

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA

**CONTRIBUIÇÃO DO SENSO DE COERÊNCIA PARA A PROMOÇÃO
DA SAÚDE BUCAL**

CAMPO GRANDE
2010

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA

**CONTRIBUIÇÃO DO SENSO DE COERÊNCIA PARA A PROMOÇÃO
DA SAÚDE BUCAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de doutor.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elenir Rose Jardim Cury Pontes

CAMPO GRANDE
2010

FOLHA DE APROVAÇÃO

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA

**CONTRIBUIÇÃO DO SENSO DE COERÊNCIA PARA A PROMOÇÃO
DA SAÚDE BUCAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de doutor.

Resultado _____

Campo Grande (MS), _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Elenir Rose Jardim Cury Pontes
DTA/UFMS - orientadora

Prof^a Dr^a Maria Ercília de Araújo
Faculdade de Odontologia/USP

Prof^a Dr^a Maria Cristina Abrão Nachif
Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser/ SES

Prof^a Dr^a Sônia Maria de Oliveira Andrade
DTA/UFMS

Prof. Dr. Paulo Zárate Pereira
Faculdade de Odontologia/ UFMS

*Dedico esse trabalho às mães alegres, tristes, tímidas, carinhosas, sofridas, determinadas, batalhadoras e incansáveis por quererem sempre o melhor para o filho: minha querida mãe, **Maria Ignez.***

*A todas as crianças que participaram desse estudo desejo um mundo mais justo e feliz. Em especial, minha amada e eterna criança, **Cecília.***

*Aquele que torna minha vida mais plena, sempre me incentivando e ajudando em todos os momentos: meu amado companheiro, **Lepe.***

*Àqueles que estão sempre ao meu lado na alegria e tristeza, apoiando sempre as minhas decisões e escolhas: meus irmãos, **Cuca, André e Gustavo.***

*Aquele que não está mais ao meu lado, mas nunca sai do meu coração. Sua lembrança me traz paz e saudade: meu querido pai, **Antônio Lacerda.***

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A minha orientadora, **Prof^a. Dr^a. Elenir Rose Jardim Cury Pontes** pelos ensinamentos e oportunidades oferecidas, pela generosidade e coragem em ousar trabalhar com novos conceitos e idéias, sabendo sempre como me conduzir.

A minha amiga, **Elenir**, por ter iniciado no Mato Grosso do Sul minha caminhada na Saúde Coletiva. Espero que a amizade pessoal e a afinidade profissional produzam muitos frutos.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma das coisas mais belas e importantes que o ser humano pode fazer. É admitir que em algum momento se precisou de alguém.

A **Deus**, por me dar saúde e forças todos os dias. Obrigada por poder viver esse momento tão esperado!

A **Mãe do céu**, que está sempre ao meu lado e em meu coração, conduzindo os meus passos no caminho certo e não me deixando desanimar nunca!

A minha mãe, **Maria Ignez**, força e luz da minha vida. Exemplo de sabedoria, dedicação, determinação e amizade. Minha fortaleza!

A minha filha **Cecília**, companheira de todas as horas, jóia rara e preciosa, capaz de entender minhas dificuldades e angústias. Parceira incansável no processo de coleta de dados. Desejo que continue sendo como é hoje: alegre, generosa e amiga. A você dedico todas as coisas boas que consegui realizar até hoje...

Ao **Lepe**, companheiro dos momentos de alegrias e angústias. Com você compartilho esse momento que você sabe o quanto significa para mim...

Aos meus irmãos, **Cuca, André e Gu**, por tudo que sempre fomos. Nossa amizade é definitiva!

A minha amiga, **Andréa Carla Melani**, lembro o poeta das Minas Gerais, Milton Nascimento: amigo é coisa para se guardar do lado esquerdo do peito, mesmo que o tempo e a distância digam não... o que importa é ouvir a voz que vem do coração. Obrigada pela amizade e carinho!

Aos amigos da Saúde Coletiva (SaCo), **Edilson, Alessandro, Paulo e Cibele** que estão e continuarão presentes em minha vida, nos momentos de dificuldades e alegrias e, que assim como eu, esperam que esses últimos ocupem a maior parte de nossa existência.

A **Profª Drª Maria Cristina Abrão Nachif**, para mim **Cris**, pela convivência harmoniosa nos tempos da Secretaria de Saúde e a amizade que construímos. Você é especial!

A Diretora da Faculdade, **Profª Drª Rosana Mara Giordano de Barros**, pelo carinho e compreensão maternal em todo processo da pesquisa.

A Secretaria Municipal de Educação e de Assistência a Saúde, em especial a **Profª Maria Cecília Amêndola da Motta**, por entender a importância dessa pesquisa e prontamente agilizar os dados necessários para o início do estudo.

As **diretoras dos CEINF** por facilitarem o processo de coleta de dados e me acolherem com tanto carinho.

Ao **Prof. Dr. Samuel Jorge**, pelos artigos encaminhados e dicas no delineamento dessa pesquisa.

A **Profª Ms. Karina Bonanato**, pela atenção e disposição em discutir algumas dúvidas no decorrer da pesquisa. Obrigada pelo carinho e gentileza.

Ao **Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira**, pela generosidade em compartilhar o conhecimento e apresentar sugestões.

A **Profª Drª Sônia Maria de Oliveira Andrade**, pela ajuda na formatação do artigo científico e todas as dicas dadas durante nossas reuniões na sede social.

As mães e crianças que participaram dessa pesquisa. Sem vocês esse estudo não seria possível!

A você que certamente deixei de agradecer...muito obrigada a todos!

PALAVRA MINAS

*Minas não é palavra montanhosa
É palavra abissal
Minas é dentro e fundo
As montanhas escondem o que é Minas.
No alto mais celeste, subterrânea,
é galeria vertical varando o ferro
para chegar ninguém sabe onde.
Ninguém sabe Minas. A pedra
o buriti
a carranca
o nevoeiro
o raio
selam a verdade primeira,
sepultada em eras geológicas de sonho.
Só mineiros sabem.
E não dizem nem a si mesmos o
irrevelável segredo
chamado Minas.*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Para tanto, é necessário entender as origens da saúde, pressuposto da teoria salutogênica. A idéia central dessa teoria é o senso de coerência (SOC) que expressa a visão que as pessoas têm da vida e a capacidade de adaptação das mesmas em situações estressantes em relação à promoção da saúde. Considerando que as mães têm uma forte influência na educação dos filhos e, conseqüentemente no comportamento dos mesmos, essa pesquisa teve por objetivo analisar a associação entre SOC materno e condição de saúde bucal de seus filhos. A amostra final foi constituída por 640 pares (mães e filhos) que foram selecionados através de sorteio. Os resultados revelaram que a idade das mães variou entre 18 e 57 anos, com média de $30,1 \pm 6,6$ anos (média \pm desvio padrão) e mediana de 29 anos. Predomínio de boa escolaridade e condição socioeconômica favorável em alguns aspectos apesar da renda familiar *per capita* estar no patamar de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo. O SOC das mães variou entre 13 e 59 pontos, com média de $33,28 \pm 9,39$ pontos e mediana de 33 pontos. Observou-se que mães com menor média do SOC não tinham uma boa percepção da própria saúde bucal. O índice ceo-d das crianças (n=640) de 4 e 5 anos de idade apresentou o valor de $1,97 \pm 2,91$ (média \pm desvio padrão). Do total de crianças 355 (55,5%) eram livres de cárie dentária e 337 (52,7%) tinham placa dentária visível e 84 (29,5%) apresentavam lesões cariosas com envolvimento pulpar. Não houve diferença entre os valores do SOC em relação à condição bucal dos filhos, no entanto, houve diferença do SOC materno conforme a percepção materna da saúde bucal dos filhos. Dessa forma esse estudo confirmou uma associação entre menores valores do SOC e condições socioeconômicas adversas, e em situação de estresse, uma visão desfavorável das mães em relação à saúde bucal. A percepção materna não foi condizente com aspectos clínicos da condição bucal dos filhos. Os resultados do estudo mostram que houve associação entre o SOC materno e a percepção de saúde bucal dos filhos.

Palavras-chave: resiliência psicológica; estresse psicológico; saúde bucal.

ABSTRACT

Health promotion aims to ensure equal opportunities and provide the means to permit everyone reach its health potencial. Nevertheless, it is important to understand the origin of health, pressuposed of salutogenesis theory. The central idea of this theory is called sense of coherence (SOC) wich express people's point of view about life and their managing in stress situations regarding to health promotion. Whereas the mothers have a strong influence on children's education and thus the behavior of the same, this research aimed to examine the association between SOC and maternal oral health status of their children. The final sample consisted 640 couples (mothers and children) who were selected by lottery. The results revealed that the age of mothers ranged from 18 to 57 years, mean 30.1 ± 6.6 years (mean \pm standard deviation) and median of 29 years. Prevalence of good education and socioeconomic status were favorable despite the *per capita* income to be at a level of up to $\frac{1}{2}$ minimum wage. Mother's SOC was between 13 and 59 points, averaging 33.28 ± 9.39 points and a median of 33 points. The dmft index children (n = 640) of 4 and 5 years of age showed the value of 1.97 ± 2.91 (mean \pm standard deviation). Of the total 355 children (55.5%) were free of dental caries and 337 (52.7%) had visible plaque and 84 (29.5%) had carious lesions with pulpal involvement. There was no difference between the values of SOC in relation to oral health status of children, however, no difference in maternal SOC as maternal perception of oral health of children. Thus, this study confirmed an association between lower levels of SOC and adverse socioeconomic conditions, and under stress, a pessimistic view of mothers regarding in oral health. The maternal perception was not consistent with the clinical aspects of oral health status of children. The study results showed a significant association between the SOC and the perception of maternal oral health of children.

Key-words: psychological resilience; psychological stress; oral health.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

- Tabela 1 - Número e porcentagem de mães segundo dados socioeconômicos, (Parte I),
Campo Grande – 2009 (n=640)..... 41
- Tabela 2 - Número e porcentagem de mães segundo dados socioeconômicos, (Parte II),
Campo Grande – 2009 (n=640) 42
- Tabela 3 - Estatística descritiva dos valores do SOC (Senso de coerência) das mães
segundo variáveis socioeconômicas e a percepção materna da própria saúde
bucal, Campo Grande - 2009 (n=640)
..... 43

ARTIGO 2

- Tabela 1 - Número e porcentagem de mães segundo dados socioeconômicos, (Parte I),
Campo Grande – 2009 (n=640)..... 54
- Tabela 2 - Número e porcentagem de mães segundo dados socioeconômicos (Parte II),
Campo Grande – 2009 (n=640) 55
- Tabela 3 - Estatística Descritiva dos valores do SOC das mães, segundo a percepção
materna da saúde bucal dos filhos e a condição bucal obtida através de
exame clínico, das crianças de 4 e 5 anos de idade matriculadas nos Centros
de Educação Infantil, Campo Grande – 2009 (n=640)
..... 57

LISTA DE ABREVIATURAS

CEINF	Centros de Educação Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EPI	Equipamento de Proteção Individual
Ceo-d	Cariados, extraídos e obturados – dentes
OMS	Organização Mundial de Saúde
OHIP	Perfil de Impacto da Saúde Bucal (<i>oral health impact profile</i>)
RGR (GRR)	Recursos Gerais de Resistência (<i>general resistance resources</i>)
SAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SEMED	Secretaria Municipal de Educação
SOC	Senso de Coerência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO GERAL	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 Teoria salutogênica	19
2.1.1 Considerações básicas.....	19
2.1.2 Conceitos fundamentais.....	20
2.1.3 Componentes fundamentais do SOC.....	22
2.1.4 Formação do SOC.....	23
2.2 Senso de coerência (SOC) e saúde.....	24
2.2.1 SOC e qualidade de vida.....	25
2.2.2. SOC e condições socioeconômicas.....	26
2.2.3 SOC e estresse.....	26
2.3 SOC e saúde bucal.....	28
2.4 Escala do SOC.....	30
3 OBJETIVOS.....	32
4 ARTIGOS.....	33
4.1 Relação entre senso de coerência materno, condições socioeconômicas e percepção da saúde bucal. Estud Psicol.(maio/2010).....	33
4.2 Senso de coerência materno e saúde bucal de pré-escolares (não submetido).....	49
5 DISCUSSÃO.....	70
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS.....	74
ANEXOS.....	82
APÊNDICES.....	90

1 INTRODUÇÃO GERAL

A saúde da população, em especial a saúde bucal, está relacionada diretamente as condições do meio no qual está inserida e, fundamentalmente, às relações estabelecidas entre as pessoas e a família. Dessa forma, deve ser entendida como o resultado do equilíbrio entre forças que determinam a saúde e a doença, forças essas geradas a partir dos espaços social, político e cultural, transcendendo a compreensão dos determinantes biológicos (BONANATO et al., 2008).

Nesse sentido, busca-se superar a compreensão de saúde e doença, enquanto processo patológico, entendendo que saúde e doença relacionam-se diretamente com a promoção da saúde.

A promoção da saúde pode ser entendida a partir da teoria salutogênica, proposta pelo professor de sociologia médica da Universidade de Ben Gurion de Negev, Beersheba, Israel, Aaron Antonovsky.

Antonovsky realizou um estudo com mulheres no climatério e constatou que um considerável número delas mantinha bom estado de saúde física e mental independentemente de ter sido subjugada nos campos de concentração, na Segunda Guerra Mundial. Esse fato despertou a curiosidade do professor que aprofundou o estudo. Concluiu que algumas pessoas conseguem superar grandes dificuldades e manter sua saúde física e mental enfrentando os problemas cotidianos da vida de forma diferente e assumindo uma atitude mais positiva frente às dificuldades diárias. Esse estudo originou a teoria salutogênica que auxilia repensar a saúde e o estresse fora do determinismo biomédico (ANTONOVSKY, 1987).

A teoria salutogênica tem como ponto central, o Senso de Coerência (SOC), ou seja, a capacidade de adaptação ao estresse (ANTONOVSKY, 1993).

Para Antonovsky, é possível quantificar o SOC através de uma escala ordinal, cujos escores indicam o grau de adaptabilidade das populações ao ambiente no qual está inserida (KIVIMÄKI et al., 2000). Quanto maior o escore, mais forte é o SOC.

Os valores do SOC expressam um sentimento global e abrangente em relação aos acontecimentos da vida. Esse sentimento pode ser entendido, administrado e ter um significado. Reflete a capacidade individual em responder a situações estressantes proporcionando proteção para a sua saúde (LINDSTRÖM, 2001).

Diante de situações estressantes, o indivíduo potencializa o SOC minimizando a gravidade da doença e às emoções negativas advindas delas. O SOC é constituído por três elementos: compreensibilidade (capacidade de compreender um evento), maneabilidade (percepção do potencial de manipulá-lo ou solucioná-lo) e significância (significado que se dá ao evento) (ANTONOVSKY, 1987; GEYER, 1997).

Estudos desenvolvidos nos últimos 30 anos têm buscado investigar as relações entre SOC e saúde, determinantes sociais, doenças físicas e psíquicas e, mais recentemente, SOC e saúde bucal.

A escassez de estudos relacionando SOC e saúde bucal e, mais especificamente, em referência a promoção da saúde, levou à decisão de proceder à pesquisa diante de perguntas que se colocam na realidade de Campo Grande (MS).

Há relação entre SOC materno e saúde bucal dos filhos? A percepção da saúde bucal dos filhos é influenciada pelo SOC das mães?

Considerando que estudos anteriores comprovam a existência de relações entre SOC e saúde bucal, retirando o foco da doença, como norte para as intervenções e priorizando a promoção da saúde, justifica-se o desenvolvimento da pesquisa em questão.

Assim sendo, o objetivo desse estudo foi analisar a existência de associação entre SOC materno e condição de saúde bucal de seus filhos pré-escolares.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Teoria salutogênica

2.1.1 Considerações básicas

A teoria salutogênica foi proposta pelo doutor em sociologia, Aaron Antonovsky, nascido em 1923 nos Estados Unidos. Em 1960, Antonovsky passou a atuar no departamento de medicina social do Instituto de Pesquisas Sociais Aplicadas, em Israel, estudando a relação entre estressores, saúde e doença. Influenciado por sua origem judaica, buscou respostas para seus questionamentos nos sobreviventes judeus dos campos de concentração. Procurava compreender porque alguns desses sobreviventes conseguiram superar seus traumas e retomaram suas vidas de maneira satisfatória enquanto outros não (ANTONOVSKY, 1987).

Antonovsky estudou mulheres que viveram em campos de concentração durante a Segunda Guerra Mundial e constatou que algumas delas, apesar da situação adversa vivida, mantinham bom estado de saúde físico e mental. Essa situação despertou interesse por um estudo mais aprofundado. Concluiu-se que algumas mulheres conseguem superar as dificuldades diárias e manter sua saúde física e mental, devido a uma atitude mais positiva (ANTONOVSKY, 1993).

O termo salutogênese (*saluto* = saúde e *genêsis* = origem), criado em 1979 por Antonovsky, significa o estudo de como e porque as pessoas permanecem saudáveis, mesmo sob situações adversas e estressantes. É uma proposta que supera a dicotomia saúde-doença em relação ao indivíduo, uma vez que busca entender porque o mesmo está perto ou longe de um dos extremos saúde-doença. Segundo o autor da teoria salutogênica, permanecer totalmente saudável ou doente não é compatível com o ser humano (BENGEL, STRITTMATTER, WILLMANN, 1999).

2.1.2 Conceitos Fundamentais

A teoria salutogênica fundamenta-se em dois conceitos: recursos gerais de resistência (GRR - *general resistance resources*) e senso de coerência (SOC - *sense of coherence*) (ANTONOVSKY, 1987).

Os **recursos gerais de resistência** (GRR) são fenômenos que proporcionam ao ser humano um conjunto de experiências de vida caracterizado pela consistência, pela participação individual na obtenção dos resultados da ação e pela possibilidade de fazer um balanço dessa ação. Esses recursos estão relacionados à habilidade do indivíduo para lidar com a tensão e evitar ou manejar o estresse (DANTAS, 2007).

Para Lindström (2001), os recursos gerais de resistência são de caráter externo e interno, o que facilita na administração da vida. Entretanto, apenas a existência de GRR não basta, mas sim, a capacidade que cada pessoa tem de usar seus GRR. Esses recursos proporcionam ao indivíduo um conjunto de experiências de vida caracterizadas pela consistência, pela participação individual na obtenção dos resultados da ação, e pela possibilidade de fazer um balanço positivo/negativo da sua ação. A capacidade que uma pessoa tem de usar os seus GRR baseia-se no seu senso de coerência.

Eriksson e Lindström (2005) afirmaram que os GRR são moldados por experiências de vida caracterizados pela coerência, a participação na elaboração dos resultados e um equilíbrio entre as forças.

Os GRR são constituídos por mecanismos de ordem material e ou psicológica, importando fundamentalmente, a capacidade que cada indivíduo tem de usar seus GRR, e não meramente sua existência. Os recursos mais importantes relacionam-se à vida interior, existencial, ao suporte social e às atividades diárias. Isso quer dizer que é importante que o indivíduo seja capaz de formar uma visão (ideológica, religiosa ou política) do que é a vida,

ter pessoas em sua vida que perceba como apoio (a função do suporte social), ter estabilidade mental e estar envolvido em atividades diárias gratificantes (trabalho, esporte, estudo, entre outros) (GUIMARÃES, 2008).

Para Silva (2009), esses recursos são essenciais para o movimento em direção à promoção da saúde e são classificados como biológico, material e psicossocial. Quando os recursos estão disponíveis ou nas imediações, o indivíduo tem uma chance melhor de lidar com os desafios da vida. Os GRR típicos estão relacionados a aspectos financeiros, experiência, conhecimento, auto-estima, apoio social, tradições, cultura, orientação filosófica. No entanto, o aspecto essencial dos GRR não é a disponibilidade de recursos, mas a capacidade individual de usar esses recursos a seu favor.

Em relação ao **senso de coerência** (SOC), Antonovsky (1987) definiu-o como a capacidade de enfrentamento ao estresse. É um sentimento global do indivíduo que expressa um forte sentimento de confiança em relação aos ambientes internos e externos, encarando-os como sendo previsíveis e manejáveis. Considera que mesmo diante de situações adversas, esse indivíduo consegue dar um significado a sua vida.

Wolff e Ratner (1993) encontraram uma relação inversa entre senso de coerência e estresse, ou seja, indivíduos que tinham níveis elevados de estresse e eventos traumáticos recentes apresentavam fraco senso de coerência.

Dantas, Motzer, Ciol (2002) afirmaram que a capacidade de enfrentar situações estressantes tem sido estudada por vários pesquisadores. Para os autores, há indícios de que indivíduos que lidam melhor com o estresse conseguem manter um estado de saúde mais favorável que indivíduos que não conseguem lidar com esse estresse.

Trata-se de uma forma individual de pensar, sentir e agir com autoconfiança tal que leva as pessoas a identificarem, utilizarem e reutilizarem os recursos disponíveis em seu benefício. Os GRR reforçam o SOC, ou seja, pessoas com um SOC forte são susceptíveis a

identificar uma variedade maior de recursos de resistência em seu benefício. (LINDSTRÖM, ERIKSSON, 2005).

Para Bonanato et al. (2009b), o SOC é uma condição indispensável para lidar com situações de estresse, levando assim, a uma melhoria do bem-estar e qualidade de vida.

O SOC é o constructo central da teoria salutogênica, que remete às origens da saúde e centra-se sobre os recursos para manter a saúde e os processos de promoção da saúde (BERNABÉ et al., 2009b).

2.1.3 Componentes Fundamentais do SOC

O SOC exprime uma característica intrínseca própria a todos os indivíduos, mas, por ser diferente de indivíduo para indivíduo, constitui uma variável importante na capacidade de lidar com os estressores. Assume um caráter cognitivo-afetivo e motivacional, permitindo ao indivíduo negar a aparente desordem de sua vida recuperando ordem e coerência, ao integrar esse acontecimento na sua experiência de vida (ANTONOVSKY, 1987).

Constitui-se de três componentes que definem a capacidade com a qual um indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encara situações de vida adversas ou estressantes. Esses componentes são a capacidade de compreender um evento (compreensibilidade), a percepção do potencial de manipulá-lo ou solucioná-lo (maneabilidade) e o significado que se dá a este evento (significância) (GEYER, 1997).

A capacidade de compreensão (compreensibilidade) é entendida como a pessoa que percebe o estímulo que deriva dos seus ambientes externos e internos como fazendo sentido, que tem uma ordem, seja consistente estruturado e claro, em oposição a algo percebido como desordenado, caótico, acidental e inexplicável. Uma pessoa com um grau

elevado de compreensibilidade espera que os estímulos futuros sejam previsíveis ou pelo menos tenham ordem e sejam explicáveis (GOMES, 2003).

Segundo o mesmo autor, a capacidade de gestão (maneabilidade) é como a pessoa percebe que existem recursos adequados para fazer face à adversidade e aos estímulos que a perturbam. Uma pessoa com uma alta maneabilidade não se sente vítima dos acontecimentos. Ao contrário, sente que tem controle sobre muitos desses acontecimentos.

A significância representa o elemento motivacional e refere-se como a pessoa sente que a sua vida faz sentido, não apenas em nível cognitivo, mas emocional. As pessoas com um grau elevado de significância acreditam que vale a pena insistir nos problemas e exigências do dia a dia, uma vez que são vistos como desafios bem-vindos e não ameaças que devem ser evitadas (GOMES, 2003).

Para Silva (2009), os componentes cognitivo, afetivo e motivacional do SOC se relacionam à forma como as pessoas dão sentido à vida, usam os recursos para responder as demandas e sentem que essas respostas são significativas para alcançar a saúde.

2.1.4 Formação do SOC

Para Antonovsky, o SOC irá se desenvolver como resultado de experiências de aprendizagem que se acumulam ao longo da vida. Não há informações precisas sobre a idade de um desenvolvimento integral do SOC (GEYER, 1997).

Segundo Lindström (2001), a partir dos 30 anos, quando o SOC está razoavelmente estável, somente, grandes eventos da vida podem perturbá-lo ou modificá-lo.

Alguns eventos como escolarização, configuração de relacionamentos e condições socioeconômicas influenciam o SOC. Eventos negativos na vida como morte, problemas no trabalho ou com familiares também influenciam o SOC (VOLANEN, 2007).

Na concepção de Antonovsky, o SOC se relaciona com os fatores: classe social; condições sociais e históricas (as quais irão determinar a disponibilidade dos GRR) e variações individuais (afetadas pela genética, predisposições situacionais e sorte). O uso de GRR depende da escolaridade e do grupo social ao qual o indivíduo pertence. Pessoas com maior escolaridade desempenham atividades ocupacionais que exigem maior qualificação e apresentam condições para desenvolver melhor o SOC e fazer escolhas adequadas quando lidam com situações desfavoráveis. Um SOC maior deve ser esperado entre aqueles indivíduos que tiveram a oportunidade de aprender a tomar decisões, que exercitam tal capacidade e que são estimulados para isso, ou seja, sujeitos de classes sociais mais elevadas (DANTAS, 2007).

2.2 Senso de coerência (SOC) e saúde

A teoria salutogênica, tendo como ponto central o senso de coerência, destaca a importância dos fatores responsáveis por criar e manter a saúde, diferentemente do modelo biomédico, que busca compreender as causas da doença e os comportamentos de riscos relacionadas a ela. Sabe-se que o entendimento do processo saúde-doença do ponto de vista biomédico deixou algumas arestas ao relacionar saúde e qualidade de vida. Por outro lado, suscitou questionamentos e a compreensão de que um satisfatório equilíbrio entre os processos de saúde e doença necessita da atenuação das inadequações em saúde, através de mudanças nos reais determinantes da saúde (WATT, 2002).

Martins (2005) afirmou que a teoria salutogênica, veio sim, acrescentar mais um saber positivo sobre a saúde. Os grandes ganhos em saúde conseguem-se essencialmente à custa da valorização deste modelo. A sua vantagem é poder ser praticada por qualquer

cidadão. Não exige formação em saúde, especializada, mas tão somente a adoção de comportamentos saudáveis em toda vida.

É importante destacar que os comportamentos de saúde estão relacionados a algumas variáveis psicológicas, tendo por base o princípio de que o bem estar físico e psicológico é interdependente. Destaca-se, assim, a importância em identificar características psicológicas relacionadas à área de atuação e, conjuntamente, a possibilidade de influenciá-las. Isso permitiria melhorar comportamentos em saúde e, conseqüentemente, a saúde como um todo (BRANDÃO et al., 2006).

2.2.1 SOC e qualidade de vida

Para Bandura (2004), a qualidade da saúde é fortemente influenciada pelos padrões de comportamento. Esses, por sua vez, permitem que as pessoas tenham algum controle sobre a sua saúde, uma vez que ao cuidarem dos seus próprios hábitos, as pessoas podem viver mais e de maneira mais saudável.

A teoria salutogênia pode ser um referencial teórico para a promoção da saúde, uma vez que melhora à qualidade de vida. O SOC pode ser apreendido, pois desenvolve ao longo da vida, podendo ser universal e aplicado em qualquer cultura. Além disso, tem uma forte correlação com a saúde percebida, bem-estar mental e qualidade de vida (LINDSTRÖM; ERIKSSON, 2005).

A relação entre SOC e qualidade de vida também foi comprovada em jovens italianos através de uma investigação relacionando SOC, satisfação pela vida e precariedade do trabalho. Os jovens italianos em condições precárias de trabalho apresentaram um SOC fraco e menor satisfação pela vida (CIAIRANO et al., 2010).

O estudo de Norekval et al. (2010) também confirma a relação entre SOC e qualidade de vida. Os autores acompanharam mulheres sobreviventes após infarto do miocárdio a fim de verificar a relação entre SOC e qualidade de vida. O SOC forte foi um fator determinante para a qualidade de vida dessas mulheres.

2.2.2. SOC e condições socioeconômicas

O SOC também tem sido associado à condição socioeconômica e comportamentos de saúde. Bernabé et al. (2009a) comprovaram uma forte relação entre SOC, nível socioeconômico na infância e comportamentos de saúde na idade adulta. Concluiu-se que indivíduos que na infância tiveram uma condição socioeconômica mais favorável desenvolveram um SOC maior e, conseqüentemente, adotaram na idade adulta comportamentos mais saudáveis.

Além da relação comprovada entre SOC e comportamentos de saúde, Volanen et al. (2010) confirmaram a relação entre o SOC e qualidade de vida através de uma pesquisa realizada com homens e mulheres finlandeses. Nesse estudo, os autores relacionaram SOC, idade, renda, condições físicas e mentais, condições de trabalho e processo de aposentadoria. SOC fraco, baixa renda e condições insalubres de trabalho foram associadas com pedidos precoces de aposentadoria. Esse estudo revela a importância de reforçar um planejamento para grupos mais vulneráveis e intervenções adequadas para que os trabalhadores tenham o tempo de trabalho prolongado e qualidade de vida.

2.2.3 SOC e estresse

Para Watt (2002), a investigação em saúde pública deve explorar os determinantes sociais, por meio de uma abordagem salutogênica, pois essa abordagem considera os fatores responsáveis por criar e manter uma boa saúde, ou seja, buscar compreender a origem da saúde, ao invés de compreender a natureza da doença e os comportamentos de risco associados à mesma. O SOC como núcleo central da teoria salutogênica, procura relacionar estresse e o estado de saúde da população.

Um estudo de base populacional realizado na Suécia relacionou o SOC com a percepção em saúde. Nesse estudo, o SOC fraco foi associado à condição social, apoio emocional e percepção de saúde desfavoráveis. Essa associação revela que a compreensão do SOC, enquanto conceito introduz um novo olhar para a saúde com possibilidades de melhor compreender o indivíduo em seu contexto social e em situações de estresse (NILSSON, HOLMGREN, WESTMAN, 2000).

Freire, Sheiham, Hardy (2001) afirmaram que situações de estresse são inerentes ao ser humano, mas o indivíduo que possui um SOC maior lida melhor com essas situações conseguindo-se manter saudável.

É importante esclarecer que a teoria salutogênica não nega o paradigma centrado na doença, mas reconhece seus limites. Se os estressores estão sempre presentes, deve-se pensar numa maneira de bem conviver, transformando sua presença em uma vantagem. Centra-se sobre os recursos das pessoas e da capacidade das mesmas para promover saúde e não na doença e seus comportamentos de risco (GÜNTHER; MACHADO, 2002).

Um estudo realizado com adolescentes dinamarqueses a fim de analisar a associação entre SOC, saúde e estresse revelou uma associação significativa. O SOC fraco foi encontrado em adolescentes do sexo feminino, estressadas e com alguma história de doença recente. Os autores concluíram que o SOC pode ter um efeito modificador em

algumas situações, no entanto, em outras situações pode ser um elo da relação causal entre saúde e estresse (NIELSEN; HANSSON, 2007).

Buscando compreender melhor a relação entre SOC, estresse e qualidade de vida, Suresky, Zauszniewski, Bekhet (2008) realizaram uma pesquisa com mulheres pertencentes à família com doentes mentais graves. Os resultados revelaram que o estresse e o SOC têm efeitos positivos ou negativos na qualidade de vida dos membros da família. Esses resultados sugerem a necessidade de identificar e controlar o estresse em pessoas que convivem diariamente com doentes mentais ou situações que geram estresse, assim como reforçar atitudes e comportamentos favoráveis para uma melhor qualidade de vida.

2.3 SOC e saúde bucal

A atitude das pessoas acerca de sua saúde, particularmente a saúde bucal, é moldada por suas vivências pessoais. Essas atuarão como determinantes de comportamentos e percepções, fundamentais na adoção de hábitos de saúde bucal e no desenvolvimento de um padrão de comportamento relacionado aos mesmos (FREEMAN, 1989).

Freire, Sheiham, Hardy (2001) percebendo que não havia na literatura científica estudos relacionando SOC e saúde bucal, decidiram investigar em adolescentes a relação entre SOC, cárie dentária, doença periodontal, higiene bucal e comportamentos de saúde bucal. O SOC forte foi identificado como um fator psicossocial importante relacionado à saúde bucal dos adolescentes.

Posteriormente, os mesmos autores realizaram outro estudo a fim de relacionar o SOC materno e a saúde bucal de adolescentes. Os adolescentes cujas mães apresentaram maiores níveis na pontuação do SOC revelaram melhores condições em relação à cárie

dentária e doença periodontal e também eram menos propensos a visitar o cirurgião-dentista (FREIRE, HARDY, SHEIHAM, 2002).

Um estudo realizado na Finlândia para verificar a relação do SOC com comportamentos relacionados à saúde bucal comprovou que indivíduos com um SOC maior apresentaram poucos problemas de saúde bucal. Esse estudo concluiu que o SOC tem fortes características psicológicas, uma vez que descreve a habilidade psicossocial de uma pessoa para promover a sua saúde, ao invés de adoecer. Além disso, os autores sugerem que o SOC pode ser um determinante de saúde bucal. O SOC também foi relacionado a aspectos socioeconômicos e demográficos e perfil de impacto de saúde bucal (OHIP), em um estudo com adultos finlandeses. O OHIP foi desenvolvido com o objetivo de proporcionar uma medida abrangente da disfunção relatada pelos sujeitos da pesquisa, desconforto e incapacidade atribuídos a condição de saúde bucal. O SOC parece ser um determinante do OHIP, independentemente da saúde oral, dos comportamentos relacionados à saúde oral e dos fatores socioeconômicos. Um aspecto psicossocial está fortemente associado à qualidade de vida no que diz respeito à saúde bucal. (SAVOLAINEN et al., 2005).

Um estudo realizado com adultos finlandeses a fim de verificar a relação entre o SOC e comportamentos relacionados à saúde oral (escovação dentária, frequência e consumo de açúcar, hábito de fumar e procura por cirurgião-dentista) confirmaram uma forte associação entre SOC e comportamentos favoráveis em relação à saúde bucal. . Nesse estudo, o SOC forte foi associado a indivíduos com maior frequência de escovação dentária, não-fumantes, menor frequência no consumo de produtos açucarados e visitas mais frequentes ao cirurgião-dentista, isto é, a comportamentos positivos em relação à saúde bucal (BERNABÉ et al., 2009b).

O crescente interesse no enfrentamento do estresse como um determinante na saúde bucal instigaram Ayo-Ysuf et al. (2009) a estudar a relação entre o SOC e

comportamentos relacionados a escovação dentária em adolescentes no Sul da África. Além disso, como outros estudos têm sugerido que as mães têm um impacto significativo na saúde bucal de seus filhos, essa pesquisa teve como objetivo secundário, investigar o SOC como mediador na influência das mães no comportamento dos adolescentes em relação à escovação dentária. Os autores concluíram que a predisposição da família em relação ao ambiente pode influenciar significativamente o comportamento dos filhos em relação à escovação dentária e deve ser levado em consideração para o planejamento de ações de promoção em saúde bucal.

Outro estudo realizado com adolescentes iranianos por Dorri et al. (2010a) investigou a relação entre SOC e hábitos de higiene oral. Os resultados mostraram uma relação entre SOC forte e maior frequência de escovação, principalmente entre as meninas. Os autores acreditam que essa diferença entre os gêneros pode ser explicada devido à diferença dos papéis sociais e valores atribuídos a homens e mulheres em diferentes culturas e comunidades.

2.4 Escala do SOC

A escala que mensura o SOC foi desenvolvida por Antonovsky para ser aplicada no formato de entrevista ou de auto-preenchimento (ANTONOVSKY, 1987).

Eriksson e Lindström (2005) avaliaram a validade das escalas que mensuram o senso de coerência individual (senso de coerência-13 e senso de coerência-29) e demonstraram que esses instrumentos são válidos e confiáveis.

Para mensurar o SOC, Antonovsky, em 1987, propôs um questionário fechado, com 29 questões, com 7 respostas em formato *Likert*. Algumas das perguntas estão em forma afirmativa e outras em forma negativa. Posteriormente, algumas versões curtas do questionário foram propostas mostrando-se também consistentes e válidas. No Brasil, a

primeira versão curta foi utilizada com adolescentes, em Goiânia, para verificar o SOC e comportamentos preventivos em saúde bucal (BONANATO et al., 2008).

No intuito de quantificar e, conseqüentemente, qualificar o SOC, Bonanato et al. (2009a) apresentaram uma nova versão para a escala de SOC. Através de entrevistas cognitivas, foram feitas adaptações que envolveram a inserção de palavras, diminuição de opções de respostas e opções por escrito para as respostas intermediárias. Depois de testada e validada, a nova versão foi apresentada. Essa versão da escala SOC foi utilizada para um estudo de mães de crianças pré-escolares de diferentes classes sociais e mostrou-se consistente. Diante dessa constatação, desenvolveram uma nova versão curta do questionário SOC, mostrando-se válida e consistente também. A escala originalmente validada e utilizada em estudo anterior demonstrou um baixo percentual de resposta e um elevado número de respostas extremas quando aplicada a mães de pré-escolares.

Após a adaptação transcultural e validação da versão curta do SOC, Bonanato et al. (2009b) realizaram outro estudo para investigar a relação entre SOC materno e saúde bucal de crianças pré-escolares. Nesse estudo realizaram exame clínico nas crianças para avaliar a cárie dentária e relacioná-la ao SOC das respectivas mães. A pesquisa revelou que mães com SOC fraco tinham filhos com maior prevalência de cárie. Essa constatação confirma que o SOC é um determinante psicossocial importante e que intervenções no sentido de melhorar a saúde bucal das crianças devem levar em consideração o contexto familiar.

Segundo Silva (2009), o escore do SOC é obtido através do somatório das 13 perguntas. Quanto maior o escore, mais forte é o SOC. Além disso, um aspecto relevante do SOC diz respeito à possibilidade de aplicação do conceito e instrumento para mensuração em qualquer contexto social.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a associação entre SOC materno e condição de saúde bucal de filhos pré-escolares.

3.2 Objetivos específicos

Artigo 1

Analisar a relação entre valores do senso de coerência, variáveis socioeconômicas e percepção da saúde bucal de mães de pré-escolares.

Artigo 2

Analisar a relação entre valores do SOC materno e a saúde bucal de pré-escolares.

4 ARTIGOS

4.1 Artigo 1

Relação entre senso de coerência materno, condições socioeconômicas e percepção da saúde

Sugestão de título abreviado: **Senso de coerência materno**

Relationship between maternal sense of coherence, socioeconomic and perception of oral health

Valéria Rodrigues de **LACERDA**¹
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Elenir Rose Jardim Cury **PONTES**²
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Cecília Lacerda de **QUEIROZ**³
Universidade Católica Dom Bosco

Autor para correspondência

Valéria Rodrigues de Lacerda
Rua Bahia n° 662 apto 2203
Jardim dos Estados
Campo Grande- MS CEP 79002530
(67) 3383-0831
(67) 8114-5123
val99@terra.com.br

Endereço para correspondência

Faculdade de Odontologia Prof. Albino Coimbra Filho
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Av. Senador Filinto Müller, s/n° - Bairro Vila Ipiranga Caixa Postal 549
CEP - 79080-190 - Campo Grande –MS
Fax: (67) 3345-7681
(67) 3304-9677

1 Professora da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região do Centro-Oeste, Mato Grosso do Sul, Brasil.

2 Professora Doutora, Departamento de Tecnologia de Alimentos, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.

3 Acadêmica de Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco.

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi verificar a relação entre valores do senso de coerência (SOC), variáveis socioeconômicas e percepção da saúde bucal de mães de pré-escolares. Seiscentas e quarenta mães de pré-escolares do nível III (4 e 5 anos de idade), no município de Campo Grande (MS) responderam dois questionários: um para a caracterização socioeconômica e percepção da saúde bucal materna e outro para mensurar o SOC. Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística através do programa Bio Estat, versão 5.0. Para a comparação dos escores do SOC foi utilizado o Teste Mann Whitney, ao nível de significância de 5%. Houve associação entre menores valores do SOC e condições socioeconômicas adversas, e em situação de estresse, as mães apresentaram uma visão desfavorável em relação à própria saúde bucal. Portanto, o SOC tem fortes características psicológicas e pode ser um determinante de saúde bucal.

Unitermos: resiliência psicológica; estresse psicológico; saúde.

Abstract

The objective was to evaluate the relationship between values of sense of coherence (SOC), socioeconomic variables and perceived oral health status of mothers of preschoolers. Six hundred and forty mothers of preschool level III (4 and 5 years old), in Campo Grande city (MS) answered two questionnaires: one for the socioeconomic characteristics and maternal perception of oral health and another to measure the SOC. The data were statistically analyzed using the program Bio Estat, version 5.0. To compare the scores of SOC, we used the Mann Whitney test, significance level of 5%. There was an association between lower levels of SOC and adverse socioeconomic conditions, and under stress, the mothers had a pessimistic view regarding their own oral health. Therefore, the SOC has strong psychological characteristics and can be a determinant of oral health.

Keywords: resilience psychological; stress psychological; health.

Introdução

A teoria salutogênica foi proposta por Antonovsky em 1979 (*saluto* =saúde; *gênese*= origem) (Antonovsky,1979) na busca pela superação da dicotomia entre saúde e doença e de acordo com o ideário da Promoção da Saúde contemporânea. Como complemento à teoria patogênica, a salutogênese se propõe a explicar que os fatores que promovem a saúde são distintos daqueles que modificam o risco para doenças específicas (Lindström, 2001).

Na abordagem salutogênica, pensar a saúde em um contexto mais amplo significa reconhecer que a mesma é resultado da capacidade adaptativa do ser humano ao estresse. Além disso, procura também compreender como os indivíduos conseguem administrar suas vidas apesar de condições adversas (Lindström & Eriksson, 2005).

Antonovsky (1923-1994), o pai da salutogênese e professor de sociologia médica na Universidade de Bem Gurion de Negev, Beersheba, Israel, estudou mulheres no climatério, que viveram em campos de concentração na Segunda Guerra Mundial e constatou que algumas dessas mulheres mantinham bom estado de saúde físico e mental. Essa constatação despertou o interesse do professor em aprofundar seus estudos e concluiu que as pessoas que passam por grandes dificuldades e conseguem manter sua saúde física e mental possuem uma característica comum, ao assumirem uma postura mais positiva diante das dificuldades vividas e se adaptarem melhor as situações de estresse (Teixeira, 2006).

O elemento central da teoria salutogênica é o Senso de Coerência (SOC) que está relacionado ao bem estar mental. O SOC é um instrumento composto de três variáveis: compreensibilidade (capacidade de compreender um evento), maneabilidade (percepção do potencial de manipulá-lo ou resolvê-lo) e significância (significado que se dá a esse evento) (Bonanato et al., 2008).

O SOC implica, fundamentalmente, uma orientação global no sentido de ver a vida estruturada, manejável e com sentido emocional. Trata-se de uma forma individual de pensar, sentir e agir com uma autoconfiança que leva as pessoas a identificarem, beneficiarem-se, utilizarem e reutilizarem os recursos disponíveis (Freire, Sheiham, Hardy, 2001; Watt, 2002; Pattusi, Hardy, Sheiham, 2006). Estrutura-se a partir do contexto histórico-cultural individual e coletivo e consiste em um determinante importante da posição do indivíduo na contínua alternância entre presença e ausência de bem-estar, o que permite enfrentar as dificuldades da vida como suportáveis e gera um impacto positivo sobre seu estado de tranquilidade (Teixeira, 2006).

No intuito de quantificar e, conseqüentemente, qualificar o SOC, um questionário testado e validado, numa versão curta com 13 perguntas para serem respondidas em escala *Likert*, foi proposto por Antonovsky (Teixeira, 2006). Algumas versões em português foram testadas, na busca por propriedades psicométricas satisfatórias, face às diferenças sociais, econômicas e culturais da população brasileira. Assim, no Brasil, uma proposta de transadaptação cultural da versão foi validada mostrando-se consistente e confiável para a população urbana de mães em diferentes condições sociais (Bonanato et al., 2009a).

Diversos estudos foram realizados revelando a relação entre SOC e condições socioeconômicas (Nilsson, Holgren, Westman, 2000; Lantz et al., 2001; Bernabé et al., 2009a; Bernabé et al., 2009b), SOC e percepção de saúde bucal (Nilsson et al., 2000; Hakansson et al., 2003; Savolainen et al., 2005). Várias pesquisas também comprovam a relação entre o SOC e a saúde bucal (Freire et al., 2001; Bonanato et al., 2009b; Dorri et al., 2010).

Em Belo Horizonte (MG) foram analisadas 546 mães e seus respectivos filhos, pré-escolares de 5 anos, a fim de verificar a relação entre SOC materno e a saúde bucal de

seus filhos. O estudo demonstrou que filhos de mães com SOC menor têm maior chance de apresentar cárie dentária do que filhos de mães com SOC maior (Bonanato et al., 2009b).

Diante do exposto, o SOC pode ser um importante instrumento para subsidiar os setores públicos no planejamento e implementação de políticas sociais. Além disso, a interface da teoria salutogênica com a Promoção da Saúde pode contribuir para a mobilização dos indivíduos no processo de enfrentamento das adversidades, o que pode implicar em resultados mais favoráveis em termos de saúde (Freire et al., 2001; Teixeira, 2006; Bonanato et al., 2009b).

O objetivo desse estudo foi verificar o SOC das mães de pré-escolares, tendo como variáveis a idade, renda, escolaridade, trabalho, moradia e percepção da saúde bucal.

Metodologia

Realizou-se um estudo transversal com mães (ou na ausência destas, responsáveis do sexo feminino) de pré-escolares do nível III (4 e 5 anos de idade) matriculados nos Centros de Educação Infantil (CEINF), no município de Campo Grande (MS).

De acordo com os dados da Secretaria Municipal de Educação (SEMED) e Secretaria Municipal de Assistência Social (SAS), o município de Campo Grande (MS) conta com 89 CEINF's distribuídos da seguinte forma: 18 no Distrito Norte, 28 no Distrito Sul, 17 no Distrito Leste e 26 no Distrito Oeste e constitui uma população na faixa etária de interesse de 3.216 crianças (Campo Grande, 2009).

A amostra foi calculada através do Programa Epi-Info, versão 3.3.2, baseada nos seguintes parâmetros: população total de crianças de 4 e 5 anos dos CEINF's, prevalência de 50% (+/- 5%), efeito de desenho 2 e nível de significância de 5%. O valor mínimo foi distribuído proporcionalmente entre os quatro Distritos Sanitários do município de Campo

Grande (MS), perfazendo uma amostra de 686 mães, que foram selecionadas através de sorteio.

Para a coleta de dados foram utilizados dois questionários: um para a obtenção de dados socioeconômicos e percepção da saúde bucal materna e outro para mensurar o SOC.

O instrumento previamente testado e validado para mensurar o SOC constituiu-se de 13 perguntas respondidas em uma escala de 1 a 5 pontos tipo *Likert*, na qual o número 1 corresponde ao extremo negativo e o número 5 ao extremo positivo, variando escores de 1 a 5 pontos. Os escores foram somados para obter um valor absoluto correspondente ao SOC materno podendo variar de 13 a 65 pontos (Bonanato et al., 2009a). Quanto maior o escore, mais forte o SOC (Hakansson et al., 2003).

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística através do programa Bio Estat, versão 5.0.(Ayres et al., 2007). Para a comparação dos escores do SOC foi utilizado o Teste Mann Whitney, ao nível de significância de 5%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS) sob o número de protocolo 1423, e foram seguidos todos os procedimentos normativos e formais, tais como: a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizações oficiais da Secretaria Municipal de Educação (SEMED), Secretaria Municipal de Assistência Social (SAS) e aos Centros de Educação Infantil (CEINF) do município de Campo Grande (MS).

Resultados

Neste estudo foram avaliadas 640 mães de pré-escolares, visto que não houve o retorno do questionário preenchido por 46 mães. Os dados socioeconômicos da amostra estão apresentados nas Tabelas 1 e 2.

A idade das mães variou entre 18 e 57 anos, com média de $30,1 \pm 6,6$ anos (média \pm desvio padrão) e mediana de 29 anos. A maioria tinha 1 ou 2 filhos, predomínio de boa escolaridade (fundamental completo ou acima deste nível) e condição socioeconômica favorável em alguns aspectos (trabalham fora, casa própria, 4 a 6 cômodos na residência), apesar da renda familiar *per capita* estar no patamar de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

O valor do SOC das mães variou entre 13 e 59 pontos, com média de $33,28 \pm 9,39$ pontos e mediana de 33 pontos. Nas condições de 3 filhos ou mais, menor escolaridade, moradia não própria, no máximo 3 cômodos na residência, e renda familiar *per capita* inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo, houve menor média do SOC das mães. Simultaneamente, observou-se que mães com menor média do SOC não tinham uma boa percepção da própria saúde bucal.

Tabela 1 - Número e porcentagem de mães segundo dados socioeconômicos (Parte I),
 Campo Grande – 2009 (n=640)

Variáveis	Nº.	%
Idade (em anos)		
Sem informação	45	7,0
18 a 20 anos	9	1,4
21 a 30 anos	339	53,0
31 a 40 anos	198	30,9
41 a 50 anos	43	6,7
51 a 57 anos	6	0,9
Número de filhos		
Sem informação	3	0,5
1	157	24,5
2	227	35,5
3	143	22,3
4	72	11,3
5	24	3,8
Mais de 5	14	2,2
Escolaridade da mãe		
Sem informação	3	0,5
Analfabeto	9	1,4
Ensino fundamental incompleto	42	6,6
Ensino fundamental completo	189	29,5
Ensino médio incompleto	124	19,4
Ensino médio completo	120	18,8
Curso superior incompleto	144	22,5
Curso superior completo	9	1,4
Trabalha fora		
Sem informação	1	0,2
Não	148	23,1
Sim	491	76,7

Tabela 2 - Número e porcentagem de mães segundo dados socioeconômicos (Parte II),
 Campo Grande – 2009 (n=640)

Variáveis	Nº.	%
Moradia		
Própria	322	50,3
Própria em aquisição	37	5,8
Alugada	167	26,1
Cedida	93	14,5
Outros	21	3,3
Cômodos na casa		
Sem informação	12	1,9
1 a 3	156	24,4
4 a 6	429	67,0
7 a 9	40	6,3
10 ou mais	3	0,5
Renda familiar <i>per capita</i> (em salário mínimo)		
Sem informação	37	5,8
Até ½ salário	432	67,5
> ½ a 1 salário	143	22,3
> 1 a 1 ½ salários	22	3,4
> 1 ½ a 2 salários	5	0,8
> 2 salários	1	0,2

Tabela 3 – Estatística descritiva dos valores do SOC as mães, segundo dados socioeconômicos e a percepção materna da própria saúde bucal, Campo Grande – 2009 (n=640)

Variáveis	Mediana	Média	Desvio padrão	P
Idade				
Até 30 anos	33	32,9	8,9	0,687
Acima de 30 anos	33	33,4	10,4	
Filhos				
Até 2 filhos	34	33,9	9,2	0,038
3 ou mais filhos	33	32,4	9,7	
Escolaridade				
Até fundamental	31	30,8	9,1	<0,001
Médio ou superior	34	35,2	9,2	
Trabalha fora				
Sim	33	33,4	9,3	0,554
Não	33	32,9	9,6	
Casa própria				
Sim	34	34,1	9,3	0,008
Não	32	32,2	9,4	
Cômodos na residência				
Até 3 cômodos	32	31,9	9,5	0,048
3 ou mais cômodos	33	33,7	9,3	
Renda familiar <i>per capita</i>				
Até ½ salário mínimo	33	32,2	9,1	<0,001
Acima de ½ salário mínimo	34	35,6	9,4	
Percepção materna da própria saúde bucal				
Boa	34	34,5	9,5	0,005
Não boa	33	32,4	9,3	

Nota: Teste Mann Whitney, ao nível de significância de 5%.

Discussão

De acordo com os dados da Tabela 1, a idade das mães variou entre 18 e 57 anos, com média de 30,1±6,6 anos (média±desvio padrão) e mediana de 29 anos. Esse resultado é importante, uma vez que o SOC dos indivíduos desenvolve-se ao longo de toda a infância e permanece razoavelmente estável após os 30 anos, quando então, somente eventos

significativos na vida podem modificá-lo (Geyer, 1997; Bonanato et al., 2009b; Silva, 2009). Não houve diferença dos valores medianos do SOC em relação às faixas etárias estudadas (até 30 anos; acima de 30 anos).

O valor do SOC materno variou entre 13 e 59 pontos, com média de $33,28 \pm 9,39$ pontos e mediana de 33 pontos. Vários estudos revelam que indivíduos com um SOC forte se adaptam melhor em situações de estresse, uma vez que têm uma visão mais positiva e otimista da vida (Nilsson et al., 2000; Bernabé et al., 2009a; Bonanato et al., 2009a), enquanto pessoas que apresentam altos níveis de estresse, tendem a apresentar um SOC fraco (Suresky et al., 2008).

A relação entre o SOC materno e as variáveis, número de filhos, escolaridade, moradia e renda *per capita* apresentou um valor do SOC menor nas seguintes condições: 3 filhos ou mais, menor escolaridade, moradia não própria, 3 cômodos na residência e renda familiar *per capita* inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo. Os resultados fornecem um forte apoio para uma associação entre o SOC e a condição socioeconômica (Larsson & Kallenberg, 1996; Gustavsson & Branholm, 2003; Bernabé et al., 2009a; Bernabé et al., 2009b).

Níveis de renda mais altos estão associados com uma maior pontuação do SOC (Larsson & Kallenberg, 1996). Uma pesquisa realizada em Israel, numa amostra de casais de meia idade, verificou a associação entre o conjunto das variáveis encontradas em ambientes domésticos e o sentido da coerência na família. Concluiu-se que quanto maior a renda, maior o senso de coerência nos integrantes da família (Gustavsson & Branholm, 2003).

Em Goiânia (GO), 664 adolescentes de escolas públicas e privadas e suas respectivas mães responderam questionários especificamente desenvolvidos para este inquérito. Dos adolescentes foram levantadas informações sobre variáveis demográficas, comportamentais e atitudes em relação à saúde bucal (dieta, higiene bucal, uso de flúor e atendimento odontológico). Das mães foram abordados aspectos socioeconômicos, dados

demográficos, saúde dos filhos desde a infância e os hábitos em relação à saúde bucal materna. Verificou-se uma relação significativa entre o padrão de atendimento odontológico, classe social e educação das mães. Os adolescentes com maior pontuação no SOC e melhor nível social tinham menor probabilidade de ir ao cirurgião- dentista (Freire et al., 2001).

Um levantamento realizado em 2000-2001 pelo Instituto Nacional de Saúde Pública da Finlândia, com adultos dentados de 30-64 anos, verificou a associação entre SOC e o perfil de impacto da saúde bucal (OHIP) e a relação dos comportamentos de saúde bucal e condição socioeconômica. Concluiu-se que indivíduos com valores fortes ou moderados do SOC apresentavam um número significativamente menor de problemas de saúde bucal do que aqueles indivíduos com SOC fraco (Savolainen et al., 2005).

Há estudos que confirmam a relação entre SOC e percepção da saúde (Nilsson & Holmgren, 2000; Gustavsson & Branholm, 2003). Uma investigação de base populacional realizada na Suécia estimou o SOC e a percepção da saúde em diferentes estágios de doença no estômago e concluiu que mulheres com problemas de estômago têm um SOC significativamente menor quando comparadas àquelas que não relataram problemas (Nilsson & Holmgren, 2000).

Outro trabalho do programa de avaliação de saúde da mulher realizado no sul da Suécia constatou uma forte relação entre o SOC e a auto-avaliação da saúde. As mulheres com um forte SOC avaliaram sua saúde como boa enquanto que aquelas com história de depressão apresentaram um SOC fraco (Hakansson et al., 2003).

Conclusão

O SOC tem fortes características psicológicas e pode ser um determinante de saúde bucal.

Houve associação entre menores valores do SOC e condições socioeconômicas adversas, e nessa situação de estresse, as mães apresentaram uma visão desfavorável em relação a sua saúde bucal.

Referências

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. London: Jossey-Bass.
- Ayres M, Ayres Jr. M, Ayres DL, Santos AAS. BioEstat. *Aplicações estatísticas das Ciências Bio-médicas* [programa de computador]. Versão 5.0. Belém (PA): Sociedade Mamirauá; 2007.
- Bernabé, E., Watt, R.G., Sheiham, A., Suominen-Taipale, A.L., Nordblad, A. Savolainen, J. et al.(2009a). The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral health-related behaviours. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, 37, 357-367.
- Bernabé, E., Kiwimäki, M., Tsakos, G., Nordblad, A., Savolainen, J., Uutela, A. et al. (2009b). The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health-related behaviours among Finnish dentate adults. *European Journal Oral Science*, 117, 413-8.
- Bonanato, K., Scarpelli, A.C., Goursand, D., Mota, J.P.T., Paiva, S.M., & Pordeus, I.A. (2008). Senso de coerência e experiência de cárie dentária em pré-escolares de Belo Horizonte. *Revista Odonto Ciência*, 23(3), 251-255.
- Bonanato, K., Branco, D.B.T., Mota, J.P.T., Ramos-Jorge, M.L., Kaepplé, K.C., Paiva, S.M., Pordeus I. A. (2009a). Trans-cultural adaptation and psychometric properties of the sense of coherence scale of preschool children. *Revista Interamericana de Psicologia*, 43(1), 407-416.
- Bonanato, K., Paiva, S.M., Pordeus, I.A., Ramos-Jorge, M.L., Barbabela, D., & Allison, P.J.(2009b). Relationship between mother's sense of coherence and oral health status of preschool children. *Caries Research*, 43: 103-109.
- Dorri, M., Sheiham, A., Hardy, R., & Watt R. (2010). The relationship between sense of coherence and toothbrushing behaviours in iranian adolescents in Mashhad. *Journal of Clinical Periodontology*, 37: 46-52.

- Freire, M.D.M., Sheiham, A., & Hardy, R.(2001). Adolescent's sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29:204-212.
- Geyer, S.(1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science & Medicine*, 44(12), 1771-1779.
- Gustavsson, A., & Branholm, I.B. (2003). Experienced Health, Life Satisfaction, Sense of Coherence, and Coping Resources in Individuals Living with Heart Failure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10:138-143.
- Hakansson, C., Svartvik, L., Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsioe, G., Schersten, B, Nilsson P.M.(2003). Self-rated health in middle-aged women: associations with sense of coherence and socioeconomic and health-related factors. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10:99-106.
- Lantz, P.M., Lynch, J.W., House, J.S., Lepkowski, J.M., Mero, R.P., Musick, M.A. et al. (2001). Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviors. *Social Science & Medicine*, 53: 29-40.
- Larsson, G., & Kallenberg, K.O.(1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. *European Journal Oral Science*, 6(3),175-180.
- Lindström, B.(2001). O significado de resiliência. *Adolescência Latinoamericana*, 2(3),133-137.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 440-442.
- Nilsson, B., Holmgren, L., & Westman, G.(2000). Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, 14-20.
- Pattusi, M.P., Hardy, R., & Sheiham, A. (2006). Neighborhood social capital and dental injuries in Brazilian adolescents. *American Journal of Public Health*, 96,1462-1468.
- Prefeitura Municipal de Campo Grande. (2009). *Relatório de atividades dos Centros de Educação Infantil*. Campo Grande: Secretaria Municipal de Assistência Social.
- Savolainen, J., Suominen-Taipale, A.L., Harju, H.H.P., Uutela, A., Martelin, T., & Knuuttila, M. (2005). Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults. *European Journal of Oral Science*, 113, 121-127.
- Silva, A.N. (2009). *Desvelando os mistérios da saúde bucal: estudo epidemiológico e contribuições da salutogênese para a promoção da saúde bucal*. Tese de doutoramento apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.
- Suresky, M.J., Zauszniewski, J.A., & Bekhet, A.K. (2008). Sense of Coherence and Quality of Life in Women Family Members of the Seriously Mentally III. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(3), 265-78.

Teixeira, K.B.(2006). *Senso de coerência materno: relação com a saúde bucal de pré-escolares*. Dissertação de Mestrado apresentada a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG).

Watt, R.G. (2002). Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30, 241-247.

4.2 Artigo 2

Senso de Coerência Materno e saúde bucal de pré-escolares

Introdução

A necessidade de compreender a promoção da saúde além dos mecanismos patogênicos e fatores biológicos levou a pensar a saúde num contexto mais amplo. Nesse sentido, Antonovsky propôs a teoria Salutogênica que entende a saúde como o resultado de equilíbrio de forças que levam aos extremos (saúde e doença) (LINDSTRÖM, ERIKSSON, 2005).

O paradigma da Salutogênese (*saluto* = saúde; *gênese* = origem) tem como objetivo central o estudo das origens da saúde, diferentemente do paradigma patogênico que estuda as causas da doença (Antonovsky, 1979). Busca explicar por que algumas pessoas permanecem saudáveis apesar de condições extremamente difíceis (LINDSTRÖM, 2001).

A idéia central da teoria salutogênica é o senso de coerência (SOC) que reflete a visão que o indivíduo tem da vida e sua capacidade de adaptação em situações estressantes. O SOC é composto pelos elementos cognitivo (capacidade de compreender um evento), instrumental (capacidade de manejo das situações) e emocional (capacidade de conferir sentido emocional às situações da vida) (SILVA, 2009).

É uma orientação global estável em relação à percepção e ao controle do ambiente para a significação e adoção de comportamentos apropriados. O SOC influencia os hábitos que interferem diretamente na saúde e os comportamentos adaptativos para minimizar a gravidade da doença, a percepção ao estresse ambiental e às emoções negativas em decorrência do estresse (Bonanato et al., 2008). Desenvolve-se desde a infância até meados da terceira década, quando então somente grandes eventos da vida podem perturbá-lo ou modificá-lo (LINDSTRÖM, 2001).

A escala que mensura o SOC foi desenvolvida por Antonovsky (LINDSTRÖM, ERICKSSON, 2005) para ser aplicada em forma de questionário. A versão longa do SOC é composta por 29 perguntas relativas à compreensão, capacidade de manejo e habilidade de dar sentido emocional. As respostas são em formato *Likert* (ANTONOVSKY, 1987). Uma versão curta foi recentemente validada no Brasil (BONANATO et al., 2008) e contém 13 itens.

Diversos estudos relacionam SOC e qualidade de vida (MONNS, NOREKVAL, 2006; SAVOLAINEN et al, 2005; SURESKY, ZAUSKNIEWSKI, BEKHET, 2008), SOC e condições socioeconômicas (BERNABÉ et al., 2009a; HAKANSSON et al., 2003; LANTZ et al., 2001; LARSSON; KALLENBERG, 1996), SOC e câncer (FLOYD et al., 2003; POPPIUS et at., 2006; VILELA, ALISSON, 2010), SOC e sintomas depressivos e ansiedade (GOMES, 2003; KONTTINEN et al., 2008) e SOC e doenças cardíacas (GOIS, 2009; KARLSSON et al., 1999).

Diante da observação que o SOC influencia hábitos e comportamentos em situações adversas, pesquisas foram realizadas para verificar a relação do SOC com comportamentos e hábitos de higiene oral (AYO-YUSUF et al., 2009; BERNABÉ et al., 2009b; DORRI et al., 2010a ; DORRI, SHEIHAM, WATT, 2010a).

No Brasil, a versão curta do SOC foi utilizada em três estudos. Um foi realizado em Goiânia (GO) para identificar a relação do SOC com os comportamentos preventivos em saúde bucal (FREIRE, SHEIHAM, HARDY, 2001) e outro no município de São João do Meriti (RJ) para investigar a associação entre senso de coerência materno e uso de serviços odontológicos (SILVA, 2009). Além desses, outro estudo foi realizado em Belo Horizonte (MG) para avaliar a relação entre o estado de saúde bucal de crianças pré-escolares e o SOC materno (BONANATO et al., 2009b).

No que diz respeito à saúde bucal das crianças, atualmente há uma visão ampliada da etiologia da doença cárie na primeira infância reconhecendo um forte envolvimento da mãe, como a principal multiplicadora de modelos, hábitos, valores e atitudes perante o filho. É importante destacar ainda, que a mãe exerce um papel central quanto às questões de saúde da família (FADEL, WAGNER, FURLAN, 2008).

Do ponto de vista social, é importante conhecer os fatores envolvidos na etiologia da cárie precoce na infância que causa dor e sofrimento e, conseqüentemente, compromete a qualidade de vida a fim de, num futuro próximo, diminuir sua prevalência (DINI et al, 2000; ROSENBLATT; ZARAZAR, 2002).

A proposta desse estudo foi verificar relação entre valores do SOC materno e a saúde bucal dos filhos pré-escolares.

Metodologia

Participaram desse estudo transversal, crianças matriculadas em Centros de Educação Infantil (CEINF) do município de Campo Grande (MS) pertencentes ao nível III (4 e 5 anos de idade) e suas respectivas mães (ou na ausência destas, responsáveis do sexo feminino).

Campo Grande é a capital de Mato Grosso do Sul, com uma população de 750 mil habitantes, sendo o terceiro maior e mais desenvolvido centro-urbano da região Centro-Oeste, porém com consideráveis diferenças sociais, econômicas e culturais. Possui 89 CEINF distribuídos da seguinte forma: Distrito Norte (18), Distrito Sul (28), Distrito Leste (17) e Distrito Oeste (26) e constitui uma população na faixa etária de interesse de 3.216 crianças (CAMPO GRANDE, 2009).

Para garantir a representatividade da amostra, a distribuição foi determinada proporcionalmente ao tamanho da população dos CEINF nos quatro distritos sanitários. Os CEINF e as crianças foram sorteados.

A amostra foi calculada através do Programa Epi-Info, versão 3.3.2, (DIVISION OF PUBLIC HEALTH SURVEILLANCE AND INFORMATICS, 2007) baseada nos seguintes parâmetros: população total de crianças do nível III dos CEINF, prevalência de 50% (+/- 5%), efeito de desenho 2 e nível de significância de 5%. O tamanho da amostra calculado foi de 686 pré-escolares e suas respectivas mães.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados das mães foi um questionário para a obtenção de dados socioeconômicos e percepção da saúde bucal e outro para mensurar o SOC. O instrumento para mensurar o SOC foi composto por de 13 perguntas e opções de respostas numa escala de 1 a 5 pontos tipo *Likert* em forma de escore. Essa escala do SOC já havia sido testada e validada (BONANATO et al., 2009b).

Os escores de cada resposta foram somados para obtenção de um valor absoluto correspondente ao SOC materno que pode variar de 13 a 65 pontos. O escore é obtido através do somatório dos itens. Quanto maior o escore, mais forte é o SOC e, portanto, melhores resultados em saúde, qualidade de vida e com a maioria dos parâmetros psicológicos de bem-estar (BERNABÉ et al., 2009b; FREIRE, SHEIHAM, HARDY, 2001; LINDSTRÖM, 2001; SAVOLAINEN et al, 2005; SILVA., 2009; SURESKY, ZAUSKNIIEWSKI, BEKHET, 2008).

Todas as mães foram informadas do propósito da pesquisa e do destino dos dados e aquelas que concordaram assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As crianças cujas mães devolveram o questionário foram submetidas a um exame clínico para a avaliação da saúde bucal. Durante o exame clínico verificou-se o número de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados (índice ceo-d), presença ou não de placa

visível (ALALUUSUA; MAMIVIRTA, 1994), presença ou não de envolvimento pulpar (SOUZA; VIEIRA, 2007). A ficha utilizada para o exame das crianças foi adaptada do projeto SB Brasil 2003 (BRASIL, 2001).

Os exames foram realizados por um único examinador calibrado ($Kappa=0,96$) sob luz natural, na posição joelho-a-joelho, com o uso de equipamento de proteção individual (EPI) completo. Para os exames clínicos utilizou-se sonda tipo *ball point* e espelho bucal devidamente esterilizados, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (World Health Organization, 1997). A sonda foi utilizada somente para a confirmação, em caso de dúvida, de presença de placa visível (ALALUUSUA; MAMIVIRTA, 1994). Um anotador, devidamente treinado, preencheu os códigos para o índice ceo-d e assinalou os dentes com presença de placa visível.

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística utilizando-se o programa *Bio Estat*, versão 5.0. (AYRES et al., 2007). Para a comparação dos escores do SOC foi utilizado o Teste *Mann Whitney* e o Teste *Kruskal Wallis*, seguido do Teste *Student-Newman-Keuls*, ao nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS) sob o número de protocolo 1423. Além disso, foram solicitadas autorizações à Secretaria Municipal de Educação (SEMED) e Secretaria Municipal de Assistência Social (SAS).

Resultados

Neste estudo foram avaliados 640 pares (mães e filhos), visto que não houve o retorno de 46 questionários. Os resultados referentes aos dados socioeconômicos da amostra estão apresentados nas Tabelas 1 e 2.

A idade das mães variou entre 18 e 57 anos, sendo a idade média de $30,08 \pm 6,61$ anos (média±desvio padrão). O escore do SOC das mães variou entre 13 e 59 pontos, sendo o escore médio de $33,28 \pm 9,39$ pontos e a mediana de 33 pontos.

O índice ceo-d das crianças (n=640) de 4 e 5 anos de idade apresentou o valor de $1,97 \pm 2,91$ (média±desvio padrão). Do total de crianças 355 (55,5%) eram livres de cárie dentária (Figura 1) e 337 (52,7%) tinham placa dentária visível. Dentre as que tinham ceo-d > 0 (n=285), 84 (29,5%) apresentavam lesões cariosas com envolvimento pulpar.

Tabela 1 - Número e porcentagem de mães segundo dados socioeconômicos (Parte I), Campo Grande/MS- 2009 (n=640)

Variáveis	Nº.	%
Idade (em anos)		
Sem informação	45	7,0
11 a 20 anos	9	1,4
21 a 30 anos	339	53,0
31 a 40 anos	198	30,9
41 a 50 anos	43	6,7
51 a 60 anos	6	0,9
Número de filhos		
Sem informação	3	0,5
1	157	24,5
2	227	35,5
3	143	22,3
4	72	11,3
5	24	3,8
Mais de 5	14	2,2
Escolaridade da mãe		
Sem informação	3	0,5
Analfabeto	9	1,4
Ensino fundamental incompleto	42	6,6
Ensino fundamental completo	189	29,5
Ensino médio incompleto	124	19,4
Ensino médio completo	120	18,8
Curso superior incompleto	144	22,5
Curso superior completo	9	1,4
Trabalha fora		
Sem informação	1	0,2
Não	148	23,1
Sim	491	76,7

Tabela 2 - Número e porcentagem de mães segundo dados socioeconômicos (Parte II), Campo Grande/MS - 2009 (n=640)

Variáveis	Nº.	%
Moradia		
Própria	322	50,3
Própria em aquisição	37	5,8
Alugada	167	26,1
Cedida	93	14,5
Outros	21	3,3
Cômodos na casa		
Sem informação	12	1,9
1 a 3	156	24,4
4 a 6	429	67,0
7 a 9	40	6,3
10 ou mais	3	0,5
Renda familiar per capita (em salário mínimo)		
Sem informação	37	5,8
Até ½ salário	432	67,5
> ½ a 1 salário	143	22,3
> 1 a 1 ½ salários	22	3,4
> 1 ½ a 2 salários	5	0,8
> 2 salários	1	0,2

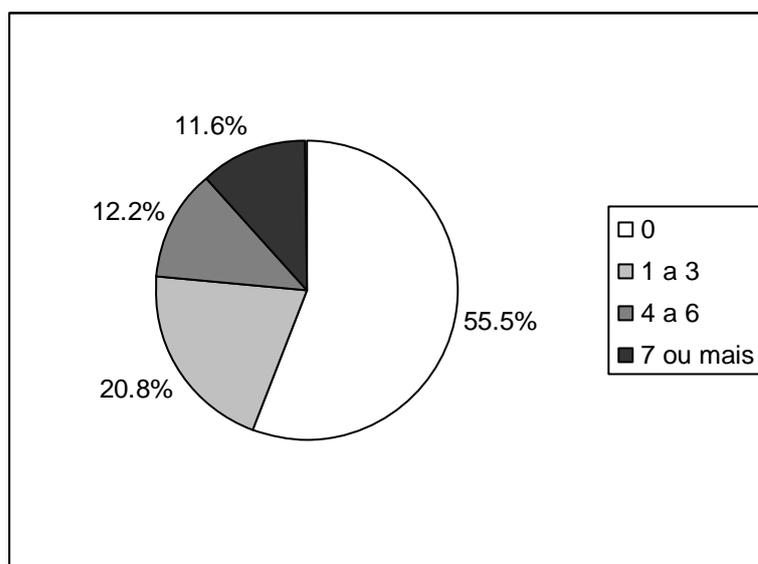


Figura 1 – Valores do índice ceo-d das crianças de 4 e 5 anos de idade matriculadas nos Centros de Educação Infantil, Campo Grande/MS - 2009 (n=640)

As mães que consideravam a saúde bucal dos filhos como boa apresentavam os valores do SOC de $34,4 \pm 9,0$ (média \pm DP) e mediana 34; e as que classificaram como não boa, de $31,8 \pm 9,7$ (média \pm DP) e mediana 32. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,001$ – Teste Mann Whitney). Das crianças com lesões cáries com envolvimento pulpar ($n=85$), 42,9% das mães consideravam a saúde bucal como boa.

Em relação à condição bucal das crianças, não houve diferença estatisticamente significativa dos valores do SOC materno, em função da presença ou não de cárie dentária e placa visível ($p = 0,784$ – Teste *Kruskal Wallis*). Os resultados foram os seguintes: a) ausência de cárie dentária e ausência de placa visível, $33,4 \pm 9,3$ (média \pm DP) e mediana 34; b) ausência de cárie dentária e presença de placa visível, $33,1 \pm 9,4$ (média \pm DP) e mediana 33 e c) presença de cárie dentária e ausência ou não de placa visível, $33,2 \pm 9,5$ (média \pm DP) e mediana 33.

Numa análise adicional, foram formados seis grupos para comparação dos valores do SOC, mediante as duas variáveis de estudo: a percepção materna da saúde bucal dos filhos e a condição bucal obtida através de exame clínico. Os resultados ratificaram o que havia sido observado anteriormente: não houve diferença entre os valores do SOC em relação à condição bucal dos filhos, no entanto, houve diferença do SOC materno conforme a percepção materna da saúde bucal dos filhos (Tabela 3).

Tabela 3 - Média, desvio padrão (DP) e mediana do SOC das mães, segundo a percepção materna da saúde bucal dos filhos e a condição bucal obtida através de exame clínico, das crianças de 4 e 5 anos de idade matriculadas nos Centros de Educação Infantil, Campo Grande/MS - 2009 (n=640)

Percepção materna	Condição bucal		n	Média	DP	Mediana
	Cárie dentária	Placa visível				
Boa	Não	Não	154	34,1	8,7	^a 34
	Não	Sim	80	34,9	9,3	^a 34
	Sim	Sim ou não	144	34,3	9,3	^a 34
Não boa	Não	Não	66	31,9	10,4	^b 32
	Não	Sim	54	30,4	9,1	^b 30
	Sim	Sim ou não	142	32,2	9,6	^b 32

Nota: Teste de *Kruskal Wallis* ($p = 0,017$), seguido do Teste *Student-Newman-Keuls*: letras iguais significam que não há diferença estatisticamente significativa e letras diferentes significam que há diferença estatisticamente significativa, ao nível de significância de 5%.

Discussão

Em relação aos dados socioeconômicos houve predominância de mães com idade entre 21 e 30 anos, 2 filhos, ensino fundamental completo, com emprego, moradia própria com 4 ou 6 cômodos e renda per capita até $\frac{1}{2}$ salário mínimo. Os resultados encontrados foram semelhantes a outros levantamentos realizados para esse tipo de população usuária de centros infantis públicos (FADEL, WAGNER, FURLAN, 2008; FAUSTINO-SILVA et al., 2008; PERES, BASTOS, LATORRE, 2000; SANTOS et al., 2004).

Observou-se uma baixa taxa de analfabetismo (1,4%), mostrando que 36,1% das mães pesquisadas tiveram acesso ao ensino fundamental, 38,2% ao ensino médio e 23,9% ao ensino superior. Dados semelhantes foram encontrados com mães de crianças de uma creche comunitária em Porto Alegre (RS) (SANTOS et al., 2004). O grau de escolaridade está relacionado a mais oportunidades de acesso à informação sobre a saúde. Crianças que convivem com mães, nessa condição, estão sujeitas a hábitos e condutas de saúde bucal mais saudáveis (MALTZ, SILVA, 2001; PERES, BASTOS, LATORRE, 2000; SCHOU, ULTENBROEK, 1995). Wawrzyniak et al. (2006) afirmaram que os grupos que apresentam alto risco de desenvolver a cárie estão associados a crianças com condições socioeconômicas

desfavoráveis, pais com baixo nível educacional e sem acesso a informações ou serviços odontológicos.

Diversos estudos revelam a importância da educação da mãe na saúde bucal das crianças em decorrência da condição de adequação do meio bucal da mãe, que retarda o contato da criança com os microorganismos cariogênicos, além de cuidados de alimentação e higienização decorrentes de maior grau de informação (FADEL, WAGNER, FURLAN, 2008; KOWASH et al., 2000, MALTZ, SILVA, 2001).

Portanto, é de fundamental importância a inclusão de informações sobre a mãe na compreensão da saúde bucal do filho, uma vez que a figura da mãe é referência. Cabe ressaltar também, o papel da dinâmica familiar, a partir da qual é possível identificar crianças com comportamento de risco à cárie. A criança tem como modelo as atitudes dos pais, assim, adquirirá bons ou maus hábitos, segundo o comportamento e postura dos pais em relação às questões bucais (CRUZ et al., 2004, FADEL, WAGNER, FURLAN, 2008).

Essa pesquisa revelou também que a maioria das mães (76,7%) tem atividade laboral; entretanto, 67,5% apresentam renda *per capita* de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo evidenciando a dificuldade econômica das famílias apesar de 50,3% das mães afirmarem ter moradia própria. Peres, Bastos, Latorre (2000) e Santos et al. (2004) ressaltaram a importância da renda como representante dos fatores sociais para a saúde bucal. Nesse estudo, apesar da renda *per capita* baixa, 55,5% das crianças apresentaram livres de cáries. Uma pesquisa realizada com pré-escolares, em Belo Horizonte, revelou que 52,4% das crianças apresentavam a mesma condição (BONANATO et al., 2008).

A família brasileira vem sofrendo transformações nos últimos anos, dentre elas, destaca-se o crescimento da participação da mulher como referência na família. A mãe tem o papel central na formação, transmissão e preservação biológica e social dos indivíduos, especialmente dos filhos. Nesse novo cenário, a maioria das mães está inserida no mercado de

trabalho e precisa conciliar a jornada de trabalho externo com o tempo dedicado a casa e à educação dos filhos. A conjugação desses fatores remete à ampla discussão da saúde e da doença a serem vistas como processos, ao mesmo tempo biológicos e sociais (FADEL, SALIBA, 2009).

Em relação à doença cárie dentária, o ceo-d médio foi de $1,97 \pm 2,91$ (média \pm desvio padrão), inferior ao dado nacional apresentado para região centro-oeste (BRASIL, 2004) e em outros estudos locais (BARBOSA et al. 2007; FEITOSA E COLARES, 2004; MELLO, ANTUNUES, WALDMAN, 2008). No entanto, houve variação dos valores do índice ceo-d, de 0 a 10 dentes, e uma parcela expressiva de crianças com envolvimento pulpar, visto que tinham 4 ou 5 anos de idade. Para Drury et al. (1999), a identificação de lesão cariosa cavitada em crianças com idade inferior a 71 meses é importante, pois indica a presença de cárie precoce na infância ou susceptibilidade a mesma.

Os resultados desse estudo revelaram que não houve diferença estatisticamente significativa dos valores fracos do SOC materno, em função da presença ou não de cárie dentária e placa visível ($p = 0,784$ – Teste Kruskal Wallis) contrariando outros estudos relacionando o SOC materno à saúde bucal dos filhos (BONANATO et al., 2009a; FREIRE, SHEIHAM, HARDY, 2001).

Uma pesquisa realizada no Brasil revelou que adolescentes filhos de mães com SOC forte, tinham menor frequência de cárie reforçando a idéia de que o SOC materno tem influência na sua bucal dos filhos (FREIRE, SHEIHAM, HARDY, 2001). A literatura tem revelado também uma forte associação entre a saúde bucal de mãe e filho (BONANATO et al., 2009b; DECLERCK et al., 2008; FADEL, WAGNER, FURLAN, 2008; GROHOLT et al., 2003; PERES, BASTOS, LATORRE, 2000; TOMITA et al., 1996).

Em relação à placa visível, Freire, Sheiham, Hardy (2001) realizaram um estudo em Goiânia (GO) com adolescentes para investigar a relação entre o SOC e a saúde

oral dos mesmos e concluíram que o SOC foi um fator psicossocial determinante dos adolescentes em relação à saúde afetando principalmente seu padrão de atendimento odontológico. Outro estudo foi realizado com adolescentes iranianos de ambos os sexos na cidade de Mashhad (Irã) para verificar a associação entre o SOC e comportamentos de escovação em adolescentes e concluíram que há forte associação entre o SOC e hábitos de escovação, sendo que nos adolescentes do sexo feminino, esta associação é mais forte, sendo explicada em parte pelas diferenças culturais (DORRI et al., 2010a).

Uma investigação realizada no município de São João do Meriti (RJ) a fim de investigar a relação do SOC materno com o uso de serviços odontológicos por adolescentes concluiu que as mães com um SOC alto influenciam os adolescentes na procura pelos serviços odontológicos (SILVA, 2009). No estudo de Bonanato et al. (2009b) para investigar a relação entre o SOC materno e saúde bucal de pré-escolares verificou-se que o SOC materno é um fator psicossocial importante na saúde bucal dos filhos.

A tabela 3 mostra que houve diferença estatisticamente significativa do SOC materno em relação à percepção materna da saúde bucal dos seus filhos. Mães com SOC forte tiveram uma percepção melhor em relação à saúde bucal de seus filhos. O SOC tem uma associação direta com a percepção de saúde bucal (BERNABÉ et al., 2009b; LANTZ et al., 2001; SAVOLLAINEN et al., 2005).

É importante destacar, que a percepção da mãe foi diferente da condição clínica de saúde bucal do filho, uma vez que algumas mães informaram uma boa percepção de saúde bucal dos filhos mesmo na presença de lesões de cárie dentária, envolvimento pulpar e placa visível. Essa situação evidenciada é preocupante, pois na fase pré-escolar, a busca por assistência odontológica, pode se dar exclusivamente por iniciativa materna.

Análise semelhante foi realizada por Bardal et al. (2006) verificando a percepção de mães ou responsáveis sobre a saúde bucal de seus filhos, com idade entre 2 e 6

anos, matriculados em uma creche de Bauru (SP). Na maioria das entrevistas houve concordância de respostas com a condição bucal verificada no exame das crianças. A percepção dos entrevistados sobre a presença da cárie dentária foi relacionada à aparência do dente e a dor. Apesar dos resultados encontrados nas crianças das creches de Bauru (SP) serem diferentes das encontradas nessa pesquisa, os autores evidenciaram que alguns discursos expressam uma construção histórica da inevitabilidade da ocorrência da cárie dentária, vista como algo natural, e não como uma doença.

Os resultados do presente estudo apontam para ausência de associação entre SOC e a presença de cárie dentária, placa visível e envolvimento pulpar e a presença de associação entre SOC e a percepção materna da saúde bucal do filho. O estudo apresentou resultados ainda não registrados na literatura relacionando o SOC, a percepção materna e aspectos clínicos da condição bucal da criança.

Pela teoria salutogênica, há comportamentos adaptativos que minimizam a gravidade da doença (BONANATO et al., 2008). Diante disto, mães com SOC forte teriam um equilíbrio emocional maior, melhores condições psicológicas e uma visão otimista, mesmo em condições adversas (presença de cárie dentária, placa visível e envolvimento pulpar). As mães com SOC fraco estariam numa situação de estresse maior, o que poderia estar gerando uma visão distorcida da realidade: consideraram não satisfatória a saúde bucal de seus filhos, mesmo na ausência de condições adversas. Neste sentido, o “SOC” e a “percepção” possuem componentes complexos e subjetivos, talvez melhor compreendidos em abordagens qualitativas.

Conclusão

A percepção materna não foi condizente com aspectos clínicos da condição bucal dos filhos. Não houve associação entre o SOC materno e a saúde bucal de pré-escolares em relação à cárie e presença de placa visível.

Entretanto, houve associação entre o SOC materno e a percepção de saúde bucal dos filhos.

Referências

Alaluusua S, Malmivirta R. Early plaque accumulation- a sign for caries risk in Young children. *Community dent Oral Epidemiol.* 1994; 22:273-6.

Antonovsky A. *The mystery of health - how people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers.1987.

Ayo-Yusuf OA, Reddy PS, Van Den Borne BW. Longitudinal association of adolescent's sense of coherence with tooth-brushing using an integrated behaviour change model. *Community dent. oral epidemiol.* 2009; 37:68-77.

Ayres M, Ayres Jr. M, Ayres DL, Santos AAS. *BioEstat. Aplicações estatísticas das Ciências Bio-médicas [programa de computador]. Versão 5.0.* Belém (PA): Sociedade Mamirauá; 2007.

Barbosa APM, Kriger L, Moysés SJ. Prevalência da doença cárie em crianças de cinco anos de idade na cidade de Curitiba- análise crítica. *Epidemiol e Serv Saúde.* 2007; 16(2): 142-5.

Bardal PAP, Olympio KPK, Valle AAL, Tomita NE. Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 161-7.

Bernabé E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Nordblad A, Savolainen J, et al. The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral health-related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009a; 37: 357-67.

Bernabé E, Kiwimäki M, Tsakos G, Nordblad A, Savolainen J, Uutela A, et al. The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health related behaviours among Finnish dentate adults. *Eur J Oral Sci*. 2009b; 117:413-8.

Bonanato K, Scarpelli AC, Goursand D, Mota JPT, Paiva SM, Pordeus IA. Senso de coerência e experiência de cárie dentária em pré-escolares de Belo Horizonte. *Rev. Oonto Ciênc*. 2008; 23(3): 251-5.

Bonanato K, Paiva SM, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Barbabela D, Allison, PJ. Relationship between mother's sense of coherence and oral health status of preschool children. *Caries Res*. 2009b; 43: 103-109.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do anotador. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004.

Campo Grande. Secretaria Municipal de Assistência Social. Relatório anual de atividades. 2009. (mimeo).

Cruz AAG, Gadelha CGF, Cavalcanti AL, Medeiros PFV. Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: estudo no hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2004; 4(3): 185-9.

Declerck D, Lerroy R, Martens L, Lesaffre E, Garcia-Zattera MJ, Broucke SV, Debyser M, Hoppenbrouwers K. Factors associated with prevalence and severity of carie experience in preschool children. Community Dent Oral Epidemiol. 2008; 36: 168-78.

Dini EL, Holt RD, Bedi R. Caries and its association with infant feeding and oral health-related behaviours in 3-4 year old Brazilian children. Community Dent Oral Epidemiol. 2000; 28: 241-8.

Division of public health surveillance and informatics. Epi info, versão 3.4.1, 3 julho 2007. disponível em <<http://www.cdc.gov>>. acesso em: 9 jul. 2007.

Dorri M, Sheiham A, Hardy R, Watt R. The relationship between sense of coherence and toothbrushing behaviours in Iranian adolescents in Mashhad. *J Clin Periodontol.* 2010a; 37: 46-52.

Dorri M, Sheiham A, Watt R. Modelling the factors influencing general and oral hygiene behaviours in adolescents. *Int J Paediatr Dent.* 2010b; 20: 261-9.

Drury TF, Horowitz AM, Ismail AI, Maertens MP, Rozier RG, Selwitz RH. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purpose. *J Public Health Dent.* 1999; 59(3): 192-7.

Fadel CB, Wagner DM, Furlan EM. Associação entre características sociodentais maternas e experiência de cárie na primeira dentição da criança. *Rev. Odonto Ciênc.* 2008; 23(1): 31-4.

Fadel CB, Saliba NA. Aspectos sócio-dentais e de representação social da cárie dentária no contexto materno-infantil. *RGO.* 2009; 57(3): 303-9.

Faustino-Silva DD, Ritter F, Nascimento IM, Fontanive PVN, Persici S, Rossoni E. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. *Rev. Odonto Ciênc.* 2008; 23(4): 375-9.

Feitosa S, Colares V. Prevalência de cárie dentária em pré-escolares da rede pública de Recife, Pernambuco, Brasil, aos quatro anos de idade. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(2): 604-9.

Floyd A, Ghate S, Weissbecker I, Studts J, Salmon P, Sephton S. Sense of coherence: relationships with distress, quality of life, and medication use in lung cancer patients. 2003; 55(2):164-71.

Freire MDM, Sheiham A, Hardy R. Adolescent's sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. Community dent. oral epidemiol. 2001; 29:204-12.

Groholt EK, Stigum H, Nordhagen R, Köhler L. Is parental sense of coherence associated with child health? Eur J Public Health. 2003; 13(3): 195-201.

Góis CFL. Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e senso de coerência de paciente, antes e depois de 6 meses após revascularização do miocárdio [Tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo/Escola de enfermagem de Ribeirão Preto; 2009.

Gomes JCR. Desemprego, depressão e sentido de coerência: uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública [Dissertação]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública de Nova Lisboa; 2003.

Hakansson C, Svartvik L, Lidfeldt J, Nerbrand C, Samsioe G, Schersten B, et al. Self-rated health in middle-aged women: associations with sense of coherence and socioeconomic and health-related factors. Scand. j. occup. ther. 2003; 10: 99 -106.

Karlsson I, Berglin E, Pettersson G, Larsson PA. Predictors of chest pain after coronary artery bypass grafting. Scand Cardiovasc J . 1999; 33: 289-94.

Kowash M B, Pinfield A, Smith J, Curzon ME. Effectiveness on oral health of a long term health education programme for mothers with young children. *Br Dent J*. 2000; 188(4): 201-5.

Konttinen H, Haukkala A, Uutela A. Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population based study. *Soc Sci Med*. 2008; 66: 20401-12.

Lantz PM, Lynch JW, House JS, Lepkowski JM, Mero RP, Musick MA, et al. Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviors. *Soc Sci Med*. 2001; 53: 29-40.

Larsson G, Kallenberg KO. Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. *Eur J Oral Sci*. 1996; 6(3),175-80.

Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59:440-2.

Lindström B. O significado de resiliência. *Adolesc. Latinoam*. 2001; 2(3): 133-7.

Maltz M, Silva BB. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolas. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(2):170-6.

Mello TRC, Antunes JL, Waldman EA. Prevalência de cárie não tratada na dentição decídua em áreas urbanas e rurais do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2008; 23(2): 78-84.

Norekval TM, Moons P. Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic diseases? A hypothesis. [Eur J Cardiovasc Nurs](#). 2006; 5(1):6-10.

Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(4): 402-8.

Poppius E, Tenkanen L, Hakama M, Kalimo R, Pitkänen T. The sense of coherence and incidence of cancer- role of follow-up time and age at baseline. *J Psychosom Res*. 2006; 61: 205-11.

Rosenblatt A, Zarzar P. The prevalence of early childhood caries in 12-to 36-month-old children in Recife, Brazil. *J Dent Child*. 2002; 69:319-24.

Santos MF, Andrighetto AG, Lamas AE, Dockhorn DM. Relação entre doença cárie, gengivite e condições socioeconômicas dos usuários da creche comunitária Centro Infantil Murialdo. *Boletim da Saúde, Porto Alegre*. 2004; 18(1): 113-26.

Savolainen J, Suominen-Taipale AL, Harju HHP, Uutela A, Martelin T, Knuuttila M. Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults. *Eur J Oral Sci*. 2005; 113: 121-7.

Silva AN. Desvelando os mistérios da saúde bucal: estudo epidemiológico e contribuições da salutogênese para a promoção da saúde bucal [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.

Shou L, Ultebroek D. Social and behavioural indicators of caries experience in 5-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1995; 23:276-81.

Souza SMS, Vieira SCM. Prevalência de cárie severa, em pré-escolares e necessidade de tratamento-projeto piloto. *Odontologia. Clín. Científ.* 2007; 6(1): 65-9.

Suresky MJ, Zauszniewski JA, Bekhet AK. Sense of coherence and quality of life in women family members of the seriously mentally III. *Issues Ment Health Nurs.* 2008; 29(3): 265-78.

Tomita NE, Bijella VT, Lopes ES, Franco LJ. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância dos fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Pública.* 1996; 30(5): 413-20.

Vilela LD, Allison PJ. An investigation of the correlates of sense of coherence in a sample of Brazilians with head and neck cancer. *Oral Oncol.* 2010; 46(5): 360-5.

Wawrzyniak MN, Boulter S, Giotopoulos C, Zivitksi J. Incorporating caries prevention into the well-child visit in a family medicine residency. *Fam Med.* 2006; 38(2): 90-2.

World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods.* Geneva. 4 ed. 1997.

5 DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo epidemiológico revelaram que o SOC materno variou entre 13 e 59 pontos, com média de $33,28 \pm 9,39$ pontos e mediana de 33 pontos. Apesar de vários estudos revelarem que indivíduos com um SOC forte se adaptam melhor em situações de estresse (BERNABÉ et al., 2009a; BONANATO et al., 2009a; NILSSON, HOLMGREN, WESTMAN, 2000), enquanto pessoas que apresentam altos níveis de estresse, tendem a apresentar um SOC fraco (SURESKY, ZAUSZNIEWSKI, BEKHET, 2008), nessa pesquisa, as mães apresentaram um valor intermediário para o SOC.

As mães da amostra desse estudo apresentaram um valor do SOC menor nas seguintes condições: 3 filhos ou mais, menor escolaridade, moradia não própria, 3 cômodos na residência e renda familiar *per capita* inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo. Esse resultado reforça a associação entre SOC e condição socioeconômica, semelhante aos trabalhos de Bernabé et al. (2009a); Bernabé et al., (2009b); Gustavsson, Branholm (2003); Larsson, Kallenberg (1996).

A associação entre menores valores do SOC e condições socioeconômicas desfavoráveis semelhantes à encontrada nos estudos de Bernabé et al. (2009a); Bernabé et al. (2009b) Larsson, Kallenberg (1996) foram confirmadas no primeiro artigo apresentado. Nesse artigo as mães estudadas apresentaram uma visão desfavorável em relação à própria saúde bucal.

No que diz respeito aos dados referentes aos pré-escolares, apresentados no segundo artigo, o índice ceo-d das crianças (n=640) de 4 e 5 anos de idade apresentou o valor de $1,97 \pm 2,91$ (média \pm desvio padrão). Esse dado foi inferior ao dado nacional apresentado para região centro-oeste (BRASIL, 2004) e comparado a outros estudos locais (BARBOSA et al, 2007; CERVEIRA, 2003; FEITOSA E COLARES, 2004; MELLO, ANTUNES, WALDMAN, 2008). Das 640 crianças que participaram dessa pesquisa, 355 (55,5%) eram livres de cárie dentária e 337 (52,7%) tinham placa dentária visível. Dentre as que tinham ceo-

$d > 0$ ($n=285$), 84 (29,5%) apresentavam lesões cariosas com envolvimento pulpar. Nesse sentido, Declerck et al. (2008) alertaram para que estratégias em saúde bucal incluam recomendações para o controle da placa e do risco de desenvolvimento de cáries na presença da mesma.

Diferentemente dos estudos realizados por Bonanato et al., (2009a), Freire, Sheiham, Hardy (2001), nesse estudo não houve diferença estatisticamente significativa dos valores do SOC materno, em função da presença ou não de cárie dentária e placa visível ($p = 0,784$ – Teste Kruskal Wallis).

Assim, buscou-se uma análise adicional, através de seis grupos para comparação dos valores do SOC. Utilizou-se para essa análise as duas variáveis de estudo: percepção materna da saúde bucal dos filhos e condição bucal obtida através de exame clínico. Na literatura foram encontrados trabalhos que relacionavam o SOC com aspectos clínicos ou SOC com a percepção em relação à saúde, nesse sentido, o artigo 2 foi inovador ao relacionar, conjuntamente, o SOC, a percepção materna e aspectos clínicos da condição bucal da criança.

Os resultados confirmaram que não houve diferença entre os valores do SOC em relação à condição bucal dos filhos, entretanto, revelaram que houve diferença do SOC materno conforme a percepção materna da saúde bucal dos filhos. Mães com SOC forte tiveram uma percepção melhor em relação à saúde bucal de seus filhos. Estudos anteriores comprovam que o SOC tem uma associação direta com a percepção de saúde bucal (BERNABÉ et al., 2009b; LANTZ et al., 2001; SAVOLLAINEN et al., 2005).

Os artigos apresentados nessa tese confirmam que o SOC é um importante determinante social e pode ser um instrumento para a promoção da saúde bucal. A sua inclusão nas abordagens voltadas a promoção da saúde pode prover melhorias efetivas no estado de saúde bucal das populações. Além disso, deve-se lançar mão da abordagem

salutogênica a fim de trabalhar de forma articulada com os setores públicos apropriados (BONANATO et al., 2008).

A interface da teoria salutogênica com a promoção da saúde pode contribuir para a mobilização dos indivíduos no processo de enfrentamento das adversidades, o que pode implicar em resultados mais favoráveis em termos de saúde (BONANATO et al., 2009b; FREIRE, SHEIHAM, HARDY, 2001).

Esse estudo reforça o papel central da mãe, na formação, transmissão e preservação biológica e social dos indivíduos, em especial, de seus filhos. Essa nova perspectiva de inserção materna, do ponto de vista do SOC, confirma a importância da compreensão do processo saúde-doença enquanto processos biológicos e sociais.

É fundamental buscar compreender a maneira pela qual as pessoas percebem o processo saúde-doença e a influência dessa compreensão nas práticas e cuidados em saúde bucal. Buscando esse entendimento é possível trabalhar de forma contextualizada, a falta de informação e alguns conceitos equivocados em relação à saúde bucal (BARDAL et al., 2006).

Frente à análise dos resultados apresentados, é possível afirmar que o SOC é um importante determinante social e deve ser considerado no desenvolvimento de ações voltadas à promoção de saúde bucal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da teoria salutogênica e a utilização da escala do SOC são importantes porque:

a) consideram os determinantes sociais e sua influência nos comportamentos individuais em favor da saúde;

b) sua aplicação pode contribuir para o fortalecimento de ações de promoção da saúde em sua transversalidade, ou seja, em todos os níveis de cuidado à saúde;

c) pode gerar subsídios para o planejamento de ações e serviços de saúde de melhor qualidade.

REFERÊNCIAS

Ayo-Yusuf OA, Reddy PS, Van Den Borne BW. Longitudinal association of adolescent's sense of coherence with tooth-brushing using an integrated behaviour change model. *Community dent. oral epidemiol.* 2009; 37: 68-77.

Antonovsky A. *The Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.1987.

Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med.* 1993; 36: 725-33.

Bandura A. Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior.* 2004; 31 (2): 143-164.

Barbosa APM, Kriger L, Moysés SJ, Moysés ST. Prevalência da doença cárie em crianças de 5 anos de idade na cidade de Curitiba-análise crítica. *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16(2): 142-5.

Bardal PAP, Olympio KPK, Valle AAL, Tomita NE. Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(1): 161-7.

Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. What keeps people healthy? The current state

of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health. Cologne, Alemanha: Federal Centre for Health Education 1999.

Bernabé E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Nordblad A, Savolainen J, et al. The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral health-related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009a; 37: 357-67.

Bernabé E, Kiwimäki M, Tsakos G, Nordblad A, Savolainen J, Uutela A, et al. The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health related behaviours among Finnish dentate adults. *Eur J of Oral Sci.* 2009b; 117:413-8.

Bonanato K, Scarpelli AC, Goursand D, Mota JPT, Paiva SM, Pordeus IA. Senso de coerência e experiência de cárie dentária em pré-escolares de Belo Horizonte. *Rev. odontol. ciênc.* 2008; 23(3): 251-5.

Bonanato K, Paiva SM, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Barbabela D, Allison, PJ. Relationship between mother's sense of coherence and oral health status of preschool children. *Caries Res.* 2009b; 43: 103-109.

Bonanato K, Branco DBT, Mota JPT, Ramos-Jorge ML, Kaeppele KC, Paiva SM, et al. Trans-cultural adaptation and psychometric properties of the sense of coherence scale of preschool children. *R. Interam. Psicol.* 2009a; 43(1), 407-416.

Brandão IMG, Arcieri RM, Sundefeld MLM, Moimaz SAS. Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do *locus* de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraguara, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(6); 1247-56.

Campo Grande. Secretaria Municipal de Assistência Social. Relatório anual de atividades. 2009. (mimeo).

Ciairano S, Rabaglietti E, Roggero R, Callari TC. Life Satisfaction, Sense of Coherence and Job Precariousness in Italian Young Adults. J Adult Dev. 2010; 17:177-189.

Dantas RAS, Motzer SA, Ciol, MA. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. International Journal of Nursing Studies 2002; 39:745-55.

Dantas RAS. Adaptação cultural e validação do questionário de senso de coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros [Tese livre docência]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo/Escola de enfermagem de Ribeirão Preto; 2007.

Declerck D, Lerroy R, Martens L, Lesaffre E, Garcia-Zattera MJ, Broucke SV, Debyser M, Hoppenbrouwers K. Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. Community Dent Oral Epidemiol 2008; 36: 168-78.

Dorri M, Sheiham A, Hardy R, Watt R. The relationship between sense of coherence and toothbrushing behaviours in Iranian adolescents in Mashhad. J Clin Periodontol. 2010a; 37: 46-52.

Floyd A, Ghate S, Weissbecker I, Studts J, Salmon P, Sephton S. Sense of coherence: relationships with distress, quality of life, and medication use in lung cancer patients. 2003; 55(2):164-71.

Freeman HP. Cancer in the socioeconomically disadvantaged. *Cancer* 1989; 39: 266–288.

Freire MDM, Sheiham A, Hardy R. Adolescent's sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. *Community dent. oral epidemiol.* 2001; 29:204-12.

Freire MCM, Hardy R, Sheiham A. Mother's sense of coherence and their adolescent children's oral health status and behaviors. *Community Dental Health.* 2002; 19: 231.

Geyer S. Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Soc. Sci. Med.* 1997; 44(12): 1771-9.

Góis CFL. Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e senso de coerência de paciente, antes e depois de 6 meses após revascularização do miocárdio [Tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo/Escola de enfermagem de Ribeirão Preto; 2009.

Gomes JCR. Desemprego, depressão e sentido de coerência: uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública [Dissertação]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública de Nova Lisboa; 2003.

Gonzalez B, Ribeiro JLP. Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitárias. *Psicologia: saúde e doenças*. 2004; 5(1): 107-27.

Guimarães PM. Sentido interno de coerência (sic) e equilíbrio entre esforço e recompensa em trabalhadores do setor de tecnologia de informação [Dissertação]. São Paulo:Universidade Estadual de Campinas; 2008.

Günther IA, Machado SS. Revisitando a saúde: da visão patogênica à visão salutogênica de estresse. 2002.

Hakansson C, Svartvik L, Lidfeldt J, Nerbrand C, Samsioe G., Schersten B, et al. Self-rated health in middle-aged women: associations with sense of coherence and socioeconomic and health-related factors. *Scand J Occup Ther*. 2003; 10: 99-106.

Karlsson I, Berglin E, Pettersson G, Larsson PA. Predictors of chest pain after coronary artery bypass grafting. *Scand Cardiovasc J* . 1999; 33: 289-94.

Kiwimaki M, Feldt T, Vahtera J, Nurmi JA. Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social Science & Medicine*. 2000; 50: 583-97.

Konttinen H, Haukkala A, Uutela A. Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population based study. *Social Science and Medicine*. 2008; 66: 20401-12.

Lantz PM, Lynch JW, House JS, Lepkowski JM, Mero RP, Musick MA, et al. Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviors. *Soc Sci Med.* 2001; 53: 29-40.

Lindström B. O significado de resiliência. *Adolesc. Latinoam.* 2001; 2(3): 133-7.

Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health.* 2005; 59:440-2.

Martins MCA. A Promoção da saúde: percursos e paradigma. In: *Textos sobre saúde e trabalho.* <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos21.html> (Consultado em 19/01/2009).

Nielsen AM, Hansson K. Associations between adolescents' health, stress and sense of coherence *Stress and Health.* 2007; 23(5): 331-41.

Nilsson B, Holmgren L, Westman G. Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden. *Scand J Prim Health Care.* 2000;18, 14-20.

Norekval TM, Fridlund B, Moons P, Nordrehaug JE, Saevareid HI, Wentzel-Larsen T, Hanestad BR. Sense of coherence-a determinant of quality of life over time in older female acute myocardial infarction survivors. *JCN.* 2010; 19, 820-831

Poppius E, Tenkanen L, Hakama M, Kalimo R, Pitkänen T. The sense of coherence and incidence of cancer- role of follow-up time and age at baseline. *J Psychosom Res.* 2006; 61: 205-11.

Savolainen J, Suominen-Taipale AL, Harju HHP, Uutela A, Martelin T, Knuuttila M. Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults. *Eur J of Oral Sci.* 2005; 113: 121-7.

Silva AN. Desvelando os mistérios da saúde bucal: estudo epidemiológico e contribuições da salutogênese para a promoção da saúde bucal [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.

Suresky MJ, Zauszniewski JA, Bekhet AK. Sense of Coherence and Quality of Life in Women Family Members of the Seriously Mentally III. *Issues mental health nurs.* 2008; 29(3): 265-78.

Vilela LD, Allison PJ. An investigation of the correlates of sense of coherence in a sample of Brazilians with head and neck cancer. *Oral Oncol.* 2010; 46(5): 360-5.

Volanen SM, Suominen S, Lahelma E, Koskenvuo K, Koskenvuo M, 1,3, Silventoinen K. Sense of coherence and intentions to retire early among Finnish women and men. *BMC Public Health.* 2010; 10(22): 1-12.

Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Community dent. oral epidemiol .* 2002; 30, 241-247.

Wolff AC, Ratner PA. Stress, social support and sense of coherence. *West Journal of Nursing Research,* 1999; 21(2): 182-97.

World Health Organization/ Food and Agricultural Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation, Geneva, 2003.

Anexo 1



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS



Carta de Aprovação

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 1423 da Pesquisadora Valéria Rodrigues de Lacerda intitulado "Senso de coerência Materno e Prevalência de cárie dentária em crianças dos Centros de Educação Infantil de Campo Grande-MS", e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião ordinária no dia 25 de junho de 2009, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Prof. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos

Coordenador em exercício do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 29 de junho de 2009.

Anexo 2

Questionário SOC

Para alcançar o objetivo dessa pesquisa, precisamos saber de algumas de suas idéias e sentimentos. Por favor, responda com carinho e atenção marcando **apenas uma resposta** para cada pergunta. Não se preocupe, pois não existe resposta certa ou errada, apenas marque baseando-se no que sente de verdade.

INSTRUÇÕES PARA AS PERGUNTAS: aqui estão 13 perguntas sobre vários aspectos da sua vida. Cada pergunta tem cinco possíveis respostas. Marque com um X a resposta que melhor expresse a sua maneira de pensar e sentir em relação ao que está sendo falado. Dê apenas uma **única resposta para cada pergunta**.

	Um enorme sofrimento e aborrecimento	Sufrimento e aborrecimento	Nem sofrimento nem aborrecimento	Prazer e satisfação	Um enorme prazer e satisfação
1. No seu dia-a-dia você sente que sua vida é:					
	Sem sentido, sem objetivo	Com poucos objetivos	Com alguns objetivos	Com muitos objetivos	Repleta de objetivos
2. Até hoje a sua vida tem sido:					
	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
3. Você se interessa pelo o que está acontecendo no mundo?					
4. Você se sente tratada de maneira injusta?					
5. Você pensa ou sente coisas que não sabe explicar?					
6. Você acha que as coisas que você faz na sua vida têm pouco sentido?					
7. Você já se decepcionou com pessoas que você confiava?					
8. Você sente coisas que não gostaria de sentir?					
9. Você tem dúvida se pode controlar o que sente?					
10. Já lhe aconteceu de ficar surpreendida com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?					
11. Em algumas situações, as pessoas sentem-se fracassadas. Você já se sentiu fracassada?					
12. Você sente em alguns casos sem saber o que fazer?					
	totalmente errada	Errada	nem certa nem errada	certa	totalmente certa
13. Quando acontece uma coisa especial em sua vida, você acha que deu a importância:					

Anexo 3

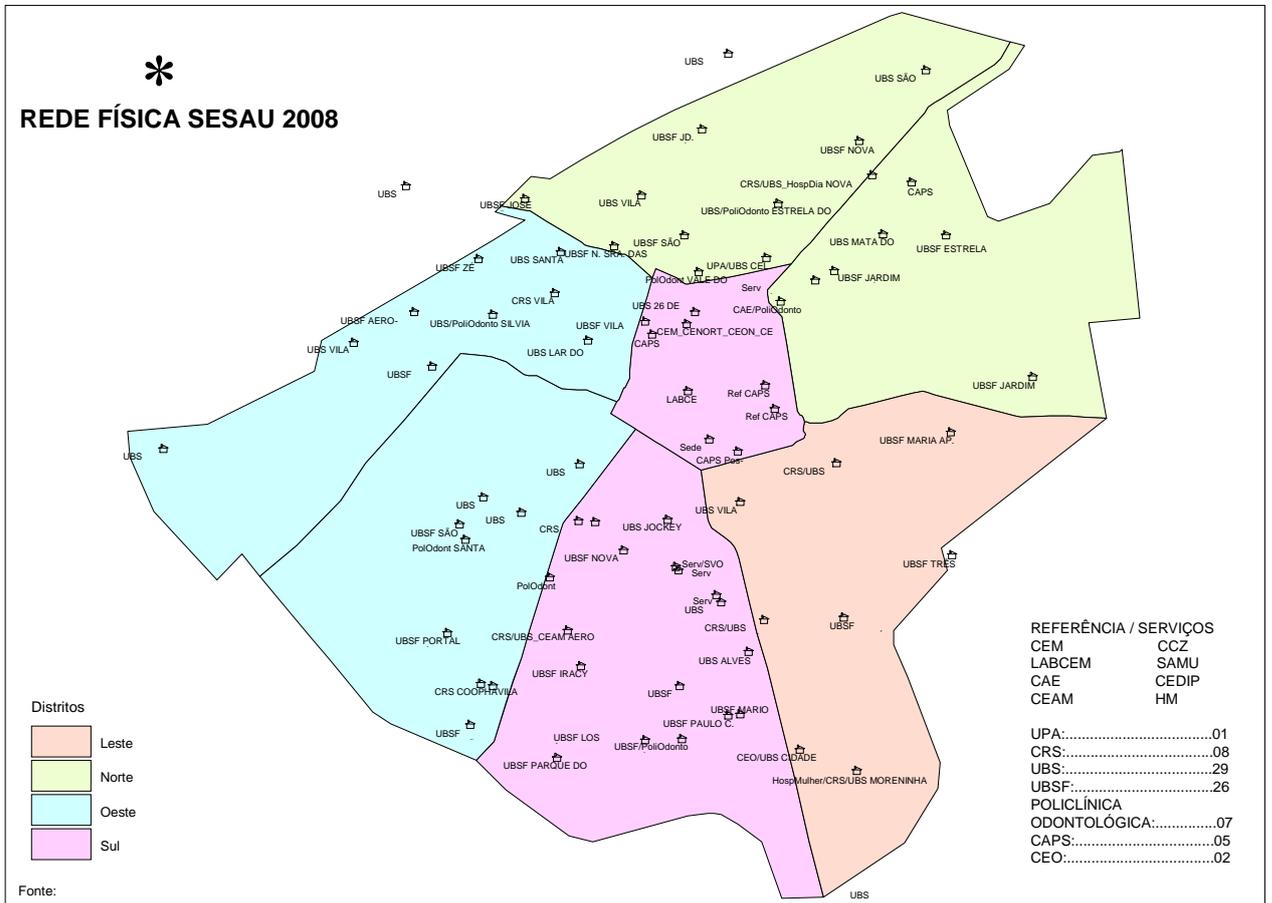


Figura 1- Divisão dos Distritos Sanitários do município de Campo Grande/MS- 2009

Fonte: Relatório Anual de Atividades, Secretaria de Assistência Social. Campo Grande/MS, 2009.

Anexo 4

Revista Estudos de Psicologia Campinas

Preparo dos manuscritos

Forma de apresentação dos originais

Estudos de Psicologia adota as normas de publicação da *American Psychological Association* – APA (5ª edição, 2002). Os originais deverão ser redigidos em português, inglês, francês ou espanhol. Todos os originais deverão incluir título e resumo em português e inglês.

Todo e qualquer encaminhamento inicial à revista deverá vir acompanhado de carta assinada por todos os autores, autorizando a publicação e indicando a aceitação das normas da revista. Na declaração, deverá constar que o trabalho não foi apresentado, na íntegra, em outro veículo de informação, bem como a autorização e/ou direitos concedidos por terceiros, caso se transcreva figuras, tabelas ou trechos (mais de 200 vocábulos) editados por outros autores. Também deverá haver menção a quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e instituições que possam ter interesse na publicação do original.

Para submeter o artigo para avaliação pelo Conselho Editorial da Estudos de Psicologia, os autores deverão enviar os manuscritos impressos (em papel) para o Núcleo de Editoração da revista, em quatro vias, digitados em espaço duplo, acompanhados de cópia em disquete ou CD-ROM. O arquivo deverá ser gravado em editor de texto similar ou superior à versão 97-2003 do *Word (Windows)*. Os nomes do autor e do arquivo deverão estar indicados no rótulo do disquete ou CD-ROM.

Das quatro cópias descritas no item anterior, três deverão vir sem nenhuma identificação dos autores, para que a avaliação possa ser realizada com sigilo; porém, deverão ser completas e idênticas ao original, omitindo-se apenas esta informação. É fundamental que o artigo *não contenha qualquer forma de identificação da autoria*, o que inclui referência a trabalhos anteriores do(s) autor(es), da instituição de origem etc.

O texto deverá ter de 10 a 20 laudas, em fonte Arial, tamanho 11. As folhas deverão ser numeradas a partir da página de rosto, que deverá apresentar o número 1. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).

- Versão reformulada

A versão reformulada deverá ser encaminhada em três cópias completas, em papel e em disquete ou CD-ROM etiquetado, indicando o número do protocolo, o número da versão, o nome dos autores e o nome do arquivo.

As modificações deverão ser destacadas em azul, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto a recomendações da consultoria, o(s) autor(es) deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados. Se o trabalho for de autoria múltipla, a carta deverá ser assinada por todos os autores. Deverá ser encaminhada, também, uma autorização para a publicação dos resumos em inglês e português, e do trabalho na íntegra para a versão *on-line* da revista Estudos de

Psicologia.

1. Os trabalhos deverão apresentar os seguintes elementos, respeitando-se a ordem aqui sugerida

- Folha de rosto com identificação dos autores, contendo

- Título completo em português: Deverá ser conciso e evitar palavras desnecessárias e/ou redundantes, como "avaliação do..." "considerações acerca de ..." "Um estudo exploratório sobre...";
- Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não excedendo cinco palavras;
- Título completo em inglês, compatível com o título em português;
- Nome de cada autor, por extenso, seguido por filiação institucional. Não abreviar os prenomes.
- Todos os dados da titulação e filiação deverão ser apresentados por extenso, sem nenhuma sigla.
- Indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados todos os autores;
- Indicação de endereço para correspondência com o editor para a tramitação do original, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico;
- Se necessário, apresentar indicação de atualização de filiação institucional;

Incluir nota de rodapé contendo apoio financeiro, agradecimentos pela colaboração de colegas e técnicos, em parágrafo não superior a três linhas. Este parágrafo deverá informar, também, sobre a origem do trabalho e outras informações que forem consideradas relevantes, por exemplo, se o trabalho foi anteriormente apresentado em evento, se é derivado de tese ou dissertação, coleta de dados efetuada em instituição distinta daquela informada como sendo a instituição de origem dos autores etc.

- Folha à parte contendo resumo em português

O resumo deverá conter o mínimo de 100 e o máximo de 150 palavras, ou seja, de cinco a dez linhas. Não é permitido o uso de siglas e citações. Deverá conter, ao final, de três a cinco palavras-chave, que descrevam exatamente o conteúdo do trabalho, de acordo com o Thesaurus da APA, a fim de facilitar a indexação do mesmo. Tais palavras deverão ser grafadas com letras maiúsculas e separadas com ponto. O resumo deverá incluir breve referência ao problema investigado, características da amostra, método usado para a coleta de dados, resultados e conclusões. Apenas a resenha dispensa resumo.

- Folha à parte contendo *abstract* em inglês

O *abstract* deverá ser compatível com o texto do resumo. Deverá seguir as mesmas normas, e vir acompanhado de *key words* compatíveis com as palavras-chave.

- Organização do trabalho

O texto de todo trabalho submetido à publicação deverá ter uma organização clara e títulos e subtítulos que facilitem a leitura. Para os relatos de pesquisa, o texto deverá, obrigatoriamente, apresentar introdução, metodologia, resultados e discussão.

- Ilustrações

Tabelas, quadros e figuras deverão ser limitados a cinco, no conjunto, e numerados consecutiva e independentemente, com algarismos arábicos, de acordo com a ordem

de menção dos dados. Deverão vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. A cada um se deverá atribuir um título breve.

O autor se responsabiliza pela qualidade das figuras (de-senhos, ilustrações e gráficos), que deverão permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente), pois, não é permitido o formato paisagem. Figuras digitalizadas deverão ter extensão jpeg e resolução mínima de 300 Dpi.

As palavras **Figura, Tabela, Anexo** que aparecerem no texto deverão ser escritas com a primeira letra maiúscula e acompanhadas do número (Figuras, Tabelas e Anexos) a que se referirem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. Os títulos deverão ser concisos. Informar o local do estudo e o ano.

A publicação de imagens coloridas será custeada pelo(s) autor(es).

Em caso de manifestação de interesse por parte do(s) autor(es), Estudos de Psicologia providenciará um orçamento dos custos envolvidos, que poderão variar de acordo com o número de imagens, sua distribuição em páginas diferentes e a publicação concomitante de material em cores por parte de outro(s) autor(es).

Uma vez apresentado ao(s) autor(es) o orçamento dos custos correspondentes ao material de seu interesse, este(s) deverá(ão) efetuar depósito bancário. As informações para o depósito serão fornecidas oportunamente.

- Referências e citações no texto

Os artigos deverão ter em torno de trinta referências, exceto no caso de artigos de revisão, que poderão apresentar em torno de cinqüenta. Elas deverão ser indicadas em ordem alfabética do último sobrenome do autor principal.

Trabalhos com um único autor deverão vir antes dos trabalhos de autoria múltipla, quando o sobrenome é o mesmo. Em caso de trabalhos em que o primeiro autor seja o mesmo, mas os co-autores sejam diferentes, deverá ser assumida como critério a ordem alfabética dos sobrenomes dos co-autores.

Trabalhos com os mesmos autores deverão ser ordenados por data, vindo em primeiro lugar o mais antigo. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data deverão ser ordenados pela ordem alfabética do título.

A formatação das referências deverá facilitar a tarefa de revisão e de editoração; para tal, além de espaço 1,5 entre linhas e tamanho de fonte 11, o parágrafo deverá ser normal, sem recuo e sem deslocamento das margens.

Os títulos dos periódicos deverão ser escritos por extenso. **Não serão aceitas** citações/referências de **monografias** de conclusão de curso de graduação, **de resumos** de Congressos, Simpósios, Workshops, Encontros, entre outros. Os **textos não publicados** (exemplos, aulas, entre outros deverão ser evitados). Os grifos deverão ser indicados por fonte itálica. No corpo do texto, as indicações deverão ser feitas do seguinte modo: (sobrenome(s) do(s) autor(es), ano de publicação), devendo ser estas informações coerentes com o que consta nas referências.

Nos casos em que os trabalhos citados não foram consultados na fonte (citação secundária), deverá ser citado, no corpo do texto, da seguinte maneira: (sobrenome do autor original, *apud* sobrenome do autor lido, data). Nas referências, citar apenas a

obra consultada e a sua data.

Em caso de citações antigas, com novas edições da obra, a citação deverá incluir as duas datas, a original e a data da edição lida pelo autor.

As citações de artigos de autoria múltipla deverão ser feitas da seguinte forma:

- Artigo com dois autores: citar os dois autores sempre que o artigo for referido;
- Artigo com três a cinco autores: citar todos os autores na primeira aparição no texto; da segunda aparição em diante, utilizar sobrenome do primeiro autor seguido de *et al.* (e da data, caso seja a primeira citação no parágrafo);
- Artigos com seis autores ou mais: citar o sobrenome do primeiro autor seguido de *et al.* e do ano, desde a primeira aparição no texto.

No caso de **citação literal**, o trecho deverá aparecer entre aspas, com indicação, logo após o sobrenome do autor e a data, da(s) página(s) de onde foi retirado. Trechos com mais de 40 palavras deverão ser colocados em bloco separado, sem aspas e sem itálico, com recuo de cinco espaços com relação à margem esquerda.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor, do mesmo modo que o conteúdo dos trabalhos é de sua exclusiva responsabilidade. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser seguidos da data de publicação e listados na seção de Referências. As citações e referências deverão ser feitas de acordo com as normas da APA.

Apresentamos exemplos de casos mais comuns, para orientação:

Artigo de revista científica

Simons, L. G., & Conger, R. D. (2007). Linking mother-father differences in parenting to a typology of family parenting styles and adolescent outcomes. *Journal of Family Issues, 28* (2), 212-241.

Artigo de revista científica no prelo

Indicar, no lugar da data, que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico após o título do artigo. Não referir data e nú-meros do volume, fascículo ou páginas, até que o artigo seja publi-cado. No texto, citar o artigo indicando que está no prelo.

Sampaio, M. I. C., & Peixoto, M. L. (no prelo). Periódicos brasileiros de psicologia indexados nas bases de dados LILACS e PsycInfo. *Boletim de Psicologia*.

Livros

Rodrigues, M. C. P., & Azzi, R. G. (2007). *Psicologia do esporte: trilhando caminhos em busca de iniciação na área*. Taubaté: Cabral.

Capítulos de livros

Schmidt, M. (2004). *Stress e religiosidade cristã*. In M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no*

Brasil: pesquisas avançadas (pp.177-186). Campinas: Papirus.

Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd. ed.). New York: Norton. (Originalmente publicado em 1950).

Citação secundária

Se o original não foi lido, citar os autores da seguinte forma: "Selye (1936, *apud* Lipp, 2001) ...". Na seção de referências, citar apenas a obra consultada (no caso, Lipp, 2001).

Teses ou dissertações não publicadas

Cusatis Neto, R. (2007). *Construção e validação da escala de estressores ocupacionais das linhas de produção*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Autoria institucional

World Health Organization. (2006). *WHO rapid advice guidelines on pharmacological management of humans infected with avian influenza A (H5N1) virus*. Washington, DC: Author.

Trabalho apresentado em congresso publicado em anais

Malabris, L. E. (2006). A terapia cognitivo-comportamental frente ao stress ocupacional e a síndrome de Burnout. *Anais do VI Congresso Latinoamericano de Psicoterapias Cognitivas* (Vol 1). Buenos Aires.

Material eletrônico

Artigos de periódicos

Candiotto, C. (2007). Verdade e diferença no pensamento de Michel Foucault. *Kriterion*, 48(115). Recuperado em janeiro 16, 2009, disponível em <http://www.scielo.br> doi: 10.1590/S0100-512X 2007000100012

Texto

Instituto Nacional de Câncer. (2003b). Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Recuperado em fevereiro 22, 2006, disponível em <http://www.inca.gov.br/regpop>

Comunicação pessoal (carta, e-mail, conversa)

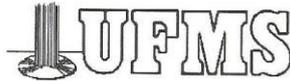
Citar apenas no texto, dando as iniciais e o sobrenome da fonte e a data. Evite. Seu uso deve ser esporádico e não ser incluído nas referências e sim em nota de rodapé.

- Anexos

Evite. Só poderão ser introduzidos quando contiverem informação indispensável para a compreensão dos textos.

Apêndice 1

AC: Aduiana / gabinete (Semed)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

Faculdade de Odontologia Prof. Albino Coimbra Filho

Campo Grande, 28 de abril de 2009

À Exma.
Sra. Maria Cecília Amêndola da Motta
Secretária Municipal de Educação

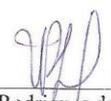
Meu nome é Valéria Rodrigues de Lacerda, sou cirurgiã-dentista e professora do curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia Prof. Albino Coimbra Filho-Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Atualmente sou aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste, curso de Doutorado em Ciências da Saúde com linha de pesquisa em atenção à saúde integral da criança, do adolescente e da gestante. Dentro das atividades do curso estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada provisoriamente "**Senso de coerência materno e prevalência de cárie dentária em crianças dos Centros de Educação Infantil de Campo Grande-MS**", cujo objetivo é verificar através do exame clínico intra-bucal das crianças e questionário aplicado às mães, a correlação entre o estado de saúde bucal de crianças com 4 e 5 anos de idade (nível III), o senso de coerência, as crenças de suas mães. O estudo terá desenho transversal e será representativo das crianças pré-escolares no município de Campo Grande-MS. Esta pesquisa poderá ajudar na melhoria do atendimento infantil de nossa cidade e subsidiar a implantação de políticas públicas voltadas à Promoção de Saúde. Além disto, será obtido o levantamento sobre a prevalência de cárie dentária nessa população, dado este que servirá para outros trabalhos e que poderá auxiliar no planejamento de ações em saúde bucal para essa população específica.

Sendo assim, solicito autorização para realizar a pesquisa nos Centros de Educação Infantil de Campo Grande-MS, previamente sorteados, e listados abaixo:

- CEINF Vó Fina; CEINF Itamaracá; CEINF OMEP; CEINF Menino Jesus de Praga; CEINF Cristo é Vida; CEINF Lar de Sheila; CEINF Serradinho; CEINF Lafayete de Oliveira; CEINF Felipe Alves Nogueira; CEINF Olinda Nasser; CEINF Jasmim Bacha; CEINF Vila Nasser; CEINF Valdemir Rezende; CEINF Nossa Senhora Auxiliadora; CEINF Joana Santos.

Cabe ressaltar que o estudo não acarretará ônus algum para o município ou para os Centros de Educação Infantil

Grata pela atenção,


Valéria Rodrigues de Lacerda

Pesquisadora: Valéria Rodrigues de Lacerda - 8114-5123
Orientadora: Prof^a. Dr^a Elenir Rose Jardim Cury Pontes - 9912-6933
Comitê de Ética em Pesquisa - UFMS - 3345- 718


Prof^a M^{te} Maria Cecília Amêndola da Motta
Secretaria Municipal de Educação

3314-3805
3314-3804

AC Aduiana / gabinete
3314-3805

Apêndice 2
QUESTIONÁRIO

1. Idade: _____ anos

2. Quantos filhos você tem? _____

3. Escolaridade

a. () curso superior completo b. () curso superior incompleto c. () ensino médio completo

d. () ensino médio incompleto e. () ensino fundamental completo f. () ensino fundamental incompleto

g. () analfabeto

4. Trabalha fora

() sim () não

5. Moradia

a. () própria b. () própria em aquisição c. () alugada d. () cedida e. () outros

6. Número de cômodos na casa: _____

7. Quantas pessoas moram na casa: _____

8. Qual é a renda de sua família? (some todos os salários das pessoas que moram na sua casa e ajudam na despesa)

_____ (em reais)

9. Como você considera a sua saúde bucal?

a. () não sabe b. () péssima c. () ruim d. () regular e. () boa f. () ótima

10. Como você considera a saúde bucal de seu filho?

a. () não sabe b. () péssima c. () ruim d. () regular e. () boa f. () ótima

Apêndice 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Senso de Coerência Materno e Saúde Bucal de Crianças dos Centros de Educação Infantil De Campo Grande-MS. Estudo sobre a saúde bucal de crianças de 4 e 5 anos dos CEINF de Campo Grande-MS e a possível relação com o senso de coerência materno.

Prezada Senhora,

Gostaríamos de contar com sua colaboração por alguns minutos. Estamos iniciando uma pesquisa sobre a saúde bucal de crianças de 4 e 5 anos dos CEINF de Campo Grande-MS.

Previamente, foi sorteado, por distrito sanitário e por CEINF, um número determinado de crianças para participar da pesquisa. O estudo tem como objetivo conhecer a saúde bucal das crianças de 4 e 5 anos matriculadas nos CEINF de Campo Grande-MS, em relação à cárie e ao sangramento gengival. Para tanto, as crianças sorteadas serão examinadas por essa pesquisadora.

Também, será pedido as mães ou responsáveis pelas crianças, para responder a um questionário. Esse questionário está dividido em: caracterização socioeconômica, questões relativas à mãe/responsável e questões relativas à criança.

O exame dentário é simples, rápido, oferece segurança e higiene, não causa dor, e não é considerado de risco para a saúde ou integridade das crianças e será feito pela pesquisadora. Os exames serão realizados nos CEINF no período de funcionamento.

Sobre os riscos: apenas poderá haver pequeno desconforto da criança no momento do exame, pois ela será solicitada a abrir a boca para que possamos ver os dentes e saber da existência ou não de cáries e a presença ou não de sangramento. Ao término do exame, será dito as mães e/ou responsável, sobre a situação da saúde dos dentes da criança examinada e, se ela apresentar dentes com algum problema em relação à cárie ou sangramento gengival, a pesquisadora irá propor o agendamento da criança para o tratamento necessário na Unidade de Saúde mais próxima, se assim, as mães e/ou responsáveis autorizarem. Os resultados dessa pesquisa ajudarão a conhecer a saúde bucal de crianças pré-escolares.

Benefícios: espera-se que ela sirva para informar aos órgãos públicos de saúde sobre a situação da saúde bucal de crianças de 3 a 5 anos dos CEINF de Campo Grande-MS, contribuindo, dessa maneira, para a melhoria dos serviços e atividades de saúde bucal dirigidas a elas.

Ao participar, a Senhora estará contribuindo para ampliar o conhecimento sobre a saúde bucal nas crianças pré-escolares e tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta à pergunta, os esclarecimentos de quaisquer dúvidas sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados ao exame da criança e aplicação do questionário dirigido à senhora;
2. A liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar;
3. A segurança de que não haverá identificação de seus nomes na pesquisa, em nenhum momento, e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a sua privacidade.

Por isso, a sua colaboração autorizando a realização do exame no seu filho (a) e aceitando responder as perguntas da entrevista é muito importante. Se a Senhora tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la, pois, não será prejudicada, de qualquer forma, caso sua vontade seja de não colaborar. Solicitamos, ainda, sua autorização para a divulgação dos resultados para fins didáticos, de pesquisa e publicação em revistas científicas sem que seu nome apareça.

Se a Senhora concordar em participar do estudo, pedimos que assine este documento, em duas vias, sendo uma delas de sua propriedade, afirmando que entendeu as explicações e que está de acordo. Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos.

Valéria Rodrigues de Lacerda
Pesquisadora UFMS (8114-5123/ 3383-0831)

Eu, _____ RG: _____

Residente à Rua _____

Tendo recebido as informações e esclarecimentos necessários, ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo autorizando a realização do exame dentário no meu filho(a), ou da criança sob a minha guarda, de nome: _____ e como respondente da entrevista.

Data: __/__/__

Por favor, abaixo da assinatura de consentimento, escrever a relação de responsabilidade com a criança, isto é, se é pai, mãe, responsável pela guarda ou outros.

Assinatura do Responsável pela criança: _____