

Reprodutibilidade de uma escala odontológica proposta como indicador de saúde bucal em crianças e adolescentes HIV₊/SIDA

Reproducibility of a scale for oral health among children and adolescents HIV₊/AIDS

Juliana Alvares Duarte Bonini Campos¹
Leonor de Castro Monteiro Loffredo¹

Abstract *The aim of this study was to investigate the intraobserver reproducibility of a Portuguese version scale used to evaluate aspects of oral health among children and adolescents HIV₊. The scale was proposed by Balbo and a questionnaire was applied in two occasions, within a one week period, to 27 children and adolescents. The reproducibility was estimated by kappa statistics by point (k). With relation to the mother, it was reached a maximum of agreement for items related to the importance of maintaining the oral health, diary tooth brushing and the individual utilization of dental brush; breath and esthetics presented a good agreement. Regarding the children, a regular agreement was observed on the dental floss use. In contrast, the respondents had difficulties in reporting the name and address of the professionals that gave guidance in prevention activities to them. The k-values for perception, care and promotion were 0.48, 0.21 and 0.64 respectively, pointing to reproducibility levels classified as regular, fair and good. Given the different levels of reproducibility offered by the dental scale for HIV₊ oral health, we suggest that it could be modified, especially in the domain of care.*

Key words *Reproducibility, HIV/AIDS, Oral health, Health services*

Resumo *O objetivo deste trabalho foi estimar a reprodutibilidade de uma escala odontológica para avaliação da saúde bucal de crianças e adolescentes HIV₊. A amostra, com delineamento não probabilístico, constituiu-se de 27 crianças e adolescentes HIV₊. A escala foi aplicada, em duas ocasiões, com intervalo de sete dias. Estimou-se a reprodutibilidade intraexaminador pela estatística Kappa. Nas questões relativas à mãe, houve concordância máxima nos itens referentes à importância da saúde bucal, hábito de escovação diária e utilização de escova dental. A procura de atendimento odontológico motivado por estética e para manutenção de hálito puro apresentou concordância boa. Nas questões relativas à criança, observou-se concordância regular nos itens referentes ao fio dental. Com relação à organização do sistema de saúde, chama atenção a dificuldade dos respondentes em relatar o local e o profissional que realizou orientações educativas preventivas. A reprodutibilidade dos domínios percepção, cuidado e promoção foi de 0,48, 0,21 e 0,64, respectivamente. Sugere-se a necessidade de reestruturação das questões componentes dos algoritmos propostos pela escala para as dimensões de percepção e cuidado, a par da necessidade da saúde bucal ser inserida em programas de atendimento a portadores HIV₊.*

Palavras-chave *Reprodutibilidade, HIV/AIDS, Saúde bucal, Serviços de saúde*

¹Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Rua Humaitá 1.680, Centro. 14801-385 Araraquara SP. jucampos@foar.unesp.br

Introdução

As doenças bucais de alta prevalência ou de alta letalidade representam importante problema de saúde pública, pois causam impacto nos portadores, exercendo efeito negativo na qualidade de vida dos mesmos.

Dentre estas, destacam-se os pacientes com diagnóstico positivo para HIV (HIV₊) que, devido à infecção, possuem uma diminuição progressiva em número e atividade dos linfócitos T CD4₊, comprometendo a imunidade celular, deixando o hospedeiro suscetível ao desenvolvimento de infecções oportunistas e neoplasmas^{1,2}. A cavidade bucal é particularmente suscetível à infecção, sendo uma fonte importante frequentemente utilizada para estimar o diagnóstico e prognóstico em pacientes HIV₊³.

Chapple e Hamburger³ revisaram as principais lesões bucais que acometem estes pacientes e destacam a leucoplasia, Sarcoma de Kaposi, linfoma de Hodgkin, candidose bucal, herpes simples, úlceras bucais, doença periodontal, doenças das glândulas salivares e lesões bucais induzidas por medicamentos.

Para Coulter *et al.*⁴, o impacto da saúde bucal em pacientes HIV₊ não tem sido suficientemente documentado e Broder *et al.*⁵ apontam, dentre as dificuldades, o pouco interesse na investigação das barreiras existentes ao desenvolvimento de programas de saúde bucal ou ao nível de cooperação e interesse na população com diagnóstico positivo para o HIV.

Broder *et al.*⁶ salientam a importância de voltar os olhares para o paciente infantil e adolescente e afirmam que os responsáveis pelas crianças e adolescentes têm a expectativa de participação em programas odontológicos. Porém, uma vez iniciadas as atividades, ocorre grande evasão, principalmente pelo fato destes indivíduos terem a expectativa de tratamento odontológico curativo e não estarem preparados para considerar orientação e prevenção como uma estratégia importante.

A este fato, Phelan⁷ inclui as dificuldades familiares frente à doença, uma vez que o diagnóstico positivo acarretará necessidades não apenas físicas, mas emocionais e sociais, que requerem uma interação de uma equipe multidisciplinar. Neste processo, as sessões informativas e educativas devem ser elaboradas a partir dos anseios e da realidade dos indivíduos⁸⁻¹¹, sendo importante a disponibilidade de instrumentos que reflitam adequadamente as atitudes relativas às dimensões odontológicas.

Para tanto, Balbo¹² propôs uma escala

odontológica a ser utilizada para avaliar a percepção, os cuidados e a promoção de saúde baseada em informações dadas pelos responsáveis por crianças e adolescentes HIV₊ e este estudo se propõe a avaliar a reprodutibilidade desta escala, bem como fazer um diagnóstico do serviço e saúde bucal para os pacientes que possuem cadastro junto ao GASPA (Grupo de Apoio e Solidariedade aos Portadores do vírus HIV de Araraquara).

Material e métodos

Previamente à execução deste estudo, a entidade que presta atendimento aos portadores de HIV (GASPA) foi consultada e deu autorização, por escrito, para levantamento de dados junto às famílias cadastradas.

O delineamento amostral adotado foi o não probabilístico. A amostra esteve constituída pela totalidade de crianças e adolescentes HIV₊, com registro disponível no GASPA, e cujas mães ou responsáveis concordaram em participar do estudo por meio da aceitação do termo de consentimento livre e esclarecido, totalizando, ao final do estudo, 27 participantes.

O instrumento de medida utilizado foi o modelo de “escala odontológica” proposta por Balbo¹² e aplicada para crianças HIV₊ atendidas na FMRP-USP.

Esta escala se propõe a avaliar aspectos ligados à promoção de saúde, percepção, conhecimento, hábitos e cuidados que as mães/responsáveis têm em relação à saúde bucal de crianças e adolescentes soropositivas, baseando-se em questões fechadas precodificadas.

O questionário refere-se a três domínios que avaliam percepção (grau de importância dada à saúde bucal), cuidados (cuidados com a higiene bucal) e promoção (fatores relacionados à promoção de saúde bucal), calculados por um algoritmo constituído a partir da seleção de vinte itens do questionário, conforme proposto por Balbo¹².

A aplicação do questionário foi realizada por um único pesquisador, previamente treinado, em duas ocasiões, com intervalo de sete dias entre elas.

Para o cálculo da reprodutibilidade, empregou-se a estatística Kappa¹³.

A estatística Kappa foi estimada por ponto (k), sendo classificada segundo padrões de Landis e Koch¹⁴.

Para análise dos dados, utilizou-se o *software* Stata 8.0. Os resultados estão apresentados em tabelas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP.

Resultados

A amostra foi composta por 27 crianças e adolescentes HIV⁺, sendo a maioria do sexo feminino (62,9%). A idade média das crianças foi de 7,3 ± 4,8 anos, com idade mínima de um e máxima de quinze anos, sendo que doze crianças apresentaram idade maior ou igual a dez anos (44,4%).

Segundo respostas dos responsáveis por crianças e adolescentes entrevistados às questões da escala odontológica (EO), elaborou-se a Tabela 1.

Todos os respondentes afirmaram que consideram a saúde bucal importante. Porém, nota-se que, apesar disto, a maioria não procura um dentista com frequência (70,4%), e para 25,9% das crianças, a escovação dentária não é diária. Apenas 18,5% das crianças têm seus dentes escovados por um adulto e o mesmo número utiliza fio dental. Quanto à orientação de saúde, nota-se que a maioria dos responsáveis não recebeu atendimento educativo preventivo em saúde bucal, nem

informação sobre as manifestações bucais decorrentes da doença e da necessidade de melhores cuidados higiênicos devido à grande quantidade de açúcar contida nos medicamentos. Todos os responsáveis afirmaram não ter recebido informações sobre a capacidade dos medicamentos causarem xerostomia.

Na Tabela 2, apresenta-se o estudo da reprodutibilidade de cada item componente do questionário proposto por Balbo¹².

Nas questões relativas à mãe, houve concordância máxima nos itens referentes à importância da saúde bucal, hábito de escovação diária e a presença de escova dental individual para cada membro da família. A procura de atendimento odontológico motivado por estética e para manutenção de hálito puro apresentou concordância boa.

Dentre as questões relativas à criança, observou-se concordância regular para os itens referentes à utilização do fio dental e sua frequência. As demais questões apresentaram concordância classificada como boa e ótima.

Quanto às informações relacionadas com a organização do sistema de saúde, chama atenção a dificuldade dos respondentes em relatar o local e o profissional que realizou orientações

Tabela 1. Distribuição de frequência (n) das respostas dos responsáveis entrevistados às questões componentes da escala odontológica (EO). Araraquara (SP), 2006.

Questões	Sim	Não
EO1 = Você considera a saúde bucal importante?	27	-
EO2 = Acha importante procurar o atendimento odontológico por “estética”?	9	18
EO3 = Acha importante procurar o atendimento odontológico por “hálito puro”?	9	18
EO4 = Acha importante procurar o atendimento odontológico por “saúde”?	19	8
EO5 = Acha importante procurar o atendimento odontológico por “higiene”?	12	15
EO6 = Acha importante procurar o atendimento odontológico por “evitar dor”?	9	18
EO7 = Acha importante procurar o atendimento odontológico por “evitar gastos”?	9	18
EO8 = Acha importante cuidar da saúde bucal de seu filho?	27	-
EO9 = Você procura o dentista com frequência?	8	19
EO10 = Você tem o hábito de escovar o dente diariamente?	26	1
EO 12 = A criança escova ou tem seus dentes escovados?	21	6
EO13 = A escovação dos dentes da criança é diária?	20	7
EO14 = Você é quem escova os dentes da criança?	5	21
EO15 = A própria criança escova seus dentes?	16	10
EO16 = O fio dental é usado pela criança?	5	22
EO17 = Nos serviços de saúde, você já recebeu algum tipo de orientação e/ou atendimento educativo preventivo sobre a saúde bucal de seu filho(a)?	9	18
EO18 = Algum profissional já orientou sobre as manifestações bucais decorrentes da doença?	9	18
EO19 = Algum profissional já orientou sobre o açúcar contido nos medicamentos, ou seja, da necessidade de melhores cuidados higiênicos?	1	26
EO20 = Algum profissional já orientou sobre a diminuição de saliva (xerostomia), ocasionada pelos medicamentos?	-	27
EO21 = A criança já foi levada ao dentista?	17	10

Tabela 2. Estatística Kappa (κ) aplicada a todas as questões componentes do questionário proposto por Balbo¹². Araraquara (SP), 2006.

Questões	k(IC _{95%})	Classificação
1 – Questões relativas à mãe		
1.1- Você considera a saúde bucal importante?	1,00	Ótima
1.2 - Você acha importante procurar atendimento odontológico por:		
A – Estética	0,65	Boa
B – Saúde	0,54	Regular
C – Evitar dor	0,60	Regular
D – Hálito puro	0,67	Boa
E – Higiene	0,56	Regular
F – Evitar gastos	0,54	Regular
1.3 - Você acha importante cuidar da saúde bucal do seu filho?	1,00	Ótima
1.4 - Você procura o dentista com frequência?	0,47	Regular
1.5 - Você tem hábito de escovar os dentes diariamente?	1,00	Ótima
1.6 – Na sua casa, cada membro da família tem sua própria escova de dente?	1,00	Ótima
2 – Questões relativas à criança		
2.1 – A criança escova ou tem seus dentes escovados?	0,76	Boa
2.1.1 – Se sim, a escovação é diária?	0,90	Ótima
2.1.2 – Quem escova os dentes da criança?	0,79	Boa
2.1.3 - Quantas vezes por dia a criança escova ou tem os seus dentes escovados?	0,67	Boa
2.2 – O fio dental é utilizado pela criança?	0,60	Regular
2.2.1 - Se sim, qual a frequência que o fio dental é utilizado pela criança?	0,46	Regular
2.3 – A criança faz uso de mamadeira noturna?	0,92	Ótima
2.3.1 - Se sim, com que frequência?	0,86	Ótima
2.3.2 - Qual é a composição da mamadeira?	1,00	Ótima
2.4 – O que a criança come na maior parte das refeições?		
A – arroz	0,78	Boa
B – feijão	0,78	Boa
C – carne	0,79	Boa
D – ovos	0,57	Regular
E – verduras	0,64	Boa
F – legumes	0,74	Boa
G – leite	1,00	Ótima
H – frutas	0,71	Boa
I – outros	0,65	Boa
2.5 – A criança come doces ou alimentos que contenham açúcar?	0,65	Boa
2.5.1 - Se sim ou raramente, qual a frequência com que a criança come doces ou alimentos que contenham açúcar?	0,63	Boa
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?	0,65	Boa
3.1.1 - Se sim, onde?	0,54	Regular
3.1.2 - Que tipo de orientação?	0,73	Boa
3.2 - Algum profissional já orientou sobre as manifestações bucais decorrentes da doença?	0,52	Regular
3.2.1 - Se sim, qual foi o profissional?	0,39	Sofrível
3.3 - Algum profissional já orientou sobre o açúcar contido nos medicamentos, ou seja, da necessidade de melhores cuidados higiênicos?	0,29	Sofrível
3.3.1 - Se sim, qual foi o profissional?	0,13	Fraca
3.4 - Algum profissional já orientou sobre a diminuição da saliva (xerostomia), ocasionada pelos medicamentos?	1,00	Ótima
3.4.1 - Se sim, qual foi o profissional?	1,00	Ótima

continua

Tabela 2. continuação

Questões	k(IC _{95%})	Classificação
3.5 – A criança já foi levada ao dentista?	1,00	Ótima
3.5.1 - Se não, porquê?	0,92	Ótima
3.5.2 - Se sim, qual o dentista?	0,70	Boa
3.5.3 – O dentista foi informado sobre a doença?	1,00	Ótima
3.5.4 - Se sim, como o profissional reagiu?	0,82	Ótima
3.6 - Teve dificuldade em conseguir o tratamento odontológico?	1,00	Ótima
3.7 - Você acha que o atendimento foi diferente?	1,00	Ótima
3.7.1 - Se sim, porquê?	1,00	Ótima
3.7.2 - Isto criou algum tipo de constrangimento?	1,00	Ótima
3.8 – Alguma vez sentiu que seu filho(a) foi rejeitado(a) ou desrespeitado(a) no tratamento odontológico?	1,00	Ótima
3.9 – Alguma vez teve o tratamento dentário do seu filho negado?	0,93	Ótima
3.9.1 - Se sim, qual foi o motivo alegado?	1,00	Ótima

educativas preventivas, bem como a necessidade de atenção à higiene bucal devido ao conteúdo de açúcar presente nos medicamentos. A concordância das demais questões foi considerada boa e ótima.

A estatística Kappa (k) aplicada aos domínios componentes da escala odontológica (EO) está exposta na Tabela 3.

Verificou-se boa concordância entre as respostas apenas para o domínio referente à promoção de saúde.

Discussão

O delineamento amostral utilizado, não probabilístico, poderia representar, numa primeira análise, uma limitação do estudo quanto a sua validade externa. Entretanto, baseado no fato do total de crianças e adolescentes HIV₊ configurar uma amostra de pequeno porte, a opção do pesquisador foi trabalhar com todas elas, desde que houvesse o consentimento por parte dos responsáveis. Por outro lado, os autores proponentes do questionário¹² se utilizaram de amostragem por conveniência e Balbo *et al*¹⁵ também apresentam dados coletados a partir deste mesmo tipo de amostra; portanto, optou-se pela realização do estudo.

O tamanho da amostra utilizada representa o total de crianças e adolescentes HIV₊, cadastrados junto ao GASPA do município de Araraquara (SP), cujos responsáveis concordaram em participar. Entretanto, o número de participantes é insuficiente para a realização da estimativa

Tabela 3. Estatística Kappa (κ) aplicada aos domínios componentes da escala odontológica (EO) proposta por Balbo¹². Araraquara (SP), 2006.

Domínios – Escala odontológica	κ	Classificação
Percepção	0,48	Regular
Cuidado	0,21	Sofrível
Promoção	0,64	Boa

do valor Kappa por intervalo de confiança. Por essa razão, a confiabilidade do instrumento proposto por Balbo¹², para implementação do mesmo por parte dos serviços de saúde, foi verificada pela estatística Kappa, por ponto.

Na amostra estudada, 100,0% dos respondentes afirmaram considerar a saúde bucal importante, bem como cuidar da saúde bucal de seu filho (Tabela 1). Entretanto, quando questionou-se o motivo considerado importante para procura de atendimento odontológico, pode-se notar que não houve uma opinião de consenso e a concordância entre as respostas dadas nos distintos momentos foi classificada como boa apenas para os itens “Estética” e “Hálito puro”, enquanto os demais apresentaram reprodutibilidade regular, o que pode ser reflexo da falta de informação sobre hábitos de saúde bucal (Tabela 2).

Chama atenção que oito indivíduos (29,6%) afirmaram não procurar o dentista com frequência, o que pode ter ocorrido por desinformação,

por inviabilidade econômica ou devido às diversidades de problemas ocasionados em todos os aspectos da vida pelo impacto da SIDA. De acordo com Hastreiter e Jiang¹⁶, a dificuldade financeira tem sido um limitador do acesso a serviços de saúde bucal por pacientes HIV₊. Entretanto, os autores apresentam evidências de que a falta de visitas regulares aos serviços de saúde bucal pode ser mais dispendiosa do que o tratamento regular, alertando os pacientes e os serviços de saúde para este fato.

Com relação aos cuidados de higiene bucal de crianças, a literatura^{15,17} tem recomendado que crianças menores de dez anos tenham seus dentes escovados ou sua escovação monitorada por um adulto, uma vez que as mesmas ainda não possuem habilidade manual nem maturidade suficiente para garantir a execução de uma escovação adequada. Neste estudo, apenas em 18,5% dos casos foi relatada a presença do responsável durante a escovação (Tabela 1).

Outro aspecto a ser considerado é a não utilização do fio dental pela maioria das crianças (Tabela 1), concordando com os achados de Balbo *et al.*¹⁵. Na Tabela 2, observou-se uma concordância regular para os itens referentes à utilização do fio dental e sua frequência, o que pode ser reflexo da dificuldade dos cuidadores em assumir a não utilização do mesmo pela criança. A dificuldade de crianças e de adolescentes em se habituar à utilização do fio dental têm sido apontada na literatura; entretanto, tratando-se de crianças HIV₊, esta situação requer maior atenção, uma vez que a presença de placa bacteriana, aliada à debilidade imunológica, pode corroborar para o desenvolvimento de infecções oportunistas^{2,18,19}.

Quanto à falta de informações sobre atendimento educativo preventivo, manifestações bucais decorrentes da doença, efeitos na cavidade bucal pelo consumo de medicamentos (questões EO17, EO18, EO19 e EO20) (Tabela 1), pode-se atribuir o fato à não existência de um profissional responsável pela saúde bucal das crianças HIV₊ junto à equipe multidisciplinar de saúde. Ribeiro²⁰ e Zabus e Trinh²¹ ressaltam a necessidade de elaboração de programas de promoção de saúde, pautados na educação e motivação e voltados para o atendimento das necessidades de pacientes HIV₊.

De acordo com Jandinski *et al.*²², Madigan *et al.*²³, Castro *et al.*²⁴ e Ribeiro *et al.*², a experiência de cárie e gengivite em crianças infectadas pelo HIV é elevada e esta falta de informação pode

levar ao agravamento desta situação, pautada no fato de que estas crianças e adolescentes fazem um alto consumo de medicamentos contendo açúcar, resultando na diminuição do fluxo salivar, causada pelos mesmos e por hábitos inadequados de higiene bucal²⁵.

Quanto às informações relacionadas com a organização do sistema de saúde, chama atenção a dificuldade dos respondentes em relatar o local e o profissional que realizou orientações educativas preventivas e quanto ao conteúdo de açúcar nos medicamentos, o que pode denotar falta de programas contínuos de orientação voltados para o paciente pediátrico HIV₊.

Apesar das estimativas da consistência interna da escala odontológica realizadas por Balbo¹² e Balbo *et al.*¹⁵ terem conferido ao instrumento bons resultados, estas não garantem à escala total qualidade metodológica. Assim, para a certificação da confiabilidade do referido instrumento, deve-se proceder, além destas estimativas, o estudo da reprodutibilidade de cada domínio componente da escala odontológica (EO).

A concordância apresentada para cada um dos domínios percepção, cuidado e promoção foi de 0,48, 0,21 e 0,64, respectivamente, o que aponta para uma reprodutibilidade abaixo do desejável para os domínios percepção e cuidado.

Deste modo, a par da constatação da necessidade de inclusão, nos programas de saúde de atenção aos portadores HIV₊ em saúde bucal, sugere-se que mais estudos sejam realizados para a investigação da reprodutibilidade da escala odontológica, a fim de que o algoritmo proposto para cada domínio possa ser avaliado e, se necessário, reformulado até que o instrumento atinja a confiabilidade necessária para o levantamento das informações da percepção, dos cuidados e de promoção de saúde bucal por parte de cuidadores de crianças e adolescentes HIV₊.

Conclusão

Frente aos achados, sugere-se a necessidade de que a saúde bucal de portadores HIV₊ seja integrante da atenção a eles destinada. A reestruturação das questões componentes dos algoritmos propostos pela escala odontológica para as dimensões de percepção e cuidado devem ser reavaliadas, após a inclusão da saúde bucal em programas de atendimento de portadores HIV₊.

Colaboradores

JADB Campos e LCM Loffredo participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

- Rachid M, Schechter M. *Manual de HIV/AIDS*. Rio de Janeiro: Revinter; 1998.
- Ribeiro AA, Portela M, Souza IP. Relação entre biofilme, atividade de cárie e gengivite em crianças HIV+. *Pesqui. Odontol. Bras* 2002; 16(2):144-150.
- Chapple ILC, Hamburger J. The significance of oral health in HIV disease. *Sex Transm Infect* 2000; 76(4):236-243.
- Coulter ID, Heslin KC, Marcus M, Hays RD, Freed J, Der-Martirosian C, Guzmán-Becerra N, Cunningham WE, Andersen RM, Shapiro MF. Associations of self-reported oral health with physical and mental health in nationally representative sample of HIV persons receiving medical care. *Qual Life Res* 2002; 11(1):57-70.
- Broder HL, Catalanotto FA, Reisine S, Variagiannis E. Compliance is poor among HIV-infected children with unmet dental needs. *Pediatr Dent* 1996; 18(2):137-138.
- Broder HL, Russell SL, Varagiannis E, Reisine ST. Oral health perceptions and adherence with dental treatment referrals among caregivers of children with HIV. *AIDS Educ Prev* 1999; 11(6):541-551.
- Phelan JP. *Oral health care for adults, adolescents and children with HIV infection*. New York: Aids Institute/Department of Health; 1998.
- Souza L. A saúde e doença no dia-a-dia do povo. *Caderno do CEAS* 1982; 77:18-23.
- Portillo JAC, Paes AMC. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. *Rev Bras Odontol Saúde Coletiva* 2000; 1(1):75-88.
- Bensing JM, Visser A, Saan H. Patient education in the Netherlands. *Patient Educ Couns* 2001; 44(1):15-22.
- Myburgh NG, Hobbell MH, Lalloo R. African countries propose a regional oral health strategy: The Dakar Report from 1998. *Oral Dis* 2004; 10(3):129-137.
- Balbo PL. *Epidemiologia de fatores sociais relacionados à saúde bucal relatados pelas mães ou pelos responsáveis por crianças HIV+/AIDS atendidas no HCRP* [tese]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP; 2006.
- Light RJ. Measures of response agreement for qualitative data: some generalizations and alternatives. *Psychol Bull* 1971; 76:365-377.
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159-174.
- Balbo PL, Rodrigues-Júnior AL, Cervi MC. Caracterização dos cuidadores de crianças HIV+/AIDS abordando a qualidade de vida, a classificação socioeconômica e temas relacionados à saúde bucal. *Cien Saúde Colet* 2007; 12(5):1301-1307.
- Hastreiter RJ, Jiang P. Do regular dental visits affect the oral health care provided to people with HIV? *J Am Dent Assoc* 2002; 133:1343-1350.
- Ottley C. Improving children's dental health. *J Fam Health Care* 2002; 12(5):122-125.
- Eldridge K, Gallagher JE. Dental caries prevalence and dental health behavior in HIV infected children. *Int. J. Paediat. Dent.* 2000; 10:19-26.
- Shetty K. Recommendations for the dental management of HIV-infected children and adolescents. *HIV Clinician* 2004; 16(2):1-7.
- Ribeiro AA. *Avaliação de um programa de promoção de saúde bucal em crianças HIV+* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
- Zabos GP, Trinh C. Bringing the mountains to Mohammed: a mobile dental team serves a community-based program for people with HIV/AIDS. *Am J Public Health* 2001; 91(8):1187-1189.
- Jadinski J, Catalanotto F, Murray P, Katz R, Variagiannis E. *Oral pathology in pediatric AIDS*. [abstract 2705] *J Dent Res* 1994; 73:440.
- Madigan A, Murray PA, Houpt M, Catalanotto F, Feuerman M. Caries experience and cariogenic markers in HIV-positive children and their siblings. *Pediatr Dent* 1996; 18(2):129-136.
- Castro GF, Souza IP, Chianca TK, Hugo R. Avaliação de um programa de prevenção de cárie em crianças HIV+. [resumo 100]. In: *Anais da 14ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica*; 1997; São Paulo.
- Maguire A, Rugg-Gunn AJ, Butler TJ. Dental health of children taking antimicrobial and non-microbial liquid oral medication long-term. *Caries Res* 1996; 30:16-21.

Artigo apresentado em 26/12/2007

Aprovado em 09/07/2008

Versão final apresentada em 30/10/2008