

Concordância entre os relatos do núcleo familiar em relação à qualidade de vida da criança

Recebido em: out/2013

Aprovado em: dez/2013

Jenny Abanto

Pós-doutoranda em Odontopediatria
da Faculdade de Odontologia da
Universidade de São Paulo (Fousp)

Thais Cordeschi

Mestranda em Odontopediatria da Fousp

Bianca Glerean Peters

Cirurgiã-Dentista da Fousp

Saul Martins Paiva

Professor Titular da Disciplina de
Odontopediatria da Universidade
Federal de Minas Gerais

Marcelo Bönecker

Professor Titular da Disciplina
de Odontopediatria da Fousp

CEP/Fousp nº 174/2009

Autor para correspondência:

Jenny Abanto

Disciplina de Odontopediatria

Avenida Professor Lineu Prestes, 2227

Cidade Universitária – Butantã - São Paulo - SP

05508-000

Brasil

jennyaa@usp.br

Agreement between the nucleus family reports regarding child's quality of life

RESUMO

Objetivos: Avaliar a concordância entre os relatos de pai, mãe e filhos em relação a qualidade de vida relacionada a saúde bucal (QVRSB) da criança. Métodos: Um total de 80 triades pai-mãe-criança responderam a versão brasileira do *Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children* (SOHO-5) validado para crianças de 5 e 6 anos de idade e seus respectivos pais. O preenchimento do SOHO-5 foi realizado por meio de entrevistas independentes face-a-face. A concordância entre os escores totais e de itens foi avaliada usando a comparação de médias e a análise de correlação calculada pelo coeficiente de correlação intraclasse (CCI). Resultados: Houve diferença significativa entre as médias dos relatos pai-criança nos escores totais ($p < 0.001$) e itens relacionados a não sorrir devido à dor e à aparência ($p < 0,01$). O CCI para o escore total dos relatos mãe-criança foi de 0,83 (IC 95% 0,74- 0,89) e de 0,41 (IC 95% 0,09- 0,63) para os relatos pai-criança, indicando uma concordância excelente e moderada, respectivamente. Conclusões: As mães relatam a QVRSB de seus filhos de forma semelhante às crianças, enquanto que os pais subestimam os impactos. As mães podem ser consideradas respondentes secundárias preferíveis aos pais.

Descritores: criança; família; saúde bucal

ABSTRACT

Objective: To assess the agreement between father, mother and children regarding child's oral health-related quality of life (OHRQoL). Methods: A total of 80 mother-father-child triads answered the Brazilian version of the Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children (SOHO-5), validated for children aged 5-6 years and their parents. The SOHO-5 was completed through face-to-face independent interviews. Agreement between total and items scores was assessed using mean comparisons and correlation analyses by computing the Intraclass Correlation Coefficient (ICC). Results: There were significant differences between the mean total scores for father-child pairs ($p < 0.001$) and items related to avoid smiling due to pain and avoid smiling due to appearance ($p < 0.01$). The ICC for total score was 0.83 (CI 95% 0.74; 0.89) for mother-child pairs and 0.41 (CI 95% 0.09; 0.63) for father-child pairs indicating an excellent and moderate agreement, respectively. Conclusions: Mothers do rate their children's OHRQoL similarly to children's self-reports, while fathers underreport the impact. Mothers may be considered preferable proxies than fathers.

Descriptors: child; family; oral health

RELEVÂNCIA CLÍNICA

O estudo nos permite determinar se mães e pais podem ser utilizados como respondentes secundários sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos seus filhos, saber quem é melhor respondente e as experiências da criança que cada um deles conheça mais.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os pais eram comumente usados como respondentes secundários para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) dos seus filhos pré-escolares¹ devido à capacidade cognitiva limitada e difícil comunicação que era atribuída às crianças nesta idade.² No entanto, recentemente foi demonstrada evidência concreta de que crianças entre 5 e 6 anos de idade podem relatar de forma válida e confiável sobre a sua própria QVRSB.^{3,4} Sabe-se que os relatos secundários dos pais refletem a verdade sobre a QVRSB dos seus filhos como eles a percebem, sendo complementares, mas não necessariamente equivalentes aos relatos fornecidos pela própria criança.⁵⁻⁸ Portanto, recomenda-se que o odontopediatra deva incluir os relatos do núcleo familiar, incluindo criança, pai e mãe, quando da avaliação da QVRSB dos seus pacientes, pois estes podem representar diferentes perspectivas.

Alguns estudos avaliaram a concordância entre os relatos de QVRSB de pais e crianças em idade escolar, indicando uma concordância fraca entre os relatos^{5,9-12} e sugerindo que o conhecimento dos pais sobre a QVRSB dos seus filhos é limitado. No entanto, ao nosso conhecimento, não existem estudos avaliando tal concordância em crianças menores de 7 anos de idade. A importância desta avaliação é determinar se os relatos secundários dos pais representam a realidade vivida pela própria criança, e conhecer qual dos progenitores, pai ou mãe, é o melhor respondente sobre a QVRSB dos seus filhos a fim de ser preferencialmente escolhidos em diversas situações clínicas ou de pesquisa.

O objetivo deste estudo foi avaliar a correlação entre os relatos de triades pai-mãe-filho sobre a QVRSB da criança.

MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Todos os pais foram informados sobre o objetivo do estudo e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Tamanho da amostra e participantes

O tamanho da amostra para este estudo foi calculado usando o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI).¹³ A hipótese nula para o CCI foi fixada em 0,2 (concordância fraca). O CCI considerado como um nível significativo de concordância foi fixado em 0,6 (concordância moderada).⁹ Consequentemente, com um α de 0,05 e β de 0,2, a amostra mínima requerida de trios pai-mãe-filho foi de 30 para um teste de uma cauda.

Todas as crianças de 5-6 anos de idade que compareceram para a triagem da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Fousp) em 2011, jun-

to com pai e mãe, foram inicialmente elegíveis para este estudo transversal (N = 94). As crianças e os pais foram convidados a participar do estudo, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: crianças de ambos os sexos, que moravam com o pai e a mãe na mesma casa, crianças sem doenças sistêmicas e/ou neurológicas, e que estavam dispostos a participar do estudo. Um total de 80 trios pai-mãe-criança concordou em participar da pesquisa (taxa de 85,1% de resposta positiva).

Coleta de dados

O instrumento de QVRSB utilizado neste estudo foi a versão brasileira do *Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children* (SOHO-5).^{3,4} A versão brasileira do SOHO-5 foi transculturalmente adaptada e validada para uso em crianças de 5 e 6 anos de idade e seus respectivos pais.⁴ O SOHO-5 considera a experiência de impactos bucais durante toda a vida da criança por meio do autorrelato da própria criança e relatos secundários dos seus pais.^{3,4} Este instrumento contém sete itens em cada uma das suas versões (pais e filhos), com seis deles sendo comuns em termos de conteúdo. A fim de avaliar a concordância entre os relatos, apenas os seis itens comuns foram analisados neste estudo. Eles são: dificuldade para comer, dificuldade para falar, dificuldade para brincar, dificuldade para dormir, evitar sorrir devido à dor e evitar sorrir devido à aparência. As respostas da versão da criança seguem uma escala de 3 pontos (não=0; um pouco=1; muito=2). As respostas da versão dos pais que seguem uma escala Likert de 5 pontos (de forma nenhuma=0; um pouco=1; mais ou menos=2; bastante=3; muita=4) foram reagrupadas em respostas de 3 pontos (de forma nenhuma=0; um pouco/mais ou menos=1; bastante/muita=2) com o objetivo de permitir a comparação entre os escores de ambas as versões.

O escore total para cada uma das versões do SOHO-5 foi posteriormente recalculado a partir da somatória dos pontos das opções de respostas. Desse modo, o escore total da versão da criança variou de 0 a 12 e a versão dos pais também de 0 a 12 (escore total recalculado). Escores mais altos indicam um maior impacto negativo na QVRSB da criança.

No mesmo dia da triagem odontológica, a triade pai-mãe-criança foi entrevistada face a face para completar a versão brasileira do SOHO-5. As entrevistas foram realizadas independentemente a fim de evitar a influência dos pais sobre as respostas das crianças e vice-versa.⁴ Dois entrevistadores previamente treinados na leitura e entonação de cada item do instrumento realizaram as entrevistas, sendo que cada entrevistador devia entrevistar uma triade completa.

A análise dos dados

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS para Windows, versão 15.0, SPSS Inc., Chicago, EUA). Todas as análises foram realizadas separadamente para a versão das crianças e dos pais do SOHO-5.

A concordância entre os escores totais e de itens da triade pai-mãe-criança foi avaliada usando a comparação estatística de médias por meio do teste-t pareado e a análise de correlação foi

	Mãe	Criança	Pai
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Escore total	2,12 (2,62)	2,01 (2,45)	1,29 (1,88)**
Dificuldade para comer	0,61 (0,72)	0,51 (0,69)	0,44 (0,71)
Dificuldade para falar	0,25 (0,54)	0,14 (0,44)	0,19 (0,53)
Dificuldade para brincar	0,18 (0,50)	0,07 (0,31)	0,10 (0,41)
Dificuldade em dormir	0,43 (0,67)	0,39 (0,68)	0,33 (0,61)
Não sorrir devido à dor	0,31 (0,61)	0,25 (0,59)	0,09 (0,28)*
Não sorrir devido à aparência	0,35 (0,64)	0,49 (0,71)	0,15 (0,39)*

Comportamentos estatisticamente diferentes entre pais e crianças: * P<0,01 (teste t-pareado); **p<0,001 (teste t-pareado).

TABELA 1
Média (desvio padrão) do escore total e de itens do SOHO-5 entre os relatos de pais e crianças

	Escore da mãe > Escore da criança (%)	Escore da mãe = Escore da criança (%)	Escore da mãe < Escore da criança (%)	Escore do pai > Escore da criança (%)	Escore do pai = Escore da criança (%)	Escore do pai < Escore da criança (%)
Escore total	36,3	28,6	35,1	20,0	33,5	46,5
Dificuldade em comer	23,7	61,3	15,0	22,5	47,5	30,0
Dificuldade em falar	12,5	85,0	2,5	8,8	83,6	7,6
Dificuldade em brincar	11,3	85,0	3,7	5,1	88,6	6,3
Dificuldade em dormir	15,0	72,5	12,5	13,8	68,7	17,5
Não sorrir devido à dor	10,0	85,0	5,0	7,5	75,0	17,5
Não sorrir devido à aparência	11,2	68,8	20,0	6,2	62,5	31,3

TABELA 2
Distribuição das diferenças direcionais dos escores totais e de itens do SOHO-5 entre os relatos de pais e crianças

	Criança vs Mãe	Criança vs Pai
	CCI (IC 95%)	CCI (IC 95%)
Escore total	0,833 (0,74 – 0,89)	0,415 (0,09 – 0,63)
Dificuldade em comer	0,599 (0,25 – 0,69)	0,152 (-0,32 – 0,46)
Dificuldade em falar	0,636 (0,43 – 0,77)	0,419 (0,09 – 0,63)
Dificuldade em brincar	0,235 (-0,19 – 0,51)	0,245 (-0,18 – 0,52)
Dificuldade em dormir	0,732 (0,58 – 0,83)	0,530 (0,27 – 0,70)
Não sorrir devido à dor	0,848 (0,76 – 0,90)	-0,020 (-0,59 – 0,35)
Não sorrir devido à aparência	0,501 (0,223 – 0,679)	0,004 (-0,55 – 0,36)

TABELA 3
Correlação de relatos entre pais e crianças

calculada pelos valores do coeficiente de correlação intraclassa (CCI).^{9,12,14}

Os valores de CCI foram calculados para os escores totais e de itens para os pares pai-criança e mãe-criança. O nível de concordância refletida pela CCI foi categorizado da seguinte forma: <0,40 (concordância fraca), 0,41-0,60 (concordância moderada), 0,61-0,80 (concordância substancial) e 0,81 a 1,0 (concordância excelente).¹⁵

RESULTADOS

Todos os participantes completaram todas as questões da versão brasileira do SOHO-5 (n = 80), sendo que nenhum questionário foi excluído da análise devido à informação incompleta.

A Tabela 1 mostra as diferenças estatisticamente significativas entre as médias (desvios padrões) dos relatos pai-criança nos escores totais 1,29 (1,88) e 2,01 (2,45), respectivamente (p<0,001), e itens relacionados à não sorrir devido à dor e devido à aparência (p<0,01), sendo que os pais subestimaram os relatos. Não houve diferenças significativas entre os relatos mãe-criança.

A Tabela 2 sugere a tendência das mães de superestimarem negativamente os relatos sobre a QVRSB dos seus filhos. Por exemplo, os escores totais do SOHO-5 das mães foram superiores do que os relatados pelos seus filhos em 36,3% dos casos, iguais aos dos seus filhos em 28,6% e inferiores em 35,1%. Já nos pares pai-criança, os pais apresentaram relatos iguais aos dos seus filhos em 33,5%, se apresentando 20% superiores e subestimaram o impacto em 46,5 % dos relatos.

O CCI para o escore total dos relatos mãe-criança foi de 0,833 (IC 95% 0,74- 0,89) e de 0,415 (IC 95% 0,09- 0,63) para os relatos pai-criança, indicando uma concordância excelente e no limite da moderada, respectivamente. O CCI para os itens do SOHO-5 va-

riaram de 0,235 a 0,848 nas correlações dos pares mãe-criança e de 0,020 a 0,530 nas correlações dos pares pai-criança (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Ao nosso conhecimento, este é o primeiro estudo a avaliar a concordância entre relatos do núcleo familiar, pai-mãe-criança, sobre a QVRSB de crianças com idade inferior a 7 anos.

De forma geral, as crianças deste estudo tiveram a tendência de classificar sua QVRSB como mais comprometida do que os seus pais e menos comprometida do que as suas mães o fizeram, apesar de só terem sido encontradas diferenças significativas entre os pares pai-criança. A maioria dos estudos encontrados na literatura só utilizou pares mãe-criança, sendo que os nossos resultados referentes a estes pares contradizem dois estudos prévios realizados com crianças em idade escolar^{9,10}, porém, estão em concordância com os resultados de outros estudos realizados em adolescentes.^{11,12,14} As divergências encontradas com alguns estudos^{9,10} podem ser principalmente devido à faixa etária estudada, contexto étnico-cultural e ao uso de diferentes instrumentos empregados na mensuração da QVRSB.

Só um estudo realizado na China, em escolares, comparou os relatos do núcleo familiar, pai-mãe-criança, mostrando discordância significativa entre os relatos dos progenitores e as percepções das crianças, indicando que nem as mães nem pais conhecem tão bem a QVRSB dos seus filhos.⁹ No nosso estudo, observaram-se grandes diferenças quando comparados e correlacionados os relatos dos pares mãe-criança e pai-criança, sendo que neste último par houve uma subestimação significativa nos relatos de pais quando comparado aos das crianças, tanto no escore total quanto nos itens referentes a deixar de sorrir devido à dor e devido à estética. Além disso, as correlações entre os relatos dos pares

pai-criança estiveram no limite da concordância moderada, em comparação as correlações com as mães que foram excelentes. Duas revisões sistemáticas justificam em parte os nossos resultados de comparação de pares pai-criança. Uma delas mostrou que o nível de concordância parece ser domínio-dependente, sendo que o nível de concordância é geralmente fraco nos domínios que refletem aspectos sociais e emocionais da criança.¹⁶ A outra revisão sistemática sugere que o conhecimento dos progenitores é limitado, particularmente respeito a sentimentos, como por exemplo, a maneira que as crianças percebem a sua aparência.³ Pelo fato de termos avaliado pré-escolares, pode-se supor que as mães apresentem uma vantagem frente aos pais, já que na maioria das vezes são elas as que passam a maior parte do tempo ao cuidado da saúde dos seus filhos.

Os nossos resultados sugerem que, dentro do núcleo familiar, o pai não parece ser um respondente secundário bom sobre a QVRSB dos seus filhos em comparação às mães. Contudo, as discrepâncias entre os relatos pai-criança não devem ser vistos de maneira totalmente negativa, visto que alguns itens não mostraram diferenças significativas, apesar da sua fraca correlação, o qual indica que estes relatos poderiam ser utilizados como indicadores válidos em determinadas atividades da criança.

Desde o ponto de visto de pesquisa e clínico, os nossos resultados sugerem que, se uma criança não está disponível ou não pode responder por diversos motivos sobre a sua QVRSB, a mãe deveria ser a respondente secundária preferível ao pai. Porém, sempre que possível, o relato de todo o núcleo familiar sobre a QVRSB de pré-escolares deve ser obtido, considerando que as percepções de cada membro do núcleo são valiosas, complementares e orientam ao clínico a tomar a melhor decisão de tratamento de acordo com as diferentes visões e expectativas. Estudos de coorte ou situações nas quais o clínico precise avaliar repetidamente a QVRSB da criança devem garantir que o mesmo progenitor complete as

avaliações em todos os momentos, considerando as divergências entre os relatos. Além disso, estudos futuros deverão avaliar os fatores que possam explicar a discrepância entre os relatos de ambos os pais.

A maior parte da nossa amostra é composta principalmente de crianças de nível econômico médio e baixo. Apesar disso refletir uma boa parte da população brasileira que é economicamente desprivilegiada¹⁷, isso pode afetar a saúde e pode confundir os relatos sobre QVRSB. Portanto, o estudo teria se beneficiado se apresentasse uma distribuição econômica mais equilibrada em nossa amostra.

CONCLUSÕES

As mães relatam a QVRSB de seus filhos de 5 e 6 anos de idade de forma semelhante às crianças, enquanto que os pais subestimam os relatos. As mães podem ser consideradas respondentes secundárias preferíveis aos pais sobre a QVRSB dos seus filhos. Porém, a fim de obter uma ampla base para decisões clínicas e para orientar as políticas de saúde bucal, os relatos do núcleo familiar são importantes para a obtenção de ambas as percepções e para evitar perder informações valiosas.

APLICAÇÃO CLÍNICA

Mães classificam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos seus filhos de forma equivalente aos autorrelatos da própria criança, podendo ser utilizadas como respondentes secundárias dos seus filhos pré-escolares tanto na prática clínica quanto em pesquisas científico relacionadas a este desfecho.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi financiado pela Fapesp (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), processos número 2009/17040-0 e 2013/10330-8.

REFERÊNCIAS

- Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECHOHIS). *Health Qual Life Outcomes* 2007;5:6.
- Theunissen NC, Vogels TG, Koopman HM et al. The proxy problem: child report versus parent report in health related quality of life research. *Qual Life Res* 1998; 7: 387-97.
- Tsakos G, Blair YI, Yusuf H, Wright W, Watt RG, Macpherson LMD. Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10:62.
- Abanto J, Tsakos G, Paiva SM, Raggio DP, Celiberti P, Goursand D, Bonecker M. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian version of the Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health Quality Life Outcomes* 2013;11:16.
- Barbosa TS, Gavião MB. Oral health-related quality of life in children: part III. Is there agreement between parents in rating their children's oral health-related quality of life? A systematic review. *Int J Dent Hyg*. 2008;6:108-13.
- Vetter TR, Bridgewater CL, McGwin G. An observational study of patient versus parental perception of health-related quality of life in children and adolescents with a chronic pain condition: who should the clinical believe? *Health Qual Life Outcomes* 2012;10:85.
- Jokovic A, Locker D, Guyatt G. How well do parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. *Qual Life Res* 2004; 13:1297-307.
- Varni JW, Burwinkle TM, Lane MM. Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: An appraisal and precept for future research and application. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3:34.
- Zhang M, McGrath C, Hägg U. Who knows more about the impact of malocclusion on children's quality of life, mothers or fathers? *Eur J Orthod* 2007;29:180-5.
- Wilson-Genderson M, Broder, HL, Phillips C. Concordance between caregiver and child reports of child's oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35 (Suppl. 1): 32-40.
- Benson P, O'Brien C, Marshman Z. Agreement between mothers and children with malocclusion in rating children's oral health-related quality of life. *Am J Orthod Dentofacial Orthoped* 2010; 137:631-8.
- Ferreira MC, Goursand D, Bendo CB, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA, Paiva SM. Agreement between adolescents' and their mothers' reports of oral health-related quality of life. *Braz Oral Res*. 2012;26:112-8.
- Walter SD, Eliasziw M, Donner A. Sample size and optimal designs for reliability studies. *Stat Med* 1998;17:101-10.
- Jokovic A, Locker D, Stephens M, Guyatt G. Agreement between mothers and children aged 11-14 years in rating child oral-health related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;31:335-43.
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-74.
- Eiser C, Morse R. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Qual Life Res* 2001;10:327-57.
- Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério de Saúde. In: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf