



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MARIA SUZANA OLIVEIRA CRUZ

Associação entre o Senso de Coerência do cuidador e a saúde bucal de indivíduos com deficiência intelectual – estudo caso-controlado

Teresina - 2023

MARIA SUZANA OLIVEIRA CRUZ

Associação entre o Senso de Coerência do cuidador e a saúde bucal de indivíduos com deficiência intelectual – estudo caso-controle

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí como requisito para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Ciências Odontológicas
Linha de Pesquisa: Epidemiologia, etiologia e controle de doenças bucais

Orientador: Prof. Dr.: Raimundo Rosendo Prado Júnior

Teresina- 2023

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIA SUZANA OLIVEIRA CRUZ

Associação entre o Senso de Coerência do cuidador e a saúde bucal de indivíduos com deficiência intelectual – estudo caso-controle

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí - UFPI, na área de Ciências Odontológicas, linha de pesquisa Epidemiologia, etiologia e controle de doenças bucais, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Odontologia

Orientador Prof.: Dr. Raimundo Rosendo Prado Júnior

Aprovada em _____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Raimundo Rosendo Prado Júnior

Orientador

Profa. Dra. Meire Coelho Ferreira

1º Examinadora

Profa. Dra. Patrícia Ferreira de Sousa Viana

2º Examinadora

Profa. Dra. Marcoeli Silva de Moura

Membro suplente

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus! A plenitude da sabedoria é temer ao Senhor e ela faz florescer o bem estar e a saúde.

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação não poderia chegar a esse momento sem o precioso apoio de várias pessoas.

Em primeiro lugar a Deus que é o meu melhor amigo, um ABBA fiel, que sempre está comigo em todas as situações e me mantém de pé para continuar. Ao Senhor, toda honra e toda Glória. “Pois o Senhor, o seu Deus, os acompanhará e lutará por vocês contra os seus inimigos, para dar a vitória a vocês” Deuteronômio 20:4.

Aos meus pais, Vera Cruz e Valdinea, que nunca mediram esforços para que eu pudesse realizar meus sonhos. Por todo amor, cuidado e educação que me deram ao longo dos anos. Os senhores são o meu porto-seguro. Minha gratidão eterna.

Ao meu esposo amado Rafael Hércules por toda paciência, cuidado e compreensão ao longo dessa caminhada. Eu não teria chegado aqui sem você. Quando o Senhor diz que somos uma só carne ao casarmos, sempre me convenço ao olhar para você. Obrigada por me ouvir, me aconselhar e me incentivar. Você é um dos maiores presentes do Senhor Deus na minha vida, juntamente com meu amado filho Isaac, que me fez olhar com os olhos da fé para a vida. Deus sabia que eu precisava de vocês para tornar esse momento da minha vida mais leve.

Ao meu irmão Antonio e minha cunhada Debora por toda disposição e suporte que me deram para que esse trabalho pudesse ser realizado.

A família do meu esposo por todo incentivo e apoio que me deram durante essa jornada do Mestrado.

Ao meu orientador Rosendo, minha admiração e respeito por você começaram lá atrás, ainda na graduação. Toda minha gratidão pela orientação, paciência e por tudo que me ensinou ao longo dessa convivência.

Aos meus amigos, por todo apoio, incentivo, momentos de descontração. Vocês tornam minha vida mais leve e divertida.

A família Catequese que foi a primeira a colocar no meu coração o desejo pela docência. Grata a cada um de vocês por tudo que me ensinam todos os fins de semana.

Às minhas amigas de graduação/mestrado Lara, Suzi e Carol, por dividirem essa trajetória comigo, foi um prazer e satisfação viver momentos tão especiais ao lado de vocês. Obrigada por escutarem todos os desabafos e me incentivar a sempre querer mais.

À minha parceira de mestrado Stephane, por me socorrer em diversos momentos. Essa certamente foi uma experiência desafiadora para nós duas, mas que foi atenuada por ter comigo alguém tão amiga e atenciosa. Gratidão por tudo!

Às cirurgiãs-dentistas Regina Fernandes e Geovanna Albuquerque por serem exemplos de profissionais atenciosas e por terem me recebido tão bem nos seus ambientes de trabalho. Minha eterna gratidão por todos os ensinamentos, sobretudo no atendimento com humanidade e humildade.

À Profa. Dra. Neusa Barros Dantas Neta pelos ensinamentos, sobretudo na parte estatística do meu trabalho.

Aos meus colegas de turma e aos demais bolsistas por todo companheirismo e palavras de incentivo e conforto.

Aos alunos da graduação que acompanhei durante os estágios- docência na disciplina de Dentística I. Obrigada por que com vocês aprendi ensinando.

A todo o corpo docente do PPGO pelos conhecimentos compartilhados e às professoras Marcoeli e Cacilda pela dedicação frente a coordenação do programa.

A todos os funcionários do CIES, pela colaboração e acolhimento na coleta de dados, a quem saúdo a diretora do CIES – Fátima Macêdo.

Aos participantes da pesquisa e seus cuidadores, pela colaboração que tornou possível a realização desse estudo.

A todos, meu muito obrigada!

RESUMO

Introdução: Os motivos que levam algumas pessoas a confrontar suas realidades e adotar um modo de vida saudável, mesmo em meio a adversidades extremas e situações de estresse, enquanto outras pessoas não conseguem manter a saúde frente a mesmas adversidades foram parametrizados pelo Sense of Coherence Scale (SOC) de Anotovsky. Pessoas com deficiência intelectual têm mais dificuldades para o autocuidado, necessitando ajuda de terceiros para realizar atividades que requeiram uma coordenação motora fina, como, por exemplo, escovar os dentes. Situações de adversidades extremas e de estresse podem impactar o viver de forma saudável. **Objetivo:** Determinar os fatores que influenciam no senso de coerência dos pais e/ou cuidadores e avaliar as condições de saúde bucal das pessoas com Deficiência Intelectual (DI) comparando –as a um grupo sem DI. **Metodologia:** Este foi um estudo caso controle. A amostra foi de conveniência e incluiu 118 crianças/adolescentes com deficiência intelectual (casos) e 118 sem deficiência intelectual (controle). Os grupos foram pareados por sexo e ida ao dentista. Os dados foram coletados através de um questionário validado, a versão curta da escala do Senso de Coerência (SOC-13), questionário socioeconômico e demográfico, e exame clínico oral. Os testes Kruskal-Wallis e Mann-Whitney foram realizados para associar variável dependente com independente e a regressão de Poisson com variância robusta no método stepwise foi utilizada para determinar as associações ao nível de significância de 5%. **Resultados:** Quanto á mediana do SOC, diferença significativa foi observada para renda familiar, escolaridade materna, quem cuida da criança e experiência de cárie ($p=0,001$; $0,008$; $0,012$, $0,034$, respectivamente). Observou-se que não houve diferença estatística do senso de coerência dos cuidadores de crianças e adolescentes com DI e sem a condição em relação a experiência de cárie ($RP=1,0$ $IC95\%=0,9-1,1$). Os cuidadores cuja renda familiar era de 3 a 4 salários-mínimos possuem maior senso de coerência ($RPa=1,2$ $IC95\%=1,1-1,3$) quando comparado às sem renda fixa. Mães que possuem mais de 4 anos de estudos formais possuem maior senso de coerência ($RPa=1,2$ $IC95\%=1,1-1,3$) que aquelas com até 4 anos de escolaridade. **Conclusão:** Os fatores que influenciaram no Senso de coerência dos cuidadores foram o nível de escolaridade materna, a renda familiar dos cuidadores e o traumatismo dentário.

Palavras-chave: Senso de Coerência, Saúde Oral, *Sense of Coherence*, *Atendimento odontológico para deficientes*

ABSTRACT

Introduction: The reasons that lead some people to confront their realities and adopt a healthy way of life, even in the midst of extreme adversities and stressful situations, while other people are unable to maintain their health in the face of the same adversities were parameterized by the Sense of Coherence Scale (SOC) from Anotovsky. People with intellectual disabilities have more difficulties with self-care, requiring help from others to carry out activities that require fine motor coordination, such as brushing their teeth. Situations of extreme adversity and stress can impact healthy living. **Objective:** To determine the factors that influence the sense of coherence of parents and/or caregivers and evaluate the oral health conditions of people with Intellectual Disabilities (ID) comparing them to a group without ID. **Methodology:** This was a case control study. The sample was convenience and included 118 children/adolescents with intellectual disabilities (cases) and 118 without intellectual disabilities (control). The groups were matched by sex and visit to the dentist. Data were collected using a validated questionnaire, the short version of the Sense of Coherence scale (SOC-13), socioeconomic and demographic questionnaire, and oral clinical examination. The Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests were performed to associate the dependent variable with the independent one and Poisson regression with robust variance in the stepwise method was used to determine the associations at the 5% significance level. **Results:** Regarding the median SOC, a significant difference was observed for family income, maternal education, who takes care of the child and experience of cavities ($p=0.001$; 0.008 ; 0.012 , 0.034 , respectively). It was observed that there was no statistical difference in the sense of coherence of caregivers of children and adolescents with ID and without the condition in relation to the experience of cavities ($RP=1.0$ $CI_{95\%}=0.9-1.1$). Caregivers whose family income was 3 to 4 minimum wages have a greater sense of coherence ($RP_a=1.2$ $95\% CI=1.1-1.3$) when compared to those without a fixed income. Mothers who have more than 4 years of formal education have a greater sense of coherence ($RP_a=1.2$ $95\% CI=1.1-1.3$) than those with up to 4 years of education. **Conclusion:** The factors that influenced the caregivers' Sense of Coherence were the mother's level of education, the caregivers' family income and dental trauma.

Keywords: Sense of Coherence, Oral health, Dental care for Disabled

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ceo-d	Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados para dentição decídua
CPO-D	Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados para dentição permanente
OHIS	Oral Health Index –Simplified
CIES	Centro Integrado de Educação Especial
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
DI	Deficiência intelectual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DI-NS	Deficiência intelectual não síndrômica
SOC	Senso de Coerência
PC	Paralisia Cerebral
SD	Síndrome de Down
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
OHRQoI	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral
ECOHIS	Early Childhood Oral Health Impact Scale
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Associação do tipo de diagnóstico com variáveis sociodemográficas e clínicas	47
Tabela 2: Perfil dos hábitos odontológicos das criança e adolescentes	50
Tabela 3: Perfil clínico odontológico das crianças e adolescentes	51
Tabela 4: Mediana do escore SOC obtida da amostra com diagnóstico e variáveis independentes	52
Tabela 5: Análise multivariada da associação entre o escore SOC e as variáveis independentes	53

SUMÁRIO

REVISÃO DE LITERATURA.....	11
RESUMO.....	37
1. INTRODUÇÃO.....	38
2. METODOLOGIA.....	40
3. RESULTADOS.....	47
4. DISCUSSÃO.....	55
5. CONCLUSÃO.....	61
6. REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICE I.....	68
APÊNDICE II.....	70
APÊNDICE III.....	72
APÊNDICE IV.....	73
APÊNDICE V.....	74
APÊNDICE VI.....	75
ANEXO I.....	77
ANEXO II.....	78
ANEXO III.....	79
ANEXO IV.....	80
ANEXO V.....	83
ANEXO VI.....	84

REVISÃO DA LITERATURA

A pesquisa bibliográfica foi realizada na base de dados PubMed/Medline, Embase e Web of Science. A revisão foi dividida em três tópicos para facilitar o entendimento. O primeiro tópico incluiu estudos publicados de 2013 a 2023 que avaliaram a saúde bucal de crianças e/ou adolescentes com deficiência intelectual. Foram utilizados os descritores “Oral Health”, “Intellectual Disability”, “Dental care for Disabled”, “Disabled Children” e “Adolec” para seleção dos artigos. No segundo tópico foram incluídos estudos que investigaram a relação entre o senso de coerência e saúde bucal, resgatados por meio do cruzamento dos descritores “Sense of Coherence” e “Oral Health” sem restrição do ano de publicação. No terceiro tópico foram incluídos os estudos que avaliaram o senso de coerência relacionado a saúde bucal de crianças e adolescentes com deficiência, resgatados por meio do cruzamento dos descritores “Sense of Coherence”, “intellectual disability”, “Oral health”, “Disabled Children” e “Adolec”. Os operadores booleanos “AND e OR” foram aplicados para combinação dos descritores. Os artigos encontrados estão resumidos em ordem cronológica de acordo com as normas do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

I. Saúde bucal de Crianças e/ou adolescente com Deficiência Intelectual

Liu et al. (2014) buscaram determinar a associação entre o comportamento em saúde oral e a experiência de cárie em pacientes com Deficiência Intelectual (DI) por meio de um estudo transversal. Participaram da pesquisa 427 adolescentes com faixa etária entre 12 e 17 anos da cidade Guanghou-China. Para avaliar a cárie dentária foi utilizado o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPOD). Também foi entregue aos pais questionário autoaplicável sobre os comportamentos em saúde bucal, escolaridade e renda. Os resultados mostraram que 68,4% da amostra era do sexo masculino, e que crianças com DI associado a Paralisia Cerebral (PC) tinham 1,6 vezes mais chance de ter cárie devido a deficiências motoras. A prevalência de cárie em pacientes com DI foi 53,5%. Os autores concluíram que a saúde oral em adolescentes com associação de DI e PC foi pior se comparado ao grupo DI sem PC, e que os comportamentos de higiene oral como a

escovação dentária duas vezes ao dia foi fator de proteção contra a experiência de cárie.

Em 2016, Pini et al. realizaram um estudo transversal em Passo Fundo, Brasil com o objetivo de determinar as desordens bucais mais prevalentes em pacientes com DI e associar com variáveis demográficas. Participaram do estudo 47 escolares da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) constituídos: 36,2% Síndrome de Down (SD) 36,2% Paralisia Cerebral (PC) e 27,7% (Deficiência Intelectual-Não Síndrômica). Foi utilizado os índices OHI-S (*Oral Health Index –Simplified*), para avaliar o índice de higiene oral simplificado, CPOD, para avaliar a cárie, e classificação de Angle para avaliar má oclusão dos primeiros molares. Também foi utilizado questionário autoaplicável para avaliação demográfica assim como perguntas relacionadas ao comportamento em saúde bucal. Os resultados mostraram que 71,4% dos pacientes com PC não conseguia realizar a higiene oral de forma independente e que 53,2% dos pacientes apresentavam o índice CPOD ≤ 10 e o OHIS entre (0 e 1,16%). A maioria apresentou oclusão classe I (48,9%), seguido de oclusão em classe II (46,8%). Conclui-se que pacientes com deficiência intelectual tem um aumento da experiência de cárie e higiene oral inadequada.

Weckwerth et al. (2016) em estudo transversal pareado realizado com crianças com deficiência intelectual de 6 a 14 anos e crianças normotípicas na mesma faixa etária buscaram determinar a prevalência de cárie dental e a percepção psicossocial de seus pais relacionado qualidade de vida relacionada a saúde oral (OHRQoL). A amostra foi constituída de 104 escolares divididos em dois grupos. No primeiro com 50 com DI (23 com PC e 27 Transtorno do Espectro Autista (TEA)) e o segundo grupo com 50 indivíduos normotípicos (controle). Para mensurar a experiência de cárie foram utilizados os índices ceod para dentição decídua e CPOD para dentição permanente e utilizaram o questionário Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) com os pais sem a presença do menor. Foram excluídos os pacientes com aparelho ortodôntico fixo, aqueles que os pais não responderam ao questionário e os que não eram residentes de locais abastecidos por água fluoretada. A prevalência de cárie na dentição permanente foi semelhante. O primeiro grupo apresentando 33% e o segundo grupo 30%. No segundo grupo o índice de cárie foi superior na dentição decídua. Houve impacto negativo significativo na OHRQoL das crianças com deficiência intelectual de acordo com a percepção dos pais.

Em 2019, Nqçobo *et al.* realizaram um estudo transversal para investigar qual a contribuição da OHRQoL para a vida das crianças com deficiência intelectual. O estudo foi realizado na África do Sul, na cidade de Joanesburgo, com crianças na faixa etária de 1 a 12 anos. A amostra foi constituída de 150 pares de cuidadores e crianças com DI, sendo 41% delas com Síndrome de Down (SD), 28% com Paralisia Cerebral (PC), 10% com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e 21% com outras deficiências complexas. Os índices utilizados no exame clínico foram o ceod e CPOD para avaliar a experiência de cárie. Para avaliar a percepção dos cuidadores em relação a saúde bucal das crianças foi utilizado o formato curto do Questionário de Percepção de Pais-Cuidadores (P-CPQ). Os resultados mostraram que houve uma alta prevalência de cárie não tratada entre todas as crianças, independente da deficiência, e que os pais tinham percepções conflitantes em relação a saúde bucal dos seus filhos.

Makkar *et al.* (2019) em estudo transversal na cidade de Delhi, Índia investigaram o estado de cárie dentária e higiene bucal em crianças que apresentavam deficiência intelectual sindrômica (DIS) como PC, SD, TEA e crianças com DI não sindrômica (NS-ID) como: hidrocefalia, espinha bífida, crânioestenose, desmielinização cromossômica, cistos congênitos e etc. Foi utilizada uma amostra de 269 crianças com DI sindrômica e 152 com DI não sindrômica que frequentavam escolas especiais. Foram utilizados os índices de higiene oral simplificado (IHO-S), CPOD e ceod. Os escores médios de IHO-S, CPOD e ceod foram comparados aos níveis de DI (leve, moderado ou grave) tendo diferença significativas nas médias do CPOD e da IHO-S (mais altos) entre três grupos com DI grave do que em crianças com DI leve. Os valores mais altos na média de IHO-S foram entre o grupo de DI grave (2,66+-1.07) seguido do grupo moderado e leve, respectivamente (2.08+-1.04), (1.84+-1.06). O índice ceod não foi encontrada diferença significativa entre as crianças com DIS e NS-ID.

Em estudo transversal realizado com crianças com DI, Zhou *et al.* (2019) buscaram determinar as condições de saúde oral e os fatores relacionados. Estudo realizado no Centro Especial de Cuidados Infantis da cidade de Hong Kong-China. Foram incluídas 383 crianças na faixa etária de dois a seis anos. As condições de saúde oral foram avaliadas pelos índices ceod para avaliar a experiência de cárie em dentes decíduos, o Índice Gengival Modificado (MGI), para avaliar o estado da saúde gengival e o Índice Simplificado de Dendritos (DIS) para investigar o grau de higiene

oral. Foram utilizados questionário autoaplicáveis sobre comportamentos em saúde bucal e estado socioeconômico. Os resultados mostraram que 11,7% das crianças utilizavam medicação de longa duração, que 30,3% apresentavam cárie, 89,6% apresentavam inflamação gengival e 95% apresentavam placa dentária. Concluiu-se que crianças com DI apresentavam condições orais ruins e que estas estão associadas ao perfil de desenvolvimento da criança e ao estado socioeconômico.

Ningrum *et al.* 2020 em estudo transversal cujo objetivo foi avaliar a saúde bucal de pacientes com DI em uma instituição em Padang, Indonésia. Utilizaram uma amostra de 65 indivíduos (34 mulheres e 31 homens), a idade média foi de 22 anos. Avaliaram os índices CPOD para avaliar a cárie dentária, o índice OHIS para avaliar o índice de higiene oral simplificado, o índice periodontal comunitário de necessidade de tratamento (CPITN) e também foi avaliado o índice de classificação de Angle para avaliar a má oclusão que é baseado na relação entre os primeiros molares. Tiveram como resultados que os pacientes do sexo masculino apresentaram maior prevalência de cárie ($p < 0,001$) e que a maior experiência de cárie estava associada a um status ruim do índice OHIS. Pacientes com DI com dependência total na escovação tiveram 5,8 vezes mais chances de desenvolver cárie. Os autores concluíram que pacientes com DI necessitam de mais cuidado no atendimento odontológico e que há uma falha na educação em saúde para esse público e suas famílias.

Por meio de um estudo transversal comparativo Silva *et al.* (2020) investigaram a diferença da frequência cardíaca de pacientes com síndrome de Down comparado a pacientes normotípicos em consultas odontológicas. Participaram deste estudo 52 crianças e Adolescentes com SD e sem SD na faixa etária 2 a 14 anos do Centro Integrado de Educação Especial (CIES) de Teresina-Brasil. Os cuidadores dos participantes responderam um questionário sociodemográfico e outro com questões sobre saúde bucal. O estudo concluiu que o atendimento odontológico trouxe variação da frequência cardiovascular dos pacientes com SD quando comparado ao grupo sem SD, visto, que pacientes com SD ficam ansiosos e tensos durante o atendimento odontológico.

Por meio de um estudo transversal Hsiao *et al.* (2021) investigaram as necessidades de tratamento odontológico em crianças com deficiência e seus fatores relacionados. O estudo foi realizado na cidade de Taiwan-China com 484 crianças de 6 a 12 anos que estavam matriculadas nas escolas primárias de educação especial.

Os índices utilizados foram o ceod e o CPOD para avaliar a cárie dentária, para placa e gengivite seis superfícies dentárias indicativas foram utilizadas e o índice de placa foi avaliado de acordo com os critérios adaptados de Greene e Vermillion. Também foram entregues aos pais/cuidadores questionário com perguntas relativas a escolaridade, renda e comportamentos de higiene oral. Os resultados mostraram que 61,78% possuíam alguma necessidade de tratamento não atendida e que esta geralmente era cárie dentária. Cerca de 80% da amostra apresentou índice de placa de leve a moderada e 50% apresentou sangramento espontâneo. As associações mais significativas em relação a necessidade de tratamento foram com as crianças cujos os pais apresentaram níveis socioeconômico e de escolaridade mais baixos.

Anwar et al. 2022 realizaram uma revisão sistemática para investigar como os determinantes sociais, as particularidades, atitudes e comportamento da família influenciam na saúde bucal de crianças com deficiência. A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed/Medline, Embase, Web of Science e Scopus. Foram considerados elegíveis os artigos de jornais revisados por pares, estudos transversais e instrumentos que utilizavam o auto relato dos pais como mensuração e excluídos aqueles artigos cujo o idioma não era inglês e que a amostra era composta por indivíduos maiores que 18 anos. Ao todo, 14 estudos foram incluídos. Os resultados mostraram que a prevalência de cárie foi maior que 50% na maioria dos estudos. Além disso, observaram que existe uma associação significativa entre experiência de cárie e ausência da visita odontológica ($p < 0,05$), e que o estado psicológico dos cuidadores influencia na presença ou ausência da doença.

Asiri et al. (2022) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de sintetizar as evidências sobre o estado de saúde bucal e as tendências nos comportamentos de saúde bucal entre as pessoas com deficiência intelectual. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed/Medline, Embase, ISI Web of Science e na literatura cinzenta. Os critérios de inclusão eram estudos clínicos que focassem no estado de saúde bucal e/ou nas práticas de higiene oral auto relatadas, nos que avaliaram a utilização, as barreiras e o estado do atendimento odontológico. Os critérios de exclusão eram cartas aos editores e estudos em outros idiomas. Dos 457 artigos potencialmente relevantes apenas 38 preenchiem todos os critérios de elegibilidade e foram incluídos. Como resultados, a revisão mostrou que indivíduos com deficiência tiveram acesso limitado aos cuidados de saúde bucal,

apresentaram um estado ruim de saúde oral e mostraram que existe uma falta de conscientização geral sobre o estado de saúde bucal desses indivíduos.

Em 2022, Baskaradoss *et al.* realizaram um estudo transversal no estado do Kuwait para avaliar a relação entre alfabetização em saúde bucal dos cuidadores e as condições de saúde oral das crianças com deficiência. Participaram deste estudo 214 crianças e adolescentes de 6 a 21 anos. As características orais foram avaliadas através do Índice de placa (IP) e Índice gengival (IG) de Loe & Silness, para avaliar a alfabetização em saúde bucal foi utilizado o questionário validado Comprehensive Measure of Oral Health Knowledge (CMOHK) com 23 assertivas sobre o conhecimento de saúde bucal, também foi utilizado um questionário sociodemográfico. Os resultados mostraram que crianças e adolescentes com deficiência tinham em média um IP de $1,26 \pm 0,52$ e do IG $1,30 \pm 0,47$. Os participantes maiores de 12 anos apresentavam um índice de placa maior quando comparados aos de menor faixa etária. Concluiu-se que existe uma associação significativa entre o baixo conhecimento do cuidador sobre saúde bucal e altos índices de placa nas crianças e adolescentes com deficiência ($p < 0,001$).

Com o objetivo de sintetizar os achados na literatura para uma melhor compreensão dos fatores de risco que favorecem uma alta incidência de cárie em pacientes com PC, Cui *et al.* (2022) realizaram uma revisão de escopo nas bases de dados PubMed/Medline e Web of Science seguindo os protocolos do PRISMA-ScR. Os critérios de inclusão eram pacientes com diagnóstico de PC, menores de 18 anos e que abordassem fatores relacionado a experiência de cárie. Em pesquisa com filtro de tempo de 35 anos foram encontrados 135 artigos e apenas 30 preenchiam os critérios de elegibilidade, destes 23 eram estudos observacional, 6 casos controle e 1 estudo longitudinal. Como resultados os baixos níveis de escolaridade do cuidador contribuem na experiência de cárie dentária de crianças com PC e os fatores mais prevalentes para aumentar o risco de cárie são a severidade da deficiência, a capacidade comunicativa e a alta ingestão de alimentos com açúcar.

Em 2022, Devinsky *et al.* Investigou as barreiras enfrentadas pelos pacientes com deficiência em relação ao cuidado odontológico. Através de revisão sistemática foram pesquisadas nas bases PubMed/Medline e google scholar. Obtivendo como resultado que poucos dentistas têm treinamento e experiência no atendimento de pacientes com deficiência e as principais barreiras enfrentadas são falta de

acessibilidade nos consultórios, desafios de comunicação, falta de cooperação de pais e cuidadores no atendimento, falta de colaboração do paciente. Concluindo que pacientes com deficiência vivenciam por barreiras físicas e emocionais em relação ao cuidado odontológico e que os sistemas de saúde pública falham na prestação desses cuidados.

Em estudo transversal Zahran *et al.* (2022) estudaram o nível de acesso de crianças com deficiência intelectual ao atendimento odontológico. Este estudo foi realizado em Jeddah, na Arábia Saudita. Foram incluídos 602 pais que falassem o idioma árabe e que tivessem filhos com necessidades especiais (PC, SD, TEA ou atraso no desenvolvimento) na faixa etária de 3 a 18 anos de idade. Foram repassados aos pais um questionário com 21 perguntas fechadas em língua árabe. Dentre todos os pais/cuidadores apenas 24,9% levavam seus filhos de forma regular ao dentista e deste 52,2% relataram ter dificuldades para conseguir o atendimento odontológico. Famílias com crianças com PC relataram mais obstáculos para obtenção do tratamento. As barreiras mais relatadas na percepção dos pais/cuidadores para o cuidado odontológico estavam relacionadas ao próprio paciente (79,1%), o medo de dentista (61,6%), a falta de cooperação da criança (37,8%) e os custos do tratamento (27,8%). Uma das barreiras mais impactantes estavam na falta de acessibilidade das clínicas odontológicas para as crianças com necessidades especiais (41,5%). Concluindo que as crianças com deficiência precisam superar muitos desafios para o obter o tratamento odontológico sendo necessário uma melhor assistência no atendimento odontológico.

II. Senso de coerência relacionado a saúde bucal

Eriksson *et al.* (2006) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de sintetizar os achados entre o Senso de Coerência (SOC) e a saúde bucal. A relação entre as variáveis implica mais do que associação, implica dependência. Os resultados mostraram que existe uma forte relação com os fatores que medem a saúde mental como resistência, otimismo, domínio de si, aceitação de deficiência e

habilidades sociais. E quanto maior o escore do SOC, menores são as queixas subjetivas de saúde.

Dorri *et al.* (2010) investigaram se o modelo teórico do senso de coerência (SOC) influenciava os comportamentos de saúde geral e oral de adolescentes do Irã a partir de um estudo transversal. Participaram deste estudo 1132 adolescentes, sendo utilizado o método de amostragem aleatória estratificada, os estratos eram de diferentes regiões socioeconômicas. Um questionário com 37 itens foi aplicado com perguntas sobre antecedentes sociodemográficos, sexo, aspiração futura, comportamentos de higiene bucal, comportamentos gerais de higiene, frequência de encontros com amigos após o horário escolar e Senso de Coerência. Foi utilizada a escala SOC de Antonovsky a versão que possuía 13 itens com uma escala do tipo Likert de 7 pontos. Os resultados demonstraram que as meninas tinham um senso de coerência significativamente mais fraco do que os meninos ($P= 0,04$) e que os coeficientes de trajetória estrutural foram significativos, sendo mais alto entre os comportamentos de higiene bucal e os comportamentos de higiene geral.

Lacerda *et al.* (2012) em estudo transversal com amostra de 640 mães de crianças de 4 e 5 anos da cidade de Campo Grande, Brasil. Verificaram o SOC das mães de pré-escolares, e sua relação com as variáveis idade, renda, escolaridade, trabalho, moradia e percepção da saúde bucal. Observou-se que o escore no SOC das mães variou entre 13 e 59 pontos, $DP=9,39$ pontos e mediana de 33 pontos. Tiveram também uma menor média de SOC materno em situações específicas de menor escolaridade, de renda familiar inferior a meio salário mínimo e as que não possuíam casa própria. Os resultados demonstraram que mães com menor média do SOC não tinham uma boa percepção da própria saúde bucal.

Elyasi *et al.* (2015) realizaram uma revisão sistemática com metanálise com o objetivo de analisar criticamente a associação entre SOC e comportamentos de saúde bucal. Realizaram busca em seis bases de dados disponíveis e a avaliação da qualidade metodológica foi realizada por três pesquisadores usando a Newcastle-Ottawa Scale (NOS) para estudos de coorte e a Newcastle-Ottawa Scale modificada para estudos transversais. Ao final obtiveram um total de oito artigos transversais e um longitudinal. Os autores observaram que indivíduos com forte SOC podem ser mais predispostos a um estilo de vida saudável e mais propensos a responder a conselhos relacionados à saúde em comparação com seus homólogos com um baixo

SOC. Foi observado ainda que mães com um forte SOC são mais capazes de manter a saúde bucal de seus filhos, incluindo ir ao dentista regularmente, mesmo que sejam de uma classe socioeconômica mais baixa.

Perazzo *et al.* (2016) em estudo observacional avaliaram a influência das percepções de pais / responsáveis e filhos sobre o OHRQoL e do SOC de pais / responsáveis sobre a utilização de serviços odontológicos em pré-escolares brasileiros. A amostra era constituída de crianças de cinco anos matriculadas em creches públicas e particulares de Campina Grande, Brasil. Tendo como resultado que 43,5% dos pais / responsáveis relataram que seus filhos já haviam visitado o dentista pelo menos uma vez na vida. A prevalência de cárie dentária, má oclusão, TDI e bruxismo do sono foi de 91,3%, 57,6%, 52,7% e 26,8%, respectivamente, e um total de 58,2% dos pais / responsáveis demonstraram um forte senso de coerência.

Possebon *et al.* (2017) avaliaram a associação entre o senso de coerência e a saúde bucal dos idosos. O estudo transversal foi realizado no Rio Grande do Sul, Brasil. Os idosos foram submetidos a exames clínicos para avaliar a necessidade de prótese e a quantidade de dentes na cavidade oral. Um questionário com 29 itens de questões fechadas foi utilizado para avaliar o senso de coerência (SOC) além disso foi aplicado um questionário de auto avaliação da saúde bucal com os itens “muito bom”, “adequado/bom” e “ruim/péssimo”. Os indivíduos com mais de um dente na boca (Razão Média= 0,94) e que se auto avaliaram com saúde bucal “ruim/péssimo” (Razão Média= 0,85), apresentaram escores médios de SOC mais baixos.

Em um estudo transversal, Kaur *et al.* (2017) com o objetivo de associar o SOC das mães com o estado de saúde bucal de crianças em Punjab, Índia. Utilizaram uma amostra de 200 crianças de quatro a oito anos e seus responsáveis. Foi utilizada a versão curta da escala SOC 13, cuja a pontuação varia de 13 a 91 pontos. Na avaliação das condições orais utilizaram o índice ceod para dentição decídua e CPOD para dentição mista. Os resultados mostraram que o nível de SOC das mães é estatisticamente significativo em relação à média de ceod em crianças ($p < 0,01$).

Lage *et al.* (2017) desenvolveram um estudo transversal a fim de determinar em adolescentes de 13 a 15 anos e suas mães, a associação entre a experiência de cárie dentária e o Senso de coerência (SOC). O estudo foi realizado na cidade de Itabira, Brasil. Foi aplicado um questionário, a versão curta da escala SOC (SOC 13). e outro questionário para a avaliação das condições socioeconômicas. Os exames

clínicos bucais foram realizados na própria escola. Participaram deste estudo 1.195 adolescentes e suas mães. Os resultados mostraram uma correlação moderada entre o maior SOC dos adolescentes com um SOC maior das mães ($r = 0,563$; $P < 0,001$).

James *et al.* (2017) realizaram um estudo transversal para determinar o SOC de uma mãe, a experiência de cárie da criança e OHRQoL e a associação entre essas variáveis entre pares mãe-filho na cidade de Bangalore, Índia. Participaram deste estudo 200 crianças de três a cinco anos e suas mães. Os dados foram coletados em 3 partes, sendo a primeira um questionário sobre informações gerais, dados sociodemográficos e história dentária. A segunda parte a aplicação dos questionários da escala SOC versão curta (SOC 13) e a escala de ECOHIS. E a terceira parte consistia em exame clínico dentro da escola para avaliar a experiência de cárie através do ceo-d. Os autores observaram que os filhos das mães com escores SOC baixo eram mais propensos a sofrer cárie em comparação com as mães com SOC mais alto.

Em estudo transversal Fernandes *et al.* (2017) estudaram 276 crianças de um a três anos de idade e suas mães na cidade de Diamantina, Brasil. O objetivo do estudo foi avaliar a associação entre o SOC e OHRQoL. Foram utilizados dois questionários validados, o ECOHIS e o da escala SOC e um questionário socioeconômico. Para avaliação da saúde bucal foram feitos exames clínicos, utilizando o Sistema Internacional de Detecção e Avaliação de Cárie (ICDAS). Os resultados mostraram que o menor SOC das mães estava associado ao maior impacto na qualidade de vida, e a experiência de cárie de forma extensa está associado a pior qualidade de vida da criança.

Holde *et al.* (2018) em um estudo de Coorte investigaram a utilização do modelo comportamental e as relações diretas e indiretas entre as características da população, saúde bucal do indivíduo, auto relato dos impactos na saúde bucal e o SOC. Participaram deste estudo 1.986 pessoas de idade entre 20 e 79 anos em Tromso, Noruega. Em seus resultados observaram que um SOC mais forte estava associado ao menor uso dos serviços odontológicos ($\beta = -0,44$), escovação mais frequente ($\beta = 0,09$), menos probabilidade de fumar ($\beta = -0,16$), mais periodontite ($\beta = 0,25$) e menos impactos na saúde bucal ($\beta = -0,73$).

Taghian *et al.* (2019) em estudo transversal buscou determinar a relação entre o SOC materno e OHRQoL em crianças de três a cinco anos na cidade de Zari, Irã.

Participaram deste estudo 190 crianças e suas mães. Foram aplicados questionários sobre informações demográficas, questionários da escala SOC versão resumida (SOC13) e sobre a qualidade de vida. Para avaliar a cárie dentária foram realizados exames clínicos bucais utilizando o índice de ceo-d. A correlação entre o SOC e a cárie dentária foi estatisticamente significativa ($P > 0,001$), tendo uma correlação negativa e indicando que o aumento no SOC das mães está associado a uma diminuição da cárie dentária em seus filhos.

Silva *et al.* (2019) desenvolveram um estudo observacional com o objetivo de determinar o efeito SOC (Senso de Coerência) na Qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL) e fatores socioeconômicos em adultos brasileiros. Participaram deste estudo 349 adultos de 35 a 44 anos da cidade de Jundiaí, Brasil. Utilizaram a versão curta da escala SOC (SOC 13) e questionário (OHIP) com 14 itens. Os exames clínicos foram realizados na casa dos participantes sendo avaliada a cárie dentária e a doença periodontal. Os resultados mostraram que existe associação entre o SOC e OHRQoL e que pacientes com baixo SOC tem impacto negativo na qualidade de vida.

Davoglio *et al.* (2020) realizaram um estudo transversal de base populacional em Porto Alegre, Brasil. O objetivo foi investigar a relação entre Senso de Coerência (SOC) e *Oral Impact on Daily Performance* (OIDP). Participaram deste estudo 793 adultos e idosos entre 50 e 74 anos. Os instrumentos de coleta utilizados foram a versão resumida da escala de SOC (SOC-13) e o questionário (OIDP). Também foram utilizados: ficha de exame clínico para avaliação da saúde bucal e questionário de dados sociodemográficos. Apresentando como resultado a associação significativa do SOC ao impacto oral. Concluiu-se que indivíduos com um forte SOC tiveram 30% mais probabilidade de não ter impacto oral (RP = 1,30; IC 95% = 1,08-1,54) em comparação com aqueles com um baixo escore SOC.

Em 2020, Mizuta *et al.* realizaram estudo transversal na cidade de Kosai-Japão, para investigar a associação entre o SOC dos pais/cuidadores e a cárie não tratada em dentes permanentes dos seus filhos. Utilizaram uma amostra de 1730 escolares na faixa etária de 12 a 15 anos, tendo sido incluídos no estudo apenas 1056 devido a aceitabilidade dos adolescentes ao exame e os questionários respondidos de forma completa pelos pais. Utilizaram uma versão curta da escala SOC desenvolvida pela University of Tokyo Health Sociology (SOC-3-UTHS) tendo um intervalo de pontuação

de 13 a 21. Juntamente a este questionário os pais responderam outras perguntas sobre o nível socioeconômico. A experiência de cárie foi medida por meio do CPOD. Os resultados encontrados foram que o SOC mais alto dos pais foi associado a uma menor experiência de cárie e o inverso também foi verdadeiro. Visto isso, concluiu-se que os baixos níveis econômicos influenciam no SOC dos pais sendo a escala SOC um importante instrumento salutogênico.

Soares *et al.* (2020) em estudo transversal, investigaram o estado de saúde bucal, as características individuais, os fatores ambientais (SOC, estado socioeconômico, coping religioso-espiritual-RSC) associados aos impactos na OHRQoL. A amostra constituída de pais ou cuidadores de crianças de 0 a 15 anos que procurassem o serviço da clínica de odontopediatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Os critérios de exclusão foram pacientes com deficiência que não estivessem acompanhados dos pais ou cuidadores e que procurasse atendimento de urgência (dor ou traumatismo). Todas as crianças foram submetidas ao exame clínico por um examinador que desconhecia as respostas dos questionários. Foram utilizados os índices CPOD e ceod para avaliação da experiência de cárie e para avaliação de traumatismo dentário o exame clínico e/ou relato do responsável. Os questionários utilizados foram o Senso de Coerência-13 (SOC-13) adaptado ao Brasil com 13 itens e utilizando escala likert de cinco pontos. O Religious-Spiritual Short Coping Scale (RSC-Brief Scale) com 49 itens questionário socioeconômico com perguntas sobre escolaridade, renda e se o paciente recebe benefício social. Para avaliar OHRQoL foi utilizada a Escala de Impacto na Saúde Oral (B-ECOHIS) que são 13 itens na faixa etária de 0 a 6 anos e o questionário Family Impact Scale (FIS) na faixa etária de 7 a 15 anos com 14 itens. Os resultados demonstraram que na faixa etária de 7 a 15 anos os pais e cuidadores tiveram um SOC mais elevado tendo uma relação inversa com o impacto de OHRQoL familiar ($\beta = 0,201$) e na faixa etária de 0 a 6 anos ter um maior NTD mostra um maior impacto na OHRQoL ($\beta = 0,382$) concluindo que a OHRQoL é influenciada por características individuais, os fatores ambientais e idade dos pacientes.

Torres et al 2020, realizaram uma revisão sistemática e meta-análise para medir a associação entre o senso de coerência e a carie dentária. Foi realizado uma busca avançada nas bases de dados PubMed/Medline, Embase, Web of Science, Lilacs, Scopus e na literatura cinzenta. Foram incluídos artigos que avaliassem o SOC

e a cárie dentária. As pesquisas foram realizadas sem filtro de tempo e idioma. Dos 346 artigos foram incluídos 17 artigos e destes 15 foram transversais, um ensaio clínico e o outro um estudo longitudinal. Foram excluídos carta ao leitor, revisões, opinião, relato de caso e artigos que abordassem sobre validação e adaptação. Os resultados mostraram que mães com baixo SOC tem 5,55 vezes mais chances de terem filhos com cárie. Concluiu-se que o SOC mais alto aparenta estar relacionado com os níveis mais baixos de cárie dentária.

III. Senso de coerência relacionado a saúde bucal de crianças e adolescentes com deficiência

Com objetivo de avaliar a saúde bucal de crianças com e sem Mucopolissacaridose (MPS) e investigar a associação com o SOC das mães, Ruy Carneiro *et al.* (2017) realizou um estudo transversal pareado em Belo Horizonte, Brasil. A amostra foi constituída de 58 crianças e adolescentes (29 com MPS e 29 sem MPS) na faixa etária entre 3 e 21 anos. Para avaliar as condições bucais foram utilizados os índices: ceod e CPOD para avaliar a experiência de cárie, o índice simplificado de higiene oral (OHI-S), o índice Defeitos de Desenvolvimento do Esmalte (DDE) para avaliar as opacidades no esmalte dentário, a presença de biofilme foi avaliado com a ponta da sonda e a oclusão também foi observada. Foi utilizado a versão curta da escala (SOC 13) adaptada transculturalmente tendo intervalo de pontuação de 13 a 65 pontos e também foi realizado questionário sobre condição socioeconômica categorizados em (mais favoráveis, favoráveis e menos favoráveis) e sobre categorização étnica. Obtiveram como resultados que o escore de SOC médio das mães foi de 35,1. O SOC das mães de crianças e adolescentes com MPS que apresentavam mais experiência de cárie eram mais baixos (31,5 [\pm 3,2]) do que as crianças e adolescentes sem MPS e sem cárie (35,7 [\pm 3,8]).

Em estudo observacional, Shah *et al.* (2020) estudaram 58 crianças autistas e seus cuidadores com intuito de observar a relação entre os comportamentos relacionados a saúde bucal das crianças autistas e o SOC de seus cuidadores na cidade de Vadodara, Índia. Foi aplicado um questionário dividido em cinco partes. Na primeira com perguntas relacionados a hábitos alimentares e saúde oral, na segunda sobre conhecimentos gerais sobre higiene dentária, na terceira a versão curta da

escala (SOC 13) tendo sido realizada a adaptação cultural para o entendimento das questões, na quarta questão (relacionada à saúde bucal dos cuidadores) e na quinta (relacionada à condição socioeconômica). Os resultados mostraram os escores de SOC médio de mães e pais foram $53,8 \pm 6,06$ e $54 \pm 5,0$, respectivamente ($P = 0,909$), e que crianças que tinham cuidadores com SOC mais alto apresentava boa higiene oral, menor frequência no consumo de lanches açucarados e faziam visitas mais frequentes ao dentista.

Teixeira *et al.* (2021) desenvolveram um estudo transversal pareado a fim de determinar se o estado de saúde bucal das crianças com osteogênese imperfeita (OI) estava associado ao SOC das mães. Investigaram 37 crianças e adolescentes com osteogênese imperfeita (OI) e sem a condição na faixa etária entre 2 e 19 anos. O estudo foi realizado em Belo Horizonte, Brasil. Para avaliação da saúde bucal foram realizados exames clínicos, sendo observados a experiência de cárie, gengivite e má oclusão. As mães responderam a um questionário, a versão resumida da escala SOC (SOC 13). Os resultados mostraram que mães de crianças com (OI) apresentam escores de SOC menor em média (35,6) em comparação com as mães de crianças e adolescentes sem a condição em média (38,5).

Quadro 1. Resumo dos artigos sobre saúde bucal de crianças e/ou adolescente com Deficiência Intelectual

Autor, ano	Local do estudo	Tipo de estudo	Amostra	Índices e aspectos avaliados	Resultados
Liu et al., 2014	Guanghou, China	Transversal	427 adolescentes entre 12 a 17 anos	CPOD, questionário sobre os comportamentos em saúde bucal e socioeconômico	O estado de saúde oral em adolescentes com associação de DI e PC era pior se comparado ao grupo DI sem PC.
Pini et al., 2016	Passo Fundo, Brasil	Transversal	47 escolares da APAE	OHIS, CPOD, classificação de Angle, questionário sobre os comportamentos	Pacientes com DI tem um aumento da experiência de cárie e higiene oral inadequada. Sendo

				em saúde bucal e socioeconômico	53,2% apresentavam o índice CPOD ≤ 10 e o OHIS entre (0 e 1,16%).
Weckwerth et al., 2016		Transversal	104 escolares crianças e adolescentes 6 a 14 anos	CPOD,dft, ECOHIS, OHRQoL	Não houve diferenças significativas da prevalência de ausência de cárie do grupo com DI e sem DI. E houve um impacto significativo na OHRQoL na percepção dos pais
Nqocobo et al.,2019	Joanesburgo África do Sul	Transversal	150 pares de cuidadores e crianças e adolescentes 1 a 12 anos	ceod, CPOD, P-CPQ, OHRQoL	Os resultados mostraram que houve uma elevada presença de cárie não tratada entre todas as crianças independente da deficiência
Makkar et al., 2019	Delhi, Índia	Transversal	269 crianças com DI sindrômico e 152 com DI não sindrômica	IHO-S, CPOD e ceod	Os valores mais altos na média de IHO-S foram entre o grupo de DI grave (2,66+1.07) seguido do grupo moderado e leve, respectivamente (2.08+1.04), (1.84+1.06).
Zhou et al., 2019	Hong Kong-China	Transversal	383 crianças na faixa etária de 2 a 6 anos	Ceod, CPOD, MGI, DIS. Questionário sobre os comportamentos em saúde bucal e socioeconômico	Crianças com DI apresentavam condições orais ruins e que está associado ao perfil de desenvolvimento da criança e ao estado socioeconômico.
Ningrum et al., 2020	Padang, Indonésia	Transversal	Amostra de 65 indivíduos (34 mulheres e 31 homens	OHI-S, CPOD, ceod ,CPITN e índice de classificação do	Pacientes com deficiência intelectual (DI) com dependência total na escovação tem 5,8 vezes mais

				ângulo de má oclusão	chances de desenvolver cárie.
Silva <i>et al.</i> , 2019	Teresina, Brasil	Transversal comparativo	52 cuidadores, crianças e adolescentes com SD e sem SD na faixa etária 2 a 14 anos	Um questionário sociodemográfico e outro com questões sobre saúde bucal.	O atendimento odontológico trouxe variação da frequência cardiovascular dos pacientes com síndrome de Down em comparação ao grupo sem SD. Tendo em vista que os pacientes com SD ficam ansiosos e tensos durante o atendimento odontológico.
Hsiao <i>et al.</i> , 2021	Taiwan-China	Transversal	484 crianças de 6 a 12 anos	Ceod, CPOD, índice de placa e gengivite (Greene e Vermillion adaptado). Questionário socioeconômico e de saúde oral	Os resultados mostraram que 61,78% possuía alguma necessidade de tratamento não atendida e normalmente era cárie dentária. Existe uma associação significativa com os pais que apresentavam nível de escolaridade e socioeconômico mais baixo.

Anwar et al., 2022	Selangor, Malásia	revisão sistemática	De 3.861 artigos vistos foram incluídos 14 estudos	Estudos transversais, instrumentos que usavam o autorelato dos pais como mensuração e amostra com pacientes até 18 anos	Existe uma associação significativa entre a experiência de cárie e a ausência da visita odontológica ($p < 0,05$). E que o estado psicológico dos cuidadores influencia na presença ou ausência da experiência de cárie.
Asiri et al., 2022		Revisão sistemática	Dos 457 artigos apenas 38 foram incluídos	Estudos clínicos que focassem no estado de saúde bucal e/ou nas práticas de higiene oral auto relatadas, e os que avaliaram as barreiras e o estado do atendimento odontológico	Indivíduos com deficiência tem acesso limitado aos cuidados de saúde bucal e existe uma falta de conscientização geral sobre o estado de saúde bucal desses indivíduos
Baskaradoss et al., 2022	Estado do Kuwait	Transversal	214 crianças e adolescentes de 6 a 21 anos	Índice de placa (IP) e (IG) de Loe & Silness. Questionário sociodemográfico, questionário CMOHK	Existe uma associação significativa entre o baixo conhecimento do cuidador sobre saúde bucal e altos índices de placa nas crianças e adolescentes com deficiência ($p < 0,001$).
Cui et al., 2022	Sydney, Austrália	Revisão de escopo	Dos 135 artigos apenas 30 foram incluídos	Pacientes com diagnóstico de PC, menores de 18 anos e que abordassem fatores relacionado	Os baixos níveis de escolaridade do cuidador, a severidade da deficiência e a alta ingestão de alimentos com açúcar

				a experiência de cárie	contribuem na experiência de cárie das crianças e adolescentes.
Devinsky et al., 2022	Nova Iorque, EUA	Revisão sistemática		Utilizou os descritores “Dental Care for Disabled” em associação com farmacologia, efeitos adversos, padrões e terapias	Pacientes com deficiência vivenciam por barreiras físicas e emocionais em relação ao cuidado odontológico e que os sistemas de saúde pública falham na prestação desses cuidados.
Zahran et al., 2022	Jeddah, Arábia Saudita	Transversal	602 pais, crianças e adolescentes na faixa etária de 3 a 18 anos de idade	Questionário sociodemográficos, questionário com perguntas sobre saúde bucal e questionário com perguntas sobre as barreiras para atendimento odontológico	. As barreiras mais relatadas na percepção dos pais/cuidadores para o cuidado odontológico estavam relacionadas ao próprio paciente 79,1%

Autor, ano	Local do estudo	Tipo de estudo	Amostra	Índices avaliados	Resultados
Eriksson e Lindström, 2010.	Finlândia	Revisão sistemática	Utilizaram 458 artigos e 13 teses de doutorado	Artigos que tratam sobre o conceito SOC e trabalhos de mestrado e doutorado	Pessoas com alto SOC parecem ser mais resilientes sob estresse do que pessoas com baixo SOC. Quanto mais forte for o SOC, menor será o nível de sintomas de angústia.
Dorri et al., 2010	Irã	Transversal	Amostra de 1132 adolescentes	Um questionário com 37 itens foi aplicado com perguntas sobre antecedentes sociodemográficos, comportamentos de higiene bucal e Senso de Coerência	Os resultados demonstraram as meninas tinham um senso de coerência significativamente mais fraco do que os meninos (P= 0,04),
Lacerda et al., 2012	Campo Grande, Brasil	Transversal	Amostra de 640 mães de crianças de 4 e 5 anos	questionário SOC e antecedentes sociodemográficos	Os resultados demonstraram as mães com menor

					média do SOC não tinham uma boa percepção da própria saúde bucal.
Elyasi et al. 2015	Edmonton, Canadá	Revisão sistemática com metanálise	Foram incluídos estudos sobre saúde bucal que avaliaram a relação entre SOC e comportamentos de saúde bucal	Os estudos incluídos foram oito estudos transversais e um estudo longitudinal	Foi encontrada uma associação entre SOC e comportamentos relacionados à saúde bucal.
Perazzo et al. 2016	Campina Grande, Brasil.	Transversal	A amostra era constituída de crianças de cinco anos matriculadas em creches públicas e particulares	CPOD, TDI, bruxismo, questionário SOC, questionário sociodemográfico	. A prevalência de cárie dentária, má oclusão, TDI e bruxismo do sono foi de 91,3%, 57,6%, 52,7% e 26,8%, respectivamente, e um total de 58,2% dos pais / responsáveis demonstraram um forte senso de coerência
Possebon et al. 2017	Rio Grande do Sul, Brasil	Transversal	Amostra de 164 idosos	questionário de auto avaliação da saúde bucal, questionário Soc, avaliação clínica	Os indivíduos com mais de um dente na boca (Razão Média= 0,94) e que se auto avaliaram com saúde bucal "ruim/péssimo" (Razão Média= 0,85), apresentaram escores médios de SOC mais baixos
Kaur et al. 2017	Punjab, Índia	Transversal	Amostra de 200 crianças de quatro a oito anos e seus responsáveis	CPOD, Questionário SOC	o nível de SOC das mães é estatisticamente significativo em relação à média de ceod em crianças ($p < 0,01$).
Lage et al., 2017	Minas Gerais, Brasil	Transversal	Amostra de 1195 adolescentes e suas mães	Um questionário sociodemográfico e outro com questões sobre saúde bucal, Questionário SOC CPOD	Um SOC maior dos adolescentes estava correlacionado com um SOC maior das mães tendo uma correlação moderada entre estes ($r = 0,563$; $P < 0,001$).
James et al., 2017	Bangalore, Índia	Transversal	Amostra de 200 crianças e suas mães	Questionário SOC questões sobre saúde bucal	O escore SOC médio das mães foi de $53,79 \pm 11,68$. A pontuação média

					da SOC das mães de crianças pré-escolares do governo foi significativamente menor do que a das mães de crianças pré-escolares privadas (P = 0,01).
Fernandes et al. 2017	Diamantina, Brasil	Transversal	Amostra 276 crianças de um a três anos de idade e suas mães	ICDAS, questionários ECOHIS e o da escala SOC e um questionário socioeconômico	O menor SOC das mães estava associado ao maior impacto na qualidade de vida,
Holde et al. 2018	Tromso, Noruega	Estudo de Coorte	Amostra 1.986 pessoas de idade entre 20 e 79 anos	Questionário (OHIP-14), questionário socioeconômico, questionário SOC	Um SOC mais forte estava associado ao menor uso dos serviços odontológicos ($\beta = -0,44$),
Taghian et al. 2019	Zari, Irã.	Transversal	Amostra de 190 crianças e suas mães	Questionário SOC, questionário socioeconômico, Ceod	A correlação entre o SOC e a cárie dentária foi estatisticamente significativa (P > 0,001),
Shah et al., 2020	Vadodara, Índia	Transversal	Amostra 58 crianças autistas e seus cuidadores	questões sobre saúde bucal, sociodemográfico questionário SOC	Os resultados mostraram os escores de SOC médio de mães e pais foram $53,8 \pm 6,06$ e $54 \pm 5,0$, respectivamente (P = 0,909) e que crianças que tinham cuidadores com SOC mais alto apresentava boa higiene oral, menor frequência no consumo de lanches açucarados e faziam visitas mais frequentes ao dentista.
Davoglio et al., 2020	Porto Alegre, Brasil	Transversal	Amostra de 793	Questionário SOC questões sobre saúde bucal	O SOC foi estatisticamente associado ao impacto oral nas análises brutas, mantendo a associação após ajuste por outras variáveis do modelo.
Mizuta et al 2020	Kosai-Japão	Transversal	Amostra de 1056 na faixa etária de 12 a 15 anos	CPOD, Questionário (SOC-3-UTHS), questionário sociodemográfico	Os baixos níveis econômicos influenciam no SOC dos pais sendo a escala

					SOC um importante instrumento salutogênico.
Soares et al 2020	Rio de Janeiro, Brasil	Transversal	A amostra constituída de pais ou cuidadores de crianças de 0 a 15 anos	Questionário B-ECOHIS SOC, estado socioeconômico, coping religioso-espiritual-RSC)	A OHRQoL é influenciada por características individuais, os fatores ambientais e idade dos pacientes
Torres et al 2020	Minas Gerais, Brasil	revisão sistemática	Dos 346 artigos foram incluídos 17 artigos e destes 15 foram transversais, um ensaio clinico e o outro um estudo de acompanhamento	Medir a associação entre o senso de coerência e a carie dentária	O SOC mais alto aparenta estar relacionado com os níveis mais baixos de cárie dentária
Ruy Carneiro et al.	Belo Horizonte, Brasil	Transversal	A amostra foi constituída de 58 crianças e adolescentes (29 com MPS e 29 sem MPS) na faixa etária entre 3 e 21 anos	Ceod e CPOD, DDE, questionário OHI-S e SOC 13	O SOC das mães de crianças e adolescentes com MPS que apresentavam mais experiência de cárie eram mais baixos (31,5 [±3,2]) do que as crianças e adolescentes sem MPS e sem cárie (35,7 [±3,8]).
Teixeira AS et al., 2021	Belo Horizonte, Brasil	Transversal	Amostra de 37 crianças e adolescentes com (OI) e 37 sem (OI) e suas mães	questões sobre saúde bucal, sociodemograficos Questionário SOC	Mães de crianças com osteogênese imperfeita (OI). Tiveram escores SOC mais baixos em média: 35,6 do que mães de crianças sem OI média: 38,5. No grupo com OI, um baixo nível socioeconômico foi associado a menores pontuações SOC da mãe (P = 0,004).

REFERÊNCIAS

Abanto J, Tsakos G, Paiva SM, Raggio DP, Celiberti P, Goursand D, Bönecker M. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian version of the Scale of Oral Health Outcomes for-5-year-old children (SOHO-5). **Health Quality Life Outcomes** 2013;11: 16.

Andreasen, Jens O., Frances M. Andreasen, and Lars Andersson, eds. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. **John Wiley & Sons**, 2018.

- Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. **Soc Sci Med** 1993; 36: 725–733.
- Antonovsky, Aaron. O modelo salutogênico como teoria para orientar a promoção da saúde. **Promoção da saúde internacional**, v. 11, n. 1, pág. 11-18, 1996.
- Anwar DS, Mohd Yusof MYP, Ahmad MS, Md Sabri BA. Family Influences on the Dental Caries Status of Children with Special Health Care Needs: A Systematic Review. **Children (Basel)**. 2022 Nov 29;9(12):1855.
- Asiri FYI, Tennant M, Kruger E. Oral Health Status, Oral Health Behaviors, and Oral Health Care Utilization among Persons with Disabilities in Saudi Arabia. **Int J Environ Res Public Health**. 2022 Dec 11;19(24)
- Baskaradoss JK, AlSumait A, Behbehani E, Qudeimat MA. Association between the caregivers' oral health literacy and the oral health of children and youth with special health care needs. **PLoS One**. 2022 Jan 27;17(1)
- Bonanato K, Branco DBT, Mota JPT et al. Transcultural adaptation and psychometric properties of the 'Sense of Coherence Scale' in mothers of preschool children. **R Interam Psicol** 2009; 43: 144–153.
- Carlén K, Suominen S, Lindmark U, Saarinen MM, Aromaa M, Rautava P, Sillanpää M. Sense of coherence predicts adolescent mental health. **J Affect Disord**. 2020 Sep 1; 274:1206-1210.
- Cons NC, Jenny J, Kohout FJ. DAI: the Dental Aesthetic Index. Iowa: College of Dentistry, University of Iowa; 1986.
- Cui, S.; Akhter, R.; Yao, D.; Peng, X.-Y.; Feghali, M.-A.; Chen, W.; Blackburn, E.; Martin, E.F.; Khandaker, G. Risk Factors for Dental Caries Experience in Children and Adolescents with Cerebral Palsy—A Scoping Review. **Int. J. Environ. Res. Public Health** 2022, 19.
- Davoglio RS, Fontanive VN, Oliveira MMC, Abegg C. Sense of coherence and impact of oral health on quality of life in adults and elderly in Southern Brazil. **Cien Saude Colet**. 2020 Mar;25(4):1491-1498.
- Devinsky O, Boyce D, Robbins M, Pressler M. Dental health in persons with disability. **Epilepsy Behav**. 2020 Sep;110:107174. doi: 10.1016/j.yebeh.2020..
- Diniz MB, Guaré RO, Ferreira MCD, Santos MTBR. Does the classification of cerebral palsy influence caries experience in children and adolescents? **Brazilian J Oral Sci**. 2015;14:46–51.
- Dorri M, Sheiham A, Watt RG. Modelling the factors influencing general and oral hygiene behaviours in adolescents. **Int J Paediatr Dent**. 2010 Jul;20(4):261-9.
- Elyasi M, Abreu LG, Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, et al. (2015) Impact of Sense of Coherence on Oral Health Behaviors: A Systematic Review. **PLOS ONE** 10(8): e.0133918.
- Eriksson Mônica, Lindström Bengt. A escala de senso de coerência de Antonovsky e a relação com a saúde: uma revisão sistemática. **J Epidemiol Community Health**. 2006; 60: 376–381.
- Fernandes IB, Costa DC, Coelho VS, Sá-Pinto AC, Ramos-Jorge J, Ramos-Jorge ML. Association between sense of coherence and oral health-related quality of life among toddlers. **Community Dent Health**. 2017 Mar;34(1):37-40.
- Freire MCM, Sheiham A, Hardy R. Adolescents' sense of coherence, oral health status and oral health related behaviors. **Community Dent Oral Epidemiol**. 2001; 29: 204–212
- Gugała B, Penar-Zadarko B, Pięciak-Kotlarz D, Wardak K, Lewicka-Chomont A, Futyma-Ziaja M, Opara J. Assessment of Anxiety and Depression in Polish Primary Parental Caregivers of Children with Cerebral Palsy Compared to a Control Group, as well as Identification of Selected Predictors. **Int J Environ Res Public Health**. 2019 Oct 29;16(21):4173.

Holde GE, Baker SR, Jönsson B. Periodontitis and quality of life: What is the role of socioeconomic status, sense of coherence, dental service use and oral health practices? An exploratory theory-guided analysis on a Norwegian population. **J Clin Periodontol.** 2018 Jul;45(7):768-779.

Hsiao SY, Chen PH, Huang SS, Yen CW, Huang ST, Yin SY, Liu HY. Dental Treatment Needs and Related Risk Factors among School Children with Special Needs in Taiwan. **J Pers Med.** 2021 May 23;11(6):452.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Censo demográfico. Rio de Janeiro. p.1-215. 2010

James JM, Puranik MP, Sowmya K. R. O senso de coerência das mães como preditor da qualidade de vida relacionada à saúde bucal entre crianças pré-escolares: um estudo transversal. **J Indian Assoc Public Health Dent.** 2017; 15: 11-6

Kaur M, Jindal R, Dua R, Gautam A, Kaur R. Salutogenesis: A New Approach toward Oral Health Promotion. **Contemp Clin Dent.** 2017 Jul-Sep;8(3):387-390.

Lacerda VR de, Pontes ERJC, Queiroz CL. Relação entre senso de coerência materno, condições socioeconômicas e percepção da saúde bucal. **Estudos de Psicologia** (Campinas) [online]. 2012, v. 29, n. 2.

Lage CF, Fulgencio LB, Corrêa-Faria P, Serra-Negra JM, Paiva SM, Pordeus IA. Association between dental caries experience and sense of coherence among adolescents and mothers. **Int J Paediatr Dent.** 2017 Sep;27(5):412-419.

Liu Z, Yu D, Luo W, Yang J, Lu J, Gao S, Li W, Zhao W. Impact of oral health behaviors on dental caries in children with intellectual disabilities in Guangzhou, China. **Int J Environ Res Public Health.** 2014 Oct 22;11(10):11015-27.

Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, Wetselaar P, Glaros AG, Kato T, Santiago V, Winocur E, De Laat A, De Leeuw R, Koyano K, Lavigne GJ, Svensson P, Manfredini D. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. **J Oral Rehabil.** 2018 Nov;45(11):837-844.

Massena, J. R. H. **Associação entre senso de coerência e qualidade de vida em indivíduos de 50 a 74 anos.** 2014. 64 f. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Mizuta A, Aida J, Nakamura M, Ojima T. Does the Association between Guardians' Sense of Coherence and their Children's Untreated Caries Differ According to Socioeconomic Status? **Int J Environ Res Public Health.** 2020 Mar 3;17(5):

Ningrum, V., Wang, WC., Liao, HE. e outros. Um estudo de odontologia de necessidades especiais de indivíduos institucionalizados com deficiência intelectual no oeste de Sumatra, Indonésia. **Sci Rep** 10 , 153 (2020).

Nqocobo C, Ralephenya T, Kolisa YM, Esan T, Yengopal V. Caregivers' perceptions of the oral-health-related quality of life of children with special needs in Johannesburg, South Africa. **Health SA.** 2019 Sep 23;24:1056. doi: 10.4102/hsag.v24i0.1056. PMID: 31934405; PMCID: PMC6917375

Pini DM, Fröhlich PC, Rigo L. Oral health evaluation in special needs individuals. **Einstein** (Sao Paulo). 2016 Oct-Dec;14(4):501-507. doi: 10.1590/S1679-45082016AO3712. PMID: 28076597; PMCID: PMC5221376

Possebon APDR, Martins APP, Danigno JF, Langlois CO, Silva AER. Sense of coherence and oral health in older adults in Southern Brazil. **Gerodontology.** 2017 Sep;34(3):377-381.

Rosa DP. **Relação entre o senso de coerência materno e os comportamentos em saúde bucal de pré-escolares**. Tese (Doutorado em Odontologia). Pelotas: Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Pelotas; 2018. 55 p.

Shah A, Singh S, Ajithkrishnan CG, Kariya PB, Patel H, Ghosh A. Caregiver's Sense of Coherence: A Predictor of Oral Health-Related Behaviors of Autistic Children in India. **Contemp Clin Dent**. 2019 Apr-Jun;10(2):197-202.

Silva RM, Jorge MSB, Junior AGS. **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde**. 1. ed. Fortaleza. Eduece; 2015. 548 p.

Silva ESD, Possobon RF, Barbosa MDM, Batista MJ, Tenuta LMA. Impact of sense of coherence on oral health-related quality of life among Brazilian adults. **Braz Oral Res**. 2019 Oct 28;33:e100.

Silva AM, Nogueira BR, Leal TAC, Prado Jr RR, Mendes RF. Physiological and Behavioral Manifestations of Children and Teenagers with Down Syndrome During the Dental Appointment: A Comparative Cross-Sectional Study. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 20, p. 20. e. 4658. 2020.

Soares TRC, Lenzi MM, Leite IM, Muniz Loureiro J, Leão ATT, Pomarico L, Neiva da Silva A, Risso PA, Vettore MV, Maia LC. Oral status, sense of coherence, religious-spiritual coping, socio-economic characteristics, and quality of life in young patients. **Int J Paediatr Dent**. 2020 Mar;30(2):171-180.

Perazzo MF, Gomes MC, Neves ÉT, Martins CC, Paiva SM, Granville-Garcia AF. Oral health-related quality of life and sense of coherence regarding the use of dental services by preschool children. **Int J Paediatr Dent**. 2017 Sep;27(5):334-343.

Ruy Carneiro NC, Duda Deps T, Campos França E, Ribeiro Valadares E, Almeida Pordeus I, Borges-Oliveira AC. Oral health of children and adolescents with mucopolysaccharidosis and mother's Sense of Coherence. **Spec Care Dentist**. 2017 Sep;37(5):223-229.

Taghian, Mehdi, Sadri, Lily, Hali, Haleh, Musazadeh, Mahmoud, Zareian Jahromi, Aida. Investigando a relação entre o senso de coesão das mães e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças de 3 a 5 anos encaminhadas à Toubá Clinic em Sari, 1398. **Journal of Mashhad Dental School**. 1398; 43 (4): 378-386.

Teixeira SA, Santos PCM, Carneiro TCB, Paiva SM, Valadares ER, Borges-Oliveira AC. Mother's sense of coherence and dental characteristics in children and adolescents with osteogenesis imperfecta: A paired study. **Spec Care Dentist**. 2021 Mar;41(2):170-177.

Torres TAP, Corradi-Dias L, Oliveira PD, Martins CC, Paiva SM, Pordeus IA, Abreu LG. Association between sense of coherence and dental caries: systematic review and meta-analysis. **Health Promot Int**. 2020 Jun 1;35(3):586-597.

Weckwerth SA, Weckwerth GM, Ferrairo BM, Chicrala GM, Ambrosio AM, Toyoshima GH, Bastos JR, Pinto EC, Velasco SR, Bastos RS. Parents' perception of dental caries in intellectually disabled children. **Spec Care Dentist**. 2016 Nov;36(6):300-306.

Wyne AH, Al-Hammad NS, Splieth CH. Oral health comprehension in parents of Saudi cerebral palsy children. **Saudi Dent J**. 2017 Oct;29(4):156-160

Zahrán SS, Bhadila GY, Alasiri SA, Alkhashrami AA, Alaki SM. Access to dental care for children with special health care needs: a cross-sectional community survey within Jeddah, Saudi Arabia. **J Clin Pediatr Dent**. 2023 Jan;47(1):50-57.

Zhou N, Wong HM, McGrath C. Oral health and associated factors among preschool children with special healthcare needs. **Oral Dis**. 2019 May;25(4):1221-1228

1. ARTIGO

Formatado de acordo com as normas do periódico: “*Special Care in Dentistry*”

Título: Associação entre o Senso de Coerência do cuidador e as condições de saúde bucal de indivíduos com deficiência intelectual - estudo caso-controle

Título Corrido: ASSOCIAÇÃO ENTRE O SENSO DE COERÊNCIA DO CUIDADOR E A SAÚDE BUCAL DE INDIVÍDUOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL-ESTUDO CASO-CONTROLE

Autores:

- 1- Maria Suzana Oliveira Cruz - Aluna do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí-Teresina (PI) - msuzanaoliveiral@gmail.com
- 2- Raimundo Rosendo Prado Júnior - Professor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí-Teresina (PI) - rosendo@ufpi.edu.br

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Raimundo Rosendo Prado Júnior
Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bloco 5 - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Bairro Ininga / CEP: 64049-550 Teresina - Piauí - Brasil. Fone: (86) 3237-1517/ e-mail: rosendo@ufpi.edu.br

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos participantes do estudo e seus cuidadores, ao Centro Integrado de Educação Especial (CIES) e ao Centro Universitário UniFacid-Wyden (UNIFACYD), localizados em Teresina, Piauí, Brasil, que autorizaram e tornaram possível a realização desse estudo. Os

autores também agradecem às cirurgiãs-dentistas Regina Fátima Fernandes e Geovana Roberta de Castro Silva , a estudante de iniciação científica:Taynara da Silva Soares Lima da graduação em Odontologia da UFPI, por auxiliar na coleta de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí-Brasil (5.625.620). As normas estabelecidas pela Declaração de Helsinque para pesquisas com seres humanos também foram estabelecidas.

.

Título: Associação entre o Senso de Coerência do cuidador e a saúde bucal de indivíduos com deficiência intelectual - estudo caso controle

RESUMO

Objetivo: Determinar os fatores que influenciam no senso de coerência dos pais e/ou cuidadores e avaliar as condições de saúde bucal das pessoas com Deficiência Intelectual (DI) comparando -as a um grupo sem DI. **Metodologia:** Este foi um estudo caso controle. A amostra foi de conveniência e incluiu 118 crianças/adolescentes com deficiência intelectual (casos) e 118 sem deficiência intelectual (controle). Os grupos foram pareados por sexo e ida ao dentista. Os dados foram coletados através de um questionário validado, a versão curta da escala do Senso de Coerência (SOC-13), questionário socioeconômico e demográfico, e exame clínico oral. Os testes Kruskal-Wallis e Mann-Whitney foram realizados para associar variável dependente com independente e a regressão de Poisson com variância robusta no método stepwise foi utilizada para determinar as associações ao nível de significância de 5%. **Resultados:** Quanto á mediana do SOC, diferença significativa foi observada para renda familiar, escolaridade materna, quem cuida da criança e experiência de cárie ($p=0,001$; $0,008$; $0,012$, $0,034$, respectivamente). Observou-se que não houve diferença estatística do senso de coerência dos cuidadores de crianças e adolescentes com DI e sem a condição em relação a experiência de cárie (RP=1,0 IC95%=0,9-1,1). Os cuidadores cuja renda familiar era de 3 a 4 salários-mínimos possuem maior senso de coerência (RPa=1,2 IC95%=1,1-1,3) quando comparado às sem renda fixa. Mães que possuem mais de 4 anos de estudos formais possuem maior senso de coerência (RPa=1,2 IC95%=1,1-1,3) que aquelas com até 4 anos de escolaridade. **Conclusão:** Os fatores que influenciaram no Senso de coerência dos cuidadores foram o nível de escolaridade materna, a renda familiar dos cuidadores e o traumatismo dentário.

Palavras-chave: Sense of Coherence, Oral health, Dental care for Disabled

1. INTRODUÇÃO

A saúde e os parâmetros diagnósticos de desordem/doença devem ser observados em um contexto social, econômico e ambiental¹. No intuito de observar a saúde de forma integral, a teoria salutogênica sobreveio a somar considerando a saúde como um todo, sem intervalos ou interrupções sendo a escala do Senso de Coerência (SOC) o instrumento central dessa teoria.^{2,3}

A escala SOC é utilizada para avaliar a capacidade adaptativa do indivíduo de confrontar as suas realidades e poder viver de forma saudável mesmo em meio a adversidades extremas e situações de estresse.^{4,5,6} A escala SOC pode ser uma ferramenta útil para relatar a situação dos cuidadores de pacientes com deficiência intelectual e observar os impactos na saúde bucal, visto que, as desordens orais podem também ser consideradas variáveis psicossociais.^{7,8,9}

O SOC é firmado por três componentes: a compreensão, em que os estímulos do meio intrínsecos e extrínsecos podem ser ordenados e explicados, a gerência que é a forma como esses estímulos são ordenados e a significância que é dar valor e aproveitar todos os desafios como uma boa oportunidade.^{8,10,11}

No Brasil, 12,5 milhões de pessoas têm algum tipo de deficiência, correspondendo a 6,7% da população. Destas 1,4% (2.611.536) apresentam deficiência intelectual/mental¹². A deficiência intelectual é definida como um transtorno de neuro desenvolvimento que corresponde a importantes limitações tanto

no funcionamento intelectual como no desempenho adaptativo e atinge um amplo grupo de condições etiologicamente distintas.¹³ Famílias que possuem crianças com diagnóstico de deficiência intelectual têm seus deveres ressignificados.¹⁴ Muitos pais se adaptam rápido ao novo modo de viver, no entanto, zelar por esta criança pode se tornar uma atividade árdua, onde a extensão do suporte dada depende diretamente do grau de limitação individual da criança e adolescente.^{15,16}

Diariamente os pais devem possibilitar a implementação de variadas reabilitações buscando o bem-estar e saúde geral dos seus filhos.¹⁷ Essa rotina pode se tornar uma tarefa complexa que impacta a saúde física e mental dos responsáveis podendo levar a emoções como ansiedade, tristeza, angústia e em longo prazo transtornos depressivos.¹⁸ O SOC se concentra nas forças pessoais, indivíduos com SOC mais alto gerenciam melhor as solitudes da vida e estão mais propensos a encontrar recursos viáveis para superar as dificuldades. Indivíduos com deficiência intelectual tem mais dificuldades para o autocuidado, necessitando dos pais/cuidadores para ajudar em atividades que requeiram uma coordenação motora fina, como, por exemplo, o controle mecânico de biofilme dental.^{16,19}

Diversos estudos avaliaram como o SOC dos cuidadores influencia na saúde bucal das crianças e adolescentes.^{20,21,22,23} Entretanto, nenhum deles avaliou a associação entre o SOC dos pais/cuidadores e as alterações bucais de crianças e adolescentes com deficiência intelectual.

Indivíduos que possuem um SOC mais alto compreendem melhor as solicitações da vida e possuem comportamentos mais saudáveis mantendo uma melhor qualidade de vida. Portanto, os objetivos dessa pesquisa foram determinar os fatores que influenciam no senso de coerência dos pais e/ou cuidadores e avaliar as condições de saúde bucal das pessoas com Deficiência Intelectual (DI) comparando-as a um grupo sem DI.

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

O presente estudo teve delineamento caso-controle e seguiu as diretrizes do "Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology" ²⁴ (STROBE Statement). (Anexo IV)

2.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido no Centro Integrado de Educação Especial (CIES) e no Centro de Aprendizagem e Serviços Integrados (CASI) pertencente ao Centro Universitário UniFacid-Wyden.

O CIES é uma instituição ligada à Secretaria Estadual de Educação do Piauí - SEDUC, através da Gerência de Educação Especial, e que dispõe de atendimento a crianças e adolescentes com deficiência intelectual com ou sem outras deficiências. O CIES fornece uma equipe multiprofissional, e o ingresso se dá por meio de cadastro na própria instituição.

O Centro Universitário UniFacid-Wyden desenvolve ações de responsabilidade social através do Centro de Aprendizagem e Serviços Integrados (CASI), que são credenciados pelo SUS. É um ambiente de práticas de disciplinas e campos de estágio dos cursos de graduação. Disponibilizam serviços de higiene bucal e tratamento dentário a crianças e adolescentes que necessitam de atendimento.

2.4 População de estudo e Amostra

No estudo caso-controle ocorre a formação de dois grupos. No primeiro grupo o caso, os participantes eram crianças e adolescentes—com DI, na faixa etária entre 2 e 14 anos e seus pais/cuidadores da instituição CIES. No segundo grupo—o controle, foi composto por crianças e adolescentes normotípicos na faixa etária entre 2 e 14 anos e seus pais/cuidadores e estes eram pacientes do CASI, no Centro Universitário UniFacid-Wyden. Foram consideradas elegíveis no grupo caso e controle participantes que tinham diagnóstico médico definido e pais/cuidadores alfabetizados. Os critérios de exclusão: 1. Pacientes não colaborativos com exame clínico; 2. Pacientes em tratamento ortodôntico.

2.5 Delineamento experimental

Os pais/cuidadores responderam a um questionário validado (autoaplicável)⁷, do qual obtinha-se dados

socioeconômicos, demográficos e sobre saúde bucal das crianças e adolescentes.

Posteriormente, foi realizado o exame clínico da cavidade bucal dos participantes em consultório odontológico convencional, sob luz direta do refletor (Dabi Atlante, São Paulo, SP, Brasil) e com dentes limpos e secos após a profilaxia dentária. Com auxílio de espelho bucal plano (Golgran, São Paulo, SP, Brasil), sonda exploratória número 5 (Golgran, São Paulo, SP, Brasil) e abridores bucais confeccionados com espátulas de madeira.

Para analisar as condições de saúde bucal foram utilizados os seguintes índices:

a) Índice "CPOD/ceod" tem como objetivo mensurar a experiência de cárie. O "CPOD" indica o número de dentes permanentes cariados, perdidos por cárie e restaurados e o "ceod" que indica o número de dentes decíduos cariados, com extração indicada e restaurados, para indivíduos com dentição mista o índice de cárie foi obtido pela soma de ambos. Dois grupos foram formados: indivíduos com cárie ($ceod/CPOD > 0$) e indivíduos sem cárie ($ceod/CPOD = 0$)²⁵. Lesões de mancha branca não foram consideradas.

b) O traumatismo dental foi avaliado por meio do critério de Andreasen, que observa a presença de fratura coronária visível clinicamente.²⁶

c). Foram avaliadas a presença ou ausência do bruxismo em vigília e acordado por meio dos dados obtidos a partir do

relato dos cuidadores, somado ao aspecto clínico de facetas de desgaste dentário causado por atrição ²⁷.

d) Tipo de oclusão foi baseada na relação dos primeiros molares (angle). A má oclusão classe I quando a cúspide méso vestibular do primeiro molar superior (1MS) aproximou-se do sulco vestibular do primeiro molar inferior (1MI). A classe II a cúspide méso vestibular superior caiu anteriormente ao sulco vestibular do 1MI. E a classe III quando a cúspide méso vestibular superior está distalmente ao sulco vestibular do 1MI. Neste estudo consideramos classe I como má oclusão negativa e classe II e III como má oclusão positiva.^{28,29}

2.6 Calibração

Previamente à coleta de dados foi realizada a calibração em duas etapas. Primeiramente foi realizada uma exposição teórica e projetados em slides imagens das condições bucais a fim de apresentar os critérios clínicos que seriam avaliados. Essa etapa foi realizada em dois momentos com sete dias de intervalo entre elas. Nessa etapa a examinadora e a especialista na área atingiram uma taxa de concordância superior a 80%. Posteriormente foram avaliadas dez crianças sem deficiência intelectual e com, pelo menos, uma das características clínicas orais a serem estudadas (cárie, bruxismo e tipo de oclusão). Após 15 dias as crianças foram reavaliadas pelo examinador e por um especialista na área considerado padrão ouro para avaliação do nível de concordância. Os índices kappa interexaminadores e

intraexaminador obtidos foram, respectivamente, para cárie (0,81 e 0,88), bruxismo (0,89 e 0,90) e tipo de oclusão (0,95 e 0,95). As crianças, e adolescentes que participaram da calibração não foram incluídas na amostra.

2.7 Estudo piloto

Após a calibração, um estudo piloto foi realizado com dez crianças com DI e dez crianças sem DI para avaliar a metodologia de estudo proposta. Os indivíduos que participaram do estudo piloto não compuseram a amostra final do presente estudo. Não foram necessárias adequações metodológicas.

2.8 Coleta de dados

2.8.1 Instrumentos para coleta de dados

- a) Questionário sociodemográfico e de saúde bucal (Apêndice III).
- b) Escala SOC - versão curta com adaptação transcultural (Anexo V)
- c) Formulário de exame clínico (Apêndice IV).

2.8.2 Questionário sociodemográfico e de saúde bucal

Foi utilizado um questionário idealizado para o referido estudo contendo perguntas relacionadas à identificação, aspectos socioeconômicos, demográficos e uma seção sobre o histórico de saúde bucal, hábitos de cuidados com a saúde

bucal, alimentação e queixas em relação a saúde oral (Apêndice III e IV) a fim de caracterizar a amostra.

2.8.3 O Senso de coerência - Escala SOC (Autoaplicável)

O SOC-13 é a versão curta da escala composto tradicionalmente por 13 itens com respostas apresentadas em uma escala Likert de 7 pontos. A pontuação do SOC é a soma de todos os itens, variando de 13 a 91. Quanto maior a pontuação, maior é o SOC. Neste estudo, a mediana foi utilizada como ponto de corte para dicotomizar o SOC em "baixo", para valores menores que a mediana, e "alto" para valores iguais ou maiores que a mediana, semelhante ao adotado em outros estudos ²³. Essa escala foi validada no Brasil por Freire *et al.* (2001)³⁰ mas devido à baixa taxa de retorno dos questionários pelas mães e respostas extremas foi realizada uma adaptação transcultural por Bonanato *et al.* (2009) ⁷ em que a escala foi alterada de 7 para 5 pontos. As questões de quatro a doze do questionário possuem escores invertidos, portanto, tabuladas com a pontuação de cinco a um na escala likert tendo seu escore total variando de 13 a 65 pontos (Anexo V).

2.9 Amostragem e Cálculo Amostral

A amostra foi não probabilística e os participantes foram divididos em dois grupos. O primeiro caso incluiu 118 crianças/adolescentes com deficiência intelectual (neuroatípicas) e o segundo controle incluiu 118 crianças/adolescentes normotípicos. Os grupos foram pareados

por sexo e frequência de visitas ao dentista para torná-los homogêneos, com fins de eliminar os efeitos de variáveis de confusão e dar confiabilidade aos resultados.

O Programa OpenEpi, Versão 3, calculadora de código aberto-PowerCC foi usado para calcular a potência do teste. Considerando os dados obtidos, a probabilidade de exposição à cárie dentária entre os casos foi 72,0%, e a probabilidade de exposição à cárie dentária entre os controles foi 30,5%. O odds ratio para cárie dentária entre os indivíduos com doenças raras em comparação com o grupo controle foi de 2,39. Assim, o poder de teste foi de 100%, com margem de erro tipo I de 5%.

2.10 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, Chicago, IL, EUA.), Versão 20.0. ³¹O senso de coerência foi considerado variável dependente. As condições clínicas e as variáveis socioeconômicas e demográficas foram utilizadas como variáveis independentes. Foi realizada análise descritiva dos dados com os valores apresentados em frequências absolutas, porcentagens, mediana, valores mínimo e máximo.

Foi realizado análise de normalidade (Teste de Kolmogorov-Smirnoff) e homogeneidade (Teste de Levene), comprovando-se que a amostra segue tendência de não normalidade ($p < 0,05$). Os testes Kruskal-Wallis e Mann-Whitney

foram realizados para investigar a existência de associação entre a variável dependente (mediana do SOC) e as variáveis independentes. Considerou-se significativo valor de $p < 0,05$.

A regressão de Poisson com variância robusta no método stepwise foi utilizada para determinar a magnitude das associações entre literacia e conhecimento com as variáveis independentes. A medida de efeito foi a associação da razão de prevalência não-ajustada e ajustada (RP), intervalos de confiança (IC 95%), e valores de p. As variáveis com os valores de $p \leq 0,20$ na análise univariada foram incluídas no modelo ajustado. Apenas as variáveis com um valor de $p < 0,05$ permaneceram no modelo final.

3. RESULTADOS

Foram convidados para participar deste estudo 359 indivíduos e seus cuidadores. A amostra final foi de 236 sendo 118 com DI e 118 sem DI. As perdas se deram por questionários incompletos e desistências. Na tabela 1 podemos ver o perfil sócioeconômico e demográfico da amostra.

TABELA 1: Associação do tipo de diagnóstico com variáveis sociodemográficas e clínicas (n=236).

	DIAGNÓSTICO		Valor de p
	NORMOTÍPICO n (%)	NEUROTÍPICO n (%)	
Sexo			1,000*
Masculino	78 (50,0)	78 (50,0)	
Feminino	40 (50,0)	40 (50,0)	
Idade			<0,001*
até 5 anos	35 (100,0)	0 (0,0)	
de 6 a 11 anos	73 (52,1)	67 (47,9)	
acima de 11 anos	10 (16,4)	51 (83,6)	

RENDA FAMILIAR			0,025*
ATÉ 1 SM	49 (41,5%)	69 (58,5%)	
1 A 2 SM	62 (57,4%)	46 (42,6%)	
3 A 4 SM	7 (70,0%)	3 (30,0%)	
ESCOLARIDADE MAE			0,040*
ATÉ 8 ANOS	27 (65,9%)	14 (34,1%)	
ENTRE 8 E 12 ANOS	65 (44,2%)	82 (55,8%)	
ACIMA DE 12 ANOS	26 (54,2%)	22 (45,8%)	
Já foi ao dentista			1,000*
Sim	116 (50,0%)	116 (50,0%)	
Não	2 (50,0%)	2 (50,0%)	
Comunicação			<0,001*
Verbal	118 (63,8)	67 (36,2)	
Não Verbal	0 (0,0)	17 (100,0)	
Ambas	0 (0,0)	34 (100,0)	
Reside com os pais			0,577*
Sim	78 (48,8)	82 (51,2)	
Não	40 (52,6)	36 (47,4)	
Experiência de cárie			<0,001*
sem experiência	33 (28,7%)	82 (71,3%)	
com experiência	85 (70,2%)	36 (29,8%)	
Total	118 (50,0)	118 (50,0)	
	Mediana (Valor mínimo e máximo)	Mediana (Valor mínimo e máximo)	
Senso de coerência	46 (30-60)	46 (32-59)	0,984**

*Teste Qui-quadrado; Teste Mann-Whitney

A média de idade da amostra foi de 9,14 (DP $\pm 2,9$) anos. A maioria dos participantes em ambos os grupos é do sexo masculino. Em relação a renda familiar, no grupo caso, 42,6% dos participantes apresentaram renda de 1 a 2 salários mínimos, enquanto no grupo controle essa porcentagem foi de 57,4%.

Os valores médios dos escores do SOC dos cuidadores no grupo caso variaram entre 32 e 59, enquanto no grupo controle variaram entre 30 e 60. A mediana do SOC nos dois grupos foi semelhante, com valor de 46 pontos.

Nas tabelas 2 e 3 evidenciam a análise descritiva dos hábitos odontológicos dos participantes.

TABELA 2: Perfil dos hábitos comportamentais de higiene bucal e dieta das crianças e adolescentes (n=236).

	n	%
Quando a criança começou a usar creme dental		
6 meses	91	38,6
"7 meses a 1 ano"	114	48,3
2 anos	6	2,5
> 2 anos	2	0,8
Não lembra	23	9,7
Qual era o creme dental		
Infantil sem flúor	76	32,2
Infantil com flúor	121	51,3
Adulto	16	6,8
Não sabe/Não lembra	23	9,7
Quando começou a limpar a boca da criança		
Antes dos dentes	196	83,1
Depois dos dentes	38	16,1
Quando percebeu dentes cariados	2	0,8
Quantas vezes a criança escova os dentes por dia		
0	3	1,3
1	27	11,4
2	119	50,4
3 ou mais	87	36,9
5	0	0,0
Quem escova os dentes da criança rotineiramente		
Mãe	53	22,5
Pai	4	1,7
Babá	2	0,8
Criança	109	46,2
Criança + adulto	67	28,4
Outro	1	0,4
Come guloseimas entre as refeições		
Sempre	54	22,9
Às vezes	125	53,0
Não	56	23,7
(não mostra)	1	0,4
Sangramento gengival após escovação		
Sim	53	22,5
Não	172	72,9
Não prestou atenção	11	4,7
Seu filho já foi no dentista		
Sim	232	98,3
Não	4	1,7
Se sim quando foi a última consulta		
Não foi	4	1,7
Menos de 6 meses	212	89,8
Entre 6 meses e 1 ano	16	6,8
Há mais de 1 ano	4	1,7
outro	5	2,1
Qual a frequência da ingestão de guloseimas		
Diariamente	65	27,5
3 a 5 vezes por semana	35	14,8
1 a 2 vezes por semana	68	28,8
Raramente	54	22,9
Não ingere	14	5,9
TOTAL	236	100

TABELA 3: Perfil clínico odontológico das crianças e adolescentes (n=236)

	n	%
Tipo de trauma		
sem trauma	202	85,6
fratura em esmalte	22	9,3
fratura em esmalte e dentina	11	4,7
fratura com exposição pulpar	1	0,4
presença de bruxismo		
sim	59	25,0
não	177	75,0
Má oclusão		
sim	82	34,7
não	154	65,3
apinhamento ou espaçamento na região de incisivos		
normal	94	39,8
apinhamento	59	25,0
espaçamento	83	35,2
overjet normal, aumentada, negativa, mordida aberta anterior		
overjet normal	169	71,6
overjet aumentada	29	12,3
overjet negativa	19	8,1
mordida aberta anterior	19	8,1
Relação molar ant-post		
classe I	150	63,6
classe II	38	16,1
classe III	16	6,8
plano terminal reto	3	1,3
degrau mesial	23	9,7
degrau distal	6	2,5
Experiência de cárie nos dentes decíduos e permanentes		
ausência de experiência de cárie	115	48,7
presença de cárie	121	51,3
TOTAL	236	100,0

TABELA 4: Mediana do escore SOC obtida da amostra e das variáveis independentes (n=236)

	Mediana (valor mínimo - máximo)	Valor de p
Diagnóstico		0,983*
NORMOTÍPICO	46,0 (30 - 60)	
NEUROTÍPICO	46,0 (32 - 59)	
Sexo		0,077*
Masculino	45,0 (30-59)	
Feminino	47,0 (30 -60)	
Renda Familiar		0,001**
Sem renda fixa	42,0 (34-54)	
Benefício Social	44,0 (31-59)	
<1	46,5 (38-47)	
1 a 2	47,0 (30-59)	
3 a 4	52,5 (42-60)	
Escolaridade da Mãe		0,008**
Até 4	39,0 (34-43)	
4 a 8	46,0 (31-59)	
8 a 12	45,0 (30-59)	
Universitária	49,0 (34-60)	
Escolaridade do Pai		0,066**
Até 4	43,0 (39-46)	
4 a 8	44,0 (31-59)	
8 a 12	46,0 (30-59)	
Universitário	49,0 (33-60)	
Não Sabe	44,0 (32-59)	
Reside com Pai e Mãe		0,206*
Sim	46,0 (30-60)	
Não	45,0 (32-59)	
Quem cuida da criança		0,012**
Mãe	45,0 (30-60)	
Avó	48,0 (44-53)	
Vizinho	50,0 (50-50)	
Pai	51,0 (43-55)	
Comunicação		0,889**
Verbal	46,0 (30-60)	
Não verbal	46,0 (35-58)	
Ambas	46,0 (32-57)	
Seu filho já foi ao Dentista		0,926*
Sim	46,0 (30-60)	
Não	44,5 (37-57)	
Tipo de trauma dentário		0,046**
Sem trauma	46,0 (30-59)	
Fratura em esmalte	45,0 (30-60)	
Fratura em esmalte e dentina	40,0 (34-49)	
Fratura com exposição pulpar	42,0 (42-42)	
Presença de bruxismo		0,765*
Sim	46,0 (30-59)	
Não	46,0 (30-60)	
Má-oclusão		0,172*
Sim	44,5 (30-59)	
Não	46,5 (30-60)	
Número de incisivos, caninos e pré-molares perdidos		0,193**
Nenhum	46,0 (30-60)	

1	40,5 (36-47)	
2 ou mais	42,0 (42-42)	
Apinhamento ou espaçamento na região de incisivo		0,083**
Normal	45,0 (30-59)	
Apinhamento	43,0 (30-60)	
Espaçamento	47,0 (30-59)	
overjet normal, aumentada, negativa, mordida aberta anterior		0,129**
overjet normal	46,0 (30-60)	
overjet aumentada	46,0 (32-59)	
overjet negativa	44,0 (36-59)	
Mordida aberta anterior	43,0 (30-53)	
Relação molar ant-post		0,326**
Classe I	46,0 (32-60)	
Classe II	46,5 (30-59)	
Classe III	43,0 (34-59)	
Plano terminal reto	52,0 (50-53)	
Degrau mesial	44,0 (30-55)	
Degrau distal	46,5 (33-55)	
Experiencia cárie		0,034*
Sem experiencia	47,0 (30-59)	
Com experiencia	45,0 (30-60)	

*Teste Mann-Whitney; **Teste Kruskal-Wallis

Na tabela 4 em uma análise univariada as medianas do SOC dos neurotípicos e normotípicos foram iguais sendo $p=0,983$. Houve diferença entre as medianas do senso de coerência para as variáveis independentes: renda familiar ($p=0,001$), escolaridade da mãe ($p=0,008$), quem cuida da criança ($p=0,012$), tipo de trauma ($p=0,046$) e para experiência de cárie ($p=0,034$) e estas foram selecionadas para análise multivariada para comprovar se existia fatores confundidores.

As medianas dos escores do SOC dos cuidadores nos grupos caso e controle foram semelhantes. Além disso, não foi observada diferença estatisticamente significativa na mediana do escore SOC entre os cuidadores de crianças com e sem experiência de cárie (RP=1,0 IC95%=0,9-1,1).

TABELA 5: Análise multivariada da associação entre o escore SOC e as variáveis independentes (n=236)

	RP _{nãoajust} (IC95%)	Valor de p	RP _{ajust} (IC95%)	Valor de p
Diagnóstico				
NORMOTÍPICO	0,8 (0,9-1,0)	0,804	1,0 (0,9-1,1)	0,848
NEUROTÍPICO	1		1	
Sexo				
Feminino	1,0 (0,9-1,1)	0,086	-	
Masculino	1			
Renda Familiar				
3 a 4	1,2 (1,1-1,3)	<0,001	1,2 (1,1-1,3)	0,002
1 a 2	1,1 (0,9-1,2)	0,081	1,0 (0,9-1,2)	0,155
< 1	1,0 (0,9-1,1)	0,464	1,0 (0,9-1,1)	0,634
Benefício social	1,0 (0,9-1,1)	0,563	1,0 (0,9-1,1)	0,440
Sem renda fixa	1		1	
Escolaridade da Mãe				
Universitário	1,2 (1,1-1,3)	<0,001	1,2 (1,1-1,3)	0,001
8 a 12	1,2 (1,1-1,3)	0,001	1,1 (1,1-1,2)	0,001
4 a 8	1,2 (1,1-1,3)	0,001	1,2 (1,1-1,3)	0,001
Até 4	1		1	
Quem cuida da criança				
pai	1,1 (1,1-1,2)	<0,001	1,1 (1,1-1,2)	0,004
vizinho	1,1 (1,1-1,2)	<0,001	1,1 (1,1-1,2)	0,008
avó	1,1 (1,1-1,2)	0,001	1,1 (1,1-1,2)	0,002
mãe	1		1	
Tipo de Trauma				
Sem trauma	0,9 (0,8-0,9)	<0,001	1,1 (1,1-1,2)	0,043
Fratura em esmalte	0,8 (0,8-0,9)	0,001	1,0 (0,9-1,1)	0,470
Fratura em esmalte e dentina	0,9 (0,8-1,0)	0,275	0,9 (0,8-1,0)	0,620
Fratura com exposição pulpar	1		1	
Má-oclusão				
Sim	1,0 (0,9-1,0)	0,975	-	
Não	1			
Experiencia carie				
Com experiencia	1,1 (1,1-1,2)	0,023	1,0 (0,9-1,1)	0,089
Sem experiencia	1		1	

Variáveis em negrito correspondem àquelas com valores de p <0,05 no modelo final. RP_{adj.}: Razão de prevalência ajustada. IC 95%: Intervalo de confiança de 95%.

Os pais ou cuidadores das crianças e adolescentes com renda familiar de 3 a 4 salários-mínimos possuem maior senso de coerência (RP=1,2 IC95%=1,1-1,3) que os menores que um salário (RP=1,0 IC95%=0,9-1,1). A regressão também mostrou que as mães que possuem mais de 4 anos de estudos formais possuem maior senso de coerência (RP=1,2 IC95%=1,1-1,3) que as mães com menos de 4 anos de estudos formais.

Houve maior senso de coerência encontrado em pai (RP=1,1 IC95%1,1-1,2), vizinho (RP=1,1 IC95%1,1-1,2) e avó (RP=1,1 IC95%1,1-1,2) quando comparada a mãe. E os pais ou cuidadores das crianças e adolescentes que não tinham relatado trauma dentário apresentaram maior senso de coerência (RP=1,1 IC95%=1,1-1,2) quando comparada aos que sofreram fratura com exposição pulpar.

4. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo de caso-controle a avaliar os fatores que influenciam o senso de coerência dos pais ou cuidadores de crianças e adolescentes com deficiência intelectual e relacionar às condições de saúde bucal das crianças sob seu cuidado.

A saúde bucal é um componente importante da saúde geral, existindo uma potente relação entre o SOC, percepção de saúde e qualidade de vida geral ^{32,33}. O presente estudo mostrou que não houve diferença entre as medianas do SOC dos cuidadores dos

indivíduos com deficiência e dos normotípicos, e que o SOC destes não teve uma associação significativa com a experiência de cárie dos participantes. Na análise multivariada ajustada, a experiência de cárie não foi fator explicativo para o SOC. Isso pode ser explicado pelo fato da boa qualidade da assistência à saúde que os pais dos pacientes com DI recebem no Centro Integrado de Educação Especial (CIES) e do bom acompanhamento em saúde bucal que estes recebem neste centro de referência. A educação em saúde bucal tem impactos positivos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de indivíduos com deficiência ^{34,35,36}.

Há estudos que avaliaram a associação entre baixos níveis de SOC e maiores índices de experiência de cárie dentária ^{7,30}. No entanto, outros estudos apreciaram que não houve associação significativa entre altos níveis de SOC e menor ocorrência de cárie ^{9,38}. Essa disparidade pode ser atribuída às diferenças nas escalas de SOC utilizadas e às diferentes faixas etárias dos participantes nos estudos. É importante considerar que os instrumentos utilizados para avaliar o SOC podem variar em termos de abordagem e sensibilidade. Por esse motivo neste estudo foi utilizada a escala SOC adaptada transculturalmente e implementada um grupo caso de pacientes com DI, que não havia sido abordado na literatura. Além disso, a relação entre o SOC e a ocorrência de cárie pode ser influenciada por fatores

específicos de cada faixa etária, como hábitos de higiene bucal, dieta e acesso aos cuidados odontológicos ^{39,40}.

Além da experiência de cárie, as condições socioeconômicas também estão associadas ao senso de coerência (SOC) ^{16,41}. No Brasil, 16,9% da população é beneficiada por programas de transferência de renda demonstrando as grandes desigualdades socioeconômicas que o país enfrenta. Neste estudo, no grupo caso 42,4% da amostra recebem um salário mínimo do benefício de prestação continuada (BPC), e observou-se que os cuidadores com condições socioeconômicas superiores, com renda de três a quatro salários mínimos, apresentaram níveis mais altos de SOC (RPa=1,2, IC95%=1,1-1,3) em comparação com aqueles sem renda fixa. Níveis de renda semelhantes foram associados a pontuações mais elevadas de SOC. Esses resultados estão em consonância com estudos anteriores que expressaram a influência das condições econômicas nos cuidados com a saúde. ^{41,42,43}.

Ao considerar a relação entre SOC, condições socioeconômicas e saúde bucal, é fundamental reconhecer que fatores contextuais desempenham um papel significativo na saúde bucal e na qualidade de vida ^{44,45}. O acesso a recursos financeiros garante uma estabilidade que pode influenciar positivamente o SOC dos cuidadores, o que, por sua vez, pode afetar no cuidado em saúde bucal e promover melhores resultados de saúde ⁴⁶. Portanto, intervenções e políticas que visam melhorar as condições socioeconômicas podem ter um impacto positivo no SOC

e, conseqüentemente, na saúde bucal e no bem-estar geral da população.

Existem estudos que confirmam a relação entre um alto SOC e níveis mais elevados de escolaridade dos cuidadores ^{41,52}, corroborando com os resultados desta pesquisa. Foi observado que crianças e adolescentes, cujas mães possuíam mais de quatro anos de estudos formais, apresentavam um SOC mais elevado em comparação com os demais. Esses achados são consistentes com a teoria do SOC, a qual postula que a compreensão e a capacidade de enfrentar os desafios da vida estão relacionados à percepção de um mundo previsível, compreensível e significativo ⁴. A educação formal pode desempenhar um papel importante na elaboração dessa percepção, fornecendo às mães as ferramentas cognitivas e as habilidades necessárias para ajudar seus filhos a desenvolverem uma boa qualidade de vida.^{37,47,48}

O SOC de cuidadores de crianças e adolescentes que não apresentavam trauma dentário tiveram um maior SOC (RP=1,1; IC95%=1,1-1,2) do que aqueles indivíduos com fratura e exposição pulpar. Não foi encontrada literatura que associe diretamente o trauma e o SOC em pacientes com DI. No entanto, existe um estudo ⁴⁷, que avaliou o SOC e trauma em pré-escolares e este considerou que cuidadores com SOC mais alto foram considerados fatores de proteção para uma melhor OHRQol das crianças. Considerando que o trauma é mais comum em crianças e adolescentes envolvidos em atividades esportivas, brincadeiras de contato e alta

velocidade, é justificável que esses eventos ocorram com mais frequência em grupos de indivíduos normotípicos.⁷

É importante ressaltar que o senso de coerência é um construto psicológico que envolve a percepção de um mundo compreensível, previsível e significativo ⁷. Embora não haja uma relação direta estabelecida entre trauma e o SOC, é possível que a ocorrência de trauma tenha um impacto negativo no SOC dos cuidadores, uma vez que a lesão e o tratamento associado podem gerar estresse e preocupação.

No entanto, é importante destacar que este estudo aborda uma lacuna na literatura existente e ressalta a necessidade de mais pesquisas para investigar a possível relação entre traumas dentário e senso de coerência. Compreender como esses fatores se relacionam podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes no contexto odontológico, especialmente para grupos de indivíduos com características que predispõem a maior risco de trauma, como indivíduos com overjet aumentado.

Neste estudo foi realizado o pareamento por sexo tornando-se justificado devido a associação de um maior índice de cárie no sexo masculino quando comparado ao sexo feminino. Esta associação pode ser explanada devido a ação cultural, as mulheres se cuidam mais e buscam atendimento de forma preventiva rotineiramente repassando essas características aos seus filhos^{3,29}. Neste estudo também foi realizado pareamento por

frequência de visita ao Dentista sendo justificado por vários estudos ^{10,40} que observaram uma associação significativa entre o maior SOC e as melhores condições de saúde bucal. As frequentes visitas aos consultórios odontológicos e uma boa acolhida faz com que os indivíduos percam o receio do ambiente e se sintam mais seguros e confiantes durante o tratamento odontológico, podendo ainda se tornar fator de proteção contra cárie principalmente em pacientes que possuem algum tipo de deficiência ⁵⁰.

As descobertas deste estudo devem ser analisadas com cautela devido a amostra ser de conveniência e devido às limitações dos estudos de caso-controle como os possíveis fatores de confusão e ausência de determinação de frequências. A comparação deste trabalho com os demais da literatura se torna difícil devido à falta de estudos do parâmetro SOC em indivíduos com deficiência intelectual. Além disso, a maioria dos estudos com essa população não diferencia os tipos de deficiência devido a um grande número de associação de diagnósticos de PC, TEA, SD, microcefalia entre outros ⁵¹.

Portanto, é necessário realizar pesquisas adicionais para compreender melhor a relação entre o SOC e a saúde bucal de pacientes com deficiência intelectual, levando em consideração os diferentes instrumentos de avaliação e as características da população em estudo.

Esses estudos podem contribuir para uma compreensão mais abrangente dos fatores que afetam a saúde oral e a qualidade de vida desses indivíduos e auxiliar no planejamento de estratégias e políticas de prevenção, estimulando campanhas de conscientização sobre a importância de aumentar o SOC dos pais e cuidadores e conseqüentemente aumentar a qualidade de vida relacionada a saúde bucal dos seus filhos.

5. CONCLUSÃO

Neste estudo os fatores que influenciaram no senso de coerência foram o nível de escolaridade da mãe, as condições econômicas dos cuidadores e o traumatismo dentário. Não foram encontradas diferenças significativas entre o senso de coerência dos cuidadores de crianças e adolescentes com Deficiência Intelectual e dos sem a condição em relação a experiência de cárie.

REFERÊNCIAS

1. Silva RM, Jorge MSB, Junior AGS. Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde. 1. ed. Fortaleza. Eduece; 2015. 548 p
2. Antonovsky, Aaron. O modelo salutogênico como teoria para orientar a promoção da saúde. Promoção da saúde internacional, v. 11, n. 1, pág. 11-18, 1996.
3. Dorri M, Sheiham A, Watt RG. Modelling the factors influencing general and oral hygiene behaviours in adolescents. Int J Paediatr Dent. 2010 Jul;20(4):261-9.
4. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc Sci Med. 1993; 36: 725-733.
5. Massena, João Ricardo Hass. "Associação entre senso de coerência e qualidade de vida em indivíduos de 50 a 74 anos." (2015): 64-64.
6. Rosa DP. Relação entre o senso de coerência materno e os comportamentos em saúde bucal de pré-escolares. Tese (Doutorado em Odontologia). Pelotas: Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Pelotas; 2018. 55 p.
7. Bonanato K, Branco DBT, Mota JPT et al. Transcultural adaptation and psychometric properties of the 'Sense of Coherence Scale' in mothers of preschool children. R Interam Psicol 2009; 43: 144-153.
8. Pisula E, Kossakowska Z. Sense of coherence and coping with stress among mothers and fathers of children with autism. J Autism Dev Disord. 2010 Dec;40(12):1485-94.
9. Lage CF, Fulgencio LB, Corrêa-Faria P, Serra-Negra JM, Paiva SM, Pordeus IA. Association between dental caries experience and sense of coherence among adolescents and mothers. Int J Paediatr Dent. 2017 Sep;27(5):412-419.
10. Perazzo MF, Gomes MC, Neves ÉT, Martins CC, Paiva SM, Granville-Garcia AF. Oral health-related quality of life and sense of coherence regarding the use of dental services by preschool children. Int J Paediatr Dent. 2017 Sep;27(5):334-343.
11. Carlén K, Suominen S, Lindmark U, Saarinen MM, Aromaa M, Rautava P, Sillanpää M. Sense of coherence predicts adolescent mental health. J Affect Disord. 2020 Sep 1; 274:1206-1210.

12. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Censo demográfico. Rio de Janeiro. p.1-215. 2010
13. World Health Organization. Chapter V: mental retardation (F70-F79). The ICD10. Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 10th revision, edition 2010.
14. Abanto J, Tsakos G, Paiva SM, Raggio DP, Celiberti P, Goursand D, Bönecker M. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian version of the Scale of Oral Health Outcomes for-5-year-old children (SOHO-5). *Health Quality Life Outcomes* 2013;11: 16.
15. Diniz MB, Guaré RO, Ferreira MCD, Santos MTBR. Does the classification of cerebral palsy influence caries experience in children and adolescents? *Brazilian J Oral Sci.* 2015;14:46-51.
16. Makkar A, Indushekar KR, Saraf BG, Sardana D, Sheoran N. A cross sectional study to evaluate the oral health status of children with intellectual disabilities in the National Capital Region of India (Delhi-NCR). *J Intellect Disabil Res.* 2019 Jan;63(1):31-39. doi: 10.1111/jir.12553. Epub 2018 Oct 18. PMID: 30338591.
17. Lacerda VR de, Pontes ERJC, Queiroz CL. Relação entre senso de coerência materno, condições socioeconômicas e percepção da saúde bucal. *Estudos de Psicologia (Campinas)* 2012, v. 29, n. 2.
18. Gugala B, Penar-Zadarko B, Pięciak-Kotlarz D, Wardak K, Lewicka-Chomont A, Futyma-Ziaja M, Opara J. Assessment of Anxiety and Depression in Polish Primary Parental Caregivers of Children with Cerebral Palsy Compared to a Control Group, as well as Identification of Selected Predictors. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Oct 29;16(21):4173.
19. Silva AM, Nogueira BR, Leal TAC, Prado Jr RR, Mendes RF. Physiological and Behavioral Manifestations of Children and Teenagers with Down Syndrome During the Dental Appointment: A Comparative Cross-Sectional Study. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 20, p. 20. e. 4658. 2020.
20. James JM, Puranik MP, Sowmya K. R. O senso de coerência das mães como preditor da qualidade de vida relacionada à saúde bucal entre crianças pré-escolares: um estudo

- transversal. *J Indian Assoc Public Health Dent.* 2017; 15: 11-6.
21. Taghian, Mehdi, Sadri, Lily, Hali, Haleh, Musazadeh, Mahmoud, Zareian Jahromi, Aida. Investigando a relação entre o senso de coesão das mães e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças de 3 a 5 anos encaminhadas à Touba Clinic em Sari, 1398. *Journal of Mashhad Dental School.* 1398; 43 (4): 378-386.
 22. Shah A, Singh S, Ajithkrishnan CG, Kariya PB, Patel H, Ghosh A. Caregiver's Sense of Coherence: A Predictor of Oral Health-Related Behaviors of Autistic Children in India. *Contemp Clin Dent.* 2019 Apr-Jun;10(2):197-202.
 23. Teixeira SA, Santos PCM, Carneiro TCB, Paiva SM, Valadares ER, Borges-Oliveira AC. Mother's sense of coherence and dental characteristics in children and adolescents with osteogenesis imperfecta: A paired study. *Spec Care Dentist.* 2021 Mar;41(2):170-177.
 24. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. Das Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE-) Statement: Leitlinien für das Berichten von Beobachtungsstudien. *Internist (Berl).* 2008;49(6):688- 93.
 25. World Health Organization. Oral health surveys. Basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
 26. Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L (eds). *Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth*, 4th edn. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2007.
 27. Lobbezoo F et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. *J of Oral Rehabilitation* 2013; 40(1):2-4. doi: 10.1111/joor.12011.
 28. Angle, E. H. Classification of malocclusion. *Dental Cosmos* 41, 248-264 (1899).
 29. Ningrum, V., Wang, WC., Liao, HE. e outros Um estudo de odontologia de necessidades especiais de indivíduos institucionalizados com deficiência intelectual no oeste de Sumatra, Indonésia. *Sci Rep* 10 , 153 (2020).
 30. Freire MCM, Sheiham A, Hardy R. Adolescents' sense of coherence, oral health status and oral health related behaviors. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001; 29: 204-212.

31. IBM Corp. Lançado em 2011. IBM SPSS Statistics para Windows, Versão 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
32. Bauer GF, Roy M, Bakibinga P, Contu P, Downe S, Eriksson M, Espnes GA, Jensen BB, Juvinya Canal D, Lindström B, Mana A, Mittelmark MB, Morgan AR, Pelikan JM, Saboga-Nunes L, Sagy S, Shorey S, Vaandrager L, Vinje HF. Future directions for the concept of salutogenesis: a position article. *Health Promot Int*. 2020 Apr 1;35(2):187-195.
33. Fernandes IB, Costa DC, Coelho VS, Sá-Pinto AC, Ramos-Jorge J, Ramos-Jorge ML. Association between sense of coherence and oral health-related quality of life among toddlers. *Community Dent Health*. 2017 Mar;34(1):37-40.
34. de Castelo Branco Araújo T, Nogueira BR, Mendes RF, Júnior RRP. Oral health-related quality of life in children and adolescents with cerebral palsy: paired cross-sectional study. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2022 Jun;23(3):391-398. doi: 10.1007/s40368-022-00694-x. Epub 2022 Feb 6. PMID: 35124753.
35. de Almeida JS, Fernandes RF, Andrade ÁCB, Almeida BDC, Amorim ANDS, Lustosa JHDCM, Mendes RF, Prado Júnior RR. Impact of dental treatment on the oral health-related quality of life of children and adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Spec Care Dentist*. 2021 Nov;41(6):658-669. doi: 10.1111/scd.12618. Epub 2021 May 27. PMID: 34043844.
36. Baskaradoss JK, AlSumait A, Behbehani E, Qudeimat MA. Association between the caregivers' oral health literacy and the oral health of children and youth with special health care needs. *PLoS One*. 2022 Jan 27;17(1):e0263153. doi: 10.1371/journal.pone.0263153. PMID: 35085332; PMCID: PMC8794213.
37. Weckwerth SA, Weckwerth GM, Ferrairo BM, Chicrala GM, Ambrosio AM, Toyoshima GH, Bastos JR, Pinto EC, Velasco SR, Bastos RS. Parents' perception of dental caries in intellectually disabled children. *Spec Care Dentist*. 2016 Nov;36(6):300-306. doi: 10.1111/scd.12191. Epub 2016 Jul 15. PMID: 27420288.
38. Holde GE, Baker SR, Jönsson B. Periodontitis and quality of life: What is the role of socioeconomic status, sense of coherence, dental service use and oral health practices? An exploratory theory-guided analysis on a Norwegian population. *J Clin Periodontol*. 2018 Jul;45(7):768-779. doi: 10.1111/jcpe.12906. Epub 2018 Jun 19. PMID: 29681132.

39. Elyasi M, Abtahi M, Kornerup I, Amin M. Impact of Parents' Sense of Coherence on Children's Oral Health-Related Behaviors and Dental Caries Experience among Newcomers. *J Health Care Poor Underserved*. 2021;32(1):423-434. doi: 10.1353/hpu.2021.0032. PMID: 33678705.
40. Hsiao SY, Chen PH, Huang SS, Yen CW, Huang ST, Yin SY, Liu HY. Dental Treatment Needs and Related Risk Factors among School Children with Special Needs in Taiwan. *J Pers Med*. 2021 May 23;11(6):452. doi: 10.3390/jpm11060452. PMID: 34071021; PMCID: PMC8224663.
41. Mizuta A, Aida J, Nakamura M, Ojima T. Does the Association between Guardians' Sense of Coherence and their Children's Untreated Caries Differ According to Socioeconomic Status? *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 3;17(5):1619. doi: 10.3390/ijerph17051619. PMID: 32138204; PMCID: PMC7084832.
42. Soares TRC, Lenzi MM, Leite IM, Muniz Loureiro J, Leão ATT, Pomarico L, Neiva da Silva A, Risso PA, Vettore MV, Maia LC. Oral status, sense of coherence, religious-spiritual coping, socio-economic characteristics, and quality of life in young patients. *Int J Paediatr Dent*. 2020 Mar;30(2):171-180. doi: 10.1111/ipd.12594. Epub 2019 Nov 29. PMID: 31710730.
43. Davoglio RS, Fontanive VN, Oliveira MMC, Abegg C. Sense of coherence and impact of oral health on quality of life in adults and elderly in Southern Brazil. *Cien Saude Colet*. 2020 Mar;25(4):1491-1498. doi: 10.1590/1413-81232020254.31652017. Epub 2018 Aug 4. PMID: 32267449.
44. Ruy Carneiro NC, Duda Deps T, Campos França E, Ribeiro Valadares E, Almeida Pordeus I, Borges-Oliveira AC. Oral health of children and adolescents with mucopolysaccharidosis and mother's Sense of Coherence. *Spec Care Dentist*. 2017 Sep;37(5):223-229. doi: 10.1111/scd.12238. Epub 2017 Oct 8. PMID: 28988413.
45. Cui, S.; Akhter, R.; Yao, D.; Peng, X.-Y.; Feghali, M.-A.; Chen, W.; Blackburn, E.; Martin, E.F.; Khandaker, G. Risk Factors for Dental Caries Experience in Children and Adolescents with Cerebral Palsy—A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 8024. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138024>
46. Asiri FYI, Tennant M, Kruger E. Oral Health Status, Oral Health Behaviors, and Oral Health Care Utilization

- among Persons with Disabilities in Saudi Arabia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 11;19(24):16633. doi: 10.3390/ijerph192416633. PMID: 36554514; PMCID: PMC9778877.
47. Tabakcilar D, Peker K, Yilmaz DO, Kasimoglu Y, Tuna-Ince EB, Gencay K, Seymen F. Evaluation of the predictors of oral health-related quality of life among 3-5-year-old children with dental trauma. *Braz Oral Res*. 2023 Jan 16;36:e140. doi: 10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0140. PMID: 36651387.
48. Liu Z, Yu D, Luo W, Yang J, Lu J, Gao S, Li W, Zhao W. Impact of oral health behaviors on dental caries in children with intellectual disabilities in Guangzhou, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2014 Oct 22;11(10):11015-27. doi: 10.3390/ijerph111011015. PMID: 25340906; PMCID: PMC4211020.
49. Zhou N, Wong HM, McGrath C. Oral health and associated factors among preschool children with special healthcare needs. *Oral Dis*. 2019 May;25(4):1221-1228. doi: 10.1111/odi.13057. Epub 2019 Feb 21. PMID: 30725497.
50. Zahran SS, Bhadila GY, Alasiri SA, Alkhashrami AA, Alaki SM. Access to dental care for children with special health care needs: a cross-sectional community survey within Jeddah, Saudi Arabia. *J Clin Pediatr Dent*. 2023 Jan;47(1):50-57. doi: 10.22514/jocpd.2022.032. Epub 2023 Jan 3. PMID: 36627220.
51. Pini DM, Fröhlich PC, Rigo L. Oral health evaluation in special needs individuals. *Einstein (Sao Paulo)*. 2016 Oct-Dec;14(4):501-507. doi: 10.1590/S1679-45082016A03712. PMID: 28076597; PMCID: PMC5221376.
52. Anwar DS, Mohd Yusof MYP, Ahmad MS, Md Sabri BA. Family Influences on the Dental Caries Status of Children with Special Health Care Needs: A Systematic Review. *Children (Basel)*. 2022 Nov 29;9(12):1855. doi: 10.3390/children9121855. PMID: 36553300; PMCID: PMC977

APÊNDICE I

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA – MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PRPPG
Coordenadoria Geral de Pesquisa – CGP–CGP
Programa de Pós-graduação em Odontologia – PPGO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
(TCLE)

Prezado(a) Senhor(a)

O Senhor (a) e seu filho estão sendo convidado (a) para participar como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se autoriza a sua participação 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 esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar participar deste 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 a participação da pesquisa, você não será prejudicada de forma alguma. Se achar necessário qualquer outro tipo de esclarecimento, antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las com o pesquisador responsável pela pesquisa através do seguinte telefone do Professor Dr. Raimundo Rosendo Prado Júnior, telefone para contato: (86) 99929 7680. Se mesmo assim, as dúvidas ainda persistirem você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, CEP: 64049-550, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br; no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Esclarecemos mais uma vez que sua participação é voluntária, caso decida não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e o (os) pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

O projeto de pesquisa intitulado: **ASSOCIAÇÃO ENTRE O SENSO DE COERÊNCIA DO CUIDADOR E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE INDIVÍDUOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL** tem por objetivo analisar a relação entre o senso de coerência do cuidador principal e os comportamentos em saúde bucal de pessoas com deficiência intelectual. O estudo será realizado com pacientes com vínculo ativo no CIES na cidade de Teresina-PI e você responderá a um questionário sobre o Senso

de coerência, sobre dados sociodemográficos e hábitos relacionados a saúde oral. Se você concordar participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador e a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar os dados do estudo. Aos participantes serão dadas orientações em saúde bucal e acompanhamento clínico. Os resultados deste estudo estarão à sua disposição e os dados obtidos ficarão arquivados pela pesquisadora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Em qualquer parte do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para estabelecimento de eventuais dúvidas. As famílias não receberão nenhuma forma de pagamento e caso queira retirar o consentimento a qualquer momento tem todo o direito de fazer, sem acarretar qualquer tipo de penalidade. Quanto aos riscos, a pesquisa poderá causar algum constrangimento no momento de responder algumas perguntas que retomem a memória eventos dolorosos vivenciados durante a rotina diária, mas pode ser contornado pela ausência do contato direto com o pesquisador, visto que o questionário do Senso de coerência (SOC) é autoaplicável. Este estudo tem como benefícios o empoderamento dessas famílias em relação aos cuidados com a higiene oral e o reforço das orientações educativas em relação ao autocuidado da saúde bucal com relação aos benefícios, é importante que se avalie o impacto do senso de coerência dos cuidadores na saúde bucal das crianças e adolescentes para que condutas suportadas em evidências científicas sejam adotadas. Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Raimundo Rosendo Prado Júnior. Telefone para contato: (86) 99929 7680.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu _____ RG _____ CPF: _____, abaixo assinado, concordo que meu filho participe do estudo “**ASSOCIAÇÃO ENTRE O SENSO DE COERÊNCIA DO CUIDADOR E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE INDIVÍDUOS COM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL**”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Fui suficientemente informado (a) a respeito das informações que li. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local: _____ Data: / /

Nome e Assinatura do responsável

APÊNDICE II



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA – MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PRPPG
Coordenadoria Geral de Pesquisa – CGP–CGP
Programa de Pós-graduação em Odontologia – PPGO**

TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa com o nome de **“ASSOCIAÇÃO ENTRE O SENSO DE COERÊNCIA DO CUIDADOR E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE INDIVÍDUOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL”**

Queremos conhecer nessa pesquisa como está a saúde de seus dentes em busca de cárie, que é uma doença que causa problema nos dentes e causa dor, buscaremos também saber se você precisa orientação de higiene dos seus dentes e seu pai vai responder umas perguntas sobre seus dentes, e sua rotina. Esse exame que vamos fazer vai ajudar a tia dentista a conhecer melhor a boca das crianças e a tratar essas doenças que podem acontecer. A tia dentista ajuda o sorriso das pessoas a ficar ainda mais bonito e saudável, para que as pessoas vivam bem e felizes. Para isto, nós teremos que olhar os seus dentes e se a tia dentista encontrar algum problema, avisaremos aos seus cuidadores e você será tratado aqui, um lugar cheio de novidades que você vai adorar. Isso não vai doer nada e nem lhe incomodar, pois vamos fazer com todo o cuidado para não lhe machucar. Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá aceitar e assinar um termo de consentimento. Você não precisará pagar nada em dinheiro, nem receberá qualquer dinheiro em troca. Será explicado para você tudo que você não entender e é você que vai decidir se quer ou não participar. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Se você não quiser participar da pesquisa não é obrigado (a) e não vamos ficar zangados com você, seu tratamento com o dentista vai continuar sendo feito da mesma forma. Nós não vamos contar para ninguém se você participou ou não, seu nome não vai aparecer em lugar nenhum. Esta pesquisa apresenta risco mínimo, ou seja, o mesmo risco que você tem ao escovar os dentes, usar fio dental e mastigar alimentos, mas a tia vai ter o maior cuidado para que você não sinta dor. Assim, você vai ensinar seus cuidadores como eles devem cuidar de seus dentinhos. No final da pesquisa você poderá saber o que foi achado. São duas cópias desse termo, sendo que uma cópia será guardada pela tia e a outra será fornecida a você. O professor Dr. Raimundo Rosendo Prado Júnior é o responsável por esta pesquisa. Nós vamos deixar com seus cuidadores os números de nossos telefones para que se você tiver alguma dúvida eles nos liguem para explicarmos melhor o telefone para contato: (86) 999297680.

Eu, _____ portador
 (a) do documento de Identidade (se já tiver documento)

_____, fui informado(a) dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e tirei minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações, e o meu responsável poderá mudar a decisão de participar se ele quiser. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Os resultados encontrados nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmicos-científicos (divulgação em revistas e eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem a manter sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 01 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. E você terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido o acesso aos seus resultados.

Sem esse assim, as dúvidas ainda continuarem você pode pedir para seus cuidados e entrarem em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina – PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br; no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Esclarecemos mais uma vez que sua participação é voluntária, caso decida não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e o(s) pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento.

Esclareço ainda que você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente devido a sua participação neste estudo você poderá ser indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como lhe será garantido a assistência integral.

Local e data: _____

 Assinado(a) Menor

 Assinado Pesquisador
 Responsável

APÊNDICE III



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA – MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PRPPG
Coordenadoria Geral de Pesquisa – CGP–CGP
Programa de Pós-graduação em Odontologia – PPGO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Questionário relativo à criança/Adolescente No _____

1. Renda Familiar (Salário Mínimo): 1. Sem renda fixa 2. Benefício social 3. < 1 4. 1 a 2 4. 3 a 4 5. > 4
2. Escolaridade da mãe (anos de estudo): 1. Até 4 2. 4 a 8 3. 8 a 12 4. Universitário
3. Escolaridade do pai (anos de estudo): 1. Até 4 2. 4 a 8 3. 8 a 12 4. Universitário
4. A criança reside na mesma casa com o pai e a mãe? 1. Sim 2. Não
5. Quem cuida da criança? 1. Mãe 2. Avó 3. Vizinho 4. Outro _____
6. Principal forma de comunicação da criança: () 1. Verbal () 2. Não Verbal () 3. Ambas
7. Água Encanada (Águas de Teresina): 1. Sim 2. Não

SAÚDE BUCAL

8. Alguma queixa no momento em relação a saúde bucal da criança e do Adolescente? _____. Qual?
9. Quando a criança começou a usar creme dental? 1. 6 meses 2. 1 ano 3. 2 anos
4. > 2 anos 5. Não lembra
10. Qual era o creme dental? 1. Infantil sem flúor 2. Infantil com flúor 3. Adulto 4. Não sabe qual / Não lembra
11. Quando começou a limpar a boca da criança: 1. Antes dos dentes 2. Depois dos dentes
3. Quando percebeu dentes cariados
12. Quantas vezes a criança escova os dentes por dia? 1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 ou mais
13. Quem escova os dentes da criança rotineiramente? 1. Mãe 2. Pai 3. Babá 4. Criança 5. Criança +
Adulto 6. Outro
14. Come guloseimas entre as refeições (todos os dias): 1. Sempre 2. Às vezes 3. Não
15. Sangramento gengival após escovação: 1. Sim 2. Não 3. Não prestou atenção
16. Seu filho já foi no dentista? 1. Sim 2. Não
17. Se sim, quando foi à última consulta? 1. Menos de 6 meses 2. Entre 6 meses e 1 ano 3. Há mais de
1 ano
18. Motivo da última visita ao Dentista? 1. Prevenção 2. Restauração 3. Extração 4. Outro
19. Caso não frequente dentista, citar o motivo: _____
20. Qual a frequência de ingestão de guloseimas (Ex: Biscoito recheado, bala, achocolatado):
1. Diariamente 2. 3 a 5 vezes por semana 3. 1 a 2 vezes por semana 4. Raramente 5. Não ingere

APÊNDICE IV



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA – MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PRPPG
Coordenadoria Geral de Pesquisa – CGP-CGP
Programa de Pós-graduação em Odontologia – PPGO**

FICHA INDIVIDUAL DE EXAME No. _____ Data exame ____/____/____

EXAME BUCAL DO PARTICIPANTE

EXPERIÊNCIA DE CÁRIE E NECESSIDADE DE TRATAMENTO															
18	17	16	15/55	14/54	13/53	12/52	11/51	21/61	22/62	23/63	24/64	25/65	26	27	28
48	47	46	45/85	44/84	43/83	42/82	41/81	31/71	32/72	33/73	34/74	35/75	36	37	38

Nº dentes perm.: _____ Nº dentes hígidos: _____ C: _____ P: _____ O: _____ **CPO-d: _____**
 Nº dentes decíduos: _____ Nº dentes hígidos: _____ C: _____ E: _____ O: _____ **CEO-d: _____**

0: Sem necessidade 1: Rest. 1 superf. 2: est. 2 superf. 3: coroa 4: faceta estética 5: Trat. Pulpar e rest. 6: Extração
 7: Remineralização de mancha branca 8: Selante 9: Sem informação

PUFA: () Envolvimento pulpar () Ulceração () Fístula () Abscesso () Normal

PRESENÇA DE TRAUMA: () SIM () NÃO Tipo: _____ Dentes: _____

PROVÁVEL BRUXISMO (facetado de desgaste): () SIM () NÃO Dentes: _____

FLUOROSE: () SIM () NÃO Dentes: _____ Grau: _____

CONDIÇÃO DA OCLUSÃO DENTÁRIA (DAI):

DENTIÇÃO

Número de Incisivos, Caninos e Pré-molares perdidos.

ESPAÇO

Apinhamento na região de incisivos Espaçamento na região de incisivos Diastema em mm Desalinhamento maxilar ant. em mm Desalinhamento mandibular ant. em mm

OCCLUSÃO

Overjet max. ant. em mm Overjet mand. ant. em mm Mordida aberta vertical ant. em mm Relação molar ant.-post.

APÊNDICE V _ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O MESTRADO

- Qualificação do projeto de dissertação em novembro/2021
- Estágios:
 - ✓ Estágio docência durante 3 semestres na disciplina de Dentística I
- Apresentação de trabalhos científicos:
 - ✓ “PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À GENGVITE EM PRÉ-ESCOLARES” _ 38° Reunião Anual do SBPQO
 - ✓ SÍNDROME DE COFFIN-SIRIS E SUAS ALTERAÇÕES ODONTOLÓGICAS – RELATO DE CASO”_ 8° Congresso Internacional de Odontologia do Piauí – CIOPI
 - ✓ DENTES ECTÓPICOS EM PACIENTE COM SÍNDROME DE DOWN: RELATO DE CASO_ 8° Congresso Internacional de Odontologia do Piauí – CIOPI
- Co-autoria em trabalhos científicos:
 - ✓ “QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA FREQUENTADORAS DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO EM TERESINA.8° Congresso Internacional de Odontologia do Piauí – CIOPI
- Projetos de extensão:
 - ✓ Participação no projeto de extensão “Promoção de Saúde Bucal para Pacientes Especiais” (PROSBE) “ de Maio de 2022 a Abril de 2023
 - ✓ Participação no projeto de extensão “Terapia Pulpar Não Instrumental em Dentes Decíduos com Necrose Pulpar” de Outubro de 2022 a Janeiro de 2023
- Colaboração em orientação de iniciação científica:
 - ✓ Colaboração em orientação do projeto de ICV da aluna de graduação Taynara da Silva Soares
- Participação em bancas e comissões:
 - ✓ Membro da comissão organizadora da 8° Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPI (2021)
- Aulas ministradas:
 - ✓ Instrumentos Operatórios para preparos de cavidades – Aula teórica ministrada na disciplina de Dentística I (abril/2021)
 - ✓ Cavidade classe III – Aula teórica ministrada na disciplina de Dentística I (Março/2022)
 - ✓ Cavidade classe V (Maio/2022)
- Participação em congressos e cursos
 - ✓ III CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE SAÚDE PÚBLICA (ON-LINE) "A SAÚDE NO PÓS-PANDEMIA" 30 horas
 - ✓ XIX JORNADA ACADÊMICA DE ODONTOLOGIA DA UFPI 16 horas
 - ✓ 8° CONGRESSO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA DO PIAUÍ – CIOPI 32horas

APÊNDICE VI PRESS RELEASE _

Publicado 26/07/2023 – Jornal O Dia – Teresina-PI

ASSOCIAÇÃO ENTRE O SENSO DE COERÊNCIA DO CUIDADOR E A SAÚDE BUCAL DE INDIVÍDUOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL – ESTUDO CASO CONTROLE

Maria Suzana Oliveira Cruz – Aluna do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPI (PPGO- UFPI).

Raimundo Rosendo Prado Júnior – Professor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPI (PPGO- UFPI).

Uma pesquisa realizada no Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí (PPGO - UFPI) trouxe resultados animadores para pessoas com Deficiência Intelectual (DI). O estudo investigou fatores que influenciam o Senso de Coerência (SOC) dos pais e/ou cuidadores e avaliou a saúde bucal de indivíduos com DI em comparação com um grupo sem DI.

A Deficiência Intelectual é um transtorno de neurodesenvolvimento que pode acarretar limitação tanto no funcionamento intelectual quanto no desempenho adaptativo. O estudo envolveu 118 crianças/adolescentes com DI e 118 crianças/adolescentes sem DI (normotípicos) que frequentavam o Centro Integrado de Educação Especial (CIES) em Teresina-PI.

O Senso de Coerência (SOC) avaliou a capacidade adaptativa do cuidador em enfrentar desafios e viver de forma saudável, mesmo em situações de adversidade e estresse. O SOC é firmado por três componentes: a compreensão, em que os estímulos do meio intrínsecos e extrínsecos podem ser ordenados e explicados, a gerência que é a forma como esses estímulos são ordenados e a significância que é dar valor e aproveitar todos os desafios como uma boa oportunidade. O estudo revelou que não houve diferença significativa entre o SOC dos cuidadores dos indivíduos com DI e os cuidadores dos normotípicos.

Além disso, surpreendentemente, o SOC dos pais/cuidadores não apresentou associação significativa com a experiência de cárie das crianças e adolescentes. A explicação para esse resultado pode estar relacionada à qualidade do atendimento à saúde oferecido no Centro Integrado de Educação Especial (CIES) e ao acompanhamento eficiente da saúde bucal dos pacientes com DI neste centro de referência.

A educação em saúde bucal também se mostrou um fator essencial, trazendo efeitos positivos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de indivíduos com deficiência. Os centros especializados, como o CIES, desempenham um papel fundamental na vida e no desenvolvimento dessas famílias, proporcionando um ambiente de apoio e cuidado adequado.

Essas descobertas trazem esperança para famílias de pessoas com Deficiência Intelectual, mostrando a importância de centros solicitados e o símbolo da educação em saúde bucal como parte integrante do tratamento e cuidados desses indivíduos. O estudo destaca a necessidade contínua de investimento em políticas de cuidados públicos e adequados para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e suas famílias.

ANEXO I



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Associação entre o senso de coerência do cuidador e o comportamento em saúde bucal de indivíduos com deficiência intelectual

Pesquisador: Raimundo Rosendo Prado Júnior

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60832622.6.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.625.620

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 05 de Setembro de 2022

Assinado por:
Emidio Marques de Matos Neto
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI			
Bairro: Ininga		CEP: 64.049-550	
UF: PI	Município: TERESINA		
Telefone: (86)3237-2332	Fax: (86)3237-2332	E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br	

ANEXO II



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
 PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS E COMUNITÁRIOS – PRAEC
 Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Bloco 6, Teresina, Piauí, Brasil; CEP 64.049-550
 Telefone: (86) 3215-5960; Fax (86) 3215-5960.
 www.ufpi.br

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Maria de Fátima Macêdo,

responsável pela Direção do Centro Integrado de Educação Especial (CIES). Autorizo a realização do estudo “**Associação entre o senso de coerência dos pais e os comportamentos em saúde bucal de indivíduos com deficiência intelectual**” a ser conduzido junto aos pais de crianças e adolescentes com vínculo ativo no CIES pelos pesquisadores Maria Suzana Oliveira Cruz, cirurgiã-dentista e discente de pós-graduação em nível de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (UFPI) e Raimundo Rosendo Prado Júnior, professor do curso de graduação em odontologia e do programa de pós-graduação em odontologia (PPGO-UFPI).

Fui informada que o presente projeto de pesquisa será submetido para a aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP-UFPI) e as atividades iniciarão apenas quando o parecer final for emitido. Ademais, fui informada sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Teresina, 18 de Outubro de 2021.

Maria de Fátima Macêdo

Maria de Fátima Macêdo

Diretora do Centro Integrado de Educação Especial (CIES)
 Coordenadora pedagógica

Maria de Fátima Macêdo
 Diretora do CIES
 Port. GSE Nº 268/2020

ANEXO III

Professor Responsável



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
 PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS E COMUNITÁRIOS – PRAEC
 Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Bloco 6, Teresina, Piauí, Brasil, CEP 64 049-550
 Telefone: (86) 3215-5960, Fax (86) 3215-5960.
 www.ufpi.br

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Neusa Barros Dantas Neta,

responsável pela Coordenação do curso de Odontologia do Centro Universitário UniFacid-Wyden autorizo a realização do estudo “**Associação entre o senso de coerência dos pais e os comportamentos em saúde bucal de indivíduos com deficiência intelectual**” a ser conduzido junto aos pais de crianças e adolescentes atendidos na UniFacid pelos pesquisadores Maria Suzana Oliveira Cruz, cirurgiã-dentista e discente de pós-graduação em nível de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (UFPI) e Raimundo Rosendo Prado Júnior, professor do curso de graduação em odontologia e do programa de pós-graduação em odontologia (PPGO-UFPI).

Fui informada que o presente projeto de pesquisa foi aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP-UFPI). Ademais, fui informada sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Teresina, 05 de Outubro de 2022.

Professora Dra. Neusa Barros Dantas Neta

Coordenadora do Curso de Odontologia do Centro Universitário UniFacid-Wyden

Neusa Barros Dantas Neta
 Coord. do Curso de Odontologia
 UniFacid

ANEXO IV

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of **case-control studies**

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls	
		(b) For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case	
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	

Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	
		(c) Explain how missing data were addressed	
		(d) If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed	
		(e) Describe any sensitivity analyses	
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	
		(c) Consider use of a flow diagram	
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	
Outcome data	15*	Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure	

Main results	16(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	
	(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	
	(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	
Other analyses	17 Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	
Discussion		
Key results	18 Summarise key results with reference to study objectives	
Limitations	19 Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	
Interpretation	20 Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	
Generalisability	21 Discuss the generalisability (external validity) of the study results	
Other information		
Funding	22 Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	

*Give information separately for cases and controls.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at <http://www.strobe-statement.org>.

ANEXO V

INSTRUÇÕES PARA AS PERGUNTAS: Aqui estão 13 perguntas sobre vários aspectos da sua vida. Cada pergunta a cinco respostas possíveis. Marque com um X a opção que melhor expressa a sua maneira de pensar e sentir em relação ao que está sendo falado. Dê apenas uma única resposta em cada pergunta, por favor.

		Um enorme sofrimento e aborrecimento	Um sofrimento e aborrecimento	Nem aborrecimento nem satisfação	Um prazer e satisfação	Um enorme prazer e satisfação
01	Aquilo que você faz diária-mente é:					
		Sem nenhum objetivo	Com poucos objetivos	Com alguns objetivos	Com muitos objetivos	Repleta de objetivos
02	Até hoje a sua vida tem sido:					

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
03	Você tem interesse pelo que se passa ao seu redor?					
04	Você acha que você é tratada com injustiça?					
05	Você tem idéias e sentimentos confusos?					
06	Você acha que as coisas que você faz na sua vida têm pouco sentido?					
07	Já lhe aconteceu ter ficado desapontada com pessoas em quem você confiava?					
08	Você tem sentimentos que gostaria de não ter?					
09	Você tem dúvida se pode controlar seus sentimentos?					
10	Já lhe aconteceu de ficar surpreendida com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?					
11	Em algumas situações, as pessoas sentem-se fracassadas. Você já se sentiu fracassada?					
12	Você sente que está numa situação pouco comum, e sem saber o que fazer?					
		Totalmente errada	Errada	Nem correta e nem errada	Correta	Totalmente correta
13	As vezes acontecem coisas na vida da gente que depois achamos que não demos a devida importância. Quando alguma coisa acontece na sua vida, você acaba achando que deu a importância:					

ANEXO VI

NORMAS DO PERIÓDICO PARA FORMATAÇÃO DO TEXTO DO ARTIGO

1. SUBMISSION

Authors should kindly note that submission implies that the content has not been published or submitted for publication elsewhere except as a brief abstract in the proceedings of a scientific meeting or symposium.

1. Submission and Peer Review Process

New submissions should be made via the Research Exchange submission portal <https://wiley.atyponrex.com/dashboard/?journalCode=SCD>. Should your manuscript proceed to the revision stage, you will be directed to make your revisions via the same submission portal. You may check the status of your submission at anytime by logging on to submission.wiley.com and clicking the “My Submissions” button. For technical help with the submission system, please review our [FAQs](#) or contact submissionhelp@wiley.com.

2. AIMS AND SCOPE

The mission of *Special Care in Dentistry* is to provide a forum for research findings, case reports, clinical techniques, and scholarly discussion relevant to the oral health and oral health care of patients with special needs. The designation of the patient with special needs is not limited to hospitalized, disabled or older individuals, but includes all patients with special needs for whom oral health and oral health care are complicated by physical, emotional, financial and/or access factors.

3. MANUSCRIPT CATEGORIES AND REQUIREMENTS

- **Original Papers** - reports of new research findings or conceptual analyses that make a significant contribution to knowledge (3500 word limit).
- **Review articles** - articles of special interest and those entailing an update on any of the topics identified as subjects for this journal will be considered (3500 word limit).
- **Systematic review articles** - systematic review is a review of published literature addressing a specific research question. It should include an exhaustive search of the literature to date. The search strategy used should be reported within the paper. The authors should define eligibility criteria for

included studies *a priori*, and describe these. There should be evidence of independent judging of study eligibility, performed by at least two authors, with the degree of agreement between authors described. Data extraction from individual studies should also be performed in duplicate, and there should be evidence that any differences in data extraction were discussed between authors, and resolved. The reporting of systematic reviews should adhere to the [PRISMA](#) statement – (for further information please see section below under ETHICS). Further guidance is also available from the Cochrane organisation’s “[Reviewer’s Handbook](#)”.

- **Case History Report** - case reports should be concise and do not need to be as formally structured as scientific articles. Include a brief introduction presenting a critical literature review and a statement of the clinical implications of the case. The case description should include: personal history of the subject, socioeconomic data, health/medications history, extra-oral and intra-oral examination findings; differential diagnosis; treatment options; final treatment plan. Relevant techniques, results and data obtained should be presented. A brief discussion should reinforce the clinical implications of the case report and discuss any unique findings and insights gained, which makes this patient or patients different from any patients previously reported (2500 word limit; In addition, there is a limit of a total of 4 figures or 4 tables)
- **Letters to the Editor** - are welcomed (1000 word limit and 1 figure/table; Letters to the Editor should not have an abstract).

4. PREPARING YOUR SUBMISSION

Special Care in Dentistry now offers [Free Format submission](#) for a simplified and streamlined submission process.

Manuscripts can be uploaded either as a single document (containing the main text, tables and figures), or with figures and tables provided as separate files. Should your manuscript reach revision stage, figures and tables must be provided as separate files. The main manuscript file can be submitted in Microsoft Word (.doc or .docx

Your main document file should include:

- A short informative title containing the major key words. The title should not contain abbreviations
- The full names of the authors with institutional affiliations where the work was conducted, with a footnote for the author’s present address if different from where the work was conducted;
- Acknowledgments;
- Abstract structured (intro/methods/results/conclusion) or unstructured;
- Up to seven keywords;

- Main body: formatted as introduction, materials & methods, results, discussion, conclusion;
- References;
- Tables (each table complete with title and footnotes);
- Figures: Figure legends must be added beneath each individual image during upload AND as a complete list in the text.

Important: Special Care in Dentistry operates a double-blind peer review policy. Please anonymise your manuscript and supply a separate title page file.

If you are invited to revise your manuscript after peer review, the journal will also request the revised manuscript to be formatted according to journal requirements as described below.

Cover Letters

Cover letters are not mandatory; however, they may be supplied at the author's discretion.

Conflict of Interest Statement

Authors will be asked to provide a conflict of interest statement during the submission process. For details on what to include in this section, see the '[Conflict of Interest](#)' section in the Editorial Policies and Ethical Considerations section below. Submitting authors should ensure they liaise with all co-authors to confirm agreement with the final statement.

Ethics Statement

Special Care in Dentistry follows [ICMJE](#) recommendations on the protection of research participants. When reporting research involving human data, authors should indicate whether the procedures followed have been assessed by the responsible review committee (institutional and national), or if no formal ethics committee is available, were in accordance with the [Declaration of Helsinki](#). For details on what to include in this section, see the '[Human Studies and Subjects](#)' section in the Editorial Policies and Ethical Considerations section below.

Abstract

The Abstract should be divided into the following sections: 'Aims', 'Methods and Results', and 'Conclusion'; it should not exceed 200 words.

Keywords

Key words should be selected from Medical Subject Headings (MeSH) to be used for indexing of articles

Main Text

- As papers are double-blind peer reviewed, the main text file should not include any information that might identify the authors.
- Original Articles and Brief Communications are normally organized with Introduction, Material and Methods, Results and Discussion sections, but authors should consult recent journal issues for acceptable alternative organizations.
- The manuscript should be submitted with all material double-spaced, flush left (preferably in Courier typeface), with at least a 1" margin all around. All pages should be systematically numbered. The editor reserves the right to edit manuscripts to fit available space and to ensure conciseness, clarity and stylistic consistency.

References

All references should be numbered consecutively in order of appearance and should be as complete as possible. In text citations should be superscript numbers. Journal titles are abbreviated; abbreviations may be found in the following: MEDLINE , Index Medicus , or CalTech Library.

Submissions are not required to reflect the precise reference formatting of the journal (use of italics, bold etc.), however it is important that all key elements of each reference are included. Please see below for examples of reference content requirements.

Sample references follow:

Journal article

Wood WG, Eckert GP, Igbavboa U, Muller WE. Statins and neuroprotection: a prescription to move the field forward. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 1199:69-76.

Book

Hoppert, M. *Microscopic techniques in biotechnology*. Weinheim: Wiley-VCH; 2003.

Electronic Material

Cancer-Pain.org [homepage on the internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000–01 [Cited 2015 May 11]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

Tables

Tables should be self-contained and complement, not duplicate, information contained in the text. They should be supplied as editable files, not pasted as images. Legends should be concise but comprehensive – the table, legend, and footnotes must be understandable without reference to the text. All abbreviations must be defined in footnotes. Footnote symbols: †, ‡, §, ¶, should be used (in that order) and *, **, ***

should be reserved for P-values. Statistical measures such as SD or SEM should be identified in the headings.

Figure Legends

Legends should be concise but comprehensive – the figure and its legend must be understandable without reference to the text. Include definitions of any symbols used and define/explain all abbreviations and units of measurement.

Figures

Although authors are encouraged to send the highest-quality figures possible, for peer-review purposes, a wide variety of formats, sizes, and resolutions are accepted. [Click here](#) for the basic figure requirements for figures submitted with manuscripts for initial peer review, as well as the more detailed post-acceptance figure requirements.

Figures submitted in color will be reproduced in color online free of charge.

Additional Files

Appendices

Appendices will be published after the references. For submission they should be supplied as separate files but referred to in the text.

Supporting Information

Supporting information is information that is not essential to the article, but provides greater depth and background. It is hosted online and appears without editing or typesetting. It may include tables, figures, videos, datasets, etc. [Click here](#) for Wiley's FAQs on supporting information.

Note: if data, scripts, or other artefacts used to generate the analyses presented in the paper are available via a publicly available data repository, authors should include a reference to the location of the material within their paper.

Wiley Author Resources

Manuscript Preparation Tips: Wiley has a range of resources for authors preparing manuscripts for submission available [here](#). In particular, authors may benefit from referring to Wiley's best practice tips on [Writing for Search Engine Optimization](#).

Editing, Translation, and Formatting Support: [Wiley Editing Services](#) can greatly improve the chances of a manuscript being accepted. Offering expert help in English language editing, translation, manuscript formatting, and figure preparation, Wiley Editing Services ensures that the manuscript is ready for submission.

5. EDITORIAL POLICIES AND ETHICAL CONSIDERATIONS

Refer and Transfer Program

Wiley believes that no valuable research should go unshared. This journal participates in Wiley's [Refer & Transfer program](#). If your manuscript is not accepted, you may receive a recommendation to transfer your manuscript to another suitable Wiley journal, either through a referral from the journal's editor or through our Transfer Desk Assistant.

Editorial Review and Acceptance

The acceptance criteria for all papers are the quality and originality of the research and its significance to journal readership. Except where otherwise stated, manuscripts are double-blind peer reviewed. Papers will only be sent to review if the Editor-in-Chief determines that the paper meets the appropriate quality and relevance requirements.

Wiley's policy on the confidentiality of the review process is [available here](#).

Data Storage and Documentation

Special Care in Dentistry encourages data sharing wherever possible, unless this is prevented by ethical, privacy, or confidentiality matters. Authors publishing in the journal are therefore encouraged to make their data, scripts, and other artefacts used to generate the analyses presented in the paper available via a publicly available data repository; however, this is not mandatory. If the study includes original data, at least one author must confirm that he or she had full access to all the data in the study and takes responsibility for the integrity of the data and the accuracy of the data analysis.

Human Studies and Subjects

For manuscripts reporting medical studies that involve human participants, a statement identifying the ethics committee that approved the study and/or confirmation that the study conforms to recognized standards is required, for example: **Declaration of Helsinki**; **US Federal Policy for the Protection of Human Subjects**; or **European Medicines Agency Guidelines for Good Clinical Practice**.

Images and information from individual participants will only be published where the authors have obtained the individual's free prior informed consent. Authors do not need to provide a copy of the consent form to the publisher; however, in signing the author license to publish, authors are required to confirm that consent has been obtained. Wiley has a **standard patient consent form available** for use.

Photographs of People

Special Care in Dentistry follows current HIPAA guidelines for the protection of patient/subject privacy. If an individual pictured in a photograph can be identified, his or her permission is required to publish the photograph. The corresponding author may

submit a letter signed by the patient (or appropriate cases, by the patient's parent or legal guardian) authorizing *Special Care in Dentistry* to publish the photo. Or, a **standard release form** may be downloaded for use. The documented permission must be supplied as "Supplemental Material NOT for Review" uploaded with the submission. If the signed permission is not provided on submission, the manuscript will be unsubmitted and the author notified of that status. Once the permission is obtained and included in the submission, the paper will proceed through the usual process. Please note that the submission of masked photos (i.e., facial photographs with dark geometric shapes over the eyes) and photographs with profiles are not considered adequate deidentification and cannot be published as such. Also we would request that authors translate the content of all permission forms that are in a language other than English, and that translations will be required before publication of identifiable images.

Animal Studies

A statement indicating that the protocol and procedures employed were ethically reviewed and approved, as well as the name of the body giving approval, must be included in the Methods section of the manuscript. Authors are encouraged to adhere to animal research reporting standards, for example the **ARRIVE reporting guidelines** for reporting study design and statistical analysis; experimental procedures; experimental animals and housing and husbandry. Authors should also state whether experiments were performed in accordance with relevant institutional and national guidelines for the care and use of laboratory animals:

US authors should cite compliance with the US National Research Council's **Guide for the Care and Use of Laboratory Animals**, the US Public Health Service's **Policy on Humane Care and Use of Laboratory Animals**, and **Guide for the Care and Use of Laboratory Animals**.

UK authors should conform to UK legislation under the **Animals (Scientific Procedures) Act 1986 Amendment Regulations (SI 2012/3039)**.

European authors outside the UK should conform to **Directive 2010/63/EU**.

Clinical Trial Registration

The journal requires that clinical trials are prospectively registered in a publicly accessible database and clinical trial registration numbers should be included in all papers that report their results. Authors are asked to include the name of the trial register and the clinical trial registration number at the end of the abstract. If the trial is not registered, or was registered retrospectively, the reasons for this should be explained.

Research Reporting Guidelines

Accurate and complete reporting enables readers to fully appraise research, replicate it, and use it. Authors are encouraged to adhere to the following research reporting standards.

Conflict of Interest

The journal requires that all authors disclose any potential sources of conflict of interest. Any interest or relationship, financial or otherwise that might be perceived as influencing an author's objectivity is considered a potential source of conflict of interest. These must be disclosed when directly relevant or directly related to the work that the authors describe in their manuscript. Potential sources of conflict of interest include, but are not limited to: patent or stock ownership, membership of a company board of directors, membership of an advisory board or committee for a company, and consultancy for or receipt of speaker's fees from a company. The existence of a conflict of interest does not preclude publication. If the authors have no conflict of interest to declare, they must also state this at submission. It is the responsibility of the corresponding author to review this policy with all authors and collectively to disclose with the submission ALL pertinent commercial and other relationships.

Funding

Authors should list all funding sources in the Acknowledgments section. Authors are responsible for the accuracy of their funder designation. If in doubt, please check the Open Funder Registry for the correct nomenclature: <https://www.crossref.org/services/funder-registry/>

Authorship

The list of authors should accurately illustrate who contributed to the work and how. All those listed as authors should qualify for authorship according to the following criteria:

1. Have made substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data;
2. Been involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content;
3. Given final approval of the version to be published. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content; and
4. Agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Contributions from anyone who does not meet the criteria for authorship should be listed, with permission from the contributor, in an Acknowledgments section (for example, to recognize contributions from people who provided technical help, collation of data, writing assistance, acquisition of funding, or a department chairperson who provided general support). Prior to submitting the article all authors should agree on the order in which their names will be listed in the manuscript.

ORCID

As part of the journal's commitment to supporting authors at every step of the publishing process, the journal encourages the submitting author (only) to provide an ORCID iD when submitting a manuscript. This takes around 2 minutes to complete. [Find more information here.](#)

Publication Ethics

This journal is a member of the [Committee on Publication Ethics \(COPE\)](#). Note this journal uses iThenticate's CrossCheck software to detect instances of overlapping and similar text in submitted manuscripts. Read Wiley's Top 10 Publishing Ethics Tips for Authors [here](#). Wiley's Publication Ethics Guidelines can be found [here](#).

6. AUTHORS LICENSING

If a paper is accepted for publication, the author identified as the formal corresponding author will receive an email prompting them to log in to Author Services, where via the Wiley Author Licensing Service (WALS) they will be required to complete a copyright license agreement on behalf of all authors of the paper.

Authors may choose to publish under the terms of the journal's standard copyright agreement, or [Open Access](#) under the terms of a Creative Commons License.

General information regarding licensing and copyright is available [here](#). [To review the Creative Commons License options offered under Open Access, please click here. \(Note that certain funders mandate a particular type of CC license be used; to check this please click here.\)](#)

Self-Archiving Definitions and Policies: Note that the journal's standard copyright agreement allows for self-archiving of different versions of the article under specific conditions. Please click [here](#) for more detailed information about self-archiving definitions and policies.

Open Access fees: Authors who choose to publish using Open Access will be charged a fee. A list of Article Publication Charges for Wiley journals is available [here](#).

Funder Open Access: Please click [here](#) for more information on Wiley's compliance with specific Funder Open Access Policies.

7. PUBLICATION PROCESS AFTER ACCEPTANCE

Accepted Article Received in Production

When an accepted article is received by Wiley's production team, the corresponding author will receive an email asking them to login or register with [Wiley Author](#)

Services. The author will be asked to sign a publication license at this point. View more information about Wiley's Copyright Transfer Agreement [here](#).

If you are experiencing technical issues signing the license in Author Services, please contact the journal production office at SCD@wiley.com.

Proofs

Once the paper is typeset, the author will receive an email notification with the URL to download a PDF typeset page proof, as well as associated forms and full instructions on how to correct and return the file.

Please note that the author is responsible for all statements made in their work, including changes made during the editorial process – authors should check proofs carefully. Note that proofs should be returned within 48 hours from receipt of first proof.

Publication Charges

Page Charges. Most articles are published at no cost to the author, but special arrangements must be made with the editor for publishing articles containing extensive illustrative or tabular material or formulae

Early View

The journal offers rapid publication via Wiley's Early View service. [Early View](#) (Online Version of Record) articles are published on Wiley Online Library before inclusion in an issue. Note there may be a delay after corrections are received before the article appears online, as Editors also need to review proofs. Once the article is published on Early View, no further changes to the article are possible. The Early View article is fully citable and carries an online publication date and DOI for citations.

8. POST PUBLICATION

Access and Sharing

When the article is published online:

The author receives an email alert (if requested).

The link to the published article can be shared through social media.

The author will have free access to the paper (after accepting the Terms & Conditions of use, they can view the article).

The corresponding author and co-authors can nominate up to ten colleagues to receive a publication alert and free online access to the article.

Promoting the Article

To find out how to best promote an article, click [here](#)

Measuring the Impact of an Article

Wiley also helps authors measure the impact of their research through specialist partnerships with [Kudos](#) and [Altmetric](#).

Article Promotion Support

[Wiley Editing Services](#) offers professional video, design, and writing services to create shareable video abstracts, infographics, conference posters, lay summaries, and research news stories for your research – so you can help your research get the attention it deserves.

Wiley's Author Name Change Policy

In cases where authors wish to change their name following publication, Wiley will update and republish the paper and redeliver the updated metadata to indexing services. Our editorial and production teams will use discretion in recognizing that name changes may be of a sensitive and private nature for various reasons including (but not limited to) alignment with gender identity, or as a result of marriage, divorce, or religious conversion. Accordingly, to protect the author's privacy, we will not publish a correction notice to the paper, and we will not notify co-authors of the change. Authors should contact the journal's Editorial Office with their name change request.

