, acesso à água potável e vizinhança. As condições de trabalho são a exposição a agressores

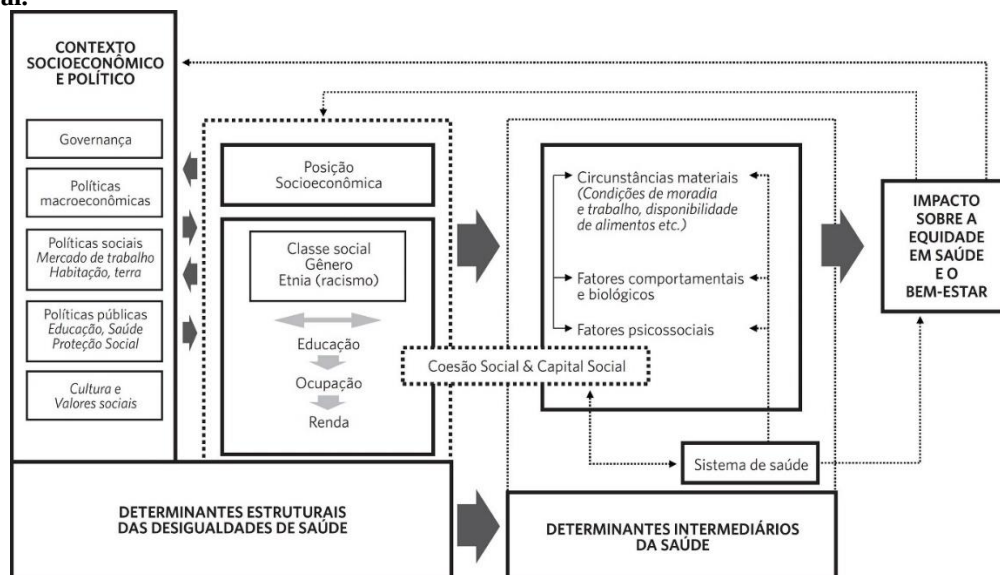
físicos, psicológicos, químicos, ergonômicos e a vulnerabilidade acentuada no trabalho informal (SOLAR; IRWIN, 2006).

Os fatores comportamentais dizem respeito ao uso de substâncias como o álcool, o fumo e a prática ou não de exercícios físicos; estudos realizados pelos autores sugerem que fatores socioeconômicos podem influenciar nos fatores de risco de comportamento (SOLAR; IRWIN, 2006).

Os fatores psicossociais, ou seja, os estressores psicossociais ou eventos negativos, são as circunstâncias estressantes pelas quais o indivíduo passa, seja na vida pessoal ou no trabalho, o apoio social e os estilos de enfrentamento ou a falta de enfrentamento, que impactam no comportamento frente às barreiras de acesso (SOLAR; IRWIN, 2006).

As barreiras de acesso estão contidas no sistema de saúde, e este, por sua vez, desempenha um papel relevante de mediador das consequências diferenciais da doença na vida do indivíduo. A coesão social e capital social estão dispostos no modelo de forma a indicar que estes conceitos estão contidos, tanto nos determinantes estruturais, quanto nos intermediários, isso porque possuem características que os ligam a ambos. O sistema de saúde e a coesão social e capital social são conceituados como determinantes transcendentais e os determinantes intermediários e transcendentais em saúde impactam sobre a equidade em saúde e bem-estar do indivíduo (SOLAR; IRWIN, 2006).

Figura 2: Modelo final proposto pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, no macromodelo conceitual.



Fonte: Adaptado de Solar; Irwin, 2010.

2.2 DETERMINANTES PSICOSSOCIAIS E SAÚDE BUCAL

No campo epidemiológico, o surgimento de doenças crônicas é determinado pelos fatores de risco aos quais o indivíduo está exposto e esses fatores podem estar associados ao comportamento. Portanto, a promoção de comportamentos saudáveis vem como uma proposta para a promoção de saúde e prevenção de doenças (GEORGE, 2011), neste sentido, estudar o ambiente psicossocial, composto por fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos, torna-se importante para o entendimento dos estilos de vida e das estratégias de modificação do comportamento da população (NEWTON; BOWER, 2005).

Sobre as iniquidades em saúde bucal, diversas publicações apontaram que há diferença na distribuição das doenças nos grupos socioeconômicos, e que pessoas com maior vulnerabilidade social e psicológica constituem os grupos de maior risco de desenvolver problemas relacionados à saúde bucal, tais como a cárie dentária (PIOVESAN et al., 2011; CAMARGO et al., 2012; BOING et al., 2014).

Estudos realizados com a perspectiva nas variáveis psicossociais, apontam que decisões individuais de estilo de vida são influenciadas pelas desigualdades em saúde, que propiciam diferentes experiências de estresse psicológico em indivíduos de diferentes grupos socioeconômicos. Aqueles pertencentes ao grupo de nível inferior sofrem maiores efeitos negativos e, com isso, possuem maior probabilidade de escolherem comportamentos ou estilos de vida prejudiciais (ELSTAD, 1998; KAWACHI; SUBRAMANIAN; ALMEIDA-FILHO, 2002).

Diversas variáveis psicossociais têm sido relacionadas ao comportamento em saúde bucal e presença de cárie, tais como os fatores emocionais, com destaque ao estresse, a autoestima, o autoconceito, a auto eficácia, o Lócus de Controle e o Senso de Coerência (SOC) (FREIRE, 2001). Alguns estudos comprovaram que algumas variáveis psicossociais maternas, como o pessimismo e a ansiedade, podem influenciar nas desigualdades em saúde dental dos filhos (FINLAYSON et al., 2007; GOETTEMES et al., 2012; OLAK et al., 2018).

O pessimismo materno foi associado à condição de cárie em pré-escolares e considerar esse determinante faz parte de uma estratégia de intervenção proposta para a redução das desigualdades em saúde dental (FINLAYSON et al., 2007). A ansiedade materna também foi associada a maior probabilidade de filhos em idade pré-escolar (GOETTEMES et al., 2012) e escolares de 8 a 10 anos apresentarem lesões cariosas e foi sugerida a criação de estratégias preventivas da doença cárie, a partir do comportamento materno (OLAK et al., 2018).

O Lócus de Controle é um indicador de percepção pessoal onde o indivíduo deduz que ele próprio é quem controla os acontecimentos em sua vida, havendo, portanto, uma orientação interna, ou que alguém ou alguma coisa é responsável pela sucessão de eventos em sua vida,

apresentando, neste caso, uma orientação externa (BRANDÃO et al., 2006; CERQUEIRA; NASCIMENTO, 2008). Dois estudos sobre Locus de Controle realizados no Brasil e na Inglaterra apontaram que alta internalidade parental é um fator de proteção para a doença cárie, e a alta externalidade, por consonância, pode ser um fator de risco. Crianças de 5 anos cujos pais manifestaram baixa internalidade, apresentaram 1,32 vezes mais chance de risco para índice ceo-d (soma dos dentes decíduos cariados, extraídos ou com indicação de extração por cárie e obturados) maior ou igual 5 em comparação aos outros grupos (NUNES; PEROSA, 2017). Em outro estudo, houve tendência linear altamente significativa para maior possibilidade da criança estar livre de cárie à medida que o Locus de Controle parental aumenta; após o ajuste completo, as crianças apresentaram 2,32 mais chances de estarem livres de cárie no quintil mais forte de Locus de Controle dos pais (LENCOVÁ et al., 2008).

Uma revisão sistemática da literatura sobre a influência de fatores familiares/parentais na saúde periodontal de crianças e adolescentes mostrou que a maioria dos estudos considerou somente variáveis socioeconômicas. Estudos com metodologias consideradas “fracas” não encontraram associação significativa entre comportamentos em saúde bucal e SOC materno, tornando-se importante que estudos com amostras representativas sejam elaborados com o escopo de explicar melhor essa associação (TADAKAMADLA et al., 2019).

Existe evidência de que o envolvimento religioso e espiritual pode estar associado a melhores resultados em saúde, seja na habilidade de enfrentamento às doenças existentes, ou na qualidade de vida e estilo de vida saudável (MUELLER; PLEVAK; RUMMANS, 2001). A maior frequência no atendimento odontológico para revisões de rotina e a importância do cuidado com os dentes percebida por adolescentes foi associada positivamente à religiosidade em uma população de adolescentes brasileiros (JORDÃO et al., 2014)

2.2.1 Senso de Coerência

A teoria da salutogênese foi proposta com o objetivo de entender e modificar estilos de vida de risco para a saúde do indivíduo e surgiu como oposição ao paradigma patogênico, valorizando a rede de fatores que determinam positivamente a saúde e o bem-estar, com ótica no desenvolvimento do indivíduo e das organizações (ANTONOVSKY, 1993a)

Esta teoria ou modelo, foi desenvolvida por Antonovsky (1993a,b) e possui como elementos os recursos gerais de resistência, que compreendem os mecanismos de defesa aos estressores, o gerenciamento positivo das tensões e o Senso de Coerência (SOC), relacionados ao bem-estar mental.

O SOC parte do princípio que mesmo o indivíduo passando por situações de estresse, é capaz de manter um bom estado de saúde física e mental. Portanto, o SOC é a capacidade de adaptação aos estímulos externos e internos, essa capacidade é dinâmica, transcende os fatores biológicos e não se refere a uma estratégia específica, mas a comportamentos comumente positivos e eficazes no enfrentamento ou prevenção da doença (ANTONOVSKY, 1993b).

Por considerar que os estressores e as doenças fazem parte do cotidiano do ser humano, a teoria da salutogênese pondera que indivíduos ou grupos de pessoas com SOC mais elevado possuem maior poder de enfrentamento e conseqüentemente, melhor condição de saúde (SILVA; MENDONÇA; VETTORE, 2008).

A mensuração do SOC ocorre com a aplicação de questionário testado e validado e apto a associar diversos comportamentos e complicações de saúde através de três prismas do constructo: compreensibilidade, maneabilidade e significância. O questionário, denominado também como “Questionário de opinião sobre a vida”, é composto de vinte e nove perguntas fechadas ou treze perguntas (SOC-13), para a versão curta (ANTONOVSKY, 1993b).

O SOC-13 foi adaptado para a língua portuguesa no Brasil por Freire; Sheiham; Hardy (2001) em um estudo com adolescentes escolares de 15 anos e suas mães em Goiânia, Goiás, e posteriormente submetido à adaptação transcultural para uso em mães de pré-escolares em Minas Gerais (BONANATO et al., 2009).

Tendo em vista que o desenvolvimento do SOC ocorre até os 30 anos (ANTONOVSKY, 1987 *apud* MOONS; NOREKVAL, 2005) e, geralmente, o enfrentamento da doença ocorre precocemente e associada a um conjunto de experiências, o auxílio de profissionais e dos pais podem ser fatores determinantes para a formação de um SOC mais forte nesses indivíduos e, conseqüentemente, a qualidade de vida tende a ser melhor.

O indivíduo que desenvolve um SOC mais forte tem maior probabilidade de manter um estilo de vida mais saudável, adotando estratégias eficazes de enfrentamento das doenças (AHOLA et al., 2010), apresentando melhor qualidade de vida (ERIKSSON; LINDSTROM, 2007).

As associações entre a autopercepção de saúde, o estado de saúde, e o SOC vem sendo exploradas. Adultos suecos com doença mental grave que apresentaram SOC fraco perceberam a saúde geral como pior, em comparação àqueles com SOC mais forte (LUNDSTROM et. al, 2019). Em outro estudo, a autopercepção de saúde foi considerada um fator mediador para o SOC, quanto melhor a autopercepção da saúde, maior o SOC e melhor controle da diabetes tipo 2 (SANDÉN-ERIKSSON, 2000).

Um estudo com crianças e adolescentes árabes portadoras de diabetes Tipo 1 e palestinas saudáveis não constatou diferenças de resultados de associação entre os grupos, afirmando que os participantes portadores da doença ou não, com SOC mais elevado, perceberam melhor o seu estado de saúde (ELISSA et al., 2019).

A percepção positiva da saúde dental e o SOC foram associados em um estudo com 589 suecos de 20 a 80 anos. À medida que que envelheciam, os indivíduos com SOC mais elevado eram 1,81 vezes mais propensos em relatar uma percepção boa ou muito boa dos seus dentes, em relação aos indivíduos com SOC mais baixo (LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON, 2011).

Comportamentos positivos em saúde bucal foram relacionados também a um SOC mais elevado. Diferentes níveis de associação entre o SOC e comportamentos em saúde bucal foram encontrados em dois estudos, e a relação entre fatores demográficos e socioeconômicos com este construto sugere que pessoas com SOC mais forte tendem a desenvolver comportamentos em saúde bucal mais positivos (LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON, 2011; ELYASI et al., 2015). Assim, o SOC pode ser considerado um determinante em comportamentos e hábitos relacionados à saúde bucal (ELYASI et al., 2015).

Alguns estudos investigaram o SOC das mães em relação à saúde bucal dos filhos. Em adolescentes escolares, houve menor índice de cárie dentária, menos sangramento gengival e menor propensão à realização de consultas com o dentista apenas quando tinham problemas entre adolescentes cujas mães possuíam SOC mais elevado (FREIRE; HARDY; SHEIHAM, 2002). Em outro estudo, a alta frequência de lesões cariosas foi associada a um nível menor de SOC entre os adolescentes de 13 a 14 anos e suas mães (LAGE et al., 2017).

Entre mães de baixa renda, a chance do filho em idade escolar (11 e 12 anos) utilizar mais serviços odontológicos, principalmente para revisões, é duas vezes maior quando as mães apresentam *scores* mais elevados de SOC. Este resultado indica que, mesmo dentro do mesmo grupo socioeconômico, o SOC é um fator determinante no comportamento em saúde (SILVA; MENDONÇA; VETTORE, 2008).

A capacidade de adaptação ao estresse, associada ao sexo e ao status socioeconômico do genitor é um determinante importante em saúde bucal de crianças de 5 anos que frequentam a pré-escola, sendo que crianças cujas mães de SOC com *score* mais baixo possuem uma chance de 1,59 vezes maior de apresentarem lesões cariosas, 1,99 vezes em apresentarem exposição pulpar e 1,85 vezes haver algum tipo de restauração dental, independentemente das condições socioeconômicas ou sexo da criança (BONANATO et al., 2009). Em outro estudo, houve uma

correlação negativa entre o índice de cárie (ceo-d) e o SOC materno. Quanto maior o SOC materno, menor o índice de cárie em crianças de 3 a 5 anos (JAMES, et al., 2017).

A associação entre menor SOC e condições socioeconômicas desfavoráveis pode afetar significativamente a autopercepção de saúde bucal em mães de crianças pré-escolares de 4 a 6 anos (LACERDA; PONTES; QUEIROZ, 2012).

2.2.2 Religiosidade e espiritualidade

A definição de religiosidade e espiritualidade em um modelo biopsicossocial mais abrangente distingue a religiosidade como sendo a afiliação à organização institucional da religião e a espiritualidade como o núcleo da religiosidade (DAALEMAN; VANDECREEK, 2000).

Cohen; Koenig (2003) propõem que tanto a espiritualidade quanto a religiosidade abrangem aspectos pessoais e institucionais e portanto, para a relação entre a religiosidade, a espiritualidade e a saúde, no modelo biopsicossocial, não há relevância se os efeitos são devidos à religiosidade ou a espiritualidade, inferindo que ambas são igualmente importantes.

Existem diversos instrumentos para avaliar a religiosidade/espiritualidade dos indivíduos relacionada à desfecho de saúde. O Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL – *Duke Religious Index*), composto por cinco itens, foi proposto por Koenig; Parkerson Jr. e Meador (1997) para avaliar a abordagem de desfechos em saúde e incluiu três dimensões de religiosidade: a dimensão organizacional, a dimensão-não organizacional e a religiosidade subjetiva. A versão para o português do índice DUREL foi publicada por Moreira-Almeida et al. (2008) e validada por Lucchetti et al. (2012).

Aproximadamente 80% das pesquisas publicadas em periódicos revisados por pares no período de 1972 a 2010 que envolveram a espiritualidade e a religiosidade com a saúde mental, mostraram que pessoas com maior religiosidade/espiritualidade apresentaram melhor condição de saúde mental e melhor habilidade de adaptação aos problemas relacionados às doenças em comparação com aquelas com menor religiosidade/espiritualidade (KOENIG, 2012).

Há evidências de uma inclinação favorável a comportamentos positivos em saúde, seja por parte dos líderes religiosos que demonstram se preocupar com questões de prevenção primária pessoal e comunitária, como por parte dos seguidores religiosos que são motivados pelo senso de obrigação aos ordenamentos impostos por seus líderes e pelo apoio social concebido pela comunidade religiosa que frequenta (ZINI; SGAN-COHEN; FEDER-BUBIS, 2015).

Um estudo sobre desigualdades na saúde bucal e correlatos psicossociais na autoavaliação em saúde demonstrou que adultos que frequentam regularmente uma igreja tem 76% menor chance de avaliarem sua saúde bucal como regular ou ruim e que níveis mais elevados locus de controle e autoestima são fatores protetores para uma autoavaliação pessimista da própria saúde bucal (FINLAYSON et al., 2010).

A religiosidade parental foi associada a menores índices de cárie dentária em pré-escolares (PIOVESAN et al., 2017) e a uma melhor qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças brasileiras de 12 anos (MENEGAZZO et al., 2018). Os resultados sugerem que a prática de atividades religiosas influencia positivamente os sujeitos pertencentes a um grupo social, evidenciando que crianças cujos familiares possuem maiores taxas de religiosidade apresentam melhores condições odontológicas.

2.3 INDICADORES SUBJETIVOS DE SAÚDE BUCAL

O reconhecimento da importância da avaliação dos processos psicológicos do indivíduo no impacto da qualidade de vida e no processo saúde-doença, a partir da Assembleia Mundial de Saúde no ano de 1948 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978) e posteriormente, com o modelo Biopsicossocial de Engel (1977), ampliou o modelo biomédico antes estabelecido, cujas medidas de saúde eram somente objetivas, e passou a incorporar fatores psicossociais, ou seja, experiências subjetivas e individuais. Nesse contexto, o indivíduo integrou-se a um sistema biológico, psicológico e social e a compreensão da saúde, portanto, ocorre com a avaliação desses sistemas (RIBEIRO, 2011).

A Organização Mundial da Saúde – OMS (1998), ao definir qualidade de vida como “percepções dos indivíduos sobre sua posição na vida e no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, enfatizou sua natureza subjetiva e reconheceu que a percepção do indivíduo sobre seu bem-estar físico, psíquico, espiritual e social está atrelado aos seus próprios valores e crenças, não cabendo normas ou padronizações (SCHWARTZMANN, 2003).

Percepção é definida como uma análise individual de conceitos, informações sensoriais e experiências passadas, que sofrem influência de fatores socioculturais (MCDONALD, 2012) e que afetam o estado de saúde por esta razão, sua natureza é subjetiva (WILSON; CLEARY, 1995). A autopercepção é um importante fator subjetivo de uma doença ou incapacidade. Esse fator independe da presença da doença, pois está ligado ao bem-estar do

indivíduo, contudo, normalmente há associação entre a percepção individual da saúde com as condições clínicas encontradas (FRANKS; GOLD; FISCELLA, 2003).

A avaliação da percepção em saúde é um indicador válido e de baixo custo na avaliação da saúde geral e populacional. No entanto, por se tratar de um indicador subjetivo, sofre influência de outros fatores como a idade e o meio social, o que pode gerar uma avaliação mais positiva ou negativa da saúde. Compreender o porquê dessa avaliação pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias em saúde voltadas às medidas subjetivas de saúde (KAPLAN; BARON-EPEL, 2003).

A autopercepção de saúde e outros indicadores subjetivos de saúde, como o estilo de vida, fatores de risco, comportamentos em saúde, características demográficas e socioeconômicas, podem ser mensurados através dos inquéritos de saúde que, por sua vez, auxiliam no entendimento do perfil epidemiológico e auxilia nas tomadas de decisões das políticas públicas (BRUIN et al., 1996).

A abordagem sócio-odontológica sobre a saúde leva em consideração as percepções clínicas gerais e odontológicas e percepções subjetivas da necessidade de tratamento e de qualidade de vida que impactam no comportamento do indivíduo, e pode influenciar nos resultados dos tratamentos propostos (LEAO; SHEIHAM, 1995; TSAKOS; SHEIHAM, 2016).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 inovou ao apresentar, além dos índices clínicos relativos às condições bucais da população brasileira, a autopercepção em saúde bucal, por meio de um questionário aplicado aos indivíduos participantes (BRASIL, 2012).

2.4 PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE A SAÚDE DENTAL DO FILHO EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

A percepção materna vem sendo investigada como um determinante da cárie na infância, uma vez que as práticas em saúde bucal de crianças mais novas dependem, na maioria dos casos, de suas genitoras (NUNES; PEROSA, 2017).

O presente estudo considerou como pré-escolares, as crianças na faixa etária de 2 a 6 anos. No Brasil, a Resolução CNE/CEB n. 5/2009 define que mesmo que a última etapa da educação infantil seja aos 5 anos, a transição para o ensino fundamental deve respeitar as especificidades etárias e garantir a continuidade no aprendizado e desenvolvimento da criança, garantindo, portanto, às crianças de 6 anos, o direito de concluir o último ano da pré-escola (BRASIL, 2009). Considerando a particularidade do termo “pré-escolar”, optou-se em manter nesse capítulo, além dos estudos transversais, estudos longitudinais que culminassem na idade

da criança dentro da faixa etária supramencionada. Estudos anteriores sobre percepção materna em saúde bucal têm incluído outros indivíduos responsáveis pela criança, além das mães biológicas e adotivas. Assim, na presente revisão, aqueles cuja maioria (80% ou mais) dos cuidadores foi composta por mães foram considerados estudos realizados com as mães.

Na literatura foram identificados nove estudos que abordaram a percepção materna sobre a saúde bucal do filho em idade pré-escolar (Quadro 1). Quatro desses analisaram esta variável como desfecho (SOHN et al., 2008; WANDERA et al., 2009; GREMBOWSKI; SPIEKERMAN; MILGROM, 2012; ROCHA et al., 2015, nos demais a percepção materna foi considerada variável independente. Quatro estudos foram realizados no Brasil (BARDAL et al., 2006; CAMARGO et al., 2012; ROCHA et al., 2015; PINTO et al., 2016), três nos Estados Unidos (SOHN et al., 2008; GREMBOWSKI; SPIEKERMAN; MILGROM, 2012; SNELL et al., 2019), um no Irã (SHAGHAGHIAN; SAVADI; AMIN, 2017) e um na Uganda (WANDERA et al., 2009).

Em todos os estudos houve maior proporção de mães com percepção positiva sobre a saúde bucal dos filhos. Esta percepção foi associada à menor idade da criança, ao menor índice e experiência de cárie das mães e dos filhos, maior concordância com a experiência de cárie do filho, conscientização materna sobre a higiene dental da criança, situação marital, maior escolaridade das mães, em contrapartida, a percepção negativa materna sobre a saúde dental do filho esteve associada a menor renda familiar, local de moradia em zona rural e atividades domésticas estressantes.

Quadro 1 – Estudos publicados acerca da percepção materna sobre a saúde bucal do filho em idade pré-escolar.

Referência	Objetivo(s) do estudo	Tipo de estudo	Local do estudo	Amostra	Variáveis	Tipo de análise estatística	Principais resultados para este estudo
BARDAL et al., 2006.	Analisar a concordância entre a percepção da mãe ou responsável, sobre a presença de cárie e a sua causalidade, no filho de 2 a 6 anos.	Quali-quantitativo.	Bauru (SP).	26 díades. Mães (n=22); pai (n=1); prima (n=1) e avós (n=2).	Variável de desfecho: Percepção da mãe sobre a presença de cárie no filho. Variável independente: presença e ausência de cárie.	Análise qualitativa dos dados e comparação com o índice de cárie da criança.	A maioria das mães relataram que seus filhos estavam livres de cárie (61,5%). Houve maior concordância entre a percepção materna positiva (50,0%) em relação a percepção negativa (15,4%) e a experiência de cárie das crianças.
SOHN et al., 2008	Comparar as percepções das mães sobre o estado de saúde bucal de seus filhos em idade pré-escolar com os achados clínicos e investigar a influência das atitudes, crenças e conhecimentos das mães sobre o desenvolvimento da cárie dentária e a saúde bucal nos níveis de percepção das mães sobre o estado de saúde bucal de seus filhos.	Coorte.	Detroit (EUA).	885 díades. Mães (n=834); pais (n=51).	Variável de desfecho: Percepção das mães sobre a saúde bucal do filho. Variáveis independentes: idade, sexo e uso de aparelho dental pelas crianças; idade, sexo, educação do cuidador, renda familiar e se a família é participante do programa social de suplementação de alimento (WIC).	Análise descritiva, bivariada e Regressão Logística multinomial cumulativa.	A maioria das mães apresentaram percepção positiva (79%). A percepção foi associada ao número de dentes cariados do filho. Filhos cujas mães relataram sua saúde dental como “ruim” apresentam a média de dentes cavitados e não tratados 81 vezes maior que no grupo de mães que relataram a saúde dental do filho como “excelente”.

Referência	Objetivo(s) do estudo	Tipo de estudo	Local do estudo	Amostra	Variáveis	Tipo de análise estatística	Principais resultados para este estudo
							Percepção mais precária da saúde das mães e atitudes fatalistas em relação à saúde bucal foram associadas a uma percepção mais negativa.
WANDERA et al., 2009.	Examinar quais fatores clínicos e psicossociais estão relacionados com a percepção da mãe ou cuidador sobre a saúde geral e bucal do filho.	Transversal.	Kampala (Uganda).	816 díades. Mães (n=772); pais (n=44).	Variável de desfecho: Percepção materna sobre a saúde geral e dental do filho. Variáveis independentes: lugar de residência; índice de cárie, sexo e idade da criança; atividades familiares estressantes, status socioeconômico.	Análise descritiva; Testes t e qui-quadrado; e Regressão Logística.	Houve maior proporção de percepção positiva (59,8%). Houve associação entre a percepção materna negativa, pior status socioeconômico e as atividades familiares estressantes desenvolvidas pelas mães.
CAMARGO et al., 2012.	Estimar a prevalência do uso de serviços odontológicos e fatores associados.	Transversal.	Pelotas (RS).	1.129 díades mãe-filho.	Variável de desfecho: Prevalência de uso de serviços odontológicos pelo menos uma vez na vida. Variáveis independentes: sexo e cor da pele da criança referida pela mãe, nível econômico, escolaridade e	Análise descritiva e Regressão Multinomial.	A maioria das mães perceberam a saúde dental do filho como muito boa/boa (78%). A percepção materna positiva foi associada ao uso dos serviços odontológicos no atendimento de rotina, a percepção negativa

Referência	Objetivo(s) do estudo	Tipo de estudo	Local do estudo	Amostra	Variáveis	Tipo de análise estatística	Principais resultados para este estudo
					idade da mãe no momento do parto, comportamento em saúde bucal e geral maternos; comportamento em saúde bucal da criança, cárie dentária, percepção materna da saúde bucal e da necessidade de tratamento do filho.		(regular/ruim) ao uso por problemas.
GREMBOWSKI; SPIEKERMAN; MILGROM, 2012.	Testar se algum gradiente socioeconômico está contido na percepção materna de saúde bucal e geral dos filhos.	Transversal.	Washington (EUA).	4.373 mães.	Variável de desfecho: percepção materna sobre sua saúde dental e geral e do seu filho. Variáveis independentes: ocupação e escolaridade e aculturação materna; renda familiar; número de filhos; cuidado regular da saúde bucal; comportamentos e crenças maternas sobre saúde bucal.	Análise descritiva; testes Qui-quadrado e ANOVA; e Regressão Linear.	A proporção de mães que perceberam negativamente a própria saúde dental e dos seus filhos foi 45% e 18%, respectivamente. Houve um forte gradiente entre a percepção da mãe de baixa renda sobre saúde dental dos seus filhos e a educação materna.
ROCHA et al., 2015.	Verificar a percepção materna sobre a saúde bucal do filho e analisar a	Quantitativo. Longitudinal.	Região nordeste de São Paulo (SP).	73 díades mãe-filho.	Variável de desfecho: Percepção materna sobre a saúde	Análise descritiva e Regressão Logística.	A maioria das mães relatou percepção positiva. A percepção negativa

Referência	Objetivo(s) do estudo	Tipo de estudo	Local do estudo	Amostra	Variáveis	Tipo de análise estatística	Principais resultados para este estudo
	associação com fatores socio-comportamentais.				dental e sobre doenças dentárias do filho. Variáveis independentes: renda familiar; escolaridade e ocupação da mãe; convivência com um parceiro; primeira gravidez; visitas regulares ao dentista; presença de cárie, perda dental ou doença periodontal em mães e filhos.		foi associada à maior índice de cárie na criança.
PINTO et al., 2016.	Investigar fatores associados com a prevalência de cárie em crianças de mães adolescentes.	Transversal.	Pelotas (RS).	538 díades. Mãe (n=428); Pais (n=110).	Variável de desfecho: Experiência de cárie em crianças. Variáveis independentes: percepção da mãe adolescente sobre a saúde dental do filho; nível de escolaridade materna, convivência marital; renda familiar; exame das condições dentais do filho; frequência de escovação e idade da criança;	Análise descritiva, teste Qui-quadrado e Regressão de Poisson.	A maioria das mães apresentaram percepção positiva (85%). A prevalência de cárie nas crianças foi estatisticamente associada a mães que viviam sem companheiro, mães que não examinavam a boca dos seus filhos e com percepção negativa da saúde dental dos mesmos. Crianças cujas mães relataram percepção negativa

Referência	Objetivo(s) do estudo	Tipo de estudo	Local do estudo	Amostra	Variáveis	Tipo de análise estatística	Principais resultados para este estudo
							apresentaram probabilidade 4,6 vezes maior de cárie, em comparação às mães que avaliaram positivamente.
SHAGHAGHIAN; SAVADI; AMIN, 2017.	Avaliar a conscientização dos pais iranianos sobre a higiene oral dos seus filhos.	Transversal.	Shiraz (Sul do Irã).	396 díades. Mães (n=343); pais (n=53).	Variável de desfecho: conhecimento parental sobre a higiene oral dos seus filhos; Variáveis independentes: percepção dos pais sobre saúde dental e sobre a presença de cavidades dentárias do filho; relação com a criança; número de crianças na família; escolaridade e status de emprego dos pais; sexo, ordem de nascimento, cárie e consultas com dentista da criança.	Análise descritiva; coeficiente Kappa de concordância; Teste t e Qui-quadrado; e Regressão Logística.	A maioria dos pais não conheciam o estado de saúde oral dos filhos; pais mais conscientes possuíam condições sociais melhores. Mais da metade dos pais (55,2%) relataram a saúde dental do filho como boa e houve uma forte associação entre a percepção positiva e a consciência em relação à limpeza dos dentes dos seus filhos (RP=1,92).
SNELL et al., 2019.	Analisar a concordância entre o nível de experiência de cárie da criança de até 6 anos e a percepção	Quantitativo. Longitudinal.	Estados Unidos. Nordeste de Appalachia.	815 díades mãe-filho.	Variável de desfecho: experiência de cárie da criança Variáveis independentes:	Análise descritiva e modelo binominal negativo.	A proporção de percepção materna mais positiva (59%) foi associada à menor experiência de cárie da criança.

Referência	Objetivo(s) do estudo	Tipo de estudo	Local do estudo	Amostra	Variáveis	Tipo de análise estatística	Principais resultados para este estudo
	materna sobre a saúde dentária do filho e fatores sociodemográficos associados.				percepção materna sobre a saúde dental do filho; renda familiar; idade e sexo da criança; motivo da última visita ao dentista; seguro odontológico.		À medida que piorava a percepção da mãe, aumentava o índice ceo-d. A concordância entre a percepção da mãe sobre a saúde dental do filho e a experiência de cárie da criança foi observada em cerca de 2/3 (64%) das mães e a concordância tende a ser menor ao passo que a criança cresce.

Fonte: autoria própria.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar a percepção materna sobre a saúde dental dos seus filhos em idade pré-escolar e fatores associados.

3.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer a prevalência da percepção das mães sobre a condição de saúde dental dos filhos;
- Investigar a associação entre a percepção materna e fatores sociodemográficos e odontológicos dos filhos;
- Investigar a associação entre a percepção materna e fatores sociodemográficos, odontológicos e psicossociais das mães.

4 METODOLOGIA

Este estudo é subprojeto de um projeto de pesquisa mais amplo do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Goiás– PPGO/UFG, intitulado “Fatores psicossociais e saúde bucal – um estudo em pré-escolares e suas mães”.

4.1 DESENHO DA PESQUISA E PARTICIPANTES

Estudo transversal analítico realizado em dois cursos de Especialização em Odontopediatria em Goiânia: a Escola de Aperfeiçoamento Profissional dos Cirurgiões-Dentistas (EAP-GO) e a Associação Brasileira de Odontologia (ABO-GO).

A população consistiu em mães e crianças de 4 a 6 anos que utilizaram os serviços oferecidos pelos cursos supracitados de março de 2018 a dezembro de 2019. Foi empregado o termo “mãe” para todos os participantes que afirmavam desempenhar a função materna em relação à criança, seguindo a abordagem utilizada em estudos anteriores (WINNICOTT, 2005, 2012; ROSA, 2009; RIBEIRO; ZUCOLOTTO, 2015).

Para o cálculo amostral do projeto mais amplo, utilizou-se o teste de proporção em grupos, por meio da calculadora estatística online *Lee Dante*. A variável de desfecho utilizada para o cálculo da amostra foi o “comportamento da criança na clínica odontológica” e o fator de exposição foi fatores psicossociais maternos negativos. A amostra estimada foi de, no mínimo, 60 crianças em cada grupo de comparação (expostos e não expostos) (N=120); estimando perda de 20%, a amostra final deveria totalizar 144 crianças e suas respectivas mães. Para o presente sub estudo, o poder do teste calculado foi considerado a posteriori, com base no desfecho “percepção materna sobre a saúde dental da criança”, utilizando a ferramenta online *OpenEpi* (DEAN; SULLIVAN; SOE, 2013).

Optou-se pela amostragem não probabilística e consecutiva até a obtenção da amostra calculada, nos dias de atendimento clínico de cada curso de Especialização, totalizando quatro dias por mês. Os critérios de inclusão foram: crianças de 4 a 6 anos completos na data da coleta, triadas e em atendimento clínico odontológico, acompanhadas das suas respectivas mães. O critério de exclusão foi crianças cujas mães relataram previamente, na primeira consulta com o cirurgião-dentista ou no momento da abordagem, algum distúrbio neurológico ou cognitivo do filho.

4.2 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Os seguintes instrumentos foram empregados na coleta de dados: Formulário de Entrevista para as Mães (APÊNDICE A); Questionário para as Mães (APÊNDICE B) e Formulário de Coleta de Dados dos Prontuários da Criança (APÊNDICE C).

O Formulário de Entrevista para as Mães foi composto por questões estruturadas referentes às variáveis maternas e da criança e passou pelas seguintes etapas de desenvolvimento:

- a) Elaboração pela equipe do projeto, com base em questões existentes em outros estudos ou formuladas pelas autoras para fins desse estudo;
- b) Avaliação por três pesquisadoras com experiência na produção de instrumentos de coleta de dados epidemiológicos em saúde bucal;
- c) Revisão final pela equipe do projeto.

O Questionário para as Mães consistiu das seguintes escalas validadas:

- a) Escala de Ansiedade Dental (DAS) de Corah et al. (1978), validade no Brasil por Torriani et al. (2008);
- b) Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL), versão para o português por Moreira-Almeida et al. (2008) e validade no Brasil por Lucchetti et al. (2012);
- c) Escala de Senso de Coerência (SOC) de Antonovsky (1993), versão curta (SOC-13) e adaptada para o português do Brasil por Freire; Sheiham; Hardy (2001).

A escala de Ansiedade Dental (DAS) de Corah é composta de quatro questões com alternativas que variam de 1 a 5 onde os valores adotados para cada alternativa equivalem aos números assinalados; quanto maior a soma dos valores, maior o nível de ansiedade dos pais. A pontuação mínima é 5 e a máxima possível é 20.

O Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL) é composto de cinco itens que medem três domínios de religiosidade relacionadas à desfechos em saúde: primeiro item mensura a Religiosidade Organizacional (RO), ou seja, a frequência de visitas a templos ou encontros religiosos; o segundo, mede a Religiosidade não-Organizacional (RNO), que compreende a dedicação individual à atividades religiosas, já os itens três a cinco medem a Religiosidade Intrínseca, referente a internalização da religiosidade e a importância dela na vida do indivíduo. O cálculo consiste na análise dos domínios separadamente e os valores para as alternativas equivalem ao número assinalado. Para o primeiro e o segundo domínio, a pontuação

mínima é 1 e a máxima é 6, para o terceiro domínio, as opções de resposta estão em escala do tipo Likert de 5 pontos com desfechos descritivos, a pontuação mínima é 2 e a máxima 10 pontos.

A versão curta do Questionário de opinião sobre a vida (SOC-13) consiste em cinco perguntas referentes à compreensibilidade, quatro à maneabilidade e quatro à significância. As opções de resposta estão dispostas em uma escala do tipo Likert de 7 pontos com desfechos descritivos. As questões 1, 2, 3, 7 e 10 da escala são propositalmente revertidas, de forma a seguir a lógica das demais (1 para o escore mais negativo ou fraco e 7 para o mais positivo ou forte). Os valores devem ser somados, levando em consideração a inversão das questões supracitadas. A pontuação mínima do SOC-13 é 13 e a máxima possível é 91 (ERIKSSON; LINDSTROM, 2005).

Na elaboração do Formulário de Coleta de Dados dos Prontuários das Crianças, foram incluídos dados presentes nos prontuários dos dois cursos de especialização participantes da pesquisa.

Após a elaboração dos instrumentos e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), foi realizado um estudo piloto com uma amostra de nove crianças e suas mães, atendidas em um dos cursos. Os instrumentos foram então reavaliados e reformulados, obtendo-se a versão final utilizada. Em virtude de os ajustes realizados não terem interferido nos resultados obtidos com a amostra, optou-se por incluir os participantes no estudo principal.

4.3 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada nas clínicas odontológicas das escolas de especialização participantes da pesquisa, no período de março de 2018 a dezembro de 2019. Duas pesquisadoras, previamente treinadas, convidavam as mães das crianças selecionadas a participarem da pesquisa. Após a leitura dos dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um para a autorização da aplicação do instrumento com a mãe (ANEXO I) e outro para a coleta dos dados da criança (ANEXO II) e o aceite por parte da mãe, os termos foram preenchidos e assinados pelas mães.

A abordagem foi amistosa, objetiva e completa de informações para que as mães se sentissem à vontade em participar ou não. Em seguida, foram aplicados os instrumentos na seguinte ordem: entrevista, questionário e coleta de informações nos prontuários.

Os locais para a aplicação dos instrumentos com as mães foram a sala de espera e a clínica, enquanto a mãe aguardava o atendimento da criança. Na sala de espera, a mãe era

convidada a sentar-se em uma cadeira disposta em lugar estratégico, com a finalidade de oferecer maior sensação de privacidade possível. Na clínica, a pesquisadora responsável pela abordagem convidava a mãe a sentar-se em lugar previamente disponibilizado pela equipe de atendimento da criança.

A entrevista ocorreu com a leitura de cada item e suas alternativas, pausadamente e em tom de voz contínuo a fim de não favorecer algum viés nas respostas. Em seguida, o questionário era entregue à mãe para que realizasse a leitura e assinalasse uma resposta por questão. As mães eram orientadas nessa etapa a assinalarem uma resposta sem se preocupar se havia resposta correta ou errada, e esclarecidas que o objetivo era obter uma resposta mais próxima dos seus sentimentos e com o reforço de que se alguma questão a deixasse desconfortável, poderia desistir a qualquer momento da pesquisa. Os dados da criança necessários para a pesquisa foram obtidos nas informações presentes nos prontuários.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis pesquisadas estão divididas em duas categorias: variáveis maternas, obtidas através da entrevista estruturada e do questionário; e variáveis da criança, obtidas no prontuário clínico (Quadro 2).

Quadro 2 – Variáveis pesquisadas e respectivos instrumentos de coleta de dados

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM AS MÃES	QUESTIONÁRIO PARA AS MÃES	FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS DAS CRIANÇAS
<u>Variáveis maternas:</u> Relação com a criança; Idade; Sexo; Nível de escolaridade; Renda familiar; Número de filhos; Experiência odontológica prévia negativa; Percepção sobre a saúde dental do filho. <u>Variáveis da criança:</u> Dor dentária alguma vez na vida; Frequência de consultas ao dentista.	<u>Variáveis maternas:</u> Senso de Coerência; Religiosidade; Ansiedade odontológica.	<u>Variáveis da criança:</u> Idade; Sexo, Ordem de nascimento; Experiência de cárie dentária (ceo-d).

Fonte: autoria própria.

O desfecho foi a percepção materna sobre a condição de saúde dental do filho, avaliada por meio da seguinte questão na entrevista com as mães: “Como você classifica os dentes da

criança atualmente?”. As respostas foram baseadas em escala de Likert de cinco pontos e consistiam em “Muito bons/Bons/Nem bons nem ruins/Ruins/Muito ruins”. As variáveis independentes foram as características das crianças (sociodemográficas e odontológicas) e das mães (sociodemográficas, psicossociais e odontológicas).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A elaboração do banco de dados foi por meio da dupla digitação realizada pelas duas pesquisadoras, de forma individual e em computadores separados, com a finalidade de confrontar os arquivos criados para análise e possíveis correções. O programa estatístico utilizado foi o IBM SPSS *Statistics Base*, Versão 21.0.

O próximo passo foi o cálculo das frequências absoluta e relativa de cada variável para verificar a sua distribuição e a criação de variáveis capazes de responder à pergunta da pesquisa. Todas as variáveis foram analisadas como categóricas. A categorização e codificação seguiu a lógica do pior (escore 0) ao melhor desfecho (escore 1) em cada grupo. Para as variáveis quantitativas, o teste de normalidade *kolmogorov-Smirnov* foi empregado a fim de conhecer o tipo de distribuição. Nos casos de distribuição não-normal, os escores foram dicotomizados, usando a mediana como ponto de corte, e a média nos casos de distribuição normal (Quadro 3).

Para a categorização da variável “relação com a criança”, duas categorias foram utilizadas: mãe consanguínea ou adotiva e outra pessoa que exerça o papel de mãe. Para a variável “sexo”, os grupos foram divididos em masculino para os pais e feminino para as demais opções. A variável “idade” materna foi dividida em 18 a 32 anos e 33 ou mais. A “escolaridade” materna foi categorizada em baixa (até o ensino médio incompleto) e alta (ensino médio completo ou superior).

A “renda familiar” seguiu a classificação do Governo Federal (BRASIL, 2007) e foi dividida em categoria baixa (até três salários mínimos) e alta (mais de três salários mínimos). A “experiência odontológica” seguiu o padrão do questionário. A variável “número de filhos”, levou em consideração ser mãe do primeiro ou do segundo filho em diante.

A “percepção materna sobre a saúde dental do filho” foi categorizada da seguinte maneira: as respostas “muito bons” e “bons” foram agrupadas em percepção positiva, enquanto as categorias “nem bons e nem ruins, ruins e muito ruins” foram agrupadas em percepção negativa. As variáveis da criança que permaneceram iguais ao instrumento de coleta de dados foram a “idade” e o “sexo”. A “posição na ordem do nascimento” foi categorizada em primeiro filho e segundo ou acima. Para a categorização da “frequência de consultas com o dentista”,

utilizou-se o intervalo de 1 ano como ponto de corte: menor frequência (intervalo maior que 1 ano) e maior frequência (intervalo igual ou maior que 1 ano).

Todas as variáveis psicossociais maternas e a variável relativa à prevalência de cárie nas crianças são originalmente numéricas (Quadro 3). O teste de normalidade de *kolmogorov-Smirnov* foi aplicado em todas as variáveis e somente o SOC apresentou distribuição normal ($p=0,250$).

Quadro 3: Variáveis numéricas categorizadas

Variáveis	Ponto de corte	Categorias
Maternas		
Sentido de Coerência	58.7*	Baixo
		Alto
Religiosidade Organizacional	2.0**	Baixa
		Alta
Religiosidade não-Organizacional	2.0**	Baixa
		Alta
		Alta
Religiosidade Intrínseca	3.0**	Baixa
		Alta
		Alta
Ansiedade odontológica	8.0**	Baixa
		Alta
Da criança		
Experiência de cárie (ceo-d)	8.0**	Baixa
		Alta

Fonte: Autoria própria. * Média. ** Mediana.

A versão do SOC utilizada é composta de 13 perguntas, cujos escores foram somados para o cálculo do escore total. Os escores variaram de 32 a 88, com média de 58,6. Categorizou-se SOC alto para escores iguais ou maiores que 58,7 e SOC baixo para escores até 58,6.

As cinco questões do questionário referentes à religiosidade avaliaram a Religiosidade Organizacional (a primeira pergunta); a Religiosidade não Organizacional (a segunda pergunta) e a Religiosidade Intrínseca (as três últimas perguntas). Para cada uma destas variáveis, os escores originais foram mantidos da forma que constam na escala; assim, o menor escore corresponde ao desfecho mais positivo, que indica maior religiosidade. Os escores para Religiosidade Organizacional (RO) e para a Religiosidade não Organizacional (RNO) foram de 1 a 6, com mediana 2, e estas variáveis foram dicotomizadas em alta (≤ 2) e baixa (> 2). A Religiosidade Intrínseca (RI) variou de 3 a 11 pontos, mediana 3, e foi categorizada em alta (≤ 3) e baixa (> 3). A ansiedade odontológica (DAS) variou de 4 a 18 e sua mediana foi 8, sendo dicotomizada em alta (≥ 8) e baixa (< 8).

A experiência de cárie foi medida através do índice de dentes cariados, restaurados, perdidos e com indicação de exodontia por cárie (ceo-d) e apresentou escores de 0 a 20, média=6,43 e mediana=6, sendo dicotomizada em alta (≥ 6) e baixa (< 6). Os dados foram obtidos dos registros da condição dentária realizados pelos cirurgiões-dentistas na consulta inicial, presentes no prontuário da criança.

A análise descritiva de todas as variáveis após a categorização foi realizada por meio das frequências. Foram realizados testes bivariados (Qui-quadrado de Pearson) para comparações de proporção entre a variável de desfecho (percepção materna sobre a saúde dental do filho) e cada variável independente categórica, ao nível de significância de 5%.

As variáveis cujas associações resultaram significativas nas análises bivariadas ao nível de $p < 0,25$, com exceção da renda familiar, que foi incluída independentemente da sua significância estatística, dada a sua relevância em pesquisas anteriores, foram analisadas na Regressão de Poisson com variância robusta com Razão de Prevalência (RP) e intervalo de confiança (IC) de 95%. A sensibilidade das análises foi testada para verificar se outros métodos produziram resultados diferentes.

No modelo não ajustado de Regressão de Poisson, cada uma das variáveis independentes associadas ao desfecho nas análises bivariadas anteriores foi testada com a variável de desfecho “percepção materna negativa da saúde dental do filho”. As que permaneceram associadas ($p < 0,25$) foram utilizadas para a construção do modelo ajustado (regressão múltipla). As variáveis associadas ao desfecho ao nível de $p < 0,05$ foram consideradas significantes. Para avaliar a qualidade do ajuste do modelo final de regressão, utilizou-se os resultados do Goodness of Fit e o teste Omnibus (Qui-quadrado da razão de verossimilhança).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa está em concordância com a Resolução 466/12 do CNS e foi aprovado sob o parecer nº 2.518.291, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFG. As escolas de especialização, onde os dados foram coletados, autorizaram a pesquisa (ANEXOS III a VI).

Na apresentação dos TCLE às participantes, ocorreu a leitura e explicação sobre os objetivos da pesquisa, possíveis riscos, desconfortos e benefícios, reforçando que o aceite ou a recusa não interferiria no andamento do atendimento clínico da criança nos cursos de especialização e que havia a possibilidade de desistência em qualquer fase da pesquisa. O sigilo das informações dos dados dos pacientes e das participantes foi garantido.

5 RESULTADOS

Considerando os critérios de inclusão, 151 mães foram convidadas a participar da pesquisa e três recusaram (taxa de resposta de 98%). Das 148 que aceitaram, duas não puderam participar em virtude de os prontuários clínicos dos seus filhos não estarem preenchidos completamente. Assim, a amostra final foi composta por 146 díades mãe-filho. O poder da amostra *post hoc* para o presente estudo foi calculado na ferramenta *OpenEpi* (DEAN; SULLIVAN; SOE, 2013), com base na prevalência da “percepção materna sobre a saúde dental da criança” e nos fatores de exposição associados ao desfecho na regressão múltipla. Os resultados mostraram um poder de 34,4% para detectar diferenças na percepção materna entre os grupos com relação à RO da mãe e de aproximadamente 100,0% para a experiência de cárie da criança, ao nível de confiança de 95%.

As características sociodemográficas, odontológicas e psicossociais maternas estão na Tabela 1. A maioria das mães eram consanguíneas ou adotivas (n=129; 88,4%), seguidas das avós (n=10; 6,8%), pais (n= 4; 2,7%) e tias (n= 3; 2,1%). O sexo feminino foi predominante (97,3%). A idade variou de 18 a 63 anos (média=34,3; IC95% 32,7-35,8). A escolaridade mais alta (66,4%) e a renda familiar mais baixa (73,3%) prevaleceram entre as participantes. A maioria das mães tinham dois filhos ou mais (72,6%).

Houve predomínio de mães com experiência odontológica negativa (65,5%), níveis mais elevados de ansiedade odontológica (52,1%), Religiosidade Organizacional (RO) (58,8%), Religiosidade não-Organizacional (RNO) (66,4%), Religiosidade Intrínseca (RI) (56,8%), e Senso de Coerência (SOC) mais baixo (51,4%). A maioria relatou percepção negativa sobre a saúde dental dos seus filhos (54,8%).

Quanto às características sociodemográficas e odontológicas da criança, a maioria era do sexo masculino (53,4%), tinha 5 ou 6 anos (51,4%), e era, no mínimo, o segundo(a) filho(a) na ordem de nascimento (56,2%) (Tabela 2).

A prevalência de cárie (ceo-d $\geq$ 1) foi de 82,2% e o ceo-d médio foi 6,4 (DP=5,2). Os componentes do índice foram: 67,2% cariados, 19,2% restaurados e 13,6% com extração indicada. A maioria das crianças (52,7%) tinham experiência de cárie mais elevada (ceo-d $\geq$ 6). De acordo com o relato das mães, a maior parte das crianças sentiu dor dentária alguma vez na vida (58,2%) e consultou um dentista pelo menos uma vez por ano (52,1%).

Os resultados dos testes de associação entre o desfecho e cada uma das variáveis independentes analisadas como categóricas estão nas Tabelas 3 e 4. Testes adicionais realizados

para as variáveis originalmente numéricas mostraram resultados similares (resultados não apresentados nas tabelas).

A percepção materna sobre a saúde dental do filho foi associada à experiência de cárie ($p<0,001$) e à dor dentária ($p<0,001$) da criança (Tabela 3). Houve maior proporção de mães com percepção negativa no grupo das crianças com maior índice ceo-d e com relato de dor alguma vez na vida.

Não houve associação significativa entre o desfecho e as demais variáveis (Tabela 4). Apesar da significância não ser estatisticamente comprovada, houve maior proporção de percepção negativa no grupo de mães biológicas/adotivas, com baixa escolaridade, menor renda, com dois ou mais filhos, com baixa RO e alta RI, e filhos de quatro ou seis anos.

Tabela 1 – Distribuição de frequência das variáveis maternas (n=146).

Variáveis maternas	Categorias	Frequência		
		n	%	(95%IC)
Sociodemográficas				
Relação com a criança	Outra pessoa que exerce o papel de mãe	17	11,6	(7,1-17,5)
	Mãe biológica/adotiva	129	88,4	(82,5-92,9)
Idade	18 a 32 anos	66	45,2	(37,3-53,3)
	≥33 anos	80	54,8	(46,7-62,7)
Escolaridade	Baixa (até o ensino médio incompleto)	49	33,6	(26,2-41,5)
	Alta (ensino médio completo/superior)	97	66,4	(58,5-73,8)
Número de filhos	≥2	106	72,6	(65,0-79,4)
	1	40	27,4	(20,6-35,0)
Renda familiar (salários mínimos)	Menor renda (≤3 salários mínimos)	107	74,3	(66,8-81,0)
	Maior renda (> 3 salários mínimos)	37	25,3	(19,0-33,2)
	Não soube/quis responder	2	1,4	
Odontológicas				
Experiência odontológica prévia negativa	Sim	50	34,5	(27,1-42,4)
	Não	95	65,5	(57,6-72,9)
	Não soube responder	1	0,7	
Ansiedade odontológica	Alta (≥8)	76	52,1	(44,0-60,1)
	Baixa (<8)	70	47,9	(39,9-56,0)
Percepção da saúde dental do filho	Negativa	80	54,8	(46,7-62,7)
	Positiva	66	45,2	(37,3-53,3)
Psicossociais				
Senso de Coerência (SOC)	Baixo (<58,7)	75	51,4	(43,3-59,4)
	Alto (≥58,7)	71	48,6	(40,6-56,7)
Religiosidade Organizacional (RO)	Baixa (>2)	63	43,2	(35,3-51,3)
	Alta (≤2)	83	56,8	(48,7-64,7)
Religiosidade Não-Organizacional (RNO)	Baixa (>2)	49	33,6	(26,2-41,5)
	Alta (≤2)	97	66,4	(58,5-73,8)
Religiosidade Intrínseca (RI)	Baixa (>2)	63	43,2	(35,3-51,3)
	Alta (≤2)	83	56,8	(48,7-64,7)

Tabela 2 – Distribuição das frequências das variáveis relacionadas às crianças (n=146).

		Frequência		
Variáveis da criança	Categorias	n	%	(95%IC)
Sociodemográficas				
Idade (anos)	6	33	22,6	(35,3-51,3)
	5	42	28,8	(21,8-36,4)
	4	71	48,6	(40,6-56,7)
Sexo	Masculino	78	53,4	(45,3-61,4)
	Feminino	68	46,6	(38,6-54,7)
Ordem de nascimento	Segundo ou mais	82	56,2	(48,1-64,1)
	Primeiro filho	64	43,8	(35,9-51,9)
Odontológicas				
Frequência de consultas ao dentista (1 ano)	Menor frequência (≤ 1 ano)	70	47,9	(39,9-56,0)
	Maior frequência (> 1 ano)	76	52,1	(44,0-60,1)
Experiência de cárie dentária (Índice ceo-d)	Alta (≥6)	77	52,7	(44,6-60,7)
	Baixa (<6)	69	47,3	(39,3-55,4)
Dor dentária alguma vez na vida	Sim	85	58,2	(50,5-66,4)
	Não	60	41,1	(33,6-49,5)
	Não soube informar	1	0,7	

Tabela 3 – Resultado da análise bivariada de associação entre a percepção materna sobre a saúde dental do filho em idade pré-escolar e as variáveis independentes da criança (n=146).

Variáveis independentes da criança	Percepção da mãe sobre a saúde dental do filho				Valor p*
	Negativa		Positiva		
	n (%)	(95%IC)	n (%)	(95%IC)	
Idade (anos)					0,755
4	40 (56,3)	(44,5-68,2)	31 (43,7)	(31,8-55,5)	
6	19 (57,6)	(39,8-75,4)	14 (42,4)	(24,6-60,2)	
5	21 (50,0)	(34,2-65,8)	21 (50,0)	(34,2-65,8)	
Sexo					0,562
Masculino	41 (52,6)	(41,2-63,9)	37 (47,4)	(36,1-58,8)	
Feminino	39 (57,4)	(45,3-69,4)	29 (42,6)	(30,6-54,7)	
Ordem do nascimento					0,302
Segundo ou mais	48 (58,5)	(47,7-69,4)	34 (41,5)	(30,6-52,4)	
Primeiro filho	32 (50,0)	(37,4-62,6)	32 (50,0)	(37,4-62,6)	
Frequência de consultas (1 ano)					0,906
Menor frequência	38 (54,3)	(42,3-66,3)	32 (45,7)	(33,8-57,7)	
Maior frequência	42 (55,3)	(43,8-66,7)	34 (44,7)	(33,3-56,2)	
Experiência de cárie dentária (índice ceo-d)					< 0,001
Alta (≥6)	59 (76,6)	(66,9-86,3)	18 (23,4)	(13,7-33,0)	
Baixa (<6)	21 (30,4)	(19,3-41,6)	48 (69,6)	(58,4-80,7)	
Dor dentária alguma vez na vida					< 0,001
Sim	57 (67,1)	(56,9-77,3)	28 (32,9)	(22,7-43,1)	
Não	22 (36,7)	(24,1-49,2)	38 (63,3)	(50,8-75,9)	

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 4 – Resultado da análise bivariada de associação entre a percepção materna sobre a saúde dental do filho em idade pré-escolar e variáveis independentes maternas (n=146).

Variáveis independentes maternas	Percepção da mãe sobre a saúde dental do filho				Valor p*
	Negativa		Positiva		
	n (%)	(95%IC)	n (%)	(95%IC)	
Idade (anos)					0,540
18 a 32 anos	38 (57,6)	(45,3-69,8)	28 (42,4)	(30,2-54,7)	
≥33 anos	42 (52,5)	(41,3-63,7)	38 (47,5)	(36,3-58,7)	
Relação com a criança					0,230
Outra pessoa que exerce o papel de mãe	7 (41,2)	(15,1-67,3)	10 (58,8)	(32,7-84,9)	
Mãe biológica/adotiva	73 (56,6)	(47,9-65,3)	56 (43,4)	(34,7-52,1)	
Escolaridade					0,070
Baixa (até o ensino médio incompleto)	32 (65,3)	(51,5-79,1)	17 (34,7)	(20,9-48,5)	
Alta (ensino médio completo/superior)	48 (49,5)	(39,4-59,6)	49 (50,5)	(40,4-60,6)	
Número de filhos					0,277
≥2 filhos	61 (57,5)	(48,0-67,1)	45 (42,5)	(32,9-52,0)	
1 filho	19 (47,5)	(31,3-63,7)	21 (52,5)	(36,3-68,7)	
Renda Familiar					0,378
Menor renda (≤3 salários mínimos)	61 (57,0)	(47,5-66,5)	46 (43,0)	(33,5-52,5)	
Maior renda (> 3 salários mínimos)	18 (48,6)	(31,8-65,5)	19 (51,4)	(34,5-68,3)	
Experiência odontológica prévia negativa					0,663
Sim	26 (52,0)	(37,7-66,3)	24 (48,0)	(33,7-62,3)	
Não	53 (55,8)	(45,6-66,0)	42 (44,2)	(34,0-54,4)	
Ansiedade odontológica					0,652
Alta (≥8)	43 (56,6)	(45,2-68,0)	33 (43,4)	(32,0-54,8)	
Baixa (<8)	37 (52,9)	(40,9-64,9)	33 (47,1)	(35,2-59,1)	
SOC					0,764
Baixo (<58,7)	42 (56,0)	(44,5-67,5)	33 (44,0)	(32,5-55,5)	
Alto (≥58,7)	38 (53,5)	(41,6-65,4)	33 (46,5)	(34,6-58,4)	
Religiosidade Organizacional (RO)					0,133
Baixa (>2)	39 (61,9)	(49,6-74,2)	24 (38,1)	(25,8-50,4)	
Alta (≤2)	41 (49,4)	(38,4-60,4)	42 (50,6)	(39,6-61,6)	
Religiosidade Não-Organizacional (RNO)					0,958
Baixa (>2)	27 (33,8)	(40,7-69,5)	22 (33,3)	(30,5-59,3)	
Alta (≤2)	73 (91,3)	(44,6-54,7)	56 (84,8)	(35,3-55,5)	
Religiosidade Intrínseca (RI)					0,129
Baixa (>2)	30 (47,6)	(34,9-60,3)	33 (52,4)	(39,7-65,1)	
Alta (≤2)	50 (60,2)	(49,5-71,1)	33 (39,8)	(29,0-50,5)	

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

Os resultados da análise de Regressão de Poisson estão na Tabela 5. Todas as variáveis independentes associadas ao nível de significância de $p \leq 0,25$ nas análises bivariadas anteriores (Teste Qui-quadrado de Pearson), foram testadas para investigar a razão de prevalência com o desfecho “percepção materna negativa da saúde dental do filho”. Dada a relevância da renda familiar em estudos anteriores sobre os determinantes da saúde bucal, essa variável permaneceu nos modelos, mesmo com nível de significância maior que o estabelecido.

No modelo não ajustado, a experiência de cárie (RP=2,52; IC95% 1,73-3,67) e a dor dentária (RP=1,83; IC95% 1,27-2,63) foram associadas ao desfecho. A prevalência de mães

com percepção negativa sobre a saúde dental do filho foi 2,52 maior no grupo de crianças com alta experiência de cárie (ceo-d ≥ 6) e 1,83 maior no grupo de crianças que sentiram dor dentária alguma vez na vida.

No modelo ajustado, houve associação entre a percepção materna negativa, a experiência de cárie ($p < 0,001$) e a RO ($P = 0,023$). A manutenção da variável renda familiar no modelo não alterou a significância destas. A variável “dor dentária alguma vez na vida” não permaneceu associada estatisticamente neste modelo ($P = 0,226$) ao nível de significância de 5%, assim como as demais variáveis inseridas no modelo. Mães com RO mais baixa, em comparação com aquelas com religiosidade mais elevada, apresentaram prevalência 1,45 maior de percepção negativa sobre saúde dental do filho (RP=1,45; IC95% 1,10-1,91). Aquelas cujos filhos tinham maior índice de cárie, apresentaram prevalência 2,31 vezes maior de percepção negativa sobre a saúde dental do filho, em comparação com mães das crianças com menor índice de cárie (RP=2,31; IC95% 1,51-3,54). O modelo final apresentou ajuste adequado: Qui-quadrado de Pearson= 0,463, indicando subdispersão dos dados. O teste de Omnibus indicou significância estatística do modelo ($P = 0,006$).

Tabela 5 – Resultados da análise de Regressão de Poisson entre a percepção materna negativa da saúde dental da criança e as variáveis independentes maternas e da criança (n=146).

Variáveis independentes	Percepção materna negativa n (%)	Modelo não Ajustado RP (IC95%)	P**	Modelo ajustado* RP (IC95%)	P**
Variáveis Maternas					
Relação com a criança					
Mãe biológica/adotiva	73 (91,2)	0,73 (0,40-1,31)	0,289		
Outra pessoa	7 (8,8)	1			
Escolaridade					
Baixa	32 (40)	1,32 (0,99-1,76)	0,058	1,26 (0,96-1,63)	0,092
Alta	48 (60)	1		1	
Renda Familiar					
Menor renda	61 (77,2)	1,17 (0,81-1,70)	0,400	0,80 (0,57-1,14)	0,214
Maior renda	18 (22,8)	1		1	
Religiosidade Organizacional					
Baixa	39 (48,8)	1,25 (0,94-1,70)	0,129	1,38 (1,04-1,79)	0,023
Alta	41 (51,3)	1		1	
Religiosidade Intrínseca					
Baixa	30 (37,5)	0,79 (0,58-1,08)	0,140	0,81 (0,61-1,08)	0,158
Alta	50 (62,5)	1		1	
Variáveis da criança					
Experiência de cárie (ceo-d)					
Alta	59 (73,8)	2,52 (1,73-3,67)	< 0,001	2,31 (1,51-3,54)	< 0,001
Baixa	21 (26,2)	1		1	
Dor dentária alguma vez na vida					
Sim	57 (72,2)	1,83 (1,27-2,63)	0,001	1,26 (0,87-1,81)	0,226
Não	22 (27,8)	1		1	

*Modelo ajustado pelas variáveis que apresentaram valor de $p < 0,25$ na análise não ajustada e pela variável renda familiar.

** Teste de Wald.

RP: Razão de Prevalência. IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo analisou a percepção materna sobre a saúde dental do filho em idade pré-escolar e fatores associados. A hipótese de que há maior proporção de mães com percepção negativa sobre a saúde dental do filho foi confirmada, contrariando estudos anteriores com amostra também composta por pacientes em atendimento odontológico (SOHN et al., 2008; SNELL et al., 2019). Os fatores associados à percepção materna negativa foram odontológicos (a experiência de cárie da criança) e não odontológicos (a religiosidade da mãe).

Não há evidência de estudo anterior sobre a relação entre fatores psicossociais maternos e a percepção materna sobre a saúde dental do filho em idade pré-escolar. Os achados do presente estudo contribuem para ampliar os conhecimentos acerca desta temática, mostrando que a religiosidade, um aspecto psicossocial que tem sido objeto de crescente interesse por parte dos pesquisadores na área da saúde, pode ter efeito na percepção em saúde bucal. A prevalência de mães com percepção negativa da saúde dental do filho foi 45% maior no grupo de mães com Religiosidade Organizacional (RO) mais baixa em comparação com aquelas que tiveram RO mais alta.

Contudo, das três dimensões de religiosidade investigadas por meio do Índice DUREL, apenas uma foi associada ao desfecho e a significância estatística só foi identificada quando esta foi analisada em conjunto com outras variáveis. A RO diz respeito à frequência com que o indivíduo comparece a templos ou encontros religiosos (KOENIG; PARKERSON JR; MEADOR 1997), que pode ter implicações positivas para a saúde em virtude do indivíduo se apresentar mais receptivo a ordens e por contar com o apoio social da comunidade religiosa da qual frequenta (ZINI; SGAN-COHEN; FEDER-BUBIS, 2015). Quanto à sua influência na percepção em saúde bucal, estudo anterior em adultos mostrou resultados semelhantes: indivíduos que compareciam ao menos uma vez por semana em um local religioso tinham 76% menor chance de avaliarem negativamente a sua própria saúde bucal (FINLAYSSON et al., 2010). Apesar da não utilização do Índice DUREL, no estudo em questão a pergunta, as possíveis respostas e a categorização da variável foram semelhantes às do presente estudo.

Revisões sistemáticas da literatura apontaram que a maioria dos estudos metodologicamente mais rigorosos associaram positivamente a autoavaliação de saúde e a religiosidade (GEORGE; ELLISON; LARSON, 2002; KOENIG, 2012). Uma explicação para essa afirmativa diz respeito aos comportamentos positivos em saúde ou estilos de vida que os religiosos são motivados a seguir e que refletem diretamente na saúde objetiva, ou seja, pessoas

mais religiosas percebem mais positivamente a sua própria condição de saúde, além do apoio social e outros fatores psicossociais (GEORGE; ELLISON; LARSON, 2002).

Um aspecto a ser considerado na interpretação dos resultados é a relação entre a religiosidade e a condição de saúde bucal. De acordo com estudos realizados no Brasil, crianças cujos pais são mais religiosos apresentam melhores condições odontológicas (MENEGAZZO et al., 2018; PIOVESAN et al., 2017), como menor índice de cárie (PIOVESAN et al., 2017). Assim, a religiosidade parece ser um mediador para a promoção de saúde (GEORGE; ELLISON; LARSON, 2002). No presente estudo, a associação entre a religiosidade materna e a experiência de cárie da criança não foi investigada, pois ambas foram analisadas como covariáveis da percepção materna. Além disso, a influência da religiosidade da mãe na sua percepção foi independente da experiência de cárie da criança e até mesmo da renda familiar.

De forma geral, a possibilidade de comparação dos resultados do presente estudo com estudos anteriores é limitada. Além da escassez ou inexistência de estudos sobre aspectos psicossociais, a diferença entre os objetivos e as médias das idades das populações estudadas não auxiliaram em um maior aprofundamento sobre os resultados encontrados. Estes aspectos sugerem a necessidade de mais pesquisas com objetivos e metodologias semelhantes ao presente estudo.

No presente estudo, a ansiedade odontológica e o SOC maternos não foram associados ao desfecho. Em estudos prévios, independentemente da faixa etária e de ser portador de doença, os escores do SOC foram associados diretamente à autopercepção do estado de saúde dental (LINDMARK; HAKEBERG; HUGOSON, 2011) e de saúde geral (ELISSA, et al., 2019; LUNDSTROM et al., 2019; SILVA; MENDONÇA; VETTORE, 2008). A ansiedade odontológica materna tem sido relacionada à experiência de cárie no filho em idade pré-escolar (FINLAYSON et al., 2007; GOETTEMES et al., 2012; KHAWJA et al., 2015; OLAK et al., 2018; GOYAL, 2019), mas não há estudos sobre a percepção materna.

Os resultados em relação à influência da experiência de cárie da criança na percepção materna corroboram os estudos anteriores realizados em pré-escolares (BARDAL et al., 2006; SOHN et al., 2008; WANDERA et al., 2009; CAMARGO et al., 2012; ROCHA et al., 2015; PINTO et al. 2016; SHAGHAGHIAN; SAVADI; AMIN, 2017; SNELL et al., 2019). O indicador da condição dentária da criança utilizado foi o ceo-d, de grande utilização na pesquisa científica por ser recomendado pela Organização Mundial da Saúde (2017); somente um estudo utilizou o ceo-s (índice de cárie por superfície) (CAMARGO et al., 2012). Esta padronização de métodos contribui para uma comparação mais apropriada dos resultados. O local da pesquisa variou entre escolas/creches, domicílios e clínicas de atendimento odontológico, não havendo

predição de percepção relatada em relação ao lugar da aplicação do instrumento. Uma tendência de proporções mais aproximadas dos resultados é observada ao passo que a população aparenta maior homogeneidade (WANDERA et al., 2009; SHAGHAGHIAN; SAVADI; AMIN, 2017). Em conjunto, esses achados sugerem que a percepção materna sobre a saúde dental do filho é um importante indicador da condição dental clínica da criança em idade pré-escolar. As mães parecem ser capazes de identificar a presença de cárie não tratada e/ou tratada na criança e de perceber esta condição como desfavorável. Isto tem implicações para os inquéritos epidemiológicos de saúde bucal, em contextos nos quais não é possível a realização de exame clínico bucal, sendo a percepção da mãe um importante indicador subjetivo da condição clínica da criança e das necessidades de tratamento odontológico.

Todos os estudos apresentaram maior proporção de mães que perceberam positivamente a saúde dental dos seus filhos (BARDAL et al., 2006; SOHN et al., 2008; WANDERA et al., 2009; CAMARGO et al., 2012; ROCHA et al., 2015; PINTO et al. 2016; SHAGHAGHIAN; SAVADI; AMIN, 2017; GREMBOWSKI et al., 2019; SNELL et al., 2019). Além da forte influência de índices menores de cárie, ou ausência dela, fatores demográficos como a menor idade da criança e práticas de comportamentos mais positivos em saúde bucal, como maior frequência de consultas ao dentista, motivo mais frequente das consultas para revisões, frequência de escovação, podem contribuir para um relato mais positivo.

Fatores sociodemográficos não foram associados ao desfecho, em concordância com Sohn et al. (2008) e Rocha et al. (2015). Contudo, ao explorar os resultados das análises bivariadas, pode-se observar uma tendência de maior proporção de mães com percepção negativa da saúde dental dos seus filhos nos grupos com condições sociodemográficas menos favoráveis. Por serem considerados influenciadores dos problemas de saúde, com evidência de serem geradores de desigualdade na saúde geral (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010; SOLAR; IRWIN, 2006) e saúde bucal (PIOVESAN et al., 2011; CAMARGO et al., 2012; BOING et al., 2014), é relevante analisar a associação desses fatores em estudos epidemiológicos.

Algumas limitações do presente estudo devem ser discutidas. Considerando o fato de o presente estudo ter sido baseado em um desenho transversal, a investigação sobre a causalidade não é possível. A característica do grupo estudado - crianças atendidas em clínicas odontológicas especializadas - pode limitar a validade externa dos resultados. Além disso, os dados do ceo-d foram obtidos de registros secundários (prontuários), estando sujeitos a viés de registro. Entretanto, os resultados foram coerentes com a evidência disponível.

Apesar do poder da amostra ter se mostrado alto na diferença entre grupos da variável “experiência de cárie”, a variável “Religiosidade Organizacional” apresentou um poder inferior a 50%, e por esta razão, não se pode descartar o acaso nos resultados obtidos para a variável psicossocial. Ademais, o total de participantes provavelmente foi inferior ao necessário para identificar outras associações estatisticamente significantes.

Como aspectos fortes, além da inovação ao investigar o papel de fatores psicossociais relevantes no contexto da saúde coletiva, como o SOC e a religiosidade, destacamos a metodologia empregada, utilizando escalas validadas para as variáveis psicossociais, a realização de estudo piloto e de análises de regressão múltipla.

Os resultados do presente estudo sugerem que a percepção materna sobre a saúde dental do filho pode ser influenciada por fatores odontológicos da criança e psicossociais da mãe. As relações encontradas reforçam a importância dos indicadores sócio-odontológicos em investigações epidemiológicas em saúde bucal. Estudos em amostras de pré-escolares obtidas na população em geral, incluindo as que estão em tratamento odontológico no momento da coleta dos dados e as que não estão, podem contribuir para confirmar os resultados do presente estudo e para elucidar as associações observadas, especialmente o papel da religiosidade como fator de proteção à saúde bucal.

7 CONCLUSÃO

Houve predomínio de mães com percepção negativa sobre a saúde dental dos filhos em idade pré-escolar. Níveis mais baixos de religiosidade da mãe e maior experiência de cárie da criança foram associados à percepção materna negativa, independentemente de outros fatores.

REFERÊNCIAS

- AGARWAL, V. et al. Association of maternal risk factors with early childhood caries in schoolchildren of Moradabad, India. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 21, n. 5, p. 382-388, 2011.
- AHOLA, A. J., et al. The cross-sectional associations between sense of coherence and diabetic microvascular complications, glycaemic control, and patients' conceptions of type 1 diabetes. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 8, n. 1, p. 142, 2010.
- ALMEIDA, T. F. et al. Contexto familiar e incidência de cárie dentária em pré-escolares residentes em áreas do Estratégia Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1183-1195, 2012.
- ANDRADE, F. B., et al. Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 965-1975, 2012.
- ANTONOVSKY, A. Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. **Social Science & Medicine**, v. 37, n. 8, p. 969-974, 1993a.
- _____. The structure and properties of the sense of coherence scale. **Social Science & Medicine**, v. 36, n. 6, p. 725-733, 1993b.
- BARDAL, P. A. P. et al. Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 161-167, 2006.
- BOING, A. F. et al. Social determinants of health and dental caries in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 102-115, 2014.
- BONANATO, K. et al. Relationship between Mothers' Sense of Coherence and Oral Health Status of Preschool Children. **Caries Research**, v. 43, n. 2, p. 103-109, 2009.
- BRANDÃO, I. M. G. et al. Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1247-1256, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CEB nº 5/2009. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 18 dez de 2009.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 09/07/2019.
- _____. **Decreto nº 6.135**. Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. Brasília, DF, 26 de junho de 2007.

_____. Ministério da Educação. CNE/CEB. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil**. Brasília, 1999. Disponível em:
< http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao_ceb_0199.pdf>. Acesso em: 29/05/2019.

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
>. Acesso em: 20/12/2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:
< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf>. Acesso em 20/12/2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:
< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>.

BRUIN, A.; PICAVET, H. S. J; NOSSIKOV, A. **Health interview surveys : towards international harmonization of methods and instruments** / editado por Bruin, H. S. A.; Picavet, J.; Nossikov, A. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. 1996. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107328>. Acesso em: 14/12/2019.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CADEMARTORI, M. G. et al. Maternal perception about child oral health is associated to child dental caries and to maternal self-report about oral health. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 77.n. 5, p. 359-363, 2019.

CAMARGO, M. B. J. et al. Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 87-97-97, 2012.

CARTA, G. et al. Oral health inequalities in Italian schoolchildren--a cross-sectional evaluation. **Community Dental Health**, v. 31, n. 2, p. 123-8, 2014.

CARVALHO, A. L. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/inistério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v.2, p.19-38, 2013. Disponível em: < <http://books.scielo.org> >. Acesso em: 02/05/2019.

CDSS - COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais**: Geneva: World Health Organization 2010. Disponível em:

< https://www.who.int/eportuguese/publications/Reducao_desigualdades_relatorio2010.pdf>. Acesso em: 24/01/2019.

CERQUEIRA, M. M. M.; NASCIMENTO, E. Construção e validação da Escala de Locus de Controle Parental na Saúde. **Revista Quadrimestral da Área de Psicologia da Universidade São Francisco**, v. 13, n. 2, p. 253-263, 2008.

COHEN, A. B.; KOENIG, H. G. Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. **Ageing International**, v. 28, n. 3, p. 215-241, 2003.

CORAH, N. L.; GALE, E. N.; ILLIG, S. J. Assessment of a dental anxiety scale. *Journal of the American Dental Association* (1939), v. 97,5, p.816-819, 1978.

DAALEMAN, T. P.; VANDECREEK, L. Placing religion and spirituality in end-of-life care. **Journal of the American Medical Association**, v. 284, n. 19, p. 2514-2517, 2000.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe**. Institute for Futures Studies, 1991.

DEAN, A.G.; SULLIVAN, K.M.; SOE, M.M. OpenEpi: **Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health**, Versão. www.OpenEpi.com, atualizado em 06/04/2013. Acesso em: 16/01/2020.

ELISSA, K., et al. Self-Perceived Health Status and Sense of Coherence in Children With Type 1 Diabetes in the West Bank, Palestine. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 11, p. 1-9, 2019.

ELSTAD, J. I. The psycho-social perspective on social inequalities in health. **Sociology of Health & Illness**, v. 20, n. 5, p. 598-618, 1998.

ELYASI, M. et al. Impact of Sense of Coherence on Oral Health Behaviors: A Systematic Review. **PLOS ONE**, v. 10, n. 8, 2015.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-36, 1977.

ERIKSSON M.; LINDSTROM B. Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale: a systematic review. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 59, n. 6, p. 460-466, 2005.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 61, n. 11, p. 938, 2007.

FARIAS, A. Q., et al. Análise de conhecimentos e prática das mães sobre a saúde bucal de seus filhos na faixa etária de 0 a 6 anos do município de Casinhas, Estado de Pernambuco. **Odontologia Clínico-Científica [online]**, v. 11, n. 3, p. 243-245, 2012. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-38882012000300013&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 21/05/2019.

- FINLAYSON, T. L. et al. Oral health disparities and psychosocial correlates of self-rated oral health in the National Survey of American Life. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. S1, p. S246-S255, 2010.
- FINLAYSON, T. L. et al. Psychosocial factors and early childhood caries among low-income African–American children in Detroit. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 35, n. 6, p. 439-448, 2007.
- FRANKS, P.; GOLD, M. R.; FISCELLA, K.. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. **Social Science & Medicine**, v. 56, n. 12, p. 2505-2514, 2003.
- FREIRE, M. C. M. Fatores psicossociais, cárie dentária e comportamentos em saúde bucal. **Revista da Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde**, v. 4, n. 1, p. 21-28, 2001.
- FREIRE, M. C. M.; HARD, R; SHEIHAM, A. Mothers' sense of coherence and their adolescent children's oral health status and behaviours. **Community Dental Health**, v. 19, n. 1, p. 24-31, 2002.
- FREIRE, M. C. M.; SHEIHAM, A.; HARDY, R. Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 29, n. 3, p. 204-212, 2001.
- FREIRE, P. J. C. et al. Percepção Materna Sobre Saúde Bucal: um Estudo em um Hospital de Referência do Estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 3, p. 197-202-202, 2017.
- GARIBOTTI, G. et al. Percepción parental de la salud psicofísica, estado nutricional y salud bucal, en relación con características sociodemográficas en niños de Bariloche, Argentina: estudio epidemiológico. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 113, n. 5, p. 411-418, 2015.
- GEORGE, F. **Sobre determinantes da saúde**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2011. Disponível em: <<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>>. Acesso em: 16/04/2019.
- GEORGE, L. K.; ELLISON, C. G.; LARSON, D. B. Explaining the relationships between religious involvement and health. **Psychological Inquiry**, v. 13, n. 3, p. 190-200, 2002.
- GOETTEMES, M. et al. Influence of maternal dental anxiety on the child's dental caries experience. **Caries Research**, v. 46, n. 1, p. 3-8, 2012.
- GOMES, M. C. et al. Importance of contextual variables related to cavitated lesions in 5-year-old children. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 28, n. 5, p. 504-513, 2018.
- GOYAL, J., et al. Association between maternal dental anxiety and its effect on the oral health status of their child: An institutional cross sectional study. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 8, n.2, p. 535, 2019.

GREMBOWSKI, D.; SPIEKERMAN, C.; MILGROM, P. Social gradients in dental health among low-income mothers and their young children. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 23, n. 2, p. 570, 2012.

JAMES, J. M., et al. Mothers' Sense of Coherence as a Predictor of Oral Health Related Quality of Life Among Preschool Children: A Cross-Sectional Study. **Journal of Indian Association of Public Health Dentistry**, v.15, n. 1, p. 11, 2017.

JORDÃO, L. M. et al. Relationship between rates of attending religious services and oral health in Brazilian adolescents. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 42, n. 5, p. 420-427, 2014.

KAPLAN, G.; BARON-EPEL, O. What lies behind the subjective evaluation of health status? **Social Science & Medicine**, v. 56, n. 8, p. 1669-1676, 2003.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S.; ALMEIDA-FILHO, N. A glossary for health inequalities. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 56, n. 9, p. 647-652, 2002.

KENNEY, M. K.; KOGAN, M. D.; CRALL, J. J. Parental Perceptions of Dental/Oral Health Among Children With and Without Special Health Care Needs. **Ambulatory Pediatrics**, v. 8, n. 5, p. 312-320-320, 2008. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.ambp.2008.04.005> >. Acesso em: 14/01/2020.

KHAWJA, S. G., et al. Maternal dental anxiety and its effect on caries experience among children in Udaipur, India. **Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR**, v. 9, n. 6, p. ZC42, 2015.

KOENIG, H. G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. **International Scholarly Research Notices: Psychiatry**, v. 2012, p. 1-33-33, 2012.

KOENIG, H. G.; PARKERSON JR, G. R.; MEADOR, K. G. Religion index for psychiatric research. **American Journal of Psychiatry**, v. 6, p. 885-6, 1997.

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

LAGE, C. F. et al. Association between dental caries experience and sense of coherence among adolescents and mothers. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 27, n. 5, p. 412-419-419, 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/ipd.12275> >. Acesso em: 12/05/2019.

LEAO, A.; SHEIHAM, A. Relation between Clinical Dental Status and Subjective Impacts on Daily Living. **Journal of Dental Research**, v. 74, n. 7, p. 1408-1413, 1995.

LENCOVÁ, E. et al. Relationship between parental locus of control and caries experience in preschool children—cross-sectional survey. **BMC Public Health**, v. 8, n. 1, p. 208, 2008.

- LINDMARK, U.; HAKEBERG, M.; HUGOSON, A.. Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 39, n. 6, p. 542-553, 2011.
- LUCCHETTI, G. et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **Journal of Religion and Health**, v. 51, n. 2, p. 579-586-586, 2012.
- LUNDSTROM, S., et al. Health-related lifestyle and perceived health among people with severe mental illness: Gender differences and degree of sense of coherence. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 33, n. 2, p. 182-188, 2019.
- MACHRY, R. v. et al. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. **BMC Oral Health**, v. 13, n. 1, p. 60, 2013.
- MCDONALD, S. M. Perception: A concept analysis. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 23, n. 1, p. 2-9, 2012.
- MEIRA FILHO, M. et al. The child's dental treatment: maternal perception. **RGO Rev Gaúcha Odontol**, v. 57, n. 3, p. 311-15, 2009.
- MENEGAZZO, G. R. et al. Family Religiosity and Oral Health Related Quality of Life: a Multilevel Analysis in Brazilian Schoolchildren. **Brazilian Dental Journal**, v. 29, n. 4, p. 381-387, 2018.
- MOONS, P.; NOREKVAL, T. M. Is Sense of Coherence a Pathway for Improving the Quality of Life of Patients Who Grow Up with Chronic Diseases? A Hypothesis. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 5, n. 1, p. 16-20-20, 2005.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 35, n. 1, p. 31-32-32, 2008.
- MUELLER, P. S.; PLEVAK, D. J.; RUMMANS, T. A. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. In: **Mayo Clinical Proceedings**, Elsevier. p.1225-1235, 2001.
- NEWTON, J. T.; BOWER, E. J. The social determinants of oral health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 33, n. 1, p. 25-34-34, 2005.
- NUNES, V. H.; PEROSA, G. B. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 191-200-200, 2017.
- OLAK, J. et al. The influence of mothers' oral health behaviour and perception thereof on the dental health of their children. **European Association for Predictive, Preventive & Personalised Medicine**, v. 9, p. 187-193, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, et al. **A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)**, 2010.

_____. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão.** Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais: Organização Mundial da Saúde Genebra, 2011.

_____. UNICEF. **Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata: 6-12 de setembro, p.60, 1978.

_____. **Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos** – 5a ed. Tradução de Profa. Dra. Maria Gabriela Haye Biazevic: revisão técnica, Prof. Dr. Antônio Carlos Frias. Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo (FOUSP), 2017. (título original: **Oral health surveys: basic methods – 5th ed**).

PINTO, G. D. S. et al. Maternal care influence on children's caries prevalence in southern Brazil. **Brazilian Oral Research**, v. 30, n. 1, 2016.

PINTO, G. D. S. et al. Are Maternal Factors Predictors for Early Childhood Caries? Results from a Cohort in Southern Brazil. **Brazilian Dental Journal**, v. 28, n. 3, p. 391-397-397, 2017.

PIOVESAN, C. et al. Socioeconomic and clinical factors associated with caregivers' perceptions of children's oral health in Brazil. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 39, n. 3, p. 260-267, 2011.

PIOVESAN, C. et al. Associação da religiosidade da família e cárie dentária em crianças pré-escolares. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**. v. 71, n. 2, p. 132-9, 2017.

PUTNAM R. **Bowling alone: The collapse and revival of American community.** New York, Simon & Schuster, 2000.

RIBEIRO, J.L.P. A Psicologia da Saúde. In ALVES, RF., org. **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa [online]**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/z7ytj> . Acesso em 30/07/2019.

RIBEIRO, A. N.; ZUCOLOTTI, M. P. R. Avós cuidadoras e seus netos: uma reflexão sobre as configurações familiares. **Disciplinarum Scientia Ciências Humanas**, v. 16, n. 1, p. 27-41, 2015.

ROCHA, N. B. et al. Relationship between Perception of oral health, clinical conditions and socio-behavioral factors of mother-child. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 15, n. 1, 2015.

ROSA, C. D. O papel do pai no processo de amadurecimento em Winnicott. **Natureza humana**, v. 11, n. 2, p. 55-96, 2009.

SANDÉN-ERIKSSON, B. Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. **Journal of Advanced Nursing**, v. 31, n. 6, p. 1393-1397, 2000.

SCHWARTZMANN, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. **Ciencia y Enfermería**, v. 9, n. 2, p. 09-21, 2003.

SHAGHAGHIAN, S.; SAVADI, N.; AMIN, M. Evaluation of parental awareness regarding their child's oral hygiene. **International Journal of Dental Hygiene**, v. 15, n. 4, p. e149-e155, 2017.

SILVA, A. N. D.; MENDONÇA, M. H. M. D.; VETTORE, M. V. A salutogenic approach to oral health promotion. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s521-s530-s530, 2008.

SNELL, A. K. et al. Association between a child's caries experience and the mother's perception of her child's oral health status. **The Journal of the American Dental Association**, v. 150, n. 6, p. 540-548, 2019.

SOHN, W., et al. Caregiver's perception of child's oral health status among low-income African Americans. **Pediatric Dentistry**, v. 30, n. 6, p. 480-487, 2008.

SOLAR, O.; IRWIN, A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. **Health Promotion Journal of Australia**, v. 17, n. 3, p. 180-5185-5185, 2006.

SU, H. et al. Deciduous dental caries status and associated risk factors among preschool children in Xuhui District of Shanghai, China. **BMC Oral Health**, v. 18, n. 1, p. 111, 2018.

TADAKAMADLA, S. K. et al. Effect of family characteristics on periodontal diseases in children and adolescents- a systematic review. **International Journal of Dental Hygiene**, 2019.

TALEKAR, B. S. et al. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. **The Journal of the American Dental Association**, v. 136, n. 3, p. 364-372, 2005.

TSAKOS, G; SHEIHAM, A. Avaliando necessidades através de abordagens sócio-odontológicas. In: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 6. ed. São Paulo: Editora Santos, 2008.

WANDERA, M. et al. Factors associated with caregivers' perception of children's health and oral health status: a study of 6-to 36-month-olds in Uganda. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 19, n. 4, p. 251-262, 2009.

WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998.

WILSON, I. B.; CLEARY, P. D. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. **Journal of the American Medical Association**, v. 273, n. 1, p. 59-65, 1995.

WINNICOTT, D. W.; CAMARGO, J. L.; PATTO, M. H. S. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **Os bebês e suas mães**. Tradução de Jefferson Luiz Camargo: revisão técnica, Maria Helena Souza Patto. São Paulo: Martins Fontes, 2009. (título original: **Babies and their mothers**).

ZINI, A.; SGAN-COHEN, H. D.; FEDER-BUBIS, P. Religious leaders' opinions and guidance towards oral health maintenance and promotion: a qualitative study. **Journal of Religion and Health**, v. 54, n. 2, p. 373-386, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA PARA AS MÃES

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM AS MÃES – Número da entrevista: NE |_|_|_|

1.	Qual a sua idade? _____	1. EIMA
2.	Qual é a sua relação com a criança que está em atendimento na clínica? (1) Mãe consanguínea (2) Mãe adotiva (3) Madrasta (4) Pai (5) Avó (6) Outra pessoa que exerça papel de mãe	2. ERCC
3.	Qual é o seu nível de escolaridade? (0) Não estudei (1) Ensino fundamental (1º grau) incompleto (2) Ensino fundamental (1º grau) completo (3) Ensino médio (2º grau) incompleto (4) Ensino médio (2º grau) completo (5) Ensino superior (Faculdade) incompleto (6) Ensino superior (Faculdade) completo (7) Não sei	3. EESCO
4.	Quantos filhos você tem? _____	4. EQTF
5.	Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda mensal da família? (Em salários mínimos) (0) Nenhuma renda (1) Até 1 (até R\$ 954,00) salário mínimo (2) De 1 a 3 (de R\$ 954,00 até R\$ 2.862,00) salários mínimos (3) De 3 a 6 (de R\$ 2.862,01 até R\$ 5.724,00) salários mínimos (4) De 6 a 9 (de R\$ 5.724,01 até R\$ 8.586,00) salários mínimos (5) De 9 a 12 (de R\$ 8.585,01 até R\$ 11.448,00) salários mínimos (6) De 12 a 15 (de R\$ 11.448,01 até R\$ 14.310,00) salários mínimos (7) Mais de 15 salários mínimos (mais de R\$ 14.310,01) salários mínimos (8) Não sei/não quero informar	5. ERDAF
6.	Você já passou por experiência odontológica em que alguma coisa ruim/negativa aconteceu? (0) Não (1) Sim (2) Não sei/não me lembro	6. EEMOR

7.	Com quem a criança mora? (1) Pais (mãe e pai) (2) Apenas com a mãe (3) Apenas com o pai (4) Mãe e padrasto (5) Pai e madrasta (6) Avós (7) Outros. Quem: _____	7. EFMC
➤ Essa questão seguinte tem o intuito de saber quem é o(a) cuidador(a) da criança a maior parte do tempo.		
8.	Quem cuida da criança a maior parte do tempo? (1) Mãe (2) Pai (3) Pais (mãe e pai) (4) Avós (5) Babá individual (6) Babá coletiva (que cuida de mais de uma criança ao mesmo tempo) (7) Educadores/monitores da creche/berçário ou escola (8) Outros: _____ (9) Não sei	8. EQCC
➤ Essa questão tem o intuito de saber com quem a criança passa a maior parte do tempo. OBS: não necessariamente a pessoa com quem a criança passa a maior parte do tempo é a que cuida, pois a criança pode ficar a maior parte do tempo com a avó e ser cuidada por uma babá, por exemplo.		
9.	Com quem a criança passa a maior parte do tempo? (1) Mãe (2) Pai (3) Avós (4) Babá (5) Professora/educadora/monitora (6) Outros: _____ (7) Não sei	9. EQCPT
10.	A criança frequenta alguma instituição de educação? (0) Não frequenta (1) Creche/berçário (2) Pré-escola/educação infantil (N1 ao N3) (3) Ensino fundamental (1º ano ao 9º)	10. ECFIE
11.	NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias a criança comeu guloseimas (doces, balas, chocolates, chicletes, bombons ou pirulitos)? (0) Não comeu guloseimas nos últimos 7 dias (0 dia) (1) Um dia nos últimos 7 dias (2) Dois dias nos últimos 7 dias (3) Três dias nos últimos 7 dias (4) Quatro dias nos últimos 7 dias (5) Cinco dias nos últimos 7 dias (6) Seis dias nos últimos 7 dias (7) Todos os dias nos últimos 7 dias (8) Não sei	11.EG7D

12.	NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias a criança tomou refrigerante? (0) Não tomou refrigerante nos últimos 7 dias (0 dia) (1) Um dia nos últimos 7 dias (2) Dois dias nos últimos 7 dias (3) Três dias nos últimos 7 dias (4) Quatro dias nos últimos 7 dias (5) Cinco dias nos últimos 7 dias (6) Seis dias nos últimos 7 dias (7) Todos os dias nos últimos 7 dias (8) Não sei	12.ER7D
13.	NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias a criança tomou suco artificial (em caixinha ou em pó tipo Tang ou outros)? (0) Não tomou suco artificial nos últimos 7 dias (0 dia) (1) Um dia nos últimos 7 dias (2) Dois dias nos últimos 7 dias (3) Três dias nos últimos 7 dias (4) Quatro dias nos últimos 7 dias (5) Cinco dias nos últimos 7 dias (6) Seis dias nos últimos 7 dias (7) Todos os dias nos últimos 7 dias (8) Não sei	13.ES7D
14.	Com que frequência a criança é levada a(o) dentista? (1) É a primeira consulta (2) Mais de 2 vezes no ano (3) De 1 a 2 vezes no ano (4) Intervalo maior que 12 meses (5) Não sei	14.EFLD
15.	Qual é o motivo mais frequente para você levar a criança ao dentista? (0) Na maioria das vezes, para revisões (1) Na maioria das vezes, para tratamento (2) Não sei	15.EMLD
16.	Como você classifica os dentes da criança atualmente? (1) Muito bons (2) Bons (3) Nem bons nem ruins (4) Ruins (5) Muito ruins	16. EC DFA
17.	A criança sentiu dor de dente alguma vez na vida? (0) Não (1) Sim (2) Não sei/não me lembro	17. EFDDV

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA AS MÃES

QUESTIONÁRIOS PARA AS MÃES-NQ |_____|

Nesta parte da pesquisa, você está sendo convidada a responder algumas perguntas sobre como se sente em diversas situações, não há respostas certas ou erradas. Por gentileza, responda com sinceridade.

ESCALA DE ANSIEDADE DENTAL DE CORAH

A)	Se você tivesse que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria a respeito disto? (1) Veria como uma experiência agradável (2) Não me importaria com isso (3) Eu estaria com um pouco de medo, nervosa e/ou ansiosa (4) Eu estaria com muito medo, muito nervosa e/ou ansiosa (5) Eu estaria com tanto medo que pensaria em desistir
B)	Quando você está na sala de espera do consultório do dentista, aguardando pelo atendimento, como você se sente? (1) Tranquila (2) Tanto faz, não me importo com a situação (3) Um pouco preocupada, nervosa e/ou ansiosa (4) Muito preocupada, nervosa e/ou ansiosa (5) Tão nervosa que às vezes chego a suar ou sentir-me mal fisicamente (tonturas, náuseas, tremores, dores de cabeça, etc.)
C)	Quando você está na cadeira do dentista, aguardando enquanto ele prepara os instrumentos (espelho, broca, seringa, agulha, etc.) para trabalhar nos seus dentes, como você se sente? (1) Tranquila (2) Tanto faz, não me importo com a situação (3) Um pouco preocupada, nervosa e/ou ansiosa (4) Muito preocupada, nervosa e/ou ansiosa (5) Tão nervosa que às vezes chego a suar ou sentir-me mal fisicamente (tonturas, náuseas, tremores, dores de cabeça, etc.)
D)	Quando você está na cadeira do dentista, aguardando enquanto ele prepara os instrumentos para realizar uma limpeza nos seus dentes, como você se sente? (1) Tranquila (2) Tanto faz, não me importo com a situação (3) Um pouco preocupada, nervosa e/ou ansiosa (4) Muito preocupada, nervosa e/ou ansiosa (5) Tão nervosa que às vezes chego a suar ou sentir-me mal fisicamente (tonturas, náuseas, tremores, dores de cabeça, etc.)

ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DE DUKE

A)	Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso? (1) Mais do que uma vez por semana (2) Uma vez por semana (3) Duas a três vezes por mês (4) Algumas vezes por ano (5) Uma vez por ano ou menos (6) Nunca
B)	Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos? (1) Mais do que uma vez ao dia (2) Diariamente (3) Duas ou mais vezes por semana (4) Uma vez por semana (5) Poucas vezes por mês (6) Raramente ou nunca
<i>A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.</i>	
C)	Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo). (1) Totalmente verdade para mim (2) Em geral é verdade (3) Não estou certa (4) Em geral não é verdade (5) Não é verdade
D)	As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver. (1) Totalmente verdade para mim (2) Em geral é verdade (3) Não estou certa (4) Em geral não é verdade (5) Não é verdade
E)	Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida. (1) Totalmente verdade para mim (2) Em geral é verdade (3) Não estou certa (4) Em geral não é verdade (5) Não é verdade

7	Aquilo que você faz diariamente é: 1 2 3 4 5 6 7 Uma fonte de profundo prazer e satisfação Uma fonte de sofrimento e aborrecimento
8	Você tem idéias e sentimentos muito confusos? 1 2 3 4 5 6 7 Muito frequentemente Muito raramente ou nunca
9	Você costuma ter sentimentos que gostaria de não ter? 1 2 3 4 5 6 7 Muito frequentemente Muito raramente ou nunca
10	Muitas pessoas (mesmo as que têm caráter forte) algumas vezes sentem-se fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu fracassada no passado? 1 2 3 4 5 6 7 Nunca Muito frequentemente
11	Quando alguma coisa acontece na sua vida, você geralmente acaba achando que: 1 2 3 4 5 6 7 Você deu maior ou menor importância ao que aconteceu, do que deveria ter dado Você avaliou corretamente a importância do que aconteceu
12	Com que frequência você tem a impressão de que existe pouco sentido nas coisas que você faz na sua vida diária? 1 2 3 4 5 6 7 Muito frequentemente Muito raramente ou nunca
13	Com que frequência você tem sentimentos que você não tem certeza que pode controlar? 1 2 3 4 5 6 7 Muito frequentemente Muito raramente ou nunca

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE COLETA DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS DAS CRIANÇAS

FORMULÁRIO DE COLETA DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS DAS CRIANÇAS -
NF | | | |

1.	Idade da criança: (1) 4 anos (2) 5 anos (3) 6 anos	1. PIC
2.	Sexo da criança: (1) F (2) M	2. PSEX
3.	Posição na ordem de nascimento: (1) Primeira (2) Segunda (3) Terceira (4) Quarta (5) Acima da quarta	3. PPON
4.	Experiência odontológica prévia: (0) Nunca foi ao dentista (1) Boa (2) Ruim	4. PEPO
5.	Desistência de tratamento odontológico anterior: (0) Não (1) Sim	5. PDTOA
6.	Higiene bucal: 6.1 Frequência diária de escovação: (0) Nenhuma/não escova (1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Quatro ou mais (5) Às vezes 6.2 Quem realiza: (1) Cuidador (2) Criança 6.3 Frequência diária de uso do fio dental: (0) Nenhum/não usa (1) Uma (2) Duas ou mais (3) Às vezes	6.1 PFDE 6.2 PQR 6.3 PUFD
7.	Experiência de cárie: 7.1 Número de dentes com mancha branca ativa: _____ Dentes: (0) Não apresenta (1) Anteriores (2) Posteriores (3) Ambos 7.2 Número de dentes cariados sem envolvimento pulpar: _____ Dentes: (0) Não apresenta (1) Anteriores (2) Posteriores (3) Ambos 7.3 Número de dentes restaurados por cárie: _____ Dentes: (0) Não apresenta (1) Anteriores (2) Posteriores (3) Ambos 7.4 Número de dentes cariados com envolvimento pulpar: _____ Dentes: (0) Não apresenta (1) Anteriores (2) Posteriores (3) Ambos 7.5 Número de dentes perdidos por cárie: _____ Dentes: (0) Não apresenta (1) Anteriores (2) Posteriores (3) Ambos 7.6 Número de dentes com indicação de extração por cárie: _____ Dentes: (0) Não apresenta (1) Anteriores (2) Posteriores (3) Ambos	7. PECT 7.1 PECMB 7.2 PECDC 7.3 PECRC 7.4 PECCEP 7.5 PECPC 7.6 PECIE

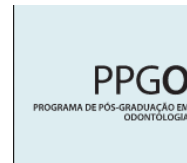
8.	Presença de Biofilme (0) Não (1) Sim	8. PPBV
9.	Procedimentos realizados na clínica (a serem avaliados com base no Formulário para Registro dos Procedimentos Odontológicos Realizados)*: 9.1- Tipo de procedimento realizado predominante (mais frequente) (0) Procedimento preventivo____ (1) Procedimento restaurador____ (2) Procedimento cirúrgico____ (3) Procedimento ortodôntico____ 9.2 – Uso de anestesia local injetável (mais frequente) (0) Não (1) Sim 9.3 - Uso de isolamento absoluto (mais frequente) (0) Não (1) Sim 9.4 - Uso de algum método de controle de comportamento predominante (mais frequente) (0) Não houve uso de métodos aversivos ou farmacológicos de controle de comportamento_ (1) Uso de estabilização passiva____ (2) Uso de imobilização ativa____ (3) Uso de sedação com óxido nitroso/oxigênio____ (4) Encaminhamento para sedação medicamentosa____ (5) Encaminhamento para anestesia geral____ 9.5 - Comportamento da criança na clínica odontológica (0) Negativo (1) Positivo	9.1 PTPR 9.2 PUAL 9.3 PUIA 9.4 PUMCC 9.5. PCCCO

* Não anexado à presente dissertação, por não se referir às variáveis estudadas.

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MÃES E PARA AS CRIANÇAS



FACULDADE DE
ODONTOLOGIA
UFG



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MÃES

Você _____ é convidado (a) a participar da pesquisa “Fatores psicossociais e saúde bucal - um estudo em pré-escolares e suas mães”, realizada nas escolas de especialização em Odontopediatria em Goiânia. Meu nome é Juliana Borges da Silva Ferreira, sou cirurgiã-dentista com Especialização em Odontopediatria e responsável por esta pesquisa. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence aos pesquisadores. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você pode me procurar pelo telefone (62) 985173449, caso necessite pode ligar a cobrar. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nessa pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFG pelo telefone (62) 3521-1215.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Pesquisa desenvolvida como parte do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Goiás.

Pesquisadoras responsáveis: Juliana Borges da Silva Ferreira (Mestranda), Profa. Dra. Maria do Carmo Matias Freire (Orientadora) e Profa. Dra. Luciane R.

R. S. Costa (Coorientadora).

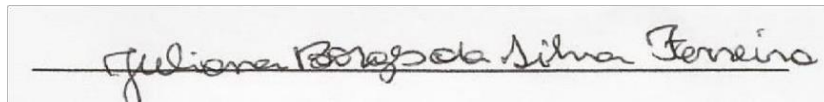
Estamos fazendo esta pesquisa porque, algumas vezes, crianças muito jovens apresentam problemas de saúde bucal e não deixam o dentista realizar o tratamento, gerando sofrimento para elas e as famílias. Nesta pesquisa, queremos saber quais fatores da mãe podem influenciar os aspectos da saúde bucal da criança. Dentre estes fatores estão as características socioeconômicas da família, como você avalia a sua saúde bucal e a do(a) seu(sua) filho(a) e

também questões psicossociais (religiosidade, o modo como você percebe o que acontece na sua vida, como se sente ao ir ao dentista).

Caso você aceite participar da pesquisa, necessitará responder um questionário na sala de espera da própria instituição. Durante toda a pesquisa talvez um dos pesquisadores precise realizar algumas fotografias, mas as imagens somente serão usadas para apresentação em aulas ou congressos, se você concordar.

Sempre que precisar, poderá tirar suas dúvidas com a pesquisadora. Se você quiser desistir de participar após dar seu aceite, também não será prejudicada. Durante a participação, você poderá sentir algum desconforto emocional em falar sobre aspectos referentes à sua vida e à do seu filho. Contudo, as informações obtidas serão sigilosas e sua identidade será preservada. Se você achar que alguma coisa ruim aconteceu a você por causa da pesquisa, poderá pedir indenização.

Os resultados desta pesquisa poderão ajudar, no futuro, outras crianças que também tenham o comportamento negativo no dentista, orientando os profissionais para o melhor manejo da criança e da família. Os resultados serão divulgados em dissertação de mestrado e poderão ser divulgados em eventos científicos e publicação em periódicos da área.



Juliana Borges da Silva Ferreira Pesquisadora responsável

CONSENTIMENTO DO USO DE IMAGENS DA MÃE

Eu autorizo a equipe da pesquisa a usar as minhas imagens, obtidas nas fotografias durante a espera pelo atendimento odontológico ou durante o tratamento odontológico do(a) meu(minha) filho(a), com a finalidade de mostrar a pesquisa em aulas ou em congressos científicos.

() Sim. Assinatura: _____

() Não. Assinatura: _____



FACULDADE DE
ODONTOLOGIA
UFG

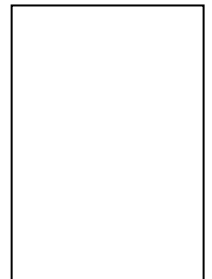


CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, RG/CPF _____
_____, aceito participar da pesquisa **Fatores psicossociais e saúde bucal - um estudo em pré-escolares e suas mães**. Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelos pesquisadores sobre a pesquisa, sobre o que vai ser feito e os possíveis benefícios e riscos. Foi-me garantido que posso desistir a qualquer momento sem que ocorra nenhum ônus.

Assinatura do Participante: _____

Goiânia, __/__/__



Impressão
datiloscópica

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do participante.

Testemunhas:

1) Nome: _____

Assinatura: _____

R.G.: _____

2) Nome: _____

Assinatura: _____

R.G.: _____

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS CRIANÇAS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – CRIANÇA

Você é convidada(o) a autorizar que seu(sua) filho(a) _____ participe da pesquisa “**Fatores psicossociais e saúde bucal - um estudo em pré-escolares e suas mães**”, realizada em escolas de especialização em Odontopediatria de Goiânia. Meu nome é Juliana Borges da Silva Ferreira, sou cirurgiã-dentista com Especialização em Odontopediatria e responsável por esta pesquisa. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar que seu filho(a) faça parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence aos pesquisadores. Esclareço que em caso de recusa na participação seu(sua) filho(a) não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você pode me procurar pelo telefone (62) 98517-3449, caso necessite pode ligar a cobrar. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nessa pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFG pelo telefone (62) 3521-1215.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Pesquisa desenvolvida como parte do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Goiás.

Pesquisadoras responsáveis: Juliana Borges da Silva Ferreira (Mestranda), Profa. Dra. Maria do Carmo Matias Freire (Orientadora) e Profa. Dra. Luciane R.

R. S. Costa (Coorientadora).

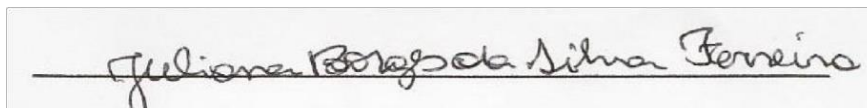
Estamos fazendo esta pesquisa porque, algumas vezes, crianças muito jovens apresentam problemas de saúde bucal e não deixam o dentista realizar o tratamento, gerando sofrimento para elas e as famílias. Nesta pesquisa, queremos saber quais fatores da mãe podem influenciar os aspectos da saúde bucal da criança. Dentre estes fatores estão as características socioeconômicas da família, como você avalia a sua saúde bucal e a do(a) seu(sua) filho(a) e

também questões psicossociais (religiosidade, o modo como você percebe o que acontece na sua vida, como se sente ao ir ao dentista).

Caso você aceite que seu(sua) filho(a) participe da pesquisa, necessitará responder algumas perguntas sobre o seu(sua) filho(a) antes do atendimento. Em outro momento iremos coletar as informações do seu filho contidas no prontuário odontológico, que é preenchido pelo cirurgião-dentista. Estas informações são sobre as características pessoais, a condição de saúde bucal e o comportamento durante o atendimento odontológico. Durante toda a pesquisa talvez um dos pesquisadores precise realizar algumas fotografias, mas as imagens dele só serão usadas para apresentação em aulas ou congressos, se você concordar.

Você poderá receber dinheiro para despesas com transporte ou alimentação, caso precise. Se você não quiser deixar seu filho participar, nada acontecerá a você e isso não impedirá que seu filho faça o tratamento. Se você achar que alguma coisa ruim aconteceu à criança por causa da pesquisa, poderá pedir indenização. Sempre que precisar, poderá tirar suas dúvidas com a pesquisadora. Se você quiser desistir de participar após dar seu aceite, também não será prejudicada. Contudo, as informações obtidas serão sigilosas e a identidade do seu filho(a) será preservada. Como toda pesquisa apresenta algum tipo de risco, o risco dessa pesquisa é mínimo.

Os resultados desta pesquisa poderão ajudar, no futuro, outras crianças que também tenham o comportamento negativo no dentista, orientando profissionais no melhor manejo da criança e da família. Os resultados serão divulgados em dissertação de mestrado e poderão ser divulgados em eventos científicos e publicação em periódicos da área.

A rectangular box containing a handwritten signature in dark ink. The signature is written in a cursive style and reads "Juliana Borges da Silva Ferreira".

Juliana Borges da Silva Ferreira Pesquisadora responsável



CONSENTIMENTO DO USO DE IMAGENS DA CRIANÇA

Eu autorizo a equipe da pesquisa a usar as imagens do meu filho, obtidas nas fotografias durante o tratamento odontológico, para mostrar a pesquisa em aulas ou em congressos científicos.

() Sim. Assinatura: _____

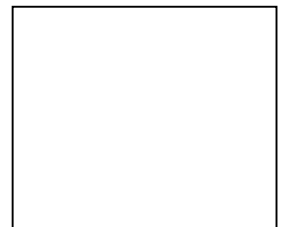
() Não. Assinatura: _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA CRIANÇA

Eu, _____, RG/CPF _____, responsável por _____, autorizo sua participação na pesquisa **Fatores psicossociais e saúde bucal - um estudo em pré-escolares e suas mães**. Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelos pesquisadores sobre a pesquisa, sobre o que vai ser feito, os possíveis benefícios e riscos e sobre o ressarcimento decorrente da participação da criança. Foi-me garantido que posso desistir a qualquer momento sem que o tratamento do meu filho seja interrompido.

Assinatura do Responsável:

_____ Goiânia, ____/____/____



Impressão datiloscópica

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do participante.

Testemunhas:

1) Nome: _____

Assinatura: _____ R.G.: _____

2) Nome: _____

Assinatura: _____ R.G.: _____

ANEXO III – TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL ABO-GO



**ASSOCIAÇÃO
BRASILEIRA DE
ODONTOLOGIA**

MISSÃO: Promover a odontologia, nacional e internacionalmente, valorizar o profissional no contexto técnico-científico e sociocultural, e contribuir com as políticas de promoção da saúde bucal da população.



Presença profissional
com ética e zelo

TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu, **ALESSANDRO MOREIRA FREIRE**, abaixo assinado, responsável pela instituição, **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA-SEÇÃO DE GOIÁS**, autorizo a realização do estudo **Fatores psicossociais e saúde bucal – um estudo em pré-escolares e suas mães**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pela responsável pelo estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido o projeto e conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e/ou CNS 510/16. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Goiânia, 23 de novembro de 2017.



Assinatura e carimbo do responsável institucional

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Juliana Borges da Silva Ferreira

Maria do Carmo Matias Freire

Luciane Ribeiro de Rezende Surcasas da Costa

Fone: 62 3236-3100 / 3236-3104 - Fax: 62 3236-3126
Av. Itália, 1184, Jardim Europa, Goiânia - GO, 74325-110
www.abogoiás.org.br / abo@abogoiás.org.br



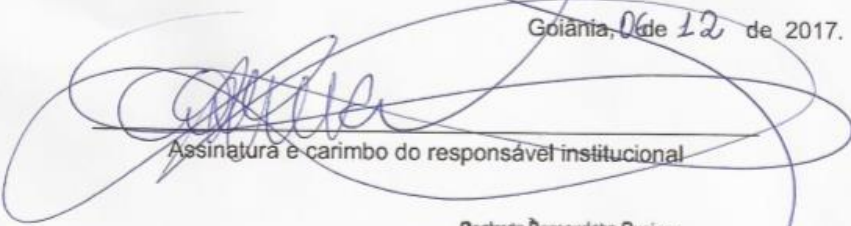



ANEXO IV – TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL EAP-GO**TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL**

Eu Rosimar Bernardete Quairoz, abaixo assinado, responsável pela instituição EAP GOIAS, autorizo a realização do estudo **Fatores psicossociais e saúde bucal – um estudo em pré-escolares e suas mães**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pela responsável pelo estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido o projeto e conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e/ou CNS 510/16. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Goiania, 06 de 12 de 2017.


Assinatura e carimbo do responsável institucional

Rosimar Bernardete Quairoz
CRO-GO 2124
Superintendente EAPGO

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Juliana Borges da Silva Ferreira
Maria do Carmo Matias Freire
Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa

ANEXO V – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores psicossociais e saúde bucal e um estudo em pré-escolares e suas mães

Pesquisador: Juliana Borges da Silva Ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81203317.5.0000.5083

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: ALTERAÇÕES SOLICITADAS PELO CEP

Justificativa: Conforme solicitado no Parecer Consubstanciado do CEP - CAEE:

Data do Envio: 05/03/2018

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.576.946

Apresentação da Notificação:

A presente pesquisa em nível de mestrado investiga a influência de fatores psicossociais maternos sob a saúde bucal de crianças pré-escolares. O tamanho da amostra planejado é de 288 participantes, sendo 144 mães e 144 filhos de 4 a 6 anos de idade. Trata-se de estudo transversal analítico e a Instituição Proponente é a Faculdade de Odontologia da UFG. A estudo utilizará questionários e entrevista com as mães, e os prontuários das crianças como método de pesquisa. As pesquisadoras solicitam a dispensa do TALE, e não do TCLE para as mães, uma vez que as crianças não serão diretamente abordadas. A coleta inicial dos dados está prevista para abril/18 em duas escolas de especialização odontológica, cuja anuência foi oficializada. O orçamento estimado é de R\$ 47.300,00 e o financiamento será próprio.

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.576.946

Objetivo da Notificação:

OBJETIVO GERAL:

- Avaliar se existe associação entre aspectos psicossociais maternos (religiosidade e Senso de Coerência - SOC) e a saúde bucal de crianças pré-escolares.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Investigar a associação entre o comportamento da criança na clínica odontológica e aspectos psicossociais maternos.
- Investigar a associação entre a condição de saúde bucal da criança e aspectos psicossociais maternos.
- Investigar a associação entre os comportamentos de saúde bucal da criança e aspectos psicossociais maternos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Existe risco de as mães se sentirem constrangidas ao responder ao questionário, que será minimizado com explicação prévia das questões pertinentes, além do esclarecimento de que todos os dados serão mantidos em sigilo e arquivados pelos pesquisadores responsáveis.

Benefícios:

Como benefício, a contribuição para o entendimento da influência dos fatores psicossociais no atendimento odontológico, que pode determinar e embasar novas estratégias para o enfrentamento de comportamentos aversivos e não favoráveis ao atendimento odontológico pediátrico.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Trata a presente NOTIFICAÇÃO sobre as alterações solicitadas pelo parecer consubstanciado do CEP.

- Menção nos TCLEs e no projeto as formas de publicação dos resultados (dissertação de mestrado, eventos científicos e publicação em periódicos da área). Essa descrição no projeto encontra-se no tópico 7-Resultados esperados, no terceiro parágrafo; - Inserção nos TCLEs a possibilidade de ligação a cobrar para o pesquisador responsável.

Data do Envio: 05/03/2018

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131			
Bairro: Campus Samambaia	CEP: 74.001-970		
UF: GO	Município: GOIANIA		
Telefone: (62)3521-1215	Fax: (62)3521-1163	E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com	



Continuação do Parecer: 2.576.946

O protocolo está devidamente instruído com projeto, folha de rosto e dois modelos de TCLE, informações básicas do projeto, 2 termos de anuência das instituições coparticipantes, termo de dispensa do TALE e termo de compromisso das pesquisadoras.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente protocolo já havia sido previamente aprovado. Retornou na condição de notificação, a qual expressa a mudança dos pesquisadores às recomendações previamente sugeridas. O plenário decidiu pela APROVAÇÃO das notificações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12 e Resolução CNS n. 510/16. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TCLE_MAES_CORRECOES.pdf	05/03/2018 15:05:37	Juliana Borges da Silva Ferreira	Postado
Outros	TCLE_CRIANCAS_CORRECOES.pdf	05/03/2018 15:10:27	Juliana Borges da Silva Ferreira	Postado
Outros	PROJETO.pdf	05/03/2018 15:10:36	Juliana Borges da Silva Ferreira	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com

ANEXO VI – PRORROGAÇÃO DO PRAZO DA PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Fatores psicossociais e saúde bucal - um estudo em pré-escolares e suas mães

Pesquisador: Juliana Borges da Silva Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81203317.5.0000.5083

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.179.594

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa em nível de mestrado investiga a influência de fatores psicossociais maternos sob a saúde bucal de crianças pré-escolares. O tamanho da amostra planejado é de 288 participantes, sendo 144 mães e 144 filhos de 4 a 6 anos de idade. Trata-se de estudo transversal analítico e a Instituição Proponente é a Faculdade de Odontologia da UFG. A estudo utilizará questionários e entrevista com as mães, e os prontuários das crianças como método de pesquisa. As pesquisadoras solicitam a dispensa do TALE, e não do TCLE para as mães, uma vez que as crianças não serão diretamente abordadas. A coleta inicial dos dados está prevista para abril/18 em duas escolas de especialização odontológica, cuja anuência foi oficializada. O orçamento estimado é de R\$ 47.300,00 e o financiamento será próprio.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

- Avaliar se existe associação entre aspectos psicossociais maternos (religiosidade e Senso de Coerência - SOC) e a saúde bucal de crianças pré-escolares.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Investigar a associação entre o comportamento da criança na clínica odontológica e aspectos psicossociais maternos.
- Investigar a associação entre a condição de saúde bucal da criança e aspectos psicossociais

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação - Agência UFG de Inovação, Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2
Bairro: Campus Samambaia, UFG **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.179.594

maternos.

- Investigar a associação entre os comportamentos de saúde bucal da criança e aspectos psicossociais maternos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Existe risco de as mães se sentirem constrangidas ao responder ao questionário, que será minimizado com explicação prévia das questões pertinentes, além do esclarecimento de que todos os dados serão mantidos em sigilo e arquivados pelos pesquisadores responsáveis.

Benefícios:

Como benefício, a contribuição para o entendimento da influência dos fatores psicossociais no atendimento odontológico, que pode determinar e embasar novas estratégias para o enfrentamento de comportamentos aversivos e não favoráveis ao atendimento odontológico pediátrico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente EMENDA tem o objetivo de solicitar prorrogação do prazo estabelecido pelo cronograma. A justificativa se baseia no fato da amostra estimada inicialmente para o estudo (144 crianças de 4 a 6 anos e suas mães) não se viabilizou até o momento, devido ao reduzido número de pacientes nos locais onde os dados estão sendo coletados. Até dezembro de 2018, foram obtidos 85 participantes. Assim, a coleta dos dados, por meio de entrevista, questionário e pesquisa em prontuários clínicos, será estendida até a obtenção da amostra calculada. A coleta de dados foi projetada para 20/12/2019.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo está devidamente instruído com projeto, folha de rosto e dois modelos de TCLE, informações básicas do projeto, 2 termos de anuência das instituições coparticipantes, termo de dispensa do TALE e termo de compromisso das pesquisadoras.

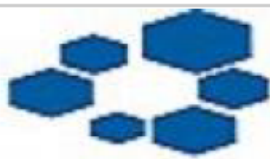
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente protocolo já havia sido previamente aprovado. Retornou na condição de EMENDA, visando a prorrogação do prazo estipulado pelo cronograma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação - Agência UFG de Inovação, Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2
 Bairro: Campus Samambaia, UFG CEP: 74.690-970
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



UFG - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 3.179.594

APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12 e Resolução CNS n. 510/16. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1299060_E1.pdf	14/02/2019 21:34:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	11/12/2017 19:19:18	Maria do Carmo Matias Freire	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_CEP.pdf	11/12/2017 19:18:13	Maria do Carmo Matias Freire	Aceito
Outros	Termo_aceite_EAP.pdf	11/12/2017 19:14:46	Maria do Carmo Matias Freire	Aceito
Outros	Termo_aceite_ABO.pdf	11/12/2017 19:14:13	Maria do Carmo Matias Freire	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DISPENSA_TALE.pdf	11/12/2017 19:12:32	Maria do Carmo Matias Freire	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CRIANCAS.pdf	11/12/2017 19:12:10	Maria do Carmo Matias Freire	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MAES.pdf	11/12/2017 19:11:53	Maria do Carmo Matias Freire	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_comprom_pesqu.pdf	11/12/2017 19:10:57	Maria do Carmo Matias Freire	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação - Agência UFG de Inovação, Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2
 Bairro: Campus Samambaia, UFG CEP: 74.690-970
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.179.594

GOIANIA, 01 de Março de 2019

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador(a))