



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



AMANDA PAINO SANT'ANA

**Avaliação do impacto de cuidados parentais na saúde
bucal de crianças com Deficiência Intelectual de zero a seis
anos de idade**

Araçatuba – SP
2022

AMANDA PAINO SANT'ANA

**Avaliação do impacto de cuidados parentais na saúde
bucal de crianças com Deficiência Intelectual de zero a
seis anos de idade.**

Trabalho apresentado à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Letícia Helena Theodoro

Coorientadora: Profa. Dra. Cristiane Duque

**Araçatuba – SP
2022**

*A **Deus**, por cuidar de cada detalhe do meu caminho, transformando obstáculos em grandes oportunidades e por sempre me cercar de pessoas boas.*

*Também dedico esse trabalho as pessoas mais importantes da minha vida, os quais são meu porto seguro e meu bem mais valioso: **a minha família**.*

*A meu pai, **Antônio Carlos Sant'Ana Garcia**, e minha mãe, **Silmara Venuto Paino Sant'Ana**, por me amarem e me criarem buscando sempre me oferecer o melhor. Tudo devo a eles, pois se privaram de muitas coisas para oferecer o melhor para o meu futuro. A meu irmão, **Gean Carlos Paino Sant'Ana**, por ser o meu melhor amigo na Terra. Sem esse amor e cuidado, este trabalho não seria possível. Obrigada! Amo vocês!*

AGRADECIMENTOS

À **Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Odontologia de Araçatuba**, na pessoa do diretor **Prof. Dr. Glauco Issamu Miyahara** e do vice-diretor **Prof. Tit. Alberto Carlos Botazzo Delbem**.

A minha orientadora, **Professora Dra. Letícia Helena Theodoro**, pela paciência, orientação, humanidade e por todo conhecimento compartilhado. Obrigada pelo estímulo ao meu crescimento profissional. Obrigada, também, por não poupar esforços em me ajudar. Agradeço por tudo, professora!

A minha coorientadora, **Professora Dra. Cristiane Duque**, por toda orientação, ajuda e ensinamentos compartilhados. Obrigada, professora!

Ao **CAOE – Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência**, cada um dos seus funcionários e pacientes, vocês me ensinaram sobre os valores da vida e possibilitaram a realização desse trabalho.

A **Maria Cristina Ruiz, Marisha de Oliveira, Ana Rita Zito, Ana Lúcia Bombonatti, Liliane Louzada, Cintia Barbieri e Márcio José Possari** por todos os ensinamentos, companheirismo e toda ajuda durante os anos do Projeto de Extensão na Clínica do Bebê e por terem grande parte no desenvolvimento e realização desse trabalho. Sem vocês, nada disso seria possível! Muito obrigada por tudo!

A **Ana Livia Assonuma** pela amizade e confiança. Sou grata pelo privilégio de ser sua dupla todos esses anos da graduação. Juntas nos tornamos as profissionais que somos hoje! Obrigada por todos os conselhos, conversas e momentos divididos. Sou grata pela nossa amizade!

A **Karen Santin dos Reis e Júlia Zanelatto Costa**, por dividirem a casa, a vida e serem minha família em Araçatuba. Obrigada pela sincera amizade e confiança de todos esses anos!

A **Letícia Antunes, Bruna Viana, Ruan Barra, Bianca Bialon, Arthur**

Briotto, Ana Beatriz Maciel e Isadora Martins pela amizade e experiências compartilhadas durante a graduação. Vocês são muito importantes pra mim!

Aos meus avós **Neuza Venuto Paino e Valdomiro Paino Perez** – in **memorian** que muito me ensinaram. Amarei eternamente!

Aos meus pais, **Antônio Carlos Sant’Ana Garcia e Silmara Venuto Paino Sant’Ana**, por sempre me incentivarem e não medirem esforços para meu crescimento. A meu irmão, **Gean Carlos Paino Sant’Ana**, por todo o apoio. Por tanto amor e ensinamento, gratidão! Amo vocês!

Ao meu noivo, **Gabriel Mulinari dos Santos** pelo companheirismo, amizade e apoio incondicional. Você é minha inspiração. Sou grata pela sua vida! Eu te amo infinitamente!

A **Pró-reitoria de Extensão Universitária e Cultura (PROEC)**, pela oportunidade de ser bolsista no ano de 2021 e pelo financiamento do Projeto de Extensão “Plano de ações para prevenção de doenças bucais em crianças com deficiências intelectuais de 2 a 6 anos”, dentro do qual foi desenvolvido este trabalho.

***“Bem-aventurado o homem que acha sabedoria, e o homem que
adquire conhecimento”***

Provérbios 3: 13

PAINO-SANT'ANA, A. Avaliação do impacto de cuidados parentais na saúde bucal de crianças com Deficiência Intelectual de zero a seis anos de idade. 2022. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2022.

RESUMO

Introdução: Esse estudo visou investigar o quanto as práticas de cuidados parentais, características sociodemográficas, comportamentais e o conhecimento familiar podem ter impacto na saúde bucal de crianças com deficiência intelectual na faixa etária de zero a seis anos de idade. **Materiais e métodos:** Foram estudadas 73 crianças que frequentam a Clínica do Bebê do Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência e seus cuidadores. Um dos responsáveis participou da avaliação dos cuidados oferecidos à criança por meio de entrevistas. Durante seu relato, foi avaliado o nível de ajuda cedida à criança na prática de higiene bucal de acordo com a escala de independência funcional adaptada. Foi aplicada, também, a Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado, a fim de avaliar os cuidados primários e a estimulação oferecida à criança. Na avaliação da saúde bucal, foram analisados a presença de placa dentária e o índice ceo-d. O indivíduo foi a unidade de análise. O nível de significância foi de 5%. **Resultados:** setenta e três pacientes foram incluídos ($2,25 \pm 4,75$ anos). Trinta e cinco crianças apresentaram placa dentária, sendo a porcentagem relativa 11,4%. O índice ceo-d foi de 2. A prevalência de dentes com extração indicada é maior em crianças que recebem ajuda total para higienização, quando comparadas as que recebem ajuda moderada, máxima ou supervisão. Níveis mais elevados de placa dentária e dentes cariados foram encontrados nas crianças cujos pais avaliam a saúde dental como ruim, a higiene como deficiente e quando acreditavam que os filhos podem sentir desconforto em razão de seu estado de saúde bucal. Escores abaixo da média para frequência de estimulação resultaram em maior índice de placa e número de dentes cariados. Nível de escolaridade dos pais, sexo e uso de fio dental não foram associados aos desfechos. **Conclusão:** Concluiu-se que, os pais foram capazes de perceber a condição bucal de seus filhos. Além disso, a frequência de estimulação dos cuidados parentais influenciou na porcentagem do índice de placa e no número de dentes cariados nas crianças com deficiência intelectual.

Palavras-chave: Assistência Odontológica para Pessoas com Deficiências. Deficiência Intelectual. Cuidados parentais.

PAINO-SANT'ANA, A. **Assessment of the impact of parental care on the oral health of children with Intellectual Disabilities from zero to six years of age.** 2022. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2022.

ABSTRACT

Introduction: This study aimed to investigate how much parental care practices, sociodemographic and behavioral characteristics and family knowledge can have an impact on the oral health of children with intellectual disabilities in the age group from zero to six years old. **Materials and methods:** 73 children who attend the Baby Clinic of the Dental Care Center for People with Disabilities and their caregivers were studied. One of those responsible participated in the evaluation of the care offered to the child through interviews. During her report, the level of help given to the child in the practice of oral hygiene was evaluated according to the adapted functional independence scale. The Parental Beliefs and Care Practices Scale was also applied to assess primary care and the stimulation offered to the child. In the evaluation of oral health, the presence of dental plaque and the dmft index were analyzed. The individual was the unit of analysis. The significance level was 5%. **Results:** seventy-three patients were included (2.25 ± 4.75 years). Thirty-five children had dental plaque, the relative percentage being 11.4%. The dmft index was 2. The prevalence of teeth with indicated extraction is higher in children who receive full assistance for cleaning, when compared to those who receive moderate, maximum help or supervision. Higher levels of dental plaque and decayed teeth were found in children whose parents rated their dental health as poor, hygiene as deficient and when they believed that their children might feel discomfort due to their oral health status. Below-average scores for stimulation frequency resulted in a higher plaque index and number of decayed teeth. Parental education level, sex and flossing use were not associated with outcomes. **Conclusion:** It was concluded that the parents were able to perceive the oral condition of their children. In addition, the frequency of parental care stimulation influenced the percentage of plaque index and the number of decayed teeth in children with intellectual disabilities.

Keywords: Dental Care for People with Disabilities. Intellectual Disability. Parental care.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Quantidade de indivíduos diagnosticados com outras condições	21
GRÁFICO 2 – Gráfico do tipo Boxplot mostrando a correlação do índice de placa visível (IPV) e a frequência de estimulação dos pais com os filhos	26

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição do IPV, dentes cariados, obturados e com extração indicada em relação aos preditores	23
TABELA 2 – Conhecimento sobre saúde bucal relatado pelos pais e estado de saúde bucal	24
TABELA 3 – Índice ceo-d	25
TABELA 4 – Correlação dos Cuidados Parentais e IPV	25
TABELA 5 – Correlação dos Cuidados Parentais e dentes cariados	26

LISTA DE SIGLAS

CAOE	Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência
DI	Deficiência Intelectual
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
E-CPPC	Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado
IPV	Índice de Placa Visível
OMS	Organização Mundial de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TN	Transtornos do Neurodesenvolvimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	15
3 METODOLOGIA.....	16
3.1 Comitê de Ética e delineamento da pesquisa.....	16
3.2 Seleção da Amostra.....	16
3.3 Coleta de dados.....	17
3.3.1 Questionário Clínico – pessoal e demográfico.....	17
3.3.2 Escala de Crenças e Cuidados Parentais (E-CCPC).....	18
3.3.3 Análise Clínica – Índice de Placa Visível (IPV).....	18
3.3.4 Análise Clínica – Índice ceo-d.....	19
3.4 Análise Estatística.....	20
4 RESULTADOS.....	21
5 CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICES.....	36
ANEXOS.....	41

1 INTRODUÇÃO

A Deficiência Intelectual (DI) é uma condição que faz parte do grupo de Transtornos do Neurodesenvolvimento (TN) (1). Se inicia antes da criança ingressar a escola e é diagnosticada quando ela não atinge os marcos do desenvolvimento esperados em áreas do funcionamento intelectual (1,2). Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), essa condição configura-se por déficits em capacidades como raciocínio, solução de problemas, planejamento, aprendizagem acadêmica e pela experiência (1). Consequentemente, ocorrem dificuldades no funcionamento adaptativo, e o indivíduo não atinge padrões de independência pessoal e responsabilidade social (3).

O nascimento de uma criança produz mudanças na rotina dos seus responsáveis e nas relações estabelecidas, exigindo da família um processo de adaptação. Nos núcleos familiares compostos por crianças com deficiências, juntamente com as adaptações e mudanças nos hábitos rotineiros, ocorre a necessidade de lidar emocionalmente com o diagnóstico médico (4). No Brasil, a DI tem prevalência em mais de 7 milhões de habitantes (5). Porém, seus níveis de gravidade só podem ser avaliados após a primeira infância, quando é possível mensurar a inteligência por meio de testes de quociente de inteligência (1).

O diagnóstico da DI pode gerar forte impacto, crises familiares e provocar sentimentos comparados ao luto, em virtude das expectativas e idealizações que envolvem a chegada de um filho (6). Somado a isso, a criança com deficiência altera planos, aumenta as responsabilidades e necessidade de apoio e investimentos dos seus responsáveis (7), além da exigência em definir os papéis em relação aos cuidados (6). Estes cuidados, também nomeadas na literatura como práticas parentais, práticas de cuidados ou cuidados parentais, referem-se ao conjunto das relações estabelecidas entre pais e filhos que compreendem necessidades distintas como cuidar, educar e promover o desenvolvimento dos filhos (8).

Recentemente houve um aumento de pesquisas relacionadas as práticas parentais e suas repercussões no desenvolvimento da criança (9). Trabalhos sobre esse tema apontam um aumento do estresse dos cuidadores, e consequente alteração do funcionamento familiar (8). Estudos evidenciam que mães de crianças com deficiência priorizam a prestação de cuidados primários, ou seja, aqueles

relacionados a higiene, vestimenta e alimentação (6,10). Neste sentido, ressalta-se a necessidade de ampliação de pesquisas com o tema de práticas parentais em famílias com filhos com deficiências (11).

A saúde bucal é parte integrante e complementar da saúde geral e do bem-estar do indivíduo, esteja ele em qualquer fase de sua vida (12). Estudos asseguram que diversos componentes da saúde bucal são vitais para manter a saúde física, mental e a qualidade de vida de uma criança (9,13,14). Nesse contexto, trabalhos mostram que crianças com DI apresentam mais placa bacteriana (15), piores índices de higienização bucal (16), cáries (17) e doenças periodontais (18), doenças as quais são biofilme dependentes (19,20).

Existem múltiplos fatores relacionados à criança com DI que podem colaborar para um maior risco de desenvolvimento de doenças bucais (13). Os fatores podem ser: comprometimento cognitivo, destreza e coordenação manual insuficiente, limitações comportamentais, uso de medicamentos, alimentação pastosa e mastigação e deglutição inadequadas, e consequente acúmulo de restos de alimentos na cavidade oral (14,18). Além disso, a dependência de cuidadores, a falta de motivação e compreensão desses para adequada higiene bucal podem contribuir para o aumento das doenças bucais (10,21).

Os hábitos de saúde bucal das crianças originam-se principalmente da família, portanto os vínculos entre cuidador e criança podem contribuir ou prejudicá-la (13). Assim sendo, o auxílio adequado do cuidador para realização de um bom método de controle de placa bacteriana de pessoas com DI, pode contribuir de forma significativa na qualidade da higienização (21–23). Dessa forma, os cuidados de práticas parentais exercem um papel fundamental e decisivo na promoção de hábitos eficazes de saúde bucal (13,17).

2 OBJETIVOS

O objetivo principal do estudo foi investigar o impacto das crenças e práticas de cuidados parentais na saúde bucal de crianças com deficiência intelectual, na faixa etária de zero a seis anos de idade. Além disto, foi avaliado os efeitos dos fatores sociodemográficos, comportamentais e o conhecimento dos pais sobre a saúde bucal dos filhos.

3 METODOLOGIA

3.1 Comitê de Ética e delineamento da pesquisa

Trata-se de estudo transversal observacional com amostra de conveniência seguindo as normas do STROBE Statement (24) que foi submetido para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP e a pesquisa somente se iniciou após o parecer consubstanciado (CAAE 49113021.5.0000.5420).

Este projeto está de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos e com a Resolução 510/16, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.

3.2 Seleção da Amostra

Foram estudadas 73 crianças de 0 a 6 anos de idade diagnosticadas com DI que frequentam a Clínica do Bebê do Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência (CAOE) e seus responsáveis/cuidadores no período de agosto de 2021 a abril de 2022. Os responsáveis foram individualmente informados sobre a natureza do estudo e ao concordarem em participar, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Um dos responsáveis foi convidado a participar da avaliação dos cuidados oferecidos à criança em uma sala exclusiva do CAOE. Ao passo que a criança participou da avaliação da saúde bucal, por meio de exame clínico bucal, em um consultório odontológico do CAOE preparado para a realização da pesquisa.

Os indivíduos enquadrados no estudo apresentavam os seguintes critérios de inclusão: Pacientes diagnosticados com algum tipo de Transtorno de Desenvolvimento Intelectual/Deficiência Intelectual (DI); Pacientes sem necessidade de sedação ou contenção para avaliação; Pacientes com idade > 0 e ≤ 6 anos; Pacientes de ambos os sexos.

Os critérios de exclusão foram: Pais/responsáveis que não autorizaram a

participação na pesquisa; Pais/responsáveis com doença psiquiátrica diagnosticada; Pacientes edêntulos; Pacientes em dieta enteral ou parenteral; Pacientes institucionalizados.

3.3 Coleta de Dados

3.3.1 Questionário clínico – pessoal, sociodemográfico e bucal (APÊNDICE A)

O questionário (25) abordou questões sobre a identificação da criança, gênero, idade, endereço e se apresenta outras doenças associadas à DI. Posteriormente, através do relato do responsável, foi avaliado o nível de ajuda que a criança recebe na prática da higiene bucal de acordo com a escala de independência funcional adaptada (26).

A referida escala discrimina os níveis de ajuda em “sem ajuda” e “com ajuda”. Nos níveis “sem ajuda” a graduação se dá na seguinte configuração: Independência completa e independência modificada. Nos níveis “com ajuda” ocorre a seguinte graduação: Ajuda total – quando a higiene bucal é completamente realizada por outra pessoa. Ajuda máxima – quando o indivíduo realiza mais de 25 por cento de sua higiene bucal. Ajuda Moderada - quando o indivíduo realiza mais de 50 por cento de sua higiene bucal. Ajuda mínima - quando o indivíduo realiza mais de 75 por cento de sua higiene bucal. Supervisão – quando o indivíduo realiza a higiene bucal e um terceiro realiza a supervisão com orientações orais/verbais.

Além disso, tendo como base estudos anteriores (15,25), procurou-se por meio do relato do responsável, analisar as práticas de higiene bucal das crianças com questões associadas à frequência de escovação diária, fio dental e tipo de escova usada. Foi analisado também o conhecimento e entendimento do responsável sobre a saúde bucal das crianças, por meio de perguntas de percepção sobre a higiene bucal e sua relação com saúde geral, e a percepção quanto a qualquer problema ou desconforto na boca.

3.3.2 Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC) (APÊNDICE B)

Relevantes pesquisas (8,11) construíram e validaram uma escala que avalia a frequência de realização e o grau de relevância atribuído a dois conjuntos de práticas de cuidados às crianças de 0 a 6 anos. Um conjunto diz respeito às práticas de “cuidado primário” e outro às práticas de “estimulação”.

Os comportamentos relativos aos Cuidados Primários são: socorrer quando está chorando; alimentar; manter limpa; cuidar para que durma e descanse; não deixar que passe frio ou calor; carregar no colo; ter sempre por perto; tentar evitar que se acidente. Os relativos à Estimulação são: deixar livre para correr, nadar, trepar; fazer atividades físicas; jogar jogos; pendurar brinquedos no berço; ver livrinhos juntos; mostrar coisas interessantes; explicar coisas; ouvir o que tem a dizer; responder a perguntas; ficar frente a frente, olho no olho (27,28).

Dessa forma, temos quatro escores distintos: Cuidados Primários (frequência de realização), Cuidados Primários (grau de importância), Estimulação (frequência de realização), e Estimulação (grau de importância) (27,28).

Para a análise dos dados foi realizado o agrupamento de variáveis seguindo metodologia de estudo prévio (28,29): a) Cuidados primários: 32-34 pontos: abaixo da média; 35-37 pontos: na média; 38-40 pontos: acima da média. b) Estimulação: 20-29 pontos: abaixo da média; 30-39 pontos: na média; 40-50 pontos: acima da média.

3.3.3 Análise Clínica – Índice de Placa Visível (IPV)

Como parâmetro clínico para higiene oral foi avaliado o índice de placa visível (IPV) de todas as crianças com DI que compõe a amostra do estudo. A avaliação do IPV foi realizada no consultório odontológico do CAOE, preparado para a realização da pesquisa e foi feito por dois examinadores calibrados obtendo índice Kappa 0,90, acompanhado por auxiliar odontológica, cirurgiões-dentistas e demais profissionais da área da saúde quando necessário.

Com o auxílio de um espelho bucal plano número 5 e sonda OMS, foi avaliado a presença de placa visível, determinada por dicotomia, em termos de

presença (+) ou ausência (-) nos seis dentes índices (primeiros molares decíduos, incisivo central superior, incisivo central inferior) em seis locais por dente (mésio-vestibular, vestibular, disto-vestibular, disto-lingual, médio-lingual e mesiolingual), totalizando 36 sítios. Na ausência de algum dente índice, foi analisado o seu correspondente decíduo ou o dente mais próximo (mesial) do hemiarco. Logo após, foram contabilizadas as superfícies que apresentaram placa bacteriana e foi feito uma operação matemática (regra de 3 simples) para determinar o valor relativo (porcentagem) de faces afetadas em relação ao total de faces (30,31).

3.3.4 Análise Clínica – Índice ceo-d

Proposto por Gruebbel, o índice ceo-d é uma adaptação à dentição decídua do índice CPO-D criado e validado por Klein e Palmer, em 1937 (32). Esse índice é preconizado pela OMS para avaliação em saúde bucal, em específico, para a cárie dentária em estudos epidemiológicos e tem como objetivo avaliar a média do número total de dentes cariados, com extração indicada e obturados em um grupo de indivíduos. Os dentes perdidos não são considerados, pela dificuldade em diferenciar extraído por cárie de esfoliação natural dentária (33,34).

Esse exame clínico foi realizado em todos os dentes nas crianças com DI com o auxílio de um espelho bucal plano número 5 e sonda OMS no consultório odontológico bem iluminado, observando com precisão a condição clínica da coroa de cada dente (34).

O índice é classificado de acordo com o grau de severidade: muito baixo (média 0,0 a 1,1); baixo (média 1,2 a 2,6); moderado (média 2,7 a 4,4); alto (média 4,5 a 6,5); muito alto (média 6,6 ou mais) (32).

3.4 Análise Estatística

Foram realizadas análises descritivas por meio de medidas de tendência central (frequências simples, médias e medianas) e medidas de dispersão (desvio padrão) para caracterização do índice ceo-d.

Modelo de Regressão Logística Simples foi realizada para os desfechos: IPV, número de dentes cariados, obturados e com extração indicada. As variáveis independentes incluídas na análise foram fatores sociodemográficos (idade, sexo e escolaridade dos pais) e comportamentais (grau de dependência, higiene bucal e fio dental).

Os desfechos foram comparados ao conhecimento de saúde bucal dos pais por meio do teste U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. As correlações entre a E-CPPC e os desfechos foi realizada pelo teste de Spearman. Os dados são descritos pela distribuição de frequência e médias com desvios padrão.

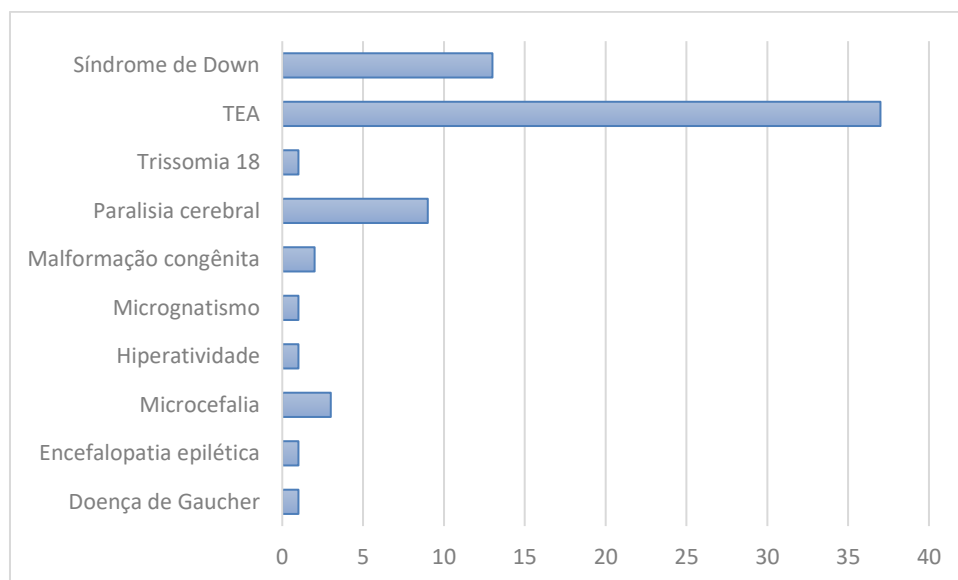
A análise estatística foi realizada pelo programa JAMOV 2.2.5 (Sydney, Austrália). O indivíduo foi a unidade de análise. O nível de significância foi estabelecido em 5%. Todos os valores foram testados quanto à normalidade (teste de Shapiro-Wilk).

4 RESULTADOS

Durante o período de coleta de dados, um total de 94 pacientes com DI e seus responsáveis concordaram em participar do estudo. Destes, 18 não puderam receber avaliação odontológica devido ao uso de sonda gastroenteral. Setenta e cinco crianças foram consideradas elegíveis de acordo com os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa; no entanto, três pacientes foram posteriormente excluídos por impaciência e falta de colaboração durante o exame clínico.

Um total de 73 crianças (27 meninas e 46 meninos) entre 0 a 6 anos (idade média $2,25 \pm 4,75$ anos) foram incluídas no estudo. Trinta e cinco crianças apresentaram placa dentária visível, sendo a porcentagem relativa 11,4%. Todos os pacientes apresentaram algum tipo de doença, síndrome ou alteração do desenvolvimento, sendo o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a Síndrome de Down os mais presentes, afetando 37 pacientes (50,7%) e 13 pacientes (17,8%), respectivamente (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Quantidade de indivíduos diagnosticados com outras condições



Fonte: Autora (2022)

Pacientes entre 0-3 anos apresentaram IPV maior em comparação aos pacientes na faixa etária de >3-6 anos, 13,4% e 10% respectivamente (Tabela 1; $p=0,03$).

Crianças com Síndrome de Down apresentaram maior IPV e número de dentes cariados (Tabela 1; $p=0,01$; $p=0,02$). Além disso, também foram observadas a associação de maior IPV com o Micrognatismo ($p<0,001$), e o diagnóstico de má formação congênita com a quantidade de dentes com extração indicada (Tabela 1; $p=0,005$).

As crianças que recebiam ajuda total para realizar a higiene bucal possuíam mais chances de ter dentes com extração indicada em comparação as que recebiam ajuda moderada ou supervisão (Tabela 1; $p=0,007$). As variáveis sexo, nível de escolaridade dos pais e uso do fio dental não foram relacionadas aos desfechos. Nenhuma das variáveis pôde ser associada ao número de dentes obturados.

Tabela 1 – Distribuição do IPV, dentes cariados, obturados e com extração indicada em relação aos preditores

	Amostra (n)	IPV (%)	Valor de <i>p</i> *	Cariados	Valor de <i>p</i> *	Obturados	Valor de <i>p</i> *	Extração indicada	Valor de <i>p</i> *
Anos de idade									
0 – 3	17	13,4	0,03	13	0,26	0	-	19	0,62
>3 – 6	56	11		64		11		43	
Sexo									
Feminino	27	11,9		18		2		36	
Masculino	46	11,6	0,83	59	0,19	9	0,45	26	0,34
Nível de escolaridade dos pais									
Ensino médio completo	30	12		61		10		60	
Ensino médio incompleto	43	9	0,56	16	0,46	1	0,74	2	0,47
Grau de dependência									
Supervisão	3	7		1		0		20	
Ajuda moderada	6	3,2		0		1		0	
Ajuda total	64	12,2	0,30	76	0,24	10	0,17	42	0,007
Uso do fio dental									
Sim	2	19,5		6		0		0	
Não	71	11,2	0,45	71	0,15	11	0,74	62	0,71
Diagnósticos									
Doença de Gaucher	1	0		0		0		0	
Síndrome de Down	13	5	0,01	5	0,02	1		1	
Encefalopatia Epilética	1	0		0		0		0	
Hiperatividade	1	5		2		0		0	
Microcefalia	3	10		2		0		0	
Micrognatismo	1	75	<0,001	0		0		0	
Mal formação congênita	2	15		0		0		20	0,005
Paralisia Cerebral	9	7,6		11		2		1	
TEA	37	12,7		45		6		32	
Trissomia 18	1	0		0		0		0	
Atraso no desenvolvimento	4	23,3		12		2	-	8	

Fonte: Autora (2022)

*Valor de *p*, Regressão Logística Simples.

O IPV e o número de dentes cariados foi significativamente maior quando os pais avaliavam a saúde dos dentes como ruim, a higiene bucal como deficiente e

quando os pais acreditavam que seus filhos podiam experimentar algum tipo de desconforto rem razão de seu estado de saúde bucal (Tabela 2). Nenhuma das variáveis relacionadas ao conhecimento dos pais foram associadas a dentes obturados e com extração indicada.

Tabela 2 – Conhecimento sobre saúde bucal relatado pelos pais e estado de saúde bucal

	IPV (média±DP)	Valor de p	Cariados (média±DP)	Valor de p	Obturados (média±DP)	Valor de p	Extração indicada (média±DP)	Valor de p
Achem que seu filho pode ter alguma doença grave decorrente da condição bucal								
Sim	15,7±14,1		2,08±2,75		-		1,54±5,55	
Não	11,2±15,9		0,88±1,74		0,15±0,71		0,79±2,85	
Não sei	5,16±9,68	0,147**	0,42±1,13	0,059**	0,42±0,78	0,081**	-	0,561**
Avaliação da saúde dos dentes da criança								
Boa	4,94±9,55		0,17±0,44		0,07±0,26		0,32±1,75	
Ruim	19,3±17,1	<0,001*	2,12±2,48	<0,001*	0,24±0,93	0,762*	1,48±4,54	0,265*
Avaliação da higiene bucal da criança								
Satisfatório	6,21±10,4		0,31±0,66		0,02±0,16		0,52±2,18	
Deficiente	17,1±17,5	0,003*	1,86±2,51	0,002*	0,28±0,92	0,070*	1,2±4,27	0,381*
Condição bucal tras algum desconforto pra criança								
Sim	19,0±14,0		2,15±2,17		0,11±0,43		1,88±5,06	
Não	7,28±14,4	<0,001*	0,44±1,53	<0,001*	0,17±0,76	0,762*	0,27±1,61	0,265*

Fonte: Autora (2022)

* Teste U de de Mann-Whitney.

** Teste de Kruskal-Wallis.

O ceo-d dessa população amostral é de 2, sendo classificado como baixo. Entretanto, considerando a faixa etária estudada esse número é expressivo, pois demonstra que cada criança possui 2 dentes afetados pela cárie. Foram encontrados 77 dentes cariados, 11 obturados e 62 com extração indicada (Tabela 3).

Tabela 3 – Índice ceo-d

	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Menor valor	Maior valor
Número de dentes	19,370	20	20,0	2,741	0	24
Cariados	1,055	0	0,0	1,950	0	10
Obturados	0,151	0	0,0	0,660	0	5
Extração indicada	0,849	0	0,0	3,340	0	20

Fonte: Autora (2022)

Em relação à E-CPPC, foi encontrada uma correlação inversamente proporcional ($r = -0,302$) entre a frequência da estimulação e o IPV (Tabela 4). Isso significa que escores acima da média resultaram em crianças com menor IPV e que escores abaixo da média indicaram crianças com maiores IPV (Gráfico 2). A mesma correlação ($r = -0,321$) pôde ser observada para a frequência da estimulação e o número de dentes cariados (Tabela 5).

Frequência e importância dos cuidados primários não puderam ser correlacionadas estatisticamente com as variáveis da condição bucal, porém pela análise descritiva a maioria dos pais obtiveram pontos acima da média para esses dois escores, $n=44$ e $n=45$, respectivamente (Tabelas 4 e 5).

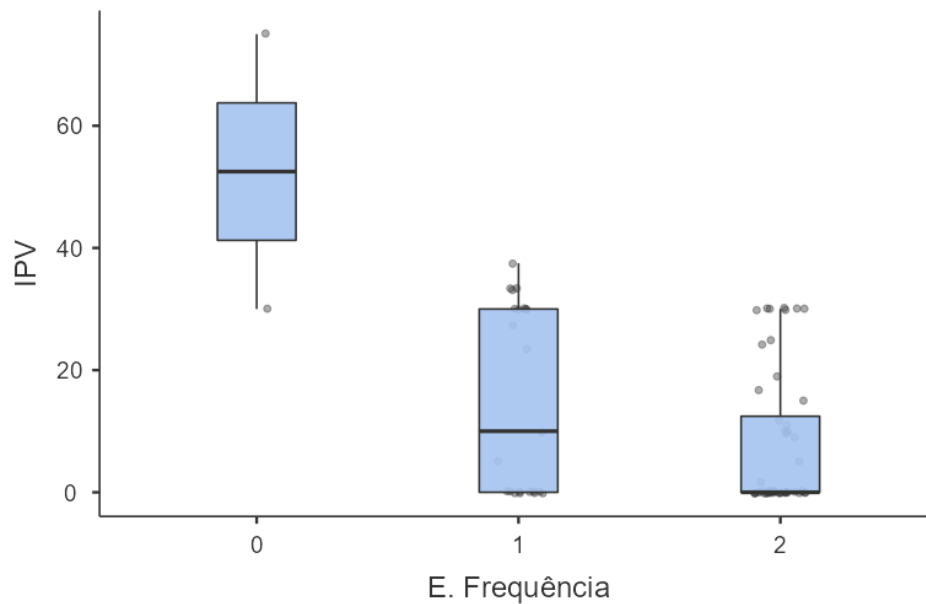
Tabela 4 – Correlação dos Cuidados Parentais e IPV

Classificação	Frequência			Importância		
	n	IPV média±DP	Valor de p^*	n	IPV média±DP	Valor de p^*
<i>Cuidados Primários</i>						
32-34 pontos: abaixo da média	11	7,07±12,5		7	6,76±12,2	
35-37 pontos: na média	18	13,9±13,5		21	17,7±18,7	
38-40 pontos: acima da média	44	11,5±16,4	0,674	45	9,24±13,1	0,206
<i>Estimulação</i>						
20-29 pontos: abaixo da média	2	52,5±31,8		2	15±21,2	
30-39 pontos: na média	23	15,3±15,4		5	12±16,4	
40-50 pontos: acima da média	48	7,8±11,3	0,009	66	11,3±15,2	0,911

Fonte: Autora (2022)

*Valor de p , Correlação de Spearman.

Gráfico 2 – Gráfico do tipo Boxplot mostrando a correlação do índice de placa visível (IPV) e a frequência da estimulação dos pais com os filhos.



Fonte: Autora (2022)

Tabela 5 – Correlação dos Cuidados Parentais e dentes cariados

Classificação	Frequência			Importância		
	n	Cariados média±DP	Valor de p*	n	Cariados média±DP	Valor de p*
Cuidados Primários						
32-34 pontos: abaixo da média	11	0,8±1,47	0,29	7	0,71±0,95	0,23
35-37 pontos: na média	18	1,6±2,3		21	1,38±2,31	
38-40 pontos: acima da média	44	0,8±1,8		45	0,95±1,89	
Estimulação						
20-29 pontos: abaixo da média	2	1±1,41	0,006	2	1±1,41	0,65
30-39 pontos: na média	23	2±2,81		5	1,2±1,79	
40-50 pontos: acima da média	48	0,5±1,15		66	1±2	

Fonte: Autora (2022)

*Valor de *p*, Correlação de Spearman.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou o Índice de Placa Visível e o Índice ceo-d de pacientes com DI que estavam em acompanhamento odontológico na Clínica do Bebê do CAOE e como os fatores sociodemográficos, a percepção dos pais sobre a condição bucal e as práticas de cuidados parentais podem influenciar na saúde bucal dos seus filhos. Apesar dos pais terem consciência da condição bucal de seus filhos, e possuírem escores acima da média para a frequência e importância dos cuidados parentais, um controle ineficiente de placa dentária, dentes cariados e com extração indicada foram os principais achados.

A maioria dos pais relataram que realizavam totalmente a higiene bucal de seus filhos (87,7%). Proporção semelhante já havia sido encontrada em estudo anterior, onde mais da metade dos cuidadores (60,44%) também realizavam a escovação dentária dos filhos com DI (13). Paradoxalmente, nossos resultados evidenciaram que a chance de apresentar dentes com extração indicada por cárie é maior em crianças cuja higienização é realizada com ajuda total em comparação as que recebem supervisão ou ajuda máxima. Essa proposição torna evidente a falta de conhecimento, manejo e técnicas dos pais para controlar de forma efetiva a formação da placa dentária. Corroborando com este trabalho, estudos mostraram que a atitude dos cuidadores em relação à saúde bucal de pacientes com DI foi considerada insatisfatória e destacaram a dificuldade dos pais em estabelecer uma boa rotina de escovação dentária, devido à limitação de cooperação das crianças (22,35).

A estimulação com utilização de brinquedos na interação cuidador-criança visa vincular a criança ao mundo dos objetos e ao ambiente físico no geral (29). Sua função consiste em promover o desenvolvimento cognitivo, bem como tornar a criança mais independente de relações sociais (8). Possivelmente, a correlação de escores abaixo da média para frequência de estimulação com o alto IPV e número de dentes cariados, pode estar relacionado com o fato das crianças desse grupo serem mais dependentes para realizar a escovação, haja vista que para essa prática, há a necessidade de desenvolverem habilidades com objetos como escova, fio dental e dentifrícios (28,36).

A associação do diagnóstico de Síndrome de Down com o índice de placa

visível, identificada em nosso estudo, ressalta a importância da higienização bucal nesse grupo de pacientes, tendo em vista que eles possuem uma resposta inflamatória alterada na presença de placa, tornando-os mais susceptíveis ao desenvolvimento da doença periodontal (31). Adicionalmente, na presença de placa dentária e dentes cariados, os pais avaliaram a saúde dos dentes como ruim, a higiene bucal como deficiente e afirmaram que o filho poderia sentir algum desconforto em decorrência da condição bucal. No entanto, os resultados do nosso trabalho sugerem que apesar dos pais possuírem boa percepção sobre a situação bucal de seus filhos, esse fator não foi suficiente para a manutenção da higiene bucal em boas condições.

Estudo recente aponta a falta de conhecimento dos pais sobre métodos adequados de higiene bucal aplicáveis de forma prática em indivíduos com DI (35). A falta de compromisso devido ao estresse da vida e o fato dos pais estarem preocupados com outras prioridades, como controle de crises epiléticas e problemas de alimentação podem afetar a saúde bucal de seus filhos (37–39). Embasado em pesquisas (22,40,41), nossos achados sugerem que como os pais desempenham papel vital na prestação de apoio à saúde bucal, há a necessidade da criação de intervenções educativas para os mesmos. Níveis básicos de educação em higiene e o conceito de cárie e biofilme devem ser abordados em programas preventivos públicos governamentais ou em parceria com instituições privadas, voltada para diminuição das doenças bucais em pacientes com DI. Projetos futuros devem enfatizar técnicas de manejo e educação em saúde bucal em centros de referência especializados (42,43). Portanto, os resultados do presente estudo também sugerem que haja adoção de mais políticas públicas de prevenção e promoção de saúde bucal para as famílias de crianças com DI.

A principal limitação desse estudo foi a amostragem. Só foram incluídos indivíduos sem necessidade de sedação ou contenção, e não dividimos em grupos de deficiência leve, moderada ou grave. Estudo anterior evidencia que pessoas incapazes de cooperar no atendimento odontológico de rotina possuem alto risco para problemas de saúde bucal (44). Dessa forma, se esses pacientes fossem incluídos, este trabalho possivelmente teria encontrado resultados de saúde bucal piores e assim, teríamos mais embasamento para criar métodos educativos aos pais perante a necessidade de cada grupo. Estudos futuros nessa linha devem ser

desenvolvidos na intenção de sanar esses conflitos (45).

O índice ceo-d encontrado em nossos resultados foi de 2 dentes com experiência de cárie em cada paciente, sendo classificado como baixo. Porém, diante do fato das crianças estudadas estarem na primeira infância, esse dado se torna relevante. Estudos epidemiológicos realizados em faixas etárias maiores, revelam que pessoas com DI possuem altos índices de superfícies dentárias cariadas, obturadas ou extraídas (5) e apontam maiores chances desses pacientes apresentarem dentes extraídos a medida que envelhecem (46,47). Dessa forma, reitera-se a necessidade de adequada atenção aos pacientes com DI e seus cuidadores, com medidas de prevenção de saúde bucal, visando melhorar a condição geral dos dentes desse grupo por toda vida.

Estudo prévio relatou que a chance de pacientes com DI apresentarem gengivite e doença periodontal aumenta com a idade (25). Em contrapartida, os dados obtidos neste estudo sugerem que os pacientes de 0-3 anos de idade possuem mais chances de apresentar índice de placa dental em detrimento dos pacientes entre 3-6 anos. Considerando o fato dos pais não compreenderem medidas de higiene bucal, esta pode ser a relação que explica esse achado. Possivelmente conhecimentos como cronologia de erupção dentária e a importância de higienizar dentes e rebordo alveolar dos bebês, podem levar a diminuição do índice de placa. Recentemente, a Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, instituiu o pré natal odontológico no âmbito do Sistema Único de Saúde (48). Apesar de ser direcionado ao tratamento odontológico das gestantes, a difusão da atenção à saúde bucal pode gerar impacto positivo nas condições bucais das crianças com DI. Consolidando essa proposição, outro estudo anterior associou o grau de condição bucal dos filhos ao nível de instrução e conhecimento de higiene dos pais (49).

6 CONCLUSÃO

Diante das limitações deste estudo, pode-se concluir que os pais foram capazes de perceber a condição bucal de seus filhos. Além disso, a frequência de estimulação dos cuidados parentais influenciou na porcentagem do índice de placa e no número de dentes cariados nas crianças com deficiência intelectual de zero a seis anos de idade acompanhadas em centro odontológico especializado.

REFERÊNCIAS

1. Jeste PDV, Lieberman P-EJA, Fassler TD, Peele SR, Akaka J, Bernstein CA, et al. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Markovic-Jovanovic SR, Milovanovic JD, Jovanovic AN, Zivkovic JB, Balovic AD, Nickovic V, et al. Comorbidities in children with intellectual disabilities. *Birth Defects Res.* 2020;112(1):54–61.
3. Aguirre-González G, De Ávila-Rojas P, García-Flores R, Ruiz-Rodríguez S, Pozos-Guillén A, Garrocho-Rangel A. Inclusive dentistry: integral management of pediatric patients with intellectual disability and/or communication impairments. case-series reports. *J Clin Pediatr Dent.* 2020;44(4):221–7.
4. Pederro MFP, Rodrigues OMPR. Interação mãe bebê com deficiência: um estudo de revisão. *Rev Educ Espec UFSM.* 2019;32:1–27.
5. Pini DM, Fröhlich PCGR, Rigo L. Oral health evaluation in special needs individuals. *Einstein.* 2016;14(4):501–7.
6. Minetto MF, Löhr SS. Crenças e práticas educativas de mães de crianças com desenvolvimento atípico. *Educ Rev.* 2016;(59):49–64.
7. Oliveira IG, Poletto M. Vivências emocionais de mães e pais de filhos com deficiência. *Rev. SPAGESP.* 2015;16(2):102-19.
8. Martins GDF, Macarini SM, Vieira ML, Seidl-de-Moura ML, Bussab VSR, Cruz RM. Construção e validação da Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC) na primeira infância. *Psico-USF.* 2010;15:23–34.
9. Waldron C, Nunn J, Mac Giolla Phadraig C, Comiskey C, Guerin S, van Harten MT, et al. Oral hygiene interventions for people with intellectual disabilities. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;5:CD012628.
10. Eijsink AM, Schipper G, Vermaire JH. A Q-methodology study among caregivers of people with moderate intellectual disabilities on their clients' health care: An example in oral health. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2018;31(5):915–26.
11. Macarini SM, Martins GDF, Minetto M de FJ, Vieira ML. Práticas parentais: uma

revisão da literatura brasileira. *Arq Bras Psicol.* 2010;62(1):119–34.

12. Diéguez-Pérez M, de Nova-García M-J, Mourelle-Martínez MR, Bartolomé-Villar B. Oral health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down Syndrome) disabilities: systematic review I. *J Clin Exp Dent.* 2016;8(3):e337-43.

13. Liu H-Y, Chen J-R, Hsiao S-Y, Huang S-T. Caregivers' oral health knowledge, attitude and behavior toward their children with disabilities. *J Dent Sci.* 2017;12(4):388–95.

14. Pradhan A, Zachar JJ, Zafar S. Oral health conditions and treatment needs of children with intellectual disabilities attending special olympics Australia. *J Dent Child.* 2021;88(1):23–8.

15. Amaral Loureiro AC, Oliveira Costa F, Eustáquio da Costa J. The impact of periodontal disease on the quality of life of individuals with Down syndrome. *Downs Syndr Res Pract.* 2007;12(1):50-4.

16. Blomqvist M, Holmberg K, Fernell E, Dahllöf G. A retrospective study of dental behavior management problems in children with attention and learning problems. *Eur J Oral Sci.* 2004;112(5):406–11.

17. Alves NS, Gavina VP, Cortellazzi KL, Antunes LAA, Silveira FM, Assaf AV. Analysis of clinical, demographic, socioeconomic, and psychosocial determinants of quality of life of persons with intellectual disability: a cross-sectional Study. *Spec Care Dent.* 2016;36(6):307–14.

18. Trollor JN, Ruffell B, Tracy J, Torr JJ, Durvasula S, Iacono T, et al. Intellectual disability health content within medical curriculum: an audit of what our future doctors are taught. *BMC Med Educ.* 2016;16:105.

19. Zhou N, Wong HM, Wen YF, Mcgrath C. Oral health status of children and adolescents with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol.* 2017;59(10):1019–26.

20. Makkar A, Indushekar KR, Saraf BG, Sardana D, Sheoran N. A cross sectional study to evaluate the oral health status of children with intellectual disabilities in the National Capital Region of India (Delhi-NCR). *J Intellect Disabil Res.* 2019;63(1):31–9.

21. Ningrum V, Wang W-C, Liao H-E, Bakar A, Shih Y-H. A special needs dentistry study of institutionalized individuals with intellectual disability in West Sumatra Indonesia. *Sci Rep*. 2020;10(1):153.
22. Wilson NJ, Lin Z, Villarosa A, Lewis P, Philip P, Sumar B, et al. Countering the poor oral health of people with intellectual and developmental disability: a scoping literature review. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1530.
23. Marks L, Fernandez C, Kaschke I, Perlman S. Oral cleanliness and gingival health among Special Olympics athletes in Europe and Eurasia. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal*. 2015;20(5):e591-7.
24. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344–9.
25. Nuernberg MA, Ivanaga CA, Haas AN, Aranega AM, Casarin RCV, Caminaga RMS, et al. Periodontal status of individuals with Down syndrome: sociodemographic, behavioural and family perception influence. *J Intellect Disabil Res* 2019;63(10):1181–92.
26. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica*. 2004;11(2):72–6.
27. Keller H, Yovsi R, Borke J, Kärtner J, Jensen H, Papaligoura Z. Developmental consequences of early parenting experiences: self-recognition and self-regulation in three cultural communities. *Child Dev*. 2004;75(6):1745–60.
28. Rodrigues OMPR, Campos BC, Martins JM, Padovan FHP. Práticas e crenças maternas sobre cuidado e estimulação de bebês prematuros e a termo. *Mudanças*. 2019;27(2):1-7.
29. Gomes JAM. Percepção Materna de vínculo, crenças e práticas em situação de vulnerabilidade social [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2018.
30. Silveira JLGC, Oliveira V, Padilha WWN. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de

saúde bucal com crianças. *Pesqui Odontol Bras*. 2002;16(2):169–74.

31. Theodoro LH, Lopes AB, Nuernberg MAA, Cláudio MM, Miessi DMJ, Alves MLF, et al. Comparison of repeated applications of aPDT with amoxicillin and metronidazole in the treatment of chronic periodontitis: a short-term study. *J Photochem Photobiol B*. 2017;174:364–9.

32. Klein H, Palmer CE. Dental caries in American Indian children. *Public Health Bull*. 1937;239:1-53.

33. Frias AC, Antunes JLF, Narvai PC. Precisão e validade dos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: cárie dentária na cidade de São Paulo, 2002. *Rev Bras Epidemiol*. 2004;7(2):144–53.

34. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.

35. Hassona Y, Aljafari A, Atef A, Abdalfattah L, Hosey MT. Failure on all fronts: Qualitative analysis of the oral health care experience in individuals with intellectual disability. *Spec Care Dentist*. 2021;41(2):235–43.

36. Stein Duker LI, Richter M, Lane CJ, Polido JC, Cermak SA. Oral care experiences and challenges for children with down syndrome: reports from caregivers. *Pediatr Dent*. 2020;42(6):430–5.

37. Macarini SM, Crepaldi MA, Vieira ML. A questão da parentalidade: contribuições para o trabalho do psicólogo na terapia de famílias com filhos pequenos. *Pensando Fam*. 2016;20(2):27–42.

38. Stensson M, Norderyd J, Van Riper M, Marks L, Björk M. Parents' perceptions of oral health, general health and dental health care for children with Down syndrome in Sweden. *Acta Odontol Scand*. 2021;79(4):248–55.

39. Kalyoncu IO, Giray FE, Tanboga I. Parent's attitudes and knowledge on oral health in a group of individual with Down syndrome in Turkey. *JPMA J Pak Med Assoc*. 2018;68(9):1368–72.

40. Owens PL, Kerker BD, Zigler E, Horwitz SM. Vision and oral health needs of individuals with intellectual disability. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2006;12(1):28–40.

41. Schulte AG, Schmidt P. Oral health in persons with disability in Germany-an overview of the literature. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2021;64(7):793–801.
42. Liu H-Y, Chen P-H, Chen W-J, Huang S-S, Chen J-H, Yao C-T. The effectiveness of a board game-based oral hygiene education program on oral hygiene knowledge and plaque index of adults with intellectual disability: a pilot study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3):946.
43. Jeon B, Oh J, Son S. Effects of tooth brushing training, based on augmented reality using a smart toothbrush, on oral hygiene care among people with intellectual disability in Korea. *Healthcare*. 2021;9(3):348.
44. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dent*. 2010;30(3):110–7.
45. Kelly G. How do intellectual disabilities affect oral health? *Evid Based Dent*. 2020;21(1):26–7.
46. Vermaire JH, Kalf SM, Schuller AA. Oral health and oral health behaviour of adolescents with mild or borderline intellectual disabilities compared with a national representative sample of 17-year-olds in the Netherlands. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2021;34(2):615-623.
47. Waldman HB, Perlman SP. Ensuring oral health for older individuals with intellectual and developmental disabilities. 2021; 21(7-8):909-13.
48. Brasil. Lei nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 13 nov. 2019.
49. Khokhar MA, Waqqas AK, Clifton AV, et al. Oral health education (advice and training) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016. 9(9):CD008802.

APÊNDICE A – Questionário Clínico: Pessoal e Demográfico

Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
CAOE – Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência
Ficha Clínica e de Identificação

IDENTIFICAÇÃO:

DATA: ____/____/____

Nome: _____

Gênero: () Feminino () Masculino Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos

Telefone: () _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Nível de escolaridade do responsável (mãe/pai): _____

CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE:

Diagnóstico conhecido pelos responsáveis: () Não () Sim: _____

Doenças associadas: _____

Quem realiza a higiene bucal do paciente: _____

Níveis de Ajuda:

() Sem ajuda

1. () Independência completa

2. () Independência modificada

() Com ajuda

1. () Supervisão

2. () Ajuda mínima

3. () Ajuda moderada

4. () Ajuda máxima

5. () Ajuda total

AValiação ODONTOLÓGICA

Em que período do dia seu filho (a) escova os dentes? () MANHÃ () TARDE () NOITE ____ vezes/____

Seu filho (a) faz o uso do fio dental? () SIM () NÃO

Quando? _____ vezes/____

CONHECIMENTO DOS RESPONSÁVEIS SOBRE A SAÚDE BUCAL

01- Você acha que seu filho (a) pode ter alguma doença grave decorrente da condição bucal?

() SIM () NÃO () NÃO SEI

02- Em geral, como você avalia a saúde dos dentes do seu filho (a)?

() BOA () MÉDIA () RUIM

03- Você acha que a higiene bucal do seu filho (a) é:

() SATISFATÓRIO () DEFICIENTE

04- Você acredita que a condição bucal do seu filho traz algum tipo de desconforto para ele (a)?

() SIM () NÃO

APÊNDICE B – Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC) na Primeira Infância

Diversas práticas são realizadas pelos cuidadores junto à crianças de 0 a 6 anos. Abaixo você irá encontrar uma lista de práticas e deverá avaliar, primeiramente, o quanto você as realiza. Depois disso, deverá avaliar o quanto considera importante essas mesmas práticas. É importante frisar que não há respostas certas ou erradas, e o importante é a sua opinião sobre cada uma das práticas. Tome cuidado para não deixar de avaliar nenhuma delas e escolha somente uma opção de resposta para cada linha do questionário.

- a) O quanto você **realiza** cada uma dessas práticas com a criança? **Marque um X somente numa das seguintes opções:** 1=nunca, 2=raramente, 3=às vezes, 4=quase sempre ou 5=sempre.

	Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Quase sempre 4	Sempre 5
1. Pendurar brinquedos no berço.					
2. Manter limpa.					
3. Jogar jogos.					
4. Tentar evitar que se acidente (cuidados de segurança).					
5. Cuidar para que durma e descanse.					
6. Explicar coisas.					
7. Carregar no colo.					
8. Ver livrinhos juntos.					
9. Responder a perguntas.					
10. Alimentar.					
11. Ter sempre por perto.					
12. Deixar livre para correr, nadar, trepar.					
13. Fazer atividades físicas.					
14. Socorrer quando está chorando.					
15. Mostrar coisas interessantes.					
16. Não deixar que passe frio ou calor.					
17. Ouvir o que tem a dizer.					
18. Ficar frente a frente, olho no olho.					

- b) Quão **importante** você considera cada uma dessas práticas para você e para seu filho? **Marque um X somente numa das seguintes opções:** 1=pouco importante, 2=razoavelmente importante, 3=mais ou menos importante, 4=importante ou 5=muito importante.

	Pouco importante 1	Razoavelmente importante 2	Mais ou menos importante 3	Importante 4	Muito importante 5
1. Pendurar brinquedos no berço.					
2. Manter limpa.					
3. Jogar jogos.					
4. Tentar evitar que se acidente (cuidados de segurança).					
5. Cuidar para que durma e descanse.					
6. Explicar coisas.					
7. Carregar no colo.					
8. Ver livrinhos juntos.					
9. Responder a perguntas.					
10. Alimentar.					
11. Ter sempre por perto.					
12. Deixar livre para correr, nadar, trepar.					
13. Fazer atividades físicas.					
14. Socorrer quando está chorando.					
15. Mostrar coisas interessantes.					
16. Não deixar que passe frio ou calor.					
17. Ouvir o que tem a dizer.					
18. Ficar frente a frente, olho no olho.					

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da Pesquisa: “Avaliação do impacto das práticas de cuidados parentais na saúde bucal de crianças com Deficiência Intelectual de zero a seis anos de idade.”

Nome da Pesquisadora: Amanda Paino Sant’Ana

Nome da Orientadora: Letícia Helena Theodoro

1. **Natureza da pesquisa:** o sr. e (a) seu (sua) filho (a) estão sendo convidados (as) a participar desta pesquisa que tem como finalidade avaliar o impacto das práticas de cuidados parentais na saúde bucal em crianças com deficiência intelectual de zero a seis anos de idade.
2. **Participantes da pesquisa:** serão selecionados 73 indivíduos com deficiência intelectual, de ambos os gêneros, com idade > 0 e ≤ 6 anos, em acompanhamento na Clínica do Bebê do Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência (CAOE).
3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo o (a) sr. (a) permitirá que a pesquisadora Amanda Paino Sant’Ana, faça a avaliação bucal do seu (sua) filho (a). O (a) sr. (a) tem liberdade de recusar sua participação e do seu (sua) filho (a) em qualquer fase da pesquisa sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através dos telefones das pesquisadoras do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.
4. **Sobre as entrevistas:** antes de realizar a avaliação bucal em seu (sua) filho (a), o (a) sr. (a) será convidado a responder algumas perguntas sobre as características das práticas de cuidados desempenhadas na rotina de vocês.
5. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. A pesquisa envolve riscos mínimos sendo que se pode gerar algum desconforto na resposta ao questionário, bem como riscos mínimos que são comuns ao exame clínico na prática odontológica. Todo o cuidado será tomado para evitar desconforto durante os exames clínicos. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Caso seja observado algum desconforto ao paciente, o procedimento será interrompido e não será retomado.
6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e sua orientadora terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.

7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa o (a) seu (sua) filho (a) serão beneficiados com o diagnóstico da condição de saúde bucal e encaminhamentos pertinentes. Além disto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre a relação entre práticas de cuidado parentais e saúde bucal. Acreditamos que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para o planejamento de estratégias de prevenção e tratamento, onde o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.
8. **Pagamento:** o (a) sr. (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi via deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs.: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Pesquisadora: Prof. Dra. Letícia Helena Theodoro (18) 3636-2860
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa: Prof. Dr. Aldiéres Alves Pesqueira
Vice-coordenadora: Profa. Dra. Cristiane Duque
Telefone do Comitê: (18) 3636-3234
E-mail: cep@foa.unesp.br

ANEXO A– Comitê de Ética

UNESP - FACULDADE DE ODONTOLOGIA-CAMPUS DE ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"	
---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do impacto de cuidados parentais na saúde bucal de crianças com Deficiência Intelectual de zero a seis anos de idade.

Pesquisador: Leticia Helena Theodoro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49113021.5.0000.5420

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.920.823

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1775248.pdf	23/06/2021 08:29:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoBebepesquisa.doc	23/06/2021 08:29:05	Leticia Helena Theodoro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTO.doc	23/06/2021 08:28:00	Leticia Helena Theodoro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEASSENTIMENTO.doc	23/06/2021 08:27:47	Leticia Helena Theodoro	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	23/06/2021 08:20:54	Leticia Helena Theodoro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACATUBA, 20 de Agosto de 2021

Assinado por:
Aldiéris Alves Pesqueira
(Coordenador(a))