



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

## **SAÚDE MENTAL MATERNA E SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS COM DOENÇA FALCIFORME**

**Salvador-BA**

**2012**

**Maria Goretti Silva Brito**

**SAÚDE MENTAL MATERNA E SAÚDE BUCAL DE  
CRIANÇAS COM DOENÇA FALCIFORME**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

**Área de concentração: Epidemiologia**

**Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna**

**Salvador-BA  
2012**

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

B862s Brito, Maria Goretti Silva.

Saúde mental materna e saúde bucal de crianças com doença falciforme /  
Maria Goretti Silva. Salvador: M.G.S.Brito, 2012.

150f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade  
Federal da Bahia.

1. Transtorno Mental Comum. 2. Saúde Bucal Infantil. 3.  
Doença Falciforme. I. Título.

CDU 616.89

---

**Maria Goretti Silva Brito**

**SAÚDE MENTAL MATERNA E SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS COM  
DOENÇA FALCIFORME**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

---

**Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna (Orientadora)**  
Faculdade de Odontologia - Universidade Federal da Bahia

---

**Prof. Dr. Isaac Suzart Gomes Filho**  
Universidade Estadual de Feira de Santana

---

**Profa. Dra. Ana Cecília de Sousa Bittencourt Bastos**  
Universidade Federal da Bahia - UFBA

---

**Profa. Dra. Maria Cristina Teixeira Cangussu**  
Faculdade de Odontologia - Universidade Federal da Bahia

---

**Profa. Dra. Regina Terse Trindade Ramos**  
Faculdade de Medicina da Bahia - Universidade Federal da Bahia

Salvador, 9 de março de 2012.

*A José Antonio, companheiro imprescindível*

*A Pedro e Fernanda, incentivos da vida*

## AGRADECIMENTOS

À *Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna, “orientadora”* no mais nobre sentido dessa palavra, minha gratidão pela confiança e competência na condução dessa jornada.

À *Profa. Dra. Maria Celina B. Siquara da Rocha*, pelo exemplo, força e incentivo constante na minha caminhada acadêmica, mas acima de tudo... Pela amizade incondicional.

À *Profa. Dra. Maria Cristina Cangussu*, por sua grande disponibilidade e consultoria proporcionada na construção desse trabalho.

Às *Profs. Dra. Regina Terse Trindade Ramos e Dra. Darci Neves dos Santos*, pelas contribuições no exame de qualificação desse trabalho e ao *Dr. Carlos Antonio de Souza Teles Santos*, pelos esclarecimentos na parte de estatística.

À *Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) - Salvador*, nas pessoas de *Dra. Maria Inês Matos Miranda, Dra Iara Lipinsk, Dra Tatiana Amorim, Dr Ney Boa-Sorte*, em fim a todos os profissionais e funcionários, que na exelência da atenção à saúde, deixaram marcas indeléveis de humanismo e competência em toda a equipe dessa pesquisa.

Aos *participantes* desse estudo, *Mães e filhos*, sem os quais ele não seria possível.

Aos *graduandos do curso de Odontologia*, minha gratidão pela colaboração na coleta dos dados.

Aos meus *colegas de Doutorado*, em especial a *Joelhe, Suelly e Ernane*, por compartilharem de momentos importantes nesta etapa da vida.

Aos *Professores do Instituto de Saúde Coletiva* pelos ensinamentos de excelência e a *todos os funcionários*, especialmente a *Maria Anunciação Dias*, pela disponibilidade e alegria com que sempre nos atendeu.

À *Profa. Ana Lúcia Silva*, por sua solicitude na revisão do Português.

Aos meus *pares nas Disciplinas de Odontopediatria e Cariologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia*, minha gratidão pelo ambiente salutar de trabalho e incentivo para o crescimento na carreira acadêmica.

Ao *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq e Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)* pelo apoio financeiro dado a essa pesquisa.

À *minha família: José Antonio, Pedro, Fernanda, Meus Pais e Irmãos*, razão do meu crescimento não apenas profissional, mas como um ser humano melhor, minha gratidão pelo apoio, compreensão e respeito.

*Parece antagônico, entretanto ao reconhecermos profundamente nossas limitações, surgem dentro de nós, forças para superar dificuldades que pareciam intransponíveis. Minha profunda gratidão a esta **“Força que É e Está”** sobre nós e dentro de nós.*

## APRESENTAÇÃO

A busca por melhores condições de saúde é fundamental para a promoção do desenvolvimento e qualidade de vida das crianças, especialmente aquelas portadoras de doenças crônicas. O reconhecimento da saúde bucal como um componente importante e a constatação das desigualdades, notadamente em menores de cinco anos de idade, têm aumentado o interesse dos pesquisadores em compreender como fatores sociais, culturais, ambientais e psicossociais afetam a condição bucal infantil. Atualmente, investigações epidemiológicas têm evidenciado a importância do cuidado no ambiente familiar, com enfoque na díade mãe/criança, como aspecto essencial para a manutenção da saúde integral. Trazer estas questões para o campo da saúde bucal representa um desafio, considerando que é um conhecimento ainda pouco explorado.

O presente estudo intitulado **“Saúde mental materna e saúde bucal de crianças com doença falciforme”** propõe investigar especialmente a tese de associação entre o comprometimento da capacidade de cuidar, identificado pela saúde mental materna e a condição de saúde bucal infantil em crianças com doença falciforme.

Tal desafio foi aceito pelo grupo de pesquisa em Saúde Bucal Coletiva do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica da Universidade Federal da Bahia (UFBA), que constituiu desde o início da última década uma linha de investigação com enfoque na família, provendo assim para essa pesquisa todo o apoio técnico e institucional. O projeto desse estudo encontra-se registrado nos Comitês de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos - UFBA (protocolo 014/2007) e Núcleo de Pesquisa Científica da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - Salvador-Bahia (Nº do parecer: 06/2007). Recursos da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e do Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) foram captados para viabilizar o desenvolvimento desta investigação.

O produto final deste trabalho, a ser apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ISC/UFBA, como parte dos requisitos para a obtenção do título de doutor em Saúde Pública, está distribuído em introdução e breve revisão sobre o tema, com apresentação do quadro teórico que norteou as investigações e três artigos complementares:



---

**Artigo 1:** Saúde mental materna e saúde bucal de crianças com doença falciforme: perfil epidemiológico.

**Artigo 2:** Frequência, gravidade e fatores associados à cárie dentária em crianças com doença falciforme.

**Artigo 3:** Transtorno mental comum materno e cárie dentária em crianças com doença falciforme.

Ao final, são apresentadas as considerações finais, focalizando os avanços e limites do estudo, síntese dos resultados, bem como perspectivas futuras de pesquisa sobre o tema.

## RESUMO

Estudos epidemiológicos têm identificado fatores psicossociais maternos associados à condição de saúde bucal dos filhos. A proposta deste estudo foi investigar a associação entre a saúde mental materna e saúde bucal de crianças com doença falciforme, com idade entre 6 a 71 meses, de ambos os sexos, residentes no Estado da Bahia, e acompanhadas em um centro de referência para diagnóstico de hemoglobinopatias, no período de agosto de 2007 e julho de 2008. Os resultados dessa investigação são aqui apresentados em formato de três artigos científicos: **1º artigo** - Saúde mental materna e saúde bucal de crianças com doença falciforme: perfil epidemiológico. Verificou-se condições de moradia aceitáveis, acesso precário aos serviços odontológicos e baixa renda. As mães tiveram baixa escolaridade, comprometimento de aspectos psicossociais pela suspeita de transtorno mental comum e insatisfação com a qualidade de vida e eram, na maior parte das vezes, única cuidadora de seus filhos. As crianças, doentes falciformes, apresentaram eventos de hospitalização, genótipos predominantes HBSS e HBSC, condição de saúde bucal revelou alto percentual de biofilme bacteriano visível e sangramento gengival, frequência de cárie dentária 22,47% e ocorrência de maloclusão (29,14%) entre aqueles com dentição decídua completa. **2º artigo** - Frequência, gravidade e fatores associados à cárie dentária em crianças com doença falciforme. Os resultados mostram para o grupo de 6 a 32 meses de idade a ocorrência da cárie foi de 7,10% e ceo-d 0,18 (DP= ±0,94) e para aqueles na faixa de 33 a 71 meses, a ocorrência foi de 40,48% e ceo-d 1,79 (DP= ±2,94). Os fatores que se associaram com significância estatística à ocorrência de cárie dentária foram: abastecimento de água através de poço/nascente (RP=1,48; IC95% 1,07 – 2,03); escolaridade materna com ensino fundamental incompleto ou menos (RP=1,97; IC95% 1,39 – 2,78), renda familiar menor ou igual a um salário mínimo (RP=2,24; IC95% 1,38 – 3,63), ter mais de dois filhos (RP=1,53; IC95% 1,15 – 2,03), presença de um ou mais irmãos na faixa etária pré escolar (RP=1,63; IC95% 1,22 – 2,19), suspeita de transtorno mental comum materno (RP=1,50; IC95% 1,13 – 2,00); permanência diária da criança em creches/escolas/outros (RP=1,44; IC95% 1,07 – 1,94); idade entre 33 a 71 meses (RP= 5,70; IC95% 3,78 – 8,99), internação hospitalar (RP=1,87; IC95% 1,40 – 2,50) e presença de biofilme dental visível (RP=2,29; IC95% 1,58 – 3,31). **3º artigo** - Transtorno mental comum materno e cárie dentária em crianças com doença falciforme. Os resultados mostraram associação positiva e estatisticamente significativa entre suspeita de TMC materno e

---

cárie dentária nos filhos, entre as mães que possuíam escolaridade com ensino médio incompleto ou mais no modelo bruto ( $RP_{bruta} = 2,26$ ; IC95% 1,23 – 4,15) e ajustado ( $RP_{ajustada} = 2,48$ ; IC95% 1,42 – 4,33). No entanto, estudos adicionais prospectivos são necessários para confirmação dessas hipóteses.

---

## ABSTRACT

Epidemiological studies have pointed to maternal psychosocial factors associated with children's oral health status. The purpose of this study was to investigate the association between maternal mental health and children's oral health with sickle cell disease, aged 6 to 71 months, in both sexes, residents in Bahia, and monitored in a reference center for diagnosis hemoglobinopathies, between August 2007 and July 2008. The results of this investigation are presented here in format of three papers. The **1st article** - Maternal mental health and oral health of children with sickle cell disease: epidemiological profile. The population studied had acceptable housing conditions, poor access to dental services and low income. The mothers had low education, psychosocial aspects committed by suspicion of common mental disorders and dissatisfaction with the quality of life, most of them were the single caregiver for their children. The children, had events of hospitalization and HBSC and HBSS genotypes were predominant. The oral health of child population revealed high percentage of visible bacterial biofilm and gingival bleeding. Dental caries frequency was 22.47% and observed occurrence of malocclusion in 29.14% of those with full deciduous dentition. The **2nd article** - Frequency, severity and factors associated tooth decay in children with sickle cell disease. For the group of 6 to 32 months of age, the occurrence of dental caries was 7.10% and dmft 0.18 (SD =  $\pm$  0.94), for 33 to 71 months of age, the occurrence was of 40.48% and dmft 1.79 (SD =  $\pm$  2.94). Among the factors that were associated with caries include: water supply through a well / spring (PR = 1.48; 95% CI 1.07 to 2.03), middle school completed or less (PR = 1.97; 95% CI 1.39 to 2.78), family income less than or equal to the minimum wage (PR = 2.24; 95% CI 1.38 to 3.63 ), having more than two children (PR = 1.53; 95% CI 1.15 to 2.03), presence of one or more siblings in the preschool age (PR = 1.63; 95% CI 1.22 to 2.19), suspected maternal common mental disorders (PR = 1.50; 95% CI 1.13 to 2.00), daily stay for children in daycare / school / other (PR = 1.44; 95% CI 1.07 to 1.94), aged 33 to 71 months (PR = 5.70; 95% CI: 3.78 to 8.99), hospitalization (PR = 1.87; 95% CI 1.40 to 2.50) and presence of visible biofilm (PR = 2.29; 95% CI 1.58 to 3.31). The **3rd article**- Maternal common mental disorders and dental caries in children with sickle cell disease. There was a statistically significant positive association between maternal CMD suspicion and occurrence of tooth decay in children, among mothers who had

---

schooling with incomplete secondary education or more in unadjusted model ( $PR_{\text{unadjusted}} = 2.26$ ; 95% CI 1.23 to 4.15) and adjusted ( $PR_{\text{adjusted}} = 2.48$ ; 95% CI 1.42 to 4.33). However, additional prospective studies are needed to confirm these hypotheses.

---

## LISTA DE TABELAS

---

### **Artigo 1: Saúde mental materna e saúde bucal de crianças com doença falciforme: perfil epidemiológico.**

TABELA 1 - Caracterização da população de estudo de acordo com <i>Recursos para Saúde</i> (aspectos ambientais, demográficas e atenção a saúde).....	71
TABELA 2 - Caracterização da população de estudo de acordo com <i>Recursos do Cuidador</i> (aspectos demográficas, socioeconômicas e psicossociais).....	72
TABELA 3 - Caracterização da população de estudo de acordo com <i>Práticas de Cuidado</i> .....	73
TABELA 4 - Caracterização da população de estudo de acordo com aspectos demográficos, condição sistêmica e de saúde bucal da criança.....	74

### **Artigo 2: Frequência, gravidade e fatores associados à cárie dentária em crianças com doença falciforme.**

TABELA 1- Estatística descritiva do índice ceo-d e frequência de cárie, segundo grupo etário, com respectivos Intervalos de Confiança 95%.....	103
TABELA 2 - Prevalência e razão de prevalência (RP) com respectivo Intervalo de Confiança 95% (método Mantel - Haenszel) entre fatores independentes e cárie dentária, em crianças com doença falciforme. Bahia, 2008.....	104

### **Artigo 3: Transtorno mental comum materno e cárie dentária em crianças com doença falciforme.**

TABELA 1- Caracterização da população de estudo de acordo com transtorno mental comum materno (TMCM). Bahia, 2008.....	130
TABELA 2 - Razões de Prevalência brutas e ajustadas e os respectivos Intervalos de Confiança 95%, para a associação entre transtorno mental comum materno e presença de cárie dentária em crianças falcêmicas, de acordo com escolaridade materna, obtidos pela regressão de Poisson com variância robusta. Bahia, 2008.....	131

## LISTA DE FIGURAS

---

### REFERENCIAL TEÓRICO

FIGURA 1 - Diagrama do modelo teórico.....	39
<b>Artigo 1: Saúde mental materna e saúde bucal de crianças com doença falciforme: perfil epidemiológico.</b>	
FIGURA 1- Fluxograma da população de estudo.....	70
<b>Artigo 2: Frequência, gravidade e fatores associados à cárie dentária em crianças com doença falciforme.</b>	
FIGURA 1- Fluxograma da população de estudo.....	102
FIGURA 2- Histograma dos valores do ceo-d, em crianças falcêmicas, com 33 a 71 meses de idade. Bahia, 2008.....	103
<b>Artigo 3: Transtorno mental comum materno e cárie dentária em crianças com doença falciforme.</b>	
FIGURA 1- Fluxograma da população de estudo.....	129

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
2.1 Doença falciforme.....	22
2.1.1 <i>Repercussão no ambiente familiar.....</i>	25
2.2 Saúde mental materna.....	27
2.3 Saúde bucal infantil.....	30
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>35</b>
<b>Artigo 1: Saúde mental materna e saúde bucal de crianças com doença falciforme: perfil epidemiológico.</b>	<b>40</b>
Resumo.....	41
Abstract.....	42
Introdução.....	43
Métodos.....	47
Resultados.....	50
Discussão.....	53
Referências.....	61
<b>Artigo 2: Frequência, gravidade e fatores associados à cárie dentária em crianças com doença falciforme.</b>	<b>75</b>
Resumo.....	76
Abstract.....	77
Introdução.....	78
Métodos.....	81
Resultados.....	85
Discussão.....	87
Considerações finais.....	94
Referências.....	94
<b>Artigo 3: Transtorno mental comum materno e cárie dentária em crianças com doença falciforme.</b>	<b>106</b>
Resumo.....	107
Abstract.....	108
Introdução.....	109
Métodos.....	112
Resultados.....	117
Discussão.....	118
Considerações finais.....	122
Referências.....	123
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>132</b>



<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>135</b>
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).....	146
APÊNDICE B- Questionário e Ficha de exame clínico.....	147
APÊNDICE C- Manual do Examinador.....	148
ANEXO A- Termo de Aprovação do Comitê de Ética – APAE- Salvador....	149
ANEXO B- Termo de Aprovação do Comitê de Ética do Complexo HUPES	150

## 1. INTRODUÇÃO

As leis e normas estabelecidas para garantir os direitos da infância, as melhorias em saneamento e condições gerais de vida, a implementação dos programas de imunização, nutrição, cuidados e avanços tecnológicos no campo da saúde são contribuições irrefutáveis para a redução das taxas de morbimortalidade infantil, causadas especialmente por doenças infecciosas no Brasil. Entretanto, semelhante ao que ocorre em outros países, observa-se mudanças no perfil epidemiológico com o declínio da mortalidade infantil e crescimento das enfermidades crônicas na faixa etária pediátrica. Estas alterações influenciaram na criação de um grupo denominado pelo *Maternal and Health Children Bureau* de “*Children with Special Health Care Needs – CSHCN*”<sup>1</sup>. Esse grupo caracteriza-se por apresentar maior risco para uma doença crônica de natureza física, comportamental, emocional ou de desenvolvimento, e demandam cuidados familiares e serviços de saúde além do exigido pelas crianças em geral<sup>1</sup>.

Dentre as enfermidades de caráter crônico incluem-se as doenças falciformes as quais constituem um conjunto de doenças genéticas hereditárias que se caracterizam pela presença da hemoglobina **S**<sup>2</sup>. A mais grave é a forma homocigótica (Hb **SS**) denominada Anemia Falciforme ou Drepanocitose, porém a hemoglobina **S** pode combinar com outras hemoglobinas geneticamente anormais, como hemoglobina **C**, **D**, **β-talassemia**, entre outras, determinando combinações que também são sintomáticas. A hemoglobina **S** diante de certas condições perde características físicas e químicas o que favorece o desencadeamento de processos fisiopatológicos como a obstrução dos vasos sanguíneos, dificultando a irrigação, até possíveis necroses e danos permanentes aos tecidos e órgãos atingidos<sup>3-5</sup>. Devido a natureza crônica degenerativa, ocorrem graves

---

intercorrências principalmente nos primeiros cinco anos de vida<sup>3,4</sup> e, essas crianças, estão 400 vezes mais propensas a episódios de infecções que podem evoluir rapidamente para a morte<sup>6</sup>.

Em virtude da alta morbidade e mortalidade precoce decorrentes da doença falciforme, foi implantado no Brasil, a partir de 2001, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)/Teste do Pezinho para hemoglobinopatias<sup>7</sup>. Esta ação possibilitou o diagnóstico precoce contribuindo assim para a adoção de medidas de prevenção das manifestações clínicas e minimização das intercorrências. Segundo informações do PNTN, nascem no Brasil cerca de 3.500 crianças/ano com a doença ou 1/1.000 nascidos vivos. A distribuição na população é heterogênea, ocorrendo prevalência mais alta nos estados com maior predominância de afrodescendentes, apresenta um recorte social concentrado entre os mais pobres e 25% das crianças não alcançam cinco anos de vida se não tiverem acompanhamento médico adequado<sup>8</sup>.

Na Bahia, de acordo com a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) – Salvador, instituição referenciada pelo Ministério da Saúde para a execução do PNTN, os dados epidemiológicos estaduais para as hemoglobinopatias no ano de 2003 demonstraram uma incidência de 1/650 para doença falciforme<sup>9</sup>.

O panorama nacional configura essa doença como uma questão de saúde pública que, como tal, requer a assistência integral multidisciplinar e multiprofissional<sup>10, 11</sup>. Portanto, considerando o fato dessa enfermidade ser uma síndrome que compromete diversos sistemas do corpo humano, é imprescindível um cuidado e uma atenção contínua que envolve o engajamento da família e das redes de assistência à saúde.

A sobrevivência infantil, crescimento e desenvolvimento, especialmente do nascimento até os cinco anos de idade, estão influenciados por disponibilidade alimentar, assistência de saúde, ambiente saudável e cuidados.<sup>12</sup> O cuidado é entendido

---

como um conjunto de práticas realizadas pelo cuidador e que podem influenciar na saúde da criança. Entretanto, para a realização dessas práticas, o cuidador necessita de recursos como uma adequada educação, conhecimento e crenças, saúde física e mental, ausência de estresse, autoconfiança, autonomia e controle de recursos dentro do lar, cargas de trabalho adequadas, disponibilidade de tempo e apoio social dos membros da família e da comunidade<sup>13</sup>.

A literatura aponta para mudanças importantes dentro do ambiente familiar quando existem crianças que requerem cuidado especial para saúde. A doença crônica é fonte de estressores permanentes na vida do enfermo e dos familiares, afeta o desenvolvimento infantil, atinge as relações sociais e altera a rotina familiar devido as constantes visitas ao médico, uso de medicações, hospitalizações além de sobrecarga financeira<sup>14-16</sup>. Essa condição tem sido associada a desajustes psicológicos tanto para as genitoras, quanto para a própria criança e irmãos<sup>17-19</sup>. Pesquisas recentes com famílias de crianças e adolescentes com doença falciforme têm revelado comprometimento da saúde mental materna devido a diversos fatores como: sofrimento psíquico causado pelo diagnóstico da doença; inseguranças e limitações; baixo poder aquisitivo; desemprego; sobrecarga financeira e desestruturação familiar<sup>19-21</sup>.

A saúde física e mental incluindo a autoconfiança, ausência de estresse e de depressão representam fatores individuais do cuidador que facilitam a tradução da capacidade de cuidar<sup>13</sup>. Reconhecendo a importância da relação criança/cuidador e dos resultados de estudos que evidenciam associação entre saúde mental materna e prestação de cuidados precários aos filhos<sup>22-24</sup> com repercussão para saúde física<sup>25-27</sup> e psicossocial das crianças<sup>28,29</sup>, é viável assumir que mães de doentes falciformes que apresentem saúde mental comprometida, podem ter menor capacidade de cuidar e oferecer maior risco para a saúde de seus filhos.

---

A integralidade da assistência de crianças com doença falciforme visa melhorar a qualidade e expectativa de vida dessa população, portanto a prevenção de doenças bucais insere-se neste contexto de forma relevante na promoção da saúde visto que o diagnóstico precoce e o tratamento de infecções bucais podem prevenir o estabelecimento de crises falcêmicas<sup>30,31</sup>.

Estudos têm associado fatores socioeconômicos<sup>32,33</sup>, comportamentais<sup>34</sup>, problemas de saúde sistêmica<sup>35</sup> e disfunção familiar<sup>36</sup> a condição de saúde bucal infantil. Entretanto, trabalhos recentes apontam para a necessidade de investigação da influência de fatores psicossociais maternos na saúde bucal de crianças menores de cinco anos de idade<sup>37 - 39</sup>, visto que tem sido evidenciada menor capacidade materna para cuidar dos filhos quando as genitoras apresentam comprometimento da saúde mental<sup>22-24,39</sup>. Por conseguinte, é provável que indivíduos menores de cinco anos, com doença falciforme, possam apresentar condição desfavorável de saúde bucal, não só pelo risco social, a que está exposta a maioria da população afrodescendente no estado da Bahia, como também pela condição sistêmica. A repercussão da doença crônica no ambiente familiar, em particular sobre a saúde mental materna e as constantes necessidades de hospitalizações e ingestão diária de medicamentos, são fatores que podem predispor este grupo de crianças a risco para saúde bucal. Portanto, o desenvolvimento de estudos a cerca da influência da psicopatologia materna na condição bucal de crianças com doença falciforme, são relevantes para a ampliação do conhecimento de fatores que possam estar contribuindo para as desigualdades nessa área da saúde. Com base no exposto, esse estudo propõe-se a investigar a saúde mental materna e a condição de saúde bucal de crianças com doença falciforme, com idade entre 06 a 71 meses.

---

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Doença Falciforme

Aproximadamente 7% da população mundial apresentam defeitos congênitos da molécula de hemoglobina, representados na sua maioria, pelas talassemias e pela doença falciforme<sup>40</sup>.

A doença falciforme é causada por mutação no cromossomo 11, que resulta na substituição do ácido glutâmico pela valina na posição seis da cadeia beta da globina, originando uma hemoglobina alterada denominada hemoglobina S (HbS). Em determinadas condições, essa proteína sofre polimerização ocorrendo uma alteração morfológica do eritrócito que adquire a forma de foice<sup>3,5</sup>. Como consequência das alterações físicas e químicas, ocorre dificuldade na transposição do diâmetro dos capilares na microcirculação e maior adesão dessas células alteradas à parede dos vasos sanguíneos, favorecendo a formação de trombos. Por conseguinte, a oclusão dos vasos provoca isquemia e crises dolorosas ao longo de toda a vida do indivíduo acometido, com dano tecidual e funcional progressivo em órgãos e sistemas além da maior susceptibilidade a infecções. As células falcizadas são precocemente destruídas, com o consequente desenvolvimento de anemia hemolítica crônica<sup>3,5</sup>.

A condição mais grave é a homozigótica (Hb SS), conhecida como Anemia Falciforme ou Depranocitose, que apresenta manifestações clínicas importantes desde os primeiros anos de vida. Porém, a hemoglobina S pode combinar com outras hemoglobinas anormais, e gerar a hemoglobinopatia SC, S-β Talassemia, entre outras. Apesar das particularidades que as distinguem e dos graus variados de gravidade, a evolução dessa enfermidade é marcada por complicações clínicas que podem comprometer consideravelmente a qualidade de vida do indivíduo acometido,

---

entretanto, nos quadros mais graves observa-se também alterações que afetam a função de órgãos vitais com conseqüente risco de morte<sup>3</sup>.

De acordo com a literatura, as repercussões da doença falciforme na cavidade bucal não apresentam características específicas, entretanto, os sinais mais frequentemente observados são palidez da mucosa, atraso da erupção dos dentes, transtornos na mineralização do esmalte e da dentina e alterações das células da superfície da língua<sup>30,41,42</sup>. Alguns estudos têm apontado para maior ocorrência de cárie dentária<sup>43</sup> e presença de maloclusão devido à protrusão da maxila, provavelmente associada ao aumento da atividade da medula óssea nesses pacientes<sup>44</sup>. O sintoma bucal mais relatado é a dor, que, na maioria dos casos, é precedida por crises de falcização e pode ser acompanhada de neuropatia do nervo mentoniano e parestesia do lábio inferior<sup>45</sup>. Em pacientes adolescentes e adultos, esses episódios algícos podem ser explicados pela alteração da microcirculação óssea e pulpar, causando pequenas áreas de necrose com possível evolução para mortificação pulpar<sup>46</sup>. Por outro lado, há indicativos de que as infecções e complicações odontológicas são potências causas de crises falcêmicas<sup>30,31</sup>.

Sugere-se que a mutação do gene normal da HbA para o gene anormal HbS tenha ocorrido por volta do período paleolítico e mesolítico, entre 50 e 100 mil anos atrás, nas regiões centro-oeste da África, Índia e leste da Ásia, em função do aumento da resistência destas hemácias a infecção pelo *Plasmodium falciparum*, causador da malária. Isto é, tem característica multi-regional, atingindo populações de diferentes características étnicas. A expansão desse gene se deu pela miscigenação entre os povos da região do Saara. Com a desertificação dessa região, essas populações migraram para outras áreas da África, especialmente as banhadas pelo mediterrâneo, facilitando sua introdução no continente europeu<sup>5</sup>.

---

No Brasil, a introdução da Hb S se deu com maior intensidade entre os séculos XVI e XIX, em função do período escravagista. Os negros eram originários de toda a costa ocidental africana. Devido a esse histórico, essa doença foi referida como "doença de negros", entretanto, existiu também no país migração européia e asiática. Assim, em virtude do processo intenso de miscigenação, ocorreu a introdução e dispersão de vários tipos de hemoglobinopatias variantes, talassemias e doenças de membrana eritrocitária, por conseguinte constata-se que o gene S pode ser encontrado em todo o território nacional, independente da cor da pele <sup>4,5</sup>.

De acordo com Zago e Pinto<sup>3</sup>, a gravidade da doença é influenciada pelas características genéticas, porém os fatores socioeconômicos e educacionais repercutem na evolução e prognóstico através de variantes como acesso à saúde, diagnóstico precoce, alimentação e água de boa qualidade, portanto, menor exposição a infecções e melhores condições de vida.

É reconhecida a inexistência de tratamento específico, por conseguinte, objetiva-se aumentar a expectativa e qualidade de vida dos indivíduos afetados, através de cuidados gerais de saúde e medidas preventivas amplas<sup>47</sup>. Em relação à condição bucal dos portadores dessa enfermidade, é importante a manutenção da saúde através da higienização adequada, pois a presença de infecções dentárias pode predispor a crises falcêmicas<sup>30, 31</sup>.

As experiências de países como Estados Unidos e Jamaica demonstram que a maneira mais eficiente e efetiva para reduzir a morbimortalidade da doença falciforme é a triagem neonatal, uma vez que o diagnóstico precoce permite a inserção do paciente em programas de saúde multidisciplinares, com a utilização de cuidados preventivos e orientação aos pais, proporcionando melhora na qualidade e sobrevida desses pacientes<sup>48</sup>.



---

No Brasil, as ações e iniciativas das políticas públicas voltadas às pessoas com doença falciforme no Sistema Único de Saúde teve seu início no final dos anos 90, com a mesa-redonda realizada em Brasília (DF), por iniciativa do Grupo Interministerial para a Valorização da População Negra <sup>4</sup>. O resultado observado foi o reconhecimento da doença falciforme como um problema de saúde pública e a recomendação de que fosse alvo de políticas públicas de saúde, que minimizassem os impactos da morbidade e mortalidade na população afetada<sup>11</sup>. Assim, a partir de 2001, foi incluído o exame para detecção dessa enfermidade no Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN <sup>7</sup> e posteriormente, estabeleceu-se no âmbito do SUS a assistência integral multidisciplinar e multiprofissional para doentes falciformes<sup>10</sup>.

As informações provenientes do PNTN têm revelado que as regiões sudeste e nordeste apresentam maiores prevalências tanto da condição de portador do traço falcêmico como de doentes falciformes<sup>8</sup>. No Estado da Bahia, o Serviço de Referência de Triagem Neonatal (SRTN) da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) - Salvador ocupa-se da detecção, confirmação diagnóstica e acompanhamento das hemoglobinopatias. Com base nessa Instituição, os dados epidemiológicos estaduais para as hemoglobinopatias no ano de 2003 demonstram uma incidência de 1.17 para portadores do traço e 1.650 para doença falciforme<sup>9</sup>. Atualmente, é reconhecido pelos profissionais de saúde e comunidade científica que o diagnóstico precoce é de fundamental importância, visto que as abordagens adequadas nos primeiros anos de vida e aconselhamento genético oportuno reduzem as complicações da enfermidade.

### ***2.1.1 Repercussão no ambiente familiar***

O acontecimento de uma enfermidade pode gerar diversas implicações na vida do paciente e da sua família. Diante da perspectiva de chegada de um bebê no ambiente

---

familiar, cria-se expectativa e planejamento devido à projeção psíquica, dos pais, de um modelo de criança “perfeita”, somado a construção social e cultural por parte dos familiares<sup>16</sup>. Entretanto, esse processo pode se converter em um grande desafio quando ocorre a constatação de alguma anormalidade e /ou patologia no ente esperado.

Estudos realizados com famílias de crianças e adolescentes com doença falciforme revelam que o diagnóstico da enfermidade tem implicações significativas para a vida dos familiares<sup>19-21</sup>. Os autores constataram que além do sofrimento psíquico e das diversas adaptações, mudanças, inseguranças e limitações que são ocasionados pelo diagnóstico, há também os componentes de ordem social, tais como desestruturação familiar, baixo poder aquisitivo e desemprego. Observaram também que os relatos maternos referenciavam constantemente a sobrecarga financeira gerada pela enfermidade e a responsabilidade de serem a cuidadora principal ou exclusiva da criança. De acordo com Guimarães et al<sup>19</sup>, diante da sobrecarga do cuidado, as genitoras não desempenham outras funções, o que provoca dificuldades no relacionamento familiar.

A família constitui a primeira fonte de suporte social, o qual tem importância significativa para o desenvolvimento de comportamentos adequados na adaptação e manejo da doença. Entretanto, reveste-se em grandes desafios o enfrentamento de doença crônica em um filho, visto que é origem de estressores permanentes na vida da família, afetando especialmente as mães, por se caracterizarem como as principais cuidadoras<sup>14</sup>. Estudos têm revelado a presença de sentimentos de culpa, ansiedade e depressão, por parte dos pais de doentes falciformes<sup>19-21</sup>. Segundo os autores, esses sentimentos podem estar relacionados à hereditariedade da doença, a rotina do acompanhamento médico, custo financeiro e demandas sociais da enfermidade crônica. Em muitos casos, o tratamento pode afetar os hábitos e estilo de vida de toda a família. Recentemente,

---

Bastos<sup>20</sup>, avaliou a qualidade de vida em relação à saúde (QVRS), através do instrumento SF-36, em mães de crianças e adolescentes com DF. Os resultados encontrados evidenciaram o comprometimento significativo da QVRS tanto para o componente físico como mental, desse grupo, quando comparado à população saudável.

Os estudos têm apontado para a necessidade de implantação de grupos de apoio ao diagnóstico da DF. Constata-se a relevância do suporte psicossocial aos pais, além de espaços de discussão e reflexão para oportunizar o esclarecimento sobre a enfermidade e trocas de experiências entre as famílias, favorecendo assim, o enfretamento de uma nova rotina requerida no cuidado da criança falcêmica.

## **2.2 Saúde mental materna**

O aumento progressivo de transtornos neuropsiquiátricos, especialmente depressão, transtornos mentais comuns, uso de álcool e transtornos por uso de substâncias psicoativas têm despertado o interesse da saúde pública em diversos países devido ao custo para a sociedade e os efeitos sobre o bem-estar daqueles que sofrem<sup>49,50</sup>. Em 2001, os transtornos mentais representaram 13% da carga de doença no mundo e a perspectiva para 2020 é em torno de 15%<sup>51</sup>. Entretanto, 90% das manifestações psiquiátricas constituem-se de distúrbios não psicóticos<sup>52</sup>. A depressão contribui em maior proporção, e juntamente com a ansiedade e queixas somáticas, afetam uma em três pessoas no curso de sua vida<sup>53</sup>. Estudos têm indicado que existem diferenças por sexo, apresentando as mulheres maior vulnerabilidade para transtornos mentais comuns<sup>49,54</sup>. Apesar de ocorrerem maiores taxas durante a idade fértil, podem desenvolver distúrbios mentais durante a gestação e no primeiro ano após o parto, porém fatores adicionais como pobreza, migração, estresse extremo, exposição à violência (doméstica, sexual e de gênero), situações de conflito, de emergência,

---

desastres naturais, e baixo suporte social predis põem os riscos para essas doenças específicas<sup>64</sup>.

Entende-se por Transtornos Mentais Comuns (TMC) condições de saúde envolvendo sintomas psiquiátricos não psicóticos, tais como sintomas depressivos, de ansiedade e somatoformes, que ocasionam incapacidade funcional<sup>55</sup>, embora não preencham os critérios formais para diagnóstico de depressão e/ou ansiedade de acordo com as classificações do DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão)<sup>56</sup>. Devido a questões conceituais e metodológicas relacionadas ao diagnóstico dos distúrbios não psicóticos, encontra-se na literatura científica, distintas nomenclaturas com referência aos mesmos sintomas como: *morbidade psiquiátrica menor* (MPM)<sup>52,54,57</sup>; *transtornos mentais comuns* (TMC)<sup>58-60</sup>; *distúrbios psiquiátricos menores* (PPM)<sup>61</sup>, *transtornos mentais menores* (TMM)<sup>62</sup>, e *transtorno mental não-psicótico* (TMNP)<sup>63</sup>.

De acordo com estudos nacionais, observa-se associação entre TMC e fatores sociodemográficos. Com relação ao sexo, as pesquisas descrevem altas prevalências nas mulheres<sup>52,54,59,60,63</sup> e, para a escolaridade e renda, observa-se relação inversamente proporcional entre estas variáveis e TMC<sup>57,59,60,65</sup>. Além desses, estudo de base populacional realizado por Costa et al<sup>61</sup>, mostrou associação positiva para presença de doença crônica e frequência de consultas médicas.

A saúde mental materna é definida como "*um estado de bem-estar em que a mãe percebe a sua própria capacidade, consegue lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar contribuição para sua comunidade*"<sup>66</sup>. Para esses autores, o conceito é amplo no entendimento da capacidade materna em acessar e responder às suas próprias necessidades e as de seu filho.

---

Historicamente e ainda nos dias atuais, no ambiente familiar, as mães são as principais provedoras de cuidados aos filhos, especialmente nas estruturas socioeconomicamente desfavoráveis. Segundo Claeson e Waldman<sup>67</sup>, nos países em desenvolvimento, os programas para sobrevivência infantil está centrado na figura materna. As estratégias preventivas como aleitamento materno e orientação alimentar infantil, medidas de higiene, imunização entre outras, são principalmente dirigidos às genitoras além de que, também, é esperado delas reconhecer quando a criança está enferma, a prestação de cuidados, busca de ajuda externa, e implementação do tratamento nos casos de adoecimento dos filhos <sup>68</sup>. De acordo com Rahman et al <sup>69</sup>, estes aspectos revelam que o estado mental da mãe é um determinante importante da forma como ela é capaz de realizar essas funções.

Um estudo de revisão sistemática envolvendo o período de 1996-2006, sobre saúde mental materna e crescimento infantil, realizada por Stewart <sup>70</sup>, evidencia que a associação entre sintomas de depressão materna, identificada através do *Self Report Questionnaire* (SRQ), e desnutrição infantil é especialmente forte nas populações de baixo nível socioeconômico. Recentemente, outro estudo com base na análise sistemática das publicações de 2002-2007, revela que a depressão materna afeta negativamente a saúde mental dos filhos, favorecendo a presença de problemas comportamentais, psicopatologia, rebaixamento cognitivo, prejuízos nos autoconceitos, no desempenho social e na regulação emocional <sup>71</sup>.

Uma coorte de crianças, filhos de pais com e sem histórico de sintomas de depressão, foi conduzida por Kramer et al.<sup>72</sup>. Após acompanhamento por um período de 10 anos, os resultados encontrados sugeriram que pais com histórico de depressão aumentaram o risco de problemas de saúde e de internação entre os filhos com sintomas depressivos, e que as ocorrências simultâneas de problemas de saúde gerais e

---

psicológicos entre os filhos podem ter implicações para o tratamento médico. Outro estudo, com delineamento longitudinal, utilizando uma amostra de base populacional, revelou que esses sintomas nas genitoras foi um fator de risco para a saúde infantil<sup>74</sup>. Pesquisas realizadas posteriormente encontraram resultados similares<sup>25-27,74</sup>. A presença de sintomas de depressão materna provavelmente desempenha um papel importante na prestação de cuidado precário, especialmente nos países em desenvolvimento<sup>75</sup>.

Mães que apresentam estado de saúde mental pobre são menos capazes de cuidar de si e de seus filhos<sup>64</sup>, por conseguinte, a saúde da criança pode ser prejudicada através de diversos mecanismos relacionados às práticas do cuidado como diminuição de medidas preventivas e de vigilância da segurança<sup>22-24,39,76</sup>. Contudo, segundo Propper et al.<sup>77</sup>, a saúde física das crianças de mães com sintomas depressivos tem recebido pouca atenção e apesar dos relatos de altos níveis dos transtornos mentais comuns entre as mulheres, estudos relacionando esses fatores com o cuidado da criança necessitam ser explorados pois ainda não está claro o que representa o risco de psicopatologia materna sobre a saúde integral das crianças.

### **2.3 Saúde bucal infantil**

A Organização Mundial de Saúde, através do relatório “*The World Oral Health*”<sup>78</sup>, reforça o entendimento de que a saúde bucal é parte integrante e essencial para saúde geral e fator determinante para o bem-estar do indivíduo. As alterações bucais decorrentes de enfermidades sistêmicas e, por sua vez, condições bucais que repercutem sobre a saúde geral do indivíduo, evidencia essa interrelação. Observa ainda, que doenças bucais restringem as atividades em todo o mundo causando milhões de horas/ano perdidas em escola e trabalho, além de que o impacto psicossocial dessas

---

enfermidades, muitas vezes, diminui significativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados<sup>78</sup>.

Na população infantil, as morbidades mais frequentes que acometem a cavidade bucal são cárie dentária, alterações gengivais e maloclusões. Dentre estas, a cárie dentária é a doença crônica mais comum na infância e a despeito dos avanços técnicos, científicos e sociais, ainda constitui como problema de saúde pública mundial<sup>78, 80 - 82</sup>. Apesar da redução significativa, nas últimas décadas, para indivíduos na fase da dentição permanente, as pesquisas indicam que o declínio dessa doença não foi homogêneo para o grupo de crianças em fase da dentição decídua e que, a prevalência e gravidade ocorrem com desigualdade de distribuição, com maior concentração nos grupos desfavorecidos socialmente<sup>32,33,37, 82 - 86</sup>.

Vários fatores estão envolvidos na determinação da cárie, sendo reconhecida como multifatorial, entretanto, é conceituada como infecciosa e transmissível, associada à presença de microorganismos específicos. Para o seu acontecimento, é imprescindível um determinado tempo de interação entre os fatores biológicos essenciais: superfície dentária (hospedeiro), carboidratos fermentáveis (dieta) e microorganismos cariogênicos (microbiota). Além desses, vários fatores de risco (genéticos, comportamentais, sociais e ambientais) atuam conjuntamente modulando a ocorrência e progressão dessa doença<sup>94</sup>.

A priorização da prevenção e controle é fundamental visto que, com a progressão da doença pode ocorrer quadro de infecção, dor, perda prematura dos dentes, dificuldade de mastigação, com possíveis complicações para a oclusão dos dentes permanentes e fonação<sup>87,88</sup>, somados a efeitos sobre saúde geral e qualidade de vida da criança<sup>89,90</sup>. Além de que, vários estudos têm demonstrado que a saúde na fase de dentadura decídua é forte preditora para as condições na dentadura permanente<sup>91 - 93</sup>.

No Brasil, o levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira em 2002/2003, coordenado pelo Ministério da Saúde, revelou que 27% das crianças brasileiras na faixa etária de 18 a 36 meses apresentaram o índice ceo-d  $\geq 1$  (média de dentes decíduos cariados, extraídos e restaurados em uma população), com elevação para 60% no grupo de 5 anos de idade <sup>79</sup>. O componente “cariado” representou mais de 90% do índice ceo-d para a faixa etária de 18 a 36 meses e para a idade de 5 anos, a representação desse componente foi maior que 80%. Portanto, significa que em média, uma criança brasileira aos 36 meses apresentou, pelo menos, um dente com experiência de cárie dentária (ceo-d=1,1; IC 95% 1,2-1,4) e aos 5 anos esta média aumentou para quase 3 dentes atacados (ceo-d=2,8; IC 95% 2,76-2,84). As alterações gengivais e maloclusões apresentaram prevalências de 6% e 14%, respectivamente, para a idade 5 anos <sup>79</sup>.

A população infantil é reconhecida por apresentar maior susceptibilidade para cárie devido aos aspectos inerentes a faixa etária, tais como: esmalte dentário mais sensível ao ataque cariogênico; maior consumo de carboidratos; dependência do cuidador para realização de práticas de higiene bucal e de alimentação <sup>86,95 - 97</sup>. Além desses, fatores relacionados à aquisição de flora cariogênica são bastante discutidos. A transmissão dos microorganismos (estreptococos do grupo mutans), responsáveis pelo processo inicial dessa doença, segue um padrão vertical intrafamiliar, sendo as mães consideradas como a maior fonte de infecção para seus filhos<sup>98</sup>. Pesquisas demonstram que mães, com a doença em estágio ativo, transmitem precocemente microorganismos cariogênicos para os seus filhos, favorecendo a experiência de lesões cariosas em tenra idade <sup>98,99</sup>. Outra condição que, também, tem sido considerada, são as crianças portadoras de enfermidade sistêmica crônica<sup>35</sup>. O consumo frequente de medicamentos açucarados, na forma líquida ou mastigável por via oral, sem a devida higiene bucal,



---

tem sido associado ao desenvolvimento de lesões cárias<sup>100,101</sup>. Entretanto, de acordo Harris et al<sup>86</sup>, a maior predisposição na infância, pode ser compensada através da adequada higiene e controle no consumo de dieta cariogênica.

Compreender o comportamento da doença cárie nos diferentes grupos humanos requer um grande esforço, uma vez que existem interações de diversos fatores contribuindo para sua ocorrência. Segundo Holst et al.<sup>102</sup>, apesar da literatura relatar a noção de causalidade da cárie restrita ao processo biológico sobre a superfície dental, adverte que isto pode ser suficiente para explicar a doença como um fenômeno. Porém uma causalidade biológica é insuficiente para compreender essa doença e sua variação em populações. Ainda de acordo com os autores, o contexto social exerce influências sobre aspectos comportamentais e psicológicos e, estes últimos, sobre o processo biológico em saúde bucal, observando-se, portanto, que a estrutura e o contexto social influenciam diretamente o nível individual. Por conseguinte, os pesquisadores têm buscado ampliar o entendimento através de investigações de elementos do contexto social, econômico, cultural, ambiental e comportamental. Assim, verificam-se estudos reportando a escolaridade das genitoras<sup>33,85,91,103</sup>, assim como a renda familiar, classe social e ocupação dos pais<sup>32,33</sup> associados à cárie dentária em crianças. Aspectos ambientais como moradia em áreas rurais e urbanas<sup>82,83,104</sup>; teor de flúor na água de abastecimento público<sup>104,105</sup>; domicílios ligados à rede de águas e Índice de Desenvolvimento Humano<sup>82,104</sup>, também têm sido relacionados a cárie na população infantil.

Nos últimos anos, o foco das investigações tem sido direcionado para o entendimento de determinantes comportamentais e psicossociais da doença cárie. Há necessidade de compreender como os aspectos sociais, culturais, ambientais e psicossociais atuam na família afetando os resultados de saúde bucal das crianças<sup>106</sup>. Na

---

tentativa de avançar no conhecimento das disparidades de saúde bucal para grupo de crianças menores de cinco anos, pesquisadores têm dispensado maior atenção à díade mãe/criança<sup>36-39,95,106</sup>. É reconhecido pela comunidade científica que indivíduos, nessa faixa etária, são dependentes de seus cuidadores e, assumindo que mães desempenham este papel, características maternas podem exercer influências sobre a condição de saúde bucal nesse grupo. Estudos mostram que fatores maternos, como: saúde bucal<sup>38,81,107</sup>; idade<sup>97,108</sup>; percepção e comportamentos de saúde, práticas de higiene e alimentação<sup>33,34,83,95,97,105</sup> estão associados à condição de saúde bucal dos filhos. Porém, nas produções científicas atuais, observa-se um movimento de investigação para as associações entre fatores psicossociais maternos e saúde bucal da criança.

Kavanaugh et al<sup>39</sup>, avaliando a associação de sintomas de depressão materna e práticas de prevenção em uma coorte de crianças pré-escolares, encontrou menores taxas de visitas odontológicas e baixa frequência de escovação dentária no grupo de pré-escolar, filhos de mães com sintomas de depressão, em comparação com aqueles de mães com boa saúde mental. Pesquisas recentes<sup>36-38</sup> apontam para associação entre saúde mental materna e presença de cárie dentária em crianças menores de cinco anos. É provável que a falta de saúde mental afete adversamente a capacidade para exercer práticas de promoção da saúde, aumentando assim o risco para seus descendentes<sup>22-24,39</sup>. Atualmente, constata-se concordância entre os pesquisadores quanto à necessidade de inclusão de variáveis psicossociais maternas, além dos fatores de risco tradicionais, em modelos de investigação da condição bucal de crianças menores de cinco anos para melhor esclarecimento das disparidades de saúde<sup>38,39,96</sup>.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

Tradicionalmente, as investigações sobre saúde bucal restringiam-se nos fatores biológicos e ambientais, apresentando resultados preditivos limitados, especialmente em relação à cárie dentária<sup>109</sup>. O reconhecimento de que as bactérias são necessárias, mas não suficientes para causar a doença, concentraram atenção na eliminação ou controle dos micro-organismos através de uso de antibacterianos, escovação dentária e aumento da resistência do esmalte por meios de fluoretos<sup>94</sup>. O aumento do número de localidades com fluoretação da água de abastecimento público e o maior acesso da população aos dentifrícios fluoretados, foram ações atribuídas ao decréscimo na prevalência da cárie. Entretanto, a doença ainda se caracteriza como problema de saúde pública em nível mundial, com maior concentração na população de crianças menores de cinco anos de idade, sendo a maior carga nos grupos desfavorecidos socioeconomicamente<sup>109</sup>. Por conseguinte, identificar outros métodos para reduzir ainda mais os problemas de saúde bucal exige um entendimento abrangente dos fatores que influenciam a saúde, especialmente a infantil.

A causalidade biológica é insuficiente para explicar o comportamento da cárie dentária nas populações, sendo fundamental compreender as influências que o contexto social pode exercer sobre os aspectos comportamentais, psicológicos e biológicos<sup>102</sup>. Porém, o “social” deve ser incluído não como um atributo pessoal, mas sim como o cenário onde ocorrem as interrelações entre os homens, os grupos e as classes sociais, e no qual a cultura, a ciência e outros valores humanos são produzidos<sup>110,111</sup>.

É interessante observar que os indivíduos não são saudáveis ou doentes, mas podem apresentar diferentes graus de saúde ou doença nas suas condições de vida e, ainda, estes níveis de saúde/doença podem variar dependendo da quantidade, da

---

combinação, da importância e do significado de fatores que o determinam e, das possibilidades dos indivíduos enfrentá-los<sup>112</sup>. Assim sendo, constituem-se saúde e doença elementos sociais e biológicos e, de acordo com Pereira<sup>113</sup>, ao analisar a ocorrência e distribuição dos agravos nas populações, observa-se que a enfermidade, ao individualizar-se em determinados organismos biológicos é, na maioria das vezes, uma consequência de serem esses organismos membros participantes de determinadas relações sociais.

Para Castellanos<sup>114</sup>, cada indivíduo, família, comunidade e grupo populacional, apresentam necessidades e riscos que lhes são característicos, seja por atributos individuais, localização geográfica e ecológica, cultura e nível educativo, ou pela sua inserção socioeconômica. Essa situação se traduz em um perfil de problemas de saúde/doença, os quais podem favorecer ou dificultar sua realização como indivíduo e como projeto social.

O modelo da determinação social da saúde tem enriquecido as pesquisas epidemiológicas em saúde bucal, revelando um entendimento diferenciado e ampliado, não restrito ao aspecto biológico que, embora tenha irrefutável importância, mostra-se insuficiente para explicar as desigualdades existentes nesta área. Assim, nesse contexto, verifica-se uma nova fase de produção de estudos empíricos com abordagens sobre a importância do ambiente familiar na ocorrência de problemas bucais na infância. Estudos mostram que condições socioeconômicas, como escolaridade dos genitores, ocupação dos pais e classe social associam-se às principais patologias bucais nesta fase da vida, como a cárie dentária e a má-oclusão<sup>33,37,86</sup>. A realização de um estudo multicêntrico, envolvendo 17 países, revelou que as crenças e atitudes dos pais desempenham um papel fundamental na moderação do comportamento em saúde bucal relacionadas com crianças e na determinação de cáries na dentição decídua<sup>115</sup>. Observa-

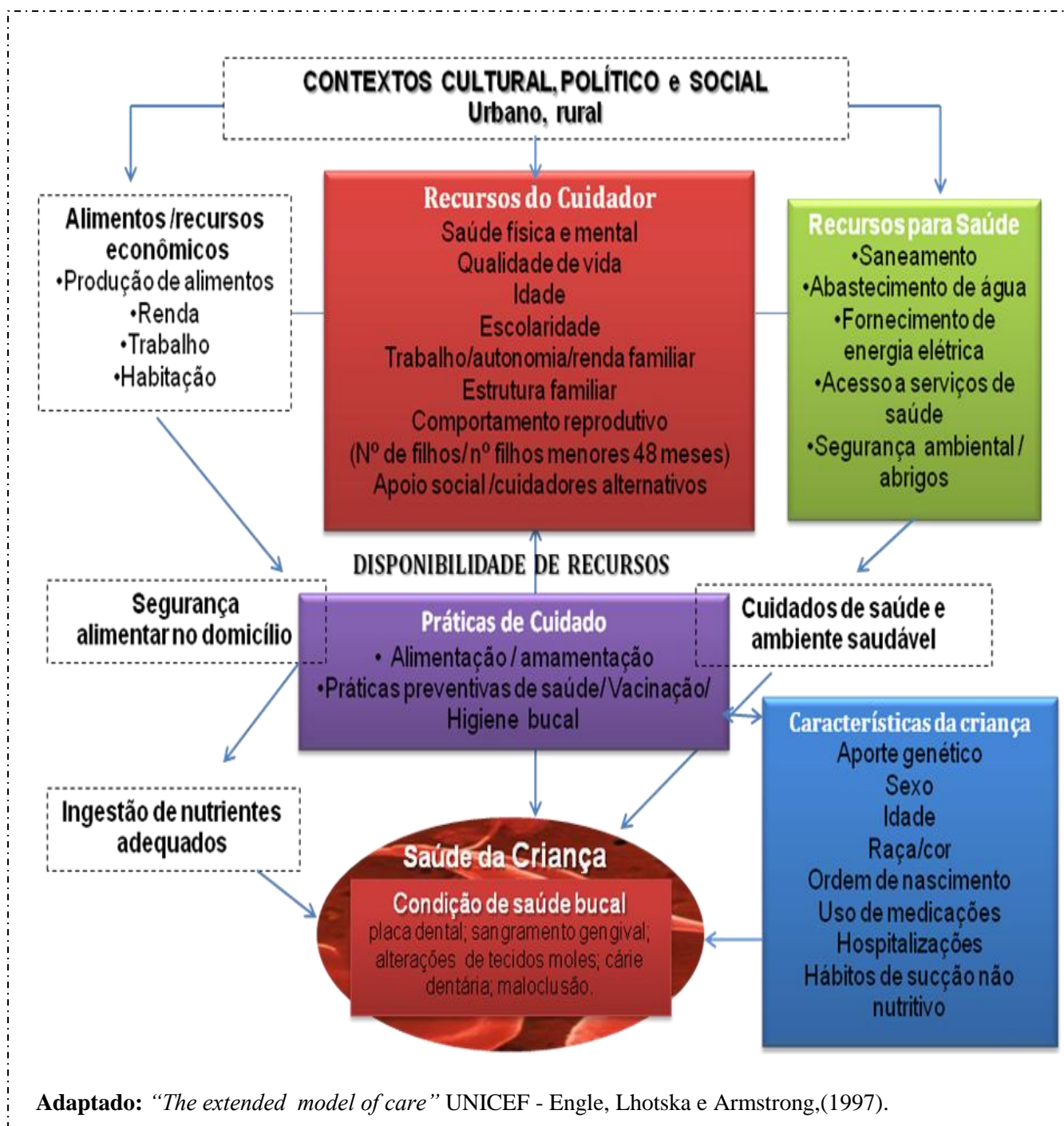
---

se, portanto, que as representações e práticas maternas acerca do processo saúde/doença bucal infantil sofrem grandes influências culturais, sendo estas definidas pela posição da mãe na estrutura social <sup>116</sup>. Pesquisas têm revelado que a qualidade de vida das mães <sup>117</sup> e disfunções familiares <sup>36</sup>, caracterizadas pela presença de depressão materna e/ou alcoolismo na família, interferem na saúde bucal dos filhos.

No núcleo familiar, o papel da mãe merece destaque pela sua capacidade de cuidar e de influenciar a aquisição da competência social <sup>118,119</sup>. Por conseguinte, esse papel é relevante para a criança, especialmente na faixa etária de zero a cinco anos de idade, visto que, necessitam de outros para sobreviver, é nesse ambiente que poderá receber carinho, amor, educação e o cuidado com sua alimentação, higiene, segurança e medicação quando necessário, etc. Dentro dessa perspectiva de adequação do cuidado, Engle, Lhotska e Armstrong <sup>120</sup>, desenvolveram um modelo conceitual para dar suporte às investigações de sobrevivência e desenvolvimento infantil utilizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Para esses autores, o cuidado é entendido como um conjunto de práticas realizadas pelo cuidador e que podem influenciar na saúde da criança. Entretanto, para a realização dessas práticas, o cuidador necessita de recursos como uma adequada educação, conhecimento e crenças, saúde física e mental, ausência de estresse, autoconfiança, autonomia e controle de recursos dentro do lar, cargas de trabalho adequadas, disponibilidade de tempo e apoio social dos membros da família e da comunidade. A educação, conhecimento e crenças representam a capacidade dos cuidadores de prestar cuidados adequados. A saúde física e mental do cuidador (incluindo a autoconfiança e falta de estresse e depressão) representam fatores individuais que facilitam a tradução da capacidade de comportamento e, finalmente, a autonomia, a carga de trabalho e suporte social são condições facilitadoras da família e da comunidade.

---

Considerando a influência da determinação social da saúde, os resultados de investigações sobre saúde bucal e adaptando o “modelo conceitual expandido de cuidado” da UNICEF <sup>75</sup>, desenvolvemos o diagrama do quadro teórico desse estudo (Figura 1), entendendo que a condição de saúde bucal infantil é influenciada pelas características intrínsecas da criança, porém é mediada pela adequação do cuidado, o qual, depende das habilidades ou capacidades maternas, frutos de conhecimento e crenças, apoio social, renda, autonomia e saúde física e mental, que por sua vez, estão interrelacionadas pelo contexto cultural, político e social.



**FIGURA 1** - Diagrama do modelo teórico

## ARTIGO 1

**Saúde mental materna e saúde bucal de crianças com doença falciforme: perfil epidemiológico.**

*Maternal mental health and oral health of children with sickle cell disease: epidemiological profile.*

**Doutoranda: Maria Goretti Silva Brito**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Isabel Pereira Vianna**

Instituto de Saúde Coletiva – UFBA.

Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela

Cep: 40.110-040 - Salvador – BA, Brasil.



---

## RESUMO

Objetivou-se, no presente estudo, descrever o perfil epidemiológico de doentes faciformes e respectivas mães, quanto aos aspectos demográficos, socioeconômicos, psicossociais maternos, condição e severidade da doença falciforme e de saúde bucal, em crianças de 6 a 71 meses de idade, acompanhadas em uma unidade de referência do Estado da Bahia, no período de agosto de 2007 a julho de 2008. Constituiu-se uma amostra com 663 pares mães/crianças. Realizaram-se entrevista materna e exame clínico bucal das crianças. Questionários padronizados proveram informações demográficas, socioeconômicas e de saúde. Alteração psicossocial e qualidade de vida materna foram investigadas através dos instrumentos SRQ-20, escala CAGE e WHOQOL-bref. Critérios e índices adotados no levantamento epidemiológico nacional (Projeto SB2000) foram utilizados para condição de saúde bucal. A população estudada apresentou condições de moradias aceitáveis, acesso precário aos serviços odontológicos e baixa renda. As características maternas mostraram: baixa escolaridade, suspeita de transtorno mental comum em 32,28% das genitoras, insatisfação com a qualidade de vida (50,68%) e condição de única cuidadora de seus filhos (80,54%). As crianças, doentes falciformes, apresentaram média de idade 33 meses (DP= ±17,04), sexo masculino (50,68%) e origem predominante do interior do Estado da Bahia (70,59%). Eventos de hospitalização ocorreram em 37,86% das crianças e os genótipos predominantes foram HBSS e HBSC. A condição de saúde bucal mostrou presença de biofilme bacteriano visível (61,09%) e sangramento gengival em 23,53% das crianças examinadas. Frequência de cárie dentária de 22,47%, com surgimento de lesões cariosas na faixa etária de 6 a 32 meses. A proporção de hábitos de sucção não nutritiva foi elevada (68,93%) e observou-se ocorrência de maloclusão em 29,14% daquelas com dentição decídua completa. O perfil epidemiológico de crianças com doença falciforme, nesse estudo, ressalta a vulnerabilidade da própria condição falcêmica e suas repercussões no ambiente familiar. Outras investigações são necessárias, com metodologias distintas, para prover informações e aprofundar o conhecimento na área da saúde bucal, desse grupo específico.

**Palavras chave:** doença falciforme; saúde mental; saúde bucal; pré-escolar; epidemiologia.

---

**ABSTRACT**

The objective of this study, was describe epidemiological profile of children with sickle cell disease and their mothers, demographic, socioeconomic, psychosocial maternal condition and severity of sickle cell disease and oral health in children 6 to 71 months of age, monitored in a reference unit of Bahia, from August 2007 to July 2008. The sample was composed by 663 pairs of mothers/ children. Mother's interviews and children's clinical oral examination were carried out. Standardized questionnaires provided demographic, socioeconomic and health information. Maternal psychosocial changes and quality of life was investigated by SRQ-20, CAGE scale and WHOQOL-bref. Criteria and indices adopted in a national epidemiological survey (Project SB2000) were used for oral health condition. The population studied had acceptable housing conditions, poor access to dental services and low income. The maternal characteristics showed: poor education, suspicion of common mental disorders in 32.28% of mothers, dissatisfaction with the quality of life (50.68%) and single caregiver for their children (80.54%). The children, sickle cell patients, had a mean age of 33 months (SD = ± 17.04) males (50.68%) and predominant origin from Bahia (70.59%). Hospitalization events occurred in 37.86% of children and HBSC and HBSS genotypes were predominant. The oral health status showed visible bacterial biofilm (61.09%), gingival bleeding in 23.53% of children. Frequency of dental caries was 22.47%, with appearance of carious lesions in age from 6 to 32 months. The proportion of non-nutritive sucking habits was high (68.93%) and observed occurrence of malocclusion in 29.14% of those with full deciduous dentition. The epidemiological profile of children with sickle cell disease, highlights vulnerability of their sickle cell condition and effects on their family environment. Further investigation is needed, with different methodologies, to provide information and increase knowledge in oral health area health of this specific group.

**Key words:** sickle cell disease, oral health, pre-school, epidemiology

## Introdução

Doença falciforme (DF) é a denominação usada para caracterizar uma doença genética, causada pela presença de hemoglobina S (HbS) nas hemácias de um indivíduo e com maior ocorrência em negros. A formação dessa hemoglobina é devido a uma mutação e, em determinadas condições, sofre polimerização ocorrendo uma alteração morfológica do eritrócito que adquire a forma de foice. Como consequência das alterações físicas e químicas, ocorre dificuldade na transposição do diâmetro dos capilares na microcirculação e maior adesão dessas células alteradas na parede dos vasos sanguíneos, favorecendo a formação de trombos<sup>1,2</sup>. Por conseguinte, a oclusão dos vasos provoca isquemia e crises dolorosas ao longo de toda a vida do indivíduo acometido, com dano tecidual e funcional progressivo em órgãos e sistemas, maior susceptibilidade a acidente vascular cerebral e infecções com consequente risco de vida, notadamente, nos primeiros cinco anos de vida<sup>3-6</sup>. Além desses processos, as células falcizadas são precocemente destruídas, ocorrendo o desenvolvimento de anemia hemolítica crônica<sup>6-8</sup>. Os efeitos desses fenômenos, que caracterizam as crises falcêmicas, variam em intensidade e requerem, frequentemente, atendimento hospitalar<sup>9</sup>.

Para expressar a doença, é preciso que o gene alterado seja transmitido pelo pai e pela mãe. Quando a transmissão ocorre apenas por um dos pais, o filho será portador do traço falciforme (HbAS). Porém, quando herda de ambos os pais o gene alterado, ocorre a condição mais grave que é a homozigótica (HbSS), conhecida como Anemia Falciforme ou Depranocitose. A hemoglobina S, ainda pode combinar com outras, e gerar a hemoglobinopatia SC, S-β Talassemia, entre outras<sup>10</sup>. Apesar das particularidades que as distinguem e dos graus variados de gravidade, a evolução dessa

---

enfermidade de natureza crônica degenerativa, são determinadas pelas características genéticas, porém influenciadas por fatores socioeconômicos e ambientais que repercutem na evolução e prognóstico através de variantes como acesso a cuidados gerais de saúde, educação, condições adequadas de moradia e de alimentação <sup>2,6</sup>.

Em virtude da alta morbidade e mortalidade precoce decorrente dessa doença, foi implantado no Brasil, a partir de 2001, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)/Teste do Pezinho para hemoglobinopatias<sup>11</sup>. Segundo informações desse Programa, nascem no Brasil cerca de 3.500 crianças/ano com DF ou 1/1.000 nascidos vivos. A distribuição na população é heterogênea, ocorrendo prevalência mais alta nos estados com maior predominância de afrodescendentes. Apresenta um recorte social concentrado entre os mais pobres e 25% das crianças não alcançam 5 anos de vida se não tiverem acompanhamento médico adequado <sup>12</sup>. Observa-se ainda que, dentre as regiões brasileiras, a Nordeste e a Sudeste apresentam maiores prevalências tanto da condição de portador do traço falcêmico como de doentes falciformes <sup>12</sup>.

No Estado da Bahia, o Serviço de Referência para Triagem Neonatal da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) - Salvador ocupa-se da detecção, confirmação diagnóstica e acompanhamento dos casos de hemoglobinopatias. Com base nessa Instituição, os dados epidemiológicos estaduais no ano de 2003 demonstraram uma incidência de 1/17 para portadores do traço e 1/650 para doença falciforme <sup>13</sup>.

Considerando o fato da DF ser uma síndrome que compromete diversos sistemas do corpo humano, é imprescindível um cuidado contínuo que requer uma atenção integral multidisciplinar e multiprofissional além do grande envolvimento familiar <sup>14,15</sup>. Apesar da inexistência de tratamento específico, objetiva-se aumentar a expectativa e a

---

qualidade de vida dos indivíduos afetados, através de diagnóstico precoce e cuidados gerais de saúde <sup>16</sup>.

A saúde bucal é parte integrante e essencial para saúde geral e fator determinante para o bem estar do indivíduo <sup>17</sup>. Na população infantil, as morbidades mais frequentes que acometem a cavidade bucal são cárie dentária, alterações gengivais e maloclusões.

A cárie dentária é uma enfermidade que se caracteriza por etiologia multifatorial envolvendo microorganismos específicos, dieta alimentar e a estrutura dentária, porém fatores socioeconômicos, comportamentais, ambientais, psicossociais e condição sistêmica também estão associados a essa doença. No Brasil, o levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira (2002/2003), mostrou que 27% das crianças na faixa etária de 18 a 36 meses apresentaram o índice ceo-d  $\geq 1$  (média de dentes decíduos cariados, extraídos e restaurados), com elevação para 60% no grupo de 5 anos de idade. O componente “cariado” representou a maior frequência na composição do índice <sup>18</sup>.

A prevalência de alterações gengivais (presença de sangramento) na população de crianças brasileiras aos cinco anos de idade foi de 6,38% <sup>18</sup>. O sangramento gengival espontâneo, manifestado durante a escovação dentária e/ou exame de sondagem gengival, representa o primeiro sinal clínico de agressões sobre os tecidos periodontais. Essas alterações são decorrentes do acúmulo de biofilme bacteriano, sobre as estruturas dentárias, e representa um fator etiológico capaz de produzir irritantes locais que afetam o periodonto de proteção, causando a gengivite.

As maloclusões são “*desvios de normalidade das arcadas dentárias, do esqueleto facial ou de ambos, com reflexos variados tanto nas diversas funções do aparelho estomatognático quanto na aparência e auto-estima dos indivíduos afetados*”

<sup>19</sup>. Nas crianças brasileiras, aos cinco anos de idade, a ocorrência de problemas oclusais

---

moderados ou graves foi de 14,5% (mordidas abertas, cruzadas, sobremordidas e sobresalências)<sup>18</sup>. Essas anomalias, na população infantil, têm sido associadas a fatores antropométricos e nutricionais<sup>20, 21</sup>, socioeconômicos<sup>22</sup>, hábitos bucais<sup>21,23,24</sup>, dentre outros.

Recentemente, foram divulgados resultados parciais do “*Projeto SB Brasil 2010*”<sup>25</sup> revelando melhorias no campo da saúde bucal, entretanto, para crianças em fase da dentadura decídua, a cárie dentária continua sendo o agravo mais prevalente, com desigualdade de distribuição e maior ocorrência nos grupos desfavorecidos socialmente<sup>26-31</sup>. Por conseguinte, é necessário ações nas políticas públicas de saúde que priorizem a prevenção e controle nessa fase de vida da criança, visto que, com a progressão dessa enfermidade pode ocorrer quadro de infecção, dor, perda prematura dos dentes, dificuldade de mastigação, com possíveis complicações para a oclusão dos dentes permanentes e fonação<sup>32,33</sup>, comprometendo a saúde geral e qualidade de vida<sup>34,35</sup>.

Em relação à condição bucal dos doentes falciformes, tem sido recomendada a prevenção de complicações odontológicas devido a predisposição para crises falcêmicas<sup>10,36,37</sup>. Entretanto, verifica-se carência de investigações para o conhecimento do perfil epidemiológico nessa população. A literatura apresenta alguns estudos com informações de que as repercussões da doença falciforme, na cavidade bucal, não são patognômicas e os sinais mais frequentes são palidez da mucosa, atrofia das papilas da língua, atraso na erupção dos dentes, transtornos na mineralização do esmalte e da dentina<sup>38-41</sup>. Algumas pesquisas, em adultos e adolescentes, têm apontado para maior susceptibilidade a cárie dentária<sup>42</sup> e presença de maloclusão devido à protrusão da maxila, provavelmente relacionada ao aumento da atividade da medula óssea nesses indivíduos<sup>43,44</sup>. O sintoma bucal mais relatado é a dor, que, na maioria dos casos, é

---

precedida por crises de falcização e podem ser acompanhadas de neuropatia do nervo mentoniano, parestesia do lábio inferior<sup>45,46</sup> e alteração da microcirculação óssea e pulpar, causando pequenas áreas de necrose com possível evolução para mortificação da polpa dentária<sup>47</sup>.

Devido ao comprometimento sistêmico do doente falciforme, é grande o cuidado em saúde que deve ser dispensado desde a infância. Considerando a relevância da condição de saúde bucal para essa população e a lacuna de conhecimento existente nessa área, propõe-se a descrever o perfil epidemiológico desse grupo específico, quanto aos aspectos socioeconômicos, demográficos e psicossociais maternos e condição e gravidade da doença falciforme e de saúde bucal, em crianças de 6 a 71 meses de idade, acompanhadas em uma unidade de referência do Estado da Bahia, no período de agosto de 2007 a julho de 2008.

## **Métodos**

Trata-se de estudo com delineamento transversal, de natureza descritiva, que caracteriza o perfil epidemiológico de crianças falcêmicas, acompanhadas em uma unidade de referência do Estado da Bahia.

Considerando a especificidade da população de estudo, crianças com doença falciforme (DF), oriundas de diversos municípios do Estado e a dificuldade de seleção aleatória das mesmas, constituiu-se uma amostra estabelecendo-se que todos os indivíduos com diagnóstico de DF e suas respectivas mães, atendidos no Serviço de Referência de Triagem Neonatal (SRTN) da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) - Salvador, entre agosto de 2007 e julho de 2008, seriam convidados a participar do estudo. Os critérios de elegibilidade para as crianças foram: consentimento de participação através de assinatura do Termo de Consentimento Livre

---

Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis do menor, residir no Estado da Bahia, ter idade entre 6 e 71 meses e, pelo menos, um dente decíduo irrompido na cavidade bucal. A exclusão foi estabelecida para crianças falcêmicas com outras doenças sistêmicas que pudessem interferir no crescimento e desenvolvimento. Os dados foram obtidos através de entrevista e exame bucal infantil, coletados na Instituição supracitada. Todos os menores participaram com seus familiares de atividades de promoção de saúde bucal – escovação supervisionada, orientação de higiene oral e receberam insumos (escova dental e dentifrício), independente da participação na pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada por equipes de estudantes de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade da Bahia (FOUFBA) e por uma docente (proponente desse estudo, mestre em odontopediatria), os quais foram submetidos a um treinamento para aplicação do questionário e padronização para os critérios de diagnósticos. No último turno da calibração analisou-se a variação interexaminador utilizando-se o cálculo do índice Kappa ponderado, obtendo-se valores 0,65 – 0,71, que estão adequados para inquérito epidemiológico<sup>48</sup> e, de acordo com Landis & Koch<sup>49</sup>, representa “boa concordância”.

Por meio das entrevistas com as respectivas mães, através de questionário padronizado desenvolvido para esta investigação, obtiveram-se as informações referentes aos seguintes aspectos: 1) *Recursos para Saúde* – características ambientais e demográficas (posse da residência, tipo de construção, número de cômodos e de pessoas no domicílio, número de eletrodomésticos, acesso à energia elétrica, abastecimento de água, tratamento da água de beber, coleta de lixo, esgotamento sanitário e acesso a serviço odontológico); 2) *Recursos do Cuidador* – características sociodemográficas (idade, escolaridade, atividade remunerada e situação conjugal materna, renda familiar, chefe da família, número de filhos e os filhos na faixa etária da criança do estudo);



---

características psicossociais maternas (qualidade de vida, transtorno mental comum e alcoolismo); 3) *Práticas de Cuidado* (cuidado diário e local de permanência da criança durante o dia, aleitamento natural ou artificial, calendário vacinal, uso de medicamentos e higiene bucal infantil); 4) *Características das Crianças* - aspectos sociodemográficos (idade, naturalidade, sexo, cor da pele e ordem de nascimento); e condição de saúde sistêmica (genótipo para falcemia, sintoma de dor, internação hospitalar e transfusão sanguínea devido a DF).

Para avaliação da qualidade de vida materna, aplicou-se o WHOQOL-bref, instrumento proposto pela Organização Mundial de Saúde e validado para o português por Fleck et al.<sup>50</sup>. Neste trabalho foram definidas duas categorias: *satisfatório* e *insatisfatório*, a partir da média obtida para cada domínio (físico, psicológico, relações social e meio ambiente). A suspeita de transtorno mental comum (TMC) foi verificada através da aplicação do instrumento *Self Report Questionnaire*, versão SRQ-20, recomendado pela Organização Mundial de Saúde<sup>51</sup>, para triagem de transtorno mental não psicótico, em estudos comunitários e em atenção primária a saúde. As respondentes foram divididas em dois grupos de acordo com os escores do SRQ-20: *não suspeita de TMC* (escore igual ou menor que sete) e *suspeita de TMC* (igual ou maior que oito). Este instrumento foi validado na versão brasileira por Mari & Williams<sup>52</sup> e, para o ponto de corte utilizado nesse estudo, apresenta em mulheres, sensibilidade de 89,3% e especificidade de 86,3% de acordo com estudos de Gonçalves et al.<sup>53</sup>. Para a identificação de uso abusivo de álcool, foi aplicada a escala CAGE (Cut down/ Annoyed/ Guilty/ Eye-opener Questionnaire), considerando-se positivo a resposta sim em duas ou mais questões, validado na versão brasileira por Masur & Monteiro<sup>54</sup>.

Após entrevista presencial, procedeu-se exame clínico para avaliação da condição de saúde bucal infantil. As informações foram registradas em uma ficha clínica

elaborada para esta pesquisa. O exame foi realizado sob iluminação ambiente e a posição adotada foi “*joelho com joelho*”<sup>55</sup>. No primeiro momento, registrou-se presença/ausência de placa dental visível e, em sequência, realizou-se escovação dentária – com escova e creme dental – e registro de presença/ausência de sangramento gengival provocado pela escovação, de acordo com critérios adotados para estudos em menores de cinco anos<sup>56,57</sup>. A avaliação da condição dentária quanto a doença cárie, anormalidades dento-faciais e alterações de tecidos moles foram realizadas de acordo com os critérios e índices adotados no levantamento epidemiológico *Projeto SB Brasil*<sup>58</sup>.

Realizou-se a análise descritiva das variáveis de interesse, obtendo-se para as variáveis categóricas frequências absolutas e relativas, e para as variáveis contínuas, medidas de tendência central e de dispersão. A estruturação do banco de dados foi realizada no Epi-Info, versão 6.04<sup>59</sup>, para o cálculo dos escores WHOQOL-bref utilizou-se planilha Excel<sup>60</sup>, com base na sintaxe proposta pelo Grupo WHOQOL. A análise dos dados foi conduzida utilizando-se o programa estatístico STATA<sup>®</sup>, versão 10.0<sup>61</sup>.

O projeto desta pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos - Universidade Federal da Bahia (Protocolo CEP: 014/2007) e do Núcleo de Pesquisa Científica da APAE- Salvador-Bahia (Nº do parecer: 06/2007).

## **Resultados**

Todas as crianças com Doença Falciforme (DF), que compareceram as consultas hematológicas no Serviço de Referência de Triagem Neonatal - APAE-Salvador, no período de agosto 2007 a julho 2008, foram convidadas a participar do estudo. Após

---

esclarecimentos e assinatura do TCLE, pelos respectivos responsáveis, compôs-se uma população de 704 crianças e aplicados os critérios de elegibilidade, constituiu-se a população de estudo com 663 indivíduos (Figura 1).

As entrevistas foram realizadas com as mães biológicas (91,70%). No caso de ausência dessas (8,30%), por falecimento, abandono ou outros, as avós responderam aos questionários por relatarem assumir o papel materno de forma permanente.

De acordo com os dados da Tabela 1, as famílias moravam em residência própria (68,33%), construída com tijolo e rebocada (70,59%), com cinco cômodos ou mais (55,52%), onde conviviam menos de cinco pessoas (56,26%) com três ou menos eletrodomésticos (64,71%). As moradias apresentaram recursos de energia elétrica (85,37%), abastecimento de água através de rede pública (79,18%) água de beber tratada (77,83%) coleta pública do lixo (72,40%) e ligação com a rede pública para esgotamento sanitário (49,47%). Do total de criança, 308 (46,46%) nunca tiveram acesso à atenção odontológica, porém 313 (47,21%) receberam orientação educativa e 64,40% das mães disseram ter recebido informações relacionadas à higiene bucal infantil.

A média da idade materna foi de 27,04 anos ( $DP = \pm 6,12$ ), sendo que 50,09% não concluíram o ensino fundamental, não exerciam atividade remunerada (68,93%), possuíam união estável com o companheiro (69,38%), relataram renda familiar menor que um salário mínimo (44,64%) e reconhecia o companheiro como chefe da família (61,09%). A mediana do comportamento reprodutivo das genitoras foi de 2 filhos, com valor mínimo de 1 e máximo de 9 filhos, e 73,30% não apresentavam outros filhos na mesma faixa etária das crianças do estudo (Tabela 2).

As avaliações acerca das características psicossociais maternas (Tabela 2) revelaram 32,28% de suspeita de transtorno mental comum (SRQ-20) e 14,63% de

indício de uso abusivo de álcool (CAGE). Quanto a qualidade de vida (Whoquol-Bref), observou-se que o *domínio relações sociais* apresentou maior percentual de satisfação (55,96%), entretanto, a auto avaliação de *qualidade de vida* revelou insatisfação para 50,68% da população estudada.

Com relação às *práticas de cuidado* infantil (Tabela 3), os resultados mostraram as próprias mães biológicas como a principal cuidadora (80,54%), permanência diária das crianças em seus domicílios (71,04%) e que os percentuais de aleitamento materno (87,63%) inclusive durante a noite (84,31%) foram elevados. Observou-se cuidado com imunização, representado pelo calendário vacinal atualizado (86,73%) e uso regular dos medicamentos (92,75%) requerido pela condição falciforme. As cuidadoras referiram realizar higiene bucal dos filhos (91,25) e utilizar, para esse fim, escovas com ou sem creme dental (78,58%).

As crianças caracterizaram-se por apresentar média de idade de 33 meses (DP=  $\pm 17,04$ ), com origem predominante do interior do Estado da Bahia (70,58%), sexo masculino (50,68%), cor da pele preta ou parda (86,27%) e na ordem de nascimento o segundo em diante (54,60%). No que se refere a condição falciforme, ocorreu maior frequência do genótipo HbSC (44,04%), seguido da forma HbSS (42,38%). Quanto à ocorrência de eventos clínicos relacionados a essa doença de base, ocorreram relatos de dor (50,38%), internação hospitalar (37,86%) e transfusão sanguínea (17,95%). A avaliação clínica da condição de saúde bucal revelou presença de biofilme dental visível (61,09%) e sangramento gengival após escovação dentária em 23,53% das crianças. A ocorrência de lesão cariiosa foi de 22,47% e o ceo-d médio de 0,93 (DP=  $\pm 2,26$ ). Entretanto, ao investigar por faixas etárias, observou-se que, nas crianças de 6 a 32 meses, o ceo-d foi de 0,18 (DP =  $\pm 0,94$ ) e de 33 a 71 meses, ceo-d de 1,76 (DP=  $\pm 2,91$ ). Na maior parte da população estudada não foi encontrada

---

alteração nos tecidos moles bucais (87,48%), porém quando presentes (10,71%) observou-se palidez das mucosas, atrofia das papilas da língua e, por vezes, lesões decorrentes de candidíase e estomatite herpética. O hábito de sucção digital ou de chupeta foi de 68,93%. A dentadura decídua apresentou-se completa, presença de 20 dentes decíduos, em 374 (56,41%) dos indivíduos examinados e desses, 29,14% apresentaram maloclusão (Tabela 4).

### **Discussão**

A população estudada apresentou condições de moradias aceitáveis, acesso precário aos serviços odontológicos e baixa renda. As mães tiveram baixa escolaridade, comprometimento de aspectos psicossociais pela suspeita de transtorno mental comum e insatisfação com a qualidade de vida e eram, na maior parte das vezes, única cuidadora de seus filhos. As crianças, doentes falciformes, apresentaram eventos de hospitalização e os genótipos predominantes foram HBSS e HBSC. A condição de saúde bucal dessa população infantil revelou higiene bucal deficiente, evidenciada pelo alto percentual de biofilme bacteriano visível e sangramento gengival. A frequência de cárie dentária foi de 22,47%, com surgimento de lesões cariosas numa faixa etária precoce, 6 a 32 meses. A proporção de hábitos de sucção não nutritiva foi elevada e observou-se ocorrência de maloclusão em 29,14% daqueles com dentição decídua completa.

Os achados do presente estudo que se referem aos *recursos para saúde* - condições sociodemográficas e ambientais - das famílias de crianças falciformes, são concordantes com a literatura nacional e internacional<sup>62-65</sup>.

Apesar dos indicadores sociais das condições de vida dos negros e pardos brasileiros, registrarem melhorias entre 1996 e 2006, ainda observa-se baixos índices

---

epidemiológicos evidenciando a vulnerabilidade social nesses grupos<sup>66</sup>. A maior parte dos afrodescendentes e, conseqüentemente, os doentes falciformes, vivem em regiões mais pobres das cidades que, geralmente, apresentam precariedade das condições ambientais no que diz respeito a saneamento básico, qualidades do ar, da água, de transporte urbano e maior índice de violência, entre outros<sup>2</sup>. Em um estudo americano, endereços de rua foram usados como um *proxy* para o nível de renda. Os resultados mostraram condições socioeconômicas desfavoráveis de negros americanos e associação com pior qualidade de vida das crianças com DF<sup>64</sup>.

Embora os caracteres hereditários e adquiridos determinem a gravidade dessa enfermidade, os fatores socioeconômicos e ambientais influenciam a variabilidade clínica e prognóstico<sup>64,65,67</sup> através de variantes como: acesso a serviços de saúde, diagnóstico precoce, tratamento rápido de complicações, alimentação e água de boa qualidade, acesso a saneamento básico e, portanto, menor exposição a infecções, além de melhores condições de vida das famílias<sup>2,6,68</sup>.

Segundo Naoum<sup>2</sup>, um exemplo específico da repercussão de condições ambientais sobre os doentes falciformes, é a oxidação da hemoglobina S por gases poluentes, assim como por alimentos e água contaminados por nitritos e microorganismos provenientes de dejetos humanos e de animais. Nessa pesquisa, verificou-se, um menor percentual de famílias que utilizavam água de poços ou nascentes, não tratavam a água de beber, praticavam a queimada do lixo e utilizavam fossas ou outras formas para destino dos seus dejetos. Acredita-se que essas famílias sejam provenientes do interior do estado e, notadamente, de áreas rurais.

Outro aspecto relevante, é que pequenos municípios e áreas rurais apresentam dificuldade para o diagnóstico e gestão de assistência das hemoglobinopatias<sup>62,69</sup>.

---

Observou-se nesse estudo, que a maior parte das crianças falcêmicas residia no interior do Estado.

O acesso aos serviços de saúde é de extrema importância para o falcêmico devido à fisiopatologia da doença. Dentro da linha de cuidado, a saúde bucal faz parte da atenção primária e de acordo com o protocolo de Condutas Básicas na DF<sup>70</sup>, a avaliação dentária deveria ocorrer semestralmente. Os resultados, dessa pesquisa, revelaram que um grupo de crianças teve acesso à orientação educativa em saúde bucal por iniciativa filantrópica da Instituição (APAE). No que se refere a atendimentos preventivos e restauradores, o percentual foi extremamente baixo indicando a dificuldade de acesso aos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, há que ser considerado o despreparo dos profissionais de saúde para a atenção a esses pacientes, conforme mostram estudos nessa área<sup>71,72</sup>.

A educação, conhecimento e crenças representam a capacidade dos cuidadores de prestar cuidados adequados<sup>73</sup>. Nessa investigação, a maior parte das mães não concluiu o ensino fundamental e, um pequeno percentual, revelou não saber ler. As famílias de indivíduos com DF vivem em situação de pobreza e apresentam baixa escolaridade ou ausência dela<sup>74,75</sup>, fato que dificulta o entendimento das orientações transmitidas pelos profissionais, no que diz respeito aos cuidados com a saúde e às leis que garantem seus direitos<sup>74</sup>.

Os episódios de dor na criança durante as crises vaso-oclusivas, no curso da enfermidade falciforme, tem sido um evento de grande impacto emocional para as mães<sup>76</sup>. Entretanto, a dificuldade financeira, pouco envolvimento do companheiro, as demandas dos outros filhos, a falta de trabalho, frequência dos exames e hospitalizações, sentimentos de insegurança na assistência para a criança e o temor da perda do filho, são alguns dos fatores que têm contribuído para a sobrecarga

---

favorecendo desequilíbrios psicossociais e comprometendo a qualidade de vida materna<sup>64, 76 – 81</sup>. No presente estudo, as mães revelaram insatisfação com a qualidade de vida e observou-se frequência significativa de suspeita de transtorno mental materno.

As influências de desajustes psicossociais maternos na saúde dos filhos têm sido evidenciadas através da prestação de cuidados precários<sup>82-83</sup>, com repercussão para saúde física<sup>84 - 87</sup> e psicossocial da criança<sup>88 - 90</sup>.

As mães são encarregadas da responsabilidade de gerir o cuidado de seus filhos, doentes falciformes que, até a idade de cinco anos, são de grande exigência, como: uso regular de profilaxia antibiótica; imunização especial, além da requerida para a faixa etária; exames periódicos; palpação do baço para identificação precoce de intercorrência clínica; e reconhecimento de sinais de dor e de infecção para administrar as medicações orientadas pela equipe de saúde. Todas essas, ademais dos cuidados da hidratação, alimentação e higiene diária, são imprescindíveis no controle da enfermidade, especialmente na prevenção de infecções e outras comorbidades<sup>68,91-93</sup>.

Telfer<sup>93</sup>, salienta a importância de avaliar a capacidade dos pais na prestação dos cuidados e apoio aos filhos falcêmicos, considerando fatores socioeconômicos, bem como o nível de envolvimento e compreensão sobre a doença, visto que, tem sido observado comportamento de negação do diagnóstico, com recusa para revelar a outros membros da família, adesão irregular de medicação profilática (especialmente por via oral), frequência irregular nas visitas ambulatoriais e tendência para subestimar a importância da condição.

Com relação às práticas de cuidado, os relatos das mães no presente estudo, foram adequados ao uso regular de medicação e cobertura vacinal. Por outro lado, o aleitamento noturno (natural e/ou artificial) referido “presente” para grande parte das



---

crianças, pode tornar-se inadequado ao considerar a presença de unidades dentárias, pelo risco do surgimento de cárie dentária <sup>94</sup>.

A investigação dos eventos clínicos, na doença falciforme, tem sido uma forma de avaliar a gravidade da enfermidade. Estudo de coorte <sup>95</sup>, realizado no Serviço de Referência em Triagem Neonatal da Bahia, com crianças entre dois e seis anos de idade, mostrou que os pacientes com anemia falciforme (HBSS) apresentaram maior número de intercorrências clínicas e maior incidência de crises vaso oclusivas, o que significou maior gravidade quando comparada com as outras condições falciformes e não houve diferenças entre os sexos. Welkom <sup>76</sup> verificou que o aumento da frequência de crises vaso oclusivas em crianças estão associadas com pior qualidade de vida infantil e aumento no desajuste psicossocial de seus cuidadores. As proporções dos genótipos HBSS e HBSC, nessa pesquisa, foram semelhantes ao do estudo de Caldas <sup>95</sup>.

Estudos na área odontológica com doentes falciformes tem sido objeto de poucas investigações. A escassa bibliografia encontrada na literatura nacional e internacional através das bases de dados consultadas (BBO, Scielo, Medline/ Pubmed), constou de estudo de revisão<sup>39</sup>, relato de caso<sup>37</sup>, estudos descritivos<sup>38,40,43-46,97,100</sup> e raros estudos analíticos<sup>41,42,47,98,99</sup>. Entretanto, prevaleceram pesquisas que focalizaram adolescentes e adultos. Investigações que incluíram crianças apresentaram amostras pequenas<sup>41</sup> e/ou grande variabilidade na faixa etária (adultos e crianças)<sup>38</sup>, além de apresentarem limites metodológicos importantes. Por conseguinte, a raridade de estudos abordando a condição de saúde bucal de crianças falciformes, na faixa etária de 6 a 71 meses, dificulta a interlocução com a literatura para discutir os resultados do presente estudo.

A presença de sangramento gengival nas crianças com DF (23,53%) apresentou uma frequência muito superior quando comparado com resultados nacionais (6,38%) e da região nordeste (6,55%) <sup>18</sup>. Estudo desenvolvido por Almeida et al <sup>96</sup>, investigando o

---

contexto familiar e condições de saúde bucal de pré-escolares em áreas cobertas pelo programa de Saúde da Família, na cidade de Salvador-Ba, também apresentou menor índice de sangramento (7,40%).

Uma pesquisa realizada para avaliar as condições periodontais em 82 adolescentes e adultos senegaleses, doentes falciformes, não encontrou diferenças para índice gengival, índice de sangramento papilar, índice de placa, mobilidade dentária e perda de inserção clínica entre os grupos de condição HBSS e HBSC. Entretanto, foi encontrado no grupo de condição homozigota (HBSS) mobilidade dentária significativamente aumentada e correlação negativa significativa entre hematócrito e índice de sangramento papilar. Segundo os autores, a hipótese de que a anemia falciforme pode afetar as condições periodontais deve ser considerada, mesmo que não tenha sido identificado como potencial fator de risco <sup>97</sup>.

As crianças desta pesquisa apresentaram elevado percentual para os critérios biofilme bacteriano visível (61,09%) e/ou sangramento gengival (23,53%), dados que indicam higiene bucal inadequada. Esse achado é de particular interesse quando confrontado com “práticas de higiene bucal infantil”, referidos pelas mães. Esse fato mostrou a falta de consistência do relato materno sobre higiene bucal dos filhos e aspecto clínico observado ao exame bucal da criança.

A ocorrência da cárie dentária (22,47%) nas crianças do presente estudo foi superior quando comparada com a frequência encontrada em pré-escolares falcêmicos institucionalizados (3,3%), na cidade de Campinas-SP <sup>41</sup>. Observaram-se, também, que tanto a prevalência quanto a gravidade de cárie (ceo-d=0,93), mostrada nessa investigação, foram mais elevadas quando comparadas com os achados em pré-escolares, sem DF (16,48%; ceod=0,62), da cidade de Salvador, com condições socioeconômicas e demográficas similares as desse estudo <sup>24</sup>.

---

A especificidade microbiana é um dos fatores primários na etiologia da cárie dentária. Fukuda et al<sup>98</sup> avaliou a prevalência de estreptococos do grupo *mutans* (SM) e cárie dentária em crianças com anemia falciforme (AF), as quais recebiam penicilina profilática por via oral. Os achados mostraram que o uso da medicação a longo prazo provavelmente impediram a aquisição de SM, resultando em taxas significativamente mais baixas de cárie. Entretanto esse benefício ocorre apenas durante a administração da droga. Por outro lado, Mattos<sup>99</sup>, realizou uma pesquisa com metodologia semelhante e não encontrou diferença entre os grupos.

Com relação à má oclusão, Jacobson e Bandeen<sup>100</sup> realizou estudo cefalométrico de crianças e adolescentes entre 3 e 16 anos, com doença falciforme. Concluíram que as alterações craniofaciais são progressivas com a idade, as dimensões craniofaciais apresentaram-se reduzidas, com faces menores em todas as idades, provavelmente devido à hipóxia crônica resultante da anemia hemolítica. Outros estudos corroboram com os achados de alterações craniofaciais no doente falciforme<sup>43 - 45</sup>. Contudo, Souza et al.<sup>43</sup> considera que é necessário avaliar as características peculiares dos grupos estudados, as diferentes fases de crescimento, e que a interpretação dos resultados torna-se difícil devido à natureza heterogênea do grupo étnico de negros e a grande variação da normalidade.

Ademais das alterações craniofaciais que possam estar relacionadas à condição falciforme, na fase da dentadura decídua há uma forte associação de maloclusão e hábitos bucais deletérios (sucção de chupeta e dedo)<sup>23,24,100-104</sup>. Nesse estudo, a ocorrência de maloclusão foi duas vezes maior que a prevalência encontrada no levantamento epidemiológico nacional<sup>18</sup>, porém inferior a outros estudos<sup>23,95,101-103</sup>, entretanto, apresentou alta frequência de hábitos de sucção.

---

Apesar do esforço na construção desse trabalho, verifica-se que é necessário avançar no conhecimento quanto às informações de saúde aqui descritas. São necessárias novas investigações, especialmente no campo da saúde bucal de crianças falciformes, onde a lacuna do conhecimento é evidente. Este estudo traz contribuições relevantes. Entretanto, ampliar questões quanto aos fatores que possam estar envolvidos nos agravos mais frequentes que acometem a cavidade bucal infantil (cárie dentária, alterações gengivais e maloclusões), é de grande importância para direcionar políticas públicas de saúde bucal para a população de crianças falciformes e assim, realmente, cumprir com a integralidade da assistência. O presente estudo apresenta limitações quanto à amostragem não probabilística o que impede inferência para a população de crianças falcêmicas do estado da Bahia. Contudo, para minimizar possível viés de seleção, realizou-se amostra consecutiva, arrolando todas as crianças e respectivas mães que frequentaram o serviço no período da pesquisa. É possível ter ocorrido viés de informação devido aos instrumentos utilizados e, também, pelo local da pesquisa ser um centro de referência, é provável que as mães tenham correspondido com respostas adequadas ao que se espera delas, quanto a práticas de cuidado e outras questões.

O perfil epidemiológico de crianças com doença falciforme ressalta a vulnerabilidade da própria condição falcêmica e suas repercussões no ambiente familiar. É imprescindível unir esforços para que as questões técnicas, políticas e sociais se alinhem na direção da verdadeira integralidade da atenção. Nessa oportunidade, subscrevo na íntegra o texto:

*“A definição básica de "cuidados adequados" deve ser elevada e modificada para incluir toda a gama de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de intervenção e prevenção, com o objetivo de aumentar a qualidade de vida dos pacientes com doença falciforme. Não podemos mais dar ao luxo de ver as questões psicossociais como*

---

*outra coisa senão primário, e o mais importante, devemos reconhecer que o entendimento da fisiopatologia da DF, na ausência de uma compreensão completa do psicológico, influências psiquiátricas, cultural e social é realmente incompreensão da doença falciforme.”*

Edwards, CL et al, 2005<sup>105</sup>

## Referências

1. Naoum PC, Naoum FA. Doença das Células Falciformes. Ed. Sarvier, São Paulo; 2004. 220p.
2. Naoum PC. Interferentes eritrocitários e ambientais na anemia falciforme. Rev. Bras. Hematol. Hemoter 2000; 22(1):5-22.
3. Makani J, Cox SE, Soka D, Komba AN, Oruo J, Mwamtemi H, et al. Mortality in Sickle Cell Anemia in Africa: A Prospective Cohort Study in Tanzania. PLoS One 2011;6(2):14699..  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3040170/?tool=pubmed>. Acesso 20/09/2011.
4. Caldas P, Boa-Sorte N, Amorim T, Freitas M, Ribeiro R, Fonseca SF. Eventos clínicos e fatores associados em uma coorte de crianças com doença falciforme. Gaz. méd. Bahia 2010; 80(3):14-19.
5. Fernandes APPC, Januário JN, Cangussu CB, Macedo DL, Viana MB. Mortalidade de crianças com doença falciforme: um estudo de base populacional. J. Pediatr 2010; 86(4): 279-84.
6. Zago MA, Pinto ACS. Fisiopatologia das doenças falciformes: da mutação genética à insuficiência de múltiplos órgãos. Rev. Bras. Hematol. Hemoter 2007; 29(3):207-14.
7. Sonati MF, Costa FF. Genética das doenças hematológicas: as hemoglobinopatias hereditárias. J. Pediatr 2008; 84(4 suppl):40-51.
8. Schnog JB, Duits AJ, Muskiet FA, Ten Cate H, Rojer RA, Brandjes DP. Sickle cell disease; a general overview. Neth J Med. 2004; 62(10):364-74.
9. Loureiro MM; Rozenfeld S. Epidemiologia de internações por doença falciforme no Brasil. Rev. Saúde Pública 2005; 39(6):943-49.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de Saúde Bucal na Doença Falciforme / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.76 p.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal/PNTN. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p.33, col. 2, 7 jun. 2001.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Hemoglobinopatias - Perfil demográfico da doença falciforme. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=27777&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27777&janela=1)>. Acesso em 28/02/2010.
13. Almeida AM, Godinho MT, Teles SM, Rehem APP, Jalil HM, Fukuda TG, et al. Avaliação do Programa de Triagem Neonatal na Bahia no ano de 2003. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife 2006; 6 (1):85-91.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1391, de 16 de agosto de 2005. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p.40, col. 2, 18 ago. 2005.
15. Ramalho AS, Magna LA, Paiva-e-Silva RB. A Portaria no 822/01 do Ministério da Saúde e as peculiaridades das hemoglobinopatias em saúde pública no Brasil. Cad. Saúde Pública 2003; 19(4):1195-99.
16. Braga JAP. Medidas gerais no tratamento das doenças falciformes. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2007; 29(3):233-8.
17. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31(suppl1):3-23. Disponível em: [www.who.int/oral\\_health](http://www.who.int/oral_health); Acesso em 4/01/2010.
18. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68p.
19. Bresolin D. Índices para maloclusões. In: Pinto VG, organizador. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Editora Santos; 2000. p. 197-302.
20. Peres KG, Tomita NE. Oclusopatias. In: Antunes JLF e Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.83-101.
21. Peres KGA. Oclusopatias na dentição decídua: acúmulo de riscos do nascimento à primeira infância. Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
22. Mendes ACR, Valença AMG, Lima CCM. Associação entre aleitamento, hábitos de sucção não-nutritivos e maloclusões em crianças de 3 a 5 anos. Cienc Odontol Bras 2008; 11(1): 67-75.
23. Tomita NE, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. Rev. Saúde Pública, 2000; 34(3):299-303.

24. Almeida TF. Contexto familiar e condições de saúde bucal de pré-escolares. Tese de Doutorado – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador - Bahia, 2011.
25. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados parciais. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentação\\_abbrasil\\_2010.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentação_abbrasil_2010.pdf). Acesso em 06/10/2011.
26. Melo MMDC, Souza WV, Lima MLC, Braga C. Fatores associados à cárie dentária em pré-escolares do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(3): 471-85.
27. Almeida TF, Couto MC, Oliveira MS, Ribeiro MB, Vianna MIP. Ocorrência de cárie dentária e fatores associados em crianças de 24 a 60 meses residentes em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família, em Salvador - BA, 2008. *Rev Odontol UNESP* 2010; 39(6): 355-62.
28. Carvalho JC, Figueiredo MJ, Vieira EO, Mestrinho HD. Caries Trends in Brazilian Non-Privileged Preschool Children in 1996 and 2006. *Caries Res* 2009;43:2–9.
29. Cortellazzi KL; Tagliaferro EPS, Assaf AV, Tafner APMF, Ambrosano GMB, Bittar TO, et al. Influência de variáveis socioeconômicas, clínicas e demográfica na experiência de cárie dentária em pré-escolares de Piracicaba, SP. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(3): 490-500.
30. Ohsuka K, Chino C, Nakagaki H, Kataoka I, Oshida Y, Ohsawa I, et al. Analysis of risk factors for dental caries in infants: a comparison between urban and rural areas. *Environ Health Prev Med* .2009; 14:103–110.
31. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(1):79-87.
32. Edelstein B, Vargas CM, Candelaria D, Vemuri M. Experience and policy implications of children presenting with dental emergencies to US pediatric dentistry training programs. *Pediatr Dent* 2006; 28(5):431-7.
33. Nascimento CQ, Silva PM, Bezerra AC, de Toledo OA, Azevedo TD. Treatment of severe-early childhood caries with an oral health promotion approach. *Oral Sci*. 2005;1:43-8.
34. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(11):2555- 64.
35. McGrath C, Broder H, Wilson-Genderson M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(2):81-5.

36. Fonseca MA. Dental and oral care for chronically ill children and adolescents. *Gen Dent*. 2010; 58(3):204-9; quiz 210-1.
37. Ramakrishna Y. Dental considerations in the management of children suffering from sickle cell disease: A case report. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* 2007; 25(3):140-43.
38. Mendes PHC, Oliveira MP, Martelli-Júnior H, Martelli DRB, Fonseca NG, Almeida LKY, Melo LA. Manifestações estomatológicas em portadores de anemia falciforme no norte do estado de Minas Gerais – Brasil. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2009;31(suppl 4):47-68; Abstract 128.
39. Fonseca MA, Oueis HS, Casamassimo P. Sickle cell anemia: A review for the pediatric dentist. *Pediatr Dent* 2007;29(2):159-169.
40. Franco BM, Gonçalves JCH, Santos CRR. Manifestações bucais da anemia falciforme e suas implicações no atendimento odontológico. *Arq. odontol.* 2007;43(3):92-96.
41. Biancalana H. Manifestações bucais em crianças com doença falciforme. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas- SP, 2006.
42. Laurence B, George D, Woods D, Shosanya A, Katz RV, Lanzkron S, et al. The association between sickle cell disease and dental caries in African Americans. *Spec Care Dentist* 2006; 26(3):95-100.
43. Souza PH, Oliveira RSMF, Rocha JM, Gravina MA, Vitral RWF. Alterações esqueléticas craniofaciais em portadores de anemia falciforme na cidade de Juiz de Fora. *HU Revista* 2008; 34(2):85-91.
44. Costa OO, Kehinde MO, Ibidapo MO. Occlusal features of sickle cell anaemia patients in Lagos, Nigeria. *Niger Postgrad Med J* 2005;12(2):121-4.
45. Santos IB, Barbosa MD, Daltro G, Matos JLF, Faria TB. Alterações do sistema estomatognático em indivíduos com doença falciforme vista ao exame clínico e em radiografia panorâmica. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.*, setembro 2009;31(suppl 4):47-68; Abstract 97.
46. Kavadia-Tsatala S, Kolokytha O, Kaklamanos EG, Antonides K, Chasapopoulou E. Mandibular lesions of vasoocclusive origin in sickle cell hemoglobinopathy. *Odontology* 2004;92:68-72.
47. Kaya Demirbas, A, Aktener BO, Unsal C. Pulpal necrosis with sickle cell anaemia. *International Endodontic Journal* 2004;37:602-6.
48. SB BRASIL 2010 - Manual de Calibração de Examinadores. Ministério Da Saúde in Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (2009). Brasília, DF. p.19.



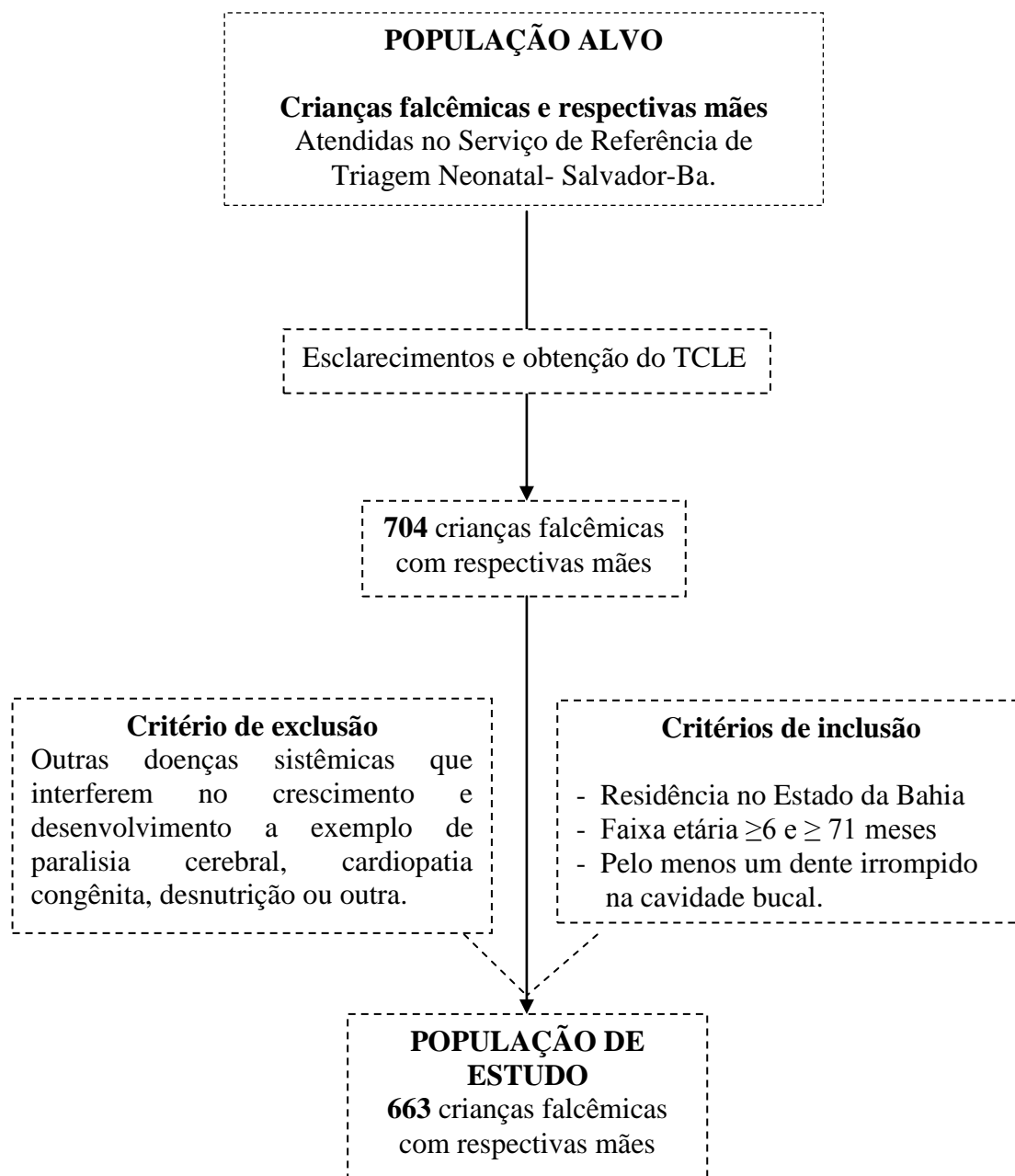
49. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
50. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21(1):19-28.
51. World Health Organization - Division of Mental Health. A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Geneva: WHO; 1994. 80p.
52. Mari JJ, Williams PA. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-26.
53. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski FP. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica* 2008; 24(2):380-90.
54. Masur J, Monteiro MG. Validation of the CAGE, alcoholism screening test in Brazilian psychiatric inpatient setting. *Braz J Med Biol* 1983; 16:215-8.
55. Mac Donald, RE. *Dentistry for the child and adolescent*. St. Louis: Mosby, 1991. p. 18-23.
56. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Murtomaa H, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. *Int J Paediatr Dent* 2008; 18: 48-55.
57. Wennhall I, Mårtensson E-M, Sjunnesson I, Matsson L, Schröder U, Twetman S. Caries-preventive effect of an oral health program for preschool children in a low socioeconomic, multicultural area in Sweden: Results after 1 year. *Acta Odontol Scand*. 2005; 63:163-167.
58. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador /Secretaria Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 49p.
59. Dean AG, Dean JA, Colomier D. *Epi Info: a word processing, database and statistic program for epidemiology on microcomputers*. Atlanta: Centre for Disease Control and Prevention (CDC); 1994.
60. Pedroso B, Pilatti LA, Reis DR. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*. 2010; 1(1): 31-36.
61. Stata Corporation. *Stata Statistical Software: release 10*. Texas: Stata Corporation LP; 2007.

62. Swarnkar K, Kale A, Lakhkar B. Clinico-Epidemiological and hematological profile of sickle cell anemia with special reference to penicillin prophylaxis in a rural hospital of Central India. *The Internet Journal of Epidemiology*. 2011; 9(2).
63. Fernandes AP, Januário JN, Cangussu CB, Macedo DL, Viana MB. Mortality of children with sickle cell disease: a population study. *J Pediatr* 2010; 86(4):279-84.
64. Panepinto JA, Nicholas MP, Lisa MF, Swapna S, Raymond GH. Impact of family income and sickle cell disease on the health-related quality of life of children. *Qual Life Res* 2009; 18(1):5-13.
65. Barakat L, Patterson CA, Weinberger BS, Simon K, Gonzalez ER, Dampier C. A Prospective study of the role of coping and family functioning in health outcomes for adolescents with sickle cell disease. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2007; 29(11):752-60.
66. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira – 2008. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/ Estudos e Pesquisas- Informação Demográfica e Socioeconômica, N° 23. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2008/indicsoais2008.pdf>. Acesso em 4/10/2011.
67. Firth PG, Kristen NMM, Charles MH, Myron Y, Michael AB, Salvatore RG. A survey of perioperative management of sickle cell disease in North America. *Pediatric Anesthesia* 2011; 21(1):43-9.
68. Kikuchi BA. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter* 2007; 29(3):331-338.
69. Silva WS, Lastra A, Oliveira SF, Klautau-Guimarães N, Grisolia CK. Avaliação da cobertura do programa de triagem neonatal de hemoglobinopatias em populações do Recôncavo Baiano, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(12):2561-66.
70. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de condutas básicas na doença falciforme / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
71. Coutinho, T CL. Avaliação do atendimento clínico às crianças portadoras de anemia falciforme pelos odontopediatras do município do Rio de Janeiro – RJ. *Rev. flum. Odontol* 2010; 16(33):20-6.
72. Gomes LMX, Vieira MM, Reis TC, Barbosa TLA, Caldeira AP. Knowledge of family health program practitioners in Brazil about sickle cell disease a descriptive, cross-sectional study. *BMC Family Practice* 2011, 12:89. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/89>

73. Engle PL, Menon P, Haddad L. Care and Nutrition: Concepts and Measurement. *World Development*. 1999; 27(8):1309 – 37.
74. Kikuchi BA. Diáspora africana e anemia falciforme – Organização Ashoka Empreendedores Sociais e Takano Cidadania. *Racismos Contemporâneos – 1ª ed.* Rio de Janeiro. 2003, p. 127-165.
75. Sapucaia NMP. Anemia falciforme: os laços do cuidado. Dissertação (Mestrado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador-Ba, 2002. 23p.
76. Welkom JS. The impact of sickle cell disease on the family: An examination of the illness intrusiveness framework. *Psychology Dissertations*. Department of Psychology, Georgia State University, 2012. 91p.  
Disponível em: [http://digitalarchive.gsu.edu/psych\\_diss/91](http://digitalarchive.gsu.edu/psych_diss/91). Acesso em: 3/1/2012.
77. Barakat LP, Chavis AP, Lauren CD, Carlton D. Quality of life among adolescents with sickle cell disease: Mediation of pain by internalizing symptoms and parenting stress. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008, 6:60. doi:10.1186/1477-7525-6-60. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/6/1/60>. Acesso 3/09/2011.
78. Bastos CP. Qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de crianças e adolescentes com doença falciforme. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde. Uberlândia-MG, 2008. 91p.
79. van den Tweel XW, Hatzmann J, Ensink E, van der Lee JH, Peters M, Fijnvandraat K, and Grootenhuis M. Quality of life of female caregivers of children with sickle cell disease: a survey. *Haematologica* 2008; 93(4):588-93.
80. Moskowitz JT, Butensky E, Harmatz P, Vichinsky E, Heyman MB, Acree M, et al. Caregiving time in sickle cell disease: Psychological effects in maternal caregivers. *Pediatr Blood Cancer* 2007; 48(1):64–71.
81. Barlow JH, Ellard DR. The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: an overview of the research evidence base. *Child Care Health Dev*. 2006 ; 32(1):19-31.
82. Chee CYI, Chong YS, Lee DTS, Tan LK, Fones CSL. The association between maternal depression and frequent non-routine visits to the infant's doctor — A cohort study. *J Affect Disord*. 2008; 107(1-3):247-53.
83. McLennan JD, Kotelchuck M. Pediatrics parental prevention practices for young children in the context of maternal depression. *Pediatrics* 2000; 105(5):1090-5.
84. Santos DS, Santos DN, Silva RCR, Hasselmann MH, Barreto ML. Maternal common mental disorders and malnutrition in children: a case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011; 46(7):543-8.

85. Tough SC, Siever JE, Leew S, Johnston DW, Benzies K, Clark D. Maternal mental health predicts risk of developmental problems at 3 years of age: follow up of a community based trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008; 8:16. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/16>
86. Harpham T, Huttly S, Silva MJ, Abramsky T. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59(12):1060-4.
87. Carvalhaes MABL, Benício MHA. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(2):188-97.
88. Drabick DAG, Beauchaine TP, Gadow KD, Carlson GA, Bromet EJ. Risk factors for conduct problems and depressive symptoms in a cohort of Ukrainian children. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2006; 35(2):244-52.
89. Elgar FJ, McGrath PJ, Waschbusch DA, Stewart SH, Curtis LJ. Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(4):441-59.
90. Beardslee WR, Gladstone TR, Wright EJ, Cooper AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*. 2003 Aug;112(2):e119-31.
91. Dick MC. Standards for the management of sickle cell disease in children. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2008; 93(6):169-76.
92. Araujo PIC. O autocuidado na doença falciforme. *Rev. bras. hematol. hemoter*. 2007; 29(3):239-246.
93. Telfer PT. Management of sickle cell disease: out-patient and community aspects. *Paediatrics and Child Health* 2011; 21(8):357-62.
94. Feldens CA, Giugliani ER, Vigo Á, Vítolo MR. Early feeding practices and severe early childhood caries in four-year-old children from southern Brazil: a birth cohort study. *Caries Res*. 2010;44(5):445-52.
95. Caldas P, Boa-Sorte N, Amorim T, Freitas M, Ribeiro R, Fonseca SF. Eventos clínicos e fatores associados em uma coorte de crianças com doença falciforme. *Gaz. méd. Bahia* 2010; 80(3):14-19.
96. Almeida TF, Cangussu MCT, Chaves SCL, Silva DIC, Santos SC. Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2009; 9: 247- 52.
97. Benoist HM, Seck DA, Diop S, Diouf A, Diandy AB, Sembène M, Diakhaté L. Etat parodontal du jeune sénégalais drépanocytaire homozygote. *Dakar Med* 2008;53(2):91-8.

- 
98. Fukuda JT, Sonis AL, Platt OS, Kurth S. Acquisition of mutans streptococci and caries prevalence in pediatric sickle cell anemia patients receiving long-term antibiotic therapy. *Pediatr Dent*. 2005;27(3):186-90.
  99. Matos, BM. Avaliação do risco de cárie e microbiota fúngica em pacientes pediátricos com anemia falciforme. Dissertação (Mestrado em Biopatologia Bucal) – Faculdade de Odontologia de São Jose dos Campos, Universidade Estadual Paulista, 2009. 121.p.
  100. Jacobson A, Bandeen TC. Effects of sickle cell disease on growth of the craniofacial complexes. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 2006; 129(3): 448.
  101. Rossi TRA, Lopes LS, Cangussu MCT. Contexto familiar e alterações oclusais em pré-escolares de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* 2009; 9(2): 139-47.
  102. Peres KG, Barros AJ, Peres MA, Victora CG. Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. *Rev Saúde Pública*. 2007;41:343-350.
  103. Gimenez CM, Moraes ABA, Bertoz AP, Bertoz FA, Ambrosano GB. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2008; 13(2): 70-83.
  104. Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. Breastfeeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking: effects on occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child* 2004; 89: 1121-23.
  105. Edwards CL, Mischca TS, Charles L, Gary GB, Shani HP, Laura MC, et al. A brief review of the pathophysiology, associated pain, and psychosocial issues in sickle cell disease. *Int Jour Behav Med* 2005; 12(3):171–9.



**FIGURA 1-** Fluxograma da população de estudo

**TABELA 1-** Caracterização da população de estudo de acordo com *Recursos para Saúde* (aspectos ambientais, demográficas e atenção a saúde). (n=663)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Aspectos ambientais e demográficas</i>		
<b>Posse da residência</b>		
Tem propriedade	453	68,33
Não tem propriedade	181	27,30
Sem informação	29	4,37
<b>Tipo de construção</b>		
Tijolo com reboco	468	70,59
Sem reboco/taipa/madeira	162	24,43
Sem informação	33	4,98
<b>Número de cômodos</b>		
5 ou mais	382	55,52
Menos de 5	265	39,97
Sem informação	16	2,41
<b>Número de pessoas no domicílio</b>		
Menor que 5	373	56,26
5 ou mais	260	39,22
Sem informação	30	4,52
<b>Número de eletrodomésticos</b>		
Mais que 3	207	31,22
3 ou menos	429	64,71
Sem informação	27	4,07
<b>Acesso à energia elétrica</b>		
Sim	566	85,37
Não	70	10,56
Sem informação	27	4,07
<b>Abastecimento de água</b>		
Rede pública	525	79,18
Poço/nascente / outros	116	17,50
Sem informação	22	3,32
<b>Tratamento da água de beber</b>		
Sim	516	77,83
Não	118	17,80
Sem informação	29	4,37
<b>Destino do lixo</b>		
Coleta pública	480	72,40
Queimado/outros	150	22,62
Sem informação	33	4,98
<b>Destino das fezes</b>		
Ligado rede pública	328	49,47
Fossa/outros	302	45,55
Sem informação	33	4,98
<i>Aspectos de atenção à saúde</i>		
<b>Serviço odontológico</b>		
Educativo	313	47,21
Preventivo/Restaurador/Cirúrgico	16	2,41
Sem acesso	308	46,46
Sem informação	26	3,92
<b>Orientação para higiene bucal infantil</b>		
Sim	427	64,40
Não	205	30,92
Não sabe/ sem informação	31	4,68

**TABELA 2** - Caracterização da população de estudo de acordo com *Recursos do Cuidador* (aspectos demográficas, socioeconômicas e psicossociais). (n=663).

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
<i>Aspectos demográficas e socioeconômicas</i>			<i>Aspectos psicossociais maternos</i>		
<b>Faixa etária materna</b>			<b>Transtorno Mental Comum Materno (SRQ-20)</b>		
16 a 26 anos	336	50,68	Não suspeita de TMC	425	64,10
27 a 48 anos	299	45,10	Suspeita de TMC	214	32,28
Sem informação	28	4,22	Sem informação	24	3,62
<b>Escolaridade</b>			<b>Alcoolismo (CAGE)</b>		
Ensino superior incomp/completo	14	2,11	Ausente	541	81,60
Ensino médio completo	156	23,53	Presente	97	14,63
Ensino médio incompleto	78	11,76	Sem informação	25	3,77
Ensino fundamental completo	42	6,33			
Ensino fundamental incompleto	332	50,09			
Analfabeto	13	1,97			
Sem informação	28	4,22			
<b>Atividade remunerada</b>			<b>Qualidade de vida(Whoquol-Bref)</b>		
Não	457	68,93	<b>Auto avaliação de Qualidade de Vida</b>		
Sim	194	29,26	Satisfatório	299	45,10
Sem informação	12	1,81	Insatisfatório	336	50,68
			Sem informação	28	4,22
<b>Renda familiar (Salário Mínimo)</b>			<b>Domínio físico</b>		
Maior que 1 SM	148	22,32	Satisfatório	322	48,57
1 SM	212	31,97	Insatisfatório	314	47,36
Menor que 1SM	296	44,64	Sem informação	27	4,07
Sem informação	7	1,07			
<b>Situação conjugal materna</b>			<b>Domínio Psicológico</b>		
Presença do companheiro	460	69,38	Satisfatório	334	50,38
Ausência do companheiro	182	27,45	Insatisfatório	302	45,55
Sem informação	21	3,17	Sem informação	27	4,07
<b>Chefe da família</b>			<b>Domínio Ambiental</b>		
Companheiro	405	61,09	Satisfatório	355	53,54
Mãe/Outros	232	34,99	Insatisfatório	280	42,23
Sem informação	26	3,92	Sem informação	28	4,22
<b>Número de filhos maternos</b>			<b>Domínio Relações Sociais</b>		
Dois filhos ou menos	416	62,74	Satisfatório	371	55,96
Mais de dois filhos	224	33,79	Insatisfatório	264	39,82
Sem informação	23	3,47	Sem informação	28	4,22
<b>Nº de irmãos na faixa etária da criança</b>					
Nenhum irmão	486	73,30			
Um irmão ou mais	151	22,78			
Sem informação	26	3,92			



**TABELA 3** - Caracterização da população de estudo de acordo com *Práticas de cuidado*. (n=663)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cuidado diário da criança</b>			<b>Calendário vacinal</b>		
Mãe	534	80,54	Atualizado	575	86,73
Outros	109	6,44	Atrasado /Não vacinou	63	9,50
Sem informação	25	3,02	Sem informação	25	3,77
<b>Local de permanência da criança durante o dia</b>			<b>Uso regular de medicamentos</b>		
Domicílio	471	71,04	Sim	615	92,76
Creche/outros	166	25,04	Não	22	3,32
Sem informação	26	3,92	Sem informação	26	3,92
<b>Aleitamento materno</b>			<b>Prática de higiene bucal diário (referido)</b>		
Sim	581	87,63	Realiza	605	91,25
Não	61	9,20	Não realiza	44	6,64
Não sabe/ sem informação	21	3,17	Sem informação	14	2,11
<b>Aleitamento durante a noite (natural e/ou artificial)</b>			<b>Utensílio para hb infantil</b>		
Não	83	12,52	Escova com/sem creme	521	78,58
Sim	559	84,31	Outros	99	14,93
Sem informação	21	3,17	Sem informação	43	6,49

**TABELA 4-** Caracterização da população de estudo de acordo com aspectos demográficos, condição sistêmica e de saúde bucal da criança. (n=663)

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
<i>Aspectos demográficos</i>			<i>Condição de Saúde Bucal</i>		
<b>Idade (meses)</b>			<b>Biofilme dental visível</b>		
≥ 6 e < 33 meses	349	52,64	Presença	405	61,09
≥33 e ≤ 71meses	314	47,36	Ausência	246	37,10
			Sem informação	12	1,81
<b>Local de procedência do Estado</b>			<b>Condição gengival após escovação</b>		
Interior	468	70,58	Presença de sangramento	156	23,53
Capital	188	28,36	Ausência sangramento	495	74,66
Sem informação	7	1,06	Sem informação	12	1,81
<b>Sexo</b>			<b>Cárie dentária (coroa)</b>		
Masculino	336	50,68	Presença da lesão	149	22,47
Feminino	327	49,32	Ausência da lesão	502	75,72
			Sem informação	12	1,81
<b>Raça/cor (referida)</b>			<b>Aspecto dos tecidos moles</b>		
Preto/pardo	572	86,27	Com alteração	71	10,71
Outros	91	13,73	Sem alteração	580	87,48
			Sem informação	12	1,81
<b>Ordem de nascimento</b>			<b>Hábitos de sucção não nutritiva</b>		
Primeiro	284	42,84	Sim	457	68,93
Segundo em diante	362	54,60	Não	194	29,26
Não sabe/sem informação	17	2,56	Sem informação	12	1,81
<i>Condição Sistêmica</i>			<b>Dentadura decídua</b>		
<b>Genótipo para falcemia</b>			Completa		
HbSC	292	44,04	Incompleta	374	56,41
HbSS	281	42,38	Sem informação	277	41,78
Outros	90	13,58		12	1,81
<b>Sintoma de dor devido a DF</b>			<b>Maloclusão*</b>		
Sim	334	50,38	Presença	109	29,14
Não	319	48,11	Ausência	265	70,86
Sem informação	10	1,51			
<b>Internação hospitalar devido a DF</b>					
Sim	251	37,86			
Não	402	60,63			
Sem informação	10	1,51			
<b>Transfusão sanguínea devido a DF</b>					
Sim	119	17,95			
Não	522	78,73			
Sem informação	22	3,32			

\*condição de maloclusão avaliada para o grupo que apresentou dentadura decídua completa (n=374)

## **Artigo 2**

**Frequência, gravidade e fatores associados à cárie dentária em crianças com doença falciforme.**

*Frequency, severity and factors associated tooth decay in children with sickle cell disease.*

**Doutoranda: Maria Goretti Silva Brito**  
**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Isabel Pereira Vianna**

Instituto de Saúde Coletiva – UFBA.  
Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela  
Cep: 40.110-040 - Salvador – BA, Brasil.

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo estimar a frequência, gravidade e fatores associados à cárie dentária em crianças falcêmicas, de 6 a 71 meses de idade, de ambos os sexos, residentes no Estado da Bahia, no período de agosto de 2007 e julho de 2008. Constituiu-se uma amostra, composta por 632 crianças, em um centro de referência para diagnóstico e acompanhamento de hemoglobinopatias. Foi realizado exame clínico bucal das crianças e entrevista materna. Utilizou-se questionários padronizados, contendo informações socioeconômicas, demográficas, recursos para saúde, recursos do cuidador, práticas de cuidados e saúde da criança. Alteração psicossocial materna foi investigada através dos instrumentos SRQ-20 e escala CAGE. Para avaliação da condição dentária utilizou-se índice ceo-d e ceo-s. A associação entre os fatores de exposição e a ocorrência de cárie foi expressa em razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) pelo método de Mantel-Haenszel para a inferência estatística. Para o grupo de 6 a 32 meses de idade a ocorrência da cárie foi de 7,10% e ceo-d 0,18 (DP= ±0,94), com valor mínimo de 0 e máximo de 12. Para 33 a 71 meses de idade, a ocorrência foi de 40,48% e ceo-d 1,79 (DP= ±2,94), com valor mínimo de 0 e máximo de 13 e, nessa faixa etária, 26% das crianças concentraram 65% da doença verificando-se o fenômeno da polarização. Dentre os fatores que se associaram à cárie apresentando significância estatística destacam-se: abastecimento de água através de poço/nascente (RP=1,48; IC95%:1,07 – 2,03); escolaridade materna mais baixa (RP=1,97; IC95%: 1,39 – 2,78), renda familiar menor ou igual a um salário mínimo (RP=2,24; IC95%: 1,38 – 3,63), ter dois filhos ou mais (RP=1,53; IC95%: 1,15 – 2,03), presença de um ou mais irmãos na faixa etária das crianças do estudo (RP=1,63; IC95%: 1,22 – 2,19), suspeita de transtorno mental comum materno (RP=1,50; IC95%: 1,13 – 2,00); permanência diária da criança em creches/escolas/outros (RP=1,44;IC95%:1,07– 1,94); idade da criança entre 33 a 71 meses (RP= 5,70; IC95%: 3,78 – 8,99), ocorrência de internação hospitalar (RP=1,87; IC95%: 1,40 – 2,50) e presença de biofilme dental visível (RP=2,29; IC95%: 1,58 – 3,31). Estudos confirmatórios são necessários para o aprofundamento de fatores envolvidos na determinação da cárie dentária nesse grupo específico.

**Palavras chave:** doença falciforme, saúde mental, cárie dentária, pré-escolar.

---

**ABSTRACT**

The aim of this study was to estimate the frequency, severity and factors associated with dental caries in children with sickle cell disease, from 6 to 71 months of age, of both sexes, residents in Bahia, between August 2007 and July 2008. The sample consisted in 632 children, from in a reference center for diagnosis and monitoring of hemoglobinopathy. Oral clinical examination and interviews with the mothers and children were performed, standardized questionnaires containing information of socioeconomic, demographic, health and caregiver resources, practices for child health care were used. Maternal psychosocial change was investigated by the SRQ-20 and CAGE scale. To evaluate the dental condition was used dmft and dmfs. Association between exposure factors and occurrence of decay were expressed as prevalence ratio (PR) and confidence intervals of 95% (95%) using the Mantel-Haenszel test for statistical inference. For group with 6 to 32 months of age occurrence of dental caries was 7.10% and dmft 0.18 (SD = ± 0.94), with a minimum of 0 and maximum 12. For 33 to 71 months of age, the incidence was 40.48% and dmft 1.79 (SD = ± 2.94), with a minimum of 0 and a maximum of 13 and, in this group, 26% of Children concentrated 65% of the disease verifying polarization phenomenon. Among the factors that were associated with caries include: water supply through a well / spring (PR = 1.48, 95% CI 1.07 to 2.03), poor maternal education (PR = 1.97; 95% CI 1.39 to 2.78), family income equal or less than minimum wage (PR = 2.24; 95% CI 1.38 to 3.63), having two or more children (PR = 1.53; 95% CI 1.15 to 2.03), presence of one or more siblings in the age range of children's schooling (PR = 1.63, 95% CI 1.22 to 2.19), suspected maternal common mental disorder (PR = 1.50; 95% CI 1.13 to 2.00), daily stay in daycare / school /other (PR = 1.44; 95% CI 1.07 to 1.94); child's age between 33 to 71 months (PR = 5.70; 95% CI: 3.78 to 8.99), hospitalization (PR = 1.87, 95% CI: 1.40 to 2.50) and presence of visible biofilm (PR = 2.29; 95% CI: 1.58 to 3.31). Confirmatory studies are needed for further factors clarification involved in determining decay on this particular group.

**Key Words:** sickle cell disease, decay tooth, mental health, pre-school.

---

## Introdução

A doença falciforme (DF) é uma hemoglobinopatia hereditária, caracterizada pela presença da hemoglobina anômala (HbS), que em determinadas condições sofre alterações, ocorrendo afoiçamento dos eritrócitos. Como consequência, ocorrem crises vaso oclusivas, as quais são acompanhadas de dor intensa, isquemia e danos aos tecidos comprometendo a função dos órgãos e sistemas ao longo de toda a vida. Sabe-se que os aspectos genéticos são determinantes, entretanto, fatores socioeconômicos, demográficos e ambientais concorrem para a variabilidade da expressão clínica<sup>1</sup>.

Essa enfermidade tem origem no continente africano, apresenta elevada prevalência no mundo e constitui um problema de saúde pública no Brasil<sup>2,3</sup>. Dentre os Estados brasileiros, a Bahia apresenta maior frequência de DF, devido à composição da população com maior número de afrodescendente. Dados estaduais apontam para uma incidência de 1:17 para portadores do traço falcêmico e 1:650 para doença falciforme<sup>4</sup>.

A busca da qualidade e maior expectativa de vida para o DF, passa pelo cuidado constante com a saúde, onde a atenção deve ser integral, multidisciplinar e multiprofissional<sup>2,5</sup>. Por conseguinte, a saúde bucal de crianças com DF deve receber particular atenção uma vez que crises vaso oclusivas podem ser precipitadas em decorrência de infecções de origem odontológica<sup>6-8</sup>.

Na população infantil, especialmente na fase da dentição decídua, o agravo de maior prevalência na cavidade bucal ainda é a cárie dentária, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento<sup>9-12</sup>. Com relação a grupos específicos, como crianças com doença falciforme, são raros os estudos e se desconhecem as condições de saúde bucal na faixa etária pré-escolar.

---

A cárie é uma doença multifatorial, conceituada como infecciosa e transmissível. Para seu acontecimento é imprescindível um determinado tempo de interação entre os fatores biológicos essenciais: superfície dentária, carboidratos fermentáveis e microorganismos criogênicos, porém fatores sociais apresentam forte influência na determinação dessa enfermidade, além de fatores genéticos, comportamentais, ambientais, entre outros <sup>13</sup>. Quando não tratada, essa enfermidade traz como consequências quadro de infecção, dor e perda prematura de dentes com repercussões sobre a oclusão dentária, comprometimento das funções mastigatória e fonoarticulatória, além dos efeitos sobre a saúde geral, especialmente quando ocorrem transtornos na alimentação, com interferência no crescimento e desenvolvimento infantil <sup>14 -16</sup>. Ademais, a saúde bucal na dentadura decídua tem se constituído forte preditora para as condições observadas na dentadura permanente <sup>17-19</sup>.

No Brasil, apesar da melhoria considerável na saúde bucal da população, entre os anos 2003 – 2010, observou-se que a redução do índice ceo-d (média de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados) não foi expressiva para crianças de cinco anos de idade. Os resultados mostraram que, para essa idade, houve uma redução de 17% no componente cariado do índice ceo-d, porém 80% dos dentes afetados continuaram não tratados <sup>20, 21</sup>. Esses percentuais refletem o pouco alcance das ações de políticas públicas para menores de cinco anos e estudos têm demonstrado que o declínio da cárie dentária tem sido acompanhado pela polarização da doença nos grupos menos privilegiados <sup>12, 22 – 24</sup>.

A população infantil é reconhecida por apresentar maior susceptibilidade para doença cárie devido aos aspectos inerentes à faixa etária, tais como: maior consumo de carboidratos; dependência do cuidador para realização de práticas de higiene bucal e de alimentação <sup>25 - 28</sup>. Além desses, fatores relacionados à aquisição de flora cariogênica

são discutidos. A transmissão dos microorganismos (estreptococos do grupo mutans), responsáveis pelo processo inicial dessa doença, segue um padrão vertical intrafamiliar, sendo as mães consideradas como a maior fonte de infecção para seus filhos, favorecendo a experiência de lesões cáries em tenra idade<sup>29, 30</sup>. Outra condição que, também, tem sido considerada, são as crianças portadoras de enfermidade sistêmica crônica<sup>31</sup>. O consumo frequente de medicamentos açucarados, na forma líquida ou mastigável por via oral, sem a devida higiene bucal, tem sido associado ao desenvolvimento de lesões cáries<sup>32,33</sup>. Mais recentemente, pesquisas têm apontado para elementos do contexto familiar, a exemplo de fatores psicossociais maternos<sup>34 -36</sup> e presença de alcoolismo na família<sup>37</sup>, associados a maior ocorrência de cárie em pré-escolares.

A redução nos índices de cárie dentária e conseqüentemente melhores condições de saúde bucal são reflexos da melhoria nas condições globais de saúde e qualidade de vida. Apesar do grande número de investigações sobre fatores que influenciam a saúde bucal infantil, ainda há lacunas a serem exploradas, notadamente em grupos específicos, portadores de enfermidades crônicas, a exemplo da doença falciforme, onde se verifica exíguo conhecimento da condição bucal. A prevalência elevada e distribuição desigual de cárie em menores de cinco anos, submetidos às mesmas condições socioeconômicas e ambientais, desafiam as políticas públicas em saúde bucal. Por conseguinte, é necessário prover maiores informações para nortear ações na busca da equidade em saúde, notadamente para esse grupo que tem se constituído em prioridade nas políticas públicas. Com base no exposto, o presente estudo tem como objetivo, investigar a ocorrência, gravidade e fatores associados à cárie dentária em crianças, entre 6 a 71 meses de idade, com doença falciforme.



---

## **Métodos**

### *Desenho do estudo*

Trata-se de estudo com delineamento transversal, que busca estimar a frequência, gravidade e fatores associados à cárie dentária em crianças falcêmicas, de 6 a 71 meses de idade, residentes no Estado da Bahia. A pesquisa foi conduzida em uma unidade de referência, tendo como período de coleta de dados os meses entre agosto de 2007 e julho de 2008.

### *População do estudo e coleta de dados*

Considerando a especificidade da população de estudo, crianças falcêmicas, provenientes dos diferentes municípios do Estado e a dificuldade de seleção aleatória das mesmas, constituiu-se uma amostra de conveniência em um centro de referência para diagnóstico e acompanhamento de hemoglobinopatias. Por conseguinte, todos os menores, doentes falciformes (DF), com suas respectivas mães, atendidos no Serviço de Referência de Triagem Neonatal (SRNTN) da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) - Salvador, dentro do período supracitado, foram convidados a participar da pesquisa. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram incluídos aqueles que apresentaram a condição de residir no Estado da Bahia, estar em acompanhamento na APAE- Salvador, ter idade entre 6 a 71 meses e apresentar pelo menos um dente decíduo irrompido na cavidade bucal. Considerou-se critério de exclusão ser portador de outras enfermidades sistêmicas que pudessem interferir no crescimento e desenvolvimento infantil.

A coleta dos dados foi realizada na própria Instituição por equipes de estudantes de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e por uma docente (proponente desse estudo, mestre em odontopediatria), os quais foram treinados para o preenchimento do questionário e os examinadores submetidos a

---

calibração para as condições avaliadas no exame clínico bucal. No último turno da calibração analisou-se a variação interexaminador utilizando-se o cálculo do índice Kappa ponderado, obtendo-se valores 0,65 – 0,71, que estão adequados para inquérito epidemiológico<sup>38</sup> e, de acordo com Landis & Koch<sup>39</sup>, representa “boa concordância”.

### *Instrumentos*

Um questionário padronizado foi desenvolvido para esta pesquisa, com informações socioeconômicas e demográficas, recursos para saúde, recursos do cuidador, práticas de cuidados e saúde da criança. As mães biológicas foram as respondentes e, no caso de ausência permanente destas, foram substituídas por outro responsável que assumia o papel de cuidador principal da criança.

Para avaliação do aspecto psicossocial materno, quanto a suspeita de *transtorno mental comum (TMC)*, utilizou-se o instrumento *Self Report Questionnaire*, versão SRQ-20, recomendado pela Organização Mundial de Saúde<sup>40</sup> para triagem de transtornos psiquiátricos em estudos comunitários e em atenção básica à saúde e validado para versão brasileira por Mari & Williams<sup>41</sup>. As respondentes foram divididas em dois grupos de acordo com os escores do SRQ-20: *não suspeito de TMC* (escore igual ou menor que sete) e *suspeito de TMC* (igual ou maior que oito). O ponto de corte adotado para o presente estudo (7/8), baseou-se no estudo de validação realizado em grupos de mulheres, no qual apresenta sensibilidade de 89,3% e especificidade de 86,3%<sup>42</sup>. A identificação de uso abusivo de álcool, foi realizada através da escala CAGE (Cut down/ Annoyed/ Guilty/ Eye-opener Questionnaire), considerando-se positivo a resposta sim em duas ou mais questões, validado para o português por Masur & Monteiro<sup>43</sup>.

O exame clínico bucal das crianças foi realizado sob iluminação ambiente e a posição adotada foi “*joelho com joelho*”<sup>44</sup>. No primeiro momento registrou-se, em ficha clínica elaborada para essa pesquisa, presença/ausência de placa dental visível e, em sequência, efetuou-se escovação dentária – com escova e creme dental - e registro de presença/ausência de sangramento gengival provocado pela escovação de acordo com critérios adotados para estudos em menores de cinco anos<sup>25, 45</sup>. Para avaliação da condição dentária utilizou-se o índice ceo-d e ceo-s (dentes/superfícies cariados, extraídos e obturados na dentição decídua) baseando-se nos critérios adotados no levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira<sup>46</sup>.

#### *Variáveis do estudo*

As variáveis independentes selecionadas para este estudo foram classificadas nas seguintes categorias: *Recursos para Saúde* (abastecimento de água: rede pública [0] - poço/nascente/outros [1]; número de eletrodomésticos: mais que três [0] - três ou menos [1]; número de pessoas no domicílio: menor que cinco [0] – cinco ou mais [1] ); *recursos do cuidador* (escolaridade materna: ensino médio incompleto ou mais [0] – ensino fundamental ou menos [1]; atividade remunerada: sim [0] – não [1]; renda familiar: maior que um salário mínimo [0] – um salário mínimo ou menos [1]; situação conjugal materna: presença do companheiro [0] – ausência do companheiro [1]; número de filhos: dois filhos ou menos [0] – mais de dois filhos [1]; número de filhos na faixa etária da criança do estudo: nenhum [0] – um ou mais [1]; TMC materno: não suspeita [0] – suspeita [1]; alcoolismo: ausente [0] – presente [1]); *práticas de cuidado* (local de permanência diária da criança: domicílio [0] – escola/creche/outros [1]; cuidador diário da criança: mãe [0] – avó/outros [1]; aleitamento durante a noite: não [0] – sim [1]; uso regular de medicamentos: sim [0] – não [1] ); *características da criança* (local de procedência do Estado: capital [0] – interior [1]; sexo: masculino [0] – feminino[1];

idade:  $\geq 6$  e  $< 33$  meses [0] -  $\geq 33$  e  $\geq 71$  meses [1]; ordem nascimento: primeiro [0] – segundo em diante [1]; condição de saúde geral: genótipo para DF: HbSC/outros [0] – HbSS [1]; internação hospitalar devido a DF: não[0] – sim [1]; *condição de saúde bucal* - biofilme dental visível: ausente [0] – presente [1]; condição gengival após escovação dentária: ausência de sangramento [0] – presença de sangramento [1] ).

A variável dependente, cárie dentária, foi considerada ausente [0] para as crianças que apresentaram índice ceo-d igual a zero ( $\text{ceo-d} = 0$ ), e presente [1] para aquelas onde verificou-se ceo-d maior ou igual a um ( $\text{ceo-d} \geq 1$ ).

#### *Análise de dados*

Realizou-se a análise descritiva das variáveis de interesse, obtendo-se frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e para as contínuas, medidas de tendência central, dispersão e análise gráfica da distribuição. Para a comparação das prevalências de cárie dentária segundo a característica da população estudada empregou-se o teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson. Na análise bivariada, a magnitude da associação entre os fatores de exposição e a ocorrência de cárie foi expressa em razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) pelo método de Mantel-Haenszel para a inferência estatística. Os instrumentos de coleta de dados foram revisados e a estruturação do banco de dados foi realizada através do Epi-info, versão 6.04<sup>47</sup>. Para análise foi empregado o programa estatístico STATA<sup>®</sup>, versão 10.0<sup>48</sup>.

#### *Questões éticas*

O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos - Universidade Federal da Bahia (Protocolo CEP: 014/2007) e pelo Núcleo de Pesquisa Científica da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – Salvador-Bahia (Nº do parecer: 06/2007).

---

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, os respectivos responsáveis assinaram TCLE conforme Resolução CNS 196/96. Todas as mães com seus respectivos filhos participaram de atividades de promoção de saúde bucal – escovação supervisionada, orientação de higiene oral e receberam insumos (escova dental e dentífrico), independente da participação no estudo. Para as crianças participantes, quando identificado necessidade de tratamento odontológico, foi encaminhada ao serviço de saúde ou, aos ambulatórios de Cariologia, Odontopediatria ou Bebê Clínica, da Faculdade de Odontologia da UFBA. Por aplicar um instrumento rastreador de transtorno mental comum em mães de crianças com doença falciforme, ao final de cada turno realizou-se uma lista dos nomes das genitoras que obtiveram escore SRQ-2  $\geq 8$ , sendo enviada posteriormente ao serviço de Assistência Social da Instituição para a condução necessária.

## **Resultados**

Após assinatura do TCLE, foi constituída uma população inicial com 704 indivíduos. Desses, corresponderam aos critérios de elegibilidade para a pesquisa 663 crianças. Registraram-se a perda de 31 indivíduos (4,67%) devido à recusa para realização do exame bucal infantil e/ou questionários com informações incompletas (Figura 1). A população de estudo foi então composta por 632 crianças de ambos os sexos, idade entre 6 a 71 meses, com média de 33 meses (DP=  $\pm 17,10$ ). As respondentes da pesquisa foram as mães biológicas (96,20%) e na ausência dessas (falecimento, abandono, outros), entrevistaram-se as avós (3,80%) por assumirem o papel materno de forma permanente.

A frequência de cárie dentária nas crianças com doença falciforme foi de 22,63%. Quando avaliada a gravidade da cárie, verificou-se ceo-d de 0,93 (DP=  $\pm 2,27$ )

e ceo-s de 1,36 (DP=  $\pm 3,79$ ). A análise, por faixa etária (Tabela 1), revelou para o grupo entre 6 a 32 meses uma ocorrência da doença de 7,10% e ceo-d 0,18 (DP=  $\pm 0,94$ ), com valor mínimo de 0 e máximo de 12. Para aqueles com idade entre 33 a 71 meses, a ocorrência foi de 40,48% e ceo-d 1,79 (DP=  $\pm 2,94$ ) com valor mínimo de 0 e máximo de 13. A distribuição dos valores do índice ceo-d, apresentou-se assimétrica para ambos os grupos etários. Observou-se para a idade entre 33 a 71 meses (Figura 2), maior percentual das crianças com valores ceo-d nulos (1º e 2º quartil) e uma pequena proporção com altos valores do índice, ceo-d entre 3 e 13 (3º quartil). Constatou-se que, nessa faixa etária, aproximadamente 26% das crianças concentraram 65% da carga da doença (ceo-d  $\geq 3$  e  $\leq 13$ ), demonstrando a ocorrência do fenômeno de polarização da cárie dentária.

Ao considerar *recursos para saúde*, a população pesquisada caracterizou-se por apresentar (Tabela 2), moradia com abastecimento de água através de rede pública (81,96%), três ou menos eletrodomésticos (67,72%) e menos de cinco pessoas no domicílio (59,02%). Quanto aos *recursos do cuidador*, observou-se maior proporção de mães com ensino fundamental completo ou inferior (61,08%), sem atividade remunerada (69,15%), renda familiar menor ou igual a um salário mínimo (78,01%), presença do companheiro (71,36%) e com dois filhos ou menos (65,98%). A suspeita de transtorno mental comum foi observada em 33,70% e indícios de alcoolismo em 15,19%, das genitoras do presente estudo. Quanto ao exercício das *práticas de cuidado*, constatou-se que as crianças permaneciam diariamente em seus domicílios (74,05%), cuidadas por suas mães (82,75%), recebiam aleitamento durante a noite (87,97%) e faziam uso de medicações diariamente (96,52%). As crianças do estudo apresentaram: origem do interior do Estado da Bahia (71,68%), com idade de 33 meses ou menos (53,48%) e o segundo na ordem de nascimento (55,85%). A ocorrência de genótipo

---

HBSS e internação hospitalar foram de 42,41% e 39,72%, respectivamente. A condição de saúde bucal revelou presença de biofilme dental visível (62,18%) e frequência de sangramento gengival após escovação dentária em 24,53%, da população infantil.

O resultado da análise bivariada (Tabela 2) mostrou associação positiva com significância estatística para abastecimento de água através de poço/nascente (RP=1,48; IC95% 1,07 – 2,03), com o despecho estudado. Entre os variáveis *recursos do cuidador*, verificou-se significância estatística para o nível de escolaridade ensino fundamental completo ou menos (RP=1,97; IC95% 1,39 – 2,78), renda familiar menor ou igual a um salário mínimo (RP=2,24; IC95%: 1,38 – 3,63), ter mais de dois filhos (RP=1,53; IC95% 1,15 – 2,03) e presença de um ou mais irmãos na faixa etária das crianças do estudo (RP=1,63; IC95% 1,22 – 2,19). Quanto ao aspecto psicossocial das genitoras, observou-se uma associação positiva e estatisticamente significativa entre suspeita de transtorno mental comum (RP=1,50; IC95% 1,13 – 2,00) e maior ocorrência de cárie dentária nos filhos. Dentre as *práticas de cuidado*, verificou-se que o local de permanência diária da criança em creches/escolas/outros (RP=1,44; IC95% 1,07 – 1,94) estava associado ao despecho com significância estatística. Em relação às *características das crianças*, observou-se que para o grupo com idade entre 33 a 71 meses, a cárie foi 5,70 (IC95% 3,78 – 8,99) vezes mais frequente, quando comparada com o grupo de 6 a 32 meses de idade. A internação hospitalar (RP=1,87; IC95% 1,40 – 2,50) e a presença de biofilme dental visível (RP=2,29; IC95% 1,58 – 3,31), também apresentaram associação positiva e significativa com a maior ocorrência de cárie dentária.

## Discussão

Verificou-se nesse estudo a alta frequência de cárie, nível de gravidade

---

dependente da faixa etária e existência de importantes fatores associados a cárie em crianças com doença falciforme. Contudo, a evidente lacuna na literatura relativa a investigações acerca de saúde bucal em crianças com a enfermidade falciforme dificulta sobremodo a interlocução do presente estudo com resultados de outras investigações.

A frequência de cárie verificada nessa pesquisa (22,63%) foi muito superior a encontrada por Biancalana em 30 pré-escolares falcêmicos institucionalizados (3,3%), na cidade de Campinas-SP<sup>49</sup>. Também, mais elevada do que a encontrada em crianças da cidade de Salvador-Bahia (16,48%), sem a hemoglobinopatia, porém com características socioeconômicas e demográficas similares ao do presente estudo<sup>34</sup>. Ao realizar comparações considerando faixas etárias semelhantes e os mesmos critérios para o diagnóstico de cárie, observa-se que, para o grupo entre 06 e 33 meses, a ocorrência (7,10%) foi similar a encontrada no estudo de Cabral (7,9%)<sup>50</sup>, em 556 crianças frequentadoras de creches da cidade de Salvador – Ba. Porém um percentual mais elevado da doença (28,46%) foi verificado por Rosenblatt & Zarzar<sup>51</sup>, na cidade do Recife-Pe, entre crianças nessa faixa etária. Para o grupo com idade maior que 33 meses e até 71 meses, observou-se que a frequência desse agravo (40,48%) foi superior a encontrada entre pré-escolares de creches públicas da cidade de Bauru-SP (36,75%)<sup>52</sup>.

No presente estudo, como também em outros<sup>53,54</sup>, o abastecimento de água através de poço/nascente apresentou-se como fator associado à cárie dentária. A correlação entre a cobertura de abastecimento de água através de rede pública e melhores condições de saúde infantil, tem sido mostrada na literatura<sup>55,56</sup>. As práticas de higiene pessoal e doméstica são facilitadas pela provisão da água, além de que a fluoretação, através dessa rede pública, tem um alcance importante na prevenção da cárie dentária<sup>12,57,58</sup>. O achado do presente estudo pode ser devido à origem das



---

famílias, com predomínio de cidades do interior do estado, mais provavelmente de áreas rurais, onde condições de saneamento e provisão de água são precários.

A renda familiar e escolaridade materna são indicadores de nível social que se caracterizam como determinantes clássicos das condições de saúde. Nesse trabalho, a renda igual ou inferior a um salário mínimo e grau de escolaridade materna baixo, variáveis *proxi* de condições de vida desfavoráveis, apresentaram-se associadas à cárie dentária nas crianças falcêmicas, corroborando com outras investigações<sup>12,53,59-61</sup>. Tais resultados podem sugerir a influência dessas variáveis no acesso a informações adequadas para a adoção e manutenção de cuidados em saúde bucal dos filhos. Entretanto, diferente dos achados dessa pesquisa, a renda familiar não mostrou associação com ocorrência de cárie em pré-escolares, em distintas investigações<sup>24,34</sup>, como também em outros estudos<sup>54,62</sup>, não foi encontrada relação entre escolaridade materna e cárie dentária nos filhos.

A existência de maior número de filhos, convivendo no mesmo ambiente, tem sido preditora de cárie em crianças pequenas<sup>53</sup>. Nesse estudo, verificou-se associação significativa tanto para o maior número de filhos, como também, maior número de irmãos em idade pré-escolar e ocorrência de cárie nas crianças falcêmicas. Os achados são concordantes com a literatura<sup>53,59,52,63</sup>. Observa-se nos indivíduos com cinco anos de idade ou menos, a falta de autonomia para a realização de autocuidado para práticas de higiene bucal e a dependência de um cuidador. Por sua vez, a existência de arranjos familiares numerosos representa, para o cotidiano doméstico das mães, mais tarefas para realizar e, na ausência de uma rede de suporte, podem converter-se em obstáculos aos cuidados básicos de higiene e saúde para os filhos menores<sup>53,62</sup>. Ademais, é aceitável que a presença de maior número de filhos com pouca idade, sobrecarregue as mães,

---

notadamente quando existem crianças portadoras de enfermidades sistêmicas crônicas que necessitam de uma atenção especial, a exemplo da doença falciforme.

Estudos têm mostrado que crianças frequentadoras de creches/escolas públicas apresentam maior chance de terem cárie e alta prevalência de necessidades de tratamento odontológicos<sup>12,53</sup>, quando comparadas com aquelas que não frequentaram. No presente estudo verificou-se, também, que tal associação foi positiva. As expectativas, normalmente, é que espaços sociais, destinados à aprendizagem das crianças, sejam promotores de comportamentos favoráveis à saúde. Entretanto é provável que esse achado se deva à dificuldade de práticas de higiene bucal, seja por falta de pessoal auxiliar, conhecimento da importância de ações básicas de higiene bucal, ou até mesmo, à falta de insumos para realização dessas práticas. Por outro lado, Peres et al<sup>64</sup> encontraram resultados diferentes.

Com relação às características das crianças, observou-se que aquelas com maior número de eventos de internação hospitalar apresentaram associação com maior ocorrência de cárie dentária. Esse resultado corrobora com observações clínicas, onde verificou-se que criança em acompanhamento ambulatorial, na clínica odontopediátrica da Faculdade de Odontologia da UFBA, após evento de hospitalização por período de quinze dias, retornou apresentando lesões de cáries incipientes (desmineralização do esmalte dentário). Estudos mostram maior ocorrência para doenças bucais em pacientes pediátricos hospitalizados<sup>65-68</sup>. Alguns fatores são considerados, como maior frequência à ingestão de medicações por via oral que, na maior parte das vezes, apresenta a sacarose como edulcorante na sua formulação, fato que favorece às bactérias do biofilme dental metabolizarem esse carboidrato e produzirem ácidos que desmineralizam a estrutura dentária, possibilitando o surgimento da cárie<sup>69 - 71</sup>. Outro aspecto de grande relevância é que a higiene bucal de crianças hospitalizadas está na

dependência dos pais e/ou responsáveis, os quais muitas vezes, não recebem orientação e/ou não são estimulados para realização dessa prática<sup>72-74</sup>. Contudo, essa discussão deve ser ampliada visto que o evento de hospitalização pode atuar como *proxi* de gravidade da doença falciforme, determinando outros desfechos desfavoráveis.

A associação entre idade e maior ocorrência de cárie foi encontrada nessa pesquisa. Essa relação é bem estabelecida na literatura, visto que este agravo é dependente do tempo de exposição aos fatores de risco<sup>24,34,37</sup>. O resultado da associação entre biofilme bacteriano visível e cárie, nas crianças falcêmicas, foi consistente. Também é conhecido, que o biofilme bacteriano é um fator biológico imprescindível para a ocorrência dessa enfermidade bucal<sup>75</sup>.

Observou-se no presente estudo, que no grupo de indivíduos doentes falciformes, maior que 33 meses de idade, um elevado percentual deles (73,80%), mostraram pouca ou nenhuma experiência de cárie ( $ceo-d \leq 1$ ), enquanto que a carga mais elevada da doença ( $ceo-d \geq 3$  e  $\leq 13$ ), se concentrou em um menor percentual dessas crianças (26,20%). Essa distribuição desigual reflete o fenômeno de polarização que, também, tem sido evidenciado em outros estudos<sup>12,24,52,53,76</sup>.

Apesar das discordâncias quanto às distribuições percentuais entre os diferentes polos, os autores<sup>77,78</sup> concordam que a “polarização de uma enfermidade” caracteriza-se pelo efeito de ausência da doença em um lado e, no outro, um grande número de casos e necessidades de tratamento concentrados num pequeno grupo de indivíduos. Entretanto, para outros<sup>79</sup>, é tão somente o elevado percentual de indivíduos sem a doença e reflete a transição epidemiológica que tem sido observado no declínio da cárie dentária.

Segundo Navai et al<sup>80</sup>, uma das explicações para esse fenômeno de iniquidade em saúde bucal, é que o “*ataque desigual*” da cárie dentária não ocorre apenas pelas

---

variações biológicas dos indivíduos, mas também devido as diferenças de ordem social a qual estão inseridos e que se evidencia por meio do processo saúde/doença. Outros concordam que o provável motivo, seria a exclusão dos benefícios para esses grupos menos privilegiados, seja porque as principais medidas de saúde coletiva embasadas na estratégia populacional, como por exemplo, fluoretação dos dentifrícios e da água de abastecimento público, não alcançaram ainda esse segmento, seja porque as condições de exclusão social e risco à cárie têm se mantido em níveis extremamente elevados<sup>12,81</sup>. Matilla et al<sup>82</sup>, apresentam outra perspectiva, consideram a coexistência de fatores etiológicos primários e comportamento inadequado para saúde bucal. Contudo, questionamentos surgem quando se observa que apesar das crianças, inseridas nesses contextos sociais desfavoráveis, terem maior possibilidade de desenvolverem cárie, nem todas apresentam esta enfermidade. Assim, a desigualdade na distribuição do índice ceo-d encontrados internamente nesses grupos submetidos às mesmas condições socioeconômicas e ambientais, parecem polemizar a hipótese de homogeneidade nas condições de vida e saúde bucal.

Estudos recentes têm apontado para a necessidade de compreender o processo saúde/doença bucal para além das desigualdades sociais, buscando identificar outros potenciais fatores no âmbito do contexto familiar, responsáveis pela maior ou menor ocorrência de cárie, dentro de grupos com as mesmas características socioeconômicas e demográficas<sup>34,37,83</sup>. Por conseguinte, o aprofundamento dessa questão é fundamental para prover informações contextualizadas sobre possíveis determinantes envolvidos nesse processo de polarização da cárie dentária e assim, possibilitar o planejamento adequado de estratégias para saúde bucal direcionada a essa população.

A associação positiva entre suspeita de transtorno mental comum materno e maior ocorrência de cárie dentária nos filhos, doentes falciformes, foi verificada nessa

---

investigação e corrobora com outras pesquisas realizadas em população de pré-escolares, assistidas pelo programa Estratégia Saúde da Família na cidade de Salvador – Ba<sup>34,37</sup>. Estudos internacionais, também apontam nessa direção<sup>35,83,84</sup>. Kavanaugh et al<sup>36</sup>, investigaram depressão materna e cuidado com a saúde bucal em uma coorte de crianças menores de cinco anos, na cidade de Nova Iorque. Esses autores verificaram associação entre sintoma depressivo materno e cuidado inadequado aos filhos, que por sua vez, associou-se com a presença de problemas bucais na criança. Estudos têm mostrado que mães de doentes falciformes apresentam maior comprometimento da saúde mental quando comparadas com mães de crianças sem hemoglobinopatias, devido provavelmente às grande exigências de cuidados requeridos por essa enfermidade, ademais da vulnerabilidade socioeconômica a qual está inserido esse grupo específico<sup>85-88</sup>. Esse aspecto pode comprometer o cuidado materno e influenciar a condição de saúde bucal de crianças falcêmicas.

Os resultados dessa pesquisa trazem contribuições importantes para a literatura, visto que se refere à uma população pouco conhecida na área odontológica. Contudo, apresenta limites devido ao delineamento transversal onde a precedência da exposição em relação ao efeito não pode ser estabelecida. Devido à metodologia aplicada nessa pesquisa, a utilização de questionários de natureza recordatória, possíveis vies de informação podem ter ocorrido. Outra limitação que deve ser referida diz respeito à impossibilidade de realizar amostragem probabilística, o que impede inferência para a população de crianças falcêmicas do estado da Bahia. Entretanto, para minimizar possível vies de seleção, realizou-se uma amostra consecutiva, arrolando todas as crianças e respectivas mães que frequentaram o serviço dentro de um período de onze meses, fato que minimiza variações sazonais. Ademais, o tamanho da amostra conferiu poder para estudar as associações.

---

### ***Considerações finais***

De forma exploratória, esse estudo apresenta vários fatores associados à ocorrência de cárie dentária em crianças falcêmicas. Dentre os aspectos socioeconômicos, demográficos e biológicos previamente conhecidos na etiologia da cárie, observa-se que fatores psicossociais maternos e eventos de hospitalização da criança parecem exercer influência na saúde bucal desse grupo específico.

Indivíduos portadores de doenças crônicas apresentam maiores exigências para o cuidado em saúde. A busca de equidade em saúde bucal para população em idade pré-escolar, particularmente, para grupos com vulnerabilidade sistêmica, como crianças doentes falciformes, ainda permanece como um desafio. A escassez de informações na literatura revela a pouca importância dada a esse grupo de grande relevância epidemiológica. Por conseguinte, outras investigações são necessárias para o conhecimento das peculiaridades desse grupo, com o objetivo de prover informações que possam nortear políticas públicas de saúde bucal destinada a essa população.

### **Referências**

1. Zago MA, Pinto ACS. Fisiopatologia das doenças falciformes: da mutação genética à insuficiência de múltiplos órgãos. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter* 2007; 29(3):207-14.
2. Ramalho AS, Magna LA, Paiva-e-Silva RB. A Portaria no 822/01 do Ministério da Saúde e as peculiaridades das hemoglobinopatias em saúde pública no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(4):1195-99
3. Weatherall DJ, Clegg JB. Inherited haemoglobin disorders: an increasing global health problem. *Bull World Health Organ*, 2001;79(8):704-12.
4. Almeida AM, Godinho MT, Teles SM, Rehem APP, Jalil HM, Fukuda TG, et al. Avaliação do Programa de Triagem Neonatal na Bahia no ano de 2003. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife 2006; 6 (1):85-91.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1391, de 16 de agosto de 2005. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional

- 
- de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p.40, col. 2, 18 ago. 2005.
6. Fonseca MA. Dental and oral care for chronically ill children and adolescents. *Gen Dent.* 2010; 58(3):204-9; quiz 210-1.
  7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de Saúde Bucal na Doença Falciforme / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.76 p.
  8. Ramakrishna Y. Dental considerations in the management of children suffering from sickle cell disease: A case report. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* 2007; 25(3):140-43.
  9. Arora A, Scott JA, Bhole S, Do L, Schwarz E, Blinkhorn AS. Early childhood feeding practices and dental caries in preschool children: a multi-centre birth cohort study. *BMC Public Health* 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3030538/> Acesso 10/11/2010
  10. Shang X, Li D, Huang Y, Chen H, Sun R. Prevalence of dental caries among preschool children in Shanghe County of Shandong Province and relevant prevention and treatment strategies. *Chin Med J* 2008;121(22):2246-2249
  11. Grembowski D, Spiekerman C, Milgrom P. Disparities in regular source of dental care among mothers of Medicaid-enrolled preschool children. *Journal of health care for the poor and underserved* 2007; 18: 789-813.
  12. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(1):79-87.
  13. Baelum V, Fejerskov O. Diagnóstico da cárie dentária: um momento de reflexão a caminho da intervenção? In: Fejerskov O, Kidd E. Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. São Paulo: Ed. Santos, 2005, p. 101-110.
  14. Gaur S, Nayak R. Underweight in low socioeconomic status preschool children with severe early childhood caries. *Jour Ind Soc Pedod Prev Dent* 2011; 29(4):305-9.
  15. Ngoenwiwatkul Y, Leela-adisorn N. Effects of dental caries on nutritional status among first-grade primary school children. *Asia Pac J Public Health* 2009; 21(2): 177–183.
  16. Thomas CW, Primosch RE. Changes in incremental weight and well-being of children with rampant caries following complete dental rehabilitation. *Pediatr Dent.* 2002; 24(2):109-13.

17. Tagliaferro EPS; Ambrosano GMB; Meneghim MC; Pereira AC. Risk indicators and risk predictors of dental caries in schoolchildren. *J. Appl. Oral Sci.* [online]. 2008, 16(6): 408-13.
18. Skeie MS, Raadal M, Strand GV, Espelid I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age – a longitudinal study. *Int J Paediatr Dent.* 2006;16:152-60.
19. Li Y, Wang W. Predicting caries in permanent teeth from caries in primary teeth: an eight-year cohort study. *J Dent Res.* 2002;81:561-6.
20. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados parciais. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentação\\_abrasil\\_2010.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentação_abrasil_2010.pdf). Acesso em 06/10/2011.
21. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68p.
22. Carvalho FS, Carvalho CAP, Bastos RS, Xavier A, Merlini SP, Bastos JRM. Dental caries experience in preschool children of Bauru, SP, Brazil. *Braz J Oral Sci.* 2009; 8 (2):97-100.
23. Melo MMDC, Souza WV, Lima MLC, Couto GBL, Malheiros T, Paixão A. Polarização da cárie dentária em pré-escolares cadastrados no Programa Saúde da Família do Recife. *Odontol. clín.-cient.* 2009; 8(1):35-40.
24. Ferreira SH, Béria JU, Kramer PF, Feldens EG, Feldens CA. Dental caries in 0- to 5-year-old Brazilian children: prevalence, severity, and associated factors. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2007; 17(4):289-96.
25. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Murtomaa H, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. *Int J Paediatr Dent* 2008; 18(1):48–55.
26. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1–5-year-old children’s brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(4):272-81.
27. Sayegha A, Dinib EL, Holtb RD, Bedib R. Oral health, sociodemographic factors, dietary and oral hygiene practices in Jordanian children. *Journal of Dentistry* 2005; 33(5):379–88.
28. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dental Health*, 2004; 21(1 Suppl):71-85.
29. Figueiredo MC, Cruz IC, Caufield PW. A relação transmissibilidade da doença cárie entre mães e seus filhos adotivos. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, 2005; 11(1): 15-27.



30. Caufield PW. The fidelity of initial acquisition of *mutans streptococci* by infants from their mothers. *J. Dent. Res.*, 1995; 74(2):681-5.
31. Shyama M, Al-Mutawa SA, Morris RE, Sugathan T, Hontala E. Dental caries experience of disabled children and young adults in Kuwait. *Community Dent.* 2001;18: 121-6.
32. Neves BG, Pierro VSS, Maia LC. Percepções e atitudes de responsáveis por crianças frente ao uso de medicamentos infantis e sua relação com cárie e erosão dentária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007; 12(5):1295-1300.
33. Sahgal J, Sood PB, Raju OS. A comparison of oral hygiene status and dental caries in children on long term liquid oral medications to those not administered with such medications. *J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent.* 2002; 20(4):144-51.
34. Almeida TF. Contexto familiar e condições de saúde bucal de pré-escolares. Tese de Doutorado – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador - Bahia, 2011.
35. Seow WK, Clifford H, Battistutta D, Morawska A, Holcombe T. Case-Control Study of Early Childhood Caries in Australia. *Caries Res.* 2009; 43 (1):25–35.
36. Kavanaugh M, Halterman JS, Montes G, Epstein M, Hightower AD, Weitzman M. Maternal depressive symptoms are adversely associated with prevention practices and parenting behaviors for preschool children. *Ambul Pediatr.* 2006; 6(1):32-7.
37. Souza MA, Vianna MIP, Cangussu MCT. Disfunção familiar referida pela presença de depressão materna e/ou alcoolismo na família e ocorrência de cárie dentária em crianças de dois e três anos de idade. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2006; 6(2):309-17.
38. SB BRASIL 2010 - Manual de Calibração de Examinadores. Ministério Da Saúde in Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (2009). Brasília, DF. p.19.
39. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33(1):159-74.
40. World Health Organization - Division of Mental Health. A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Geneva: WHO; 1994. 80p.
41. Mari JJ, Williams PA. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-26.
42. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski FP. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica.* 2008;24(2):380-90.

- 
43. Masur J, Monteiro MG. Validation of the CAGE, alcoholism screening test in Brazilian psychiatric inpatient setting. *Braz J Med Biol* 1983; 16:215-8.
  44. Mac Donald, RE. *Dentistry for the child and adolescent*. St. Louis: Mosby, 1991. p 18-23.
  45. Wennhall I, Mårtensson E-M, Sjunnesson I, Matsson L, Schröder U, Twetman S. Caries-preventive effect of an oral health program for preschool children in a low socioeconomic, multicultural area in Sweden: Results after 1 year. *Acta Odontol Scand*. 2005; 63:163-167
  46. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador /Secretaria Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal – Brasília:Ministério da Saúde, 2001. 49p.
  47. Dean AG, Dean JA, Colombari D. *Epi Info: a word processing, database and statistic program for epidemiology on microcomputers*. Atlanta: Centre for Disease Control and Prevention (CDC); 1994.
  48. Stata Corporation. *Stata Statistical Software: release 10*. Texas: Stata Corporation LP; 2007.
  49. Biancalana H. *Manifestações bucais em crianças com doença falciforme*. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas- SP, 2006.
  50. Cabral MBBS. *Situação de saúde bucal em um grupo de crianças menores de 30 meses que freqüentam creches públicas, privadas e filantrópicas em Salvador-BA*. Artigo 2 [Tese de Doutorado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2005.
  51. Rosenblatt A, Zarzar P. The prevalence of early childhood caries in 12-to 36-month-old children in Recife, Brazil. *ASDC J Dent Child*. 2002; 69(3):319-24.
  52. Carvalho FS, Carvalho CAP, Bastos RS, Xavier A, Merlini SP, Bastos JRM. Dental caries experience in preschool children of Bauru, SP, Brazil. *Braz J Oral Sci*. 2009; 8 (2):97-100.
  53. Melo MMDC, Souza WV, Lima MLC, Braga C. Fatores associados à cárie dentária em pré-escolares do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2011; 27(3): 471-85.
  54. Catani DB, Cypriano S, Sousa MLR. Determinantes clínicos e sócio-comportamentais da cárie dentária nas dentições decídua e permanente em município com concentração ótima de fluoreto na água. *Arq. Odontol* 2010; 46(4):197-207.

55. Costa SS, Heller L, Brandão CCS, Colosimo EA. Indicadores epidemiológicos aplicáveis a estudos sobre a associação entre saneamento e saúde de base municipal. *Eng. Sanit. Ambient.* [online]. 2005; 10(2):118-27.
56. Teixeira JC, Pungirum MEMC. Análise da associação entre saneamento e saúde nos países da América Latina e do Caribe, empregando dados secundários do banco de dados da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. *Rev. bras. epidemiol.* 2005; 8(4):365-76.
57. Carvalho RB, Medeiros UV, Santos KT, Pacheco FAC. Influência de diferentes concentrações de flúor na água em indicadores epidemiológicos de saúde/doença bucal. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011; 16(8):3509-18.
58. Ramires I, Buzalaf MAR. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária – cinquenta anos no Brasil. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):1057-1065.
59. Fadel CB, Saliba NA. Aspectos sócio-dentais e de representação social da cárie dentária no contexto materno-infantil. *RGO, Porto Alegre*, 2009; 57(3):303-9.
60. Oliveira LB, Sheiham A, Bönecker MJS. Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. *Eur J Oral Sci* 2008; 116:37-43.
61. Meneghim MC. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007;12(2):523-9.
62. Galindo EMV, Pereira JAC, Feliciano KVO, Kovacs MH. Prevalência de cárie e fatores associados em crianças da comunidade do Vietnã, Recife. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2005;5(2):199-208.
63. Martins S. Fatores associados à cárie dentária em pré-escolares: uma abordagem sob a ótica do Programa de Saúde da Família [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
64. Peres MA, Latorre MRDO, Sheiham A, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG, et al. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2003; 6(4):293-306.
65. Cruz MCFN, Valois EM, Libério AS, Lopes FF. Avaliação clínica das alterações de mucosa bucal em crianças hospitalizadas de 3 a 12 anos. *RGO*, 2008; 56(2):157-61.
66. Ximenes RCC, Aragão FSD, Colares V. Avaliação dos cuidados com a saúde oral de crianças hospitalizadas, *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*, 2008; 49(1):21- 5.

- 
67. Amaral KC, Tenorio MDA, Dantas AB. Condição de saúde bucal de crianças internas em hospitais da cidade de Maceió-AL. *Odontol. clín. cient.* 2006; 5(4):267-73.
  68. Cruz AAG, Gadelha CGF, Cavalcanti AL, Medeiros PFV. Percepção Materna Sobre a Higiene Bucal de Bebês: Um Estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 2004; 4(3):185- 9.
  69. Passos IA, Sampaio FC, Martinez CR, Freitas CHSM. Sucrose concentration and pH in liquid oral pediatric medicines of long-term use for children. *Rev Panam Salud Publica [online]*. 2010; 27(2):132-7.
  70. Sunitha S, Prashanth GM, Shanmukhappa, Chandu GN, Subba Reddy VV. An analysis of concentration of sucrose, endogenous pH, and alteration in the plaque pH on consumption of commonly used liquid pediatric medicines. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2009; 27(1): 44-8.
  71. Neiva A, Silva VS, Maia LC, Soares EL, Trugo LC. Análise in vitro da concentração de sacarose e pH de antibacterianos de uso pediátrico. *Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr* 2001; 1:9-16.
  72. Rodrigues VP, Lopes, FF; Abreu, TQ; Neves, MIR; Cardoso, NC. Avaliação dos hábitos de higiene bucal em crianças durante período de internação hospitalar. *Odontol. Clín.-Cient.*, 2011; 10:49 -55.
  73. Nicopoulos M. et al. Oral health needs and barriers to dental care in hospitalized children. *Spec. care dentist.*2007; 27:206-11.
  74. Neves BG, Pierro VSS, Maia LC. Percepções e atitudes de responsáveis por crianças frente ao uso de medicamentos infantis e sua relação com cárie e erosão dentária. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2007;12(5):1295-300.
  75. Tinanoff N. Update on early childhood caries since the Surgeon General's. *Acad Pediatr.* 2009 ; 9(6): 396–403.
  76. Ribeiro AG, Oliveira AF, Rosenblatt A. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2005; 21(6):1695-700.
  77. Macek MD, Heller KE, Selwitz RH, Manz MC. Is 75 percent of dental caries really found in 25 percent of the population? *J Public Health Dent.* 2004; 64(1):20–5.
  78. Tickle M. The 80:20 phenomenon: help or hindrance to planning caries prevention programmes? *Community Dent Health.* 2002; 19(1):39–42.
  79. Dimitrova MM, Kukleva MP, Kondeva VK. A study of caries polarization in 1-, 2- and 3-year-old children. *Folia Med (Plovdiv)*. 2000; 42(3):55–9.

- 
80. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(6):385–93.
81. Peres SHC, Carvalho FS, Carvalho CP, Bastos JRM, Lauris JRP. Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; 13(Sup 2):2155-2162.
82. Mattila ML, Rautavaa P, Aromaa M, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssälä L, Helenius H, Sillanpää M. Behavioural and demographic factors during early childhood and poor dental health at 10 years of age. *Caries Res* 2005;39:85–91.
83. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Psychosocial factors and early childhood caries among low-income African-American children in Detroit. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 439-48.
84. Quinonez RB, Keels MA, Van WF JR, Mciver FT, Heller K, Whitt JK. Early childhood caries: analysis of psychosocial and biological factors in a high-risk population. *Caries Res*. 2001; 35:376-83.
85. Barakat LP, Chavis AP, Lauren CD, Carlton D. Quality of life among adolescents with sickle cell disease: Mediation of pain by internalizing symptoms and parenting stress. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008, Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/6/1/60>. Acesso 3/09/2011.
86. Bastos CP. Qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de crianças e adolescentes com doença falciforme. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde. Uberlândia-MG, 2008. 91p.
87. van den Tweel XW, Hatzmann J, Ensink E, van der Lee JH, Peters M, Fijnvandraat K, and Grootenhuys M. Quality of life of female caregivers of children with sickle cell disease: a survey. *Haematologica* 2008; 93(4):588-93.
88. Moskowitz JT, Butensky E, Harmatz P, Vichinsky E, Heyman MB, Acree M, et al. Caregiving time in sickle cell disease: Psychological effects in maternal caregivers. *Pediatr Blood Cancer* 2007; 48(1):64–71.

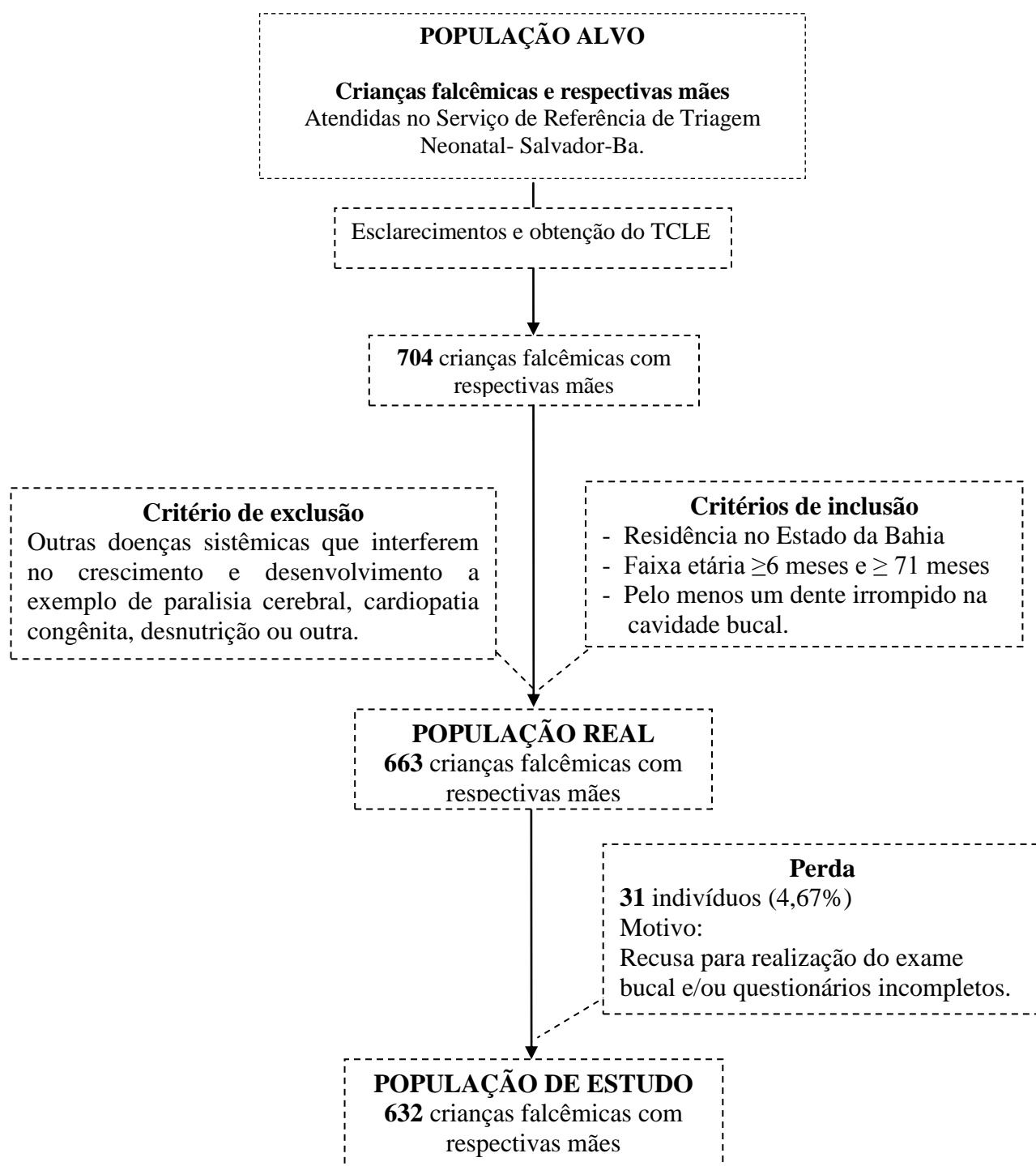
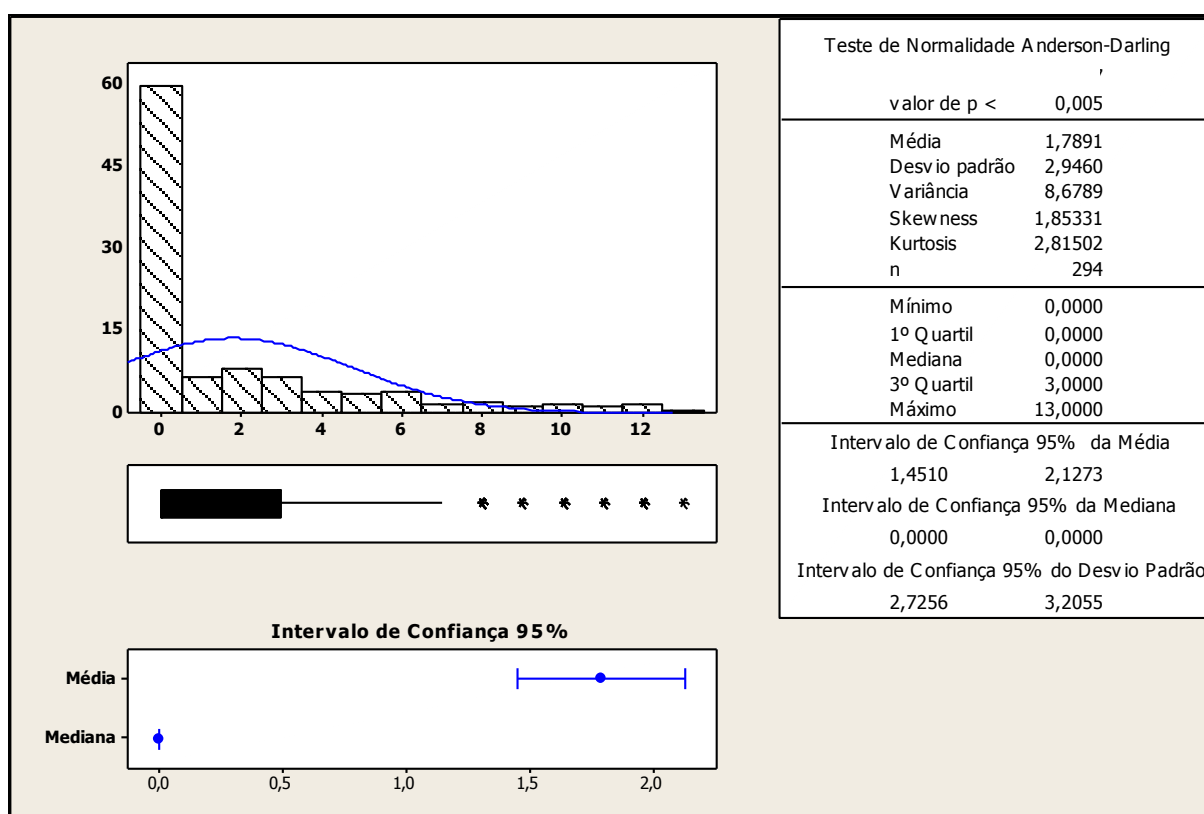


FIGURA 1- Fluxograma da população de estudo.

**TABELA 1-** Estatística descritiva do índice ceo-d e frequência de cárie, segundo grupo etário, com respectivos Intervalos de Confiança de 95%. Bahia, 2008.

Grupo etário	n	Média	Desvio Padrão	Valor mínimo	Percentil			Valor máximo	Frequência (%) IC(95%)
					25	50	75		
06 a 32 meses	338	0,18	0,94	0	0,00	0,00	0,00	12	7,10 (4,34 – 9,85)
33 a 71 meses	294	1,79	2,94	0	0,00	0,00	3,00	13	40,48 (34,83– 46,11)



**FIGURA 2** – Histograma dos valores do ceo-d, em crianças falcêmicas, com 33 a 71 meses de idade. Bahia, 2008.

**TABELA 2-** Prevalência e razão de prevalência (RP) com respectivo intervalo de confiança 95% (método Mantel - Haenszel) entre fatores independentes e cárie dentária, em crianças com doença falciforme. Bahia, 2008. (n=632)

Variável	n total	%	Prevalência cárie dentária (%)	Razão de prevalência (RP)	IC (95%)
<b>Recursos para saúde</b>					
<i>aspectos ambientais e demográficos</i>					
<b>Abastecimento de água</b>					
Rede pública	518	81,96	20,85	1	
Poço/nascente/outros	114	18,04	30,70	1,48	1,07 – 2,03
<b>Número de eletrodomésticos</b>					
Mais que 3	204	32,28	20,59	1	
3 ou menos	428	67,72	23,60	1,15	0,83 – 1,58
<b>Número de pessoas no domicílio</b>					
Menor que 5	373	59,02	22,25	1	
5 ou mais	259	40,98	23,17	1,04	0,78 – 1,39
<b>Recursos do cuidador</b>					
<i>aspectos sócio-demográficos</i>					
<b>Escolaridade materna</b>					
Ensino médio incomp/ou mais	246	38,92	14,23	1	
Fundamental comp/ou menos	386	61,08	27,98	1,97	1,39 – 2,78
<b>Atividade remunerada</b>					
Sim	195	30,85	23,08	1	
Não	437	69,15	22,43	0,97	0,71 – 1,32
<b>Renda familiar mensal</b>					
> 1 salário mínimo	139	21,99	11,51	1	
≤ 1 salário mínimo	493	78,01	25,76	2,24	1,38 – 3,63
<b>Situação conjugal materna</b>					
Presença do companheiro	451	71,36	22,17	1	
Ausência do companheiro	181	28,64	23,76	1,07	0,78 – 1,46
<b>Número de filhos</b>					
Dois filhos ou menos	417	65,98	19,62	1	
Mais de dois filhos	215	34,02	29,30	1,53	1,15 – 2,03
<b>Filhos na faixa etária da criança do estudo</b>					
Nenhum	479	75,79	19,62	1	
Um ou mais	153	24,21	32,03	1,63	1,22 – 2,19
<i>aspectos psicossociais maternas</i>					
<b>Transtorno Mental Comum (SRQ-20)</b>					
Não suspeita de TMC	419	66,30	19,33	1	
Suspeita de TMC	213	33,70	29,11	1,50	1,13 – 2,00
<b>Alcoolismo (CAGE)</b>					
Ausente	536	84,81	22,39	1	
Presente	96	15,19	23,96	1,07	0,72 – 1,58

n= número de indivíduos

\*SM= Salário mínimo em dezembro de 2008=R\$ 415,00



Continua ...

Variável	n	%	Prevalência cárie dentária (%)	Razão de prevalência (RP)	IC (95%)
<b>Práticas de cuidado</b>					
<b>Local de permanência diária da criança</b>					
Domicílio	468	74,05	20,30	1	
Escola/creche/outros	164	25,95	29,27	1,44	1,07 – 1,94
<b>Cuidador diário da criança</b>					
Mãe	523	82,75	22,94	1	
Avó/outros	109	17,25	21,10	0,92	0,62 – 1,36
<b>Aleitamento durante a noite (natural e/ou artificial)</b>					
Não	76	12,03	22,37	1	
Sim	556	87,97	22,66	1,01	0,65 – 1,58
<b>Uso regular de medicamentos</b>					
Sim	610	96,52	22,79	1	
Não	22	3,48	18,18	0,80	0,32 – 1,96
<b>Características da criança aspectos demográficos</b>					
<b>Local de procedência do Estado</b>					
Capital	179	28,32	19,55	1	
Interior	453	71,68	23,84	1,22	0,87 – 1,71
<b>Sexo</b>					
Masculino	316	50,00	23,73	1	
Feminino	316	50,00	21,52	0,91	0,68 – 1,21
<b>Idade (meses)</b>					
≥ 6 e < 33 meses	338	53,48	7,10	1	
≥33 meses e ≤ 71 meses	294	46,52	40,48	5,70	3,78 – 8,59
<b>Ordem de nascimento</b>					
Primeiro	279	44,15	19,35	1	
Segundo em diante	353	55,85	25,21	1,30	0,96 – 1,76
<i>condição de saúde geral</i>					
<b>Genótipo para Doença Falciforme</b>					
Heterozigotos(HbSC/outros)	364	57,59	21,43	1	
Homozigotos (HbSS)	268	42,41	24,25	1,13	0,85 – 1,51
<b>Internação hospitalar devido a DF</b>					
Não	381	60,28	16,80	1	
Sim	251	39,72	31,47	1,87	1,40 – 2,50
<i>condição de saúde bucal</i>					
<b>Biofilme dental visível</b>					
Ausente	239	37,82	12,55	1	
Presente	393	62,18	28,75	2,29	1,58 – 3,31
<b>Condição gengival após escovação</b>					
Ausência de sangramento	477	77,37	21,38	1	
Presença de sangramento	155	24,53	26,45	1,24	0,90 – 1,69

### **Artigo 03**

**Transtorno mental comum materno e cárie dentária em crianças com doença falciforme.**

*Maternal common mental disorders and dental caries in children with sickle cell disease.*

**Doutoranda: Maria Goretti Silva Brito**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Isabel Pereira Vianna**

Instituto de Saúde Coletiva – UFBA.  
Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela  
Cep: 40.110-040 - Salvador – BA, Brasil.

---

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar a associação entre transtorno mental comum materno e cárie dentária em crianças com doença falciforme, provenientes de diferentes cidades do Estado da Bahia. Seiscentos e trinta e duas crianças com idade entre 6 e 71 meses, de ambos os sexos, participaram deste estudo de corte transversal, conduzido em uma unidade de referência para o Estado, em diagnóstico e acompanhamento de hemoglobinopatias, tendo como período de coleta de dados os meses entre agosto de 2007 e julho de 2008. Realizou-se exame clínico para avaliação da condição de saúde bucal infantil e entrevistaram-se as mães para obtenção de informações socioeconômicas, demográficas, recursos para saúde, recursos do cuidador, práticas de cuidados e saúde da criança. Para avaliação da condição dentária utilizaram-se os índices ceo-d e ceo-s. Suspeita de transtorno mental comum materno (TMC) foi investigada através do instrumento SRQ-20. Análise multivariada foi realizada utilizando regressão logística não condicional e a Razão de Prevalência foi obtida mediante a regressão de Poisson robusta. A prevalência de cárie dentária foi de 22,63% e, através do instrumento *SRQ-20*, encontrou-se 33,70% de provável transtorno mental comum materno. O modelo final foi controlado pela covariável escolaridade materna e obtidas as associações bruta e ajustada pela covariável idade. Verificou-se associação positiva e estatisticamente significativa entre suspeita de TMC materno e cárie dentária nos filhos, entre as mães que possuíam nível de escolaridade com ensino médio incompleto ou maior no modelo bruto ( $RP_{\text{bruto}} = 2,26$ ; IC95%:1,23 – 4,15) e ajustado ( $RP_{\text{ajustado}} = 2,48$ ; IC95%: 1,42 – 4,33). Outras investigações com metodologias distintas são necessários para melhor esclarecimento dos achados deste estudo.

**Palavras chave:** doença falciforme; saúde mental; saúde bucal; cárie dentária, pré-escolar.

---

**ABSTRACT**

The aim of this study was to investigate the association between maternal common mental disorders and tooth decay in children with sickle cell disease, from different cities of Bahia. Six hundred and thirty-two children aged between 6 and 71 months, of both sexes participated in this cross-sectional study, conducted at a referral center for the state, diagnosis and monitoring of hemoglobinopathy, the period of collection was from August 2007 to July 2008. Clinical examination evaluated the oral health status and collected from children and mothers their socio-economic, demographics informations, health and caregiver resources, practices and child health care. To evaluate the dental status was used dmft and dmfs. Suspected maternal common mental disorder was investigated by the SRQ-20. Multivariate analysis was performed using not conditional logistic regression and prevalence ratio was obtained using robust Poisson regression. The prevalence of dental caries was 22.63%, and through the SRQ-20, was found 33.70% of probable maternal common mental disorder. In stratified analysis, the covariate maternal education behaved much as possible effect modifier as confounders, with most point in incomplete secondary education or more (PR = 2.26, 95% CI: 1.23 to 4.15) and the age of child presented potential for confounding, with occasional larger extent in stratum 33 months or more (PR = 1.49, 95% CI: 1.13 -1.95). The final model was controlled by maternal education, crude associations were obtained and adjusted by covariate age. There was a statistically significant positive association between maternal CMD suspicion and There was a statistically significant positive association between maternal CMD suspicion and occurrence of tooth decay in children, among mothers who had incomplete secondary education or more in the unadjusted model (PR<sub>unadjusted</sub> = 2.26, 95% CI: 1.23 to 4, 15) and adjusted (PR<sub>adjusted</sub> = 2.48, 95% CI: 1.42 to 4.33). Further investigations with different methodologies are required for better clarification of findings in this study.

**Key words:** sickle cell disease, mental health, oral health, tooth decay, pre-school.

## Introdução

No cenário familiar, as mães ocupam um papel fundamental na preservação biológica e social dos filhos, além de prover os cuidados e estímulos necessários para o crescimento e desenvolvimento destes. Segundo Claeson e Waldman<sup>1</sup>, nos países em desenvolvimento, os programas para sobrevivência infantil estão centrados na figura materna. As estratégias de nutrição infantil, assim como práticas de higiene, imunização entre outras, são direcionadas principalmente às genitoras. Ademais, é esperado delas, reconhecer quando a criança está enferma, a prestação de cuidados, busca de ajuda externa, e implementação do tratamento nos casos de adoecimento dos filhos<sup>2</sup>. Contudo, agrega-se maior carga de responsabilidade quando, nos lares, há crianças portadoras de uma doença crônica.

Estudos realizados com famílias de crianças e adolescentes com doença falciforme (DF) revelam que o diagnóstico da enfermidade tem implicações significativas para a vida dos familiares<sup>3-5</sup>. Os pais têm apresentado sentimentos de culpa, ansiedade e depressão. Segundo os autores, esses sentimentos podem estar relacionados à hereditariedade da doença, à rotina do acompanhamento médico, custo financeiro e demandas sociais da enfermidade crônica.

O cuidado do doente falciforme pode afetar os hábitos e estilo de vida de toda a família, porém maior impacto tem sido observado sobre as genitoras. Avaliação da qualidade de vida em relação à saúde, em mães de crianças e adolescentes com DF, revelou comprometimento significativo tanto para o componente físico como mental, desse grupo, em relação à população de mães de indivíduos saudáveis<sup>4,6</sup>. Relatos maternos referenciam problema econômico gerado pela enfermidade falciforme, maior responsabilidade por serem a cuidadora principal ou exclusiva da criança e dificuldade

---

de conciliar trabalhos externos<sup>3,7</sup>. Esses aspectos e a gravidade da fisiopatologia falciforme do filho têm sido associados a alterações psicossociais maternas<sup>8-11</sup>.

De acordo com o modelo teórico desenvolvido por Engle, Lhotska e Armstrong<sup>12</sup>, o cuidado com as crianças de pouca idade é definido como um conjunto de práticas desempenhadas pelo cuidador e que podem influenciar a saúde infantil. Entretanto, para a realização dessas práticas, o cuidador necessita de recursos como uma adequada educação, conhecimento e crenças, saúde física e mental, ausência de estresse, autoconfiança, autonomia e controle de recursos dentro do lar, cargas de trabalho adequadas, disponibilidade de tempo e apoio social dos membros da família e da comunidade.

A educação, o conhecimento e as crenças dos cuidadores representam sua capacidade em fornecer o cuidado apropriado, porém a sua saúde física e mental (incluindo sua autoestima, e ausência de estresse e depressão) representam fatores individuais que facilitam a capacidade de cuidar<sup>12</sup>. Estudos têm mostrado que o comprometimento da saúde mental materna afeta negativamente a saúde dos filhos predispondo a distúrbios emocionais, comportamentais e prejuízos no desenvolvimento e crescimento infantil<sup>12-14</sup>. Transtorno mental comum materno tem sido associado a doenças crônicas como asma<sup>15</sup>, desnutrição infantil<sup>16,17</sup> e cárie dentária<sup>18-20</sup>.

Entende-se por Transtornos Mentais Comuns (TMC) condições de saúde envolvendo sintomas psiquiátricos não psicóticos, tais como sintomas depressivos, de ansiedade e somatoformes (insônia, irritabilidade, fadiga, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas), que ocasionam incapacidade funcional<sup>21</sup>.

Em relação à saúde bucal de crianças com doença falciforme, são escassos os estudos na literatura nacional e internacional e inexistem dados epidemiológicos, para esse grupo específico em idade pré-escolar. Contudo, para crianças em geral, na fase da

---

dentadura decídua, a cárie dentária ainda permanece como o agravo de maior prevalência, notadamente nos grupos menos privilegiados, em nível mundial<sup>22 - 25</sup>. Esse agravo caracteriza-se por apresentar natureza infecciosa, crônica e etiologia complexa. Quando não tratada, traz dor, perda dentária prematura, dificuldade de mastigação e transtornos alimentares, com repercussão sobre o desenvolvimento e crescimento infantil<sup>26 - 28</sup>. Ademais, a condição de saúde na dentadura decídua é preditora para dentadura permanente<sup>29 - 31</sup>.

De acordo com dados epidemiológicos de saúde bucal da população brasileira, em 2004, a prevalência de cárie foi observada em 60% das crianças aos cinco anos e, no ano de 2010, os resultados parciais mostraram pouca mudança para esse grupo etário<sup>32,33</sup>. Estudos em diferentes cidades brasileiras, mostraram prevalência elevada desse agravo com ocorrência do fenômeno da polarização no grupo pré-escolar, sendo maior a prevalência em crianças pertencentes à classe social menos favorecida socioeconomicamente<sup>25,34 - 36</sup>.

O conhecimento da etiologia multifatorial da cárie, com envolvimento de fatores biológicos, sociais e ambientais parece bem estabelecido na literatura. Contudo, mais estudos são necessários para verificar outros aspectos que podem estar influenciando a ocorrência e fenômenos de polarização da cárie, nessa população infantil. Alguns estudos têm apontado para elementos do contexto familiar, a exemplo de fatores psicossociais maternos<sup>18-20</sup> e presença de alcoolismo na família<sup>19</sup>, associados a maior ocorrência de cárie. Com base no exposto e devido à lacuna de conhecimento existente sobre saúde bucal de crianças falcêmicas, o objetivo do presente estudo é verificar a associação entre transtorno mental comum materno e cárie dentária em doentes falciformes, de 6 a 71 meses de idade, acompanhados em uma unidade de referência do Estado da Bahia.

---

## Métodos

### *Desenho de estudo*

Estudo de corte transversal, que busca investigar a associação entre saúde mental materna e cárie dentária em filhos com doença falciforme. Envolveu crianças de 6 a 71 meses de idade, e suas respectivas mães ou cuidadora principal, quando da ausência permanente da genitora. Conduzido em uma unidade de referência para o Estado da Bahia, em diagnóstico e acompanhamento de hemoglobinopatias, tendo como período de coleta de dados os meses entre agosto de 2007 a julho de 2008.

### *Amostra do estudo e coleta dos dados*

Devido à dificuldade de realizar uma amostra aleatória para esse grupo específico, crianças falcêmicas, oriundas de diversos municípios do Estado e acompanhadas em um centro de referência, estabeleceu-se que todos os menores Doentes Falciformes (DF), com suas respectivas mães, acompanhadas pelo Serviço de Triagem Neonatal da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) - Salvador, dentro do período supracitado, seriam convidados a participar da pesquisa. Os critérios de elegibilidade adotado nesta investigação foram: residência no Estado da Bahia, crianças com idade entre 6 e 71 meses, ter pelo menos um dente decíduo irrompido na cavidade bucal e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis. A exclusão foi estabelecida para crianças falcêmicas que apresentassem outra enfermidade que pudesse interferir no crescimento e desenvolvimento infantil.

Para verificar a associação, saúde mental materna e cárie dentária, realizou-se cálculo da amostra para poder do estudo. Empregou-se aplicativo Statcalc do Epiinfo versão 6.0<sup>37</sup>, utilizando os seguintes parâmetros disponíveis na literatura<sup>20</sup>: Intervalo de Confiança igual a 95%, poder do estudo igual a 80%, razão de 2:1 entre exposição e não



---

exposição, prevalência de 5% de doentes entre os não expostos e razão de prevalência igual a 3. A amostra mínima estabelecida para o estudo foi de 339 crianças.

A coleta dos dados foi realizada na própria Instituição por equipes de estudantes de graduação da FOUFBA e por uma docente (proponente desse estudo, mestre em odontopediatria), os quais foram treinados para os procedimentos de entrevistas, preenchimento dos questionários e os examinadores submetidos a calibração. No último turno da calibração analisou-se a variação interexaminador utilizando-se o cálculo do índice Kappa ponderado, obtendo-se valores 0,65 – 0,71, que estão adequados para inquérito epidemiológico<sup>38</sup> e, de acordo com Landis & Koch<sup>39</sup>, representa “boa concordância”.

#### *Instrumentos*

Um questionário padronizado, desenvolvido para esta pesquisa, com perguntas relativas aos aspectos socioeconômicos, demográficos, saúde da criança, práticas de cuidados e recursos do cuidador foram respondidas pelas mães biológicas ou outro responsável pelo cuidado da criança de forma permanente.

Utilizou-se para avaliação do aspecto psicossocial materno quanto a suspeita de transtorno mental comum (TMC) o *Self Report Questionnaire*, versão- SRQ-20. Esse instrumento foi recomendado pela Organização Mundial de Saúde para triagem de transtornos psiquiátricos não psicóticos, em estudos comunitários e em atenção básica à saúde<sup>40</sup>. O SRQ-20 é a versão de 20 itens do SRQ-30, desenvolvido por Harding et al<sup>41</sup>, e as respostas são do tipo sim/não. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 (um) para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Os escores obtidos estão relacionados com suspeita de transtorno não psicótico, variando de 0 (nenhuma suspeita) a 20 (extrema suspeita). Foi validado na versão brasileira por Mari & Williams<sup>42</sup>. O ponto de corte adotado nesta pesquisa foi 7/8, no qual se verifica sensibilidade de

---

89,9 % e especificidade de 86,3% para estudos em mulheres, de acordo com Gonçalves et al<sup>43</sup>.

O exame clínico bucal das crianças foi realizado sob iluminação ambiente, na presença da responsável e a posição adotada foi “joelho com joelho”<sup>44</sup>. Procedeu-se inicialmente a escovação dental, secagem com gaze, inspeção das unidades e registro em um instrumento específico, para esse estudo, com códigos padronizados. Para avaliação da condição dentária utilizou-se os índices ceo-d e ceo-s (dentes/superfícies cariados, extraídos e obturados na dentição decídua), baseando-se nos critérios adotados para o levantamento epidemiológico nacional “*Projeto SB Brasil 2003*”<sup>45</sup>.

#### *Variáveis do estudo*

A variável dependente, cárie dentária, foi considerada ausente [0] para as crianças que apresentaram índice ceo-d igual a zero (ceo-d = 0), e presente [1] para aquelas onde verificou-se ceo-d maior ou igual a um (ceo-d  $\geq$  1).

A variável independente, TMC materno, foi criada a partir do escore total das respondentes ao SRQ-20 e categorizada em: não suspeita de TMC [0] (escore igual ou menor que sete) e suspeita de TMC [1] (escore igual ou maior que 8), de acordo com o ponto de corte já especificado anteriormente.

As covariáveis selecionadas para este estudo foram definidas nas seguintes categorias: *recursos do cuidador* (escolaridade materna: ensino médio incompleto ou mais [0] – ensino fundamental ou menos [1]; renda familiar: maior que um salário mínimo [0] – um salário mínimo ou menos [1]; situação conjugal materna: presença do companheiro [0] – ausência do companheiro [1]; número de filhos na faixa etária da criança do estudo: nenhum [0] – um ou mais [1]); *práticas de cuidado* (aleitamento durante a noite: não [0] – sim [1]); *características da criança* (idade:  $\geq$  6 meses e  $<$  33 meses [0] -  $\geq$ 33 meses e  $\leq$  71 meses [1]; sexo: masculino [0] – feminino[1]; internação

---

hospitalar devido a DF: não[0] – sim [1] ), foram analisadas como potenciais modificadores de efeito ou confundidores, de acordo com o modelo teórico definido e os resultados preliminares da análise tabular.

#### *Análise de dados*

A população estudada foi caracterizada com a apresentação das frequências absolutas e relativas segundo a exposição TMC materno. As diferenças estatísticas foram avaliadas usando-se o teste qui-quadrado de Pearson, com um nível de significância de 5,0% ( $p < 0,05$ ). Na avaliação da associação entre TMC materno e cárie dentária foram estimadas as razões de prevalência (RP) como medida de associação e seus respectivos intervalos de confiança a 95%. Na análise estratificada foram investigadas covariáveis candidatas a modificadora de efeito mediante o Teste de Mantel-Haenszel, adotando-se a significância de  $p \leq 0,20$ . As potenciais covariáveis confundidoras foram selecionadas a partir de bases teóricas e empíricas, considerando uma diferença relativa entre as medidas ajustadas pelo método de Mantel-Haenszel de cada covariável e a medida de associação bruta maior que 20%. Na análise multivariada, regressão logística não condicional, a presença da modificadora de efeito foi verificada usando teste de Razão de Máxima Verossimilhança ( $p < 0,05$ ), comparando os modelos com e sem os termos produto. Para aquelas covariáveis nas quais não se identificou empiricamente a presença de modificação de efeito, o papel de confundimento foi avaliado empregando-se a estratégia *backward*<sup>46</sup>. Assumiram-se como potenciais confundidoras aquelas que produziram alterações de pelo menos 10% na medida de associação. A partir de embasamentos teóricos, confundidores clássicos foram mantidos no modelo final a despeito das evidências empíricas desse estudo. Para estimação da Razão de Prevalência (RP) foi aplicado o modelo de regressão de Poisson

---

com variância robusta<sup>47</sup>, adotando-se o intervalo de confiança a 95% , estimados pelo método de Wald, para a inferência estatística.

Desse modo, foram construídos os “melhores” modelos para estimar a medida de associação (RP) e seus respectivos intervalos de confiança a 95%, que descreveram a relação entre a variável saúde mental materna e cárie dentária, controlada pelas covariáveis modificadoras de efeito e ajustada pelas confundidoras. Após definição do modelo final, foi realizada a verificação da bondade do ajuste através do teste de Hosmer-Lemeshow e a capacidade de discriminação do modelo (área sob a curva *ROC - Receiver Operating Characteristic*), e ainda, para verificação do modelo de Poisson foi aplicado teste da bondade do ajuste (Goodness-of-fit  $\chi^2$ ) e o linktest.

Os instrumentos de coleta de dados foram revisados e a estruturação do banco de dados foi realizada através do Epi-info, versão 6.0<sup>37</sup>. Para análise foi empregado o programa estatístico Stata<sup>®</sup>, versão 10.0<sup>48</sup>.

#### *Questões éticas*

O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos - Universidade Federal da Bahia - UFBA (Protocolo CEP: 014/2007) e pelo Núcleo de Pesquisa Científica da Associação de Pais e Amigos dos Exepcionais (APAE) – Salvador-Bahia (Nº do parecer: 06/2007).

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, os respectivos responsáveis assinaram TCLE conforme Resolução CNS 196/96. Todas as mães com seus respectivos filhos participaram de atividades de promoção de saúde bucal – escovação supervisionada, orientação de higiene oral e receberam insumos (escova dental e dentifrício), independente da participação no estudo. As crianças participantes, quando identificada necessidade de tratamento odontológico, foram encaminhadas ao serviço de

---

saúde ou, aos ambulatórios de Cariologia, Odontopediatria ou Bebê Clínica, da Faculdade de Odontologia da UFBA. Por aplicar um instrumento rastreador de transtorno mental comum em mães de crianças com doença falciforme, ao final de cada turno realizava-se uma lista dos nomes das genitoras que obtiveram escore SRQ-2  $\geq 8$ , sendo enviada posteriormente ao serviço de Assistência Social da Instituição para condução pertinente.

## Resultados

Constituiu-se uma amostra com 704 indivíduos, após assinatura do TCLE. Desses, 663 crianças corresponderam aos critérios de elegibilidade para a pesquisa. Registrou-se a perda de 31 indivíduos (4,67%) devido à recusa para realização do exame bucal infantil e/ou questionários com informações incompletas (Figura 1). A população de estudo constou de 632 díades, mães/filhos, sendo as crianças doentes falciformes, de ambos os sexos, na faixa etária de 6 a 71 meses, com média de 33 meses de idade (DP=  $\pm 17,10$ ). As respondentes da pesquisa foram as mães biológicas (96,20%), com média de 27 anos de idade (DP=  $\pm 6,12$ ), na ausência dessas (falecimento, abandono, outros), entrevistaram-se as avós (3,80%) por assumirem o papel materno de forma permanente.

A prevalência de cárie dentária na população de crianças foi de 22,63% e a gravidade variou de ceo-d=1 a ceo-d=13. Através do instrumento *SRQ-20*, verificou-se a ocorrência de 33,70% de provável transtorno mental comum materno. A caracterização da população de acordo com a exposição, TMC materno (Tabela 1), mostrou diferenças estatisticamente significantes para as covariáveis ensino fundamental completo ou inferior ( $p=0,000$ ), renda familiar menor ou igual a um salário mínimo ( $p=0,028$ ), ausência do companheiro ( $p=0,041$ ), procedência do interior do

---

Estado da Bahia ( $p=0,034$ ) e crianças com internação hospitalar devido à doença falciforme ( $p=0,013$ ). Entretanto, para as demais não foram observadas diferenças com significância estatística entre os grupos expostos e não expostos a TMC materno.

Na análise estratificada, a covariável escolaridade materna comportou-se tanto como possível modificadora de efeito como confundidora, com medida pontual maior no estrato ensino médio incompleto ou mais ( $RP=2,26$ ;  $IC95\%:1,23 - 4,15$ ). Observou-se, ainda, que a covariável idade da criança apresentou potencial de confundimento, com medida pontual maior no estrato 33 meses ou mais ( $RP=1,49$ ;  $IC95\%:1,13 - 1,95$ ). Na análise multivariada, a covariável escolaridade materna se manteve como modificadora de efeito e apesar da covariável idade não ser revelada como confundidora foi mantida como tal, com base na plausibilidade biológica e literatura. Assim, o modelo final (Tabela 2) foi controlado pela covariável escolaridade materna e obtidas as associações bruta e ajustada pela covariável idade. Desse modo, verificou-se uma associação positiva e estatisticamente significativa entre suspeita de TMC materno e cárie dentária nos filhos, entre as mães que possuíam escolaridade com ensino médio incompleto ou mais, no modelo bruto ( $RP_{bruto} = 2,26$ ;  $IC95\%:1,23 - 4,15$ ) e ajustado ( $RP_{ajustado} = 2,48$ ;  $IC95\%: 1,42 - 4,33$ ).

Os testes de bondade de ajustamento confirmaram a adequação dos modelos ( $p>0,05$ ). Verificou-se ainda, que a área sob a curva ROC representou poder discriminante de 79% e a análise de regressão de Poisson com variância robusta foi adequada ( $p=0,534$ ) para o modelo sob investigação.

## **Discussão**

Os resultados deste estudo revelaram que crianças com doença falciforme, na faixa etária entre 06 a 71 meses, residentes no Estado da Bahia, filhos de mães com

---

suspeita de TMC e com escolaridade de ensino médio incompleto ou mais, apresentaram maior ocorrência de cárie dentária.

Crianças em idade pré-escolar, provenientes de grupos menos favorecidos do ponto de vista socioeconômico, que vivem sob condições desfavoráveis em famílias monoparentais e de baixa escolaridade, apresentam maior ocorrência de cárie dentária, entretanto, nem todas desenvolvem essa enfermidade<sup>49,50</sup>. Essa constatação tem motivado a realização de investigações sobre os aspectos psicossociais dos cuidadores. O estresse dos pais foi relatado como potencial fator de risco para a cárie em pré-escolares<sup>49-51</sup>, assim como a presença de alcoolismo na família<sup>20</sup>. Em estudos recentes<sup>18-20</sup>, a suspeita de transtorno mental comum materno associou-se com maior ocorrência de cárie nos filhos, relação também encontrada no presente estudo.

Fatores psicossociais têm sido compreendidos como fatores individuais, dos cuidadores, que se relacionam com a capacidade de cuidar<sup>12</sup>. Mães que apresentam estado de saúde mental pobre são menos capazes de cuidar de si e de seus filhos<sup>2</sup>.

Transtornos mentais frequentemente levam à fadiga, diminuem a capacidade de concentração e psicomotora, promovem sentimentos de desânimo e desprezo e dificultam a interação positiva entre mãe e filho<sup>14</sup>. Os mecanismos de mediação entre fatores psicossociais maternos e saúde física da criança não estão bem esclarecidos, entretanto tem sido explorada a inadequação na capacidade de cuidar<sup>52-55</sup>. Sintoma de depressão materna foi preditor de cuidados inadequados de saúde, como: calendário vacinal desatualizado, menores taxas de visitas odontológicas de rotina e baixa frequência de escovação dentária, em uma coorte de crianças pré-escolares<sup>52</sup>. Mães com transtornos mentais comum apresentam redução nos cuidados com a sua própria saúde bucal<sup>24</sup> e foram preditoras de cárie dentária em crianças pré-escolares<sup>18</sup>.

---

Contrariamente, atitudes positivas maternas frente a sua própria saúde bucal e a dos seus filhos conduzem a melhores hábitos de higiene e saúde bucal dos mesmos<sup>56, 57</sup>.

Pesquisar essa questão em população de crianças com doença falciforme é relevante em saúde pública, uma vez que a enfermidade falciforme, de origem hereditária, apresenta alta prevalência entre os brasileiros, com maior ocorrência em afrodescendentes, os quais estão predominantemente inseridos em contextos de vulnerabilidade social. Contudo, o pioneirismo deste trabalho, devido a característica específica da população estudada, dificulta a interlocução com a literatura pela inexistência de estudos que focalizem a saúde bucal infantil de crianças falcêmicas.

No presente estudo verificou-se que a escolaridade materna comportou-se como modificadora de efeito. Observou-se para o subgrupo de mães com ensino médio incompleto ou mais, uma associação positiva entre TMC materno e maior ocorrência de cárie nos filhos falcêmicos. Esses resultados foram estatisticamente significantes entre as mães de maior nível de escolaridade, e houve discreto aumento da medida de associação quando ajustada pela idade da criança. Embora outros estudos<sup>18,19,49</sup> corroborem o achado de associação entre TMC materno e cárie dentária nos filhos, em nenhum deles a covariável escolaridade materna revelou interação epidemiológica.

É conhecido que o nível de escolaridade influencia a aquisição de conhecimentos, possibilitando oportunidades de acesso às informações que podem interferir em atitudes e comportamentos de saúde. Este aspecto torna-se relevante para as mães, notadamente de crianças com doenças crônicas, a exemplo da doença falciforme, onde o conhecimento sobre a enfermidade é fundamental para adesão ao tratamento e adesão de medidas preventivas. Por outro lado, é plausível que mães, com nível mais elevado de escolaridade, que têm acesso ao conhecimento sobre a gravidade dessa doença, suas manifestações e implicações, e entendem as necessidades das



---

recomendações transmitidas pelos profissionais, a fim de melhor assistir à criança falcêmica, possam ter maior impacto emocional, com elevação do nível de ansiedade ao se defrontar com sua realidade social, afetando assim a sua saúde mental. Outro aspecto a ser considerado é que as genitoras, com melhor escolaridade, podem ter mais chances de inserção na estrutura ocupacional, entretanto a dificuldade de conciliar a jornada de trabalho com as necessidades da enfermidade crônica do filho pode favorecer a desequilíbrios psicossociais. Por conseguinte, é provável que ocorra um comprometimento do cuidado em geral, devido à priorização da condição falcêmica dos filhos, com seus desdobramentos e consequências. Assim, mesmo que o achado do presente estudo, aparentemente, seja contraditório com a literatura quando se observa as relações de escolaridade e TMC materno, e escolaridade e cárie dentária, no presente caso, pode ter ocorrido alteração devido às peculiaridades da população do estudo, doentes falciformes.

Vários estudos mostram que a ocorrência de cárie dentária aumenta com a idade da criança<sup>24,34,37</sup>. Neste estudo, de natureza confirmatória, este aspecto não representou fator de confusão da associação investigada. Contudo, foram apresentados resultados ajustados pela idade da criança, os quais não diferiram em sua significância estatística daqueles obtidos sem o ajuste.

Os achados dessa pesquisa devem ser vistos com prudência, devido às suas várias limitações. Este é um estudo transversal e a precedência da exposição em relação ao efeito não pode ser estabelecida. A dificuldade de obtenção de uma amostra probabilística para o presente estudo pode ter introduzido viés de seleção, porém, no esforço de minimizar tal possibilidade, foram arrolados todos os indivíduos de forma consecutiva, dentro do período de onze meses, para melhor representar a população alvo, crianças com doença falciforme, assistidas em uma unidade de referência do

---

Estado da Bahia. O instrumento SRQ-20 foi utilizado para medir a exposição, TMC materno. Embora tenha sido adotado um ponto de corte com base em estudo validado com grupo de mulheres<sup>43</sup>, apresentando boa sensibilidade e especificidade, é possível a subestimação ou superestimação da medida por tratar-se de um instrumento de rastreamento.

Essa pesquisa apresenta pontos positivos quanto ao tamanho da amostra, a qual apresentou poder suficiente para o estudo da associação TMC materno e cárie com identificação e tratamento analítico dos possíveis confundidores e modificadores de efeito. As contribuições são relevantes para compreender a importância de incluir a saúde mental materna na etiologia multifatorial da cárie dentária de crianças em fase pré-escolar, especialmente em grupos de vulnerabilidade social e com doença falciforme, onde as mães desempenham o papel de única cuidadora.

Apesar das contribuições do presente estudo, os resultados sugerem a necessidade de desenvolver outras pesquisas que possam ir além de fatores de risco tradicionais e examinar mais de perto as influências de fatores psicossociais maternos sobre a saúde bucal de pré-escolares, empregando metodologias distintas, com populações de crianças com e sem a doença falciforme, e explorar de forma mais aprofundada o papel da escolaridade materna como modificador de efeito nessa associação, visto que os estudos até então disponíveis na literatura<sup>18,52</sup> tem tratado essa covariável como confundidora.

### **Considerações finais**

A maior ocorrência de cárie em crianças doentes falciformes, em idade pré-escolar, parece ser influenciada pela condição de saúde mental materna. A população infantil desse estudo, a despeito da condição falciforme, não tem recebido atenção de

forma integral como previsto nas políticas públicas de saúde. Apresentam alta ocorrência e gravidade da cárie dentária. As medidas de fluoretação e práticas educativas não têm contribuído para reduzir as disparidades de saúde nesse grupo etário. Para avançar na compreensão das desigualdades em saúde bucal na população pré-escolar, é necessário contextualizar os fatores de risco em nível individual, examinando as condições e processos sociais e biológicos que expõem os indivíduos a riscos de saúde e de proteção. Estudar os fatores psicossociais maternos e seus determinantes é uma área promissora para a investigação futura da saúde bucal, notadamente para esse grupo que é dependente do cuidado materno. Ademais, a saúde mental materna é um problema que deve ser melhor investigado e enfrentado pelos serviços de saúde da atenção básica no Brasil, haja visto que seus efeitos atingem não somente o indivíduo acometido, mas também repercute sobre aqueles que dependem diretamente de sua atenção e cuidado.

## Referências

1. Claeson M, Waldman RJ. The evolution of child health programmes in developing countries: from targeting diseases to targeting people. *Bull World Health Organ.* 2000; 78(10):1234-45.
2. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: report of the meeting held in Geneva, Switzerland, 30 January - 1 February, 2008. 34p.
3. Guimarães TMR, Miranda WL, Tavares MMF. O cotidiano das famílias de crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2009;31(1):9-14.
4. Bastos CP. Qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de crianças e adolescentes com doença falciforme. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde. Uberlândia-MG, 2008. 91p.

5. Ataíde CA. O impacto do diagnóstico: a implicação da doença falciforme para o contexto familiar. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais - Ciências da Saúde. 2006. 93p.
6. van den Tweel XW, Hatzmann J, Ensink E, van der Lee JH, Peters M, Fijnvandraat K, and Grootenhuis M. Quality of life of female caregivers of children with sickle cell disease: a survey. *Haematologica* 2008; 93(4):588-93.
7. Panepinto JA, Pajewski NM, Foerster LM, Sabnis S, Hoffmann RG. Impact of family income and sickle cell disease on the health-related quality of life of children. *Qual Life Res* 2009; 18:5–13.
8. Panepinto JA, Hoffmann RG, Pajewski NM. The effect of parental mental health on proxy reports of health-related quality of life in children with sickle cell disease. *Pediatr Blood Cancer* 2010;55:714–721
9. Barakat L, Patterson CA, Weinberger BS, Simon K, Gonzalez ER, Dampier C. A prospective study of the role of coping and family functioning in health outcomes for adolescents with sickle cell disease. *J Pediatr Hematol Oncol* 2007;29(11):752–60.
10. Moskowitz JT, Butensky E, Harmatz P, Vichinsky E, Heyman MB, Acree M, et al. Caregiving time in sickle cell disease: Psychological effects in maternal caregivers. *Pediatr Blood Cancer* 2007; 48(1):64–71.
11. Welkom JS. The impact of sickle cell disease on the family: An examination of the illness intrusiveness framework. *Psychology Dissertations*. Department of Psychology, Georgia State University, 2012. 91p.  
Disponível em: [http://digitalarchive.gsu.edu/psych\\_diss/91](http://digitalarchive.gsu.edu/psych_diss/91). Acesso em: 3/1/2012.
12. Engle PL, Lhotska L, Armstrong H. In: Engle PL, Menon P, Haddad L. *Care and Nutrition: Concepts and Measurement*. World Development, 1999; 27(8): 1309-37.
13. Tough SC, Siever JE, Leew S, Johnston DW, Benzies K, Clark, D. Maternal mental health predicts risk of developmental problems at 3 years of age: follow up of a community based trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008; May 6;8-16. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18460217>
14. Stewart RC. Maternal depression and infant growth – a review of recent evidence. *Matern Child Nutr*. 2007;3(2):94-107.
15. Carmo MBB, Santos DN, Amorim LDAF, Fiaccone RL, Cunha SS, Rodrigues LC et al. Minor psychiatric disorders in mothers and asthma in children. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2009; 44(5): 416-20.
16. Santos DS, Santos DN, Silva RCR, Hasselmann MH, Barreto ML. Maternal common mental disorders and malnutrition in children: a case-control. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2011; 46(7):543-8.
17. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Maternal depression increases infant risk of diarrheal illness: a cohort study. *Arch Dis Child* 2007; 92: 24-28.

18. Almeida TF. Contexto familiar e condições de saúde bucal de pré-escolares. Tese de Doutorado – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador - Bahia, 2011.
19. Seow WK, Clifford H, Battistutta D, Morawska A, Holcombe T. Case-Control Study of Early Childhood Caries in Australia. *Caries Res.* 2009; 43 (1):25–35.
20. Souza MA, Vianna MIP, Cangussu MCT. Disfunção familiar referida pela presença de depressão materna e/ou alcoolismo na família e ocorrência de cárie dentária em crianças de dois e três anos de idade. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2006; 6(2):309-17.
21. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock; Routledge, 1992. 194p.
22. Arora A, Scott JA, Bhole S, Do L, Schwarz E, Blinkhorn AS. Early childhood feeding practices and dental caries in preschool children: a multi-centre birth cohort study. *BMC Public Health* 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3030538/> Acesso 10/11/2010
23. Shang X, Li D, Huang Y, Chen H, Sun R. Prevalence of dental caries among preschool children in Shanghe County of Shandong Province and relevant prevention and treatment strategies. *Chin Med J* 2008;121(22):2246- 9.
24. Grembowski D, Spiekerman C, Milgrom P. Disparities in regular source of dental care among mothers of Medicaid-enrolled preschool children. *Journal of health care for the poor and underserved* 2007; 18: 789-813.
25. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(1):79-87.
26. Gaur S, Nayak R. Underweight in low socioeconomic status preschool children with severe early childhood caries. *Jour Ind Soc Pedod Prev Dent* 2011; 29(4):305-9.
27. Ngoenwiwatkul Y, Leela-adisorn N. Effects of dental caries on nutritional status among first-grade primary school children. *Asia Pac J Public Health* 2009; 21(2): 177–183.
28. Oliveira LB, Sheiham A, Bönecker MJS. Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. *Eur J Oral Sci* 2008; 116:37-43.
29. Tagliaferro EPS; Ambrosano GMB; Meneghim MC; Pereira AC. Risk indicators and risk predictors of dental caries in schoolchildren. *J. Appl. Oral Sci.* [online]. 2008, 16(6): 408-13.

30. Skeie MS, Raadal M, Strand GV, Espelid I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age – a longitudinal study. *Int J Paediatr Dent*. 2006;16:152-60.
31. Peretz B, Ram D, Azo E, Efrat Y. Preschool caries as an indicator of future caries: a longitudinal study. *Pediatr Dent* 2003;25:114-8.
32. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados parciais. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentação\\_abrasil\\_2010.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentação_abrasil_2010.pdf). Acesso em 06/10/2011.
33. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68p.
34. Carvalho FS, Carvalho CAP, Bastos RS, Xavier A, Merlini SP, Bastos JRM. Dental caries experience in preschool children of Bauru, SP, Brazil. *Braz J Oral Sci*. 2009; 8 (2):97-100.
35. Melo MMDC, Souza WV, Lima MLC, Couto GBL, Malheiros T, Paixão A. Polarização da cárie dentária em pré-escolares cadastrados no Programa Saúde da Família do Recife. *Odontol. clín.-cient*. 2009; 8(1):35-40.
36. Ferreira SH, Béria JU, Kramer PF, Feldens EG, Feldens CA. Dental caries in 0- to 5-year-old Brazilian children: prevalence, severity, and associated factors. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2007; 17(4):289-96.
37. Dean AG, Dean JA, Colombari D. Epi Info: a word processing, database and statistic program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Centre for Disease Control and Prevention (CDC); 1994.
38. SB BRASIL 2010 - Manual de Calibração de Examinadores. Ministério Da Saúde in Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (2009). Brasília, DF. p.19.
39. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
40. World Health Organization - Division of Mental Health. A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Geneva: WHO; 1994. 80p.
41. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrido-Inacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10:231-41.
42. Mari JJ, Williams PA. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ 20) in primary care in city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1996; 148:23-6.
43. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski FP. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo

- 
- comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):380-90.
44. Mac Donald, RE. *Dentistry for the child and adolescent*. St. Louis: Mosby, 1991. p 18-23.
  45. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador /Secretaria Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 49p.
  46. Kleinbaum DG. *Logistic Regression – a self learning text*. New York: Springer-Verlag; 1992.
  47. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in crosssectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology* 2003; 3(21): 1-13.
  48. Stata Corporation. *Stata Statistical Software: release 10*. Texas: Stata Corporation LP; 2007.
  49. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Psychosocial factors and early childhood caries among low-income African-American children in Detroit. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 439-48.
  50. Quinonez RB, Keels MA, Van WF JR, Mciver FT, Heller K, Whitt JK. Early childhood caries: analysis of psychosocial and biological factors in a high-risk population. *Caries Res*. 2001; 35:376-83.
  51. Tang C, Quiñonez RB, Hallett K, Whitt JK. Examining the association between parenting stress and the development of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 454-60.
  52. Kavanaugh M, Halterman JS, Montes G, Epstein M, Hightower AD, Weitzman M. Maternal depressive symptoms are adversely associated with prevention practices and parenting behaviors for preschool children. *Ambul Pediatr*. 2006; 6(1):32-7.
  53. Mulvaney C, Kendrick D. Do maternal depressive symptoms, stress and a lack of social support influence whether mothers living in deprived circumstances adopt safety practices for the prevention of childhood injury? *Child Care Health Dev*. 2006; 32(3):311-9.
  54. Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, Hou W, Miller T, Mistry KB, Swartz K. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*. 2005; 115(2):306-14.
  55. McLennan JD, Kotelchuck M. Pediatrics parental prevention practices for young children in the context of maternal depression. *Pediatrics* 2000; 105(5):1090-5.

- 
56. Adeniyi AA, Ogunbodede OE, Jeboda OS, Folayan OM. Do maternal factors influence the dental health status of Nigerian pre-school children? *Int J Paediatr Dent.* 2009;19(6): 448-54.
57. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1–5-year-old children’s brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(4):272-81.



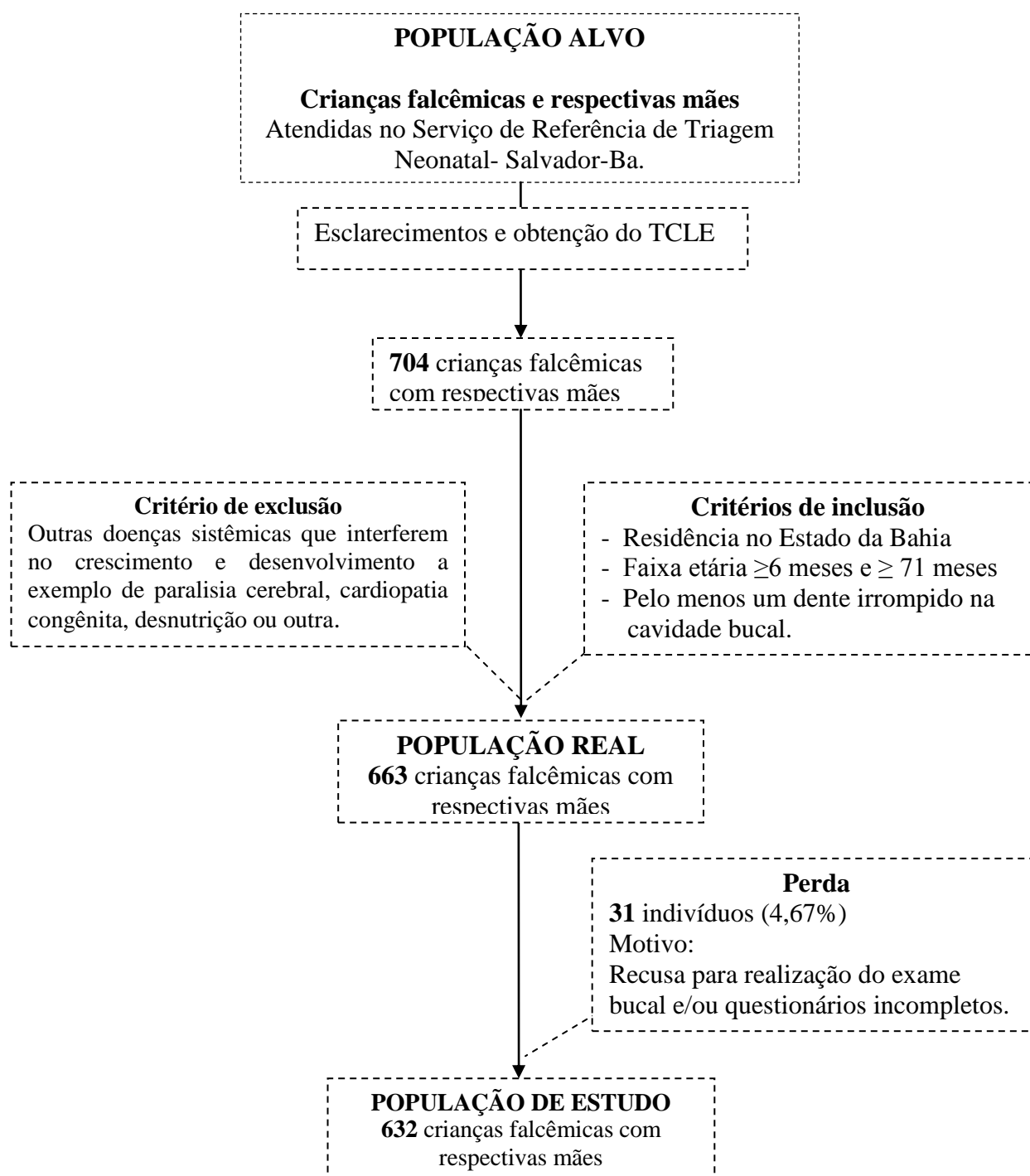


FIGURA 1- Fluxograma da população de estudo.

**TABELA 1** - Caracterização da população de estudo de acordo com Transtorno Mental Comum Materno. Bahia, 2008. (n=632)

Covariáveis	Transtorno Mental Comum Materno				Valor de p*
	Suspeita (n=213)		Não suspeita (n=419)		
	n	%	n	%	
<b>Recursos do cuidador</b>					
<i>aspectos sócio-demográficos</i>					
<b>Escolaridade materna</b>					
Ensino médio incompleto/ou mais	56	26,29	190	45,35	0,000
Fundamental completo/ou menos	157	73,71	229	54,65	
<b>Renda familiar mensal</b>					
> 1 salário mínimo	36	16,90	103	24,58	0,028
≤ 1 salário mínimo	177	83,10	316	75,42	
<b>Situação conjugal materna</b>					
Presença do companheiro	141	66,20	310	73,99	0,041
Ausência do companheiro	72	33,80	109	26,01	
<b>Irmãos na faixa etária da criança</b>					
Nenhum irmão	152	71,36	327	78,04	0,064
Um irmão ou mais	61	28,64	92	60,13	
<b>Características da criança</b>					
<i>aspectos sociodemográficos e de saúde</i>					
<b>Local de procedência do Estado</b>					
Capital	49	27,37	130	72,63	0,034
Interior	167	36,20	289	63,80	
<b>Sexo</b>					
Masculino	104	32,91	212	67,09	0,674
Feminino	109	34,49	207	65,51	
<b>Idade (meses)</b>					
≥ 6 meses e < 33 meses	103	30,47	235	69,53	0,066
≥ 33 meses e ≤ 71 meses	110	37,41	184	62,59	
<b>Internação hospitalar devido a DF</b>					
Não	114	29,92	267	70,08	0,013
Sim	99	39,44	152	60,56	

\*Teste *chi-quadrado* ( $\chi^2$ ) de Pearson

**TABELA 2-** Razões de Prevalência brutas e ajustadas e os respectivos Intervalos de Confiança a 95%, para a associação entre transtorno mental comum materno e presença de cárie dentária em crianças falcêmicas, de acordo com escolaridade materna, obtidos pela regressão de Poisson com variância robusta. Bahia, 2008. (n=632).

MODELOS	Escolaridade materna			
	Ensino médio incompleto ou mais (n=246)		Ensino fundamental completo ou menos (n=386)	
	RP <sup>2</sup>	IC 95% <sup>3</sup>	RP <sup>2</sup>	IC 95% <sup>3</sup>
<b>MODELO 1 (TMCM<sup>1</sup>)</b>				
Não suspeita de TMCM	1,00	-----	1,00	----
Suspeita TMCM	2,26	1,23 – 4,15	1,17	0,85 – 1,61
<b>MODELO 2 (TMCM<sup>1</sup> ajustado por idade da criança)</b>				
Não suspeita de TMCM	1,00	-----	1,00	----
Suspeita TMCM	2,48	1,42 – 4,33	1,00	0,76 – 1,34

1 Transtorno mental comum materno

2 Razão de Prevalência

3 Intervalo de Confiança a 95%

4 Covariável que participou da modelagem segundo as categorias: idade < 33 meses (0), ou ≥ 33 meses (1)

---

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar a saúde mental materna e saúde bucal de crianças falcêmicas foram mostradas evidências que apontam para a vulnerabilidade social dessa população, alta prevalência de transtorno mental comum materno e precária condição de saúde bucal infantil.

O perfil epidemiológico da população desse estudo, descrito no primeiro artigo, corrobora com a literatura mundial, a qual tem mostrado que condições desfavoráveis de saúde são geralmente encontradas nos grupos com representação socioeconômica minoritária. É reconhecido que a baixa escolaridade materna e baixa renda familiar, além dos aspectos biológicos e atitudes comportamentais, estão envolvidos na causalidade dos problemas de saúde bucal na população infantil. Contudo alguns estudos, assim como este, mostram que crianças em idade pré-escolar, inseridas no mesmo contexto de desfavorecimento social apresentam condição de saúde bucal distinta, notadamente em relação à prevalência da cárie dentária. O fenômeno da polarização dessa doença bucal, observado no segundo artigo, revela a distribuição desigual com uma carga maior concentrada em um pequeno grupo de indivíduos falcêmicos em idade pré-escolar. Esse achado contribui com a literatura quanto à distribuição da cárie nessa população infantil e reforça a indagação sobre: qual(is) fator(es) pode(em) estar influenciando para maior ocorrência desse agravo em um subgrupo específico? A busca por resposta tem incentivado a ampliação na pesquisa de outros fatores além dos determinantes tradicionalmente investigados.

Partindo-se do pressuposto de que crianças de pouca idade são dependentes do cuidado materno para crescerem e se desenvolverem adequadamente, aspectos relacionados às genitoras têm sido incluídos nos modelos de investigação das condições

---

de saúde em menores de cinco anos. Ademais dos vários aspectos que envolvem questões socioeconômicas no contexto familiar, as características acerca da saúde física e mental das mães têm sido apontadas como preditoras da capacidade materna em fornecer cuidados adequados aos seus filhos. Nessa pesquisa, em particular no segundo artigo, foram encontrados fatores socioeconômicos, biológicos e psicossociais maternos associados à maior ocorrência de cárie nas crianças falcêmicas. Na tentativa de aprofundar a investigação, buscou-se analisar a associação entre suspeita de transtorno mental comum e ocorrência de cárie dentária nessa população, encontrando-se resultados que indicam a possível influência de suspeita de TMC materno na saúde bucal de crianças com doença falciforme, notadamente entre aquelas em que as mães apresentaram melhor nível de escolaridade. Ainda que os resultados do presente estudo apresentem concordância com pesquisas recentes sobre o tema, é necessário cautela na interpretação dos achados devido às limitações dessa investigação.

Toda população do estudo foi composta por crianças falcêmicas. Apesar de serem observadas condições desfavoráveis de saúde bucal, são necessárias novas pesquisas envolvendo grupos de crianças expostas e não expostas à doença falciforme, para prover informações e aprofundar o conhecimento quanto a possível repercussão, dessa enfermidade crônica, sobre a saúde bucal infantil. Também, é pertinente a ampliação do conhecimento quanto à influência da DF na condição física e psicossocial da cuidadora e como esses processos interferem na capacidade materna de cuidar. Desse modo, torna-se fundamental o desenvolvimento de investigações com abordagens distintas, integrando metodologia qualitativa e quantitativa, com o objetivo de captar diferentes informações do contexto familiar que possam estar interferindo na saúde bucal infantil.

---

As contribuições desse estudo são relevantes uma vez que traz a luz do conhecimento o perfil epidemiológico de crianças falcêmicas em idade pré-escolar, muito pouco explorado na literatura mundial, e colabora com pesquisas na investigação de fatores psicossociais maternos envolvidos na etiologia da cárie dentária em crianças de pouca idade. Ademais, a saúde mental materna é um problema que deve ser melhor investigado e enfrentado pelos serviços de saúde da atenção básica no Brasil, haja vista que seus efeitos atingem não somente o indivíduo acometido, mas também repercute sobre aqueles que dependem diretamente de sua atenção e cuidado.

Os achados dessa investigação trazem uma reflexão sobre a necessidade de reorientação nos serviços de atenção básica a saúde bucal infantil, notadamente para crianças falciformes, que devido à gravidade da enfermidade sistêmica necessitam de uma atenção integral. As condições de saúde reveladas nesse estudo expõem uma realidade muito distante das diretrizes de Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme no âmbito do Sistema Único de Saúde. Porém essa integralidade deve estender-se às mães dessas crianças, visto que um suporte psicossocial parece ser urgente para essas protagonistas do cuidado da saúde infantil no ambiente familiar.

---

**REFERÊNCIAS**

1. McPherson MG, Arango P, Fox H, Lauver C, Mcmanus M, Newachek PW, et al. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics*. 1998; 102(1):137-41.
2. Jackson PL. The primary care provider and children with chronic conditions. In Jackson PL., Vessey JA. *Primary care of the child with a chronic condition*. St. Louis: Mosby. 3ª ed. 2000, pp. 3-19.
3. Zago MA, Pinto ACS. Fisiopatologia das doenças falciformes: da mutação genética à insuficiência de múltiplos órgãos. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter* 2007; 29(3):207-14.
4. Kikuchi BA. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter*.2007; 29(3):331-338.
5. Naoum PC, Naoum FA. *Doença das Células Falciformes*. Ed. Sarvier,São Paulo, 2004, 220 p.
6. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute, Division of Blood Diseases and Resources. *The Management of Sickle Cell Disease*. NIH Publication nº 02-2117, 4ª ed. 2002. Disponível em: <[http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/blood/sickle/sc\\_mngt.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/blood/sickle/sc_mngt.pdf)> . Acesso em: 02/03/2010.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal/PNTN. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, p.33, col. 2, 7 jun. 2001*.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Hemoglobinopatias - Perfil demográfico da doença falciforme*. <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=27777&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27777&janela=1)> . Acesso em 28/02/2010.
9. Almeida AM, Godinho MT, Teles SM, et al. Avaliação do Programa de Triagem Neonatal na Bahia no ano de 2003. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*, 2006; 6 (1): 85-91.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1391, de 16 de agosto de 2005. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, p.40, col. 2, 18 ago. 2005*.

11. Ramalho AS, Magna LA, Paiva-e-Silva RB. A Portaria no 822/01 do Ministério da Saúde e as peculiaridades das hemoglobinopatias em saúde pública no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2003; 19(4):1195-1199.
12. UNICEF (United Nations Children's Fund) Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries. UNICEF, New York. 1990.38p. [http://www.ceecis.org/iodine/01\\_global/01\\_pl/01\\_01\\_other\\_1992\\_unicef.pdf](http://www.ceecis.org/iodine/01_global/01_pl/01_01_other_1992_unicef.pdf). Acesso em 03/02/2010.
13. Engle PL, Menon P. & Haddad L. Care and Nutrition: Concepts and Measurement. *World Development*. 1999; 27(8):1309 -37.
14. Lopez M, Stuhler GD. Atendimento psicológico a mães de crianças com doença crônica: Relato de experiência. *Psicol. Argum.* 2008; 26(55), 341-47.
15. Sunelaitis RC, Arruda DC, Marcom SS. A repercussão de um diagnóstico de síndrome de Down no cotidiano familiar: perspectiva da mãe. *Acta paul. enferm.* 2007; 20(3): 264-71.
16. Castro EK, Piccinini CA. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicol. Reflex. Crit.*, 2002; 15(3), 625-35.
17. Driscoll KA, Johnson SB, Barker D, Quittner AL, Deeb LC, Geller DE, Gondor M, Silverstein JH. Risk factors associated with depressive symptoms in caregivers of children with type 1 diabetes or cystic fibrosis. *J Pediatr Psychol.* 2010;35(8):814-22.
18. Sharpe D, Rossiter L. Siblings of Children With a Chronic Illness: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 2002: 27(8): 699–71.
19. Guimarães TMR, Miranda WL, Tavares MMF. O cotidiano das famílias de crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2009;31(1):9-14.
20. Bastos CP. Qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de crianças e adolescentes com doença falciforme. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde. 2008, 91p.
21. Ataíde CA. O impacto do diagnóstico: a implicação da doença falciforme para o contexto familiar. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais - Ciências da Saúde. 2006. 93p.
22. Chee CYI, Chong YS, Lee, DTS, Tan LK, Fones CSL. The association between maternal depression and frequent non-routine visits to the infant's doctor — A cohort study. *J Affect Disord.* 2008;107(1-3):247-53.



23. Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, Hou W, Miller T, Mistry KB, Swartz K. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*. 2005; 115(2):306-14.
24. McLennan JD, Kotelchuck M. Pediatrics parental prevention practices for young children in the context of maternal depression. *Pediatrics* 2000; 105(5):1090-5.
25. Santos DS, Santos DN, Silva RCR, Hasselmann MH, Barreto ML. Maternal common mental disorders and malnutrition in children: a case-control. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2011; 46(7):543-8.
26. Tough SC, Siever JE, Leew S, Johnston DW, Benzie K, Clark D. Maternal mental health predicts risk of developmental problems at 3 years of age: follow up of a community based trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008; May 6;8-16. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18460217>
27. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Maternal depression increases infant risk of diarrheal illness: a cohort study. *Arch Dis Child* 2007; 92: 24-28.
28. Drabick DAG, Beauchaine TP, Gadow KD, Carlson GA, Bromet ej. Risk factors for conduct problems and depressive symptoms in a cohort of Ukrainian children. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2006; 35(2):244-52
29. Beardslee WR, Gladstone TRG, Wright EJ, Cooper AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *J Pediatrics*. 2003;(112):119-31.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de Saúde Bucal na Doença Falciforme / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.76 p.
31. Ramakrishna Y. Dental considerations in the management of children suffering from sickle cell disease: A case report. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*.2007, 25(3): 140-143.
32. Cortellazzi KL, Tagliaferro EPS, Assaf AV, Tafner APMF, Ambrosano GMB, Bittar TO, Meneghim MC, Pereira AC. Influência de variáveis socioeconômicas, clínicas e demográfica na experiência de cárie dentária em pré-escolares de Piracicaba, SP. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(3): 490-500.
33. Peres MA, de Oliveira Latorre Mdo R, Sheiham A, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG, Maas AM, Romano AR, Victora CG. Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(1):53-63.

34. Wandera M, Kayondo J, Engebretsen IMS, Okullo I, Åstrøm AN. 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* 2009; 19: 251–262.
35. Shyama M, Al-Mutawa SA, Morris RE, Sugathan T, Hontala E. Dental caries experience of disabled children and young adults in Kuwait. *Community Dent.* 2001;18: 121-6.
36. Souza MA, Vianna MIP, Cangussu MCT. Disfunção familiar referida pela presença de depressão materna e/ou alcoolismo na família e ocorrência de cárie dentária em crianças de dois e três anos de idade. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2006; 6(2):309-17.
37. Almeida TF. Contexto familiar e condições de saúde bucal de pré-escolares. Tese de Doutorado – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador -Bahia, 2011.
38. Seow WK, Clifford H, Battistutta D, Morawska A, Holcombe T. Case-Control Study of Early Childhood Caries in Australia. *Caries Res.* 2009; 43 (1):25–35.
39. Kavanaugh M, Halterman JS, Montes G, Epstein M, Hightower AD, Weitzman M. Maternal depressive symptoms are adversely associated with prevention practices and parenting behaviors for preschool children. *Ambul Pediatr.* 2006; 6(1):32-7.
40. Weatherall DJ, Clegg JB. Inherited haemoglobin disorders: an increasing global health problem. *Bull. World Health Organ.* 2001;79(8):704-12.
41. Fonseca, MA, Queis HS, Casamassimo PS. Sick Cell Anemia: A review for the pediatric dentist. *Ped. Dent.* 2007;29(2):159-169.
42. Franco BM, Gonçalves JCH, Santos CRR. Manifestações Bucais da Anemia Falciforme e suas implicações no atendimento Odontológico. *Arq. odontol.* 2007;43(03):92-96.
43. Laurence B, George D, Woods D, Shosanya A, Katz RV, Lanzkron S; Diener-West M; Powe N. The association between sickle cell disease and dental caries in African Americans. *Spec Care Dentist* 2006;26(3):95-100.
44. daCosta OO, Kehinde MO, Ibidapo MO. Occlusal features of sickle cell anaemia patients in Lagos, Nigeria. *Niger Postgrad Med J* 2005;12(2):121-4.
45. Kvadia-Tsatala S, Kolokytha O, Kaklamanos EG, Antoniadis K. Mandibular lesions of vasoocclusive origin in sickle cell hemoglobinopathy. *Odontology.* 2004, 92(1):68-72.

- 
46. Kaya AD, Aktener BO Unsal C. Pulpar necrosis with sickle cell anemia. *Int Endod J*. 2004, 37(9):602-606.
  47. Braga JAP. Medidas gerais no tratamento das doenças falciformes. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter*. 2007; 29(3):233-8.
  48. Bandeira FMGC. Triagem familiar ampliada para o gene da hemoglobina S. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2006. 80 f.
  49. Harpham T, Reichenheim M, Oser R, Thomas E, Hamid N, Jaswal S, Ludermir A, Aidoo M. Measuring mental health in a cost-effective manner. *Health Policy Plan*. 2003 Sep;18(3):344-9.
  50. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips M, Rahman A. No health without mental health. *The Lancet* 2007;370 (9590): 859-77.
  51. WHO. 2002. *The World Health Report: Mental Health*. Geneva: World Health Organization.
  52. Coutinho ESF, Almeida Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiquiátrica* 1999; 26(5). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista> Acesso em 03/02/2010
  53. WHO. 2001. *The World Health Report: Mental Health*. Geneva: World Health Organization.
  54. Almeida-Filho N, Mari, JJ, Freire ES. Migração, inserção produtiva e saúde mental na modernidade tardia: novas evidências do estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas brasileiras. *Rev. Rev Psiquiátrica* 1999; 26(5). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista> Acesso em 03/02/2010.
  55. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock; Routledge, 1992. 194p.
  56. Santos MESB. Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil (Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.
  57. Kac G, Silveira EA, Oliveira LC, Mari JJ. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2006;, 22(5):999-1007.

- 
58. Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, César RCLG, Barros MBA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev. Saúde Pública*, 2008; .42(4):717-23.
59. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22(8):1639-48.
60. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2005; 21(3):73-9.
61. Costa JSDC, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP, Fuchs SC. Prevalence of minor psychiatric disorders in the City of Pelotas, RS. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev. bras. epidemiol.* 2002; 5(2):164-73.
62. Cerchiari EAN, Caetano D, Faccenda O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia* 2005, 10(3), 413-420.
63. Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1060-6.
64. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: report of the meeting held in Geneva, Switzerland, 30 January - 1 February, 2008. 34p.
65. Santos DN, Almeida-Filho N, Cruz SS, Souza SS, Santos EC, Barreto, ML, Oliveira IR. Mental disorders prevalence among female caregivers of children in a cohort study in Salvador, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;28(2):111-7.
66. Rahman A, Patel V, Maselko J, Kirkwood B. The neglected 'm' in MCH programmes – why mental health of mothers is important for child nutrition. *Tropical Medicine and International Health.*2008; 13(4):579–83.
67. Claeson M, Waldman RJ. The evolution of child health programmes in developing countries: from targeting diseases to targeting people. *Bull World Health Organ.* 2000,78(10):1234-45.
68. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice : summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the

- 
- Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. 2004. 67p.
69. Rahman A, Lovel H, Bunn J, Iqbal Z, Harrington R. Mothers' mental health and infant growth: a case-control study from Rawalpindi, Pakistan. *Child Care Health Dev.* 2004a; Jan;30(1):21-7.
  70. Stewart R.C. Maternal depression and infant growth – a review of recent evidence. *Maternal & Child Nutrition.* 2007; 3(2):94-107.
  71. Mendes AV, Loureiro SR, Crippa JAS. Depressão materna e a saúde mental de escolares. *Rev Psiq Clín.* 2008;35(5):178-86.
  72. Kramer R, Warner V, Olfson M, Ebanks C, Chaput F, Weissman MM. General Medical Problems Among the Offspring of Depressed Parents: A 10-Year Follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998; 37 (6): 602-11.
  73. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatry.* 2004b;61(9):946-52.
  74. Harpham T, Huttly S, Silva MJ, Abramsky T. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. *J Epidemiol Community Health.* 2005 Dec;59(12):1060-4
  75. Richter L. The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: a review. Geneva: World Health Organization. 2004, 95p.
  76. Mulvaney C, Kendrick D. Do maternal depressive symptoms, stress and a lack of social support influence whether mothers living in deprived circumstances adopt safety practices for the prevention of childhood injury? *Child Care Health Dev.* 2006; 32(3):311-9.
  77. Propper C, Rigg J, Burgess S. Child health: evidence on the roles of family income and maternal mental health from a UK birth cohort. *Health Econ.* 2007 Nov;16(11):1245-69.
  78. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2003;31 Suppl 1:3-23. Disponível em: [www.who.int/oral\\_health](http://www.who.int/oral_health); Acesso em 4/01/2010.

- 
79. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - Resultados Principais. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto\\_sb2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_sb2004.pdf). Acesso: 04/02/2010.
80. Shang X, Li D, Huang Y, Chen H, Sun R. Prevalence of dental caries among preschool children in Shanghe County of Shandong Province and relevant prevention and treatment strategies. *Chin Med J* 2008;121(22):2246-2249
81. Grembowski D, Spiekerman C, Milgrom P. Disparities in regular source of dental care among mothers of Medicaid-enrolled preschool children. *Journal of health care for the poor and underserved* 2007; 18: 789-813.
82. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(1):79-87.
83. Ohsuka K, Chino C, Nakagaki H, Kataoka I, Oshida Y, Ohsawa I, Sato Y. Analysis of risk factors for dental caries in infants: a comparison between urban and rural areas. *Environ Health Prev Med.* 2009; 14:103–110.
84. Carvalho FS, Carvalho CAP, Bastos RS, Xavier A, Merlini SP, Bastos JRM. Dental caries experience in preschool children of Bauru, SP, Brazil. *Braz J Oral Sci.* 2009; 8 (2):97-100.
85. Ferreira SH, Béria JU, Kramer PF, Feldens EG, Feldens CA. Dental caries in 0- to 5-year-old Brazilian children: prevalence, severity, and associated factors. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2007; 17(4):289-96.
86. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dental Health*, 2004; 21(1 Suppl):71-85.
87. Edelstein B, Vargas CM, Candelaria D, Vemuri M. Experience and policy implications of children presenting with dental emergencies to US pediatric dentistry training programs. *Pediatr Dent* 2006; 28(5):431-7.
88. Nascimento CQ, Silva PM, Bezerra AC, de Toledo OA, Azevedo TD. Treatment of severe-early childhood caries with an oral health promotion approach. *Oral Sci.* 2005;1:43-8.
89. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(11):2555- 64.

- 
90. McGrath C, Broder H, Wilson-Genderson M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(2):81-5.
91. Tagliaferro EPS; Ambrosano GMB; Meneghim MC; Pereira AC. Risk indicators and risk predictors of dental caries in schoolchildren. *J. Appl. Oral Sci.* [online]. 2008, 16(6): 408-13.
92. Skeie MS, Raadal M, Strand GV, Espelid I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age – a longitudinal study. *Int J Paediatr Dent.* 2006;16:152-60.
93. Peretz B, Ram D, Azo E, Efrat Y. Preschool caries as an indicator of future caries: a longitudinal study. *Pediatr Dent* 2003;25:114-8.
94. Baelum V, Fejerskov O. Diagnóstico da cárie dentária: um momento de reflexão a caminho da intervenção? In: Fejerskov O, Kidd E. *Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico*. São Paulo: Ed. Santos, 2005, p. 101-110.
95. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Murtomaa H, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. *Int J Paediatr Dent* 2008; 18(1):48–55.
96. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1–5-year-old children’s brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(4):272-81.
97. Sayegha A, Dinib EL, Holtb RD, Bedib R. Oral health, sociodemographic factors, dietary and oral hygiene practices in Jordanian children. *Journal of Dentistry* 2005; 33(5):379–88.
98. Caufield PW. The fidelity of initial acquisition of *mutans streptococci* by infants from their mothers. *J. Dent. Res.* 1995; 74(2):681-5.
99. Figueiredo MC, Cruz IC, Caufield PW. A relação transmissibilidade da doença cárie entre mães e seus filhos adotivos. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, 2005; 11(1): 15-27.
100. Neves BG, Pierro VSS, Maia LC. Percepções e atitudes de responsáveis por crianças frente ao uso de medicamentos infantis e sua relação com cárie e erosão dentária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007; 12(5):1295-1300.
101. Sahgal J, Sood PB, Raju OS. A comparison of oral hygiene status and dental caries in children on long term liquid oral medications to those not administered with such medications. *J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent.* 2002; 20(4):144-51.
102. Holst D, Sculler AA, Aleksejuniené J, Eriksen HM. Caries in population – a theoretical causal approach. *Eur J Oral Sci.* 2001; 109: 143-8.

- 
103. Traebert J, Guimarães LA, Durante EZ, Serratine AC. Low maternal schooling and severity of dental caries in Brazilian preschool children. *Oral Health Prev Dent.* 2009;7(1):39-45.
104. Mello TRC, Antunes JLF, Waldman ELA. Prevalência de cárie não tratada na dentição decídua em áreas urbanas e rurais do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 2008; 23(2):78-84.
105. Tiano AVP, Moimaz SAS, Saliba O, Saliba NA. Dental caries prevalence in children up to 36 months of age attending daycare centers in municipalities with different water fluoride content. *J Appl Oral Sci.* 2009;17(1):39-4.
106. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Psychosocial factors and early childhood caries among low-income African-American children in Detroit. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 439-48.
107. Bedos C, Brodeur SA, Nicolau B. Dental Caries Experience: A Two-generation Study. *J Dent Res*, 2005; 84(10):931-6.
108. Adeniyi AA, Ogunbodede OE, JebodA OS, Folayan OM. Do maternal factors influence the dental health status of Nigerian pre-school children? *International Journal of Paediatric Dentistry* 2009; 19: 448-54.
109. Fisher-Owens SA, Gansky SG, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, Newacheck PW. Influences on Children's Oral Health: A Conceptual Model. *Pediatrics* 2007; 120(3): e510-e520.
110. Botazzo C, Manfredini MA, Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal coletiva. Elaborado como material de apoio ao Curso para Formação de Técnico em Higiene Dental, do SUDS-SP. São Paulo, 1988. Acesso 20/03/2010 [http://www.fo.usp.br/departamentos/social/saude\\_coletiva/BSBCBotazzo.pdf](http://www.fo.usp.br/departamentos/social/saude_coletiva/BSBCBotazzo.pdf)
111. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED. (org.) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983.
112. Stédile NLR. *Prevenção em Saúde: Comportamentos profissionais a desenvolver na formação do enfermeiro - Dissertação (mestrado)- São Carlos (SP) - Universidade de Caxias do Sul* 1996.
113. Pereira JCM. *Medicina, saúde e sociedade*. Ribeirão Preto: Complexo Gráfico, 2003. cap. 1, p.17-31.
114. Castellanos PL. *Epidemiologia, Saúde Pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais*. In: Barata RB. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. cap.2, p.31-75.



- 
115. Pine CM, Pauline MA, Nicoll AD, Burnside G, Petersen PE, Beighton D, et al. International comparisons of health inequalities in children dental caries. *Community Dental Health*, 2004; 24 (Suppl): 121-30.
116. Maciel SM. Saúde bucal infantil: a participação da mãe. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública . São Paulo. 1994. 235 p.
117. Teles DS. O impacto da qualidade de vida da mãe na saúde bucal da criança. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia São Paulo. 2003. 142 p.
118. Bustamante V, Trad LAB. Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2007; 12(5):1175-1184.
119. Oliveira MLS, Bastos ACS. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicol. Reflex. Crit.*, 2000; 13(1):97-107.
120. Engle PL, Lhotska L. Armstrong, H. In: Engle PL, Menon, P, Haddad L. *Care and Nutrition: Concepts and Measurement*. World Development. 1999; 27(8):1309-37.



## **APÊNDICE B**

### **QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL e FICHA DE EXAME CLÍNICO**

## APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
Departamento de Odontologia Social e Pediátrica

### PROJETO DE PESQUISA:

“Perfil epidemiológico das condições de saúde bucal e fatores associados em crianças de 6 a 60 meses com Doença Falciforme no estado da Bahia”

## **Manual do examinador**

### **Coordenadora:**

Profa. Dra. Maria Cristina Teixeira Cangussu

### **Equipe de Pesquisadores:**

Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna

Profa. Maria Celina B. Siquara da Rocha

Profa. Ms. Maria Goretti Silva Brito

Salvador - 2007

## ANEXO A

**Parecer do Núcleo de Pesquisa Científica/NUPEC APAE Salvador****Nº do parecer: 06/2007**

**Projeto:** "Condições de Saúde Bucal e Fatores Associados em Crianças de 6 a 36 meses com Doença Falciforme no Estado da Bahia".

**Proponente:** Maria Goretti Silva Brito, Maria Celina Barreiros Siquara da Rocha e Maria Isabel Pereira Vianna.

**Instituição:** Faculdade de Odontologia – UFBA.

**Data de entrada:** Março/2007.

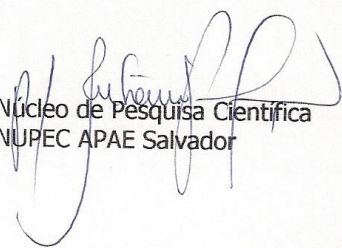
<input type="checkbox"/>	<b>APROVADO</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>APROVADO COM PENDÊNCIAS</b>
<input type="checkbox"/>	<b>NÃO APROVADO</b>
<input type="checkbox"/>	<b>NÃO APROVADO – SUBMETER A REVISÃO / CORREÇÃO</b>

**PARECER**

Anexos:

- Parecer de Isabella Queiroz (Psicóloga CEDIP/SRTN)
- Parecer nº 06/2007

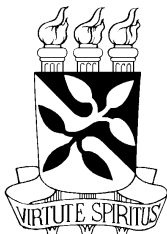
Salvador, 15 de maio de 2007.



Núcleo de Pesquisa Científica  
NUPEC APAE Salvador

---

**ANEXO B**



Universidade Federal da Bahia  
Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos  
Rua Augusto Viana, s/n -Canela - CEP: 40.110-060 – Salvador - Bahia  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP  
Tel.: (71) 3339-6394 FAX: (71) 3339-6228

PARECER FINAL- 02/06/2007

**Protocolo CEP: 014/2007**

**FR:** 127409

**Projeto:** “Perfil epidemiológico das condições de saúde bucal e fatores associados em crianças de 0 a 60 meses com anemia falciforme no estado da Bahia”

**Pesquisador Responsável:** Profa. Maria Goretti Silva Brito.

**IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

**TÍTULO DO PROJETO:** “Perfil epidemiológico das condições de saúde bucal e fatores associados em crianças de 0 a 60 meses com anemia falciforme no estado da Bahia”

**AUXÍLIO FINANCEIRO:** FAPESB

**Situação:** Projeto Aprovado

Salvador, 02 de junho de 2007.

Dr.ª Maria Cristina Teixeira Cangussu  
Coordenadora do Comitê de Ética do Complexo HUPES