

Apêndices

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

ESCLARECIMENTOS

Cara Mãe

Uma sessão de orientações sobre manutenção de saúde bucal lhe será oferecida pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e várias perguntas lhe serão feitas. A partir destas informações, serão prestados aconselhamentos individualizados sobre como manter sua saúde bucal e de seu(s) filho(s). Além disso, uma pesquisa está sendo realizada com essas informações prestadas pelas mães, que permitirão melhorar a assistência no Hospital das Clínicas. Pedimos sua autorização para usar suas informações nesta pesquisa, garantindo que ficarão em segredo e sob a guarda dos pesquisadores aqui identificados. É importante ressaltar que não haverá desconfortos, nem prejuízos na assistência oferecida e nenhuma restrição do aconselhamento odontológico àquelas que não autorizarem.

CERTIFICADO DE CONSENTIMENTO

Eu, <NOME>, após ter recebido as explicações sobre o estudo a ser realizado pela dentista Patrícia Lima Balbo, mestranda do Departamento de Medicina Social, e após os esclarecimentos necessários à compreensão da referida pesquisa, autorizo a utilização das informações por mim prestadas, de livre vontade, contando com a certeza de que estas informações ficarão sob a responsabilidade profissional da referida dentista e de seu orientador. Afirmo, também, que recebi uma cópia deste documento devidamente assinado.

Assinatura: _____

APÊNDICE B – Algoritmo de cálculo do WHOQoL-Bref

Verificar se todos as 26 perguntas, de w1 a w26, do WHOQoL-Bref foram respondidos pelos informantes, retirando da amostra os que não responderam 20% das questões (2 questões). As questões 3, 4 e 26 foram recodificadas por ser elaboradas na forma negativa:

recode w3 1=5 2=4 3=3 4=2 5=1

Isso possibilitou que todos os itens ficassem com o sentido positivo, ou seja, maior valor, melhor avaliação de qualidade de vida. Os domínios do WHOQoL-Bref foram calculados pela soma das respostas às questões correspondentes, como segue:

generate fisico= W3+W4+W10+W15+W16+W17+W18

generate psico= W5+W6+W7+W11+W19+W26

generate social= W20+W21+W22

generate meio= W8+W9+W12+W13+W14+W23+W24+W25

W3= Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?
 W4= O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?
 W5= O quanto você aproveita a vida?
 W6= Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?
 W7= O quanto você consegue se concentrar?
 W8= Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?
 W9= Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
 W10= Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?
 W11= Você é capaz de aceitar sua aparência física?
 W12= Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
 W13= Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?
 W14= Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?
 W15= Quão bem você é capaz de se locomover?
 W16= Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?
 W17= Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar suas atividades no seu dia-a-dia?
 W18= Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?
 W19= Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?
 W20= Quão satisfeito(a) você está com sua relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
 W21= Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?
 W22= Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
 W23= Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?
 W24= Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
 W25= Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?
 W26= Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade depressão?

APÊNDICE C: Questionário

INFORMAÇÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS	
1 - Qual é a sua cor? (ler as alternativas) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Oriental <input type="checkbox"/> Indígena	2 - Estado Marital (ler as alternativas) <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Mora junto <input type="checkbox"/> Separada/divorciada <input type="checkbox"/> Viúva
3 - Qual sua religião? (ler as alternativas) <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Sem Religião <input type="checkbox"/> Outra _____	4 - Você trabalha? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 5 - Qual sua profissão? 6 - Nº de membros na família: 7 - Nº de filhos: 8 - Renda familiar?
9 - Tipo de residência: <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Alugada	10-Idade da criança_____

1- Questões relativas à mãe

- 1.1- Você considera a saúde bucal importante? Sim Não
- 1.2- Você acha importante procurar atendimento odontológico por:
- Estética Saúde Evitar dor
- Hálito puro Higiene Evitar gastos
- 1.3- Você acha importante cuidar da saúde bucal do seu filho? Sim Não
- 1.4- Você procura o dentista com frequência? Sim Não
- 1.5- Você tem hábito de escovar os dentes diariamente? Sim Não
- 1.6- Na sua casa, cada membro da família tem sua própria escova de dente? Sim Não

2- Questões relativas à criança

- 2.1- A criança escova ou tem seus dentes escovados? [Se não pule para questão2.2]
- 2.1.1- Se sim, a escovação é diária? (escova ou tem seus dentes escovados todos os dias?)
- 2.1.2- Quem escova os dentes da criança? [pode responder mais de um item]
- Você escova A criança escova outra pessoa escova
- 2.1.3- Quantas vezes por dia a criança escova ou tem os seus dentes escovados? ___ vz(s)
- 2.2- O fio dental é utilizado pela criança?[Se não pule para a questão2.3]
- 2.2.1- Se sim, qual a frequência que o fio dental é utilizado pela criança? Sim Não
- 2.3- A criança faz uso de mamadeira noturna? Sim Não
- 2.3.1- Se sim, frequência ___ vezes.
- 2.3.2- Qual é a composição da mamadeira? _____.
- 2.4- O que a criança come na maior parte das refeições? [pode responder mais de um item]
- arroz feijão carne ovos verduras legumes leite frutas
- outros: _____.
- 2.5- A criança come doces ou alimentos que contenham açúcar?
- Sim Não Raramente
- 2.5.1- Se sim ou raramente, qual a frequência com que a criança come doces ou alimentos que contenham açúcar? _____ vezes por dia.

3- Informações relativas à organização do sistema de saúde

- 3.1- Você já recebeu algum tipo de orientação e/ou atendimento educativo preventivo sobre a saúde bucal do seu filho? Sim Não [Se não pule para o item 3.2]
- 3.1.1- Se sim, onde:
- 3.1.2- Que tipo de orientação?
- 3.2- Algum profissional já a orientou sobre as manifestações bucais decorrentes da doença?
- Sim Não [se não pule para a questão3.3]
- 3.2.1 Se sim, qual foi o profissional? _____
- 3.3- Algum profissional já a orientou sobre o açúcar contido nos medicamentos, ou seja, da necessidades de melhores cuidados higiênicos? Sim Não [se não pule para o item 3.4]
- 3.3.1 Se sim, qual foi o profissional? _____.
- 3.4- Algum profissional já a orientou sobre a diminuição da saliva (xerostomia), ocasionada pelos medicamentos? Sim Não [se não pule para o item 3.5]
- 3.4.1 Se sim, qual foi o profissional? _____
- 3.5- A criança já foi levada ao dentista? Sim Não
- 3.5.1- se não, porquê? _____ [finalize o questionário]
- 3.5.2- se sim, qual o dentista? escola posto de saúde; particular; convênio
- 3.5.3- O dentista foi informado sobre a doença? Sim Não
- 3.5.4- se sim, como o profissional reagiu? bem mal indiferente
- 3.6- Teve dificuldade em conseguir o tratamento odontológico? Sim Não
- 3.7- Você acha que o atendimento foi diferente Sim Não
- 3.7.1- se sim, porquê? _____
- 3.7.2 Isto criou algum tipo de constrangimento?
- 3.8- Alguma vez sentiu que seu filho(a) foi rejeitado ou desrespeitado(a) no tratamento odontológico? Sim Não
- 3.9- Alguma vez teve o tratamento dentário do seu filho negado? Sim Não
- 3.9.1- se sim, qual foi o motivo alegado? _____

APÊNDICE D – Algoritmo de cálculo da “Escala Odontológica”

Seguiram-se os passos seguintes, para verificar os dados e computar os valores da escala Odontológica.

Verificar se todos os 26 perguntas, de EO1 a EO26, do Escala Odontológica foram respondidos pelos informantes, retirando da amostra os que não responderam 20% das questões (2 questões).

Verificou-se se todos os itens estavam com o sentido positivo, ou seja, maior valor, melhor avaliação de saúde bucal.

Os domínios da escala Odontológica foram calculados pela soma das respostas às questões correspondentes, como segue:

generate Percepcao= EO1+EO2+EO3+EO4+EO5+EO6+EO7+EO8 EO11+EO21

generate Cuidado= EO9+EO10+EO12+EO13+EO14+EO15+EO16

generate Promocao= EO17+EO18+EO19+EO20

<p>EO1= Você considera a saúde bucal importante? EO2= Acha importante procurar o atendimento Odontológico por “Estética”? EO3= Acha importante procurar o atendimento Odontológico por “Hálito puro”? EO4= Acha importante procurar o atendimento Odontológico por “Saúde”? EO5= Acha importante procurar o atendimento Odontológico por “Higiene”? EO6= Acha importante procurar o atendimento Odontológico por “Evitar dor”? EO7= Acha importante procurar o atendimento Odontológico por “Evitar gastos”? EO8= Acha importante cuidar da saúde bucal do seu filho? EO9= Você procura o dentista com frequência? EO10= Você tem o hábito de escovar o dente diariamente? EO12= A criança escova ou tem seus dentes escovados? EO13= A escovação dos dentes da criança é diária? EO14= Você é quem escova os dentes da criança? EO15= A própria criança escova seus dentes? EO16= O fio dental é usado pela criança? EO17= Nos serviços de saúde, você já recebeu algum tipo de orientação e/ou atendimento educativo preventivo sobre a saúde bucal de seu filho? EO18= Algum profissional já orientou sobre as manifestações bucais decorrentes da doença? EO19= Algum profissional já a orientou sobre o açúcar contido nos medicamentos, ou seja, da necessidade de melhores cuidados higiênicos? EO20= Algum profissional já orientou sobre a diminuição de saliva (xerostomia), ocasionada pelos medicamentos? EO21= A criança já foi levada ao dentista?</p>

Anexos

ANEXO A - Autorização do comitê de ética em Pesquisa da FMRP/USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 27 de abril de 2004

Ofício nº 1201/2004
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **“ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES SOCIAIS E O CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE BUCAL EM MÃES HIV+/AIDS”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em sua 178ª Reunião Ordinária realizada em 26.04.2004, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 3005/2004.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
PATRICIA LIMA BALBO
PROF. DR. ANTONIO LUIZ RODRIGUES JR. (Orientador)
Depto. de Medicina Social
Em mãos

ANEXO B – Critério de Classificação Econômica Brasil (“CCEB”)

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou+
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de instrução do chefe da família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

CLASSE	PONTOS	TOTAL BRASIL(%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

ANEP: Associação Nacional de Empresa de Pesquisa - fone: (11) 3078 7744
www.anep.org.br - anep@anep.org.br

Dados com base no Levantamento Socioeconômico - 2000 - IBOPE.

ANEXO C - Instrumentos de Medida Genérico para Avaliação da Qualidade de Vida: “World Organization Quality of Life”WHOQoL-bref”

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

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

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

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

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para	1	2	3	4	5

	satisfazer suas necessidades?					
--	-------------------------------	--	--	--	--	--

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

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

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar suas atividades no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1		3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com sua relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO