

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

MARIANA MARINHO DAVINO DE MEDEIROS

**QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES E CUIDADO EM SAÚDE
BUCAL PRESTADO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
PARALISIA CEREBRAL**

**João Pessoa
2017**

MARIANA MARINHO DAVINO DE MEDEIROS

**QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES E CUIDADO EM SAÚDE
BUCAL PRESTADO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
PARALISIA CEREBRAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Odontologia, da Universidade
Federal da Paraíba em cumprimento
às exigências para conclusão.

Orientador: Wilton Wilney Nascimento Padilha, Doutor
Coorientadora: Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso, Mestre

João Pessoa
2017

M488q Medeiros, Mariana Marinho Davino de.

Qualidade de vida de cuidadores e cuidado em saúde bucal prestado às crianças e adolescentes com paralisia cerebral / Mariana Marinho Davino de Medeiros. - - João Pessoa, 2017.

79f.: Il. -

Orientador: Wilton Wilney Nascimento Padilha.

Coorientadora: Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso.

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Paralisia cerebral. 2. Hábitos alimentares. 3. Higiene bucal. 4. Qualidade de vida. 5. Cuidadores. 6. Odontologia.

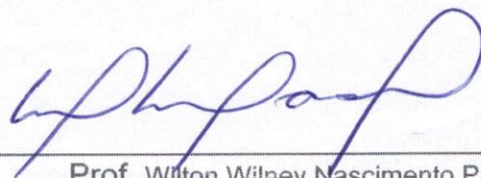
BS/CCS/UFPB

CDU: 616.8-009.11(043.2)

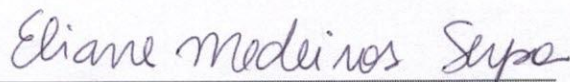
MARIANA MARINHO DAVINO DE MEDEIROS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Odontologia, da Universidade
Federal da Paraíba em cumprimento às
exigências para conclusão.

Monografia aprovada em 29, 05, 2017



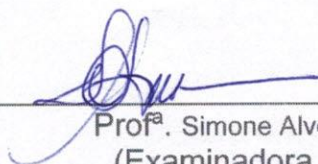
Prof. Wilton Wilney Nascimento Padilha
(Orientador – UFPB)



Prof^a. Eliane Batista Medeiros Serpa
(Examinadora – UFPB)



Prof^a. Camila Santos de Mattos Brito
(Examinadora – UNIPÊ)



Prof^a. Simone Alves de Sousa
(Examinadora – UFPB)

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me proporcionado plena saúde para que eu pudesse exercer as funções necessárias para execução e escrita desse trabalho de conclusão de curso, e por me cercar de pessoas maravilhosas que contribuíram de forma grandiosa para que eu trilhasse esse caminho sem perder o foco e a determinação.

Aos meus pais, por abdicarem de seus desejos pessoais em detrimento do investimento nos meus estudos, para que eu tão somente pudesse me dedicar a minha vida acadêmica. Agradeço imensamente por principalmente me apoiarem e incentivarem acima de tudo, deixando um ensinamento primordial para a minha vida, que estudar é o melhor meio de adquirir o sucesso profissional que almejo.

À minha irmã que me apoiou, ajudou e acreditou em mim durante todo o processo de construção desse trabalho de conclusão de curso.

À minha avó, por ser o pilar de nossa família, exemplo de garra e vitória por mérito próprio. Espero poder honrar todo o seu esforço para evoluir na vida e ser o motivo de orgulho que mereces.

Ao meu orientador, Prof. Wilton, que me acompanha desde o princípio do curso e é responsável por tantos ensinamentos, principalmente autonomia e senso crítico, que me fizeram evoluir substancialmente ao longo da graduação. Levo para minha vida pessoal e profissional um pouco do espírito defensor da metodologia de ensino que acredita e que contribuiu tanto para o meu crescimento.

À minha co-orientadora, Andreia, que considero e tenho orgulho de dizer que é minha orientadora. Mais do que isso és como uma mãe-amiga, que me cobra quando necessário, que se preocupa com meu futuro, com minhas escolhas, mas que também me incentiva, torce e se orgulha das minhas conquistas e vitórias. Não tenho palavras para agradecer sua humildade em me ensinar repassando todos os conhecimentos possíveis e em me tratar sem distinção de nível conseguindo manter ainda o respeito hierárquico. Saiba que és para mim exemplo de determinação, superação, justiça, educação e paciência. Espero levar comigo um pouco dessas virtudes que te fazem uma grande orientadora e professora.

Ao GPOCI e NIPO, por me receber como integrante e acreditar na filosofia do trabalho em grupo, por meio do qual fazemos amigos e podemos compartilhar os conhecimentos adquiridos, crescendo, assim, em conjunto.

Aos integrantes do grupo, comandado por Andreia, da linha de pesquisa “Cuidado em saúde bucal à criança e adolescente com Paralisia Cerebral”, Clara, Lays, Mariana Leonel e Rênnis. Agradeço à Clara e Lays, por terem iniciado toda essa jornada, juntamente com Andreia, com a coleta de dados em Campina Grande, a qual foi a base para a continuação da pesquisa em João Pessoa. Meu muito obrigada também à Mariana Leonel, por, ao meu lado e de Andreia, ter dado continuidade a esse projeto, com a coleta de dados em João Pessoa. E, por fim, não poderia deixar de agradecer imensamente à Rênnis, que vem contribuindo na execução do projeto voltado aos cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, e que tantas vezes, quando solicitado, esteve pronto para me ajudar nesse trabalho de conclusão de curso.

Aos diretores e funcionários das instituições reabilitadoras de João Pessoa, por terem autorizado a realização dessa pesquisa, mas principalmente pela acolhida e apoio prestado durante a coleta dos dados.

Às crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral e seus cuidadores, que aceitaram ceder um pouco do seu tempo para participar dessa pesquisa. Espero que os resultados aqui encontrados sirvam de subsídio para qualificar a rede de cuidado em saúde bucal para pessoas com deficiência, em busca da melhoria da qualidade de vida desses indivíduos e de seus cuidadores.

Aos meus amigos de turma, principalmente Raphael, Priscilla e Karla, que compartilharam comigo momentos de angústia e alívio proporcionados pelo trabalho de conclusão de curso, tornando sua execução e escrita mais leve.

Aos meus amigos, Letícia, Alex, Amanda, Loyse, Rênnis, Lays, Cintya, Filipe, José Welton e Natanael, pela compreensão nas ocasiões em que estive ausente e pelo apoio incondicional para que eu pudesse manter o foco no real objetivo. Muito obrigada também por serem meu escape nos momentos de estresse e por acreditarem em mim mais do que eu mesma. Guardo cada um com muito apreço em meu coração, e espero poder compartilhar e comemorar ainda com vocês os momentos mais marcantes que venham a ocorrer em minha vida.

“O legado imaterial sobrevive ao fim, seja em forma de arte, histórias, laços ou ideias. O nosso único patrimônio que é potencialmente eterno é feito de nada.”

(Lucas Silveira)

RESUMO

Descreveu-se a Qualidade de Vida (QV) dos cuidadores das Crianças e Adolescentes com Paralisia Cerebral (CAPC) e o Cuidado Bucal (CB) prestado as CAPC, bem como, verificou-se os fatores associados à presença de CB insatisfatório. Realizou-se estudo transversal com 72 CAPC de 2 a 18 anos, de 5 instituições reabilitadoras de João Pessoa-PB, e seus respectivos cuidadores. Dados socioeconômicos, de percepção de saúde, de acesso aos serviços de saúde, comportamentais, sistêmicos e de QV das CAPC (PedsQL 4.0) e do cuidador (WHOQOL-bref) foram fornecidos pelos cuidadores. O valor médio de cada domínio do WHOQOL-bref foi calculado e os escores foram transformados em escala de 0 a 100, de modo que quanto maior a pontuação, melhor a QV. O CB foi construído por dois domínios: hábitos alimentares e de higiene bucal. A avaliação dos hábitos alimentares incluiu consistência da dieta e número de lanches cariogênicos, enquanto dos hábitos de higiene bucal, incluiu frequência de escovação, dificuldade de higiene bucal e momento da escovação. Os domínios foram codificados, computados e, ao final, o CB foi classificado em satisfatório, regular e insatisfatório. Utilizou-se a Regressão de Poisson ($\alpha=0,05$). Os cuidadores das CAPC relataram, com maior frequência, sua QV como boa (64,9%) e satisfação com sua saúde (55,4%). Os domínios físico, psicológico, de relações sociais e de meio ambiente dos cuidadores apresentaram média e (desvio-padrão) de: 66,3($\pm 14,6$), 62,1($\pm 14,5$), 66,5($\pm 14,0$) e 49,4($\pm 11,5$), respectivamente. Os cuidadores das CAPC necessitam melhorar a QV no domínio de meio ambiente e apresentam QV regular nos domínios físico, psicológico e de relações sociais. A prevalência de CB satisfatório, regular e insatisfatório foi 10,6%, 42,4% e 47%, respectivamente. Na análise multivariada, o CB insatisfatório foi associado ao domínio psicológico da QV do cuidador (RP 0,99; IC95%=0,98-0,99). Os cuidadores das CAPC necessitam melhorar a QV no domínio de meio ambiente e apresentam QV regular nos domínios físico, psicológico, de relações sociais. A autopercepção de QV dos cuidadores se contrapõe à classificação dos domínios do instrumento. A frequência de CB insatisfatório das CAPC foi alta e associada ao domínio psicológico da QV do cuidador.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral; Hábitos Alimentares; Higiene Bucal; Qualidade de Vida; Cuidadores.

ABSTRACT

The quality of life (QoL) of children and adolescents with Cerebral Palsy (CAPC) and Oral Care (CB) provided the CAPC were described, as well as the factors associated with the presence of unsatisfactory CB. A cross-sectional study was carried out with 72 CAPC from 2 to 18 years old, from 5 rehabilitation institutions of João Pessoa-PB, and their respective caregivers. Socioeconomic data, health perception, access to health services, behavioral, systemic and QOL of the CAPC (PedsQL 4.0) and the caregiver (WHOQOL-bref) were provided by caregivers. The mean value of each WHOQOL-bref domain was calculated and the scores were transformed into a scale from 0 to 100, so that the higher the score, the better the QoL. CB was constructed by two domains: eating habits and oral hygiene. The evaluation of dietary habits included consistency of diet and number of cariogenic snacks, while oral hygiene habits included brushing frequency, oral hygiene difficulty and toothbrushing moment. The domains were coded, computed and, at the end, the CB was classified as satisfactory, regular and unsatisfactory. Poisson regression was used ($\alpha = 0.05$). CAPC caregivers reported more frequently their QOL as good (64.9%) and satisfaction with their health (55.4%). The physical, psychological, social and environmental domains of the caregivers presented mean (standard deviation) of 66.3 (± 14.6), 62.1 (± 14.5), 66.5 (± 14.0) and 49.4 (± 11.5), respectively. CAPC caregivers need to improve QoL in the environment domain and have regular QoL in the physical, psychological and social relationships domains. The prevalence of satisfactory, regular and unsatisfactory BC was 10.6%, 42.4% and 47%, respectively. In the multivariate analysis, the unsatisfactory BC was associated with the psychological domain of the caregiver's QOL (RP 0.99, 95% CI = 0.98-0.99). CAPC caregivers need to improve QoL in the environment domain and have regular QoL in the physical, psychological, and social domains. The self-perception of QoL of caregivers contrasts with the classification of the domains of the instrument. The frequency of unsatisfactory BAC of the CAPC was high and associated with the psychological domain of the caregiver's QoL.

Key words: Cerebral Palsy; Oral Hygiene; Quality of Life; Caregivers.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	18
2.2 PARALISIA CEREBRAL.....	20
2.3 CONDIÇÃO BUCAL DOS INDIVÍDUOS COM PARALISIA CEREBRAL.....	22
2.4 CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL DESENVOLVIDAS NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL.....	27
2.4.1 Hábitos Alimentares e de Higiene Bucal.....	27
2.5 CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL.....	30
2.5.1 Qualidade De Vida dos Cuidadores de Crianças e Adolescentes com Paralisia Cerebral.....	30
3. OBJETIVOS.....	34
3.1 Objetivo Geral.....	34
3.2 Objetivos Específicos.....	34
4. MATERIAIS E METODO.....	35
4.1 Delineamento Geral Do Estudo.....	35
4.2 Aspectos Éticos.....	35
4.3 População De Estudo.....	35
4.4 Teste Piloto Dos Instrumentos.....	36
4.5 Coleta De Dados.....	37
4.6 Análise Dos Dados.....	39
5. RESULTADOS.....	46
6. DISCUSSÃO.....	53
7. CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS.....	63

APÊNDICE A: Questionário socioeconômico.....	71
APÊNDICE B: CAAE UEPB.....	74
APÊNDICE C: CAAE UFPB.....	76
ANEXO A: WHOQOL-bref.....	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Descrição dos estudos que avaliaram a cárie dentária em pessoas com Paralisia Cerebral.	22
Quadro 2. Descrição dos estudos que avaliaram a condição periodontal em pessoas com Paralisia Cerebral.	24
Quadro 3. Descrição dos estudos que avaliaram a oclusão dentária em pessoas com Paralisia Cerebral.	25
Quadro 4. Descrição dos estudos que avaliaram o traumatismo dentário em pessoas com Paralisia Cerebral.	26
Quadro 5. Descrição dos estudos que avaliaram os hábitos alimentares em pessoas com Paralisia Cerebral.	28
Quadro 6. Descrição dos estudos que avaliaram os hábitos de higiene bucal em pessoas com Paralisia Cerebral.	29
Quadro 7. Descrição dos estudos que avaliaram a qualidade de vida dos cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral.	31
Quadro 8. Questões correspondentes aos domínios do questionário de Qualidade de Vida do cuidador (WHOQOL-bref).	38
Quadro 9. Categorização das variáveis.	39
Quadro 10. Categorização e pontuação das variáveis incluídas nos domínios do cuidado bucal prestado às crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral.	42
Quadro 11. Classificação dos domínios do cuidado bucal prestado às crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral.	43
Quadro 12. Classificação do cuidado bucal prestado às crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral.	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra conforme a instituição de reabilitação.	46
Tabela 2. Distribuição da amostra por município.	46
Tabela 3. Caracterização das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral quanto às características socioeconômicas e sistêmicas.	47
Tabela 4. Distribuição dos cuidadores das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral nas perguntas do questionário de Qualidade de Vida.	47
Tabela 5. Descrição e classificação dos domínios da Qualidade de Vida do cuidador (escala de 0-100).	49
Tabela 6. Descrição do cuidado bucal e dos seus domínios (hábitos alimentares e de higiene bucal).	49
Tabela 7. Distribuição das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral nos modelos bivariado e multivariado da regressão de Poisson para o cuidado bucal e as variáveis independentes.	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

QV	Qualidade de Vida
CAPC	Crianças e Adolescentes com Paralisia Cerebral
CB	Cuidado Bucal
OMS	Organização Mundial de Saúde
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
PCD	Pessoas com Deficiência
ONU	Organização das Nações Unidas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
FUNAD	Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência
APAE	Associação de Pais e Amigos de Excepcionais
CAEHH	Centro de Atividades Especiais Helena Holanda
ASPEQ	Associação Paraibana de Equoterapia
WHOQOL-bref	Questionário Breve da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde
PedsQLTM 4.0	Questionário Pediátrico sobre Qualidade de Vida Escala Genérico
PedsQLTM 3.0	Questionário Pediátrico sobre Qualidade de Vida Escala Genérico Escala Saúde Bucal
QVRSB	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal
EUA	Estados Unidos da América

1. INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral foi definida em um workshop realizado em Maryland, EUA, em julho de 2004, como um grupo de distúrbios de movimento e postura, atribuídos a lesões não progressivas que ocorrem no desenvolvimento fetal ou do cérebro infantil (BAX et al., 2005).

O distúrbio neurológico da Paralisia Cerebral é uma das deficiências mais incapacitantes que podem ocorrer na infância. Existem poucos dados epidemiológicos, mas no período entre 1985 e 2006, a prevalência global foi de 2,11 por 1000 nascidos vivos (OSKOVI et al., 2013). No entanto, na população de crianças com peso de 1000 a 1499g ao nascer ou nascidas antes de 28 semanas de gestação, as prevalências foram de 59,18 e 111,80 por 1000 nascidos vivos, respectivamente (OSKOVI et al., 2013).

Os indivíduos com Paralisia Cerebral podem apresentar alterações de sensação, cognição, comunicação, percepção e/ou comportamento, como também distúrbios convulsivos (BAX et al., 2005). Isso provoca limitações para a realização das atividades de vida diária, como alimentação, mobilidade e higiene geral e bucal (SANTOS et al., 2009; ABANTO et al., 2014), o que gera dependência parcial ou total dos cuidadores (BAX et al., 2005; ABANTO et al., 2014).

Alto risco de desenvolvimento de agravos bucais, principalmente cárie dentária e alterações periodontais, foram observados nas crianças com Paralisia Cerebral (ANDERS, DAVIS, 2010). Quanto mais grave o dano neurológico em pessoas com Paralisia Cerebral, maior o risco desses agravos (SANTOS et al., 2009; MIAMOTO et al., 2011; SANTOS et al., 2013).

As necessidades bucais das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral são complexas e podem estar relacionadas ao inadequado cuidado em saúde bucal, pessoal e/ou profissional (ANDERS, DAVIS, 2010). A reduzida capacidade de comunicação dessas crianças e adolescentes aumenta a dificuldade de expressar sentimentos. Desse modo, os desconfortos causados por doenças bucais não são informados verbalmente, o que cria, muitas vezes, uma sensação de incerteza e frustração em seus pais (ABANTO et al., 2012).

Ademais, a dependência para a realização das atividades diárias presente nas pessoas com Paralisia Cerebral, devido ao comprometimento motor (BAX et al.,

2005), pode gerar percepções e emoções como ansiedade, stress e depressão e, por consequência, impactar negativamente em sua saúde e Qualidade de Vida (QV) (WHITTEMORE et al., 2003; WEISSMAN et al., 2006; FERREIRA, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QV é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, preocupações e desejos” (THE WHOQOL GROUP, 1995). O termo “qualidade de vida” tem sido utilizado amplamente em contextos políticos, econômicos, sociais, filosóficos e biomédicos. Na área biomédica, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) refere-se à satisfação e bem-estar do indivíduo nos domínios: físico, psicológico, social, econômico e espiritual em relação ao estado de saúde (THE WHOQOL GROUP, 1995; GUYATT et al., 1997; VARNI et al., 2001).

Sabendo que os indivíduos com Paralisia Cerebral apresentam alto risco de desenvolvimento de agravos bucais (ANDERS, DAVIS, 2010), torna-se importante avaliar o cuidado em saúde bucal realizado nas crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral e sua relação com as características socioeconômicas, de percepção de saúde geral e bucal, de acesso aos serviços de saúde, sistêmicas e de QV da criança e do cuidador. Esclarecimentos acerca disso são fundamentais para melhorar a comunicação dos profissionais com os cuidadores e subsidiar o planejamento da prática clínica odontológica, futuros estudos que avaliem protocolos clínicos e decisões dos gestores para atuarem com essa população, em busca de melhores condições bucais e QV das crianças e adolescentes e dos cuidadores.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A ocorrência de melhorias na atenção à saúde da população pediátrica com condições crônicas, devido aos avanços da ciência e da tecnologia biomédica, levou ao aumento na sobrevivência e interação social dessas pessoas na comunidade (VARNI; LIMBERS; BURWINKLE, 2007). Dentre as diversas condições crônicas, encontra-se as Pessoas com Deficiência (PCD) (CALDAS JR; MACHIAVELLI, 2013).

O conceito relativo às PCD tem evoluído ao longo dos anos em consequência das mudanças ocorridas na sociedade e as conquistas alcançadas por essa população (BRASIL, 2008). De acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, pessoas que tem impedimentos físicos, intelectuais ou sensoriais que, em interação com diversas barreiras, podem impedir sua participação plena e efetiva na sociedade, são consideradas PCD (CALDAS JR; MACHIAVELLI, 2013).

Em concordância, o Decreto nº. 3.298/99, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, fixa deficiência como incapacidade para o desempenho de atividades executadas normalmente pelo ser humano, devido ao comprometimento psicológico, fisiológico ou anatômico ocasionada pela perda ou anormalidade de uma estrutura ou função (BRASIL, 1999). Este conceito também é adotado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2008).

No mesmo sentido, o Decreto no. 5.296/04, que estabelece normas e critérios para a promoção da acessibilidade das PCD, define como PCD aquela que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas categorias de deficiência física, auditiva, visual e mental (BRASIL, 2004).

Para fins de assistência odontológica, o Ministério da Saúde define PCD como toda pessoa que apresenta limitações de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica que impede a realização de atendimento odontológico convencional (BRASIL, 2006).

A Organização das Nações Unidas (ONU) tem produzido declarações enfatizando a necessidade de respeito; tolerância; inclusão; acessibilidade arquitetônica, tecnológica, de comunicação e de conteúdo; apoio; inserção laboral;

combate à discriminação, tortura e tratamentos cruéis, desumanos e degradantes; proteção contra exploração, negligência e violência; e acesso à educação e saúde (ONU, 2013). Desse modo, busca-se garantir plenamente direitos humanos, cidadania, autonomia, independência, igualdade de oportunidades, democratização do acesso à informação e inclusão educacional, bem-estar, integridade e integração social das PCD (ONU, 2013).

Nesse sentido, por meio do Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011, o Governo Federal Brasileiro institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite, com a finalidade de promover o pleno e equitativo exercício dos direitos das PCD, de acordo com as prerrogativas da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2011). As ações do programa são executadas pela União em parceria com Estados, Municípios e população, e organizadas com base nos quatro eixos de atuação: acesso à educação, atenção à saúde, inclusão social e acessibilidade (BRASIL, 2011).

Em contrapartida, a concordância existente na perspectiva de proporcionar inclusão, educação, atenção e acessibilidade a esta população, bem como igualdade de direitos e dignidade (BRASIL, 2006, 2011; ONU, 2013), há divergência no que tange a nomenclatura. Diferentes denominações são utilizadas, como: “pessoa com deficiência”, “pessoa portadora de deficiência”, “pessoa portadora de necessidades especiais”, “pessoas especiais” ou “pessoas com eficiências diferentes”. Empregaremos o termo “pessoas com deficiência”, proposto pela Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência em 2006, em Nova York, EUA, visto que, em nossa concepção, as pessoas não “portam” ou “são portadoras” de deficiências, elas têm deficiências.

Identificou-se que 45.606.048 de brasileiros têm algum tipo de deficiência (visual, auditiva, motora e mental ou intelectual), ou seja, 23,9% da população total. A Região Nordeste apresentou, proporcionalmente, o maior número de PCD, com percentual de 26,3%, com a maior proporção sendo encontrada no Estado da Paraíba (27,76%) (IBGE, 2010).

As PCD são em maior frequência do sexo feminino (56,5%), na faixa de 40 a 59 anos (cerca de 17,4 milhões de pessoas), de cor/raça preta (27,1%) e amarela (27,1%) e sem instrução e fundamental completo (61,1%). A taxa de analfabetismo e

e desocupação das PCD em idade ativa para trabalhar é de 9,5% e 23,7%, respectivamente (IBGE, 2010).

2.2 PARALISIA CEREBRAL

Dentre as diversas condições que fazem parte das PCD, encontra-se a Paralisia Cerebral, a qual é a causa de neuro-incapacidade física mais comum na infância (FAIRHURST, 2012; OSKOUI *et al.*, 2013). A Paralisia Cerebral é definida como grupo de distúrbios de desenvolvimento do movimento e da postura que ocorrem devido a distúrbios não progressivos no cérebro fetal ou infantil. Os distúrbios de desenvolvimento do movimento e da postura causam limitação da atividade, que pode ser acompanhada por distúrbios de sensação, cognição, comunicação, percepção e/ou comportamento e/ou por transtorno convulsivo (BAX *et al.*, 2005).

A terminologia Paralisia Cerebral engloba os vários agrupamentos possíveis para essa condição devido à heterogeneidade de sua etiologia, tipos e gravidade. A principal característica da Paralisia Cerebral é o comportamento motor anormal, o qual é caracterizado por padrões anormais de movimento e postura, ocasionados pela coordenação defeituosa dos movimentos e/ou regulação do tônus muscular, e prejudicado, em alguns casos, por características associadas à Paralisia Cerebral (BAX *et al.*, 2005).

Esses distúrbios, por ocorrerem de forma precoce no desenvolvimento humano biológico, ou seja, anteriormente ao desenvolvimento das funções afetadas pela Paralisia Cerebral, como deambular e manipular objetos, diferem dos que ocorrem mais tarde ou até na primeira infância em relação ao impacto na função motora. Além disso, alterações de sensação, cognição, comunicação, percepção, comportamento e transtorno convulsivo, muitas vezes presentes nos indivíduos com Paralisia Cerebral, podem ser ocasionadas pelos mesmos distúrbios que causaram a Paralisia Cerebral e/ou por fatores independentes e/ou por consequência indireta da deficiência motora (BAX *et al.*, 2005).

A prevalência global da Paralisia Cerebral é de 2,11 por 1000 nascidos vivos (OSKOUI *et al.*, 2013). A etiologia da Paralisia Cerebral pode ser resultado de lesões cerebrais que ocorreram nos períodos pré-natal, perinatal ou pós-natal (KRIGGER, 2006), causada por vários fatores de risco que interagem entre si, sugerindo-se a

multifatorialidade da doença (PATO *et al*, 2002). Os fatores de risco citados na literatura são a hipóxia/isquemia perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascimento, infecção intrauterina, causas genéticas, gestação múltipla, corioamnionite e trombofilia (PATO *et al*, 2002).

No período pré-natal, geralmente não se sabe o que desencadeia essas lesões. Quando a lesão cerebral ocorre ao nascer, tem-se como causas as complicações de nascimento, como a asfixia. Já no período pós-natal, os fatores de risco são nascimento com menos de 32 semanas de gestação, peso ao nascer inferior a 2.500 g, retardo de crescimento intra-uterino, hemorragia intracraniana, trauma, meningite bacteriana, encefalite viral, hiperbilirrubinemia, colisões de veículos motorizados, quedas ou abuso de crianças (KRIGGER, 2006).

A Paralisia Cerebral é classificada de acordo com a localização anatômica do envolvimento dos membros em: tetraparesia, diparesia e hemiparesia (MURPHY; SUCH-NEIBAR, 2003).

- Tetraparesia: os quatro membros são envolvidos igualmente (MURPHY; SUCH-NEIBAR, 2003).
- Diparesia: as extremidades inferiores são mais envolvidas em termos de comprometimento de controle e tônus muscular em comparado com as superiores (MURPHY; SUCH-NEIBAR, 2003).
- Hemiparesia: há o envolvimento exclusivo de um lado do corpo, com o braço geralmente mais afetado do que a perna (MURPHY; SUCH-NEIBAR, 2003).

De acordo com a qualidade da disfunção neromuscular a Paralisia Cerebral é subdividida em: espástica, extrapiramidal, atáxico ou mista (MURPHY; SUCH-NEIBAR, 2003).

- Espástica ou piramidal: caracteriza-se pelo aumento do tônus muscular, reflexos tendinosos, tremores e fraqueza. Afeta cerca de 75% das crianças com Paralisia Cerebral, sendo, portanto, a mais frequente (KRIGGER, 2006; MURPHY; SUCH-NEIBAR, 2003).
- Atetóide ou extrapiramidal: é caracteriza por movimentos contínuos e incontrolados das mãos, pés, braços ou pernas que aumentam em momentos de estresse. Afeta uma pequena porcentagem de crianças com Paralisia Cerebral, cerca de 15% (KRIGGER, 2006; MURPHY; SUCH-NEIBAR, 2003).
- Atáxico: caracteriza-se pela presença de tremores voluntários e por, principalmente, comprometer o equilíbrio e a coordenação, o que afeta a marcha,

bem como pela presença de tremores voluntários que influencia negativamente o desempenho da função motora fina, como, por exemplo, a apreensão de objetos. Acomete 5% das crianças com Paralisia Cerebral, sendo a forma mais rara (KRIGGER, 2006; MURPHY; SUCH-NEIBAR, 2003).

- Misto: caracteriza-se pela combinação dos demais casos (KRIGGER, 2006; MURPHY; SUCH-NEIBAR, 2003).

Além da deficiência motora, a Paralisia Cerebral também pode apresentar outros problemas associados como: oftalmológicos, otorrinolaringológicos, sensoriais e de percepção, intelectuais, epiléticos, ortopédicos, neurológicos, gastrointestinais, urinários, comunicativos e cognitivos (KRIGGER, 2006).

2.3 CONDIÇÃO BUCAL DOS INDIVÍDUOS COM PARALISIA CEREBRAL

Estudos nacionais (GUERREIRO; GARCIAS, 2009; SANTOS *et al.*, 2010; LEMOS; KATZ, 2012; ROBERTO *et al.*, 2012; CARDOSO *et al.*, 2014; MIAMOTO *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2011; COSTA *et al.*, 2008; SANTOS; SOUZA, 2009; FERREIRA *et al.*, 2010; CARDOSO *et al.*, 2015) e internacionais (JAIN *et al.*, 2009; ALTUN *et al.*, 2010; DU *et al.*, 2010; LIU *et al.*, 2014; GAÇE *et al.*, 2014; AKHTER *et al.*, 2016; KUMAR *et al.*, 2009; MIHI *et al.*, 2014; JALIHAL *et al.*, 2011; ALBATAYNEH *et al.*, 2017) têm avaliado a condição bucal dos indivíduos com Paralisia Cerebral.

Alguns estudos que investigaram a cárie dentária em indivíduos com Paralisia Cerebral estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos estudos que avaliaram a cárie dentária em pessoas com Paralisia Cerebral.							
Autores	Ano	Cidade (País)	Nº da amostra (idade)	Tipo de Amostragem	Medidas	Valor médio ceo-d (DP)	Valor médio CPO-D (DP)
Guerreiro, Garcias	2009	Pelotas (Brasil)	41 (1 a 12)	Conveniência	ceo-d e CPO-D	3,6	0,3
Jain <i>et al.</i>	2009	Udaipur (Índia)	101 (12 a 30)	Conveniência	CPO-D	-	2,01 (2,26)
Altun <i>et al.</i>	2010	Ankara (Turkey)	136 pessoas (2 a 26)	Conveniência	ceo-d e CPO-D	1.03 (1,72)	1,62 (2,98)
Du	2010	Hong Kong	72	Conveniência	ceo-s	4,81	-

<i>et al.</i>		(China)	peessoas (2 a 6)			(11,24)	
Santos <i>et al.</i>	2010	São Paulo (Brasil)	65 peessoas (4 a 17)	Probabilística*	ceo-d e CPO-D	2,3 (2,6)	7,6 (4,8)
Carvalho <i>et al.</i>	2011	Teresina (Brasil)	52 peessoas (7 a 18)	Conveniência	CPO-D	-	1,09 (1,64)
Lemos, Katz	2012	Recife (Brasil)	167 peessoas (6 a 12)	Conveniência	ceo-d e CPO-D	3,77 (4,58)	0,85 (1,64)
Roberto <i>et al.</i>	2012	Belo Horizonte (Brasil)	226 peessoas (1 a 5)	Conveniência	ceo-d	1,4 (2,51)	-
Liu <i>et al.</i>	2014	Guangzhou (China)	155 peessoas (12 a 17)	Probabilística#	CPO-D	-	1,8 (2,1)
Gaçe <i>et al.</i>	2014	(Albania)	26 peessoas (3 a 18)	Conveniência	ceo-d e CPO-D	4,5 (4,2)	5,6 (8,1)
Cardoso <i>et al.</i>	2014	Campina Grande (Brasil)	80 peessoas (2 a 18)	Conveniência	ceo-d e CPO-D	2,22 (3,23)	1,70 (2,42)
Akhter <i>et al.</i>	2016	Shahjadpur (Bangladesh)	90 peessoas (0 a 18)	Probabilística#	ceo-d e CPO-D	2,46 (3,75)	0,72 (1,79)

*Realizou-se o cálculo amostral para observar o número de indivíduos no grupo com Paralisia Cerebral e controle. #Aplicou-se um método sistemático de amostragem aleatória. CPO-D: Dentes permanentes cariados, perdidos e obturados e ceo-d: dentes decíduos cariados, extraídos e obturados (OMS, 1997).

Alta prevalência e experiência de cárie dentária foram relatadas por algumas pesquisas (GUERREIRO; GARCAS, 2009; LIU *et al.*, 2014; CARDOSO *et al.*, 2014; LEMOS; KATZ, 2012; GAÇE *et al.*, 2014). Diferença estatisticamente significada foi observada em relação à prevalência de cárie dentária para crianças com e sem Paralisia Cerebral, na dentição mista e permanente (SANTOS *et al.*, 2010). Em contrapartida, na dentição primária, não houve diferença estatística (SANTOS *et al.*, 2010). Em relação à experiência de cárie dentária, entre o grupo com Paralisia Cerebral e o grupo controle, não houve diferença estatística (DU *et al.*, 2010). No entanto, na literatura existem poucos estudos que avaliam a existência diferenças na condição de saúde bucal de pessoas com Paralisia Cerebral e a população em

geral, com presença de grupo controle (DU *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2010; MIAMOTO *et al.*, 2010; SANTOS; SOUZA, 2009).

Estudos mostraram que a experiência ou presença de cárie em crianças com Paralisia Cerebral esteve associada ao nível de atraso mental (JAIN *et al.*, 2009), nível de escolaridade do cuidador (JAIN *et al.*, 2009; CARDOSO *et al.*, 2014), idade da criança (JAIN *et al.*, 2009), nível de higiene bucal (JAIN *et al.*, 2009; ROBERTO *et al.*, 2012; AKHTER *et al.*, 2016), uso do dedo como dispositivo de higiene bucal (dedo) (AKHTER *et al.*, 2016), pó de carvão utilizado para higiene bucal (AKHTER *et al.*, 2016), consistência da dieta (AKHTER *et al.*, 2016), lanches entre as refeições (AKHTER *et al.*, 2016) e alteração periodontal (AKHTER *et al.*, 2016).

No Quadro 2 está descrita a condição periodontal das pessoas com Paralisia Cerebral.

Quadro 2. Descrição dos estudos que avaliaram a condição periodontal em pessoas com Paralisia Cerebral.							
Autores	Ano	Cidade (País)	Nº da amostra (idade)	Tipo de Amostragem	Medidas	Alterações periodontais (%)	Índice Gengival Médio (DP)
Guerreiro, Garcias	2009	Pelotas (Brasil)	41 (1 a 12)	Conveniência	IPC*	68,3	-
Jain <i>et al.</i>	2009	Udaipur (Índia)	101 Pessoas (12 a 30)	Conveniência	IPC*	77,3	-
Kumar <i>et al.</i>	2009	Udaipur (Índia)	96 Pessoas (8 a 19)	Conveniência	IPC*	96,5	-
Du <i>et al.</i>	2010	Hong Kong (China)	72 Pessoas (2 a 6)	Conveniência	IG**	-	0,81 (0,19)
Cardoso <i>et al.</i>	2014	Campina Grande (Brasil)	80 pessoas (2 a 18)	Conveniência	ISG# IPC*	89,9	-

*IPC: Índice Periodontal Comunitário (OMS, 1997). **IG: Índice Gengival (LÖE, SILNESS, 1963). # ISG: Índice de Sangramento Gengival (AINAMO; BAY, 1975).

Os indivíduos com Paralisia Cerebral apresentaram alta prevalência de alterações periodontais, sendo citada a presença de sangramento gengival, de cálculo dental e de bolsas periodontais rasas (GUERREIRO; GARCIAS, 2009; JAIN *et al.*, 2009; KUMAR *et al.*, 2009; CARDOSO *et al.*, 2014). Índices gengivais mais altos foram observados nas crianças com Paralisia Cerebral em relação ao grupo controle (DU *et al.*, 2012).

Estudos presentes na literatura encontraram associação entre as alterações periodontais presentes nas crianças com Paralisia Cerebral e ao nível de atraso mental (JAIN *et al.*, 2009), nível de higiene bucal (JAIN *et al.*, 2009), sexo da criança (JAIN *et al.*, 2009; KUMAR *et al.*, 2009; CARDOSO *et al.*, 2014), idade das crianças (KUMAR *et al.*, 2009), presença de irmãos deficientes (KUMAR *et al.*, 2009), escolaridade do cuidador (KUMAR *et al.*, 2009; CARDOSO *et al.*, 2014), percepção de saúde bucal (CARDOSO *et al.*, 2014), habilidade de comunicação (CARDOSO *et al.*, 2014) e tipo da Paralisia Cerebral (CARDOSO *et al.*, 2014).

A condição de oclusão dentária das pessoas com Paralisia Cerebral está no Quadro 3.

Quadro 3. Descrição dos estudos que avaliaram a oclusão dentária em pessoas com Paralisia Cerebral.							
Autores	Ano	Cidade (País)	Nº da amostra (idade)	Tipo de Amostragem	Critérios	Presença Malocclusão (%)	Prese nça Malocl usão Sever a (%)
Guerreiro, Garcias	2009	Pelotas (Brasil)	41 (1 a 12)	Conveniência	Angle#	75,0	-
Du <i>et al.</i>	2010	Hong Kong (China)	72 pessoas (2 a 6)	Conveniência	DAÍ*	58,3	-
Miamoto <i>et al.</i>	2010	Diamantina (Brasil)	60 pessoas (12,6) #	Conveniência	DAÍ*	100	68,3
Oliveira <i>et al.</i>	2011	Rio de Janeiro (Brasil)	79 crianças (3 a 12)	Conveniência	Índice Má oclusão	60,7	-
Mihi <i>et al.</i>	2014	Valência (Espanha)	44 pessoas (12 a 15)	Probabilística	DAÍ*	100	62,5

#Critérios estabelecidos por Angle (1899). * Índice de Éstética Dental (OMS, 1997). # Média da idade da amostra.

Altas prevalências de más oclusões forma mostradas pelos estudos, com presença de alterações moderadas e severas na oclusão (GUERREIRO; GARCIAS, 2009; MIAMOTO *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2011). Diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre pacientes com Paralisia Cerebral e o grupo controle em relação aos problemas oclusais, como: mordida aberta anterior, trespasse horizontal (overjet) e perda dentária (DU *et al.*, 2010; MIAMOTO *et al.*, 2010).

Os fatores associados à má oclusão, presentes nas crianças com Paralisia Cerebral, relatados na literatura foram: respiração bucal (MIAMOTO *et al.*, 2010), ausência de selamento labial (MIAMOTO *et al.*, 2010), tipo de face (MIAMOTO *et al.*, 2010) e hábitos de sucção não-nutritivos (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

A prevalência de traumatismos dentários em indivíduos com Paralisia Cerebral está descrita no Quadro 4.

Quadro 4. Descrição dos estudos que avaliaram o traumatismo dentário em pessoas com Paralisia Cerebral.						
Autores	Ano	Cidade (País)	Nº Amostra (idade)	Tipo de Amostragem	Índice	Prevalência TD (%)
Costa <i>et al.</i>	2008	Araçatuba (Brasil)	500 pessoas (1 a 72)	Conveniência	ITD1	10,6
Santos, Souza	2009	São Paulo (Brasil)	100 pessoas (1 a 15)	Conveniência	ITD1	32,0
Du <i>et al.</i>	2010	Hong Kong (China)	72 pessoas (2 a 6)	Conveniência	ITD2	37,0
Ferreira <i>et al.</i>	2011	São Paulo (Brasil)	64 pessoas (1 a 20)	Conveniência	ITD1	12,5
Miamoto <i>et al.</i>	2011	Diamantina (Brasil)	60 pessoas (11.2 ± 5.01)#	Probabilístico*	ITD2	18,3
Jalihal <i>et al.</i>	2012	Udaipur (Índia)	281 pessoas (10-35)	Conveniência	ITD1	57,7

Cardoso <i>et al.</i>	2015	Campina Grande (Brasil)	97 pessoas (2 a 18)	Conveniência	ITD2	36.3
Albatayneh <i>et al.</i>	2017	Hachemita (Jordânia)	959 pessoas (11,8 ± 4,2)#	Probabilístico+	ITD1	12.2

*Realizou-se o cálculo amostral para observar o número de indivíduos no grupo com Paralisia Cerebral e controle. +O cálculo do poder foi utilizado para determinar o tamanho mínimo da amostra. 1ITD: Injúrias Traumáticas para os tecidos dentários da OMS (ANDREASEN; ANDREASEN, 1994). 2ITD: Injúrias Traumáticas para os tecidos dentários da OMS (ANDREASEN *et al.*, 2007). #Média e desvio padrão da idade da amostra.

O traumatismo dentário apresentou elevada freqüência nas pesquisas realizadas com pessoas com Paralisia Cerebral (COSTA *et al.*, 2008; CARDOSO *et al.*, 2015). O traumatismo dentário mostrou-se mais prevalente e com maior gravidade nos indivíduos com Paralisia Cerebral do que no grupo controle, com diferença estatisticamente significativa (DU *et al.*, 2010; MIAMOTO *et al.*, 2011).

O tipo de Paralisia Cerebral (SANTOS; SOUZA, 2009; JALIHAL *et al.*, 2011), o uso de fármacos anticonvulsivantes (SANTOS; SOUZA, 2009), a ausência de selamento labial (MIAMOTO *et al.*, 2011; ALBATAYNEH *et al.*, 2017) e o trespasse horizontal (overjet) (JALIHAL *et al.*, 2011; ALBATAYNEH *et al.*, 2017) foram fatores associados ao traumatismo dentário em estudos presentes na literatura realizados em crianças com Paralisia Cerebral.

2.3 CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL REALIZADOS NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL

2.4.1 HÁBITOS ALIMENTARES E DE HIGIENE BUCAL

Os problemas comportamentais presentes nesses indivíduos, de acordo com os cuidadores, causam dificuldade para a realização do cuidado em saúde bucal (MINIHAN *et al.*, 2014). Sendo assim, as crianças com Paralisia Cerebral necessitam de auxílio do cuidador para realizar sua alimentação, com diferença estatística significativa em comparado com crianças normoreativas, as quais conseguem se alimentar sozinhas (ABANTO *et al.*, 2009). Além disso, maior assistência dos cuidadores para a realização da escovação dentária nas crianças e adolescentes

com Paralisia Cerebral é necessária em comparado a de crianças com idade pré-escolar Sendo assim, estudos nacionais (ABANTO *et al*, 2009; GUERREIRO; GARCIA, 2009; CARDOSO *et al*, 2011; CARVALHO *et al*, 2011; ALMEIDA *et al*, 2011) e internacionais (SUBASI *et al*, 2007; DU *et al*, 2014) têm avaliado os cuidados em saúde bucal realizados nas crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, eferentes aos hábitos alimentares e de higiene bucal.

Alguns estudos que avaliaram os hábitos alimentares dos indivíduos com Paralisia Cerebral estão descritos no Quadro 5.

Quadro 5. Descrição dos estudos que avaliaram os hábitos alimentares em pessoas com Paralisia Cerebral.							
Autores	Ano	Cidade (País)	Nº da amostra (idade)	Tipo de Amostragem	Medidas	Prevalência de consistência da dieta sólida (%)	Prevalência de consistência da dieta líquida ou pastosa (%)
Abanto et al	2009	São Paulo (Brasil)	30 crianças (5 a 11)	Aleatória	Consistência da alimentação	40,0	60,0
Guerreiro; Garcias	2009	Pelotas (Brasil)	41 crianças (1 a 12)	Conveniência	Consistência da alimentação	68,3	26,8
Cardoso et al	2011	João Pessoa (Brasil)	10 crianças (3 a 13)	Conveniência	Consistência da alimentação	20,0	80,0
Carvalho et al	2011	Terezina (Brasil)	52 crianças (7 a 18)	Conveniência	Consistência da alimentação	61,5	38,5
Autores	Ano	Cidade (País)	Nº da amostra (idade)	Tipo de Amostragem	Medidas	Prevalência de até um lanche ao dia (%)	Prevalência de acima de um lanche ao dia (%)
Du et al.	2014	Hong Kong (China)	94 crianças	Conveniência	Hábito de lanchar entre as refeições	63,9%	36,1%
Autores	Ano	Cidade (País)	Nº da amostra (idade)	Tipo de Amostragem	Medidas	Prevalência de uso de açúcar de até três vezes ao dia (%)	Prevalência de uso de açúcar de acima de três vezes ao dia (%)
Guerreiro; Garcias,	2009	Pelotas (Brasil)	41 crianças	Conveniência	Uso de açúcar	60,9	39,1

			(1 a 12)				
--	--	--	----------	--	--	--	--

As crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral apresentam hábitos alimentares precários, com uma dieta com alta ingestão de açúcar e consistência de alimentação predominantemente pastosa (CARDOSO *et al*, 2011). Diferença estatisticamente significativa foi observada em relação à consistência da alimentação predominantemente líquida ou pastosa das crianças com Paralisia Cerebral em comparado a crianças atendidas em uma clínica de odontopediatria (ABANTO *et al*, 2009).

O hábito de realizar lanches entre as refeições é comum tanto para as crianças e adolescente com Paralisia Cerebral quanto para crianças sem essa condição, não tendo diferença estatística significativa na frequência de lanches entre esses dois grupos, com ambos, em maior frequência, realizando dois ou mais lanches durante o dia (ABANTO *et al*, 2009; DU *et al*, 2014). Não foi observada diferença estatisticamente significativa na comparação da ingestão de sacarose entre o grupo com Paralisia Cerebral e o de crianças sem esse distúrbio (ABANTO *et al*, 2009).

No Quadro 6 encontram-se os estudos referentes aos hábitos de higiene bucal das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral.

Quadro 6. Descrição dos estudos que avaliaram os hábitos de higiene bucal em pessoas com Paralisia Cerebral.							
Autores	Ano	Cidade (País)	Nº da amostra (idade)	Tipo de Amostragem	Medidas	Prevalência de escovação de até uma vez ao dia (%)	Prevalência de escovação de acima de uma vez ao dia (%)
Subasi et al.	2007	Istambul (Turquia)	35 crianças (3 a 12)	Aleatório	Frequência de escovação	54,4	20,0
Almeida et al.	2011	Belo Horizonte (Brasil)	70 crianças (3 a 12)	Conveniência	Frequência de escovação	25,0	75,0
Cardoso et al.	2011	João Pessoa (Brasil)	10 crianças (3 a 13)	Conveniência	Frequência de escovação	100,0	0,0
Autores	Ano	Cidade (País)	Nº da amostra (idade)	Tipo de Amostragem	Medidas	Prevalência de escovação	Prevalência de escovação

						menor ou igual a duas vezes ao dia (%)	maior do que duas vezes ao dia (%)
Guerreiro; Garcias	2009	Pelotas (Brasil)	41 crianças (1 a 12)	Conveniência	Frequência de escovação	46,3	53,7
Autores	Ano	Cidade (País)	Nº da amostra (idade)	Tipo de Amostragem	Medidas	Prevalência de escovação antes de dormir (%)	-
Carvalho et al.	2011	Terezina (Brasil)	52 crianças (7 a 18)	Conveniência	Escova antes de dormir	71,2	-

Os indivíduos com Paralisia Cerebral apresentam hábitos de higiene bucal precários, com inadequada frequência e técnica para a higienização dentária (CARDOSO *et al*, 2011). No entanto, em relação à frequência de escovação dentária a diferença estatística não foi significativa entre o grupo com Paralisia Cerebral e o grupo controle, com ambos, em sua maioria, realizando a escovação dentária pelo menos duas vezes ao dia (DU *et al*, 2014).

A frequência inadequada de escovação do cuidador foi associada à ausência de hábito de escovação dental dos indivíduos com Paralisia Cerebral, sendo fator de risco para tal (SUBASI *et al*, 2007).

2.5 CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL

2.5.1 QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL

Estudo nacional (MIURA; PETEAN, 2012) e estudos internacionais (MUGNO *et al*, 2007; BASARAN *et al*, 2013; GUILLAMÓN *et al*, 2013; TEKINARSLAN, 2013; KHAYATZADEH *et al*, 2013; CARONA *et al*, 2014; TSENG *et al*, 2016) que avaliaram a QV de cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, estando descritos no Quadro 7 as médias e desvios-padrões dos domínios da QV desses cuidadores.

Quadro 7. Descrição dos estudos que avaliaram a qualidade de vida dos cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral.

Autores	Ano	Cidade (País)	Nº da amostra (idade criança)	Tipo de Amostragem	Medidas	Valor médio geral de QV e de saúde (DP)	Valor médio domínio físico (DP)	Valor médio domínio psicológico (DP)	Valor médio domínio de relações sociais (DP)	Valor médio domínio de meio ambiente (DP)
Mugno et al.	2007	Catania (Itália)	54 cuidadores (2 a 18)	Conveniência	Percepção geral de QV, percepção geral de saúde, domínios físico, psicológico, de relações sociais e de meio ambiente	63,2* (20,0)	64,9* (17,0)	76,47* (9,65)	72,06* (9,29)	59,01* (12,59)
Miura et al.	2012	(Brasil)	15 cuidadores	Conveniência	Domínios físico, psicológico, de relações sociais e de meio ambiente	-	65* (17)	65* (14)	64* (21)	53* (14)
Basaran et al.	2013	(Turquia)	143 cuidadores (2 a 18)	Conveniência	Saúde geral, domínios físico, psicológico, de relações sociais e de meio ambiente	6,2 (1,5)	23,9 (4,8)	20,4 (4,1)	9,9 (2,4)	27,7 (5,9)
Guillamón et al.	2013	(Espanha)	62 cuidadores (0 a 18)	Conveniência	Domínios físico, de relações sociais e de meio ambiente	-	66,81* (12,98)	60,52* (15,09)	62,99* (18,29)	58,31* (13,30)
Tekinarslan et al.	2013	Sakarya, Düzce, Bolu e Ankara (Turquia)	81 cuidadores (A partir de 3)	Conveniência	Domínios físico, psicológico, de relações sociais e de meio ambiente	-	57,18* (17,29)	57,51* (18,08)	54,01* (25,28)	49,60* (18,79)
Khayat-zadeh	2013	Teerã	120	Conveniência	Percepção geral de QV,	3,05#	12,15+	11,93+	12,71+	11.36+

et al.		(Irã)	cuidadores (2 a 14)		percepção geral de saúde, domínios físico, psicológico, de relações sociais e de meio ambiente	(0.74) e 2,95# (0.83)	(2,56)	(2.34)	(3,62)	(2.89)
Carona et al.	2014	Coimbra (Portugal)	91 cuidadores (8 a 18)	Conveniência	Domínios físico, psicológico e de relações sociais	-	3,92# (0,89)	3,75# (0,61)	3,78# (0,69)	-
Tseng et al.	2016	(Taiwan)	167 cuidadores (4 a 12)	Conveniência	Domínios físico, psicológico, de relações sociais e de meio ambiente	-	13,83+ (2,36)	12,73+ (2,74)	13,79+ (2,48)	12,73+ (2,39)

#Escala de 1-5, em que quanto mais próximo de cinco melhor a QV do cuidador. +Escala de 5-20, em que quanto mais próximo de 20 melhor a QV do cuidador. *Escala de 0-100, em que quanto mais próximo de 100 melhor a QV do cuidador.

Cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral apresentam escores menores na percepção geral de QV (KHAYATZADEH *et al*, 2013; MUGNO *et al*, 2007), na percepção geral de saúde (KHAYATZADEH *et al*, 2013) e nos domínios físicos (BASARAN *et al*, 2013; GUILLAMÓN *et al*, 2013; KHAYATZADEH *et al*, 2013; ROMEO *et al*, 2010; TSENG *et al*, 2016), psicológicos (BASARAN *et al*, 2013; GUILLAMÓN *et al*, 2013; KHAYATZADEH *et al*, 2013; MUGNO *et al*, 2007; ROMEO *et al*, 2010; TSENG *et al*, 2016), de relações sociais (GUILLAMÓN *et al*, 2013; KHAYATZADEH *et al*, 2013, TSENG *et al*, 2016) e de meio ambiente (BASARAN *et al*, 2013; GUILLAMÓN *et al*, 2013; KHAYATZADEH *et al*, 2013) de sua QV em comparado com o grupo controle, com diferença estatisticamente significativa.

Melhores escores do domínio físico da QV dos cuidadores dos indivíduos com Paralisia cerebral mostrou-se relacionado com aumento eficácia no ato de cuidar (GUILLAMÓN *et al*, 2013) e menor faixa etária do cuidador (TEKINARSLAN, 2013).

Maiores pontuações no domínio psicológico da QV dos cuidadores estiveram relacionados à eficácia no ato de cuidar (GUILLAMÓN *et al*, 2013), maior nível de escolaridade (TEKINARSLAN, 2013; MIURA; PETEAN, 2012), presença de vínculo empregatício (TEKINARSLAN, 2013) e maior renda salarial do cuidador (MIURA; PETEAN, 2012).

O domínio relações sociais teve como fatores associados ao sexo da criança com Paralisia Cerebral (GUILLAMÓN *et al*, 2013; TEKINARSLAN, 2013), maior nível de escolaridade (TEKINARSLAN, 2013), menor faixa etária (TEKINARSLAN, 2013) e presença de vínculo empregatício do cuidador (TEKINARSLAN, 2013).

O domínio de meio ambiente apresentou relação com o aumento da eficácia no ato de cuidar (GUILLAMÓN *et al*, 2013), maior nível de escolaridade (TEKINARSLAN, 2013) e presença de vínculo empregatício do cuidador (TEKINARSLAN, 2013).

A insatisfação conjugal (KHAYATZADEH *et al*, 2013) e a presença de fadiga (KHAYATZADEH *et al*, 2013) foram associadas com pior QV dos cuidadores das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, em todos os domínios. O cuidador ser casado (TEKINARSLAN, 2013) e maior nível socioeconômico (KHAYATZADEH *et al*, 2013; TEKINARSLAN, 2013) teve relação com melhores escores em todos os domínios da QV dos cuidadores.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Descrever a QV dos cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral cadastradas em instituições de reabilitação de João Pessoa, Paraíba, e descrever o cuidado bucal prestado as crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, bem como, verificar os fatores associados à presença de cuidado bucal insatisfatório.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever, caracterizar e classificar a QV dos cuidadores das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral.
- Descrever e caracterizar as características comportamentais das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral referentes aos hábitos alimentares e de higiene bucal;
- Descrever, caracterizar e classificar o cuidado bucal realizado nas crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral;
- Verificar os fatores associados ao cuidado bucal realizado nas crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral.

4. MATERIAIS E MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO

Realizou-se um estudo transversal de abordagem indutiva com procedimento quantitativo, descritivo e analítico com técnica de observação direta intensiva, por meio de entrevista (LAKATOS; MARCONI, 2009).

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu as diretrizes éticas recomendadas pela legislação brasileira, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE 20215413.4.0000.5187) (APÊNDICE B) e da Universidade Federal da Paraíba (CAAE 46091415.3.0000.5188) (APÊNDICE C). Todos os participantes/responsáveis foram esclarecidos sobre a pesquisa e exclusivamente participaram do estudo os sujeitos que seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

O Projeto “Agravos Bucal em Crianças e Adolescentes com Paralisia Cerebral: Análise espacial, Fatores Associados e o Impacto na Qualidade de Vida” é desenvolvido no Doutorado em Odontologia da UEPB pela doutoranda Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso, com a Orientação do Professor Alessandro Leite Cavalcanti (UEPB) e Co-Orientação de Wilton Wilney Nascimento Padilha (DCOS/UFPB). O estudo “Qualidade de vida de cuidadores e cuidado em saúde bucal prestado às crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral” constitui recorte, parte integrante e ampliação da pesquisa realizada no Doutorado da UEPB.

O estudo foi realizado em cinco sociedades civis sem fins lucrativos (associações, fundações e institutos) e organizações de saúde municipais que ofereciam reabilitação física para pessoas com deficiência de João Pessoa, Paraíba, especificamente, Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD), Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE), Centro de

Atividades Especiais Helena Holanda (CAEHH) e Associação Paraibana de Equoterapia (ASPEQ) e Associação Pestalozzi Paraibana.

A população da pesquisa do Doutorado foi composta por 182 crianças e adolescentes com idades entre 2-18 anos e seus cuidadores. No entanto, 148 crianças e adolescentes participaram da pesquisa, obtendo-se uma taxa de resposta de 81,3%. Considerou-se como perda a recusa em participar do estudo e o não comparecimento ao exame clínico após três tentativas sucessivas. Das 33 perdas, 14 se recusaram a participar e 19 não compareceram aos exames clínicos após três tentativas.

O trabalho de conclusão de curso aqui apresentado encontra-se em processo de construção, com a fase de coleta de dados ainda em andamento, a fim de coletar uma nova variável que considerou-se importante. Sendo assim, do total de 148 crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral que participaram do estudo do Doutorado, 4 faleceram e 22 foram desligadas devido à falta de recursos da Instituição, restando 122 crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral a serem reavaliadas.

A população desse trabalho de conclusão de curso foi composta, então, por 122 crianças e adolescentes, com diagnóstico médico clínico de Paralisia Cerebral (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10^o, CID-10 G80), de 2 a 18 anos de idade, e seus respectivos cuidadores primários.

Participaram do estudo, de forma não-probabilística, por conveniência, 72 crianças e adolescentes de 2 a 18 anos de idade, que estavam regularmente matriculados nas instituições reabilitadoras, e seus respectivos cuidadores primários. Os responsáveis pelo cuidado das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral deveriam apresentar idade igual ou superior a 18 anos e ser os responsáveis pelas tomadas de decisões e realização das atividades diárias das mesmas (SANTOS *et al*, 2010).

4.4 TESTE PILOTO DOS INSTRUMENTOS

Previamente à coleta de dados, foi realizado o estudo piloto dos instrumentos. O estudo piloto do questionário socioeconômico foi realizado em 2013 com 48 cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral na APAE de Campina Grande, Paraíba. Esses dados não foram incluídos nos resultados da pesquisa. O

estudo piloto do Questionário Breve da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - WHOQOL-bref (WHO, 1994), na versão validada em português (FLECK et al., 2000) (ANEXO A) foi realizado com os cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral na ASPEQ, localizada no bairro do Altiplano em João Pessoa, Paraíba. Os dados foram incluídos nos resultados da pesquisa, já que a amostra é pequena e não houve alteração nos questionários após o teste piloto.

4.5 COLETA DE DADOS

Inicialmente foi obtida a identificação das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, a partir dos dados de cadastro nos locais de realização do estudo. O acesso aos dados cadastrais deu-se após contato, para esclarecimentos referentes à pesquisa, com as instituições reabilitadoras e obtenção das anuências.

Logo após, um questionário estruturado pelos pesquisadores (APÊNDICE A) foi aplicado em forma de entrevista e preenchido pela equipe de pesquisa (cirurgiã dentista e graduandos em Odontologia), em uma sala de atendimento das instituições, face a face com o cuidador. O questionário incluía características demográficas, socioeconômicas, de percepção do cuidador quanto à saúde geral e bucal dos indivíduos com Paralisia Cerebral, comportamentais, de acesso ao serviço odontológico e sistêmicas dos indivíduos com Paralisia Cerebral. As características sistêmicas de localização da Paralisia Cerebral e tipo de disfunção neuromuscular foram coletas pelo pesquisador, em uma sala de atendimento das instituições.

O Questionário Pediátrico sobre Qualidade de Vida Escala Genérico (PedsQL 4.0) e o Questionário Pediátrico sobre Qualidade de Vida Escala Genérico Escala Saúde Bucal (PedsQL 3.0), na versão validada em português, com relato dos pais para crianças, foram utilizados para coleta de dados referente à QVRS e de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, respectivamente. Os questionários foram preenchidos pela equipe de pesquisa, face a face com o cuidador da criança ou adolescente com Paralisia Cerebral.

O PedsQL 4.0 foi elaborado (VARNI et al., 2001) para mensuração da QVRS em crianças e adolescentes da faixa etária de dois a 18 anos de idade. A versão do PedsQL 4.0 para uso em crianças, adolescentes e pais brasileiros, adaptada transculturalmente e validada com propriedades psicométricas satisfatórias

(KLATCHOIAN et al., 2008) foi disponibilizada para utilização através da MAPI Research TRUST, Lyon, França.

O questionário consiste em 23 itens divididos em quatro escalas: Capacidade Física (8 itens), Aspecto Emocional (5 itens), Aspecto Social (5 itens) e Atividade Escolar (5 itens). Cinco opções de respostas para cada item (0 = nunca, 1 = quase nunca, 2 = algumas vezes; 3 = frequentemente, 4 = quase sempre) foram utilizadas. As respostas foram transformadas em escala de 0-100 (0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25, 4 = 0), de modo que quanto mais altos os escores, melhor a QVRS (VARNI et al., 2001).

O PedsQL 3.0 – Escala de saúde bucal, foi desenvolvido nos Estados Unidos da América (EUA) para mensurar a QVRSB de crianças e adolescentes de dois a 18 anos de idade (STEELE et al., 2009). A versão utilizada nesse estudo foi traduzida, adaptada transculturalmente e validada para utilização em crianças, adolescentes e pais brasileiros (BENDO et al., 2012).

Esse instrumento é composto por cinco itens, com cinco opções de respostas: (0 = nunca, 1 = quase nunca, 2 = algumas vezes, 3 = muitas vezes, 4 = quase sempre). Os itens foram transformados em escala de 0-100 (0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25, 4 = 0), em que maiores escores indicam melhor QVRSB (BENDO et al., 2012).

O WHOQOL-bref foi aplicado pelo pesquisador responsável em forma de entrevista, face a face com o cuidador, em uma sala de atendimento das instituições, para coletar dados sobre a QV dos cuidadores dos indivíduos com Paralisia Cerebral.

O WHOQOL-bref (WHO, 1994), na versão validada em português (FLECK et al., 2000) é composto por 26 questões, derivadas do instrumento WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1998), que representam 26 facetas do questionário. As duas primeiras perguntas são sobre percepção da QV e satisfação com a saúde. As demais questões compõem quatro domínios: físico (7 itens), psicológico (6 itens), de relações sociais (3 itens) e de meio ambiente (8 itens) (Quadro 8).

Quadro 8. Questões correspondentes aos domínios do questionário de Qualidade de Vida do cuidador (WHOQOL-bref).	
Domínios	Questões
Domínio físico	Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18
Domínio psicológico	Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26
Domínio de relações sociais	Q20,Q21,Q22

Domínio de meio ambiente	Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25
--------------------------	-------------------------------

As opções de respostas seguem escala Likert (de 1 a 5), com 5 opções de respostas (1= nunca é um problema; 2= quase nunca é um problema; 3= às vezes é um problema; 4= muitas vezes é um problema; 5= quase sempre é um problema).

O cuidado bucal foi formado por dois domínios: hábitos alimentares e de higiene bucal. A avaliação dos hábitos alimentares incluiu a consistência da dieta e número de lanches cariogênicos, enquanto dos hábitos de higiene bucal, incluiu frequência de escovação, dificuldade de higiene bucal e momento da escovação.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

O Software StatisticalPackage for the Social Sciences (SPSS para Windows, versão 20.0, SPSS Inc, Chicago, IL, EUA) foi utilizado para análise dos dados.

Após a categorização das variáveis (Quadro 9), os dados foram analisados de forma descritiva (medidas de distribuições absolutas, percentuais, média, desvio padrão e valores mínimos e máximos) e analítica.

Quadro 9. Categorização das variáveis.		
Variável	Modos de Registro	Neste Estudo
Sexo	Sexo da criança ou adolescente com Paralisia Cerebral: 1– Masculino 2– Feminino	Nenhuma adaptação
Idade	Resposta à pergunta: Quantos anos a criança ou adolescente com Paralisia Cerebral têm? (em anos)	Dicotomizado em: 1- 2 a 9 anos 2- 10 a 18 anos
Idade do cuidador	Resposta à pergunta: Qual a sua idade? (em anos)	Dicotomizado em: 1– 19 a 34 anos 2– 35 a 41 anos 3– 42 a 67 anos
Escolaridade do cuidador	Resposta à pergunta: Qual a sua escolaridade? (em anos de estudo)	Dicotomizado em: 1– Até 4 anos de estudo 2– Acima de 4 anos de estudo
Escolaridade do cuidador	Resposta à pergunta: Qual a sua escolaridade? (em anos de estudo)	Dicotomizado em: 1– Até 8 anos de estudo 2– Acima de 8 anos de estudo
Possui formação acadêmica	Resposta à pergunta: Possui formação acadêmica? (cuidador)	Dicotomizado em: 1– Sim 2– Não
Renda familiar	Resposta à pergunta: Qual a	Dicotomizado em:

mensal	renda familiar mensal? (em reais)	1– Até 1 salário mínimo 2– Acima de 1 salário mínimo
Percepção da saúde geral	Percepção do cuidador sobre a saúde geral da criança/adolescente com Paralisia Cerebral: 1– Ótima; 2– Boa; 3– Ruim e 4– Péssima	Dicotomizado em: 1– Boa (ótima e boa) 2– Ruim (ruim e péssima)
Percepção da saúde bucal	Percepção do cuidador sobre a saúde bucal da criança/adolescente com Paralisia Cerebral: 1– Ótima; 2– Boa; 3– Ruim e 4– Péssima	Dicotomizado em: 1– Boa (ótima e boa) 2– Ruim (ruim e péssima)
Ida ao Dentista	Resposta à pergunta: Alguma vez na vida a criança ou adolescente com Paralisia Cerebral realizou consulta odontológica? 0– Não; 1– Sim e 9– Não sabe	Nenhuma adaptação
Tempo última consulta	Resposta à pergunta: Quanto tempo decorreu desde a última consulta odontológica da pessoa com Paralisia Cerebral? 1– 0 a 3 meses; 2– 3 a 6 meses; 3– 6 meses a 1 ano; 4– 1 a 2 anos; 5– Acima de 2 anos; 6– Nunca e 7– Não sabe	Dicotomizado em: 1– Até 2 anos 2– Acima de 2 anos
Avaliação saúde bucal cuidador	Resposta à pergunta: Como você avalia a sua (do cuidador) saúde bucal? 1– Ruim; 2– Péssima; 3– Boa; 4– Ótima	Nenhuma adaptação
Localização da Paralisia Cerebral	Tipo de Paralisia Cerebral, de acordo com as partes comprometidas do corpo da criança/adolescente: 1 – Tetraparesia; 2 – Diparesia e 3 – Hemiparesia	Nenhuma adaptação
Tipo de disfunção da Paralisia Cerebral	Tipo de disfunção neuromuscular da Paralisia Cerebral nas criança/adolescentes: 1– Espástica; 2– Atetóide; 3– Atáxica e 4 – Mista	Dicotomizado em: 1– Espástica 2– Extrapiramidal
Habilidade de Comunicação	Habilidade de comunicação da criança/adolescente com Paralisia Cerebral: 0– Normal; 1– Deficiência leve; 2– Deficiência moderada e 3– Deficiência grave.	Nenhuma adaptação
Impacto geral	Média dos escores das perguntas do questionário de qualidade de vida geral (PedsQL™ – Questionário pediátrico sobre	Impacto na qualidade de vida geral da criança/adolescente com Paralisia Cerebral: 0– Não e 1– Sim

	qualidade de vida) da criança/adolescente com Paralisia Cerebral	
Média saúde geral	Média dos escores das facetas referente à saúde geral do questionário de qualidade de vida geral (PedsQL – Questionário pediátrico sobre qualidade de vida) da criança/adolescente com Paralisia Cerebral	Nenhuma adaptação
Impacto bucal	Média dos escores das perguntas do questionário de qualidade de vida bucal (PedsQL – Escala de saúde bucal) da criança/adolescente com Paralisia Cerebral	Impacto na qualidade de vida bucal da criança/adolescente com Paralisia Cerebral: 0– Não e 1– Sim
Qualidade de vida cuidador	Valor médio dos escores da faceta “qualidade de vida” da qualidade de vida do cuidador, em escala de 0 a 100	Nenhuma adaptação
Saúde cuidador	Valor médio dos escores da faceta “saúde” da qualidade de vida do cuidador, em escala de 0 a 100	Nenhuma adaptação
Domínio físico	Valor médio dos escores das facetas do domínio físico da qualidade de vida do cuidador, em escala de 0 a 100	Nenhuma adaptação
Domínio psicológico	Valor médio dos escores das facetas do domínio psicológico da qualidade de vida do cuidador, em escala de 0 a 100	Nenhuma adaptação
Domínio de relações sociais	Valor médio dos escores das facetas do domínio de relações sociais da qualidade de vida do cuidador, em escala de 0 a 100	Nenhuma adaptação
Domínio de meio ambiente	Valor médio dos escores das facetas do domínio de meio ambiente da qualidade de vida do cuidador, em escala de 0 a 100	Nenhuma adaptação

Para o WHOQOL-bref, primeiramente o valor das questões 3, 4 e 26 foi recodificado em 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 e 5=1. Logo após, fez-se a média dos valores de cada pergunta, para então calcular o valor médio de cada domínio do questionário. Em seguida, os escores foram transformados em escala de 0 a 100, de modo que quanto maior a pontuação, melhor a QV. Os domínios da Qualidade de Vida foram classificados de 20 a 58 como “necessita melhorar”, de 60 a 78 como “regular”, de 80 a 98 como “boa” e de 100 como “muito boa”.

Primeiramente, as variáveis incluídas na avaliação dos hábitos alimentares e de higiene bucal foram categorizadas e codificadas (Quadro 10), a fim de compor esses dois domínios. Os domínios foram computados, codificados e classificados (Quadro 11). Em seguida, o cuidado bucal foi computado, codificado e, ao final, classificado em satisfatório, regular e insatisfatório (Quadro 12).

Quadro 10. Categorização e pontuação das variáveis incluídas nos domínios do cuidado bucal prestado às crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral.			
Variável	Modos de Registro	Neste Estudo	Pontuações referentes aos códigos das variáveis
Consistência da alimentação	Consistência da alimentação da criança/adolescente: 1– Sólida; 2– Semissólida e 3– Líquida.	Dicotomizada em: 1– Sólida 2– Líquida (Pastosa e líquida)	1– 0 pontos 2– 1 ponto
Número de lanches	Resposta à pergunta: “Quantos lanches a criança/adolescente realiza (excluindo café, almoço e janta)?”	Dicotomizada em: 1– Até 2 vezes ao dia 2– Acima de 2 vezes ao dia	-
Lanches cariogênicos	Resposta à pergunta: “Quantos alimentos cariogênicos (com açúcar) a criança/adolescente consome nos lanches?”	Dicotomizada em: 1– Até 2 alimentos 2– Acima de 2 alimentos	-
Número de lanches cariogênicos	Número de lanches/lanches cariogênicos da criança/adolescente: 1– Até 2 vezes ao dia/Até 2 alimentos 2– Até 2 vezes ao dia/Acima de 2 alimentos 3– Acima de 2 vezes ao dia/Até 2 alimentos 4– Acima de 2 vezes ao dia/Acima de 2 alimentos	Dicotomizada em: 1- Até 2 vezes ao dia/Até 2 alimentos, Até 2 vezes ao dia/Acima de 2 alimentos e Acima de 2 vezes ao dia/Até 2 alimentos 2– Acima de 2 vezes ao dia/Acima de 2 alimentos	1– 10 pontos 2– 100 pontos
Frequência da escovação	Resposta à pergunta: “Qual a frequência de escovação (diária) da criança/adolescente?”	Dicotomizada em: 1– Acima de 1 vez ao dia 2– Até 1 vez ao dia	1– 2 2– 20
Dificuldade durante a escovação	Resposta à pergunta: “Você encontra dificuldades para realizar a higiene bucal da criança/adolescente?” 0– Não; 1– Sim; 9– Não sabe	Dicotomizada em: 1– Não 2– Sim	1– 200 2– 2000
Come antes de dormir	Resposta à pergunta: “A criança/adolescente come antes de dormir?” 1– Não 2– Sim	Nenhuma adaptação	-

Escova antes de dormir	Resposta à pergunta: “A criança/adolescente escova os dentes antes de dormir?” 1– Sim 2– Não	Nenhuma adaptação	-
Come e escova antes de dormir	Come antes de dormir/ Escova antes de dormir da criança/adolescente: 1– Não/Sim 2– Não/Não 3– Sim/Sim 4– Sim/Não	Dicotomizada em: 1– Não/Sim, Não/Não, Sim/Sim 2– Sim/Não	1– 20000 2– 200000

Quadro 11. Classificação dos domínios do cuidado bucal prestado às crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral.

Domínio	Modos de Registro	Codificação da soma dos pontos das variáveis	Classificação
Hábitos Alimentares	Soma das pontuações das variáveis “consistência da alimentação” e “número de lanches cariogênicos”: 1–10 pontos: consistência da alimentação sólida e até 2 lanches cariogênicos 2–11 pontos: consistência da alimentação líquida e pastosa e até 2 lanches cariogênicos 3–100 pontos: consistência da alimentação sólida e acima de 2 lanches cariogênicos 4–101 pontos: consistência da alimentação líquida e pastosa e acima de 2 lanches cariogênicos	0– 10 pontos 1– 11 e 100 pontos 10– 101 pontos	0– Satisfatório 1– Regular 10–Insatisfatório
Hábitos de Higiene Bucal	Soma das pontuações das variáveis “frequência da escovação”, “dificuldade durante a escovação” e “come e escova antes de dormir”: 1– 20202 pontos: escova os dentes acima de 1 vez ao dia, não tem dificuldade durante a escovação e come e escova antes de dormir 2– 20220 pontos: escova os dentes até 1 vez ao dia, não tem dificuldade durante a escovação e come e escova antes de dormir 3– 22002: escova os dentes acima de 1 vez ao dia, tem dificuldade durante a escovação e come e escova	0– 20202 pontos 2– 20220, 22002 e 200202 pontos 20– 22020, 200220, 202002 e 202020 pontos	

	<p>antes de dormir</p> <p>4– 22020: escova até 1 vez ao dia, tem dificuldade durante a escovação e come e escova antes de dormir</p> <p>5– 200202: escova acima de 1 vez ao dia, não tem dificuldade durante a escovação, não come e escova antes de dormir</p> <p>6– 200220: escova até 1 vez ao dia, não tem dificuldade durante a escovação e não come e escova antes de dormir</p> <p>7– 202002: escova acima de 1 vez ao dia, tem dificuldade durante a escovação, não come e escova antes de dormir</p> <p>8– 202020: escova até 1 vez ao dia, tem dificuldade durante a escovação e não come e escova antes de dormir</p>		<p>0– Satisfatório</p> <p>2– Regular</p> <p>20–Insatisfatório</p>
--	--	--	---

Quadro 12. Classificação do cuidado bucal prestado às crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral.

Variável	Modos de Registro	Codificação da soma dos pontos dos domínios	Classificação
Cuidado Bucal	<p>Soma das pontuações dos domínios “hábitos alimentares” e “hábitos de higiene bucal”:</p> <p>1– 0 pontos: satisfatório e satisfatório</p> <p>2– 1: pontos: regular e satisfatório</p> <p>3– 2: satisfatório e regular</p> <p>4– 3: regular e regular</p> <p>5– 12: insatisfatório e regular</p> <p>6– 20: satisfatório e insatisfatório</p> <p>7– 21: regular e insatisfatório</p> <p>8– 30: insatisfatório e insatisfatório</p>	<p>0– 0 pontos</p> <p>1– 1, 2 e 3 pontos</p> <p>2– 12, 20, 21 e 30 pontos</p>	<p>0– Satisfatório</p> <p>1– Regular</p> <p>2–Insatisfatório</p>

A análise de regressão de Poisson, bivariada e multivariada, com variância robusta ($p < 0,05$) foi utilizada para determinar associação entre a variável dependente (cuidado bucal) e as variáveis independentes (socioeconômicas, de percepção de saúde geral e bucal, de acesso aos serviços odontológicos, sistêmicas e de QV das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral e do cuidador).

No modelo multivariado da regressão foi utilizado um procedimento de abordagem hierárquica (VICTORA, 1997), para selecionar as variáveis que alcançaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. Na análise ajustada no modelo final de regressão foram mantidas as variáveis com valor de $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

A distribuição da amostra conforme a instituição reabilitadora está descrita na Tabela 1.

Instituição	n (%)
APAE	5 (6,9)
FUNAD	50 (69,4)
CAEHH	3 (4,2)
ASPEQ	14 (19,4)
TOTAL	72 (100)

As crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral avaliadas encontram-se distribuídas em 23 municípios paraibanos (Tabela 2).

Município	n (%)
João Pessoa	35 (48,6)
Caaporã	2 (2,8)
Lucena	1 (1,4)
Sapé	2 (2,8)
Bayeux	8 (11,1)
Santa Rita	5 (6,9)
Araçagi	1 (1,4)
Tacima	1 (1,4)
Gurinhém	1 (1,4)
Itapororoca	1 (1,4)
Juripiranga	1 (1,4)
Logradouro	1 (1,4)
Mamanguape	3 (4,2)
Cabedelo	1 (1,4)
Guarabira	1 (1,4)
Curral de Cima	1 (1,4)
Itaporanga	1 (1,4)
Mata Redonda	1 (1,4)
Alhandra	1 (1,4)
Pirpirituba	1 (1,4)
Capim	1 (1,4)
Mataraca	1 (1,4)
Juarez Távora	1 (1,4)
Total	72 (100)

Na Tabela 3 foi descrita a caracterização da amostra. As crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral avaliadas, com maior frequência, eram do sexo

masculino e apresentavam dois a nove anos de idade, diparesia e disfunção neuromuscular do tipo espástica.

Tabela 3. Caracterização das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral quanto às características socioeconômicas e sistêmicas.

Variáveis	Frequência	
	N	(%)
Sexo da criança		
Masculino	48	66,7
Feminino	24	33,3
Idade da criança		
2 a 9 anos	46	63,9
10 a 18 anos	26	36,1
Escolaridade cuidador		
≤ 8 anos de estudo	26	36,1
>8 anos de estudo	46	63,9
Renda familiar mensal		
≤ 1 salário mínimo	20	30,3
> 1 salário mínimo	46	69,7
Possui formação acadêmica		
Sim	9	12,5
Não	63	87,5
Localização PC (n=67)		
Tetraparesia	21	29,2
Diparesia	36	50,0
Hemiparesia	10	13,9
Tipo de Disfunção (n=71)		
Espástico	67	93,1
Extrapiramidal	4	5,6
Habilidade de comunicação		
Normal	14	19,4
Deficiência leve	13	18,1
Deficiência moderada	43	59,7
Deficiência grave	2	2,8
Total	72	100

Na Tabela 4 encontra-se a distribuição dos cuidadores das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral de acordo com as perguntas do questionário de QV do cuidador.

Tabela 4. Distribuição dos cuidadores das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral nas perguntas do questionário de Qualidade de Vida.

Variável	muito ruim n(%)	ruim n(%)	nem ruim, nem boa n(%)	boa n(%)	muito boa n(%)
Qualidade de Vida	1(1,4)	3(4,2)	20(27,8)	45(62,5)	3(4,2)

Variável	muito insatisfeito n(%)	Insatisfeito n(%)	nem satisfeito, nem insatisfeito n(%)	satisfeito n(%)	muito satisfeito n(%)
Saúde	1(1,4)	17(23,6)	11(15,3)	40(55,6)	3(4,2)

Variável	nada n(%)	muito pouco n(%)	mais ou menos n(%)	bastante n(%)	extremament e n(%)
Dor física	27(37,5)	10(13,9)	20(27,8)	7(9,7)	8(11,1)
Tratamento médico	26(36,1)	11(15,3)	21(29,2)	9(12,5)	4(5,6)
Aproveita a vida	7(9,7)	20(27,8)	29(40,3)	14(19,4)	2(2,8)
Vida tem sentido	-	1(1,4)	2(2,8)	26(36,1)	42(58,3)
Concentração	-	11(15,3)	26(36,1)	19(26,4)	15(20,8)
Segurança	3(4,2)	8(11,1)	18(25,0)	37(51,4)	6(8,3)
Ambiente físico	1(1,4)	13(18,1)	16(22,2)	35(48,6)	7(9,7)

Variável	nada n(%)	muito pouco n(%)	médio n(%)	muito n(%)	completame nte n(%)
Energia dia-a-dia	-	6(8,3)	23(31,9)	30(41,7)	13(18,1)
Aparência física	1(1,4)	7(9,7)	25(34,7)	27(37,5)	12(16,7)
Dinheiro para necessidades	4(5,6)	34(47,2)	29(40,3)	4(5,6)	1(1,4)
Informações para dia-a-dia	4(5,6)	21(29,2)	25(34,7)	21(29,2)	1(1,4)
Atividade de lazer	20(27,8)	23(31,9)	19(26,4)	9(12,5)	1(1,4)

Variável	muito ruim n(%)	ruim n(%)	nem ruim nem bom n(%)	bom n(%)	muito bom n(%)
Locomoção	-	3(4,2)	15(20,8)	27(37,5)	25(34,7)

Variável	muito insatisfeito n(%)	insatisfeito n(%)	nem satisfeito nem insatisfeito n(%)	satisfeito n(%)	muito satisfeito n(%)
Sono	3(4,2)	12(16,7)	11(15,3)	34(47,2)	11(15,3)
Capacidade atividades dia-a-dia	2(2,8)	2(2,8)	14(19,4)	45(62,5)	8(11,1)
Capacidade trabalho	6(8,3)	9(12,5)	14(19,4)	34(47,2)	7(9,7)

Consigo mesmo	2(2,8)	3(4,2)	11(15,3)	46(63,9)	8(11,1)
Relações pessoais	-	4(5,6)	8(11,1)	51(70,8)	8(11,1)
Vida sexual	4(5,6)	10(13,9)	10(13,9)	45(61,1)	3(4,2)
Apoio que recebe dos amigos	1(1,4)	5(6,9)	15(20,8)	47(65,3)	3(4,2)
Local onde mora	1(1,4)	7(9,7)	17(23,6)	41(56,9)	4(5,6)
Serviços de saúde	15(20,8)	18(25,0)	22(30,6)	15(20,8)	1(1,4)
Meio de transporte	8(11,1)	20(27,8)	10(13,9)	31(43,1)	2(2,8)
Variável	nunca n(%)	algumas vezes n(%)	frequentemente n(%)	muito frequentemente n(%)	sempre n(%)
Sentimentos negativos	10(13,9)	27(37,5)	12(16,7)	16(20,8)	7(9,7)

Os valores e a classificação dos domínios da QV do cuidador estão descritos na Tabela 5.

Tabela 5. Descrição e classificação dos domínios da Qualidade de Vida do cuidador (escala de 0-100).

Variáveis	Média e Desvio padrão	Mínimo-Máximo	Classificação
Percepção da Qualidade de Vida e satisfação com a saúde	62,67±17,73	12,50-87,50	Regular
Domínio físico	66,63±14,99	35,71-96,43	Regular
Domínio psicológico	62,89±14,66	20,00-95,00	Regular
Domínio de relações sociais	66,54±13,02	25,00-100,00	Regular
Domínio de meio ambiente	49,25±11,82	12,50-71,88	Necessita melhorar

A descrição do cuidado em saúde bucal prestado às crianças e adolescente com Paralisia Cerebral e dos seus domínios (hábitos alimentares e de higiene bucal) estão na Tabela 6.

Tabela 6. Descrição do cuidado bucal e dos seus domínios (hábitos alimentares e de higiene bucal).

Variáveis	n (%)
Hábitos Alimentares	Satisfatório
	34 (49,3)
	Regular
	30 (43,5)
	Insatisfatório
	5 (7,2)
Consistência da dieta	Sólida
	41 (56,9)
	Pastosa e Líquida
	31 (43,1)

Número de lanches cariogênicos	≤ 2 vezes ao dia	57 (82,6)
	> 2 vezes ao dia	12 (17,4)
Hábitos de Higiene Bucal	Satisfatório	8 (11,9)
	Regular	31 (46,3)
	Insatisfatório	28 (41,8)
Frequência de escovação	≥ 2 vezes ao dia	50 (69,4)
	< 2 vezes ao dia	22 (30,6)
Dificuldade de higiene	Presença	54 (76,1)
	Ausência	17 (23,9)
Come e escova antes de dormir?	Satisfatório	44 (65,7)
	Insatisfatório	23 (34,3)
Cuidado Bucal	Satisfatório	7 (10,6)
	Regular	28 (42,4)
	Insatisfatório	31 (47,0)

Na análise bivariada, as variáveis independentes: já ter realizado consulta odontológica, tempo decorrido desde a última consulta, localização da Paralisia Cerebral e habilidade de comunicação foram associadas ao cuidado bucal insatisfatório ($p < 0,05$) (Tabela 7).

No modelo multivariado, além das variáveis que mostraram associação na análise bivariada, foram incorporadas também as variáveis: sexo, idade, já ter realizado consulta odontológica, tempo decorrido desde a última consulta, localização da Paralisia Cerebral, habilidade de comunicação, percepção da QV do cuidador e domínio psicológico da QV do cuidador ($p < 0,20$) (Tabela 7). O domínio psicológico da QV do cuidador (RP: 0,99; IC95%=0,98-0,99), permaneceu no modelo final da regressão de Poisson (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral nos modelos bivariado e multivariado da regressão de Poisson para o cuidado bucal e as variáveis independentes.

Variáveis	Cuidado Bucal			p-valor	Bivariada		Multivariada
	Satisfatório n(%)	Regular n(%)	Insatisfatório n(%)		Não ajustado RP (95% IC)	p-valor	
Sexo da criança							
Masculino	3(7,0)	17(39,5)	23(53,5)	0,115	1,24(0,94-1,64)	0,077	1,32(0,97-1,81)
Feminino	4(17,4)	11(47,8)	8(34,5)		1,00		1,00
Idade da criança							
0 a 9 anos	5(11,9)	13(31,0)	24(57,1)	0,132	1,20(0,94-1,52)	0,570	1,07(0,83-1,38)
10 a 18 anos	2(8,3)	15(62,5)	7(29,2)		1,00		1,00
Idade Cuidador							

19 a 34 anos	4(12,9)	12(38,7)	15(48,4)	0,513	1,12(0,78-1,62)	-	-
35 a 41 anos	0(0,0)	10(50,0)	10(50,0)	0,209	1,25(0,88-1,77)	-	-
42 a 67 anos	3(20,0)	6(40,0)	6(40,0)		1,00	-	-
Renda familiar mensal por pessoa							
≤ 1 salário mínimo	2(10,5)	8(42,1)	9(47,4)	0,959	0,993(0,76-1,29)	-	-
>1 salário mínimo	5 (11,1)	18(40,0)	22(48,9)		1,00	-	-
Escolaridade do cuidador							
≤ 8 anos	3(11,5)	12(46,2)	11(42,3)	0,585	0,93(0,73-1,19)	-	-
>8 anos	4(10,0)	16(40,0)	20(50,0)		1,00	-	-
Escolaridade do cuidador							
≤ 4 anos	2(14,3)	6(42,9)	6(42,9)	0,642	0,92(0,67-1,27)	-	-
> 4 anos	5(9,6)	22(42,3)	25(48,1)		1,00	-	-
Percepção de saúde bucal da criança							
Boa	4(10,8)	17(45,9)	16(43,2)	0,587	0,94(0,74-1,18)	-	-
Ruim	3(10,3)	11(37,9)	15(51,7)		1,00	-	-
Foi ao dentista							
Sim	6(13,0)	24(52,2)	16(34,8)	0,002	0,71(0,57-0,88)	0,054	0,68(0,47-1,00)
Não	1(5,0)	4(20,0)	15(75,0)		1,00		1,00
Tempo última consulta							
≤ 12 meses	5(11,9)	23(54,8)	14(33,3)	0,010	0,74(0,59-0,93)	0,755	1,06(0,70-1,60)
> 12 meses	2(8,3)	5(20,8)	17(70,8)				1,00
Avaliação saúde bucal cuidador							
Ruim	0(0,0)	7(43,8)	9(56,2)	0,892	1,04(0,57-1,87)	-	-
Péssima	1(11,1)	6(66,7)	2(22,2)	0,370	0,74(0,38-1,42)	-	-
Boa	5(13,5)	15(40,5)	17(45,9)	0,679	0,88(0,48-1,59)	-	-
Ótima	1(25,0)	0(0,0)	3(75,0)		1,00	-	-
Localização PC							
Tetraparesia	0(0,0)	7(43,8)	9(56,2)	0,038	1,56(1,02-2,38)	-	-
Diparesia	5(14,3)	13(37,1)	17(48,6)	0,179	1,34(0,87-2,06)	-	-
Hemiparesia	2(20,0)	6(60,0)	2(20,0)		1,00	-	-
Tipo de disfunção da PC							
Espástica	7 (11,5)	26(42,6)	28(45,9)	0,015	1,50(1,08-2,07)	-	-
Extrapiramidal	0 (0,0)	2(50,0)	2(50,0)	0,539	0,89(0,63-1,27)	-	-
Habilidade de comunicação							
Normal	2(15,4)	8(61,5)	3(23,1)	0,052	0,71(0,51-1,00)	0,266	0,84(0,63-1,13)
Leve	3(23,1)	4(30,8)	6(46,2)	0,299	0,82(0,56-1,19)	0,595	0,89(0,60-1,33)

Moderada e grave	2(5,0)	16(40,0)	22(55,0)		1,00		1,00
Impacto na QV geral da criança com PC							
Não	4(12,5)	12(37,5)	16(50,0)	0,893	1,01(0,80-1,28)	-	-
Sim	3(8,8)	16(47,1)	15(44,1)		1,00	-	-
Impacto na QV bucal da criança com PC							
Não	7(11,9)	25(42,4)	27(45,8)	0,240	0,85(0,65-1,11)	-	-
Sim	0(0,0)	3(42,9)	4(57,1)		1,00	-	-
Média saúde geral							
	57,58(5,39)*	50,42(2,07)*	50,80(1,53)*	0,325	0,99(0,98-1,00)	-	-
Percepção da QV do cuidador							
	16,96(1,15)*	17,06(0,81)*	15,83(0,88)*	0,184	0,98(0,96-1,00)	0,431	0,98(0,96-1,01)
Satisfação com a saúde cuidador							
	16,07(1,85)*	14,90(1,04)*	14,58(1,17)*	0,657	0,99(0,97-1,01)	-	-
Domínio físico da QV do cuidador							
	69,38(5,21)*	65,79(2,66)*	65,91(2,75)*	0,550	0,99(0,98-1,00)	-	-
Domínio psicológico da QV do cuidador							
	69,28(4,14)*	64,23(2,85)*	60,50(2,68)*	0,058	0,99(0,98-1,00)	-	-
Domínio social da QV do cuidador							
	64,28(7,43)*	66,02(2,99)*	68,05(1,91)*	0,489	1,00(0,99-1,01)	-	-
Domínio ambiental da QV do cuidador							
	50,89(4,99)*	48,19(2,23)*	49,68(2,13)*	0,909	1,00(0,98-1,01)	-	-

*Média(Desvio-padrão)

6. DISCUSSÃO

Os distúrbios motores presentes em pessoas com Paralisia Cerebral as tornam dependentes dos cuidadores para realização das atividades diárias (BAX *et al*, 2005). Isto pode gerar sobrecarga física e emocional em quem cuida, e, por conseqüência, comprometer a QV (FERREIRA *et al*, 2015) e afetar o autocuidado em saúde do cuidador. Sabe-se que inadequada freqüência de escovação bucal dos cuidadores é fator de risco para o insatisfatório cuidado em saúde bucal realizado nos indivíduos com Paralisia Cerebral (SUBASI *et al*, 2007). Sendo assim, torna-se importante avaliar a QV do cuidador e conhecer o cuidado em saúde bucal prestado às crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, bem como seus fatores associados.

A prevalência do sexo masculino nas crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral avaliadas nesse estudo corrobora achados de trabalhos realizados na Turquia (BASARAN *et al*, 2013; TEKINARSLAN, 2013), Espanha (GUILLAMÓN *et al*, 2013), Portugal (CARONA *et al*, 2014) e Brasil (GUERREIRO; GARCIAS, 2009). A faixa etária de dois a nove anos, encontrada em maior freqüência nas crianças que participaram da nossa pesquisa, está em concordância com a de estudos realizados na Turquia (BASARAN *et al*, 2013; TEKINARSLAN, 2013), Espanha (GUILLAMÓN *et al*, 2013) e Itália (MUGNO *et al*, 2007). Sendo assim, apesar desses estudos apresentarem amostragem por conveniência e terem sido realizados em países diferentes, a concordância em relação a caracterização da amostra indica perfil epidemiológico semelhante.

No presente estudo, a maioria das crianças e adolescentes avaliadas apresentavam diparesia e disfunção neuromuscular do tipo espástica, corroborando o que foi observado na Turquia (BASARAN *et al*, 2013; SUBASI *et al*, 2007), Portugal (CARONA *et al*, 2014) e China (TSENG *et al*, 2016). Sendo assim, além do perfil epidemiológico, as características clínicas dos indivíduos com Paralisia Cerebral que participaram do nosso estudo também são similares as encontradas em outros estudos presentes na literatura, o que favorece a comparação dos dados.

Os cuidadores das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral participantes desse trabalho, em maior prevalência, possuíam mais de oito anos de estudo, no entanto, não possuíam formação acadêmica em nível superior, em concordância com os achados de estudos realizadas na Turquia (TEKINARSLAN,

2013), Itália (MUGNO *et al*, 2007), Irã (KHAYATZADEH *et al*, 2013), Brasil (MIURA; PETEAN, 2012) e China (DU *et al*, 2014). No entanto, em comparação com nosso estudo, menor nível de escolaridade do cuidador foi encontrado em pesquisas realizadas na Turquia (BASARAN *et al*, 2013; SUBASI *et al*, 2007) e maior em trabalho realizado na Espanha (GUILLAMÓN *et al*, 2013). A falta de formação acadêmica dos cuidadores de indivíduos com Paralisia Cerebral pode causar piores pontuações nos domínios psicológico, de relações sociais e de meio ambiente de sua QV (TEKINARSLAN, 2013; MIURA; PETEAN, 2012).

Em relação à renda salarial mensal, em maior prevalência foi encontrado nesse trabalho renda maior do que um salário mínimo, corroborando estudos realizados no Brasil (GUERREIRO; GARCIAS, 2009; CARDOSO *et al*, 2011). Considerando que as famílias recebiam um salário mínimo do benefício oferecido pelo INSS, a renda salarial mensal observada no nosso estudo foi baixa. O baixo nível socioeconômico dos cuidadores de crianças com Paralisia Cerebral pode gerar comprometimento de sua QV, principalmente no domínio de meio ambiente (KHAYATZADEH *et al*, 2013; TEKINARSLAN, 2013; ALMEIDA *et al*, 2013).

Nesse estudo, a média de percepção geral de QV e saúde dos cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral encontrada, mostrou-se semelhante a observada em cuidadores de indivíduos com Paralisia Cerebral da Itália (MUGNO *et al*, 2007). No entanto, a autopercepção dos cuidadores sobre sua QV e saúde se contrapôs à classificação encontrada nos domínios do instrumento de avaliação da QV do cuidador, sugerindo que alguns cuidadores não percebem sua QV ou não levam em conta, em uma primeira avaliação, diversos fatores que o instrumento avalia como possíveis comprometedores da QV.

Em estudos realizados no Irã e na Itália, escores menores de percepção geral de QV e saúde foram encontrados nos cuidadores de crianças com Paralisia Cerebral do que nos de crianças sem Paralisia Cerebral (KHAYATZADEH *et al*, 2013; MUGNO *et al*, 2007). O comprometimento da função motora da criança com Paralisia Cerebral é um dos fatores responsáveis pela sobrecarga nos cuidadores e, conseqüentemente, por pior percepção de QV e saúde (BASARAN *et al*, 2013). Esse comprometimento motor decorre de distúrbios de desenvolvimento do movimento e da postura, o que causa limitação da atividade (BAX *et al*, 2005). Nesse sentido, há necessidade de auxílio do cuidador para realizar as atividades diárias (ABANTO,

2009; DU *et al*, 2014), o que pode gerar sobrecarga, vindo a comprometer sua QV (FERREIRA *et al*, 2015)

No presente estudo, a média do domínio físico da QV do cuidador foi similar aos valores encontrados em pesquisas realizadas na Itália (MUGNO *et al*, 2007), no Brasil (MIURA; PETEAN, 2012) e na Espanha (GUILLAMÓN *et al*, 2013). Em contrapartida, valor inferior foi observado em trabalho realizado na Turquia (TEKINARSLAN, 2013), no entanto, apesar das semelhanças entre o perfil epidemiológico e clínico do nosso estudo em comparado com os demais trabalhos presentes na literatura, essa diferença foi pequena e pode ser explicada pelo fato do nosso estudo apresentar amostra menor do que a do trabalho da Turquia.

Em estudos anteriores, cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, em comparado aos de crianças saudáveis, apresentaram pior QV no domínio físico (BASARAN *et al*, 2013; GUILLAMÓN *et al*, 2013; KHAYATZADEH *et al*, 2013; ROMEO *et al*, 2010; TSENG *et al*, 2016). Segundo os cuidadores, sua saúde física é impactada pelo esforço corporal exigido no cuidado de crianças com deficiência, o que se agrava devido ao aumento do peso durante o crescimento (DAVIS *et al*, 2009), ou seja, maior idade da criança remete a aumento na sobrecarga (AL-GAMAL, 2013).

Além disso, o domínio físico da QV do cuidador também é afetado por maior comprometimento da função motora (BASARAN *et al*, 2013; TSENG *et al*, 2016) e gravidade do tipo de Paralisia Cerebral (TSENG *et al*, 2016; SOUZA *et al*, 2012). O sono e energia de cuidadores de crianças com Paralisia Cerebral são significativamente mais comprometidos do que o de pessoas que cuidam de crianças sem Paralisia Cerebral. (ONES *et al*, 2005). O sono dos pais de crianças com Paralisia Cerebral pode ser interrompido durante a noite devido à dependência desses indivíduos, o que pode afetar a saúde física desses cuidadores (DAVIS *et al*, 2009).

Em relação ao domínio psicológico, valores semelhantes a essa pesquisa foram encontrados no Brasil (MIURA *et al*, 2012) e na Espanha (GUILLAMÓN *et al*, 2013). Em discordância, estudos realizados na Itália (MUGNO *et al*, 2007) e na Turquia (TEKINARSLAN, 2013) apresentaram valores superior e inferior, respectivamente.

Em estudos presentes na literatura, observou-se que a QV dos cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, no domínio psicológico, é

significativamente mais comprometida do que a de pais de crianças sem Paralisia Cerebral (BASARAN *et al*, 2013; GUILLAMÓN *et al*, 2013; KHAYATZADEH *et al*, 2013; MUGNO *et al*, 2007; ROMEO *et al*, 2010; TSENG *et al*, 2016). Os cuidadores de indivíduos com Paralisia Cerebral apresentam Burnout (BASARAN *et al*, 2013), depressão (GUILLAMÓN *et al*, 2013; BASARAN *et al*, 2013; ONES *et al*, 2005) e ansiedade (BASARAN *et al*, 2013), bem como sentimento de sacrifício, tristeza e isolamento, que, em conjunto, se relacionam com menor QV do cuidador (AL-GAMAL, 2013).

Sabendo que maior comprometimento da função motora de crianças com Paralisia Cerebral tem relação com a presença de depressão em seus cuidadores (BASARAN *et al*, 2013), e que essa depressão compromete a QV desses cuidadores no domínio psicológico (TEKINARSLAN, 2013), pode-se sugerir que menor QV nesse domínio está presente em cuidadores de indivíduos com Paralisia Cerebral que são mais dependentes devido ao maior comprometimento da função motora (BASARAN *et al*, 2013).

A média do domínio de relações sociais desse trabalho foi semelhante ao de achado encontrado no Brasil (MIURA *et al*, 2012). No entanto, foi superior a de estudos realizados na Espanha (GUILLAMÓN *et al*, 2013) e na Turquia (TEKINARSLAN, 2013), e inferior em relação à encontrada na Itália (MUGNO *et al*, 2007).

Em estudos anteriores, pior QV no domínio de relações sociais é observada em cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral do que em cuidadores de crianças sem Paralisia Cerebral (GUILLAMÓN *et al*, 2013; KHAYATZADEH *et al*, 2013, TSENG *et al*, 2016). Pais indicaram que têm pouco apoio social e que cuidar de uma criança com Paralisia Cerebral pode afetar as relações sociais (DAVIS *et al*, 2009) e causar isolamento social (ONES *et al*, 2005). Ademais, pode gerar pressão sobre a relação conjugal (DAVIS *et al*, 2009) e insatisfação marital nos cuidadores (TEKINARSLAN, 2013), já que altera a dinâmica da relação, reduzindo a oportunidade do casal realizar atividades sozinhos (DAVIS *et al*, 2009).

Os cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral avaliados, nesse estudo, apresentaram pior QV no domínio de meio ambiente comparado aos que participaram de pesquisas na Itália (MUGNO *et al*, 2007), Brasil (MIURA *et al*, 2012) e Espanha (GUILLAMÓN *et al*, 2013). Em contrapartida, apresentaram escore

similar ao de cuidadores de indivíduos com essa Paralisia Cerebral avaliados na Turquia (TEKINARSLAN, 2013). Essas diferenças podem ser explicadas pelo contexto onde os cuidadores estão inseridos que difere em relação à condição socioeconômica, moradia, meio de transporte, segurança, ambiente físico e acesso aos serviços de saúde, o que pode resultar em escores distintos nesse domínio de sua QV.

Em estudos presentes na literatura, cuidadores de indivíduos com Paralisia Cerebral apresentam escores menores no domínio de meio ambiente em comparado a pais de crianças sem Paralisia Cerebral (BASARAN *et al*, 2013; GUILLAMÓN *et al*, 2013; KHAYATZADEH *et al*, 2013). Além disso, outros estudos observaram que cuidadores de crianças com Paralisia Cerebral com menor nível socioeconômico apresentam pior QV no domínio de meio ambiente (KHAYATZADEH *et al*, 2013; TEKINARSLAN, 2013; ALMEIDA *et al*, 2013), devido ao impacto negativo decorrente do ato de cuidar de um indivíduo com Paralisia Cerebral (DAVIS *et al*, 2009), o que pode diminuir o tempo para realizar atividades remuneradas.

Cuidadores empregados tiveram maior QV do que os desempregados (TEKINARSLAN, 2013). Dificuldade na manutenção do emprego foi relatada, o que pode representar pressão financeira sobre a família (DAVIS *et al*, 2009). Fora isso, atender as necessidades de uma criança com Paralisia Cerebral tem custo financeiro substancial, contribuindo para o aumento da preocupação dos pais com as finanças da residência (DAVIS *et al*, 2009).

No presente estudo, 43,1% das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral apresentaram dieta com consistência líquida ou pastosa. Foram observadas maiores freqüências em pesquisas realizadas no sudeste (ABANTO *et al*, 2009) e nordeste (CARDOSO *et al*, 2011) do Brasil e menor frequência em trabalho feito no sul do Brasil (GUERREIRO; GARCIAS, 2009), todos com crianças com Paralisia Cerebral. Essa diferença pode ser explicada pela relação entre a elevada prevalência de consistência líquida ou pastosa da dieta de indivíduos com Paralisia Cerebral e a diminuição da coordenação motora (DOURADO *et al*, 2013; SANTOS *et al*, 2013; ANDERS; DAVIS *et al*, 2010; ROBERTO *et al*, 2012), a qual pode variar entre os indivíduos. Além disso, as amostras estudadas podem diferir em relação à presença de reflexos orais patológicos e alterações na motricidade orofacial (SANTOS *et al*, 2010; CARVALHO *et al*, 2011), fatores esses que dificultam a mastigação e deglutição de alimentos sólidos (ABANTO *et al*, 2009), o que pode

explicar a diferença encontrada nas frequências de consistência de dieta líquida e pastosa nos estudos presentes na literatura.

Na literatura, a consistência da alimentação das crianças com Paralisia Cerebral é majoritariamente líquida ou pastosa, diferindo de forma significativa da consistência de dieta de indivíduos sem Paralisia Cerebral (ABANTO *et al*, 2009). A elevada prevalência de consistência líquida ou pastosa da dieta de indivíduos com Paralisia Cerebral tem relação com a presença de cárie dentária (AKHTER, 2016; SANTOS *et al*, 2009). Isso torna importante incluir a consistência da dieta como fator componente do cuidado em saúde bucal prestado aos indivíduos com Paralisia Cerebral.

Na literatura não existem trabalhos que avaliaram a prevalência de número de lanches cariogênicos em crianças com Paralisia Cerebral, entretanto, pesquisas realizadas no Brasil avaliaram frequência de lanches realizados entre as refeições (DU *et al*, 2014) e de uso de sacarose na alimentação dessa população (GUERREIRO; GARCIAS, 2009).

Sendo assim, nesse estudo, a frequência encontrada referente à realização de mais de dois lanches cariogênicos por dia, apresentou frequência inferior a da realização de mais de um lanche ao dia (DU *et al*, 2014) e do uso de sacarose na alimentação acima de três vezes ao dia (GUERREIRO; GARCIAS, 2009). Essa diferença pode ser explicada pela distinta categorização da variável nesses estudos.

A frequência de realização diária de lanches cariogênicos encontrada, nesse estudo, pode ser explicada pela facilidade de digestão da dieta predominantemente líquida ou pastosa, o que pode ocasionar aumento no número de lanches e na ingestão de carboidratos, de forma a evitar desnutrição das crianças com Paralisia Cerebral (LIU *et al*, 2014; ALMEIDA *et al*, 2011).

A prevalência de frequência de escovação menor do que duas vezes ao dia, dessa pesquisa, corroborou com dados de estudo realizado no Brasil (ALMEIDA *et al*, 2011). Entretanto, frequências superiores de escovação bucal foram observadas no Brasil (CARDOSO *et al*, 2011) e na Turquia (SUBASI *et al*, 2007), em crianças com Paralisia Cerebral. A explicação para isso pode ser a diferença no tamanho das amostras, já que o estudo realizado no Brasil apresentava uma amostra muito pequena. Ademais, na Turquia, os cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral podem ter maior consciência da importância da higiene bucal, o que explicaria a maior frequência de escovação encontrada.

Em estudo, não foi observada diferença estatística significativa, entre crianças com e sem Paralisia Cerebral, em relação à frequência diária de escovação bucal (DU *et al*, 2014). Não obstante, a frequência de escovação menor do que duas vezes ao dia pode ser explicada pela influência de inadequada frequência de escovação do cuidador sobre a realização da higiene bucal dos indivíduos com Paralisia Cerebral (SUBASI *et al*, 2007).

Além disso, a menor frequência de escovação pode ser consequência da dificuldade em realizar a higiene bucal das crianças com Paralisia Cerebral, devido a condições específicas de diminuição da coordenação motora e da função intelectual (ANDERS; DAVIS, 2010; SANTOS *et al.*, 2014; DOURADO *et al.*, 2013; ROBERTO *et al.*, 2012).

A alta frequência de dificuldade relatada para a realização de higiene bucal em crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral encontrada, nesse estudo, corroborou com os achados de pesquisa realizada no Brasil (CARDOSO *et al*, 2011), o que se deve à presença de movimentos involuntários, reflexos orais patológicos, deglutição de dentífrico, reflexo de mordida, espasticidade dos músculos da mastigação, medo, falta de cooperação e limitação de abertura bucal (SANTOS *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2010; CARVALHO, 2011; CARDOSO, 2011; MINIHAN *et al*, 2014).

A frequência de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral que antes de dormir se alimentavam e não realizavam higienização bucal encontrada, nesse trabalho, foi maior do que a relatada por cuidadores da China (LIU *et al*, 2014), o que pode ser explicado pelo fato da criança dormir imediatamente após o término da alimentação, fazendo com que os cuidadores não efetuem a escovação bucal, de forma a evitar o despertar desses indivíduos ou devido ao cansaço do fim do dia.

Em maior prevalência, cuidado bucal insatisfatório foi prestado às crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral avaliadas nesse estudo, o que pode ser explicado devido à presença de movimentos involuntários, reflexos orais patológicos, alteração da motricidade orofacial e espasticidade dos músculos da mastigação, que interfere na alimentação e higienização bucal dessas crianças e adolescentes (SANTOS *et al*, 2009; SANTOS *et al*, 2010; CARVALHO *et al*, 2011; CARDOSO *et al*, 2011; MINIHAN *et al*, 2014), dificultando a realização do cuidado em saúde bucal domiciliar (MINIHAN *et al*, 2014).

O presente estudo construiu a variável cuidado em saúde bucal a fim de permitir a verificação de seus fatores associados. Dessa forma, esses dados não foram relatados ainda na literatura brasileira e internacional. No presente trabalho, o cuidado em saúde bucal insatisfatório prestado às crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral esteve associado ao domínio psicológico da QV do cuidador.

Na literatura, cuidadores relataram que atender as necessidades de uma pessoa com Paralisia Cerebral requer mais energia emocional, determinação, demanda, responsabilidade e dedicação, o que interfere até no cuidado prestado aos demais filhos (AL-GAMAL, 2013), bem como causa sensações e sentimentos de estresse, ansiedade, depressão, tristeza e dor (AL-GAMAL, 2013; BASARAN *et al*, 2013; ZANON; BATISTA, 2012).

A sobrecarga pessoal que acomete o cuidador, devido ao cuidado prestado à criança com Paralisia Cerebral (FERREIRA *et al*, 2015; CARONA *et al*, 2013), afeta negativamente sua QV (FERREIRA *et al*, 2015) e causa desajustamento psicológico (CARONA *et al*, 2013). Sendo assim, sugere-se que o comprometimento do domínio psicológico da QV dos cuidadores afeta o cuidado em saúde bucal prestado às crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, o que pode explicar a associação encontrada nesse estudo.

Este trabalho teve limitações. Por ser um estudo transversal, que apenas demonstra presença ou ausência de associações, não é possível estabelecer relações de causa e efeito. Além disso, as respostas dos questionários podem apresentar viés de informação. A coleta de dados da pesquisa ainda não foi concluída, dessa forma, a amostra não é representativa de todos os indivíduos com Paralisia Cerebral cadastrados nas instituições reabilitadoras de João Pessoa, Paraíba. Necessita-se, portanto, que sejam realizados estudos com maior nível de evidência científica, como, por exemplo, estudos longitudinais e de caso-controle.

No entanto, na literatura não existem estudos similares em termos de objetivo proposto, nessa população e com uma amostra de tamanho considerável, o que o torna importante por ter uma nova perspectiva de que há interferência do comprometimento da QV do cuidador na realização de cuidados insatisfatórios em saúde bucal em crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral.

Diante do exposto, os resultados aqui descritos indicam a necessidade de desenvolvimento de estratégias de promoção em saúde que se preocupem em proporcionar melhor QV aos cuidadores das crianças e adolescentes com Paralisia

Cerebral, principalmente no domínio psicológico, bem como, ações que visem orientá-los e motivá-los em relação ao cuidado adequado que deve ser prestado para manutenção da saúde bucal de indivíduos com Paralisia Cerebral.

7. CONCLUSÕES

Os cuidadores das crianças e adolescentes com Paralisia tiveram sua QV no domínio de meio ambiente classificada como “necessita melhorar” e nos domínios físico, psicológico e de relações sociais como “regular”.

Os cuidadores consideraram sua QV como boa, quando questionados sobre como avaliavam sua QV, o que se contrapôs à classificação (“necessita melhorar” e “regular”) encontrada nos domínios do instrumento de avaliação da QV do cuidador.

Em relação aos hábitos alimentares, foi observada, em maior frequência, consistência sólida da dieta e realização de até dois lanches cariogênicos por dia. Já nos hábitos de higiene, de forma mais freqüente, observou-se frequência de escovação bucal maior do que duas vezes ao dia, presença de dificuldade para realizar a higiene bucal e realização de higiene bucal antes de dormir.

A frequência do cuidado em saúde bucal prestado às crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral classificado como insatisfatório foi alta e associada ao domínio psicológico da QV do cuidador.

REFERÊNCIAS

ABANTO, J. *et al.* Avaliação dos hábitos alimentares de interesse odontológico em crianças com paralisia cerebral. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v.27, n.3, p.244-248, jul.-set. 2009.

AKHTER, R. Risk factors for dental caries among children with cerebral palsy in a low-resource setting. **Developmental Medicine & Child Neurology**, Medford, v.58, p.538–543, Dez. 2016.

AL-BATAYNEH, O.B. *et al.* Traumatic dental injuries in children with special health care needs. **Dental Traumatology**, Medford, p.1-7, Mar. 2017.

AL-GAMAL, E. Quality of life and anticipatory grieving among parents living with a child with cerebral palsy. **International Journal of Nursing Practice**, Bethesda, v.19, n.3, p.288-94, Jun. 2013.

ALMEIDA, A.D.G. *et al.* Influência da Dieta e da Higiene Oral na Prevalência da Cárie Dentária de Crianças Com Paralisia Cerebral. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.11, n.3, p.433-38, jul./set. 2011.

ALMEIDA, K.M. *et al.* Fatores que influenciam a qualidade de vida de cuidadores de paralisados cerebrais. **Fisioterapia em movimento**, Curitiba, v.26, n.2, p.307-14, Abr.Jun. 2013.

ALTUN, C. *et al.* Oral Health Status of Disabled Individuals Attending Special Schools. **European Journal of Dentistry**, Ankara, v. 4, n.4, p.361-6, Oct. 2010.

ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. ANDERSSON, L. **Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth**, 4 ed. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2007.

BASARAN, A. *et al.* The effect of having a children with cerebral palsy on quality of

life, burn-out, depression and anxiety scores: a comparative study. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, Torino, v. 49, n.6, p. 815-22, Dec. 2013.

BAX, M. *et al.* Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. **Developmental Medicine & Child Neurology child neurology**, Medford, v.47, n.4, p. 571–576, Apr. 2005.

BENDO, C. B. *et al.* The PedsQL™ Oral Health Scale: feasibility, reliability and validity of the Brazilian Portuguese version. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v.10, n.42, p.1-12, Apr. 2012.

BRASIL. **DECRETO Nº 3.298, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999**. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 20 dez. 1999. 15p.

BRASIL. **DECRETO Nº 5.296 DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004**. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 2 dez. 2004. 16p.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica - Saúde Bucal**. Brasília, 2006. 92p.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72p.

BRASIL. **DECRETO Nº 7.612, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Diário Oficial, Brasília, DF, 17 nov. 2011. 5p.

CALDAS JR, A.; MACHIAVELLI, J. L. **Atenção E Cuidado**. Recife: Editora

Universitária da UFPE, 2013. 62p.

CARDOSO, A.M.R. et al. Dental Caries and Periodontal Disease in Brazilian Children and Adolescents with Cerebral Palsy. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Brasil, v. 12, n. 1, p. 335–53, Dez. 2014.

CARDOSO, A.M.R. et al. Dental trauma in Brazilian children and adolescents with cerebral palsy. **Dental Traumatology**, Medford, v.31, n.6, p.471-476, Dez. 2015.

CARONA C, et al. Caregiving burden and parent-child quality of life outcomes in neurodevelopmental conditions: the mediating role of behavioral disengagement. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, New York, v.21, n.4, p.320-8, Dez. 2014.

CARVALHO, R. B. et al. Oral health and oral motor function in children with cerebral palsy. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 31, n. 2, p.58-62, Mar.-Apr. 2011.

COSTA, M. M. T. M. et al. Prevalence of dental trauma in patients with cerebral palsy. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 28, n.2, p.61-64, Mar-Apr 2008.

DAVIS, E. et al. The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. **Child: Care, Health and Development**, Medford, v.36, n.1, p.63–73, Jan-Feb. 2010.

DU, R. Y. et al. Oral health in preschool children with cerebral palsy: a case-control community-based study. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Oxford, v. 20, n. 5, p. 330-335, Sep. 2010.

DU, R. Y. et al. Oral health behaviors of preschool children with cerebral palsy: a case-control community-based study. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 34, n. 6, p.298–302, Nov.-Dez. 2014.

FAIRHURST, C. Cerebral palsy: the whys and hows. **Archives of Disease in Childhood - Education and Practice**, London, v. 97, n. 4, p. 122–131, Apr. 2012.

FERREIRA, M. C. D. *et al.* Prevalence of dental trauma in individuals with special needs. **Dental Traumatology**, Copenhagen, v. 27, n. 2, p:113–116, Abr. 2011.

FLECK, M. P. A. *et al.* O instrumento de avaliação de qualidade de vida abreviado da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-breve): aplicação da versão em Português. **Revista de Saude Publica**, São Paulo, v. 22, n.2, p.178-83, Mar.-Abr. 2000.

GAÇE, E. *et al.* Oral Health Status of Children with Disability Living in Albania. **Materia Socio-Medica**, v.26, n.6, p.392-394. 2014.

GUERREIRO, P. O.; GARCIAS, G.L. Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do município de Pelotas, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14., n. 5, p.1939-1946, Set-Out. 2009.

GUILLAMÓN, N. *et al.* Quality of life and mental health among parents of children with cerebral palsy: the influence of self-efficacy and coping strategies. **Journal of Clinical Nursing**, Malden, v.22, n.11, p.1579-90, Jun. 2013.

IBGE. **Censo demográfico 2010: Características Gerais Da População, Religião e Pessoas Com Deficiência**. Rio de Janeiro, 2010. 215p.

JAIN, M. *et al.* Oral health status of mentally disabled subjects in India. **Journal of Oral Science**, Tokyo, v. 51, n. 3, p.333-40, Sep. 2009.

JALIHAL, S. *et al.* Assessment of dental trauma among cerebral palsy individuals in Udaipur city. **Dental Traumatology**, Copenhagen, v. 28, n. 6, p.448-51, Dec. 2012.

KHAYATZADEH, M. M. *et al.* Investigation of quality of life in mothers of children with cerebral palsy in Iran: association with socio-economic status, marital satisfaction and fatigue. **Disabil Rehabil**, London, v.35, n.10, p.803-8, May 2013.

KLATCHOIAN, D. A. et al. Quality of life of children and adolescents from Sao Paulo: reliability and validity of the Brazilian version of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 Generic Core Scales. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 4, p.308–315, Jul. 2008.

KRIGGER, K. W. Cerebral Palsy : An Overview. **American Family Physician**, Leawood, v. 73, n. 1, p. 91–100, Jan. 2006.

KUMAR, S. *et al.* Determinants for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, Mumbai, v. 27, n. 3, p.151-7, Jul-Sep, 2009.

LAKATOS, E. M., MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LE MOS, A. C. O.; KATZ, C. R. T. Condições de saúde bucal e acesso ao tratamento odontológico de pacientes com paralisia cerebral atendidos em um centro de referência do Nordeste - Brasil. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 5, p. 861-871, Out. 2012.

LIU, Z. *et al.* Impact of Oral Health Behaviors on Dental Caries in Children with Intellectual Disabilities in Guangzhou, China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Tchounwou, v.11, n.10, p.11015-27, Out. 2014.

MIAMOTO, C. B. *et al.* Severity of malocclusion in patients with cerebral palsy: determinant factors. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, St. Louis, v. 138, n. 4, p. 394-5, Oct. 2010.

MIHI, V. M. et al. Resting position of the head and malocclusion in a group of patients with cerebral palsy. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, Bethesda, v.6, n.1, p.1-6 Feb. 2014.

MINIHAN, P.M. *et al.* At-home oral care for adults with developmental disabilities: a survey of caregivers. **The Journal of the American Dental Association**, Buffalo, v.145, n.10, p.1018-25, out. 2014.

MIURA, R. T.; PETEAN, E. B. L. Paralisia cerebral grave: o impacto na qualidade de vida de mães cuidadoras. **Mudanças**, São Bernardo do Campo, v.20, n.1, p.7-12, dez. 2012.

MUGNO, D. *et al.* Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 5, p. 22, Apr. 2007.

MURPHY, N.; SUCH-NEIBAR, T. Cerebral palsy diagnosis and management: The state of the art. **Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care**, St. Louis, v. 33, n. 5, p. 146–169, 2003.

OLIVEIRA, A. C. *et al.* Prevalence and determinant factors of malocclusion in children with special needs. **Eur J Orthod**, Oxford, v. 33, n. 4, p.413-8, Ago. 2011.

ONES, K. *et al.* Assessment of the quality of life of mothers of children with cerebral palsy (primary caregivers). **Neurorehabilitation and Neural Repair**, Thousand Oaks, v.19, n.3, p.232-7, Set. 2005.

ONU. **A inclusão social e os direitos das pessoas com deficiência no Brasil: uma agenda de desenvolvimento pós-2015.** p. 7, 2013.

OSKOUI, M. *et al.* An update on the prevalence of cerebral palsy: A systematic review and meta-analysis. **Developmental Medicine and Child Neurology**, Medford, v. 55, n. 6, p. 509–519, Jun. 2013.

PATO, T. R. *et al.* Epidemiologia da paralisia cerebral Cerebral palsy epidemiology. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 18–23, Abr. 2002.

ROBERTO, L. L. et al. Factors associated with dental caries in the primary dentition of children with cerebral palsy. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 26, n. 5, p.471-7, Set.-Out. 2012.

ROMEO, D. M. *et al.* Quality of life in parents of children with cerebral palsy: is it influenced by the child's behaviour? **Neuropediatrics**, New York, v.41, n.3, p.121-6, Jun. 2010.

SANTOS, M. T. B. R. *et al.* Caries prevalence in patients with cerebral palsy and the burden of caring for them. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 30, n. 5, p. 206-10, Sep-Oct, 2010.

SANTOS, M. T. B. R.; SOUZA, C. B. C. Traumatic dental injuries in individuals with cerebral palsy. **Dental Traumatology**, Copenhagen, v. 25, n. 3, p.290-4, Jun, 2009.

SOUSA, A. C. *et al.* Correlação entre a gravidade da paralisia cerebral e a qualidade de vida de crianças, adolescentes e seus cuidadores. **Pediatria Moderna**. São Paulo, v.48, n.5, p.193-7, mai. 2012.

STEELE, M. M.; STEELE, R. G.; VARNI, J. W. Reliability and validity of the PedsQL™ Oral Health Scale: measuring the relationship between child oral health and health-related quality of life. **Journal of Child Health Care**, London, v. 38, p. 228–244, Jun. 2009.

SUBASI, F. *et al.* Factors affecting oral health habits among children with cerebral palsy: pilot study. **Pediatrics International**, Medford, v.49, n.6, p.853-857, Dez. 2007

TEKINARSLAN, I. C. A comparison study of depression and quality of life in Turkish mothers of children with Down syndrome, cerebral palsy, and autism spectrum disorder. **Psychological Reports**, Thousand Oaks, v.112, n.1, p.266-87, Feb. 2013.

TSENG, M. H. *et al.* Child characteristics, caregiver characteristics, and

environmental factors affecting the quality of life of caregivers of children with cerebral palsy. **Disabil Rehabil**, London, v.38, n.24, p.2374-84, Dez. 2016.

VARNI, J. W.; LIMBERS, C. A.; BURWINKLE, T. M. Impaired health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions: a comparative analysis of 10 disease clusters and 33 disease categories/severities utilizing the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 5, p. 431477–7525, Mai. 2007.

VICTORA, C. G. *et al.* The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: A hierarquical approach. **International Journal of Epidemiology**, Raleigh, v.26, p.224-7, Apr. 1997.

WHO. WHOQOL-GROUP. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYEKEN, W. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.

WHO. WHOQOL-GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. **Quality of life assessment**. *Psychol Med*, v. 28, p. 551-8, 1998.

ZANON, M. A.; BATISTA, N. A. Qualidade de vida e grau de ansiedade e depressão em cuidadores de crianças com paralisia cerebral. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.30, n.3, p.392-396, Jun. 2012.

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO



APÊNDICE B. QUESTIONÁRIO SOCIECONÔMICO

Nº Identificação: _____
 Data: _____
 Local de id: _____

DADOS PESSOAIS DOS PACIENTES	
1. Endereço:	
2. Cidade:	Moradia: () Própria () Alugada () Cedida
3. Telefone Residencial:	4. Celular:
5. Tempo que reside nesta cidade:	
6. Nº de Pessoas no domicílio: ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ()9 ()10 ()Outro _____	
7. Renda familiar: R\$	
8. Gênero: () Masculino () Feminino	
9. Data de Nascimento da criança:	
10. Idade (em anos): ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ()9 ()10 ()11 () ()13 ()14 ()15 ()16 ()17 ()18	
11. Escolaridade da criança ou adolescente (em anos): ()0 ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ()9 ()10 ()11 ()12 ()13 ()14 ()15 ()16 ()17 ()18	
12. A criança/adolescente necessita de um cuidador para as AVD?	
13. Grau de parentesco do cuidador: () Pai () Mãe () Outro: _____ () Não se aplica	
14. Gênero do cuidador: () Masculino () Feminino	
15. Idade do cuidador: _____	
16. Escolaridade do cuidador (em anos): ()0 ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ()9 ()10 ()11 ()12 ()13 ()14 ()15 ()16 ()17 ()18 () Mais de 18	
17. Possui formação acadêmica: () Sim () Não Qual? _____	
18. Participou de algum evento sobre cuidados de pacientes especiais: () Sim () Não Qual: _____	

ANAMNESE	
HABITOS ALIMENTARES	
1. Você já recebeu alguma orientação sobre a alimentação dele (a): () Sim. De Quem e Local _____ () Não	
2. Qual a consistência da alimentação dele (a): () Sólida () Semissólida () Líquida	
3. Instrumento (s) utilizado para oferecer a dieta: () Colher e copo () Mamadeira () Sonda nasogástrica	
4. Fez uso de mamadeira: () Sim () Não Se positivo, até qual idade (em meses)? _____	
5. Quantos lanches ela realiza (Excluindo café, almoço e janta): ()0 ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6	
6. Alimentos consumidos nos lanches: _____	

7. Ele geralmente come ou toma alguma coisa, a noite, antes de dormir? () Sim. Especifique _____ () Não
HABITOS DE HIGIENE ORAL
1. Instrumentos para higiene oral dele (a): () Escova e Dentífrico () Fio-dental () Colutório () Outro
2. Momento que realiza a escovação dele (a): () Antes do café () Após o café () Após o almoço () Após a janta () Antes de dormir () Outro
3. Frequência da Escovação (diária) dele (a): () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes () 4 vezes () Outro _____
4. Você já recebeu alguma orientação sobre como realizar a higiene oral dele (a): () Sim. Especifique _____ () Não
5. Sentes Dificuldade para higienização oral dele (a): () Sim () Não
6. Qual (as) a(s) dificuldade(s) encontrada(s) durante a higienização oral dele (a): () Presença de movimentos involuntários () Reflexo de mordida () Falta de cooperação () Limitação de abertura bucal () Engole o dentífrico () Outro _____
HABITOS DELETERIOS
1. Ele (a) faz ou fez sucção de dedo: () Sim () Não Se positivo, até qual idade (em meses)? _____
2. Usa ou usou Chupeta: () Sim () Não Se positivo, até qual idade (em meses)? _____
3. Com que frequência é o uso da chupeta/ dedo? () Durante o dia () Durante a noite () Dia e noite () Outro _____
PERCEPÇÃO DE SAÚDE
1. Como você classifica a saúde geral dele (a)? () Ótima () Boa () Ruim () Péssima
2. Como você classifica a saúde bucal dele? () Ótima () Boa () Ruim () Péssima
3. A saúde bucal ou dos dentes é importante para a saúde geral dele. () discorda intensamente (0-2) (..) discorda (3-4) () indiferente (5) () concorda (6-8) () concorda intensamente (9-10)
4. Como você classifica a sua saúde geral? () Ótima () Boa () Ruim () Péssima
5. Como você classifica a sua saúde bucal? () Ótima () Boa () Ruim () Péssima
CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL
1. Você encontra algum problema de Saúde Bucal na pessoa que cuida? () Não () Sim, quais? _____
2. Você acha que precisa do dentista para resolvê-lo? () Não () Sim
3. A pessoa com PC já foi ao dentista? () Não () Sim
4. Encontra barreira organizacional no acesso ao serviço de SB para a criança/adolescente? () Não () Sim
5. Qual a dificuldade que encontra para ter acesso ao dentista? () Baixa oferta de dentista para PNE () Demora no agendamento () Indisponibilidade de realizar o procedimento com anestesia geral () Outras, _____ () Não se aplica
6. Motivo de não levar a pessoa com PC ao dentista: () Locomoção () Não encontrar o serviço () A pessoa com PC não ter necessidade do atendimento () A pessoa com PC não colabora () Falta de humanização do dentista () Falta tempo () Outro, _____
7. A pessoa com PC recebe a assistência odontológica que você julga adequada? () Não () Sim
8. Você (cuidador) já teve algum problema de saúde bucal? () Não () Sim
9. Você conseguiu o acesso ao serviço odontológico? () Não () Sim

10. Motivo pelo qual não conseguiu acesso: ()Locomoção ()Não encontrar o serviço
 () Impossibilidade para sair devido a pessoa com PC ()Falta de estrutura ()Tempo ()Outro, _____

DADOS CLÍNICOS	
SISTÊMICOS	
1. Localização anatômica da PC: <input type="checkbox"/> Tetraparesia <input type="checkbox"/> Diparesia <input type="checkbox"/> Hemiparesia	
2. Tipo de Disfunções neuromusculares: <input type="checkbox"/> Espática <input type="checkbox"/> Extrapiramidal <input type="checkbox"/> Atáxico <input type="checkbox"/> Misto	
3. Habilidade de comunicação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiência leve <input type="checkbox"/> Deficiência moderada <input type="checkbox"/> Deficiência grave	
4. Refluxo gastroesofágico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
6. Epilepsia (crises convulsivas): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
7. Usa medicamentos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is)? _____ Motivo? _____	
8. Tipo de Respiração: <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Bucal	

APÊNDICE B – Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Domitila Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (09)

CAAE: 20215413.4.0000.5187

Pesquisador: Alessandro Leite Cavalcanti

Apresentação do Projeto: Projeto é intitulado "CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL, ACESSO AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL".

Objetivo da Pesquisa: Avaliar a prevalência dos agravos de saúde bucal, o acesso ao serviço odontológico e o impacto na qualidade de vida de crianças e adolescentes com PC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Riscos: Não existem Benefícios: Propõe-se contribuir para a ampliação do conhecimento referente ao diagnóstico das condições de saúde bucal de indivíduos com PC e de acesso ao serviço odontológico, assim como, embasar futuras estratégias de promoção em saúde que proporcionem um cuidado mais integral e resolutivo e, por conseguinte, melhores condições de saúde bucal e qualidade de vida das crianças e adolescentes com PC.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: *A pesquisa tem retorno social. A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), mormente pesquisa, estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na*

formação de profissionais do ensino superior na área da saúde, dentre outras áreas afins do saber científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontram-se em anexo todos os termos obrigatórios.

Recomendações:*Sem recomendações.*

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: *Sem pendências.*

Situação do Parecer: *Aprovado*

Considerações Finais a Critério do CEP:

Projeto atende a todas as exigências da Resolução 466/12 do CNS/MS. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido estudo.

APÊNDICE C – Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida e percepção de saúde bucal dos cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral da Região Metropolitana de João Pessoa - PB

Pesquisador: Wilton Wilney Nascimento Padilha

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 46091415.3.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.292.587

Apresentação do Projeto:

Projeto desenvolvido pelo professor Wilton Wilney (DCOS/CCS/UFPB) para o PIBIC 2015/2016.

Objetivo da Pesquisa:

* Objetivo Primário:

O presente estudo pretende caracterizar a qualidade de vida dos cuidadores familiares de crianças com PC e buscar associações entre a qualidade de vida dos cuidadores e as percepções e/ou cuidados bucais relatados pelos mesmos.

* Objetivo Secundário:

caracterizar a condição demográfica e socioeconômica dos indivíduos;

classificar as crianças e adolescentes com PC, de acordo com as condições sistêmicas;

caracterizar a percepção dos cuidadores sobre a saúde bucal;

coletar informações sobre os hábitos de higiene bucal e de dieta das crianças e adolescentes com PC;

verificar possíveis associações entre a qualidade de vida dos cuidadores e as características socioeconômicas, funcionais, de percepção de saúde bucal e de hábitos investigadas.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaocs@ccs.ufpb.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.292.967

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não estão previstas possibilidades de situação desagradável para os pais/cuidadores que participarem deste estudo, assim como o estudo não oferece riscos previsíveis, para a saúde. Todos os cuidados com sigilo e anonimato serão tomados.

Benefícios:

Considerando que as estratégias de promoção em saúde devem se preocupar em proporcionar melhor qualidade de vida as crianças e adolescentes com PC e aos seus cuidadores, torna-se relevante a realização do presente estudo, como auxiliar no entendimento da qualidade de vida dos cuidadores e sua associação com as características socioeconômicas, sistêmicas e de percepção/cuidados em saúde bucal dos cuidadores, com o intuito de melhorar a comunicação entre os profissionais e seus pacientes/cuidadores, bem como, contribuir para o planejamento das futuras alocações de recursos e ações em saúde, realizadas pelos gestores e profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será realizado nas sociedades civis sem fins lucrativos (associações, fundações e institutos), instituições de ensino superior públicas; e, organizações de saúde municipais que oferecerem reabilitação física para pessoas com deficiência e estiverem localizadas nos onze municípios da região metropolitana de João Pessoa (Alhandra, Bayeux, Caaporã, Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, João Pessoa, Lucena, Pedras de Fogo, Pitimbu, Rio Tinto e Santa Rita), especificamente:

- Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (OK)
- Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (OK)
- Centro de Atividades Especiais Helena Holanda (OK)
- Associação Pestalozzi Paraibana (OK)
- Associação Paraibana de Equoterapia (OK)
- Centro de fisioterapia infantil da Universidade Federal da Paraíba (retirado)
- Centro de Referência Municipal de Inclusão da Pessoa com Deficiência (OK)
- Institutos dos Cegos da Paraíba (retirado)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A assistente da pesquisa Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso anexou uma carta do pesquisador responsável (Professor Wilton) justificando a retirada de duas instituições inicialmente propostas: Institutos dos Cegos da Paraíba e Centro de fisioterapia infantil da Universidade Federal da Paraíba.

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** eficacs@ccs.ufpb.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE**



Continuação do Parecer: 1.282.667

Recomendações:

Leitura da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considero este projeto APROVADO. Este é meu parecer salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_519618.pdf	21/09/2015 12:45:30		Aceito
Outros	Justificativa.pdf	20/09/2015 21:32:50	Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso	Aceito
Outros	CRMIPD.pdf	20/09/2015 21:31:03	Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	20150724 - Projeto_QV IC 2015-2016 corrigido.pdf	24/07/2015 15:26:16		Aceito
Outros	Pestalozzi.pdf	03/07/2015 21:13:00		Aceito
Outros	Questionário socioeconômico.pdf	03/07/2015 21:12:09		Aceito
Outros	Questionário principal_OMS.pdf	03/07/2015 21:09:08		Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	20/05/2015 06:12:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Cuidador.pdf	20/05/2015 05:46:15		Aceito
Outros	Helena Holanda.pdf	20/05/2015 05:40:48		Aceito
Outros	Funad.pdf	20/05/2015 05:40:29		Aceito
Outros	Aspec.pdf	20/05/2015 05:39:41		Aceito
Outros	APAE.pdf	20/05/2015 05:39:24		Aceito
Outros	20150520 - Qualidade de Vida Termo de Responsabilidade.pdf	20/05/2015 05:37:44		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticoacs@ccs.ufpb.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.252.957

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 22 de Outubro de 2015

Assinado por:

Eilane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaocs@ccs.ufpb.br

ANEXO A - Questionário Breve da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - WHOQOL-bref

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO