



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
APLICADAS À SAÚDE

STEFANY SANTANA BISPO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE SOBRECARGA FAMILIAR,
LETRAMENTO E CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIAS**

LAGARTO-SE

2025

**STEFANY SANTANA BISPO ASSOCIAÇÃO ENTRE SOBRECARGA FAMILIAR,
LETRAMENTO E CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
DEFICIÊNCIAS 2025**

STEFANY SANTANA BISPO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE SOBRECARGA FAMILIAR,
LETRAMENTO E CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, Sergipe, Brasil, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde.

Orientadora: Prof^a Dra^a Natália Silva Andrade

LAGARTO-SE

2025

DADOS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Bispo, Stefany Santana
B622a Associação entre sobrecarga familiar, letramento e condições de saúde bucal em crianças e adolescentes com deficiências / Stefany Santana Bispo ; orientadora Natália Silva Andrade. – Lagarto, SE, 2025.
68 f. ; il.

Dissertação (mestrado em Ciências Aplicadas à Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2025.

1. Pessoas com deficiência. 2. Letramento em saúde. 3. Qualidade de vida. 4. Cuidadores. I. Andrade, Natália Silva, orient. II. Título.

CDU 616.314-084

STEFANY SANTANA BISPO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE SOBRECARGA FAMILIAR,
LETRAMENTO E CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, Sergipe, Brasil, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Natália Silva Andrade

Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde

Examinador 1º:

Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde

Examinador 2º:

Externo ao Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos os pacientes que passaram por mim nesses últimos dois anos, que me permitiram conhecer a dura realidade que por muito tempo passou longe dos meus olhos, agradeço profundamente por compartilharem seus histórias, medos e dificuldades e por confiarem seus filhos a mim. Me despeço da Universidade Federal de Sergipe, moldada por vocês, mais consciente e determinada a buscar uma Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais mais acessível e inclusiva.

Dedico ainda aos meus pais os quais me possibilitaram estudar no conforto e fizeram tudo que puderam para incentivar a minha educação. À minha mãe, que é professora e minha fonte de inspiração desde criança, ela que sempre acreditou na educação que transforma e que muda realidades e indiretamente também plantou em mim essa semente. Ao meu pai, que teve que partir muito antes de me ver chegar aqui, mas que me fez companhia nas idas ao mestrado (Itabaiana-Lagarto) durante esses dois, eu sei que nunca dirigia sozinha. A minha tia Aldineide, meus avós e meus irmãos, é por vocês que eu levanto todos os dias, e foram vocês que me tiram de todos os perrengues passado nesses dois anos, sem vocês, eu não sou.

Não cheguei aqui sozinha, tive a companhia de dois amigos muito importantes para mim: Nathan e Mariana. À Nathan, eu agradeço por sido meu braço direito e compartilhar tantos amores em comum, por ser uma inspiração tão próxima e real na odontologia. Foi com você que dividi os poucos sonhos grandes que tenho e pude sonhar juntos os seus, me apoiei na sua inteligência, na sua força de vontade, na sua alegria e no seu modo de viver a vida. Por tudo que só nós sabemos, meu muito obrigada. À Mari, que está comigo desde o primeiro dia graduação, agradeço pela amizade e companheirismo, por estar comigo nos dias que as nuvens negras fecharam meu céu, por passar cada disciplina do mestrado comigo e dividir esse e os próximos sonhos, a casa, as corridas e a vida.

À minha fonte de inspiração na Odontologia, professora Dr^a Natália Silva Andrade, não consigo colocar em palavras o quanto sou grata a senhora, por todos ensinamentos passados, pela sua competência e contribuição na minha formação. Através da senhora, me encontrei na Odontologia, consegui entender qual direção seguir e nesse caminho me encontrei verdadeiramente na OPNE. Agradeço pelas oportunidades dadas, por todos os conselhos, e puxões de orelhas que foram dados educadamente. Sua alma brilha e você é capaz de transformar muitas vidas como já está fazendo. Olho para trás e vejo que nenhum passo da minha vida acadêmica foi dado sem antes ter escutado o que tinha a dizer. Muitas pessoas que a senhora não imagina agradece de pés juntos por todos os seus feitos, eu sou uma delas, muito obrigada, espero nos encontrarmos em breve.

Á Deus, pois sem ele, nada somos.

*“Porque se chamavam homens
Também se chamavam sonhos
E sonhos não envelhecem”*

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAL

A Universidade Federal de Sergipe (UFS) e seus docentes por sempre proporcionar um ensino de alta qualidade e incentivo ao processo de aprendizagem.

RESUMO

O conceito de pessoa com deficiência (PCD) na odontologia compreende todos os indivíduos que apresentem uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, entre outras. Crianças e adolescentes com deficiências podem ser dependentes totais ou parciais dos conhecimentos, atitudes e práticas dos seus responsáveis. O objetivo deste estudo transversal foi verificar a associação entre sobrecarga familiar, letramento e condições de saúde bucal em crianças e adolescentes com deficiência atendidas na Clínica Escola de Odontologia do Departamento de Odontologia de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe. Foram selecionados para compor uma amostra de conveniência indivíduos de ambos os sexos na faixa etária de 3 a 18 anos, com diagnóstico médico e acompanhados seus responsáveis, durante o período de setembro de 2023 a novembro de 2024. Foi aplicado questionário aos responsáveis legais para obtenção de dados socioeconômico e demográficos, da história médica e odontológica prévia. Os instrumentos *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL), módulo de Impacto na Família, versão 2.0, e *Brazilian Rapid Estimative Adult Literacy In Dentistry* (BREALD-30) foram utilizados para avaliar a sobrecarga e o letramento em saúde bucal (LSB) dos responsáveis, respectivamente. O exame clínico intrabucal foi realizado por dois examinadores previamente treinados e calibrados, e foi avaliada a presença de sangramento gengival, experiência de cárie, sequelas de traumatismos dentários, maloclusões e lesões de mucosa nas PCDs. Na análise estatística, realizou-se análise descritiva, bivariada (testes Kruskal-Wallis e Mann-Whitney) e multivariada dos dados (Regressão Logística Multinomial e Binomial Negativa). A amostra final foi constituída por 61 pessoas com deficiências e seus responsáveis. A maioria (60,7%) tinha diagnóstico de transtorno do espectro do autismo. As condições de saúde bucal mais prevalentes foram cárie (77%) e sangramento gengival (57,4%). A mãe foi a responsável principal (86,9%), a maioria estava em situação de desemprego (55,7%) e tinham o ensino fundamental completo (63,9%). Os domínios mais afetados negativamente (menores médias de pontuação) foram: preocupação ($118,44 \pm 107,23$), atividades cotidianas ($134,83 \pm 92,79$) e comunicação ($158,60 \pm 78,11$). Piores escores de LSB dos responsáveis foram associados ao sexo ($p = 0,010$), renda familiar ($p = 0,031$) e presença de maloclusão ($p = 0,030$). As famílias cujos filhos apresentavam alguma lesão mucosa tinham piores escores de relações familiares (RP 1,47; IC95%: 1,16–1,87). Cuidadores solteiros tiveram impacto negativo no domínio da comunicação (RP 1,94; IC95% 1,39-2,70), aqueles que não possuíam domicílio próprio apresentaram impacto negativo no aspecto emocional (RP 1,61; IC 95% 1,26-2,06) e na preocupação (RP 1,87; IC95% 1,24-2,83). As condições socioeconômicas e a qualidade de vida dos adultos podem ser substancialmente afetadas pela presença de PCDs no ambiente familiar, uma vez que a demanda contínua por cuidados pode gerar sobrecarga, refletindo-se negativamente também na saúde bucal desses indivíduos.

Descritores: Pessoas com Deficiências, Letramento em Saúde, Qualidade de Vida, Cuidadores

ABSTRACT

The concept of person with disabilities (PWD) in dentistry includes all individuals who have one or more limitations, temporary or permanent, of a mental, physical, sensory, emotional, among other. Children and adolescents with disabilities may be totally or partially dependent on the knowledge, attitudes and practices of their caregivers. The objective of this cross-sectional study was to verify the association between family burden, literacy and oral health conditions in children and adolescents with disabilities treated at the Dental School Clinic of the Lagarto Dentistry Department of the Federal University of Sergipe. Individuals of both sexes aged between 3 and 18 years, with a medical diagnosis and accompanied by their guardians, were selected to compose a convenience sample during the period from September 2023 to November 2024. A questionnaire was applied to legal guardians to obtain socioeconomic and demographic data, as well as previous medical and dental history. The Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL), Family Impact module, version 2.0, and Brazilian Rapid Estimate Adult Literacy In Dentistry (BREALD-30) instruments were used to assess the burden and oral health literacy (OHL) of guardians, respectively. The intraoral clinical examination was performed by two previously trained and calibrated examiners, and the presence of gingival bleeding, caries experience, sequelae of dental trauma, malocclusions and mucosal lesions in PWDs were evaluated. In the statistical analysis, descriptive, bivariate (Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests) and multivariate data analysis (Multinomial Logistic Regression and Negative Binomial) were performed. The final sample consisted of 61 people with disabilities and their caregivers. The majority (60.7%) had a diagnosis of autism spectrum disorder. The most prevalent oral health conditions were cavities (77%) and gingival bleeding (57.4%). The mother was the main caregiver (86.9%), most were unemployed (55.7%) and had completed elementary school (63.9%). The most negatively affected domains (lowest mean scores) were: worry (118.44 ± 107.23), daily activities (134.83 ± 92.79) and communication (158.60 ± 78.11). Worse LSB scores of caregivers were associated with sex ($p = 0.010$), family income ($p = 0.031$) and presence of malocclusion ($p = 0.030$). Families whose children had some mucosal lesion had worse family relationship scores (PR 1.47; 95%CI: 1.16–1.87). Single caregivers had a negative impact on the communication domain (PR 1.94; 95%CI 1.39–2.70), those who did not have their own home had a negative impact on the emotional aspect (PR 1.61; 95%CI 1.26–2.06) and concern (PR 1.87; 95%CI 1.24–2.83). The socioeconomic conditions and quality of life of adults can be substantially affected by the presence of PWDs in the family environment, since the continuous demand for care can generate overload, also negatively reflecting on the oral health of these individuals.

Key-words: Persons with Disabilities, Health Literacy, Quality of Life, Caregivers.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas da amostra (n=61).

Tabela 2 - Diagnósticos médicos da amostra (n=61).

Tabela 3 - História odontológica e hábitos de higiene bucal da amostra (n= 61).

Tabela 4 - Condições de saúde bucal da amostra (n=61).

Tabela 5 - Valores médios da pontuação obtida nos questionários de letramento em saúde bucal e de impacto familiar de acordo com o relato dos responsáveis (n=61).

Tabela 6 - Comparação da classificação do letramento em saúde bucal de responsáveis por crianças e adolescentes com deficiência e variáveis independentes (n=61).

Tabela 7 - Modelo de Regressão Logística Multinomial para classificação do letramento em saúde bucal de responsáveis por crianças e adolescentes com deficiência e variáveis independentes (n=61).

Tabela 8- Valores de p para os testes de comparação entre os escores do questionário de impacto familiar e variáveis independentes (n=61).

Tabela 9 - Comparação dos escores do questionário de impacto familiar e condições socioeconômicas e de saúde bucal na amostra (n=61).

Tabela 10 - Correlação entre os escores de impacto de familiar e variáveis independentes.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BREALD-30- Brazilian Rapid Estimative Adult Literacy In Dentistry

ceo-d - Índice de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados

CPO-D - Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

DAI – Índice de Estética Dental

ISG – Índice de Sangramento Gengival

ITD – Índice de Traumatismo Dentário

PCDs- Pessoas com deficiências

OMS- Organização Mundial da Saúde

TEA- Transtorno do Espectro Autista

LSB- Letramento em Saúde Bucal

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PedsQL - Pediatric Quality of Life Inventory

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------------------------------|
| 1 INTRODUÇÃO | Erro! Indicador não definido. |
| 2 OBJETIVOS | Erro! Indicador não definido. |
| 2.1 Objetivo Geral | Erro! Indicador não definido. |
| 2.2 Objetivos Específicos | Erro! Indicador não definido. |
| 3 MATERIAIS E MÉTODOS | Erro! Indicador não definido. |
| 3.1 Aspectos Éticos | Erro! Indicador não definido. |
| 3.2 Tipo de Estudo | Erro! Indicador não definido. |
| 3.3 Amostra | Erro! Indicador não definido. |
| 3.4 Estudo Piloto | Erro! Indicador não definido. |
| 3.5 Pesquisa e Coleta de Dados | Erro! Indicador não definido. |
| 3.6 Análise Estatística | Erro! Indicador não definido.3 |
| 4 RESULTADOS | Erro! Indicador não definido. |
| Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas da amostra | Erro! Indicador não definido. |
| Tabela 2 – Diagnósticos médicos da amostra | Erro! Indicador não definido.7 |
| Tabela 3 – História odontológica e hábitos de higiene bucal da amostra | Erro! Indicador não definido.8 |
| Tabela 4 – Condições de saúde bucal da amostra | 30 |
| Tabela 5 – Valores médios da pontuação obtida nos questionários de LSB e de impacto familiar de acordo com o relato dos responsáveis Erro! Indicador não definido.1 | |
| Tabela 6 – Comparação da classificação do letramento em saúde bucal de responsáveis por crianças e adolescentes com deficiência e variáveis independentes | Erro! Indicador não definido. |
| Tabela 7 – Modelo de Regressão Logística Multinomial para classificação do letramento em saúde bucal de responsáveis por crianças e adolescentes com deficiência e variáveis independentes | Erro! Indicador não definido.6 |
| Tabela 8 – Valores de p para os testes de comparação entre os escores do questionário de impacto familiar e variáveis independentes Erro! Indicador não definido. | |
| Tabela 9 – Comparação dos escores do questionário de impacto familiar e condições socioeconômicas e de saúde bucal na amostra Erro! Indicador não definido.9 | |
| 5 DISCUSSÃO | Erro! Indicador não definido.2 |
| 6 CONCLUSÃO | Erro! Indicador não definido.8 |
| REFERÊNCIAS | 53 |

| | |
|---|-----------|
| APÊNDICE A..... | 56 |
| Tabela 10 - Correlação entre os escores de impacto de familiar e variáveis independentes:..... | 56 |
| APÊNDICE B..... | 60 |
| ANEXO A | 65 |
| ANEXO B | 68 |

1 INTRODUÇÃO

Pessoas com deficiência (PCDs) são aquelas que apresentam alterações de ordem sensorial, física, mental, congênita, comportamental, bem como decorrentes de doenças infectocontagiosas ou metabólicas. As deficiências integram a condição humana, sendo provável que a maioria dos indivíduos experimente, em algum momento da vida, limitações funcionais temporárias ou permanentes (Organização Mundial da Saúde, 2012).

Fatores como o envelhecimento populacional e o aumento da sobrevivência de neonatos prematuros têm contribuído significativamente para o crescimento da prevalência dessas condições (Brasil, 2019). As causas das deficiências são multifatoriais, incluindo doenças hereditárias, alterações congênitas, condições adquiridas ao longo do ciclo de vida, distúrbios comportamentais e doenças sistêmicas, entre outras. Tais indivíduos podem apresentar impedimentos de longa duração que, em interação com barreiras de diversas naturezas, podem dificultar ou impedir sua plena e igualitária participação na sociedade (Brasil, 2008).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), no mundo aproximadamente uma a cada seis pessoas (1,3 bilhão de habitantes) apresentam algum tipo de deficiência resultante da integração de condições sistêmicas, sociais e ambientais (Organização Mundial da Saúde, 2022). No Brasil, 14,4 milhões de pessoas (7,3% da população brasileira) declararam ter alguma deficiência auditiva, física, visual e/ou intelectual, sendo o Nordeste a região com o maior percentual de população com deficiência registrada, equivalente a 9,4% do total. Pela primeira vez, o Censo de 2022 coletou dados específicos sobre o transtorno do espectro autista (TEA), contabilizando 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas, separadamente das estatísticas gerais de deficiência (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

As PCDs são resguardadas pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, a qual instituiu o estatuto da pessoa com deficiência. Essa lei visa assegurar e promover condições de igualdade, exercício dos direitos e das liberdades fundamentais e com isso, realizar a inclusão social e garantir a cidadania (Brasil, 2015).

A Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais abrange o atendimento de indivíduos que apresentam uma ou mais limitações funcionais e que, por essa razão, podem demandar cuidados diferenciados, diretamente relacionados às características próprias de sua condição (Brasil, 2019). Essas limitações frequentemente dificultam a manutenção da saúde bucal, exigindo o envolvimento ativo de familiares ou responsáveis nos cuidados diários

(Sabbagh-Haddad, 2007). Incluem-se nesse grupo indivíduos cuja condição física, mental ou social requer adaptações nos protocolos do atendimento odontológico convencional. Além disso, PCDs frequentemente apresentam dificuldades no manejo do comportamento durante a realização do tratamento em consultórios odontológicos (Monteserín-Matesanz *et al.*, 2015). Esse ambiente é considerado um potencial gerador de estresse emocional, causando medo e ansiedade, devido à presença de diversos estímulos sensoriais característicos. Em razão desses fatores, alguns PCDs demonstram maior resistência à realização de procedimentos odontológicos, o que pode contribuir para o agravamento das condições de saúde bucal e aumento da demanda por tratamentos não realizados (Chen; Hawkins, 2021).

De fato, estudos têm evidenciado piores condições de saúde bucal, altos níveis de necessidade de tratamento odontológico não atendida, limitações no acesso às instalações do consultório odontológico e, conseqüentemente, pior qualidade de vida em crianças e adolescentes com deficiências. Em PCDs, foram verificados mais problemas de saúde bucal comparado às pessoas sem deficiências, sendo a cárie, a doença periodontal, as maloclusões e os traumatismos dentários os mais prevalentes (Petrova *et al.*, 2014; Andrade *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2017).

Adicionalmente, essas pessoas podem ter mais dificuldades psicomotoras, prejudicando o adequado controle do biofilme dentário, consumir mais frequentemente alimentos e fármacos ricos em açúcares livres, desenvolver alterações salivares, tornando-os mais suscetíveis à desmineralização dentária e conseqüentemente à cárie. Além disso, outras alterações orofaciais podem estar presentes como atraso na erupção dental, tensão anormal dos músculos faciais, deglutição disfuncional e uma maior probabilidade de serem respiradores bucais (Carvalho *et al.*, 2011; Rodríguez-Peinado *et al.*, 2018).

As deficiências mais prevalentes no consultório odontológico incluem: Deficiência Intelectual, Doença de Parkinson, Paralisia Cerebral, Síndrome de Down e Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) (Brasil, 2019). Atualmente, as crianças e os adolescentes com deficiências podem ser dependentes totais ou parciais dos conhecimentos, atitudes e práticas dos seus responsáveis, tanto em relação aos cuidados com a saúde geral e como com a saúde bucal (Lee; Chang, 2021). Independentemente da idade, as deficiências podem comprometer, de alguma forma, a qualidade de vida das pessoas, necessitando de apoio ou suporte externo e tornando o papel do cuidador indispensável. Esse tipo de cuidado normalmente é feito de modo informal, por familiares, sem nenhum tipo de vínculo trabalhista (Szlenk-Czyczerska, *et al.*, 2020). Com isso, essas pessoas podem ter uma sobrecarga maior tanto na demanda de trabalho

como no estresse psicológico, com maior susceptibilidade à ansiedade e à depressão, além de necessidades não atendidas que afetam o bem-estar, dificultando a prestação de cuidado eficiente (Hsiao, 2023).

Para a OMS, a qualidade de vida é definida como percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Levando em consideração esse conceito, de certo, a demanda física e emocional que o cuidado à PCD requer, impacta diretamente no núcleo familiar. Ademais, o tempo e a dedicação necessária para o cuidado aumentam os níveis de fadiga, esgotamento, exaustão psicológica e solidão dos responsáveis (Barros, *et al.*, 2017). Esse cenário pode estar relacionado à diminuição dos cuidados odontológicos às PCDs e ao aumento da necessidade de tratamentos mais invasivos nesses indivíduos (Wiener, *et al.*, 2016).

Nesse contexto, a percepção acerca da qualidade de vida e da saúde é influenciada pelo nível de conhecimento em saúde que cada família possui. O letramento em saúde bucal (LSB) ou alfabetização em saúde bucal é definido pela OMS como a capacidade de obter/ adquirir, compreender e processar informações em saúde, bem como entender serviços essenciais e assim colocar em prática os ensinamentos e ser capaz de tomar decisões mais apropriadas em relação a condição de saúde bucal (De Paula Cauhi, De Almeida, 2023; De Oliveira, *et al.*, 2024). Por isso, diversas habilidades estão incluídas no processo de letramento, como por exemplo: reconhecimento de letras e palavras, fala, escrita e interpretação textual. O questionário *Brazilian Rapid Estimative Adult Literacy In Dentistry* (BREALD-30) tem sido utilizado para verificar os níveis de LSB por meio do reconhecimento de palavras específicas da área (Lee *et al.*, 2007). O baixo LSB dos cuidadores de PCDs dificulta a comunicação com os profissionais, reduz a autonomia no processo saúde-doença e impede a compreensão de orientações essenciais para os cuidados odontológicos. Portanto, compreender e aplicar as informações relacionadas à saúde pode auxiliar no diagnóstico e tratamento de possíveis alterações, além de aumentar a adesão a ações preventivas e regimes terapêuticos e assim melhorar as condições de saúde das PCDs (Maybury *et al.*, 2019).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Verificar a associação entre a sobrecarga familiar, o letramento e as condições de saúde bucal em crianças e adolescentes com deficiência com atendidos na Clínica Escola de Odontologia do Departamento de Odontologia de Lagarto, da Universidade Federal de Sergipe.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as condições socioeconômicas e demográficas da amostra;
- Descrever as principais condições de saúde bucal encontradas na amostra de PCDs;
- Verificar o nível de sobrecarga/ impacto familiar dos responsáveis por PCDs;
- Mensurar o nível de letramento em saúde bucal dos responsáveis por PCDs;
- Avaliar a associação entre impacto familiar, letramento com as condições de saúde bucal em PCDs.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, protocolo número 4.219.568 (anexo b). Os responsáveis legais pelos participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos e solicitados a assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), obedecendo às diretrizes das resoluções 466/12 e 510/16 do conselho nacional de saúde do ministério da saúde (brasil, 2012). Todas as PCDs e cuidadores após finalização dos procedimentos de pesquisa receberam orientações sobre as alterações bucais de acordo com suas necessidades. Crianças e adolescentes com deficiências e diagnóstico de doenças bucais foram encaminhados para atendimento odontológico na clínica escola de odontologia do departamento de odontologia da Universidade Federal de Sergipe.

3.2 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa que verificou a associação entre as condições de saúde bucal em crianças e adolescentes com deficiência, atendidos na Clínica Escola de Odontologia do Departamento de Odontologia de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe, com o LSB e a sobrecarga familiar na percepção dos responsáveis.

3.3 Amostra:

A amostra foi do tipo censitária, selecionada por conveniência e de forma consecutiva, no período de setembro de 2023 a novembro de 2024. Foram incluídos crianças e adolescentes na faixa etária de 3 a 18 anos de idade que tenham diagnóstico médico de alguma deficiência e que permitiram a realização do exame clínico da cavidade bucal, cujos responsáveis legais aceitaram participar do estudo. Foram considerados não-elegíveis os indivíduos que não necessitavam de cuidadores, PCDs nos quais suas condições inviabilizaram a realização do exame clínico, que estavam utilizando aparelho ortodôntico fixo e/ ou aqueles cujos responsáveis não autorizaram a participação no estudo. Esses indivíduos faziam parte do Centro De Odontologia Para Pessoas Com Deficiência – COPED, atividade de extensão desenvolvida na Universidade Federal de Sergipe. No ano de 2024, havia 79 indivíduos inscritos, de todas as faixas etárias, sendo atendidos todos aqueles que se encaixaram nos critérios de inclusão dessa pesquisa (77% do total).

3.4 Estudo Piloto

Antes da coleta de dados, foi realizado estudo piloto com 10 crianças e/ ou adolescentes (16% da amostra) frequentadores da Clínica Escola de Odontologia do Departamento de Odontologia de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe, para avaliar a metodologia proposta, instrumentos de coleta de dados e realizar treinamento dos examinadores para execução dos procedimentos do exame clínico e obtenção de índice Kappa inter e intraexaminador. O exercício de calibração dos examinadores se deu em dois momentos: a) teórico – estudo de banco de imagens com classificação dos índices que seriam analisados durante o estudo; e b) prático – exames clínicos presenciais durante o estudo piloto. Durante a etapa teórica, o pesquisador responsável foi considerado o padrão-ouro e os demais examinadores só passaram para etapa prática após obtenção de índice Kappa > 0,60 (Organização Mundial da Saúde, 2013). Os resultados do exercício de calibração foram: 1. Índice Kappa intraexaminador de 0,822 e 0,814, respectivamente, para examinador 1 e 2; 2. Índice Kappa inter examinador de 0,713. Após o estudo piloto, não foi necessário realizar mudanças nos instrumentos de pesquisa.

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em dois momentos: 1) aplicação dos questionários de pesquisa; 2) exame clínico seguido de orientação de higiene bucal. Este foi realizado em consultório odontológico convencional, sob iluminação artificial, utilizando espelho bucal plano, sonda periodontal preconizada pela OMS, seringa tríplice e/ ou gaze estéril. No exame clínico intrabucal, foram avaliados os índices de sangramento gengival (ISG), ceo-d/ CPO-D, sequelas de traumatismos dentários (ITD), características da oclusão dentária, lesões de mucosa oral e urgência de necessidade de tratamento odontológico.

O ISG foi realizado com auxílio de fio dental não encerado nas faces interproximais (mesial e distal) dos dentes índices, de acordo com adaptação das diretrizes das Sociedades Britânicas de Periodontia e Odontopediatria: 51, 55, 65, 75, 72 e 85 para dentes decíduos e 11, 16, 26, 36, 46 e 31 para dentes permanentes (Carter, Barnes, 1974, Clerehugh, 2012). Após realização do ISG, realizou-se a higienização dos dentes com escova dental e dentifrício fluoretado e utilizada gaze estéril e/ ou jato de ar para secar os dentes e assim proceder às demais avaliações.

O índice ceo-d/ CPO-D avalia a experiência de cárie e se expressa pela soma do número de dentes decíduos ou permanentes cariados (c/ C), extraídos ou com extração indicada (e/ P) e obturados (o/ O), preconizado pela OMS (Organização Mundial da Saúde, 2013).

Para avaliar as sequelas dos traumatismos dentários utilizou-se o ITD preconizado pela OMS. A classificação para os dentes afetados seguiu seguinte codificação: código 0 = Sem sinal de injúria; código 1 = Injúria tratada; código 2 = Somente fratura em esmalte; código 3 = Fratura em esmalte e dentina; código 4 = Envolvimento pulpar; código 5 = Dente perdido devido a traumatismo; código 6 = Outro dano (especificar, como alteração de cor); código 9 = Dente excluído. A severidade foi avaliada pela quantidade de dentes envolvidos (Organização Mundial da Saúde, 2013).

Para dentição decídua, maloclusões foram avaliadas através dos critérios de Foster e Hamilton (1969), com os seguintes critérios: (1) relação de caninos esquerdo e direito - classificadas como Classe I (cúspide do canino decíduo superior se assenta na ameia entre o canino inferior decíduo e o primeiro molar inferior), Classe II (cúspide do canino decíduo superior para mesial da superfície distal do canino decíduo inferior) ou Classe III (cúspide do canino decíduo superior para distal da superfície distal do canino decíduo inferior); (2) sobremordida - classificada como normal (superfícies incisais dos incisivos centrais inferiores decíduos com contato nas superfícies palatais dos incisivos centrais superiores quando em oclusão cêntrica), reduzida (superfícies incisais dos incisivos centrais inferiores decíduos sem contato nas superfícies palatais dos incisivos centrais superiores quando em oclusão cêntrica), aberta (superfícies incisais dos incisivos centrais inferiores decíduos apresentam-se abaixo do nível das superfícies incisais dos incisivos centrais superiores quando em oclusão cêntrica), profunda (superfícies incisais dos incisivos centrais inferiores decíduos tocando o palato quando em oclusão cêntrica); (3) sobressaliência - classificado como normal (0–2 mm), aumentado (>2 mm), topo a topo (0mm) e cruzada anterior (<0mm) e (4) mordida cruzada posterior - classificada como presente (dentes da maxila ocluem lingualmente com os dentes mandibulares) ou ausente. Assim, maloclusão foi categorizada em ausente (sem anormalidade) e presente (quando pelo menos uma alteração oclusal estiver presente) (Foster, Hamilton, 1969).

Para dentição permanente, foi determinado o Índice de Estética Dental (DAI) que é composto de uma combinação de medidas as quais, em seu conjunto, expressam o estado oclusal do indivíduo e, conseqüentemente, sua necessidade de tratamento, pois considera também o comprometimento estético. Foi avaliado a ausência de dentes, presença de apinhamentos, espaçamentos e desalinhamento entre os dentes. Além disso, foi avaliado

sobressaliência, sobremordida e relação anteroposterior de molares. Neste exame, foi utilizada sonda OMS para mensurar algumas destas características (Organização Mundial da Saúde, 2013).

A mucosa bucal e os tecidos moles dentro e ao redor da boca foram examinados em cada participante. O exame foi realizado na seguinte sequência: 1. mucosa labial e sulco labial (superior e inferior); 2. parte labial das comissuras e mucosa bucal (direita e esquerda). 3. língua (superfícies dorsal e ventral, margens); 4. soalho da boca; 5. palato duro e mole; 6. rebordo alveolar/gengiva (superior e inferior). Os seguintes códigos foram avaliados: 0 = Sem condição anormal; 1 = Tumor maligno (câncer de boca); 2 = Ulceração (aftosa, herpética, traumática); 3 = Gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA); 4 = Candidíase; 5 = Abscesso; 6 = Outra condição (especificar se possível) (por exemplo, queratose, manchas de Koplic, pequenos pontos brancos que aparecem na mucosa bucal, manifestações clínicas do sarampo); 7 = Não registrado. As localizações principais da lesão de mucosa oral foram registradas, conforme segue: 0 = Linha cutaneomucosa; 1 = Comissuras; 2 = Lábios; 3 = Sulcos; 4 = Mucosa bucal; 5 = Soalho da boca; 6 = Língua; 7 = Palato duro e/ou mole; 8 = Rebordo alveolar/gengiva; 9 = Não registrado (Organização Mundial da Saúde, 2013).

No código para outras condições, foram pesquisadas a presença de alterações da normalidade como: lesões brancas e vermelhas, nódulos, pápulas, descamação, vesículas ou bolhas, outras alterações de cor da mucosa, aspecto de boca seca, hiperplasia gengival medicamentosa, verrugas bucais e aumento de glândula salivar, dentre outros.

Foram utilizadas a codificação para urgência com necessidade de intervenção ou encaminhamento. Os seguintes códigos de urgência da intervenção foram recomendados: 0 = Sem necessidade de tratamento; 1 = Necessidade de tratamento preventivo ou de rotina; 2 = Tratamento imediato incluindo remoção de tecido; 3 = Tratamento imediato (de urgência) necessário devido à dor ou infecção dentária ou de origem bucal; 4 = Referenciado para avaliação minuciosa ou tratamento médico/odontológico (condição sistêmica) (Organização Mundial da Saúde, 2013). Todos os dados foram anotados em ficha clínica desenvolvida exclusivamente para o presente estudo (Apêndice B).

Para os questionários aplicados aos responsáveis, os seguintes dados foram coletados: idade, sexo e raça das PCDs; principal responsável pelo indivíduo com deficiência (0. Mãe; 1. Pai; 2. Avós; 3. Outros), idade dos responsáveis, renda familiar (em salários-mínimos), escolaridade (em anos de estudo), estado civil (0. Casado/União estável, 1. Solteiro, 2. Viúvo, 3. Divorciado), situação de emprego (0. Empregado, 1. Desempregado), número de pessoas vivendo no mesmo domicílio com as PCDs, tipo de domicílio (0. Próprio, 1. Alugado/cedido).

A respeito da história médica, os responsáveis responderam sobre: diagnóstico clínico principal e outros diagnósticos e uso contínuo de medicações. Sobre o histórico odontológico, os responsáveis responderam às seguintes perguntas: necessidade de ajuda para higiene bucal da PCD; histórico de idas ao dentista; comportamento do indivíduo durante o tratamento odontológico; hábitos de higiene bucal; hábitos parafuncionais; e classificação da saúde bucal pelo responsável da PCD (Apêndice B).

A sobrecarga familiar na percepção dos responsáveis foi avaliada utilizando a versão brasileira validada do questionário “*Pediatric Quality of Life Inventory*” (PedsQL) – Módulo de Impacto na Família Version 2.0 - Portuguese (Brazil) - *Relato do pai ou da mãe* (Apêndice B), aplicado sob forma de entrevista. O questionário *PedsQL™ 2.0* é composto por 36 itens divididos em oito domínios: capacidade física (6 itens), aspecto emocional (5 itens), aspecto social (4 itens), capacidade mental (5 itens), comunicação (3 itens), atividades cotidianas (3 itens), preocupação (5 itens) e relacionamentos familiares (5 itens). Como respostas aos questionários, foi utilizada uma escala de 5 pontos (0 = nunca é uma dificuldade; 1 = quase nunca é uma dificuldade; 2 = às vezes é uma dificuldade; 3 = muitas vezes é uma dificuldade; 4 = quase sempre é uma dificuldade). Os escores foram transformados numa escala de zero a 100 e o impacto familiar mensurado pela média da pontuação para cada domínio e para o questionário geral. Domínios com menor pontuação indicam uma menor qualidade de vida (Varni, Seid, Kurtin, 2001; Steele, Varni, 2009).

O questionário *Brazilian Rapid Estimative Adult Literacy in Dentistry* (BREALD-30) (Apêndice B), adaptado e validado no Brasil por Junkes et al. (2015), foi utilizado para verificar os níveis de alfabetismo funcional em saúde bucal dos responsáveis por meio do reconhecimento de palavras (Lee et al., 2007). O instrumento contém 30 palavras relacionadas a doenças bucais (etiologia, anatomia, prevenção e tratamento), e estão dispostas em ordem crescente de complexidade, baseado na sua extensão, no número de sílabas e na dificuldade de combinações de sons. Essas palavras foram lidas na seguinte sequência: açúcar, dentadura, fumante, esmalte, dentição, erosão, genética, incipiente, gengiva, restauração, biópsia, enxaguatório, bruxismo, escovar, hemorragia, radiografia, película, halitose, periodontal, analgesia, endodontia, maloclusão, abscesso, biofilme, fístula, hiperemia, ortodontia, temporomandibular, hipoplasia e apicectomia (Junkes et al., 2015).

As palavras do BREALD-30 foram lidas em voz alta pelos cuidadores aos pesquisadores, sendo atribuído valor 1 (um) para cada palavra pronunciada corretamente e 0 (zero) para cada palavra pronunciada incorretamente. A pontuação total é a soma do valor obtido em cada palavra, podendo o escore total variar de 0 a 30, sendo a maior pontuação

relacionada ao nível mais alto de LSB (Lee *et al.*, 2007). A classificação do LSB foi realizada de acordo com os escores do BREALD-30 como baixo nível de LSB < 13 ; moderado 13-22; alto > 22 (Assunção *et al.*, 2022).

3.6 Análise Estatística

Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS® for Windows, versão 27.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Foram computados escores parciais para cada domínio, bem como o escore geral do questionário de sobrecarga familiar (PedsQL). A hipótese de distribuição dos dados para o resultado geral e dos domínios do PedsQL e do LSB seguiu distribuição de não paramétrica. Para caracterização sociodemográfica e clínica da população estudada, descrição dos escores dos questionários de sobrecarga familiar e LSB foi realizada estatística descritiva dos dados, com a utilização de medidas de tendência central (frequências, média, mínimo e máximo) e medida de dispersão (desvio-padrão). Na análise bivariada, quando possível, as variáveis de estudo foram dicotomizadas e o LSB foi avaliado por meio de variável qualitativa ordinal. Foram utilizados o teste de Mann-Whitney para testar a hipótese de igualdade entre duas medidas e o teste de Kruskal-Wallis para testar a hipótese de igualdade de 3 ou mais medidas.

Análise de regressão de logística multinominal foi realizada para estimar razões de chance (OR – *odds ratio*) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC) e o valor de p pelo teste de Wald. Todas as variáveis independentes com valor de $p < 0,20$ na análise univariada foram selecionadas, e aquelas que permaneceram significativas ($p < 0,05$) após os ajustes foram mantidas no modelo final. O grau de multicolinearidade entre as variáveis no modelo final foi determinado pelo fator de inflação da variância (VIF), com $VIF > 10$ indicando multicolinearidade significativa.

A hipótese de igualdade entre os escores do PedsQL foi testada por meio dos modelos lineares generalizados com variância robusta, utilizando o modelo de regressão de Binomial Negativa (estimado por meio de máxima verossimilhança e na ocorrência de superdispersão). Os modelos de regressão foram utilizados para determinar o efeito conjunto na pontuação dos domínios e escores totais do PedsQL para as condições de saúde bucal e características de variáveis independentes. A análise bivariada foi utilizada para avaliar diferenças das médias na pontuação do questionário de sobrecarga/ impacto familiar e variáveis independentes e para

selecionar variáveis com valor de $p \leq 0,20$ para entrarem nos modelos finais de regressão. As variáveis explicativas selecionadas foram testadas em modelo multivariado ajustado por cárie dentária. Os resultados foram expressos por Razão de Prevalência (RP) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) e permaneceram no modelo as associações que alcançaram valor de $p < 0,05$. Em todas as análises, foi considerado nível de significância $\alpha=5\%$ como estatisticamente significativo.

4 RESULTADOS

A amostra foi composta por 61 crianças e adolescentes com diagnóstico de deficiência, conforme os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID). A maioria dos indivíduos era do sexo masculino (73,8%), com média de $8,56 \pm 3,89$ anos de idade (Tabela 1). Cerca de 60,7% dos indivíduos examinados tinham como diagnóstico TEA. Mais de 80% dos participantes faziam uso de medicação contínua, sendo a Risperidona a mais relatada. Dos PCDs, cerca de 90% faziam acompanhamento com equipe multidisciplinar, como médicos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, porém o acompanhamento odontológico não foi pontuado por nenhum cuidador.

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas da amostra (n=61).

| Variáveis | n (%) |
|---|---|
| Idade em anos - μ (\pm) | $8,56 \pm 3,89$ (Rank 3-18) |
| Sexo | |
| Masculino | 45 (73,8) |
| Feminino | 16 (26,2) |
| Raça | |
| Branca | 18 (29,5) |
| Amarela | 02 (3,3) |
| Indígena | 01 (1,6) |
| Parda | 35 (57,4) |
| Preta | 05 (8,2) |
| Responsável | |
| Mãe | 53 (86,9) |
| Pai | 03 (4,9) |
| Avó | 03 (4,9) |
| Outros | 02 (3,3) |
| Idade do responsável em anos - μ (\pm) | $37,05 \pm 8,43$ (Rank 20-55) |

Renda familiar em salários-mínimos

| | |
|------|-----------|
| < 01 | 05 (8,2) |
| 01 | 49 (80,3) |
| 02 | 06 (9,8) |
| 03 | 01 (1,6) |

Escolaridade do responsável

| | |
|--------------------|-----------|
| Sem escolaridade | 02 (3,3) |
| Ensino fundamental | 39 (63,9) |
| Ensino médio | 15 (24,6) |
| Ensino superior | 04 (6,6) |
| Pós-graduação | 01 (1,6) |

Estado civil do responsável

| | |
|-----------------------|-----------|
| Casado/ união estável | 19 (31,1) |
| Solteiro | 33 (54,1) |
| Viúvo | 03 (4,9) |
| Divorciado | 06 (9,8) |

Situação de emprego do responsável

| | |
|----------------------|-----------|
| Empregado | 06 (9,8) |
| Autônomo/ aposentado | 21 (34,4) |
| Desempregado | 34 (55,7) |

Número de pessoas vivendo no mesmo domicílio

| | |
|----|-----------|
| 01 | 07 (11,5) |
| 02 | 14 (23,0) |
| 03 | 17 (27,9) |
| 04 | 15 (24,6) |
| 05 | 05 (8,2) |
| 06 | 02 (3,3) |
| 07 | 01 (1,6) |

Tipo de domicílio

| | |
|-----------------|-----------|
| Próprio | 46 (75,4) |
| Alugado/ cedido | 15 (24,6) |

 μ - média; \pm - desvio-padrão.

Em relação aos responsáveis entrevistados, a maioria era do sexo feminino (n = 56; 91,8%), com média de idade de 37,05 anos (\pm 8,43), renda familiar de até um salário-mínimo (n = 49; 80,3%), escolaridade igual ou inferior a oito anos de estudo (n = 39; 63,9%), estado civil solteiro (n = 33; 54,1%) e situação de desemprego (n = 34; 55,7%) (tabela 1).

Tabela 2 – Diagnósticos médicos da amostra (n=61).

| Variáveis | n (%) |
|---|--------------|
| Diagnóstico primário | |
| Transtorno do espectro do autismo | 37 (60,7) |
| Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade | 03 (4,9) |
| Síndrome de Down | 03 (4,9) |
| Paralisia cerebral | 03 (4,9) |
| Síndrome de Kabuki | 02 (3,3) |
| Fissura labiopalatina | 02 (3,3) |
| Deficiência intelectual | 01 (1,6) |
| Encefalopatia epiléptica | 01 (1,6) |
| Mielomeningocele | 01 (1,6) |
| Microcefalia | 01 (1,6) |
| Epilepsia | 01 (1,6) |
| Distrofia muscular com espinha rígida | 01 (1,6) |
| Escoliose congênita | 01 (1,6) |
| Fibromialgia | 01 (1,6) |
| Síndrome de Moebius | 01 (1,6) |
| Síndrome de Seckel | 01 (1,6) |
| Síndrome da microduplicação | 01 (1,6) |
| Outros diagnósticos | |
| Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade | 17 (27,9) |
| Deficiência intelectual | 05 (8,2) |
| Epilepsia | 03 (4,9) |
| Transtorno do espectro do autismo | 02 (3,3) |
| Paralisia cerebral | 02 (3,3) |
| Microcefalia | 02 (3,3) |
| Dermatite atópica | 02 (3,3) |
| Transtorno opositor desafiador | 01 (1,6) |
| Espinha bífida | 01 (1,6) |

O diagnóstico mais frequente entre os participantes foi o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), presente em 60,7% (n=37) dos casos. Em seguida, foram identificados o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), a Síndrome de Down e a Paralisia Cerebral (PC), com 4,9% (n=03) cada (Tabela 2).

Tabela 3 – História odontológica e hábitos de higiene bucal da amostra (n= 61).

| Variáveis | n (%) |
|---|--------------|
| PCD precisa de ajuda para higiene bucal | |
| Sim | 50 (82,0) |
| Não | 11 (18,0) |
| PCD já foi ao dentista | |
| Sim | 54 (88,5) |
| Não | 07 (11,5) |
| Há quanto tempo? | |
| Menos de seis meses | 15 (24,6) |
| Entre dois anos e seis meses | 31 (50,8) |
| Mais de dois anos | 08 (13,1) |
| Comportamento durante visita ao dentista | |
| Colaborou completamente | 18 (29,5) |
| Colaborou parcialmente | 14 (23,0) |
| Chorou durante o atendimento | 04 (6,6) |
| Foi necessária estabilização protetora | 17 (27,9) |
| Foi encaminhado para anestesia geral | 01 (1,6) |
| Número de escovações diárias | |
| < ou = 01 | 15 (24,6) |
| 02 | 28 (45,9) |
| 03 ou + | 18 (29,5) |
| Quem realiza da escovação dentária? | |
| Cuidador | 38 (62,3) |
| Própria pessoa com deficiência | 23 (37,7) |
| Usa creme dental com flúor | |
| Sim | 59 (96,7) |
| Não | 02 (3,3) |

| Hábitos parafuncionais | |
|-------------------------------------|-----------|
| Sucção digital | 02 (3,3) |
| Uso de chupeta | 06 (9,8) |
| Ranger os dentes | 16 (26,2) |
| Morder objetos | 11 (18,0) |
| Mordiscar os lábios | 07 (11,5) |
| Roer as unhas | 12 (19,7) |
| Classificação da saúde bucal | |
| Muito ruim | 04 (6,6) |
| Ruim | 12 (19,7) |
| Regular | 30 (49,2) |
| Boa | 15 (24,6) |

PCD – pessoa com deficiência.

De acordo com os responsáveis, a maioria dos participantes já havia consultado o cirurgião-dentista pelo menos uma vez (n = 54; 88,5%). Entretanto, para a higiene bucal diária, a maioria precisou da ajuda do cuidador para iniciar e/ou concluir a escovação (n = 50; 82,0%). Embora a maioria tenha necessitado de auxílio para escovar os dentes, o número médio de escovações foi de duas vezes ao dia (n = 28; 45,9%), e a maioria utilizava dentifrício fluoretado (n = 59; 96,7%). Apesar disso, os responsáveis classificaram a saúde bucal dos filhos como ruim ou regular (n = 42; 68,9%). Durante as consultas odontológicas, o comportamento variou entre colaboração total ou parcial (n = 32; 52,5%) e a necessidade de estabilização protetora (n = 17; 27,9%). Além disso, verificou-se alta prevalência de hábitos parafuncionais. O mais frequente foi o bruxismo (n = 16; 26,2%), seguido pelo hábito de roer unhas (n = 12; 19,7%) e pelo hábito de morder objetos (n = 11; 18,0%) (tabela 3).

Tabela 4 – Condições de saúde bucal da amostra (n=61).

| Variáveis | n (%) |
|---|-----------------------------|
| Presença de sangramento gengival | |
| Não | 26 (42,6) |
| Sim | 35 (57,4) |
| Experiência de cárie | |
| Não | 14 (23,0) |
| Sim | 47 (77,0) |
| Índice ceo-d - μ (\pm) | 2,34 \pm 2,89 (Rank 0-10) |
| Índice CPO-D - μ (\pm) | 1,92 \pm 3,36 (Rank 0-16) |
| Urgência de tratamento para cárie | |
| Sem necessidade | 13 (21,3) |
| Necessidade de tratamento preventivo | 05 (8,2) |
| Necessidade de tratamento restaurador | 30 (49,2) |
| Necessidade de tratamento de urgência | 13 (21,3) |
| História de traumatismo dentário | |
| Não | 37 (60,7) |
| Sim | 24 (39,3) |
| Sequelas de traumatismo dentário | |
| Não | 48 (78,7) |
| Sim | 13 (21,3) |
| - Injúria tratada | 02 (3,3) |
| - Fratura de esmalte | 02 (3,3) |
| - Fratura de esmalte e dentina | 05 (8,2) |
| - Envolvimento pulpar | 07 (11,5) |
| - Dente perdido por trauma | 02 (3,3) |
| - Descoloração | 01 (1,6) |
| Maloclusão | |
| Não | 31 (50,8) |
| Sim | 30 (49,2) |

| Presença de lesões de mucosa | |
|-------------------------------------|-----------|
| Não | 53 (86,9) |
| Sim | 08 (13,1) |
| - Fístula | 07 (11,5) |
| - Cicatriz | 01 (1,6) |

μ - média; \pm - desvio-padrão.

A prevalência de cárie dentária foi elevada, atingindo 77,0% (n=47) dos participantes. O índice ceo-d médio foi de 2,34 (\pm 2,89), enquanto o índice CPO-D apresentou média de 1,92 (\pm 3,36). O sangramento gengival esteve presente em aproximadamente 57% dos PCDs e 49,2% dos atendidos tinham algum tipo maloclusão (Tabela 4).

Tabela 5 – Valores médios da pontuação obtida nos questionários de letramento em saúde bucal e de impacto familiar de acordo com o relato dos responsáveis (n=61).

| Questionários | Nº de itens | Média | Desvio-padrão | Rank observado |
|--|--------------------|--------------|----------------------|-----------------------|
| Letramento em Saúde Bucal (BREALD-30) | 30 | 13,36 | 7,56 | 0-29 |
| Tempo de resposta em minutos | - | 1,86 | 0,76 | 0-3 minutos |
| Impacto Familiar (PEDSQL) | | | | |
| Escore total | 36 | 1.667,21 | 732,09 | 275-3.275 |
| Domínio de capacidade física | 6 | 275,82 | 147,12 | 25-550 |
| Domínio de aspecto emocional | 5 | 231,96 | 135,25 | 0-450 |
| Domínio de aspecto social | 4 | 198,36 | 118,22 | 0-400 |
| Domínio de capacidade mental | 5 | 274,59 | 135,44 | 0-500 |
| Domínio de comunicação | 3 | 158,60 | 78,11 | 0-300 |
| Domínio de preocupação | 5 | 118,44 | 107,23 | 0-500 |
| Domínio de atividades cotidianas | 3 | 134,83 | 92,79 | 0-300 |
| Domínio de relacionamentos familiares | 5 | 274,59 | 149,27 | 0-500 |

A média de pontuação obtida no BREALD-30 ($13,36 \pm 7,56$), aponta um letramento em saúde bucal dos cuidadores classificado como moderado (13-22). Os domínios mais afetados negativamente (menores médias de pontuação) foram: preocupação ($118,44 \pm 107,23$), atividades cotidianas ($134,83 \pm 92,79$) e comunicação. Já os menos impactados negativamente foram: capacidade física ($275,82 \pm 147,12$) e capacidade mental ($274,59 \pm 135,44$).

Tabela 6 – Comparação da classificação do letramento em saúde bucal de responsáveis por crianças e adolescentes com deficiência e variáveis independentes (n=61).

| Variáveis | Letramento em Saúde Bucal | | | Valor de p |
|---------------------|---------------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| | Alto | Moderado | Baixo | |
| | 17 (27,9%) | 26 (42,6%) | 18 (29,5%) | |
| Faixa etária | | | | |
| 0-5 anos | 06 (35,3) | 08 (47,1) | 03 (17,6) | 0,424* |
| 6-12 anos | 09 (27,3) | 13 (39,4) | 11 (33,3) | |
| 13-18 anos | 02 (18,2) | 05 (45,5) | 04 (36,4) | |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 15 (33,3) | 21 (46,7) | 09 (20,0) | 0,010** |
| Feminino | 02 (11,8) | 05 (31,3) | 09 (56,3) | |
| Raça | | | | |
| Branca | 04 (22,2) | 08 (44,4) | 06 (33,3) | 0,532** |
| Não branca | 13 (30,2) | 18 (41,9) | 12 (27,9) | |

| | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|----------------|
| Renda Familiar | | | | |
| > 1 SM | 05 (71,4) | 01 (14,3) | 01 (14,3) | 0,031** |
| ≤ 1 SM | 12 (22,2) | 25 (46,3) | 17 (31,5) | |
| Escolaridade do Responsável | | | | |
| > 8 anos | 06 (30,0) | 08 (40,0) | 06 (30,0) | 0,908** |
| ≤ 8 anos | 11 (26,8) | 18 (43,9) | 12 (29,3) | |
| Estado Civil do Responsável | | | | |
| Casado | 06 (31,6) | 08 (42,1) | 05 (26,3) | 0,401* |
| Solteiro | 10 (30,3) | 14 (42,4) | 09 (27,3) | |
| Viúvo/divorciado | 01 (11,2) | 04 (44,4) | 04 (44,4) | |
| Situação de Emprego do Responsável | | | | |
| Empregado | 03 (50,0) | 01 (16,7) | 02 (33,3) | 0,676* |
| Autônomo/aposentado | 08 (23,5) | 15 (44,1) | 11 (32,4) | |
| Desempregado | 06 (28,6) | 10 (47,6) | 05 (23,8) | |
| Número de pessoas no domicílio | | | | |
| Até 03 | 06 (15,8) | 22 (57,9) | 10 (26,3) | 0,252** |

| | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|---------|
| Mais de 03 | 11 (47,8) | 04 (17,4) | 08 (34,8) | |
| Tipo de Domicílio | | | | |
| Próprio | 15 (32,6) | 18 (39,1) | 13 (28,3) | 0,287** |
| Não próprio | 02 (13,4) | 08 (53,3) | 05 (33,3) | |
| Classificação da Saúde Bucal da PCD pelo Responsável | | | | |
| Boa | 04 (26,7) | 06 (40,0) | 05 (33,3) | 0,768** |
| Regular/Ruim | 13 (28,3) | 20 (43,5) | 13 (28,3) | |
| Sangramento gengival | | | | |
| Ausente | 07 (26,9) | 13 (50,0) | 06 (23,1) | 0,623** |
| Presente | 10 (28,6) | 13 (37,1) | 12 (34,3) | |
| Experiência de cárie | | | | |
| Ausente | 03 (21,4) | 06 (42,9) | 05 (35,7) | 0,480** |
| Presente | 14 (29,8) | 20 (42,6) | 13 (27,7) | |
| Urgência de Tratamento | | | | |
| Ausente/ Preventivo | 04 (22,2) | 07 (38,9) | 07 (38,9) | 0,599* |
| Restaurador | 09 (30,0) | 13 (43,3) | 08 (26,7) | |

| | | | | |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| Urgência | 04 (30,8) | 06 (46,2) | 03 (23,0) | |
| Maloclusão | | | | |
| Ausente | 13 (41,9) | 11 (35,5) | 07 (22,6) | 0,030** |
| Presente | 04 (13,3) | 15 (50,0) | 11 (36,7) | |
| Traumatismo Dentário | | | | |
| Ausente | 15 (31,3) | 17 (35,4) | 16 (33,3) | 0,918** |
| Presente | 02 (15,4) | 09 (69,2) | 02 (15,4) | |
| Lesões de Mucosa | | | | |
| Ausente | 13 (24,5) | 23 (43,4) | 17 (32,1) | 0,120** |
| Presente | 04 (50,0) | 03 (37,5) | 01 (12,5) | |

Classificação do questionário de letramento em saúde bucal de acordo com o estudo de Assunção e colaboradores (2022): baixo < 13; moderado 13-22; alto > 22. * Valor de p para o Teste de Kruskal-Wallis. ** Valor de p para o Teste de Mann-Whitney.

O Letramento em Saúde Bucal dos Responsáveis teve associação estatisticamente significativa com o sexo ($p=0,010$), responsáveis por crianças e adolescentes do sexo feminino tinham LSB considerado baixo, renda familiar ($p=0,031$) e presença de maloclusão ($p=0,030$) nos PCDs.

Tabela 7 – Modelo de Regressão Logística Multinomial para classificação do letramento em saúde bucal de responsáveis por crianças e adolescentes com deficiência e variáveis independentes (n=61).

| Variáveis | Letramento em Saúde Bucal | | |
|-------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | Alto 17 (27,9%) | Moderado 26 (42,6%) | Baixo 18 (29,5%) |
| Sexo | | | |
| Masculino | 1 | 1 | 1 |
| Feminino | 1 | 2,02 (0,32- 12,49) | 8,67 (1,39- 53,91) |
| Maloclusão | | | |
| Ausente | 1 | 1 | 1 |
| Presente | 1 | 4,57 (1,16- 18,05) | 5,91 (1,23- 28,35) |

Classificação do questionário de letramento em saúde bucal de acordo com o estudo de Assunção e colaboradores (2022): baixo < 13; moderado 13-22; alto > 22.

Responsáveis por PCDs do sexo feminino têm maiores chances apresentaram letramento em saúde bucal baixo em comparação aos responsáveis por PCDs do sexo masculino (OR 8,67; IC 95%: 1,39-53,91) e a presença de maloclusão esteve associada com letramento em saúde bucal moderado (OR 4,57; IC 95%: 1,16-18,05) e baixo (OR 5,91; IC 95%: 1,23-28,35) dos cuidadores.

Tabela 8 – Valores de p para os testes de comparação entre os escores do questionário de impacto familiar e variáveis independentes (n=61).

| Variáveis | Domínios de Impacto Familiar | | | | | | | | Escore Total |
|---|------------------------------|-------------------|----------------|-------------------|--------------|-------------|-----------------------|----------------------------|--------------|
| | Capacidade Física | Aspecto Emocional | Aspecto Social | Capacidade Mental | Comunicação | Preocupação | Atividades Cotidianas | Relacionamentos Familiares | |
| Faixa etária | | | | | | | | | |
| p* | 0,805 | 0,984 | 0,462 | 0,159 | 0,531 | 0,164 | 0,782 | 0,603 | 0,770 |
| Sexo | | | | | | | | | |
| p** | 0,622 | 0,407 | 0,324 | 0,941 | 0,888 | 0,856 | 0,510 | 0,889 | 0,787 |
| Raça | | | | | | | | | |
| p** | 0,956 | 0,590 | 0,775 | 0,709 | 0,104 | 0,823 | 0,818 | 0,987 | 0,716 |
| Renda Familiar | | | | | | | | | |
| p** | 0,252 | 0,292 | 0,414 | 0,098 | 0,387 | 0,094 | 0,426 | 0,883 | 0,293 |
| Escolaridade do Responsável | | | | | | | | | |
| p** | 0,866 | 0,902 | 0,226 | 0,666 | 0,805 | 0,249 | 0,217 | 0,735 | 0,982 |
| Estado Civil do Responsável | | | | | | | | | |
| p* | 0,019 | 0,019 | 0,208 | 0,096 | 0,018 | 0,056 | 0,051 | 0,475 | 0,015 |
| Situação de Emprego do Responsável | | | | | | | | | |
| p* | 0,377 | 0,261 | 0,787 | 0,019 | 0,692 | 0,077 | 0,072 | 0,159 | 0,342 |
| Número de pessoas no domicílio | | | | | | | | | |
| p** | 0,096 | 0,026 | 0,028 | 0,469 | 0,109 | 0,082 | 0,259 | 0,135 | 0,034 |

| | | | | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Tipo de Domicílio | | | | | | | | | |
| p** | 0,040 | 0,002 | 0,045 | 0,060 | 0,238 | 0,022 | 0,015 | 0,330 | 0,010 |
| Classificação da Saúde Bucal da PCD pelo Responsável | | | | | | | | | |
| p** | 0,188 | 0,154 | 0,023 | 0,967 | 0,052 | 0,146 | 0,285 | 0,953 | 0,159 |
| Sangramento gengival | | | | | | | | | |
| p** | 0,204 | 0,029 | 0,174 | 0,306 | 0,229 | 0,104 | 0,468 | 0,279 | 0,126 |
| Experiência de cárie | | | | | | | | | |
| p** | 0,514 | 0,542 | 0,200 | 0,816 | 0,523 | 0,085 | 0,322 | 0,776 | 0,377 |
| Urgência de Tratamento | | | | | | | | | |
| p* | 0,208 | 0,389 | 0,153 | 0,362 | 0,051 | 0,083 | 0,249 | 0,277 | 0,189 |
| Maloclusão | | | | | | | | | |
| p** | 0,823 | 0,834 | 0,422 | 0,405 | 0,463 | 0,201 | 0,638 | 0,178 | 0,829 |
| Traumatismo Dentário | | | | | | | | | |
| p** | 0,757 | 0,259 | 0,377 | 0,150 | 0,638 | 0,736 | 0,811 | 0,777 | 0,454 |
| Lesões de Mucosa | | | | | | | | | |
| p** | 0,270 | 0,368 | 0,101 | 0,716 | 0,153 | 0,628 | 0,592 | 0,030 | 0,798 |

μ - média; \pm - desvio-padrão. PCD – pessoa com deficiência. * Valor de p para o Teste de Kruskal-Wallis. ** Valor de p para o Teste de Mann-Whitney.

O estado civil do responsável apresentou associação estatisticamente significativa com os domínios de capacidade física ($p=0,019$), aspecto emocional ($p=0,019$), comunicação ($p=0,018$). A situação de emprego do responsável apontou relativa associação com o domínio de capacidade

mental ($p=0,019$). O número de pessoas no domicílio associou-se significativamente aos domínios de aspecto emocional ($p = 0,026$), aspecto social ($p = 0,028$). Identificou associação estatisticamente significativa entre a classificação da saúde bucal da pessoa com deficiência atribuída pelo responsável e o domínio de preocupação ($p = 0,023$). A presença de sangramento gengival demonstrou associação com o aspecto emocional ($p = 0,029$), e as lesões de mucosa impacta nos relacionamentos familiares ($p = 0,030$).

Tabela 9 – Comparação dos escores do questionário de impacto familiar e condições socioeconômicas e de saúde bucal na amostra (n=61).

| Variáveis | Domínios de Impacto Familiar | | | | | | | Escore Total |
|---------------------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|
| | Capacidade Física | Aspecto Emocional | Aspecto Social | Comunicação | Preocupação | Atividades Cotidianas | Relações Familiares | |
| Estado Civil do Responsável | | | | | | | | |
| Casado | 1 | | | 1 | | | | 1 |
| Solteiro | 1,54 (0,98-2,42) | - | - | 1,94 (1,39-2,70) | - | - | - | 1,45 (1,16-1,81) |
| Viúvo/divorciado | 1,60 (1,14-2,25) | | | 1,48 (1,09-1,99) | | | | 1,55 (1,15-2,08) |
| Número de pessoas no domicílio | | | | | | | | |
| Até 03 | - | - | 1 | - | 1 | - | - | 1 |
| Mais de 03 | | | 0,68 (0,49-0,93) | | 0,64 (0,43-0,970) | | | 0,81 (0,67-0,99) |
| Tipo de Domicílio | | | | | | | | |
| Próprio | - | 1 | - | - | 1 | 1 | - | - |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---|-------------------------|-------------------------|
| Não próprio | | | 1,61 (1,26-2,06) | | | 1,87 (1,24-2,83) | | 1,56 (1,14-2,13) | |
| Classificação da Saúde Bucal da PCD pelo Responsável | | | | | | | | | |
| Boa | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| Regular/Ruim | | | 0,68 (0,52-0,89) | | | | | | |
| Sangramento gengival | | | | | | | | | |
| Ausente | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Presente | | | | | | | | | 0,79 (0,64-0,97) |
| Urgência de Tratamento | | | | | | | | | |
| Ausente/ Preventivo | | | | 1 | 1 | | | | |
| Restaurador | - | - | - | 0,85 (0,64-1,12) | 0,76 (0,48-1,21) | | | - | - |
| Urgência | | | | 0,55 (0,37-0,81) | 0,45 (0,28-0,72) | | | | |

Lesões de
Mucosa

| | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|---|-------------------------|---|
| Ausente | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| Presente | | | | | | | 1,47 (1,16-1,87) | |

O estado civil do responsável esteve correlacionado com piores escores. Pais solteiros tiveram chances mais alta de apresentarem maior impacto negativo no domínio da comunicação (RP 1,94; IC 95%: 1,39-2,70). Já os pais viúvos/divorciados foram associados com pior qualidade de vida no domínio de capacidade física (RP 1,60; IC95%: 1,14-2,25), comunicação (RP 1,48; IC 95%: 1,09-1,99) e no escore total (RP 1,55; IC 95% 1,15-2,08). A presença de lesões de mucosa nos PCDs impactou negativamente as relações familiares (RP 1,47 IC 95% 1,16-1,87)

5 DISCUSSÃO

Esse estudo é um dos primeiros a investigar a associação entre saúde bucal de indivíduos com deficiências e características sociodemográficas com o Letramento em Saúde Bucal e o impacto familiar. Mais da metade da amostra era composta por PCDs do sexo masculino e o diagnóstico mais prevalente foi de Transtorno do Espectro Autista, corroborando com estudos epidemiológicos recentes que apontam que o TEA é cerca de 4 vezes mais frequente em meninos do que em meninas (Baio *et al.*, 2018; Maenner *et al.*, 2023). O sexo é um dos fatores associados à etiologia do autismo, sustentando a hipótese de efeito protetor feminino, onde as mulheres necessitam de mais fatores causais para manifestar o mesmo grau de comprometimento que os homens (Elsabbagh, 2020).

Segundo os dados mais recentes do Censo Demográfico de 2022, houve um aumento exponencial na identificação de menores diagnosticados com TEA, os quais representam atualmente 1,13% da população brasileira (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022). Dentre as possíveis causas para o aumento desses números estão: as mudanças nos critérios diagnósticos, fatores culturais e conscientização, diagnóstico precoce, exposição a fatores ambientais, idade materna avançada e avanços nas pesquisas de influência genética (Neggers, 2014). O autismo abrange um conjunto de comportamentos que afeta cada indivíduo de modo e grau diferente com ampla variedade. O Ministério da Saúde (2022) define o TEA como uma condição do neurodesenvolvimento que envolve alterações quantitativas e qualitativas da comunicação e interação social, variando em níveis de gravidade baseado na funcionalidade.

Diante dessas características associadas às deficiências, observa-se que PCDs apresentam particularidades relevantes também no contexto da saúde bucal. As principais condições odontológicas encontradas na amostra foram sangramento gengival, experiência de cárie, maloclusões, traumatismo dentário e lesões de mucosa, sendo a fístula mais prevalente. Estudos comparativos entre população saudável e crianças com deficiências demonstraram diferença significativa nos achados. A prevalência de cárie era maior em pessoas com deficiência intelectual e que faziam uso crônico de fármacos. Embora, indivíduos com TEA não tenham apresentado diferenças importantes no índice CPOD em relação aos saudáveis (Pecci-Lloret, Pecci-Lloret, Rodríguez-Lozano, 2022). Mas, as pessoas com autismo podem ser mais suscetíveis à cárie e doença periodontal, devido à dificuldade no controle de placa, à hipersensibilidade perioral, à preferência por uma alimentação pastosa e cariogênica, bem como à inacessibilidade à serviços

odontológicos e à profissionais capacitados, além de fazerem uso de fármacos que impactam negativamente a saúde bucal (Marega, Gonçalves, Romagnolo, 2018).

Dos indivíduos descritos, mais de 80% faziam uso de algum tipo de medicação, sendo os antipsicóticos como a Risperidona o mais relatado, haja vista a maior prevalência de crianças/adolescentes com TEA, a farmacoterapia é parte fundamental do manejo dos sintomas. Além disso, benzodiazepínicos e anticonvulsivantes também estavam sendo usados por PCDs. O uso desses fármacos por períodos prolongados contribui com a deterioração da saúde bucal, pois efeitos colaterais como xerostomia, disgeusia, bruxismo, candidíase, hiperplasia gengival e hipotonia muscular não são incomuns nessas pessoas. Portanto, a redução da produção salivar causada por alguns fármacos somada a dieta cariogênica e dificuldades de escovação contribuem para o aumento de sangramento gengival, formação de placa bacteriana e lesões de cárie (Cockburn, *et al.*, 2017)

Considera-se que pessoas com deficiências estão mais propensas a desenvolver problemas periodontais, inicialmente o sangramento gengival, devido a fatores como dificuldade de acesso aos serviços especializados, limitações motoras e cognitivas que prejudicam a higiene bucal. Existem também lacunas no conhecimento sobre a condição gengival e qualidade de vida dos cuidadores, já que de acordo com dados desta pesquisa, os pais cujo filhos apresentaram sangramento gengival tinham um impacto negativo no aspecto emocional, causas como frustrações encontradas durante a escovação dental, como mordeduras, falta de colaboração e dificuldade de abertura de boca podem justificar esses índices e o impacto negativo na qualidade de vida dos responsáveis (Farias, *et al.*, 2025)

A presença de maloclusões também está diretamente associada com a deficiência, é de comum diagnóstico a presença de distúrbios oclusais em indivíduos com Síndrome de Down e Paralisia Cerebral, por exemplo. Conseqüentemente, desordens orofaciais são mais prevalentes nessas pessoas, como: desequilíbrio neuromuscular, complicações respiratórias e mastigatórias, apinhamento dental, aumento de sangramento gengival e lesões de cárie. A desarmonia oclusal gera impacto na vida de crianças e adolescentes e pode afetar aspectos sociais como a comunicação e a socialização (Oliveira, *et al.*, 2013; Carminatti *et al.*, 2017). Além disso, neste estudo, a presença de maloclusão foi influenciada pelo letramento em saúde bucal (LSB) dos responsáveis. Os pais que possuíam LSB baixo tinham maiores chances de os filhos apresentarem algum problema

oclusal ($p=0,030$), apontando a maior dificuldade de identificar e prevenir os problemas ortodônticos. Os hábitos parafuncionais, presente nos indivíduos avaliados, como ranger os dentes e roer as unhas, também podem interferir no crescimento e desenvolvimento dos ossos da face e da arcada dentária através da aplicação de forças anormais e constantes nas estruturas faciais acarretando em maloclusões (Ribeiro, *et al.*, 2020).

A predominância da figura materna como a principal responsável, geralmente com baixa escolaridade e em situação de vulnerabilidade socioeconômica, corrobora com estudos anteriores que correlacionam a presença da deficiência à exclusão social e econômica das famílias (Oliveira; Ferreira; Cavalcante., 2018). Os grupos populacionais com menor renda tendem a apresentar níveis mais baixos de escolaridade, o que dificulta o acesso a serviços e informações relacionadas à saúde bucal. Portanto, os pais e responsáveis com melhores indicadores socioeconômicos possuem maior capacidade de adquirir, processar e compreender conhecimentos básicos de educação em saúde, já aqueles com baixo LSB são mais propensos a tomarem atitudes prejudiciais à saúde bucal dos filhos por falta de informação e acesso aos cuidados (Brega, *et al.*, 2021).

Barasoul *et al* (2020) ainda identificaram que cuidadores com menos de oito anos de escolaridade apresentaram três vezes mais chances de possuir um nível de LSB considerado insatisfatório. Ressalta-se que o nível de letramento em saúde bucal dos responsáveis impacta diretamente a saúde bucal de crianças e adolescentes com deficiência, visto que estes dependem de seus cuidadores tanto para o acesso aos serviços quanto para o desenvolvimento e manutenção de hábitos saudáveis.

Adicionalmente, a função de cuidador é desempenhada majoritariamente pela figura materna, identificada como principal responsável pelo cuidado da criança/adolescente com deficiência na maioria das famílias entrevistadas. Tal papel implica renúncias significativas em âmbito pessoal e profissional. Para dedicar-se integralmente aos cuidados exigidos, não são incomuns situações em que ocorre a abdicação do emprego formal, da realização de tarefas domésticas, da disponibilidade para outras atividades e, inclusive, da atenção à própria saúde (Dos Santos *et al.*, 2018; Irwanto *et al.*, 2020).

Assim, as famílias monoparentais apresentam escores mais negativos quanto ao impacto familiar, possivelmente em razão das adaptações exigidas pela presença de um

membro com deficiência na dinâmica da família. De acordo com *Chan, Leung (2020)*, estudos apontam que sintomas da deficiência, como sintomas do autismo, impactam a relação conjugal dos pais, sendo a parentalidade e a coparentalidade fatores mediadores desse efeito. O estudo desses autores apontou altos níveis de estresse parental nas famílias atípicas e conflitos conjugais, uma vez que a sobrecarga do cuidado é um potencial gerador de tensão entre os membros. Estudos de delineamento transversal também apontam que pais de crianças com TEA têm menor ajustamento e satisfação conjugal, bem como maiores índices de separação e divórcio, quando comparados a pais de crianças com desenvolvimento típico ou com outras deficiências do neurodesenvolvimento (*Lee, 2009; Gau et al., 2012; Hartley et al., 2017*).

As famílias atípicas enfrentam maiores desafios financeiros e emocionais, pois podem ter dificuldade de manter empregos formais e vínculos sociais pela necessidade de cuidar de um membro dependente. Além disso, a instabilidade financeira afeta psicologicamente os envolvidos. Nesse contexto, a falta do vínculo trabalhista pode ser explicada pela dependência de cuidado que um PCD demanda, haja vista que eles frequentemente necessitam de tratamentos e terapias envolvendo uma equipe multidisciplinar que demanda tempo e dedicação dos responsáveis (*De Almeida, et al., 2015*). Pôde-se observar esse padrão de multiterapias na amostra analisada, na qual mais de 90% fazia acompanhamento com um ou mais profissionais da saúde, sendo as terapias de neurodesenvolvimento as mais realizadas por estes PCDs.

No domínio de impacto familiar, observou-se que o aspecto social esteve relacionado com a classificação de saúde bucal dos PCDs feita pelos seus responsáveis ($p=0,023$). Isto é, os pais/cuidadores que classificavam a saúde bucal dos menores como regular/ruim apresentaram piores escores no domínio social, o qual contempla fatores como isolamento social, falta de tempo para as atividades pessoais, dificuldade de receber apoio de terceiros e falta de energia para realizar tarefas diárias. Esses achados corroboram com estudos anteriores que evidenciam o impacto de condições como cárie na primeira infância na rotina dos cuidadores, afetando negativamente aspectos como desempenho no trabalho e situação financeira. Além disso, piores condições de saúde bucal dos filhos estão associadas a sentimento de culpa, raiva e autorresponsabilização por parte dos cuidadores quanto à condição de saúde bucal dos filhos. (*Gomes, et al., 2015; Singh, et al., 2020; Zaror, et al., 2022*).

A percepção dos cuidadores com baixo letramento sobre a saúde bucal de seus filhos difere da realidade clínica, especialmente no que tange à presença de cárie dentária (Barasoul, *et al.*, 2020), uma vez que há uma associação conhecida entre a sintomatologia dolorosa e a presença de cárie. Assim, a percepção de lesões iniciais e indolores não são associadas com uma condição ruim devido ao baixo nível de conhecimento e acesso às informações em saúde bucal. Adicionalmente, mais da metade dos cuidadores classificou a saúde bucal dos menores como regular (49,2%), mesmo diante da alta prevalência de cárie (77%). Tal discrepância pode estar relacionada à baixa média de idade dos indivíduos, sugerindo um efeito cumulativo entre a idade da criança e a percepção dos pais. Ou seja, crianças mais velhas tendem a acumular condições bucais mais severas, frequentemente acompanhadas de episódios de dor e infecções mais evidentes, o que leva à percepção mais negativa por parte dos cuidadores (Braun *et al.*, 2014; Gomes *et al.*, 2015). A falta de percepção dos pais pode fazer com que os problemas de saúde bucal sejam agravados, levando-os a não buscar atendimento odontológico até que a situação exija uma intervenção de urgência.

Embora não tenha uma associação significativa neste presente estudo, Baskaradoss *et al* (2022) observaram que cuidadores com LSB baixo (0-11) tinham filhos com maior índice de placa e mais lesões de cárie não tratadas, uma vez que a educação em saúde bucal resulta em uma melhor comunicação com o profissional, aumento da adesão aos tratamentos odontológicos, prevenção de doenças e melhora na qualidade de vida (Comassetto *et al* 2019). Nesta pesquisa, evidencia-se a necessidade de tratamento imediato e restaurador, como uma consequência do alto índice de dentes cariados. Esses dados reforçam a necessidade de intervenções odontológicas imediatas para paralisar e prevenir a progressão da cárie, além de difundir ainda mais medidas de educação em saúde para os responsáveis.

Mais estudos focados nos cuidadores de pessoas com deficiências precisam ser conduzidos, visto que este apresenta limitações como o número reduzido da amostra limitando a generalização dos resultados obtidos para outras populações. Além disso, a pesquisa foi desenvolvida em apenas uma região limitada de uma cidade do interior do Nordeste, o que pode não refletir a realidade de outras localidades. O delineamento transversal também não permite estabelecer causalidade dos resultados, por isso o desenvolvimento de novas investigações longitudinais que explorem com maior profundidade a relação entre os fatores socioeconômicos, odontológicos e impacto

familiar é fundamental para compreender e desenvolver medidas específicas voltadas para atenção às essas famílias.

6 CONCLUSÃO

As condições de saúde bucal mais prevalentes nos indivíduos com deficiência foram: cárie, sangramento gengival e maloclusões. O letramento em saúde bucal da maioria dos cuidadores foi considerado moderado e foi associado ao sexo da PCD e presença de maloclusões. As famílias dos PCDs apresentam impacto negativo principalmente nos domínios de preocupação, comunicação e nas atividades cotidianas. Diante disso, ainda é urgente as ações preventivas nos PCDs bem como extensão da atenção e do cuidado às suas famílias, com foco não apenas na saúde bucal e física como também psicossocial.

REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, L. R. da S. et al. Different dimensions of oral health literacy are associated with social determinants of health in Brazilian adults. **Brazilian Oral Research**, v. 36, p. e0122, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bor/a/NJMQxZxQKLYwJznzTXbZsVj/?lang=en>. Acesso em: 22 out. 2024.
- BARASUOL, J. C. et al. Caregiver oral health literacy: relationship with socioeconomic factors, oral health behaviors and perceived child dental status. **Community Dental Health**, v. 37, n. 2, p. 110-114, 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/339740083>. Acesso em: 8 jun. 2025.
- BARROS, R. M. C. S. de et al. Influence of the quality of life and locus of control of mothers of disabled children on the oral health of their children. **Special Care in Dentistry**, v. 37, n. 6, p. 290-298, 2017.
- BASKARADOSS, J. K. et al. Association between the caregivers' oral health literacy and the oral health of children and youth with special health care needs. **PLOS One**, v. 17, n. 1, p. e0263153, 2022. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0263153>. Acesso em: 20 mai. 2025.
- BREGA, A. G. et al. Longitudinal association of health literacy with parental oral health behavior. **HLRP: Health Literacy Research and Practice**, v. 5, n. 4, p. e333-e341, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8668164/pdf/hlrp1221bregaorprt.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 24 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_bucal_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 24 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 ago. 2023.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência: Lei nº 13.146**, de 6 de julho de 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 24 jan. 2025.
- CARMINATTI, Mônica; PERES, Karen Glazer; PERES, Marco Aurélio; MARQUES, Laura Alves da Costa. Impacto da cárie dentária, maloclusão e hábitos orais na qualidade de vida relacionada à saúde oral em crianças pré-escolares. **Audiology – Communication Research**,

v. 22, p. e1801, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/3BdN3DCfymKQrcHg4ngc9YB/>. Acesso em: 6 jun. 2025.

CARTER, Harold G.; BARNES, George P. The gingival bleeding index. **Journal of Periodontology**, v. 45, n. 11, p. 801-805, 1974. Disponível em: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1902/jop.1974.45.11.801>. Acesso em: 3 ago. 2023.

CARVALHO, R. et al. Oral health and oral motor function in Children with cerebral palsy. **Special Care in Dentistry**, v. 31, p. 58-62, 2011. Disponível em: <https://sigaa.ufpi.br/sigaa/verProducao>. Acesso em: 11 jun. 2025.

CHAN, Kevin Ka Shing; LEUNG, Donald Chi Kin. The impact of child autistic symptoms on parental marital relationship: Parenting and coparenting processes as mediating mechanisms. **Autism Research**, v. 13, n. 9, p. 1516–1526, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/340843911_The_Impact_of_Child_Autistic_Symptoms_on_Parental_Marital_Relationship_Parenting_and_Coparenting_Processes_as_Mediating_Mechanisms/link/66f647989e6e82486ff368ff/download. Acesso em: 11 jun 2025.

CHEN, Yaru; HAWKINS, Janice. Effects of music listening to reduce preprocedural dental anxiety in special needs patients. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 42, p. 101279, 2021.

COCKBURN, N. et al. Oral health impacts of medications used to treat mental illness. **Journal of affective disorders**, v. 223, p. 184-193, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032717309898>. Acesso em: 12 mai. 2025.

COMASSETTO, M. O. et al. Access to oral health in early childhood in the city of Porto Alegre, Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 953–961, 1 mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Hptj8cdgJSP946CqMNMznCK/?lang=en>. Acesso em: 12 mai. 2025.

DAVIDOVICH, E. et al. A comparison of the sialochemistry, oral pH, and oral health status of Down syndrome children to healthy children. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 20, p. 235-241, 2010.

DE OLIVEIRA, Fabíola Belkiss Santos et al. Letramento em saúde bucal entre adolescentes: oral health literacy among school adolescents. **Revista Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 26, n. 1, p. 1–20, 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/374792825_Letramento_em_Saude_Bucal_Entre_Adolescentes_Oral_health_literacy_among_school_adolescents. Acesso em: 12 mai. 2025.

DE PAULA CAUHI, Letícia; DE ALMEIDA, Rogério José. Letramento Em Saúde Bucal e impacto familiar em cuidadores de Crianças e adolescentes com paralisia cerebral. **Revista Ciências e Odontologia**, v. 7, n. 2, p. 125-142, 2023. Disponível em: <https://tede2.pucgoias.edu.br/handle/tede/5022>. Acesso em: 20 nov. 2024.

DOS SANTOS, A. F. et al. Vivências de mães com crianças internadas com diagnóstico de câncer. **Enfermería Actual en Costa Rica**, n. 34, 2018. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682018000100038&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 jun. 2025.

ELSABBAGH, Mayada. Linking risk factors and outcomes in autism spectrum disorder: is there evidence for resilience? **British Medical Journal**, v. 368, 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.l6880>. Acesso em: 11 jun. 2025.

FARIAS, Carolina Scheffler Schirma et al. Avaliação da condição gengival e qualidade de vida em pacientes neurologicamente comprometidos: um ensaio clínico randomizado. **Revista Delos**, v. 18, n. 63, p. e3751-e3751, 2025. Disponível em: <https://ojs.revistadelos.com/ojs/index.php/delos/article/view/3751/2160>. Acesso em: 10 jun. 2025.

FOSTER, T. D.; HAMILTON, M. C.; LAVELLE, C. L. B. Dentition and dental arch dimensions in British children at the age of 212 to 3 years. **Archives of oral biology**, v. 14, n. 9, p. 1031-1040, 1969.

GAU, Susan Shur-Fen et al. Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. **Research in Autism spectrum disorders**, v. 6, n. 1, p. 263-270, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1750946711000900>. Acesso em: 9 jun. 2025.

GOMES, Monalisa Cesarino et al. Parental perceptions of oral health status in preschool children and associated factors. **Brazilian dental journal**, v. 26, p. 428-434, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bdj/a/FXSkcDQ4YKHTSgwxGWpjGcL/?format=html>. Acesso em: 9 jun. 2025.

HADDAD, Aida Sabbagh; MAGALHÃES, Marina Helena Cury Gallottini. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Santos, 2007.

HARTLEY, Sigan L. et al. Couple conflict in parents of children with versus without autism: Self-reported and observed findings. **Journal of child and family studies**, v. 26, p. 2152-2165, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-017-0737-1>. Acesso: 10 jun. 2025.

HSIAO, Fei-Hsiu. Self-compassion for burnout and compassion fatigue in caregivers. **Journal of Nursing Research**, v. 31, n. 1, p. e251, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36692833/>. Acesso em: 9 jun. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: características gerais dos moradores 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html>. Acesso em: 4 mai. 2025.

IRWANTO, D. et al. Impact of caregiver's psychological aspects towards quality of life of children with acute lymphoblastic leukemia (ALL). **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, [S.l.], v. 21, n. 9, p. 2683-2688, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7779437/>. Acesso em 9 jun. 2020.

JABER, Mohamed Abdullah. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. **Journal of Applied Oral Science**, v. 19, p. 212-217, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jaos/a/VfNyhvmZRGpp69jJYmHxM4D/?lang=en>. Acesso em: 20 nov. 2024

JUNKES, M. C. et al. Validity and reliability of the brazilian version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry – BREALD-30. **PLoS One**, v. 10, n. 7, p. 111, 2015. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4497720/pdf/pone.0131600.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2024..

LEE, Gloria K. Parents of children with high functioning autism: How well do they cope and adjust?. **Journal of developmental and physical disabilities**, v. 21, p. 93-114, 2009. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10882-008-9128-2>. Acesso em: 7 jun. 2025.

LEE, J. Y. et al. Development of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD 30 - a brief communication. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 67, n. 2, p. 94-98, 2007.

LEE, Jihyun; CHANG, Juhea. Oral health issues of young adults with severe intellectual and developmental disabilities and caregiver burdens: a qualitative study. **BMC Oral Health**, v. 21, n. 1, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12903-021-01896-3>. Acesso em 8 jun. 2025.

MAENNER, Matthew J. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2020. **MMWR. Surveillance Summaries**, v. 72, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10042614/>. Acesso em: 8 jun. 2025.

MAREGA, Tatiane; GONÇALVES, Alcides Ricardo; ROMAGNOLO, Fernanda Urbini. **Odontologia Especial**. 1. ed. São Paulo: Santos Publicações, 2018. 416 p. ISBN 978-85-7889-118-3

MARQUES, Leandro Silva et al. Down syndrome: a risk factor for malocclusion severity? **Brazilian Oral Research**, v. 29, p. 1-7, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bor/a/Xk9FpkWGpbZjB6tjb8wYGVb/?format=html>. Acesso: 7 ago. 2024.

MAYBURY, Catherine et al. Oral health literacy and dental care among low-income pregnant women. **American Journal of Health Behavior**, v. 43, n. 3, p. 556-568, 2019.

MONTESERÍN-MATESANZ, Marta et al. Descriptive study of the patients treated at the clinic “Integrated Dentistry for Patients with Special Needs” at Complutense University of Madrid (2003-2012). **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 20, n. 2, p. e211, 2015. Disponível em: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv20_i2_p211.pdf. Acesso em: 7 ago. 2025.

NEGGERS, Yasmin H. Increasing prevalence, changes in diagnostic criteria, and nutritional risk factors for autism spectrum disorders. **International Scholarly Research Notices**, v. 2014, n. 1, p. 514026, 2014. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4045304/pdf/ISRN.NUTRITION2014-514026.pdf>. Acesso em 12 jun. 2025.

OLIVEIRA, Ana Cristina et al. Prevalence and determinant factors of malocclusion in children with special needs. **The European Journal of Orthodontics**, v. 33, n. 4, p. 413-418, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20956386/>. Acesso em: 11 jun. 2025.

OLIVEIRA, Daniela Almeida Santos; FERREIRA, Márcio dos Santos; CAVALCANTE, Jorge Lopes. Análise de fatores sociodemográficos de duplas cuidador-criança/adolescente com deficiência: um estudo caso-controlado. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 24, n. 3, p. 389-406, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/KDLQ8rJHL97fZRCkdcGCj5p/?lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre a deficiência. **Tradução: Lexicus Serviços Linguísticos**. São Paulo: SEDPcD, 2012.

PECCI-LLORET, Miguel Ramón; PECCI-LLORET, María Pilar; RODRÍGUEZ-LOZANO, Francisco Javier. Special care patients and caries prevalence in permanent dentition: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 22, p. 15194, 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/22/15194>. Acesso em: 1 jun. 2025

PETROVA, E. G. et al. Children with special health care needs: Exploring the relationships between patients' level of functioning, their oral health, and caregivers' oral health-related responses. **Pediatric Dentistry**, v. 36, n. 3, p. 233-239, 2014. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/aapd/pd/2014/00000036/00000003/art00011>. Acesso em: 12 mai. 2025

PINI, D. M; FROHLICH, P. C. G. R.; RIGO, L. Oral health evaluation in special needs individuals. **Einstein**, v. 14, n. 4, p. 501-507, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/gncRLJtG5kdqjmvwZ8PwFxt/>. Acesso em 5 fev. 2025

RIBEIRO, G. L. C. et al. Parafunctional oral habits: frequency and association with malocclusion traits in adolescents. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, v. 25, n. 4, p. 49-56, 2020. DOI: 10.1590/2177-6709.25.4.049-056.oar. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpjo/a/ZLmdHpWvZTnxMvMtdcPQmhr/?lang=en>. Acesso em: 12 jun. 2025.

RODRÍGUEZ-PEINADO, N. et al. A study of the dental treatment needs of special patients: cerebral paralysis and Down syndrome. **European Journal of Paediatric Dentistry**, v. 19, n. 3, p. 233-238, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30063157/>. Acesso em: 7 ago. 2024

SILVA, S. N. et al. Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 27, p. 388-398, 2017.

SINGH, Neerja et al. Impact of early childhood caries on quality of life: Child and parent perspectives. **Journal of oral biology and craniofacial research**, v. 10, n. 2, p. 83-86, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7062923/pdf/main.pdf>. Acesso em 8 jun. 2025

SZLENK-CZYCZERSKA, Elżbieta et al. Needs, aggravation, and degree of burnout in informal caregivers of patients with chronic cardiovascular disease. **International Journal of**

Environmental Research and Public Health, v. 17, n. 17, p. 6427, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7503827/pdf/ijerph-17-06427.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2025.

ULIANA, Jaíne C. et al. Autistic individuals have worse oral status than neurotypical controls: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Clinical Oral Investigations**, v. 28, n. 2, p. 137, 2024. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00784-024-05500-0>. Acesso em: 8 jun. 2025

VARNI, James W.; SEID, Michael; KURTIN, Paul S. PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. **Medical care**, v. 39, n. 8, p. 800-812, 2001.

WECKWERTH, Solange Aparecida Modesto et al. Parents perception of dental caries in intellectually disabled children. **Special care in dentistry**, v. 36, n. 6, p. 300-306, 2016.

WEHMEYER, Meggan MH et al. The impact of oral health literacy on periodontal health status. **Journal of public health dentistry**, v. 74, n. 1, p. 80-87, 2014. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3800213/pdf/nihms487787.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2025

WHO. World Health Organization. **Oral health surveys, basics methods**. Geneva: WHO, 5th ed. 2013.

WIENER, R. Constance et al. Caregiver burdens and preventive dental care for children with autism spectrum disorder, developmental disability and/or mental health conditions: national survey of CSHCN, 2009–2010. **Maternal and child health journal**, v. 20, p. 2573-2580, 2016. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5124399/pdf/nihms806365.pdf>. Acesso: 10 jun. 2025

WILSON, K. E. et al. Meeting the needs of patients with disabilities: how can we better prepare the new dental graduate? **British Dental Journal**, v. 227, n. 1, p. 43-48, 2019. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41415-019-0462-9> 20 nov. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disability, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>. Acesso em em: 20 dez. 2023.

ZAROR, Carlos et al. Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. **International journal of dental hygiene**, v. 20, n. 1, p. 120-135, 2022. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/idh.12494>. Acesso 10 jun. 2025

| | | | | | | | | | | |
|-------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-----|------|
| 6-12 anos | Mediana | 275 | 250 | 200 | 300 | 125 | 75 | 125 | 300 | 1725 |
| | Intervalo | 525 | 425 | 400 | 500 | 300 | 300 | 300 | 500 | 2750 |
| | N | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| 13-18 anos | Mediana | 275 | 175 | 225 | 250 | 150 | 125 | 125 | 275 | 1650 |
| | Intervalo | 375 | 400 | 200 | 300 | 225 | 275 | 225 | 450 | 1575 |
| | N | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| Total | Mediana | 275 | 250 | 225 | 300 | 150 | 75 | 125 | 275 | 1725 |
| | Intervalo | 525 | 450 | 400 | 500 | 300 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Feminino | Mediana | 275 | 262,5 | 225 | 325 | 137,5 | 100 | 100 | 275 | 1825 |
| | Intervalo | 475 | 375 | 375 | 425 | 225 | 275 | 300 | 425 | 2300 |
| | N | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 15 |
| Masculino | Mediana | 275 | 200 | 200 | 300 | 175 | 75 | 150 | 275 | 1675 |
| | Intervalo | 475 | 450 | 400 | 500 | 300 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 45 | 45 | 45 | 45 | 45 | 45 | 45 | 45 | 45 |
| Total | Mediana | 275 | 250 | 225 | 300 | 150 | 75 | 125 | 275 | 1725 |
| | Intervalo | 525 | 450 | 400 | 500 | 300 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 |
| Raça | | | | | | | | | | |
| 1 | Mediana | 275 | 200 | 225 | 300 | 150 | 75 | 150 | 275 | 1800 |
| | Intervalo | 525 | 450 | 375 | 450 | 300 | 425 | 300 | 500 | 2725 |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------|-------|-------|-------|-----|-----|-------|-------|-----|--------|
| | N | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 |
| 2 | Mediana | 275 | 262,5 | 212,5 | 325 | 325 | 100 | 125 | 275 | 1700 |
| | Intervalo | 450 | 450 | 400 | 500 | 500 | 500 | 300 | 500 | 2925 |
| | N | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Total | Mediana | 275 | 250 | 225 | 300 | 300 | 75 | 125 | 275 | 1725 |
| | Intervalo | 525 | 450 | 400 | 500 | 500 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 |
| Renda | | | | | | | | | | |
| ≤ 1 SM | Mediana | 275 | 250 | 225 | 300 | 150 | 112,5 | 137,5 | 275 | 1812,5 |
| | Intervalo | 525 | 450 | 400 | 500 | 300 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 |
| ≥ 1 SM | Mediana | 250 | 150 | 225 | 125 | 175 | 50 | 125 | 275 | 1300 |
| | Intervalo | 325 | 300 | 300 | 275 | 175 | 150 | 225 | 300 | 1475 |
| | N | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| Total | Mediana | 275 | 250 | 225 | 300 | 150 | 75 | 125 | 275 | 1725 |
| | Intervalo | 525 | 450 | 400 | 500 | 300 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 |
| Escolaridade | | | | | | | | | | |
| 1 | Mediana | 275 | 200 | 175 | 300 | 175 | 100 | 150 | 275 | 1800 |
| | Intervalo | 500 | 450 | 400 | 450 | 300 | 50 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 |
| 2 | Mediana | 287,5 | 250 | 237,5 | 300 | 150 | 50 | 87,5 | 275 | 1700 |
| | Intervalo | 500 | 450 | 400 | 475 | 200 | 200 | 300 | 500 | 2475 |
| | N | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| Total | Mediana | 275 | 250 | 225 | 300 | 150 | 75 | 125 | 275 | 1725 |

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------|-------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-------|------|
| | Intervalo | 525 | 450 | 400 | 500 | 300 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 |
| Estado Civil | | | | | | | | | | |
| Solteiro | Mediana | 325 | 275 | 200 | 325 | 150 | 150 | 150 | 275 | 1800 |
| | Intervalo | 525 | 450 | 400 | 500 | 225 | 500 | 300 | 500 | 2925 |
| | N | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| Viúvo/Divorciado | Mediana | 300 | 350 | 250 | 350 | 225 | 125 | 125 | 325 | 2150 |
| | Intervalo | 425 | 350 | 250 | 375 | 150 | 300 | 275 | 225 | 2000 |
| | N | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| Casado | Mediana | 150 | 125 | 175 | 200 | 100 | 75 | 75 | 250 | 1275 |
| | Intervalo | 500 | 425 | 350 | 450 | 275 | 250 | 300 | 425 | 2750 |
| | N | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| Total | Mediana | 275 | 250 | 225 | 300 | 150 | 75 | 125 | 275 | 1725 |
| | Intervalo | 525 | 450 | 400 | 500 | 300 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 |
| Número de pessoas vivendo no mesmo domicílio | | | | | | | | | | |
| 1 | Mediana | 200 | 200 | 175 | 300 | 125 | 75 | 125 | 250 | 1375 |
| | Intervalo | 475 | 350 | 300 | 400 | 250 | 225 | 300 | 500 | 2375 |
| | N | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 |
| 2 | Mediana | 287,5 | 300 | 237,5 | 300 | 175 | 125 | 150 | 312,5 | 1825 |
| | Intervalo | 475 | 450 | 400 | 500 | 300 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 |
| Total | Mediana | 275 | 250 | 225 | 300 | 150 | 75 | 125 | 275 | 1725 |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------|-------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|--------|
| | Intervalo | 525 | 450 | 400 | 500 | 300 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 |
| Domicílio | | | | | | | | | | |
| Alugado/Cedido | Mediana | 400 | 350 | 250 | 350 | 150 | 175 | 200 | 350 | 1975 |
| | Intervalo | 350 | 350 | 400 | 375 | 225 | 500 | 300 | 450 | 2550 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Próprio | Mediana | 275 | 200 | 187,5 | 275 | 150 | 75 | 125 | 275 | 1525 |
| | Intervalo | 500 | 425 | 400 | 500 | 300 | 425 | 300 | 500 | 2750 |
| | N | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 |
| Total | Mediana | 275 | 250 | 225 | 300 | 150 | 75 | 125 | 275 | 1725 |
| | Intervalo | 525 | 450 | 400 | 500 | 300 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 |
| Classificação da Saúde Bucal | | | | | | | | | | |
| 1 | Mediana | 262,5 | 200 | 200 | 300 | 150 | 75 | 150 | 275 | 1662,5 |
| | Intervalo | 525 | 450 | 400 | 500 | 275 | 425 | 300 | 475 | 2675 |
| | N | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 |
| 2 | Mediana | 350 | 325 | 275 | 300 | 225 | 125 | 150 | 250 | 1900 |
| | Intervalo | 425 | 425 | 350 | 425 | 300 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Total | Mediana | 275 | 250 | 225 | 300 | 150 | 75 | 125 | 275 | 1725 |
| | Intervalo | 525 | 450 | 400 | 500 | 300 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 |
| Sangramento Gengival | | | | | | | | | | |
| 1 | Mediana | 275 | 200 | 175 | 275 | 150 | 75 | 150 | 275 | 1650 |
| | Intervalo | 475 | 450 | 400 | 475 | 275 | 300 | 300 | 475 | 2275 |

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------|-------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | N | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 |
| 2 | Mediana | 287,5 | 325 | 237,5 | 312,5 | 175 | 137,5 | 125 | 312,5 | 1837,5 |
| | Intervalo | 525 | 450 | 400 | 450 | 300 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| Total | Mediana | 275 | 250 | 225 | 300 | 150 | 75 | 125 | 275 | 1725 |
| | Intervalo | 525 | 450 | 400 | 500 | 300 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 |
| Experiência de cárie | | | | | | | | | | |
| Sim | Mediana | 275 | 200 | 200 | 300 | 150 | 75 | 125 | 275 | 1675 |
| | Intervalo | 525 | 450 | 400 | 500 | 275 | 425 | 300 | 500 | 2675 |
| | N | 47 | 47 | 47 | 47 | 47 | 47 | 47 | 47 | 47 |
| Não | Mediana | 300 | 275 | 237,5 | 275 | 162,5 | 150 | 137,5 | 262,5 | 1875 |
| | Intervalo | 425 | 400 | 350 | 425 | 300 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 |
| Total | Mediana | 275 | 250 | 225 | 300 | 150 | 75 | 125 | 275 | 1725 |
| | Intervalo | 525 | 450 | 400 | 500 | 300 | 500 | 300 | 500 | 3000 |
| | N | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 |

Legenda: Distribuição das medianas, intervalos e tamanhos amostrais (N) dos escores nas dimensões avaliadas de qualidade de vida, segundo condições socioeconômicas e situações odontológicas.



APÊNDICE B

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA – MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFS
Coordenação de Pesquisa – COPES

Prontuário Nº _____ Data ____/____/____

Nome: _____

Contatos telefônicos: _____

Endereço completo: _____

Sexo: 0. Masc 1. Fem Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Raça: 0. Branca 1. Amarela 2. Indígena 3. Parda 4. Preta

Quem é o responsável pelo indivíduo com necessidades especiais? 0. Mãe 1. Pai

3. Outro (Quem?) _____

Nome do Responsável: _____

Profissão do responsável: _____ Idade do responsável: _____

Renda familiar (salários mínimos): 0 1 2 3 4 5 6 ≥7

Escolaridade do responsável (anos de estudo formal): _____

Estado civil do responsável: 0. Casado/ união estável 1. Solteiro 2. Viúvo 3. Divorciado

Situação de emprego: 0. Empregado 1. Desempregado 3. Outro _____

Número de irmãos: _____ Qual ordem de nascimento indivíduo com necessidades especiais?

0. Filho único 1. Primeiro filho 2. Segundo filho 3. Terceiro filho 4. _____

Número de pessoas vivendo no mesmo domicílio com o indivíduo com necessidades especiais: _____

Tipo de domicílio: 0. Próprio 1. Alugado/ cedido

Paciente necessita de ajuda para realizar higiene pessoal? 1. Sim 2. Não

HISTÓRIA MÉDICA

Diagnóstico clínico principal: _____

Outros diagnósticos: _____

Faz uso contínuo de medicações: 1. Sim 0. Não

Quais medicações? _____

Faz acompanhamento contínuo com outros profissionais de saúde? 1. Sim 0. Não

Quais tratamento? _____

A mãe teve alguma enfermidade ou usou algum medicamento durante a gestação? 1. Sim 0. Não

Se sim, qual? _____

Realizou pré-natal: 0. Sim 1. Não Se sim, número de consultas do pré-natal: _____

Tipo de parto: 0. Normal 1. Cesariana Nascimento: 0. Atermo 1. Pré-termo 2. Pós termo

Problemas de saúde/ intercorrências após o parto: _____

Tipo de Aleitamento: 1. Aleitamento totalmente artificial 2. Aleitamento materno parcial

3. Aleitamento materno exclusivo Duração (em meses): _____

Doenças na 1ª infância (até 3 anos de idade): _____

Indivíduo com necessidades especiais já foi hospitalizado? 1. Sim 0. Não

Motivo/ tempo: _____

Alguma alergia? 1. Sim 0. Não

Qual? _____

HISTÓRICO ODONTOLÓGICO

Indivíduo com necessidades especiais já foi ao dentista? 1. Sim 0. Não **Se sim:**

Com qual idade? _____ Por qual motivo? _____

Há quanto tempo? 0. Menos de seis meses 1. Entre dois anos e seis meses 2. Mais de dois anos **Comportamento do indivíduo durante o tratamento odontológico:** 0. Colaborou completamente 1. Colaborou parcialmente 2. Chorou durante o atendimento 3. Foi necessária contenção 4. Foi encaminhado para tratamento sob anestesia geral

Já sofreu traumatismo dentário? 1. Sim 0. Não

Se sim, descreva em mais detalhes (Onde – qual dente; Quando – há quanto tempo e; Como?):

Procurou atendimento médico ou odontológico após o traumatismo? 1. Sim 0. Não

HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL

Com que idade começou a fazer a higiene bucal do indivíduo com necessidades especiais? 0. Antes do nascimento do primeiro dente 1. Após nascimento do primeiro dente (Idade em meses _____)

Número de escovações diárias _____ Quem realiza a escovação? _____

Usa escova de dente? 1. Sim 0. Não **Se sim, tem uma escova de dente só para ele?** 1. Sim 0. Não **Com que frequência troca a escova de dentes?** 0. Com menos de 3 meses 1. Entre 3 e 6 meses 2.

Mais de 6 meses 3. Nunca trocou

Usa creme dental com flúor? 1. Sim 0. Não **Usa fio dental?** 1. Sim 0. Não

Usa enxaguante bucal? 1. Sim 0. Não

Apresenta algum hábito desses hábitos? 1. Sugar o dedo 2. Uso de chupetas 3. Ranger os dentes
4. Morder de objetos 5. Morder os lábios 6. Roer unhas 7. Outros: _____

Como o responsável classifica a saúde bucal do indivíduo com necessidades especiais: 1. Muito ruim
2. Ruim 3. Regular 4. Boa 5. Muito boa

Percebeu alguma dificuldade no indivíduo com necessidades especiais de se alimentar, realizar atividades, desconforto ou estresse por conta de problema bucais? 1 Sim 0. Não

Se sim, qual a dificuldade _____

Ingestão de guloseimas ou doces: 1. Todos os dias da semana 2. Três a cinco vezes por semana 3. Nos finais de semana 4. Raramente 5. Não ingere

Avaliação psicológica:

- Em geral como é o comportamento do indivíduo com necessidades especiais?

- Quais suas preferências? _____

- Quais seus temores? _____

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE LETRAMENTO EM SAÚDE BUCAL – BRAZILIAN RAPID
ESTIMATIVE ADULT LITERACY IN DENTISTRY (BREALD-30)**

Tempo Inicial: _____ **Tempo Final:** _____ **Tempo Total:** _____

PONTUAÇÃO BREALD-30: _____

Agora vou te mostrar uma prancha de letramento. Por favor, leia a palavra em voz alta e lentamente. Se você não souber ler alguma palavra, apenas diga 'não sei', não tente adivinhar. Não existem respostas certas ou erradas. Só queremos saber, com esta parte do estudo, com quais palavras você está acostumado (a).

| | | | | | | |
|-----------------|--|------------------|--|--|-----------------------|--|
| 1. Açúcar | | 11. Biópsia | | | 21. Endodontia | |
| 2. Dentadura | | 12. Enxaguatório | | | 22. Maloclusão | |
| 3. Fumante | | 13. Bruxismo | | | 23. Abscesso | |
| 4. Esmalte | | 14. Escovar | | | 24. Biofilme | |
| 5. Dentição | | 15. Hemorragia | | | 25. Fístula | |
| 6. Erosão | | 16. Radiografia | | | 26. Hiperemia | |
| 7. Genética | | 17. Película | | | 27. Ortodontia | |
| 8. Incipiente | | 18. Halitose | | | 28. Temporomandibular | |
| 9. Gengiva | | 19. Periodontal | | | 29. Hipoplasia | |
| 10. Restauração | | 20. Analgesia | | | 30. Apicectomia | |

**PEDSQL™ - MÓDULO DE IMPACTO NA FAMÍLIA - VERSION 2.0 - PORTUGUESE (BRAZIL)
RELATO DO PAI OU DA MÃE**

Famílias com crianças às vezes têm preocupações especiais ou dificuldades devido à saúde da criança. A próxima página contém uma lista de coisas com as quais você pode ter dificuldade. Por favor, conte-nos se você tem tido dificuldade com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS** fazendo um "X" no número: **No ÚLTIMO MÊS, devido à saúde do seu filho / sua filha, quanta dificuldade você teve para...**

| CAPACIDADE FÍSICA (dificuldade para...) | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase sempre |
|--|--------------|--------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| 1. Eu me sinto cansado/a durante o dia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Eu me sinto cansado/a quando acordo pela manhã | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Eu me sinto cansado/a demais para fazer o que gosto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Tenho dores de cabeça | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Eu me sinto fisicamente fraco/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Eu sinto náusea | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ASPECTO EMOCIONAL (dificuldade para...) | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase sempre |
| 1. Eu me sinto ansioso/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Eu me sinto triste | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Eu sinto raiva | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Eu me sinto frustrado/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Eu me sinto desamparado/a ou desesperançoso/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ASPECTO SOCIAL (dificuldade para...) | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase sempre |
| 1. Eu me sinto isolado/a dos outros | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Tenho dificuldade em receber apoio dos outros | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|--------------|--------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| 3. Tenho dificuldade em encontrar tempo para atividades sociais | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Não tenho energia suficiente para atividades sociais | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| CAPACIDADE MENTAL (dificuldade para...) | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase sempre |
| 1. Tenho dificuldade para prestar atenção nas coisas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Tenho dificuldade para me lembrar do que as pessoas contam para mim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Tenho dificuldade para lembrar o que acabei de ouvir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Tenho dificuldade para pensar com rapidez | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Tenho dificuldade para me lembrar daquilo que estava pensando agora mesmo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| COMUNICAÇÃO (dificuldade para...) | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase sempre |
| 1. Sinto que os outros não entendem a situação da minha família | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Tenho dificuldade para falar sobre a saúde do meu filho / da minha filha com os outros | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Tenho dificuldade para falar para médicos e enfermeiros como eu me sinto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| PREOCUPAÇÃO (dificuldade para...) | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase sempre |
| 1. Eu me preocupo em saber se os tratamentos médicos do meu filho / da minha filha estão funcionando | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Eu me preocupo com os efeitos colaterais dos tratamentos médicos / remédios do meu filho / filha | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Eu me preocupo com a reação dos outros à condição do meu filho / da minha filha | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Eu me preocupo com como a doença do meu filho / filha está afetando outros membros da família | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Eu me preocupo com o futuro do meu filho / filha | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ATIVIDADES COTIDIANAS (dificuldade para...) | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase sempre |
| 1. Atividades familiares demandam mais tempo e esforço | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Temos dificuldade em encontrar tempo para terminar tarefas domésticas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Nós nos sentimos cansados demais para terminar tarefas domésticas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| RELACIONAMENTOS FAMILIARES (dificuldade para...) | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase sempre |
| 1. Falta de comunicação entre membros da família | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Conflitos entre membros da família | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Dificuldade em tomar decisões conjuntas como uma família | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Dificuldade em resolver problemas familiares de maneira conjunta | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Estresse ou tensão entre membros da família | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

FICHA CLÍNICA DO INDIVÍDUO COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Data do exame: ___/___/___ Idade (em anos): _____

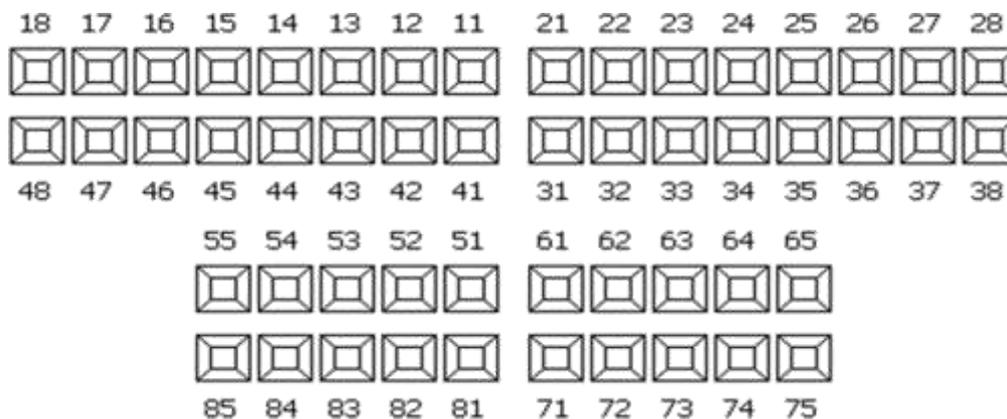
Peso: _____ Altura: _____

ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL modificado (passar fio dental entre os dentes índices):

| | | | | | |
|--------------|--|-------|--|-------|--|
| 16/55 | | 11/51 | | 26/65 | |
| 46/85 | | 31/71 | | 36/75 | |
| TOTAL | | | | | |

CÓDIGOS: 0 = gengiva normal com ausência de inflamação – gengiva sem alteração de cor e com grau de pontilhado variável, sem sangramento; 1 = inflamação gengival – mudança de cor, edema, com sangramento, presença ou não de ulceração e tendência para sangramento espontâneo.

DENTES LIMPOS, SECOS E BEM ILUMINADOS. Circular de **VERMELHO** a superfície cavitada a ser restaurada. Os dentes que apresentarem restaurações satisfatórias, preencher a superfície restaurada em **AZUL**. Dentes com exodontia indicada, passar um **TRAÇO VERMELHO**. Quando as exodontias já tiverem sido executadas por outro profissional, fazer um **X EM AZUL** sobre o dente.



ÍNDICE CPO-D/ceo-d – EXPERIÊNCIA DE CÁRIE: 1.() Sim 0.() Não

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----|----|
| 17 | 16 | 15/55 | 14/54 | 13/53 | 12/52 | 11/51 | 21/61 | 22/62 | 23/63 | 24/64 | 25/65 | 26 | 27 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 47 | 46 | 45/85 | 44/84 | 43/83 | 42/82 | 41/81 | 31/71 | 32/72 | 33/73 | 34/74 | 35/75 | 36 | 37 |

CÓDIGOS: (0) hígido; (1) lesão de cárie cavitada em esmalte; (2) lesão de cárie cavitada em dentina; (3) lesão de cárie cavitada em polpa; (4) dente restaurado com cárie; (5) dente restaurado sem cárie; (6) dente perdido devido à cárie; (7) dente perdido por outras razões; (8) selante em fissura; (9) prótese ou coroa; (10) dente não-erupcionado; (99) não registrado; (T) trauma; (LNC) mancha branca de cárie/ sulcos enegrecidos.

ceo-d _____ c [] e [] o [] CPO-D _____ C [] P [] O []

NECESSIDADE DE TRATAMENTO: 1.() Sim 0.() Não

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----|----|
| 17 | 16 | 15/55 | 14/54 | 13/53 | 12/52 | 11/51 | 21/61 | 22/62 | 23/63 | 24/64 | 25/65 | 26 | 27 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 47 | 46 | 45/85 | 44/84 | 43/83 | 42/82 | 41/81 | 31/71 | 32/72 | 33/73 | 34/74 | 35/75 | 36 | 37 |

CÓDIGOS: (0) Sem necessidade; (1) Restaurar 1 superfície; (2) Restaurar 2 ou mais superfícies; (3) Coroa; (4) Faceta estética; (5) Tratamento pulpar + restauração; (6) Extração; (7) Controle de mancha branca; (8) Selante; (99) Sem informação.

URGÊNCIA COM NECESSIDADE DE INTERVAÇÃO OU ENCAMINHAMENTO _____

CÓDIGOS: 0 = Sem necessidade de tratamento; 1 = Necessidade de tratamento preventivo ou de rotina;

2 = Tratamento imediato incluindo remoção de tecido; 3 = Tratamento imediato (de urgência) necessário devido à dor ou infecção dentária ou de origem bucal; 4 = Referenciado para avaliação minuciosa ou tratamento médico/odontológico (condição sistêmica)

ÍNDICE DE TRAUMATISMO DENTÁRIO: Presença de traumatismo dentário 1. () Sim 0. () Não

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| 12/52 | 11/51 | 21/61 | 22/62 |
| | | | |
| | | | |
| 42/82 | 41/81 | 31/71 | 32/72 |

CÓDIGOS: 0 = Sem sinal de injúria; 1 = Injúria tratada; 2 = Somente fratura em esmalte; 3 = Fratura em esmalte e dentina; 4 = Envolvimento pulpar; 5 = Dente perdido devido a traumatismo; 6 = Outro dano (especificar, como alteração de cor); código 9 = Dente excluído

PRESENÇA DE MALOCCLUSÕES: 1. () Sim 0. () Não

Caninos () Classe I () Classe II () Classe III

() mordida profunda () mordida aberta () topo a topo () overjet aumentado (> 3mm)

() mordida cruzada anterior () mordida cruzada posterior unilateral 1. Direita 2. Esquerda

() mordida cruzada posterior bilateral () presença de diastemas aumentados

() apinhamento dentário 1. Superior 2. Inferior

Outras alterações:

ÍNDICE DE HMI/HSMD

| Face | 17 | 16 | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 26 | 27 |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | | |
| Vestibular | | | | | | | | | | | | | | |
| Oclusal | | | | | | | | | | | | | | |
| Palatina | | | | | | | | | | | | | | |
| Face | 47 | 46 | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 74 | 74 | 75 | 36 | 37 |
| | | | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | | |
| Vestibular | | | | | | | | | | | | | | |
| Oclusal | | | | | | | | | | | | | | |
| Lingual | | | | | | | | | | | | | | |

CÓDIGOS: 0 = Sem defeito de esmalte; 1 = Defeito de esmalte, não é HMI/HSMD (11 = Opacidades difusa; 12 = Hipoplasia; 13 = Amelogênese imperfeita; 14 = Defeito de hipomineralização (não é HMI/HSMD)); 2 = Opacidade demarcada (21 = Branca ou creme; 22 = Amarela ou marrom); 3 = Desintegração pós-eruptiva do esmalte; 4 = Restauração atípica; 5 = Cárie atípica; 6 = Extraído devido HMI/HSMD; 7 = Não pode ser pontuado.

*Extensão da lesão (quando pontuado 2 ou 6): I = Menor que 1/3 do dente afetado; II = Maior que 1/3 mas menor que 2/3 do dente afetado; III = Maior que 2/3 do dente afetado.

**Critério de erupção: A = Não visível ou quando menos 1/3 da superfície oclusal ou da coroa do incisivo é visível; B = totalmente irrompido ou pelo menos que a superfície oclusal total irrompeu e/ou menos que o comprimento da coroa do incisivo visível

PRESENÇA DE ALTERAÇÕES EM TECIDOS MOLES: 1. () Sim 0. () Não

- Alguma alteração na mucosa jugal/ freios labiais/ língua/ freio lingual/ palato duro ou mole/ amígdalas/ assoalho bucal? Especifique _____

() tumorações () estomatite () ulceração () candidíase () abscesso () fístula Especificar alteração:

Responsável pelo preenchimento da ficha: _____

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) seu (sua) filho (a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se autoriza a participação dele (a) ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que seu (sua) filho (a) participe do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o atendimento odontológico de seu (sua) filho (a) não será prejudicado de forma alguma.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

† Título do Projeto: **Aspectos de saúde bucal em indivíduos com necessidades especiais atendidos em projeto de extensão de uma universidade pública**

† Pesquisadoras Responsáveis: Profa. Dra. Natália Silva Andrade (natalia.andrade@academico.ufs.br). Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (86) 99935-3585.

† Benefícios: O desenvolvimento da pesquisa resultará no conhecimento sobre a saúde bucal, qualidade de vida e eficácia da adaptação de escova na melhora da higiene bucal desses indivíduos, gerando dados que serão úteis na instituição de programas de prevenção e/ou controle dos problemas bucais apresentados, que afeta o bem-estar e equilíbrio desses indivíduos. A equipe fornecerá suporte em todas as etapas de execução da pesquisa.

† Riscos Potenciais: Por se tratar de um estudo amplo, a presente pesquisa possui o risco de expor o participante da pesquisa ao desconforto do tempo gasto durante o exame da cavidade bucal, comum a qualquer outro tipo de avaliação odontológica.

† Garantias: Todos os resultados fornecidos e obtidos durante a realização desse estudo serão mantidos em sigilo. Em qualquer parte do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para estabelecimento de eventuais dúvidas e poderá solicitar a qualquer momento os dados individuais coletados por este estudo. Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes de pesquisa. **CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

Eu, _____
 _____ abaixo assinado, concordo com a participação voluntária do (a) meu (minha) filho (a) no estudo **Aspectos de saúde bucal em indivíduos com necessidades especiais atendidos em projeto de extensão de uma universidade pública**. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Fui suficientemente informado (a) a respeito das informações que li, tendo entendido e aceito os termos presentes nesse documento.

Local: _____

Data: ___ / ___ / _____

Nome do participante da pesquisa ou responsável:

ANEXO B COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.219.568

| | | | | |
|---|--|------------------------|-----------------------|--------|
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_SAUDE_BUCAL_E_PACIENTES_ESPECIAIS.docx | 29/07/2020 23:44:29 | NATALIA SILVA ANDRADE | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 29/07/2020 23:43:49 | NATALIA SILVA ANDRADE | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | TERMO_DE_AUTORIZA_O_E_EXISTENCIA_DE_INFRAESTRUTURA_CEP.pdf | 29/06/2020 12:09:53 | NATALIA SILVA ANDRADE | Aceito |
| Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável | CARTA_APRESENTACAO_PROJETO.pdf | 26/06/2020 18:06:19 | NATALIA SILVA ANDRADE | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf | 26/06/2020 18:06:07 | NATALIA SILVA ANDRADE | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.docx | 26/06/2020 18:05:29 | NATALIA SILVA ANDRADE | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_DE_ROSTO_ESCANEADA.pdf | 26/06/2020 18:04:39 | NATALIA SILVA ANDRADE | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 18 de Agosto de 2020

Assinado por:
FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br