

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

CARLA GIOVANNA DE ALENCAR FONSECA CIPRIANO

IMPACTO DO DESLIGAMENTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NA EXPERIÊNCIA DE CÁRIE E ACESSO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Teresina

2024

CARLA GIOVANNA DE ALENCAR FONSECA CIPRIANO

IMPACTO DO DESLIGAMENTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NA EXPERIÊNCIA DE CÁRIE E ACESSO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia-PPGO da Universidade Federal do Piauí como requisito para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Ciências Odontológicas

Linha de Pesquisa: Epidemiologia, etiologia e controle de doenças bucais

Orientador(a): Profa. Dra. Regina Ferraz Mendes Viana

Teresina

2024

CARLA GIOVANNA DE ALENCAR FONSECA CIPRIANO

IMPACTO DO DESLIGAMENTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NA EXPERIÊNCIA DE CÁRIE E ACESSO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia-PPGO da Universidade Federal do Piauí como requisito para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador(a): Profa. Dra. Regina Ferraz Mendes Viana

COMISSÃO EXAMINADORA

_____

Profa. Dra. Regina Ferraz Mendes Viana
Orientadora

_____

Profa. Dra. Thais Torres Barros Dutra
Examinador interno

_____

Prof. Dr. Arnaldo França de Caldas Junior
Examinador externo

_____

Prof. Dr. Raimundo Rosendo Prado Junior
Membro Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico a minha família, especialmente aos meus pais, Edson Cipriano Feitosa e Joelita de Alencar Fonseca Santos, grandes professores e inspirações que tanto me ensinaram que o conhecimento e a educação transformam vidas.

Dedico, também, a todas as mães que participaram deste estudo, mulheres que travam batalhas diárias pelos seus filhos.

AGRADECIMENTOS

Minha trajetória ao longo desses dois anos de pós-graduação contou com o apoio de diversas pessoas, dentre as quais agradeço:

A minha família que me apoiam e incentivam, em especial a minha mãe que me escutou e me reergueu todas as vezes que eu achava que não conseguiria mais.

A minha orientadora, Regina Ferraz Mendes, por ter me guiado e por todos os ensinamentos durante as aulas e os estágios docência. Uma professora e profissional exemplar que levarei como inspiração na minha vida profissional.

Aos professores presentes na banca, Arnaldo França, Raimundo Rosendo e Thais Torres pela disponibilidade e pelas contribuições.

A Cirurgiã-dentista Regina Fernandes por todo o apoio, a ajuda, as trocas e ensinamentos que me proporcionou. Tudo que vivenciei ao seu lado me tornou uma pessoa e uma profissional melhor do que eu era antes. Além disso, esta pesquisa não existiria sem seu apoio.

Aos meus colegas de turma e, em especial, a Lyzia Mendes que virou uma amiga e que pude contar nos momentos mais difíceis para uma boa conversa e desabafos.

Aos alunos de graduação que pude acompanhar e que, também, me proporcionaram ótimos momentos, conversas e aprendizados.

A Luana Cristina e Lara Cristina, alunas da graduação, pela companhia, atenção e auxílio durante a coleta de dados. A participação delas foi primordial para a conclusão do estudo, sempre atenciosas e dispostas a ajudar.

A todas as mães e participantes da pesquisa pela colaboração e por terem se esforçado a comparecer no local de estudo.

RESUMO

Pessoas com deficiência (PcDs), em especial aqueles com deficiências intelectuais e motoras, necessitam de atendimento odontológico adequado e regular por serem mais suscetíveis a problemas bucais, como altas prevalências de cárie e doenças periodontais. No entanto, a inexperiência profissional e indisponibilidade desses serviços podem ser barreiras na busca por este atendimento. O objetivo deste estudo foi comparar a experiência de cárie de PcDs antes e após o desligamento de um centro de atenção à saúde, verificar as necessidades de tratamentos e a forma de acesso destes pacientes ao tratamento odontológico. O estudo de coorte retrospectivo foi realizada no Centro Integrado de Educação Especial (CIES), em Teresina, capital do Piauí, com jovens desligados do CIES entre 2014 a 2021. Os participantes foram submetidos a exame clínico para obtenção do índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) a fim de comparar com o último índice CPOD registrado nos prontuários antes do desligamento. Os cuidadores responderam a um questionário com perguntas relacionadas a aspectos sociodemográficos e à rotina do participante, abordando a frequência e o acesso a serviços odontológicos. Participaram do estudo 86 jovens com idade média 19,73. Houve um aumento no valor médio do CPOD dos participantes, que antes do desligamento era 1,66 e após, 4,3, além do aumento do número de dentes cariados e restaurados. Dificuldades para obter atendimento após o desligamento do CIES foram relatadas por 65,1% dos cuidadores, sendo a maior delas relacionadas a falta de profissionais qualificados (29%). Depois do desligamento, 76,7% dos participantes realizaram tratamento odontológico e 33,7% receberam atendimento uma vez por ano. As instituições públicas, incluindo o CIES, e os consultórios particulares foram os serviços mais buscados. Conclui-se que houve o aumento da experiência de cárie dos participantes após o desligamento do centro e que essa população enfrenta obstáculos na busca por serviços odontológicos. É necessário que mais serviços de saúde sejam disponibilizados e a inserção de mais profissionais capacitados para receber essa população.

Palavras-chave: Saúde bucal; Pessoas com deficiência; Deficiência intelectual; Tratamento Odontológico.

ABSTRACT

People with disabilities, especially those with intellectual and motor disabilities, are individuals susceptible to oral problems, such as high prevalence of dental caries and periodontal diseases, thus requiring adequate and regular dental care. However, these patients encounter barriers in seeking care, such as professional inexperience and unavailability of these services. The aim of this study was to compare the caries experience of people with disabilites before and after leaving a health care center, to verify their treatment needs and how they access dental treatment. The retrospective cohort study was carried out at the Integrated Center for Special Education (CIES), in Teresina, capital of Piauí, with young people disconnected from CIES between 2014 and 2021. Participants underwent a clinical examination to obtain the index of decayed, missing and filled teeth (DMFT) in order to compare it with the last DMFT index recorded in the medical records prior to discharge. The caregivers answered a questionnaire with questions related to sociodemographic aspects and the participant's routine, addressing the frequency of and access to dental services. A total of 86 young people took part in the study, with an average age of 19.73. There was an increase in the average DMFT value of the participants, which was 1.66 before the disconnection and 4.3 afterwards, as well as an increase in the number of decayed and restored teeth. Difficulties in obtaining care after leaving the CIES were reported by 65.1% of the caregivers, the greatest of which was related to the lack of qualified professionals (29%). After leaving, 76.7% of the participants had dental treatment and 33.7% received care once a year. Public institutions, including CIES, and private practices were the most sought-after services. It can be concluded that there was an increase in participants' caries experience after leaving the center and that this population faces obstacles when seeking dental services. More health services need to be made available and more professionals need to be trained to receive this population.

Descriptors: Oral health; People with disabilities; Intellectual disability; Dental treatment.

SUMÁRIO

1. REVISÃO DA LITERATURA.....11

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....26

DESENVOLVIMENTO.....30

RESUMO.....31

1. INTRODUÇÃO.....32

2. MATERIAIS E MÉTODOS.....33

3. RESULTADOS.....35

4. DISCUSSÃO.....42

5.CONCLUSÃO 45

REFERÊNCAS.....46

APÊNDICE 1.....50

APÊNDICE 2.....53

APÊNDICE 3.....54

APÊNDICE 4.....57

APÊNDICE 5.....58

APÊNDICE 6.....59

APÊNDICE 7.....60

ANEXO 1.....62

ANEXO 2.....66

ANEXO 3.....67

ANEXO 4.....77

1. REVISÃO DA LITERATURA

Foi realizada pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed, Web of Science e Scielo, sem restrição de tempo e escritos em língua inglesa e portuguesa. Foram utilizados os descritores “oral health”, “needs care”, ‘dentistry”, “disable people”, “dental care services” e “intellectual disability”. Esses descritores foram pesquisados combinados utilizando os operadores boleanos AND e OR. Foram selecionados artigos com temáticas relevantes para o embasamento da pesquisa. Os artigos estão apresentados em ordem cronológica, de acordo com as normas do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFPI.

Jain *et al.* (2009) buscaram determinar o estado de saúde oral e investigar sua associação com variáveis clínicas e sociodemográficas em 225 pacientes com deficiência intelectual (DI), na faixa etária de 12 a 30 anos, em Udaupur, na Índia. Todos foram examinados clinicamente para obter o índices CPOD, de Higiene Oral Simplificado (IHOS) e Periodontal Comunitário. Entre os participantes, 58,7% usavam escova de dente para higiene dental e a síndrome de Down foi considerada um preditor para saúde periodontal ruim. Os pacientes mais velhos apresentaram maiores valores de CPOD e IHOS e jovens com pais de baixa escolaridade apresentaram pior higiene oral. As deficiências e níveis de educação dos pais tem influência na saúde bucal dessa população, então necessitam de programas de promoção em saúde para a conscientização e facilitar o acesso regular a atendimentos.

Gaio *et al.* (2010) realizaram um estudo tranversal de abordagem quantitativa e qualitativa, através de questionário e observações da realidade, com o objetivo de investigar o impacto das atividade de promoções em saúde bucal para estudantes com deficiência intelectual (DI) em 7 escolas para PcDs de Curitiba, Brasil. Os diretores responderam um questionário sobre as atividades de promoção realizadas, enquanto os responsáveis responderam outro questionário sobre aspectos sociodemográficos e percepçao do cuidador sobre a saúde bucal dos participantes. Foi realizado exame clínico para analisar o estado de saúde bucal dos 383 participantes. Os estudantes tinham de 6 a 12 anos de idade, 57,7% eram homens, 49,3% apresentaram experiência de cárie, 23,8% sangramento gengival e 17,8% sentiu dor de dente nos útimos 3 meses. O nível de escolaridade da mãe foi associado a experiência de cárie e a dor de dente: a escola com mais crianças com

experiência de cárie e dor de dente nos últimos meses havia maior numero de mães analfabetas. Apesar das atividades de promoções de saúde nas escolas, fatores externos podem influenciar problemas bucais.

Faulks *et al.* (2012) discutiram em uma revisão de literatura a importância de promover a educação em Odontologia e nos cuidados de pacientes com deficiência. Essa população sofre com a desigualdade social na busca por serviços odontológicos, resultando em necessidades de tratamento não atendidas. Portanto, é importante que as equipes de saúde bucal tenham experiência e conhecimento sobre o atendimento de pacientes com deficiência a fim de garantir a igualdade. A ausência de uma disciplina voltada para PcDs está relacionada com a negligência dos serviços, então é necessário promover a educação relacionada a cuidados na saúde bucal de pacientes deficientes.

Bakry e Alaki (2012) avaliaram a experiência de cárie e fatores de risco associados em crianças e adolescentes com DI. A amostra era composta por 88 pessoas, 33 com DI e 55 normotípicos, na faixa etária de três a 13 anos. Foi determinado o nível de dependência funcional dos pacientes de acordo com as respostas dos cuidadores e, com isso, foi possível revelar que com o aumento da dependência há o aumento da experiência de cárie. Além disso, crianças com DI mais grave apresentaram experiência de cárie maior. Participantes com DI obtiveram maiores valores de CPOD que os indivíduos sem DI. Pacientes que frequentam escolas ou centros de atenção às PcDs apresentaram menor CPOD comparado aos que ficam apenas em casa. O sangramento gengival foi associado à idade do paciente, a maioria dos participantes com o problema eram adolescentes.

Oliveira *et al*. (2013), em um estudo pareado realizado em Teresina, Piauí, buscou avaliar a higiene oral, experiência de cárie, necessidades de tratamento e o acesso a serviços odontológicos em PcDs, matriculados em centros voltados para PcDs, e em seus irmãos, sem deficiência. Os 206 participantes, 103 PcDs e 103 irmãos, na faixa etária de 12 a 36 anos, passaram por exame clínico e seus responsáveis responderam um questionário com perguntas sobre aspectos socioeconômicos, hábitos de higiene oral e acesso a atendimento odontológico. A maioria dos participantes eram homens (60,2%) e seus responsáveis relataram possuir baixa renda familiar (68,9%). Sobre seus hábitos de higiene oral, 50,5% dos PcDs escovam os dentes uma a duas vezes por dia, enquanto 71,8% dos irmãos escovam três ou mais vezes. Comparado aos irmãos, os PcDs apresentaram maior

experiencia de cárie e maior necessidade de tratamento odontológico, principalmente tratamentos restauradores e exodontias. Além disso, esses pacientes têm maior chance de ter cáries e perder dentes do que seus irmãos. Quanto ao acesso a serviços odontológicos, a maioria dos PcDs (47,6%) frequentam atendimento particular, ademais quando buscam o serviço público são atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Centros de Especialidades Odontológicas.

Schulte, Freyer e Bissar (2013) determinaram a experiência e prevalência de cárie, necessidades de tratamento odontológico e o índice de cuidado em adultos na faixa etária de 18 a 64 anos com DI em dois estados da Alemanha com distintas condições socioeconômicas, Baden-Wurttenberg e Sachsen. Foram submetidas a exame clínico 428 pessoas e foi observado que pessoas que moram em instituições de cuidado à PcDs tinham mais perdas dentárias que os que viviam com suas famílias. De todos os pacientes, 54,1% tinham necessidades de tratamento e 58,6% lesão de cárie ativa, a proporção foi maior em Sachsen, onde os participantes tinham piores condições socioeconômicas. O índice de cuidado com os dentes foi maior em Baden-Wurttemberg e em Sachsen foram encontrados mais dentes cariados e restaurados. A média geral do CPOD foi 12,25, mas não teve diferença entre as regiões.

Macarevich Condessa *et al*. (2013) descreveram a prevalência e fatores associados ao uso dos serviços odontológicos por pacientes com deficiência e sem deficiência no Brasil. Os dados de interesse foram obtidos da Pesquisa Nacional de Saúde, com auxílio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e através de questionário. Foram investigados os comportamentos e condições de saúde bucal. Identificaram 5445 PcDs, desses, 34,1% visitaram o dentista no último ano. Mulheres, adultos, brancos e pessoas com maior nível educacional e renda frequentaram mais o atendimento odontológico. Não foi encontrada diferença no uso de serviços odontológicos entre pessoas com e sem deficiências.

Gerreth e Borysewicz-Lewick (2016), em Poznan, Polônia, avaliaram o acesso de crianças com idade entre 6 e 18 anos e DI a cuidados de saúde bucal com base na opinião de seus responsáveis. Foram obtidas 264 respostas de pais e cuidadores em 8 escolas. Assim revelaram que 15,5% dos estudantes são atendidos em ambiente hospitalar, a maioria com DI grave e moderada. Dos entrevistados, 42,11% ficaram satisfeitos com o atendimento recebido e 31,8% relataram não ter dificuldade no acesso aos serviços odontológicos, a maioria eram pais de crianças

com DI leve. Os responsáveis pontuaram como barreiras ao acesso dos serviços os altos custos dos tratamentos (17,4%), o longo tempo de espera por uma visita, os horários de funcionamento e a localização (9,8%) dos consultórios. Além disso, 18,2% não sabiam onde levar a criança com DI. A dificuldade de acesso a cuidados odontológicos aumentou com o grau de deficiência apresentado.

Pini, Frohlich e Rigo (2016), buscaram conhecer a prevalência dos principais problemas bucais em crianças com deficiências e relacionar suas condições com variáveis clínicas e demográficas. Foram examinados 47 alunos, na faixa etária de 12 a 60 anos, com Síndrome de Down (SD), deficiência intelectual ou Paralisia cerebral (PC), frequentadores da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), localizada em Passo Fundo, no Rio Grande do Sul. O IHOS, índice CPOD e a classificação de Angle foram utilizados para avaliar a condição periodontal, cárie dentária e mal oclusão, respectivamente. Dos participantes, 63,8% escovam os dentes três vezes por dia e 85,1% realizam a escovação sozinhos. A Classificação de Angle do tipo I foi prevalente em 48,9%, seguido da tipo III (46,8%). A média dos valores de CPOD foi 11, enquanto a referente ao IHOS foi 1,28. Foram verificados altos índices de cárie dentária e inadequada higiene bucal nos participantes, portanto é necessário o desenvolvimento de medidas de promoção de saúde para enfatizar aos cuidadores a importância da higiene oral.

Em uma revisão sistemática, Dieguez-Pérez *et al.* (2016) buscaram quais as diferenças existentes na saúde bucal entre crianças com PC, crianças com SD e a população geral. Foram incluídos 11 estudos com crianças com PC ou SD na faixa etária de zero a 18 anos de idade, com um grupo controle e contendo variáveis de e/studo referentes a patologias bucais. Quando comparados com a população sem deficiência, os pacientes com SD e PC tem pior higiene oral e saúde gengival, além de maior incidência de cárie dental. Além disso, crianças com SD apresentam maior frequência de bruxismo e as com PC maior prevalência de trauma dental.

Rocha-Buelvas, Thomas-Alvaro e Hidalgo-Troya (2019) identificaram os fatores determinantes na utilização dos serviços de saúde bucal de 102 escolares na faixa etária de 9 a 18 anos com DI, na Colômbia. Através de um questionário aplicado aos responsáveis, observaram que os serviços de saúde oral são mais frequentados por filhos caçulas da família, de pais separados e baixa classe socioeconômica. Os principais motivos da busca pelos serviços foram: o sangramento gengival e a baixa qualidade de atendimentos anteriores.

Wilson *et al.* (2019) observaram a percepção dos alunos do último ano de graduação em Odontologia da Universidade de Newcastle em relação à preparação para atender as necessidades de PcDs. Os 16 alunos que concordaram participar relataram ter experiência com essa população por meio de trabalhos voluntários ou parentescos, porém o nível de experiência clínica variou entre os alunos. Todos mostraram interesse no tema e concordaram que a interação social ou clínica com PcDs melhoraria o seu desenvolvimento profissional. É recomendado que as escolas de Odontologia aumentem a exposição dos alunos a pacientes com deficiência, além de desenvolver vínculos com PcDs da comunidade e organizem seminários envolvendo a temática.

Macarevich Condessa *et al.* (2020) descreveram os serviços especializados de atenção à saúde bucal para PcDs no Brasil. A pesquisa foi realizada com dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAq-CEO) e com questionário aplicado à funcionários dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Foram avaliados 932 CEOs, 89,8% ofereciam atendimento a PcDs e apenas 30,4% dos locais apresentavam acessibilidade física adequada. Em 59,7% contavam com a referência hospitalar para atendimento sob anestesia geral. Serviços de atenção à saúde bucal para PcDs encontram-se em formação, mas ainda existem limitações. Portanto, ainda é necessário a eliminação de barreiras para garantir justa acessibilidade.

Bennadi *et al.* (2020), em um estudo descritivo, entrevistaram e examinaram pacientes de seis a 13 anos de idade, 490 com DI e 490 sem deficiências, a fim de avaliar e comparar a higiene oral e a saúde gengival de crianças institucionalizadas em Mysore, na Índia. Os cuidadores preencheram um questionário com perguntas referentes a higiene bucal e aspectos socioeconômicos. A saúde bucal foi avaliada através do IHOS e do Índice Gengival de Loe e Silness. Das crianças com deficiência, 36,73% tem a higiene oral ruim e saúde gengival inferior quando comparadas com crianças sem deficiência. Além disso, percebeu-se que a saúde gengival piora com o aumento da severidade da deficiência. Assim, são necessárias políticas públicas com atenção especial para pacientes com deficiencias, dando ênfase a programas de promoção de saúde bucal direcionados pais, crianças e cuidadores.

Martins *et al* (2020) compararam os comportamentos de saúde bucal e a autopercepção da necessidade de tratamento de adultos com e sem DI. Um estudo

transversal foi realizado com 480 pessoas da faixa etária de 18 a 64 anos, 240 com deficiência. Foi realizado exame clínico para avaliar a condição bucal e as necessidades de tratamentos e aplicado um questionário sociodemográfico e sobre saúde oral aos participantes. O uso do fio dental e a higienização oral foi inferior em pacientes com deficiência, bem como a frequência de visitas ao consultório odontológico nos últimos 6 meses. Os comportamentos de saúde bucal em pacientes com deficiencia são inferiores comparados aos de pacientes sem deficiência. Além disso, eles apresentam uma autopercepção desfavorável das condições bucais, mas favorável em relação às necessidades de tratamentos.

Rollon-Ugalde *et al.* (2020), através de um estudo longitudinal prospectivo, analisaram como tratamentos dentais realizados sob anestesia geral influenciam na qualidade de vida de pacientes com DI. Foi aplicado um questionário direcionado aos responsáveis ou cuidadores e que foi preenchido em 2 momentos, antes e após o tratamento. Foram incluídos todos os pacientes do Programa institucional de tratamento odontológico sob anestesia geral de um Hospital Universitário da Espanha, com indicação de tratamento bucal sob anestesia geral de junho de 2012 a junho de 2016 e que os acompanhantes eram os pais ou responsáveis. Participaram 85 pessoas, sendo 49 homens, e dos seus cuidadores, 70 eram membros da família. Foi observado que o tratamento dental sob anestesia geral tem um impacto positivo em suas qualidades de vida, de acordo com os responsáveis.

Em um estudo observacional do tipo série de casos, Silva *et al.* (2020) avaliaram os cuidados em saúde bucal de crianças e adolescentes com PC segundo sua gravidade, através da percepção dos cuidadores e mães. O estudo foi relizado em Recife, capital de Pernambuco, em três serviços de saúde diferente e participaram todos os frequentadores com PC. Dos participantes, 67% apresentavam comprometimento grave. Os cuidadores foram entrevistados sobre suas percepções em relação aos cuidados em saúde bucal dos pacientes, condições socioeconômicas, demográficas, hábitos, histórico odontológico e medicações usadas pelos participantes. A maioria relatou realizar a escovação, mas encontram dificuldades durante a atividade, como a não colaboração do paciente. Além disso, destaracam que existem desafios, como o transporte e a acessibilidade aos serviços odontológicos. Crianças e adolescentes com PC grave estão submetidos a desvantagens sociais e em saúde bucal, portanto são necessárias

políticas públicas para capacitação profissional visando maior humanização da saúde e compromisso sanitáro com essa população.

Indiran *et al.* (2020) realizaram uma revisão sistemática de literatura para documentar sobre serviços odontológicos para adultos com deficiência intelectual e cognitiva. Os dados encontrados mostraram que faltam profissionais com habilidades adequadas para atender PcDs. Consequentemente, ocorre o aumento dos custos dos tratamentos dentais. Os autores concluíram que existem barreiras e desafios para a utilização dos serviços odontológicos, como a falta de dentistas dispostos a atender esses pacientes, a atitude dos profissionais em relação a eles e a localização inconveniente das clínicas odontológicas.

Hugar *et al.* (2020) exploraram a percepção de Cirurgiões-dentistas sobre os cuidados com saúde bucal de crianças com deficiências. Responderam a um questionário, 250 profissionais. Desses, apenas 6,40% atendem mais de 10 crianças com deficiência por mês e 51,80% afirmaram se sentir confiantes em tratar essa população. No entanto, 52,08% acreditam que essas crianças devem ser tratadas sob método farmacológico em ambiente hospitalar, 38,40% receberam treinamento para o manejo dessa população e 39% afirmaram que a graduação não os preparou para o atendimentos desses. Mais da metade, 55,2% acreditam que o comportamento do paciente é a maior barreira no atendimento, seguido do nível de deficiência (36,4%).

Camoin *et al.*(2020) investigaram se as mesmas opções de tratamento são oferecidas pelos profissionais a crianças com e sem DI em circunstâncias clínicas equivalentes. Cirurgiões-dentistas generalistas, especialistas em Odontopediatria e Pacientes especiais da França e outros países da Europa (n=139) foram recrutados para responder a questionário virtual, este, com questões sobre experiência profissional, frequência que realiza atendimento de PcDs e uma questão específica de caso clínico sobre pulpite irreversível para alcançar o objetivo do estudo. A maioria, 55%, tem mais de quinze anos de prática clínica, 59% atende regularmente crianças com DI. A terapia mais escolhida para a pulpite irreversível em criança sem deficiências foi o tratamento conservador (endodontia e restauração)(73%), enquanto para crianças com deficiências foi a extração dentária (54%). No entanto, 7 a cada 10 profissionais declaram escolher a mesma opção terapeutica, independênte do paciente ter ou não deficiência.

Em um estudo transversal, Tefera *et al.* (2021) avalariam em Amhara, Etiópia, os problemas de saúde bucal e a busca por tratamento odontológico de alunos matriculados em oito escolas para PcDs. A amostra de 443 participantes, faixa etária de 7 a 30 anos, era constituída por pessoas com deficiência auditiva (33,6%), visual (29,4%) e mental (37%). Um questionário foi aplicado, por meio de entrevista, com perguntas sociodemográficas, hábitos de higiene bucal, condição médica e acesso a tratamento odontológico. Dos estudantes, 76,1% tem o hábito de escovar os dentes, porém 17,4% necessitam de suporte para realizar a escovação. Além disso, 46,1% relataram apresentar problemas de saúde bucal, mas 65% procurou atendimento apenas na fase grave da doença. Os principais motivos para não buscarem atendimento odontologico é o medo (29,7%) e o custo dos tratamentos (29,7%). Dos participantes, 48,1% não sabiam fatores de risco relacionados a saúde bucal, mas 88% consideram importante o atendimento odontológico. Os estudantes que nunca tiveram acesso a informações sobre saúde bucal tem 86% menos probabilidade de procurar atendimento odontológico do que os que já tinham informações sobre o tema.

Schmidt *et al.* (2021), através de um estudo transversal, compararam a condição atual de saúde bucal de adultos com DI em relação aos resultados de um estudo conduzido há dez anos na Alemanha. Participaram 137 pessoas, na faixa etária de 18 a 69 anos, e todos foram examinados para se obter o índice CPOD e 161 responsáveis foram submetidos a questionário. A prevalência da cárie dentária foi 89,4%, porém se apresentou menor em adultos vivendo de forma independentes. Além disso, foi observado que pacientes com pelo menos um selante de fissuras apresentaram menor valor médio de CPOD. A saúde bucal dessa população melhorou nos últimos anos, apesar de ainda existir desigualdades em relação à população em geral.

Almeida *et al.* (2021), através de um estudo longitudinal prospectivo, avaliaram o impacto do tratamento odontológico na qualidade de vida de crianças e adolescentes com Transtorno do espectro autista (TEA). Foram recrutados 115 pacientes na faixa etária de seis a 14 anos e institucionalizados no Centro Integrado de Educação Especial, em Teresina, Piauí. Foram realizados exames clínicos e os tratamentos necessários. Um questionário sobre qualidade de vida dos pacientes relacionada a saúde bucal foi aplicado aos responsáveis antes e após três meses do tratamento. A maioria dos participantes (81,7%) necessitava de tratamento

restaurador. Os cuidadores afirmaram perceber um impacto positivo da qualidade de vida das crianças e adolescentes após o tratamento odontológico.

Um estudo realizado por Kachwinya *et al*. (2022) em Kampla, Uganda, avaliou o acesso á serviços odontológicos e o estado de saúde bucal de crianças com PC de um Hospital para Crianças com Deficiências. Foi realizado exame clínico intraoral em 90 crianças, com faixa etária entre 3 a 17 anos, e seus responsáveis responderam a um questionário. Para a avaliação da saúde bucal, foram utilizados os índices de placa de Lòe e Silness e CPOD. O sangramento gengival foi identificado em 44,4% dos participantes, o escore de placa foi proporcional a idade das crianças e a prevalência de cárie dental foi de 63,3% nas dentições decídua e permanente. Dos pacientes com dentição permanente, 17,8% tinham lesões cariosas. Os cuidadores relataram procurar atendimento odontológico apenas em casos de emergência, como inchaço, dente fraturado com dor ou com mobilidade. Além disso, o tempo médio de deslocamento de casa até o serviço odontológico mais próximo foi de 25 minutos. A acessibilidade e a localização geográfica dos locais de atendimento foram apontadas como as maiores barreiras enfrentadas no acesso a tratamentos odontológicos.

Suresh *et al.* (2022), com a intenção de avaliar a saúde bucal e a utilização de serviços odontológicos em pacientes com DI, entrevistaram e examinaram 132 pessoas maiores de 15 anos e institucionalizados em Centros de Cuidados na cidade Aminjikarai, na Índia. Desses, 96,2% realizam escovação regularmente com ou sem assistência. Apenas 15,2% receberam algum atendimento odontológico e 56,1% tem dificuldades durante a escovação dos dentes. Em relação à saúde periodontal dos pacientes, 88,64% tinham de zero a três milímetros de perda óssea e em 18,18% havia presença de sangramento gengival. Portanto, pacientes com DI apresentam alta prevalência de problemas de saúde oral, como cárie e doenças periodontais e grandes necessidades de tratamentos odontológicos não atendidos.

Olsen e*t al. (2022)* investigaram, no Reino Unido, o uso de serviços odontológicos por adultos com DI nos últimos 12 meses relacionado com a idade e gravidade da deficiência. Participaram 214 pessoas de 16 a 78 anos de idade, 38% com DI leve. Dos participantes, 94% receberam atendimento odontológico nos últimos 12 meses, mas 32% relataram que não tiveram acesso quando foi necessário e 39% consideraram sua saúde bucal ruim. Pacientes com DI severa frequentaram menos serviços de saúde comparado a pacientes com DI leve e

moderada. No entanto, a utilização dos serviços aumenta com o aumento da idade dos pacientes.

Na Escócia, Sherriff *et al*. (2023), investigaram a saúde bucal e acesso a serviços odontológicos preventivos entre crianças com necessidades de apoio educacional e compararam com a população infantil em geral. A investigação foi realizada através de bases de dados do governo e do sistema público de saúde escocês. Logo, foi observado que essas crianças tem maiores riscos de apresentarem maior experiência de cárie e admissão hospitalar para exodontia sob anestesia geral, principalmente quando se tratam de crianças com problemas sociais e com deficiência intelectual, respectivamente. Além disso, elas são menos propensas a frequentar regularmente o atendimento odontológico e receber ações preventivas.

McNeil *et al*. (2023) investigaram a frequência de cuidados odontológicos preventivos entre 119 adultos com autismo e os fatores associados ao atendimento regular. Informações, como idade, sexo e histórico médico e odontológico, foram coletadas dos prontuários eletrônicos da Faculdade de Odontologia e Clínicas Odontologicas de Iowa. Os participantes tinham a idade média de 30,6 anos, o número médio de consultas preventivas foi 7,9. Apenas um em cada três adultos com autismo (35%) recebeu pelo menos um atendimento preventivo por ano. Neste estudo não foi encontrado barreiras signitificativas para a realizaçao dos atendimentos.

Zahran *et al.* (2023), em Jeddah, Arábia Saudita, investigaram o nível de acesso e utilização de serviços odontológicos e exploraram os desafios e barreiras enfrentados pelos PcD no acesso a estes serviços. Cuidadores (n=602) de crinças com deficiênicia responderam a questionário virtual com perguntas sociodemograficas, sobre sua percepção de saúde bucal e o acesso das crianças a tratamento odontológico. Dos cuidadores, 60,5% eram mães e as a faixa etária das crianças eram de 3 a 18 anos de idade. Apenas 24,9% relatam frequentar rotineiramente o Cirurgião-dentistae e destes 84,6% receberam procedimentos preventivos. Em relação a obtenção de cuidados odontológicos, 52,2% dos cuidadores relataram dificuldade, principalmente para crianças entre 12 e 18 anos e famílias que moram longe dos locais de atendimento. Além disso, os responsáveis de crianças com PC e atraso no desenvolvimento relataram ter mais dificuldade na obtenção de tratamento quando comparada aos responsáveis de crianças com TEA

e SD. As famílias maiores, com mais de 2 crianças, tiveram maior dificuldade de encontrar um profissional do que as pequenas famílias. As barreiras mais relatadas foram:o medo do dentista (61,6%), falta de cooperação do paciente (37,8%), custos dos tratamentos (27,8%) e a acessibilidade às clínicas.

Mohd, Said e Naji (2023), no distrito de Kuantan, na Malásia, avaliaram a percepção de pais e cuidadores de PcDs sobre o acesso a serviços odontológicos através de questionário virtual. Responderam ao questionário 189 responsáveis por pacientes, com idade igual ou superior a 18 anos, que já foram atendidos na Clínica Odontológica de Cuidados Especiais do Hospital Universitário Islâmico e em cinco centros comunitários especiais. A maioria (74,5%) eram pais dos pacientes e 39,2% dos PcDs tinham diagnóstico de TEA. Mais de um quinto dos entrevistados relataram ter dificuldade no acesso a serviços de saúde e mais de um terço, no acesso a serviços odontológicos para PcDs. A maioria dos pacientes (61%) não possuem acompanhamento odontológico e 55% visitam anualmente o Cirurgião-dentista. Dos entrevistados, 13% relataram ter sofrido discriminação durante os atendimentos, tanto médicos e odontológicos, 28% relataram não ter acesso a informações sobre os serviços de saúde ofertados e 14,8% criticaram negativamente os estabelecimentos de saúde como não amigáveis com os PcDs.

Tabela 01 – Estudos incluídos na revisão de literatura e dados relevantes encontrados nos artigos.

REFERÊNCIA	TIPO DE ESTUDO	PAÍS	PRINCIPAIS ACHADOS
Jain *et al.* (2009)	Transversal	Índia	Apenas 58,7% usam escova de dente para higiene dental, 22,7% apresentaram bolsas periodontais rasas e pacientes mais velhos apresentaram maiores valores de CPOD e IHOS.
Gaio *et al.* (2010)	Transversal	Brasil	O nível de escolaridade da mãe foi associado a experiência de cárie e a dor de dente: a escola com mais crianças com experiência de cárie e dor de dente nos últimos meses havia maior numero de mães analfabetas.
Faulks *et al.* (2012)	Revisão de literatura	Irlanda	A falta de uma disciplina acadêmica referente aos cuidados com PcDs está relacionada com a negligência dos

			serviços odontológicos.
Bakry e Alaki (2012)	Transversal	Arábia Saudita	A gravidade da deficiência, a participação em escolas e centros e a natureza da dieta são fatores de risco associados à experiencia de cárie.
Oliveira *et al*. (2013)	Transversal	Brasil	A maioria dos PcDs (47,6%) frequentam atendimento particular, ademais quando buscam o serviço público são atendidos nas UBS ou CEOs.
Schulte, Freyer e Bissar (2013)	Transversal	Alemanha	54,1% tinham necessidades de tratamento e 58,6% com lesão de cárie ativa, sendo a proporção maior em Sachsen, onde os participantes tinham piores condições socioeconômicas.
Macarevich Condessa et al. (2013)	Transversal	Brasil	Apenas 34,1% visitaram o dentista no último ano. Mulheres, adultos, brancos e pessoas com maior nível educacional e renda frequentaram mais o atendimento odontológico.
Guerreth e Borysewicz (2016)	Transversal	Polonia	Os pais relataram como barreiras: os custos dos tratamentos (17,4%), os horários de funcionamento e a localização dos consultórios (9,8%) e 18,2% não sabiam onde levar a criança com DI.
Pini, Frohlich e Rigo (2016)	Transversal	Brasil	Dos participantes, 63,8% escovam os dentes três vezes por dia e 85,1% realizam a escovação sozinhos. A média do CPOD foi 11 e para IHOS foi de 1,28.
Dieguez-Pérez *et al.* (2016)	Revisão de Literatura	Espanha	Quando comparados com a população sem deficiência, os pacientes com SD e PC tem pior higiene oral e saúde gengival, além de maior incidência de cárie dental.
Wilson *et al.* (2019)	Transversal	Inglaterra	O contato dos acadêmicos de odontologia com PcDs é favorável ao desenvolvimento profissional.
Rocha-Buelvas, Thomas-Alvaro e Hidalgo-Troya (2019)	Transversal	Colômbia	Os serviços de saúde oral são mais frequentados por filhos caçulas, de pais separados e baixa classe socioeconômica. Os principais motivos da busca pelos serviços foi o

			sangramento gengival e baixa qualidade de atendimentos anteriores.
Macarevich Condessa *et al.* (2020)	Transversal	Brasil	Foram avaliados 932 CEOs, 89,8% ofereciam atendimento a PcDs e apenas 30,4% dos locais apresentavam acessibilidade física adequada. Em 59,7% contavam com a referência hospitalar para atendimento sob anestesia geral.
Bennadi *et al.* (2020)	Transversal	Índia	Dos participantes, 36,73% tem a higiene oral ruim e saúde gengival inferior quando comparadas com crianças sem deficiência. A saúde gengival piora com o aumento da severidade da deficiência.
Martins *et al*. (2020)	Transversal	Portugal	O uso do fio dental e a higienização oral foi menos frequente em PcDs, bem como a frequencia de visitas ao consultório odontológico.
Rollon Ugalde *et al.* (2020)	Longitudinal prospectivo	Espanha	O tratamento odontológico tem um impacto positivo na qualidade de vida associada a saúde bucal de PcDs, de acordo com seus cuidadores.
Silva *et al.* (2020)	Transversal	Brasil	A maioria relatou realizar a escovação, mas encontram dificuldades durante a atividade, como a não colaboração do paciente. Os maiores desafios são: o transporte e a acessibilidade aos serviços odontológicos.
Indiran *et al*. (2020)	Revisão de literatura	Índia	A falta de profissionais dispostos a atender PcDs e a localização das clínicas são barreiras encontradas na busca de serviços odontológicos.
Hugar *et al*. (2020)	Transversal	Índia	Dos profissionais 56,06% afirmaram que atendem essa população em suas clínicas. 51,80% se sentem confiantes em tratar essa população, mas 52,08% acreditam que essas crianças devem ser tratadas sob método farmacológico. Apenas 38,40% receberam treinamento para o manejo dessa população.

Camoin *et al.*(2020)	Transversal	França	A terapia mais escolhida para o caso clínico de pulpite irreversível em crianças com deficiências foi a extração dentária (54%). No entanto, 7 a cada 10 profissionais declaram escolher a mesma opção terapeutica, independênte do paciente ter ou não deficiência.
Tefera *et al.* (2021)	Transversal	Etiópia	Os principais motivos para não buscarem atendimento odontologico foi o medo (29,7%) e o custo dos tratamentos (29,7%).Os estudantes que nunca tiveram acesso a informações sobre saúde bucal tem 86% menos probabilidade de procurar atendimento odontológico do que os que já tinham informação sobre o tema.
Schmidt *et al.* (2121)	Transversal	Alemanha	A prevalência da cárie dentária foi 89,4%, porém se apresentou menor em adultos vivendo de forma independentes.
Almeida *et al*. (2021)	Longitudinal prospectivo	Brasil	A maioria, 81,7%, necessitavam de tratamento restaurador. Na percepção de cuidadores, o tratamento odontológico tem um impacto positivo na qualidade de vida de crianças e adolescentes com deficiências.
Kachwinya *et al*. (2022)	Transversal	Uganda	As crianças com PC em Uganda têm elevada prevalência de doenças bucais e enfrentam várias barreiras aos cuidados de saúde bucal, a maioria das quais são determinadas pela localização geográfica das crianças e pela acessibilidade aos serviços.
Suresh *et al.* (2022)	Transversal	Índia	Dos participantes, 56,1% tem dificuldades durante a escovação dos dentes. PcDs apresentaram alta prevalência de cárie e doença periodontal.
Olsen *et al.* (2022)	Transversal	Reino Unido	A maioria, 94%, recebeu atendimento odontológico nos últimos 12 meses, mas 32% relataram que não tiveram acesso quando foi necessário e 39%

			consideraram sua saúde bucal ruim.
Sherriff *et al*. (2023)	Estudo de Coorte	Escócia	Crianças com necessidades de apoio são 20% a 50% menos propensas frequentar regularmente atendimento odontológico. Também tem prevalências e riscos maiores de apresentar maior experiência de cárie e de admissão hospitalar.
Neil *et al.* (2023)	Transversal	Estados Unidos	Apenas um em cada três adultos com autismo fez pelo menos uma consulta odontológica preventiva por ano.
Zahran *et al.* (2023)	Transversal	Arábia Saudita	Os responsáveis de crianças com PC e atraso no desenvolvimento relataram ter mais dificuldade para obter tratamento quando comparada aos responsáveis de crianças com TEA e SD. As famílias maiores, com mais de 2 crianças, tiveram maior dificuldade de encontrar um profissional do que as pequenas famílias.
Mohd, Said e Naji (2023)	Transversal	Malásia	Dos entrevistados, 13% sofreram discriminação durante os atendimentos médicos e odontológicos, 28% não tiveram acesso a informações sobre os serviços de saúde ofertados e 14,8% criticaram negativamente os estabelecimentos de saúde como não receptíveis com os PcDs.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida JS, Fernandes RF, Andrade ÁCB, Almeida BC, Amorim ANS, Lustosa JHCM, et al. Impact of dental treatment on the oral health-related quality of life of children and adolescents with Autism Spectrum Disorder. Spec Care Dentist. 2021;41(6):658-669.

Bakry NS, Alaki SM. Risk Factors Associated with Caries Experience in Children and Adolescents with Intellectual Disabilities. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 2012; 36(3):319-324.

Bennadi D, Konekeri V, Maurya M, Reddy V, Satish G, Reddy CVK. Oral hygiene negligence among institutionalized mentally disabled children in Mysore city-A call for attention. J Family Med Prim Care. 2020;9(4):2045-2051.

Camoin A, Tardieu C, Dany L, Saliba-Serre B, Faulks D, Coz PL. Inequalities in treatment planning for children with intellectual disabilities: A questionnaire study of dentists in Europe. Spec Care Dentist. 2020 Jul;40(4):356-363

Diéguez-Pérez M, de Nova-García MJ, Mourelle-Martínez MR, Bartolomé-Villar B. Oral health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down Syndrome) disabilities: Systematic review I. J Clin Exp Dent. 2016;8(3):337-343.

Faulks D, Freedman L, Thompson S, Sagheri D, Dougall A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. Eur J Dent Educ. 2012;16(4):195-201.

Gaio DC, Moysés SJ, Bisinelli JC, França BHS, Moysés ST. Health promoting schools and their impact on the oral health of mentally disabled people in Brazil. Health Promot Int. 2010;25(4):425-434.

Gerreth K, Borysewicz-Lewicka M. Access Barriers to Dental Health Care in Children with Disability. A Questionnaire Study of Parents. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2016; 29(1): 139–145

Hugar SM, Soneta SP, Gokhale N, Badakar C, Joshi RS, Davalbhakta R. Assessment of Dentist's Perception of the Oral Health Care toward Child with Special Healthcare Needs: A Cross-sectional Study. Int J Clin Pediatr Dent. 2020 May-Jun;13(3):240-245.

Indiran MA, Subramanian AK, Prabakar J, Pradeep Kumar R, Sri Sakthi D, Leelavathi L. Concerns with oral health care services for adults with cognitive and intellectual disabilities. Bioinformation. 2020;16(12):974-982.

Jain M, Mathur A, Sawla L, Choudhary G, Kabra K, Duraiswamy P, et al. Oral health status of mentally disabled subjects in India. Journal of Oral Science. 2009;50(3): 333-340.

Kachwinya SM, Kemoli AM, Owino R, Okullo I, Bermudez J, Seminario AL. Oral health status and barriers to oral healthcare among children with cerebral palsy attending a health care center in Kampala, Uganda. BMC Oral Health. 2022;22(1):656.

Macarevich Condessa A, Pilotto LM, Celeste RK, Hilgert JB. Use of dental services by disability status in Brazil in 2013. Community Dent Oral Epidemiol. 2021;49(5):471-477.

Macarevich Condessa A, Lucena EHG, Figueiredo N, Goes PSA, Hilgert JBH. Specialized dental care for people with disabilities in Brasil: profile of the Dental Specialty Centers, 2014. Epidemiol. Serv. Saude. 2020; 29(5):1-11.

Martins I, Veiga N, Correia M, Coelho I, Couto P. Estudo comparativo de comportamento e autopercepção em saúde oral de populações adultos com e sem DI. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2020; 61(2):64-71.

McNeil R, Bray KK, Mitchell TV, Pendleton C, Marchini L. Are adults with autism receiving regular preventive dental services? Spec Care Dentist. 2023 Jan;43(1):3-8.

Mohd FN, Said AH, Mat Naji AS. Perceptions Toward Healthcare and Dental Care Services among Parents and Caretakers of People with Intellectual Disability (PWID)-A Questionnaire Study. J Int Soc Prev Community Dent. 2023 Feb 27;13(1):54-61.

Oliveira JS, Prado Júnior RR, de Sousa Lima KR, de Oliveira Amaral H, Moita Neto JM, Mendes RF. Intellectual disability and impact on oral health: a paired study. Spec Care Dentist. 2013;33(6):262-268.

Olsen MI, Sondenaa E, Langballe EM, Halvorsen MB, Wihelmsen P, Bautz-Holter E, Anke A. Use of health and dental care services in adults with intellectual disability in relation to age and intellectual disability levels. Journal of Intellectual & Developmental Disability. 2022. 2-12.

Pini DM, Fröhlich PC, Rigo L. Oral health evaluation in special needs individuals. Einstein (Sao Paulo). 2016;14(4):501-507.

Rocha-Buelvas A, Thomas-Alvaro Y, Hidalgo-Troya A. Oral health services use among schoolchildren/teen developmental disabilities in Colombia's capital district, 2015. Revista Faculdad de Odontologia Univerdad de Antioqua. 2019; 30(2): 2145-7670.

Rollon-Ugalde V, Coello-Suanzes JA, Lopez-Jimenez AM, Herce-Lopez J, Toledano-Valero P, Montero-Martins J, et al. Oral health-related quality of life after dental treatment in patients with intellectual disability. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2020;25(5):576-583.

Silva ELMSD, Góes PSA, Vasconcelos MMVB, Jamelli SR, Eickmann SH, Melo MMDC, et al. Oral health care for children and adolescents with cerebral palsy: perceptions of parents and caregivers. Cien Saude Colet. 2020;25(10):3773-3784.

Schmidt P, Egerrmann M, Sauerland C, Schulte A. Caries Experience of Adults with Intellectual Disablity Western Part of Germany. Journal of Clinical Medicine. 2021; 10 (2602):1-11.

Schulte AG, Freyer K, Bissar A. Caries experience and treatment need in adults with intelectual disabilities in two German regions. Community Dental Health. 2013; 30(1):39–44.

Sherriff A, Stewart R, Macpherson LMD, Kidd JBR, Henderson A, Cairns D, Conway DI. Child oral health and preventive dental service access among children with intellectual disabilities, autism and other educational additional support needs: A population-based record linkage cohort study. Community Dent Oral Epidemiol. 2023 Jun;51(3):494-502.

Suresh S, Indiran MA, Doraikannan S, Prabakar J, Balakrishnan S. Assessment of oral health status among intellectually and physically disabled population in Chennai. J Family Med Prim Care. 2022;11(2):526-530.

Tefera AT, Girma B, Adane A, et al. Dental health problems and treatment-seeking behavior among special need school students in Amhara region, Ethiopia. BMC Oral Health. 2021;21(1):489.

Wilson KE, Dunn K, Holmes RD, Delgaty L. Meeting the needs of patients with disabilities: how can we better prepare the new dental graduate?. Br Dent J. 2019;227(1):43-48.

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.

DESENVOLVIMENTO

Formato de acordo com as normas do periódico “Special Care in Dentistry”

Título: Impacto do desligamento de pessoas com deficiência de um centro de referência em atendimento odontológico na experiência de cárie e acesso ao tratamento odontológico

Autores:

1. Carla Giovanna de Alencar Fonseca Cipriano – Aluna do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí-Teresina (PI) – cgcipriano@gmail.com

2. Regina Ferraz Mendes – Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí-Teresina (PI) - regina@ufpi.edu.br

Endereço para correspondência:
Profa. Dra. Regina Ferraz Mendes
Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bloco 5 - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Bairro Ininga / CEP 64049550 Teresina - Piauí – Brasil.
Fone: (86) 32571517/ e-mail: regina@ufpi.edu.br

Agradecimentos:

Agradecemos aos participantes do estudo e seus responsáveis pelo comprometimento e colaboração, à Cirurgiã-dentista Regina Fátima Fernandes e às estudantes de graduação em Odontologia da UFPI, Luana Cristina Barbosa Teixeira e Lara Cristina Cipriano de Carvalho, pelo auxílio na coleta de dados. Também, ao Centro Integrado de Educação Especial que autorizou e colaborou na realização do estudo.

Conflitos de interesse:

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

RESUMO

Pessoas com deficiência (PcDs), em especial aqueles com deficiências intelectuais e motoras, necessitam de atendimento odontológico adequado e regular por serem mais suscetíveis a problemas bucais, como altas prevalências de cárie e doenças periodontais. No entanto, a inexperiência profissional e indisponibilidade desses serviços podem ser barreiras na busca por este atendimento. O objetivo deste estudo foi comparar a experiência de cárie de PcDs antes e após o desligamento de um centro de atenção à saúde, verificar as necessidades de tratamentos e a forma de acesso destes pacientes ao tratamento odontológico. A pesquisa longitudinal foi realizada no Centro Integrado de Educação Especial (CIES), em Teresina, capital do Piauí, com jovens desligados do CIES entre 2014 a 2021. Os participantes foram submetidos a exame clínico para obtenção do índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) a fim de comparar com o último índice CPOD registrado nos prontuários antes do desligamento. Os cuidadores responderam a um questionário com perguntas relacionadas a aspectos sociodemográficos e à rotina do participante, abordando a frequência e o acesso a serviços odontológicos. Participaram do estudo 86 jovens com idade média 19,73. Houve um aumento no valor médio do CPOD dos participantes, que antes do desligamento era 1,66 e após, 4,3, além do aumento do número de dentes cariados e restaurados. Dificuldades para obter atendimento após o desligamento do CIES foram relatadas por 65,1% dos cuidadores, sendo a maior delas relacionadas a falta de profissionais qualificados (29%). Depois do desligamento, 76,7% dos participantes realizaram tratamento odontológico e 33,7% receberam atendimento uma vez por ano. As instituições públicas, incluindo o CIES, e os consultórios particulares foram os serviços mais buscados. Conclui-se que houve o aumento da experiência de cárie dos participantes após o desligamento do centro e que essa população enfrenta obstáculos na busca por serviços odontológicos. É necessário que mais serviços de saúde sejam disponibilizados e a inserção de mais profissionais capacitados para receber essa população.

Palavras-chave: Saúde bucal; Pessoas com deficiência; Deficiência intelectual; Tratamento Odontológico.

1. INTRODUÇÃO

Pessoas com deficiência (PcDs), especialmente os com deficiência intelectual (DI), apresentam agravantes, como inadequada higiene bucal, hábitos alimentares cariogênicos e dificuldades de acesso ao Cirurgião-dentista, essa situação os tornam suscetíveis ao desenvolvimento de doenças bucais.[1,2] Consequentemente, apresentam altas prevalências de cárie dentária e doenças periodontais.[3]

A experiência de cárie dentária em PcDs é maior do que em pacientes normotípicos e maior ainda naqueles com deficiência mais grave. O aumento da severidade leva à maior dependência do cuidador e menor autopercepção de suas condições de saúde oral, essas circunstâncias são desfavoráveis para a realização da higiene bucal[1] e podem resultar em muitas necessidades de tratamentos odontológicos não atendidas, principalmente restauradoras.[4]

Adicionalmente, cuidadores frequentemente encontram barreiras na busca por serviços odontológicos para PcDs, como falta de transporte, localização dos consultórios, altos custos dos tratamentos e profissionais inseguros, que dificultam o acesso a tratamento adequado.[5-7] A existência de Centros de atenção à saúde para PcDs e Centros de Especialidades Odontológicas tem grande importância na manutenção da saúde bucal desses pacientes. Os que frequentam escolas e centros de cuidados tem menor experiência de cárie, uma vez que essas instituições oferecem atendimento odontológico ou orientações sobre promoção de saúde e higiene bucal.[8,9,10]

Constata-se, portanto a importância do acompanhamento odontológico qualificado para PcDs, a fim de tratar de forma adequada e educar os pacientes em relação à saúde bucal e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.[4,11] Os objetivos deste estudo foram comparar a experiência de cárie em PcDs antes e após o desligamento de um centro de atenção à saúde e investigar a necessidade de tratamento e avaliar o acesso destes indivíduos ao tratamento odontológico. A hipótese é que após desligamento da instituição os PcDs apresentam maior experiência de cárie, maior necessidade de tratamento e dificuldade no acesso a serviços odontológicos.

2. MATERIAL E MÉTODO

2.1 População e Amostra

A população consistiu de adolescentes e adultos com deficiência intelectual (DI), desligados do Centro Integrado de Educação Especial (CIES), no município de Teresina, Piauí, Brasil. O centro oferece acompanhamento escolar e atendimentos terapêuticos multidisciplinares gratuitos as crianças e adolescentes com DI de 2 a 15 anos de idade e está vinculado à Secretaria de Estado da Educação do Piauí e à Secretaria para Inclusão da Pessoa com Deficiência.[4]

No período de 2014 a 2021, houve o desligamento de 125 indivíduos por terem completado a idade máxima de acompanhamento, 15 anos. Dessa forma, para determinar a amostra mínima representativa foi utilizada a ferramenta OpenEpi. Levou-se em consideração uma estimativa de prevalência de cárie de 55% na população de estudo[12,13] e um nível de significância de 95%, além de uma taxa de recusas e/ou perdas de 20%. Logo, obteve-se um tamanho da amostra estimado em 86 participantes.

Os participantes foram divididos em grupos por ano de desligamento. Após a divisão, eles foram selecionados ao acaso e convidados a participar da pesquisa. Os participantes cujos exame clínico não estava completamente registrado nos prontuários, em tratamento ortodôntico fixo, que não colaboraram com o atendimento ou não compareceram ao local do exame clínico no dia agendado, foram excluídos. Outros foram convidados a participar do estudo até que o tamanho calculado da amostra fosse alcançado.

2.2 Coleta de dados

Foram coletadas informações dos prontuários dos pacientes, como a primeira e última data de atendimento odontológico no CIES, período de permanência na instituição, quantidade de atendimentos odontológicos, comportamento nas consultas e a experiência de cárie antes do desligamento. Os dados foram registrados pela mesma Cirurgiã-dentista que realizou os exames clínicos nos participantes desta pesquisa. Antes dos exames, a profissional foi calibrada em duas etapas, a primeira com informações teóricas e fotografias e na segunda, 10% da amostra foi examinada em dois momentos a fim de calcular a concordância

intraexaminador que atingiu os valores de Kappa 0,925, ao examinar a condição, e 0,950, ao examinar as necessidades de tratamento.

Os pesquisadores entraram em contato com os cuidadores pelos números de telefones disponíveis nos prontuários dos pacientes. Foram realizadas seis tentativas de contato para cada responsável, durante as ligações os responsáveis foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e convidados a comparecer com seu filho no consultório odontológico do CIES para realização do exame clínico.

Os responsáveis responderam ao questionário (Apêndice 3), por meio de entrevista, com perguntas objetivas que abordavam dados socioeconômicos, demográficos (sexo, idade e renda mensal) e relacionadas à rotina do paciente, frequência e acesso à atendimento odontológico após seu desligamento do CIES.

A coleta de dados clínicos foi realizada por uma Cirurgiã-dentista especialista no atendimento de Pacientes com Necessidades Especiais e por uma anotadora que registrou os dados em um formulário elaborado para esse fim. Os exames clínicos foram realizados sob luz artificial com auxílio de espelho bucal, sonda exploradora e pinça clínica (Golgran®, São Paulo, Brasil). Os pacientes foram posicionados em decúbito dorsal, quando possível, para a realização de profilaxia, avaliação da necessidade de tratamento e da condição de cada dente. Seguiu-se o quadro de códigos para notação de diagnóstico de cárie dentária e necessidade de tratamento, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (Anexo 2)[14]. Para a avaliação da experiência de cárie, utilizou-se o número de dentes permanentes, cariados, extraídos e restaurados (CPOD), registrados em ficha clínica (Apêndice 4).

2.3 Aspectos Éticos

Este estudo longitudinal retrospectivo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (parecer: 30884820.1.0000.5214) (Anexo 3). Após serem esclarecidos sobre a natureza e objetivos da pesquisa e aceitarem participar, os responsáveis ou cuidadores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), como recomendado pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde.

2.4 Análise Estatística

O Statistical Package for the Social Science (SPSS) (IBM SPSS, versão 23.0, IBM Corporation, Armonk, New York, USA) foi empregado para a análise dos dados. Análise descritiva, bivariada (teste Mann-Whitney) e multivariada (regressão logística) foram realizadas. O teste Mann-Whitney foi aplicado para comparação dos grupos (antes e após desligamento do CIES) quanto a experiência de cárie. Modelos de regressão logística uni e multivariada, com variância robusta, foram utilizados para avaliar os fatores explicativos para o desfecho dicotômico “cárie dentária” após desligamento do participante do CIES. As variáveis independentes foram introduzidas no modelo ajustado com base em sua significância estatística ($p<0,20$). O nível de significância adotado para as análises foi de 95%.

3. RESULTADOS

A amostra final foi composta por 86 jovens com idade média de 19,7 (Dp 2,43) anos e em sua maioria por homens (61,6%). Dos participantes, 30,2% tinham o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), 17,4% de paralisia cerebral (PC) e 20,9% Síndrome de Down (SD). Atualmente, 36% tem renda familiar menor ou igual a um salário mínimo e 81,4% recebem auxílio do governo, o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Durante a realização de exame clínico, a maioria (90,7%) apresentou comportamento colaborativo e apenas 5 choraram durante o atendimento. A higiene bucal de 46,5% dos participantes é realizada apenas pelos seus responsáveis, enquanto 32,6% necessitam de supervisão e 20,9% conseguem realizar sozinhos a atividade. A maioria, 56,1%, usam apenas escova e creme dental para realizar a higiene bucal e apenas 32,5% fazem uso de fio dental. Quando questionados sobre como classificariam a qualidade de saúde bucal dos seus filhos, 52,3% dos responsáveis classificaram como boa e 37,2% como regular (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados demográficos, socioeconômicos e de hábitos de higiene bucal dos participantes (n=86).

Variáveis	
	Média (dp)
Idade	19,73 (2,43)
	n (%)
Sexo	
Feminino	33 (38,4)
Masculino	53 (61,6)
Faixa etária	
17 a 20 anos	60 (6,8)
21 a 24 anos	26 (30,2)
Renda mensal familiar	
Menor ou igual a 1 SM	31 (36,0)
1 a 2 SM	49 (57,0)
3 a 4 SM	4 (4,7)
Maior que 4 SM	2 (2,3)
Recebe auxílio do governo	
Não	15 (17,4)
Sim, BPC	70 (81,4)
Não quero responder	1 (1,2)
Diagnóstico	
TEA	26 (30,2)
PC	15 (17,4)
SD	18 (20,9)
Mais de uma deficiência	3 (3,5)
Outras	24 (27,9)
Comportamento durante os atendimentos	
Colaborativo	78 (90,7)
Chorou	5 (5,8)
Necessitou de estabilização	3 (3,5)
Como o responsável a qualificou de saúde bucal de seu filho	
Boa	45 (52,3)
Regular	32 (37,2)
Ruim	7 (8,1)
Não sei	2 (2,3)
Quem realiza a escovação	
Paciente	18 (20,9)
Responsável	40 (46,5)

O paciente com a supervisão de um responsável	28 (32,6)
O que utiliza na higiene bucal	
Escova e creme dental	50 (56,1)
Escova, creme dental e fio dental	25 (29,1)
Escova, creme dental e enxaguante	6 (7,0)
Escova, creme dental, fio dental e enxaguante	3 (3,5)
Escova, creme dental e gaze	1 (1,2)
Enxaguante e gaze	1 (1,2)

Nota: Dp = Desvio padrão; SM = Salário mínimo; BPC = Benefício de prestação continuada.

A maioria dos egressos permaneceu em atendimento no CIES, em média, por 7,3 anos e 79,1% receberam mais de 10 atendimentos regulares ao longo dos anos de permanência. Enquanto matriculados, 73,3% dos participantes apresentaram comportamento colaborativo na maioria dos atendimentos e em 17,4% foi necessário realizar estabilização. Para terem acesso ao centro, 40,7% das famílias usavam transporte público, o ônibus coletivo, e 32,6% necessitavam do automóvel disponibilizado pelo governo do estado. A renda mensal familiar de 40,7% dos participantes era menor ou igual a 1 salário mínimo e 83,7% recebiam auxílio do governo, o BPC (Tabela 2).

Tabela 2 – Dados relacionados aos atendimentos realizados no CIES antes do desligamento, comportamento odontológico, meio de transporte e econômico (n=86).

Variáveis	**n (%)**
Período de permanência em atendimento no CIES	
1 a 5 anos	21 (24,4)
6 a 10 anos	54 (62,8)
11 a 13 anos	11 (12,8)
Nº de atendimentos	
2 a 5 atendimentos	9 (10,5)
6 a 10 atendimentos	9 (10,5)
Mais de 10 atendimentos	68 (79,1)
Comportamento durante os atendimentos	
Colaborativo	63 (73,3)
Chorou	7 (5,1)

Necessitou de estabilização	15 (17,4)
Transporte para acesso ao CIES	
Transporte público municipal	36 (40,7)
Carro próprio	10 (11,6)
Automóvel disponibilizado pelo governo	28 (32,6)
Renda mensal familiar	
Menor ou igual a 1SM	35 (40,7)
1 a 2 SM	46 (53,5)
3 a 4 SM	4 (4,7)
Maior que 4 SM	1 (1,2)
Recebia auxílio do governo	
Não	12 (14,0)
Sim, BPC	72 (83,7)
Sim, Bolsa família	1 (1,2)
Sim, mas não sabe qual o auxílio	1 (1,2)

Nota: SM = Salário mínimo; BPC = Benefício de prestação continuada.

Todos os participantes desvincularam-se do centro ao completar 15 anos de idade e mais da metade dos seus responsáveis (65,1%) confirmaram ter tido dificuldade para obter atendimento odontológico aos filhos após o desligamento. A maior dificuldade citada (29,1%) foi a falta de profissionais qualificados ou a recusa de realizar atendimento. Sete cuidadores (8,1%) relataram não saber onde buscar atendimento e para 12,8% a maior dificuldade foi o paciente não colaborar durante o atendimento.

Após o desligamento, 16,3% dos egressos nunca foram a nenhum serviço odontológico e 16,3% foram somente em casos de urgência. Ademais, 33,7% recebem atendimento odontológico uma vez por ano e 14% recebem 3 ou mais vezes por ano. Em relação a tratamentos odontológicos realizados após o desligamento, 36% recebeu tratamento profilático e 22,1%, tratamento profilático e restaurador. Entretanto, de acordo com os responsáveis, 20 não tiveram êxito no tratamento e 30% justificou que o paciente não foi colaborativo, 20% relataram dificuldade no agendamento e 25% não buscou atendimento.

As instituições públicas, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, Centro de Especialidades Odontológicas, Unidades de Pronto Atendimento e o Hospital da Polícia Militar,

foram os locais mais procurados pelos cuidadores para atendimento odontológico (31,4%). O CIES permaneceu sendo procurado por 19,8%. Para 17,4% dos responsáveis foi necessário buscar atendimento em mais de uma instituição. Quando questionados sobre a qualidade do atendimento recebido, 45,3% avaliaram como ótima, 22,6% como boa e 16,2% regular.

Ao serem questionados sobre o que facilitaria o acesso de PcDs aos serviços odontológicos, 31,4% opinaram que são necessários mais Cirurgiões-dentistas qualificados para o atendimento desses pacientes, enquanto 24,4% destacaram que é necessário o aumento de Centros voltados para PcDs (Tabela 3). A tabela 4 mostra que o acesso a tratamento odontológico após o desligamento do CIES diminuiu, considerando que antes todos os participantes tinham acompanhamento odontológico e atualmente apenas 83,8% tiveram acesso a atendimento.

Tabela 3 – Variáveis relacionadas a busca por atendimento após o desligamento do CIES

Variáveis	**n (%)**
Teve dificuldade para obter atendimento após o desligamento?	
Não	29 (33,7)
Sim	56 (65,1)
Não quero responder	1 (1,2)
Se sim, qual?	
Não soube onde buscar atendimento	7 (8,1)
Dificuldade no agendamento	8 (9,3)
Falta de profissionais qualificados ou profissional se recusou a atender	25 (29,1)
Paciente não colaborou	11 (12,8)
Frequência que recebeu atendimento odontológico após desligamento do CIES?	
Nunca foi após a saída da instituição	14 (16,3)
Somente em casos de urgência	14 (16,3)
1 vez/ano	29 (33,7)
2 vezes/ano	17 (19,8)
3 ou mais vezes/ano	12 (14,0)
Realizou algum tratamento após o desligamento do CIES?	
Não	20 (23,3)
Sim	66 (76,7)
Qual tratamento?	
Profilaxia	31 (36,0)

Profilaxia e restauração	19 (22,1)
Exodontia e restauração	6 (7,0)
Se sim, obteve êxito?	
Não realizou tratamento	20 (23,3)
Sim	66 (76,7)
Se não obteve êxito, qual o motivo?	
Paciente não colaborou	6 (7,0)
Dentista recusou atendimento	3 (3,5)
Dificuldade no agendamento	4 (4,7)
Consultório com defeito	2 (2,3)
Não buscou	5 (5,8)
Onde buscou atendimento após o desligamento da instituição?	
CIES	17 (19,8)
Instituições públicas	27 (31,4)
Consultório particular	17 (19,8)
Clínica escola	5 (5,8)
Mais de uma instituição	15 (17,4)
Não lembra/não buscou	5 (5,8)
Como você classificaria a qualidade do atendimento recebido?	
Ótima	39 (45,3)
Boa	22 (22,6)
Regular	14 (16,3)
Ruim	6 (7,0)
Péssima	1 (1,2)
Não buscou	4 (4,7)
O que facilitaria, na sua opinião, o acesso de PcDs aos serviços odontológicos?	
Aumento da idade limite de atendimento pelo CIES	6 (7,0)
Aumento dos centros voltados para	21 (24,4)
Nota: PcD = pessoa com deficiência	
Profissionais da saúde bucal qualificados para o atendimento de PcDs	27 (31,4)
Aumento da idade limite de atendimento pelo CIES + Aumento de centros voltados para PcD	6 (7,0)

Em relação à experiência de cárie, houve um aumento significativo no CPOD. Antes do desligamento os indivíduos apresentaram CPOD médio de 1,66 (Dp 2,53)

e a média do CPOD atual é 4,3 (Dp 5,61). Dos participantes, atualmente, 44,2% não tem dentes cariados e 54,7% tem zero dentes restaurados. Contudo, comparado com a situação antes do desligamento, houve aumento significativo do número médio de dentes cariados e obturados (Tabela 4).

Além da experiência de cárie, no exame clínico foram avaliadas as necessidades tratamento atuais. Dos participantes, 45,3% necessitavam de tratamento restaurador em uma superfície e 22,1% em mais de uma superfície. Outra necessidade evidenciada foi a extração, necessária em 15,1% dos participantes, enquanto selante e tratamento endodôntico foram indicados para 5,8% e 2,3% dos pacientes, respectivamente.

Tabela 4 - Média de experiência de cárie e acesso a tratamento odontológico, antes e após o desligamento do CIES.

	Antes do desligamento do CIES	**Após desligamento do CIES**	**p***
Dentes Cariados - média (dp)	0,42 (1,01)	1,77 (2,36)	<0,001
Dentes Perdidos- média (dp)	0,19 (0,78)	0,43 (1,06)	0,001
Dentes Obturados - média (dp)	1,06 (1,61)	1,80 (2,51)	<0,001
CPOD - média (dp)	1,66 (2,53)	4,3 (5,61)	<0,001
Acesso a tratamento odontológico	**n (%)**	**n (%)**	
Sim	86 (100)	72 (83,8)	
Não	---	14 (16,3)	---

* Teste de Mann-Whitney

A tabela 5 mostra os resultados de regressão logística univariada e multivariada por meio do risco relativo bruto e ajustado, respectivamente. A única variável capaz de explicar o desfecho “cárie dentária” foi o sexo. Participantes do sexo masculino tiveram um menor risco de cárie dentária quando comparados aqueles do sexo feminino (p=0,017).

Tabela 5 – Modelos de regressão logística univariada e multivariada quanto os fatores explicativos para cárie dentária (desfecho) após o desligamento do CIES.

	RR_{bruto} (IC 95%)	**P**	**$RR_{ajustado}$ (IC 95%)**	**p**
Sexo				
Feminino	1	0,014	1	0,017*
Masculino	0,310 (0,121 – 0,793)		0,247 (0,078-0,782)	
Faixa etária				

17 a 20 anos	1	0,817		
21 a 24 anos	0,896 (0,354 – 2,271)			
Diagnóstico				
Mais de uma deficiência ou outras condições	1		1	
SD	0,625 (0,183 – 2,131)	0,453	0,243 (0,055 – 1,075)	0,62
PC	0,571 (0,157 – 2,080)	0,396	0,396 (0,091 – 1,713)	0,215
TEA	0,429 (0,141 – 1,302)	0,135	0,469 (0,142 – 1,553)	0,215
Nº de atendimentos durante tratamento no CIES				
Mais de 10 atendimentos	1		1	
6 a 10 atendimentos	0,527 (0,130 – 2,140)	0,370	0,507 (0,103 – 2,489)	0,403
2 a 5 atendimentos	0,329 (0,076 – 1,430)	0,138	0,295 (0,062 – 1,405)	0,125
Período de tempo de desligamento do CIES				
1 a 3 anos	1			
4 a 6 anos	0,706 (0,250 – 1,995)	0,511		
7 a 10 anos	0,909 (0,298 – 2,775)	0,867		

Nota: RR= Risco relativo; IC 95% = Intervalo de confiança de 95%.
*Indica significância estatística.

4. DISCUSSÃO

Segundo o Conselho Federal de Odontologia, em 2024, existem no Brasil 926 profissionais especializados em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. Entretanto, no Conselho Regional de Odontologia do Piauí não há registros de Cirurgiões-dentistas com essa especialidade[15]. Isto mostra a deficiência de profissionais capacitados para o atendimento de PcDs na região, uma situação que culmina em uma população desassistida pelo profissional de saúde bucal.

Este estudo revelou as dificuldades que os cuidadores tem no acesso a atendimento odontológico para PcDs em Teresina, capital do Piauí, uma realidade que não se restringe apenas a essa região. No estado existem 33 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para atender a 224 municípios, 3 estão situados na capital, mas desses 3 em apenas 1 é ofertado atendimento à PcDs. Em outros países também foram relatados os desafios para conseguir tratamento e destacaram que muitas famílias não recebem informações sobre onde buscar atendimento, além dos altos custos dos tratamentos e a localização e horários de

funcionamento inconvenientes dos serviços disponíveis,[6,7,16-18] corroborando os resultados desta pesquisa.

A maior dificuldade enfrentada pelos responsáveis na busca por serviços odontológicos foi a falta de profissionais qualificados ou profissionais que se recusaram a atender. Muitas dessas necessidades de tratamento deveriam ser resolvidas na atenção básica pelo clínico geral[19]. Entretanto, muitos deles se recusam a fazê-lo, o que está relacionado à formação durante a graduação. A ausência da disciplina sobre PcDs nos currículos das universidades gera profissionais sem experiência e conhecimentos necessários para oferecer atendimento de qualidade para esses pacientes.[20] Em 2020, na Índia, confirmaram essa realidade ao apresentar que 39% profissionais afirmaram que a graduação não os preparou para atender PcDs e apenas 38,4% receberam treinamento para realizar manejo dessa população.[21]

Em 2013, também em Teresina, foi investigado o tipo de serviço buscado para obter tratamento odontológico a pacientes matriculados em centros voltados para PcDs. Na época, a maioria dos participantes obtinham atendimento em serviços particulares, enquanto uma menor porcentagem era atendida em serviços públicos, como em Unidades Básicas de Saúde e no Centro de Especialidades Odontológicas.[22] Entretanto, o presente estudo mostrou que a realidade dos egressos do CIES é diferente, uma vez que os locais mais procuradas pelos responsáveis são as instituições públicas.

Além das instituições públicas, as clínicas escolas também foram citadas por alguns cuidadores entrevistados neste estudo. Essa maior busca por atendimentos gratuitos ou de baixo custo deve-se, provavelmente, por dificuldades financeiras enfrentadas pelas famílias e pelos altos custos dos tratamentos odontológicos. [7,17] Outra dificuldade para acesso após desligamento do CIES é o transporte. A maioria das famílias, quando acompanhadas pelo centro, utilizavam transporte fornecido pelo governo ou transporte público para se deslocarem ao atendimento.

Segundo a percepção dos cuidadores, é necessário mais profissionais qualificados e o aumento de centros voltados para PcDs para facilitar o acesso dessa população a serviços odontológicos. Atualmente, o CIES é o único centro

voltado apenas para PcDS em Teresina com atendimento odontológico. Instituições em Teresina que antes ofereciam este serviço, como o Centro Integrado de Reabilitação e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, hoje se encontram sem Cirurgiões-dentistas.

O CIES oferece acompanhamento odontológico periódico e especializado para cerca de 500 crianças com deficiência de 2 a 15 anos de idade. Desde as primeiras consultas, os pacientes passam por processo de condicionamento e adaptação ao consultório odontológico por meio de atividades lúdicas e técnicas de manejo, que desenvolve vínculo e confiança entre profissional e paciente.[23] Assim, após desvincularem-se do CIES, espera-se que os pacientes consigam ser atendidos por outros Cirurgiões-dentistas, porém nem sempre isso ocorre. Neste estudo, pôde-se constatar que muitos responsáveis acabaram retornando ao centro para buscar tratamento odontológico, visto que os pacientes não colaboraram quando atendidos por outros profissionais ou não encontraram profissionais qualificados para realizar o atendimento.

O baixo CPOD dos participantes, no período que eram assistidos pelo centro, pode ser considerado um reflexo do acompanhamento e da educação em saúde bucal proporcionada pelo CIES para os pacientes e cuidadores. O número de visitas odontológicas e as orientações profissionais podem ser fatores de proteção contra a cárie dentária,[24] mas entende-se que fatores contextuais, como realidade familiar, financeira e escolaridade dos pais, também podem ter influência no estado de saúde bucal.[25-27] Entretanto, na regressão logística a quantidade de visitas odontológicos realizadas no CIES antes do desligamento não foi capaz de explicar a atual experiência de cárie dos participantes.

A gravidade da deficiência e a maior idade podem se apresentar como fatores de risco para a cárie dentária, uma vez que pacientes com maior gravidade tem mais dificuldades motoras e cognitivas e os mais velhos tem dentes irrompidos por maior período de tempo, assim, foram expostos a diversos fatores cariogênicos ao longo dos anos.[8,25] Foi realizada a regressão logística para avaliar se o tempo de afastamento do centro e o diagnóstico dos participantes seriam variáveis explicativas da experiência de cárie atual, porém essas não foram capazes de explicar o desfecho.

PcDs frequentemente dependem de seus cuidadores para realizar atividades de higiene, pois devido suas deficiências motoras, não conseguem realizar sozinhos atividades que necessitam de maior destreza, como fazer uso de fio dental e escovação. Como também exige destreza dos cuidadores, essas atividades acabam sendo negligenciadas.[1,5,28] Esta situação de dependência foi verificada também para a maioria dos participantes do pressente estudo e constatou-se também que não utilizam o fio dental na higiene oral.

O tratamento odontológico tem impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes, uma vez que, os problemas bucais podem ter impacto negativo na saúde sistêmica e geram insatisfação estética.[4,11] Porém, em virtude de dificuldades cognitivas, PcDs geralmente tem baixa autopercepção de seus problemas bucais e necessidades de tratamento odontológico.[1] Mesmo quando se tornam adultos, muitos dependem da percepçao dos cuidadores e, por isso, os profissionais devem orientar tanto paciente quanto o cuidador para que entendam a importância da higiene bucal e de buscar o acompanhamento odontológico.[23,29] Assim, espera-se estimular os responsáveis a buscarem por atendimento e que não busquem apenas em casos de urgênicia, como exposto nos resultados da pesquisa.

O estudo apresentou algumas limitações, como: a dificuldade de entrar em contato com os responsáveis devido as mudanças dos números de telefone ao longo dos anos e o registro incompleto dos prontuários e exames clínicos, que dificultou a coleta de dados importantes para o estudo. Ainda assim, foi possível concluir o estudo com todos os dados necessários, amostra mínima necessária e rigor estatístico.

5. CONLUSÃO

Após o desligamento do CIES, os pacientes apresentaram aumento na experiência de cárie e foram verificadas necessidades de tratamento não atendidas, principalmente restauradoras. Os responsáveis tiveram dificuldade no acesso ao tratamento odontológico devido à falta de profissionais qualificados, dificuldades no agendamento de consultas e pela não colaboração dos pacientes. É necessário a implantação de mais centros especializados no atendimento de PcDs e a

capacitação de profissionais que atuam na atenção primária. É preciso, também, que ocorram mudanças na formação dos profissionais durante a graduação, de forma que as universidades os preparem para realizar atendimento adequado para essa população.

REFERÊNCIAS

1. Martins I, Veiga N, Correia M, Coelho I, Couto P. Estudo comparativo de comportamento e autopercepção em saúde oral de populações adultos com e sem DI. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2020; 61(2):64-71.

2. Pini DM, Fröhlich PC, Rigo L. Oral health evaluation in special needs individuals. Einstein (São Paulo). 2016;14(4):501-507.

3. Suresh S, Indiran MA, Doraikannan S, Prabakar J, Balakrishnan S. Assessment of oral health status among intellectually and physically disabled population in Chennai. J Family Med Prim Care. 2022;11(2):526-530.

4. Almeida JS, Fernandes RF, Andrade ÁCB, Almeida BC, Amorim ANS, Lustosa JHCM, et al. Impact of dental treatment on the oral health-related quality of life of children and adolescents with Autism Spectrum Disorder. Spec Care Dentist. 2021;41(6):658-669.

5. Silva ELMSD, Góes PSA, Vasconcelos MMVB, Jamelli SR, Eickmann SH, Melo MMDC, et al. Oral health care for children and adolescents with cerebral palsy: perceptions of parents and caregivers. Cien Saude Colet. 2020;25(10):3773-3784.

6. Indiran MA, Subramanian AK, Prabakar J, Pradeep Kumar R, Sri Sakthi D, Leelavathi L. Concerns with oral health care services for adults with cognitive and intellectual disabilities. Bioinformation. 2020;16(12):974-982.

7. Gerreth K, Borysewicz-Lewicka M. Access Barriers to Dental Health Care in Children with Disability. A Questionnaire Study of Parents. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2016; 29(1): 139–145.

8. Bakry NS, Alaki SM. Risk Factors Associated with Caries Experience in Children and Adolescents with Intellectual Disabilities. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 2012; 36(3):319-324.

9. Macarevich Condessa A, Lucena EHG, Figueiredo N, Goes PSA, Hilgert JBH. Specialized dental care for people with disabilities in Brasil: profile of the Dental Specialty Centers, 2014. Epidemiol. Serv. Saude. 2020; 29(5):1-11.

10. Sherriff A, Stewart R, Macpherson LMD, Kidd JBR, Henderson A, Cairns D, Conway DI. Child oral health and preventive dental service access among children with intellectual disabilities, autism and other educational additional support needs: A population-based record linkage cohort study. Community Dent Oral Epidemiol. 2023 Jun;51(3):494-502.

11. Rollon-Ugalde V, Coello-Suanzes JA, Lopez-Jimenez AM, Herce-Lopez J, Toledano-Valero P, Montero-Martins J, et al. Oral health-related quality of life after dental treatment in patients with intellectual disability. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2020;25(5):576-583.

12. Jabar MA. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. J Appl Oral Sci. 2011;19(3): 212-217.

13. Nqcobo CB, Yengopal V, Rudolph MJ, Thekiso M, Joosab Z. Dental caries prevalence in children attending special needs schools in Johannesburg, Gauteng Province, South Africa. SADJ. 2012 Aug;67(7):308-813.

14. Ministério da Saúde. Projeto SB2000: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano de 2000: Manual do Examinador [Internet]. Brasília; 2001 [Acessado em 30 de outubro de 2021]; 49 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condSB_man_exam.pdf

15. Conselho Federal de Odontologia [Internet]. Brasil: CFO; c2024 [cited 2024 Feb 16]. Available from: https://website.cfo.org.br/estatisticas/quantidade-geral-de-cirurgioes-dentistas-especialistas/

16. Mohd FN, Said AH, Mat Naji AS. Perceptions Toward Healthcare and Dental Care Services among Parents and Caretakers of People with Intellectual Disability (PWID)-A Questionnaire Study. J Int Soc Prev Community Dent. 2023 Feb 27;13(1):54-61.

17. 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.

18. Ministério da Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2018 [Acessado em 05 de março de 2024]; 350 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf

19. Kachwinya SM, Kemoli AM, Owino R, Okullo I, Bermudez J, Seminario AL. Oral health status and barriers to oral healthcare among children with cerebral palsy attending a health care center in Kampala, Uganda. BMC Oral Health. 2022;22(1):656.

20. Faulks D, Freedman L, Thompson S, Sagheri D, Dougall A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. Eur J Dent Educ. 2012;16(4):195-201.

21. Hugar SM, Soneta SP, Gokhale N, Badakar C, Joshi RS, Davalbhakta R. Assessment of Dentist's Perception of the Oral Health Care toward Child with Special Healthcare Needs: A Cross-sectional Study. Int J Clin Pediatr Dent. 2020 May-Jun;13(3):240-245.

22. Oliveira JS, Prado Júnior RR, de Sousa Lima KR, de Oliveira Amaral H, Moita Neto JM, Mendes RF. Intellectual disability and impact on oral health: a paired study. Spec Care Dentist. 2013;33(6):262-268.

23. Oliveira JS, Prado Junior RR, Fernandes RR, Mendes, RF. Promoção de saúde bucal e extensão universitária: novas perspectivas para pacientes com necessidades especiais**.** Rev. ABENO. 2015; 15(1): 63-69.

24. Liu Z, Yu D, Luo W, et al. Impact of oral health behaviors on dental caries in children with intellectual disabilities in Guangzhou, China. Int J Environ Res Public Health. 2014;11(10):11015-11027

25. Jain M, Mathur A, Sawla L, Choudhary G, Kabra K, Duraiswamy P, et al. Oral health status of mentally disabled subjects in India. Journal of Oral Science. 2009;50(3): 333-340.

26. Schulte AG, Freyer K, Bissar A. Caries experience and treatment need in adults with intelectual disabilities in two German regions. Community Dental Health. 2013; 30(1):39–44.

27. Gaio DC, Moysés SJ, Bisinelli JC, França BHS, Moysés ST. Health promoting schools and their impact on the oral health of mentally disabled people in Brazil. Health Promot Int. 2010;25(4):425-434.

28. Bennadi D, Konekeri V, Maurya M, Reddy V, Satish G, Reddy CVK. Oral hygiene negligence among institutionalized mentally disabled children in Mysore city-A call for attention. J Family Med Prim Care. 2020;9(4):2045-2051.

29. Tefera AT, Girma B, Adane A, et al. Dental health problems and treatment-seeking behavior among special need school students in Amhara region, Ethiopia. BMC Oral Health. 2021;21(1):489.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HUMANA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Prezado(a) Senhor (a)

Você está sendo convidado(a) a autorizar a participação do(a) seu(sua) filho(a) como voluntários(as) da pesquisa denominada “Experiência de cárie e acesso ao tratamento odontológico de pessoas com deficiência antes e após o desligamento de um centro de referência à saúde”. Esta pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora Regina Ferraz Mendes Viana, Profª da Universidade Federal do Piauí, do Departamento de Odontologia Restauradora e tem como objetivo principal verificar as condições de saúde bucal e as dificuldades encontradas por pacientes especiais para o acesso ao tratamento odontológico após o desligamento de uma instituição pública de referência (CIES) no atendimento a pacientes especiais. Esta pesquisa tem como objetivos específicos determinar os motivos do desligamento da instituição, verificar a frequência de atendimento odontológico recebido no CIES, comparar o índice CPOD antes e depois do desligamento destes pacientes do CIES e verificar quais são os locais que os pacientes recebem atendimento odontológico após o desligamento do CIES.

Neste sentido, solicitamos sua colaboração mediante a assinatura desse termo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante. Após seu consentimento, assine todas as páginas e ao final desse documento que está em duas vias. O mesmo, também será assinado pelo pesquisador em todas as páginas, ficando uma via com você participante da pesquisa e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las com o pesquisador responsável pela pesquisa por meio do telefone da Profª Drª Regina Ferraz (86) 99982-4947. 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, no bairro Ininga, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.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 voluntaria, 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.

A pesquisa tem como justificativa a importância de avaliar como é acesso destes pacientes ao tratamento odontológico e, se for o caso, propor ações que possam facilitar o acesso e consequentemente melhorar a qualidade de vida destes indivíduos e de seus cuidadores. Inicialmente será aplicado um questionário onde você, pai ou responsável, irá responder questões objetivas e subjetivas. As questões exploram as possíveis dificuldades encontradas na busca por atendimento odontológico após o desligamento do programa, dados socioeconômicos, impressões e perspectivas que os cuidadores possuem do atual cenário da saúde pública para pacientes com deficiência. Tange-se, ainda, as impressões e concepções acerca dos profissionais da área. É previsto em torno de meia hora para o preenchimento do questionário. Em seguida, marcaremos um horário para que seja realizado o exame clínico do seu(sua) filho(a) – adolescente sob sua responsabilidade –, utilizando sonda exploradora, gazes, algodões, pinça clínica, espelho bucal e equipamentos de segurança. Esse exame será realizado para determinar o índice CPOD, índice que fornece a soma do número de dentes cariados, perdidos e obturados, no momento da entrevista e comparar com os dados dos prontuários no momento que a criança ou adolescente estava participando do CIES.

Esclareço que esta pesquisa acarreta riscos, tendo em vista que o exame clínico é realizado utilizando objetos perfurocortantes, mas serão manuseados apenas pelo profissional, além disso, serão disponibilizados equipamentos de segurança para o cirurgião-dentista e para a criança, ressaltando que não irá ser realizado nenhum procedimento invasivo, o exame clínico é apenas visual-tátil. Esclareço também que a pesquisa pode gerar incômodos, tais como, o deslocamento do cuidador e do adolescente até o CIES. Se você morar longe do CIES, que se situa na Avenida Higino Cunha, S/N - Ilhotas, em Teresina, Piauí, e não possuir condições para transporte, forneceremos auxílio financeiro suficiente para o seu deslocamento. Outro possível incômodo é que a ida ao consultório odontológico pode gerar também estresse a criança ou adolescente devido à ansiedade, medo ou qualquer outro tipo de comportamento negativo, mas para contornar isto, nossa equipe irá manejá-los de forma segura e tranquila, além do que o adolescente será atendido sempre de forma voluntária, podendo desistir da pesquisa no momento que desejar sem nenhum prejuízo ou dano ao participante.

Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmico-científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem a manter o 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. A pesquisa apresenta como benefício a divulgação em fóruns científicos e em órgãos públicos para a discussão da criação de centros de atendimento, para os indivíduos excedentes de faixa etária e limite físico das instituições preexistentes, auxílio no planejamento de saúde pública, beneficiando assim a população de pacientes com deficiência. E você terá livre acesso as todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados.

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 decorrente de 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.

Após os devidos esclarecimentos e estando ciente de acordo com os que me foi exposto, eu_____declaro que aceito participar desta pesquisa, dando pleno consentimento para uso das informações por mim prestadas. Para tanto, assino este consentimento em duas vias, rubrico todas as páginas e fico com a posse de uma delas.

Preencher quando necessário

( ) Autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação, filmagem e/ou fotos;

( ) Não autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação e/ou filmagem.

( ) Autorizo apenas a captação de voz por meio da gravação;

Local e data: _____

_____

Assinatura do Pai/Mãe ou Responsável Legal

_____

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE 2

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HUMANA
TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “Experiência de cárie e acesso ao tratamento odontológico de pessoas com deficiência antes e após o desligamento de um centro de referência à saúde”. Seus pais permitiram que você participe. Queremos saber como está a saúde da sua boca hoje e se ela está melhor, se não está tão boa ou se está igual a quando você participava do Centro Integrado de Educação Especial (CIES).

A pesquisa será realizada no CIES, você ficará sentado enquanto a dentista Carla Giovanna de Alencar Fonseca Cipriano conta quantos dentes seus estão saudáveis e quantos não estão. Para a contagem ele utilizará um espelho bucal, sonda exploradora, pinça clínica, gazes e algodões, esses materiais são considerados seguros quando são usados por um profissional, mas podem gerar incômodos, e por alguns serem perfurocortantes, podem causar ferimentos, porém serão utilizados equipamentos de proteção para o dentista e para você, para reduzir os riscos. Caso aconteça algo errado ou você possua alguma dúvida basta avisar ao dentista Carla Giovanna de Alencar Fonseca Cipriano ou ligar para o número de telefone da Profª Drª Regina Ferraz (86) 99982-4947.

Mas há coisas boas que podem acontecer, a pesquisa é aplicada, isso quer dizer que se a pesquisa mostrar que os pacientes com deficiência não estão mais com a boca saudável, os resultados serão mostrados aos representantes do município para que eles possam resolver os problemas da falta de lugares que cuidem da saúde da boca dos pacientes com deficiência quando saem do CIES e também para que os pais e/ou responsáveis saibam onde levar as crianças e/ou adolescentes que precisem de atendimento especial para que sejam atendidos e assim consigam recuperar e manter a saúde da boca. O dentista irá anotar a contagem em uma ficha.

Você pode se sentir incomodado durante a contagem e se recusar a participar da pesquisa, não tem problema, é um direito seu. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa serão publicados, mas sem identificar as crianças que participaram da pesquisa e se você tiver interesse sobre os resultados da pesquisa, basta pedir para os seus pais ou responsáveis que entre em contato com nossa equipe para divulgarmos a você todas as informações do seu interesse.

Nome e/ou assinatura da criança/adolescente:
_____.

Nome e assinatura dos pais/responsáveis:
_____.

Nome e assinatura do pesquisador responsável por obter o consentimento:
_____.

Teresina, _____ de _____de _____.

APÊNDICE 3

QUESTIONÁRIO

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

QUESTIONÁRIO

Identificação:_____ Idade:____

1) Sexo: a. Feminino b. Masculino
2) Diagnóstico:
   a. Autismo
   b. PC
   c. Síndrome de Down
   d. Outro: _____
3) Data da 1ª consulta: ___/___/_____
4) Data da última consulta antes do desligamento: ___/___/_____
5) Período de permanência:_____
6) Faixa etária durante o período de permanência no CIES: ____ aos ____anos
7) Número de atendimentos:
   a. 1
   b. 2 a 5
   c. 5 a 10
   d. mais de 10 atendimentos
8) Comportamento apresentado pelo PCD na maioria das consultas:
   a. Colaborativo
   b. Chorou
   c. Necessidade de estabilização
   d. Não permitiu
9) Último índice **CPOD** registrado antes do desligamento: _____
10) Qual foi o motivo da saída do CIES?
   A) Idade
   B) Problemas com transporte
   C) Problemas financeiros
   D) Criança não colaborativa
   E) Outro motivo:_____

Após a saída do CIES:

11) Já teve dificuldade para obter o atendimento para seu filho?
   A) Sim
   B) Não
   C) Não quero responder
12) Se **SIM**, qual foi a dificuldade?

a. Não soube onde buscar atendimento
b. Transporte/Locomoção
c. Dificuldade no agendamento
d. Falta de profissionais qualificados, ou profissional se recusou a atender
e. Paciente não colaborou
f. Outro: _____

13) Com qual frequência recebeu atendimento odontológico?
A) Nunca foi após saída da instituição
B) Somente em casos de urgência
C) 1 vez
D) 2x ano
E) 3x ou mais por ano

14) Realizou algum tratamento odontológico?
A) Sim Qual? _____
B) Não
C) Não sei

15) Se **sim**, obteve êxito?
A) Sim
B) Não

16) Caso **não** tenha obtido êxito, qual foi o motivo?
A) Falta de transporte adequado
B) Paciente não colaborou
C) Dentista recusou atendimento
D) Outro:_____

17) Onde buscou atendimento?
A) Centro Integrado de Educação Especial-CIES
B) Hospital da Polícia Militar
C) Unidade básica de saúde-UBS
D) Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais-APAE
E) Consultório particular
F) Clínica escola. Qual? _____
G) Outro: _____

18) Como você classificaria a qualidade do atendimento obtido?
A) Ótimo
B) Bom
C) Regular
D) Ruim
E) Péssimo

19) Como você classificaria a qualidade atual da saúde bucal do seu filho?
A) Boa
B) Regular
C) Ruim
D) Não sei

20) Atualmente, quem realiza a escovação do seu filho?
A) Não há escovação;
B) Apenas o paciente;
C) Apenas o responsável;
D) O paciente com supervisão de um responsável;
E) Não quero responder.

21) O que é utilizado na higiene bucal? (pode marcar mais de uma)
A) Escova de dente

B) Creme dental
C) Fio dental
D) Enxaguatórios bucais
E) Não sei
F) Outras:_____

22) Qual transporte era utilizado para o deslocamento do paciente de sua residência para o CIES?
A) Bicicleta
B) Motocicleta
C) Ônibus
D) Carro próprio
E) Automóvel disponibilizado pelo governo
F) Nenhuma das alternativas anteriores.

23) Quantas pessoas compõem a família?_____

Sobre o período de permanência no CIES:

24) Qual era a renda familiar (salário mínimo)?
A) < 1
B) 1 a 2
C) 3 a 4
D) > 4
E) Não quero responder

25) Recebia auxílio do governo?
A) Sim Qual?_____ Valor:_____
B) Não
C) Não quero responder

Atualmente:

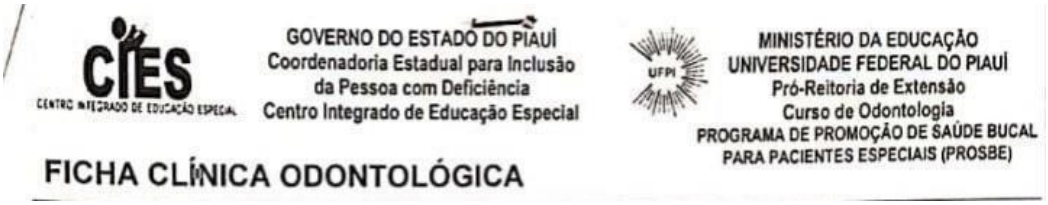
26) qual a renda familiar (salário mínimo)?
A) < 1
B) 1 a 2
C) 3 a 4
D) > 4
E) Não quero responder

27) Recebe auxílio do governo
A) Sim Qual?_____ Valor:_____
B) Não
C) Não quero responder

28) Em sua opinião, o que facilitaria o acesso dos PcDs aos atendimentos odontológicos?
A) Aumento da idade limite no CIES;
B) Aumento de centros voltados para PcDs;
C) Atendimento domiciliar;
D) Fornecimento de transporte para as consultas;
E) Profissionais da saúde bucal qualificados para o atendimento de PcDs;
F) Datas e horários de consulta mais acessíveis.
G) Não sei
H) OUTROS: _____

APÊNDICE 4

FICHA CLÍNICA



FICHA CLÍNICA INDIVIDUAL DE EXAME CLÍNICO

	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
FACES																
CONDIÇÃO																
TRATAMENTO																
FACES																
CONDIÇÃO																
TRATAMENTO																
	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 de dentes perma.:_____ Nº de dentes hígidos:_____ C: _____ P:____ O:_____ **CPO-d:_____**

Nº de dentes decíduos:_____ Nº de dentes hígidos: _____ C: _____ P:_____ O:_____ CEO-d: _____

Quadro - Códigos para notação de diagnóstico de cárie dentária e necessidade de tratamento, segundo a OMS.

Código	Condição	Código	Tratamento
0	Hígido	0	Nenhum
1	Cariado	1	Restauração de 1 superfície
2	Restaurado com cárie	2	Restauração de duas ou mais superfícies
3	Restaurado sem cárie	3	Coroa por qualquer razão
4	Perdido por cárie	4	Faceta estética
5	Perdido por outras razões	5	Pulpar + restauração
6	Selante	6	Extração
7	Apoio de coroa ou ponte branca	7	Remineralização de mancha branca
8	Não erupcionado	8	Selante
T	Trauma	9	Sem informação
9	Dente excluído		

APÊNDICE 5

AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, _____, responsável pela instituição Centro Integrado de Educação Especial (CIES) de Teresina, declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa “EXPERIÊNCIA DE CÁRIE E ACESSO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA ANTES E APÓS O DESLIGAMENTO DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA À SAÚDE”, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição.

Caso necessário, a qualquer momento como instituição CO-PARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento. Conforme Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Teresina, ____ de _____ de _____

_____
Responsável pela Instituição Pesquisador

_____
Profa. Dra. Regina Ferraz Mendes
Pesquisador

APENDICE 6

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANE O MESTRADO

- Qualificação do projeto de dissertação em dezembro de 2023
- Estágio:
  - ✓ Estágio Docência na disciplina de Estágio I – 2022/2023
  - ✓ Estágio Docência na disciplina de Prótese Total – 2022
- Apresentação de trabalho científico:
  - ✓ “Experiência de cárie e acesso aotratamento odontológico de pessoas com deficiência antes eapós o desligamento de um centro de atenção à saúde” – 40ª Reunião Anual do SBPQO
- Co-autoria em trabalhos científicos:
  - ✓ “Achados bucais em paciente com Síndrome de Kleefstra: relato de caso" – 8º Congresso Internacional de Odontologia do Piauí
  - ✓ “Impacto da pandemia da covid-19 na experiência de cárie de crianças e adolescentes em um centro especializado na promoção de saúde à pessoa com deficiência: resultados parciais” - 8º Congresso Internacional de Odontologia do Piauí
  - ✓ “Técnica imediata de clareamento em dente não-vital com peróxido de hidrogênio 35%: relato de caso” - 8º Congresso Internacional de Odontologia do Piauí
  - ✓ Acesso ao tratamento odontológico de pacientes especiais após desligamento de uma instituição de referência -resultados preliminares - 8º Congresso Internacional de Odontologia do Piauí
  - ✓ "Clareamento e microabrasão do esmalte para tratamento de fluorose dentária moderada: relato de caso." - 8º Congresso Internacional de Odontologia do Piauí
- Projeto de Extensão:
  - ✓ Participação no projeto de extensão “Promoção de Saúde Bucal para Pacientes Especiais” (PROSBE) “ de maio de 2022 a junho de 2023
- Colaboração em orientação de iniciação científica:
  - ✓ Colaboração em orientação do projeto de ICV da aluna de graduação Luana Cristina Barbosa Teixeira
  - ✓ Colaboração em orientação do projeto de ICV da aluna de graduação Luana Cristina Cipriano de Carvalho
- Participação em bancas e comissões:
  - ✓ Participação em banca de TCC da aluna de graduação Luana Cristina Barbosa Teixeira, como membro avaliadora (2024)
  - ✓ Participação em banca de TCC do aluno de graduação João Paulo Silva Ferreira, como membro suplente (2024)
  - ✓ Participação em banca de TCC da aluna de graduação Tásya Freire Araújo, como membro suplente (2024)
  - ✓ Participação em banca de TCC da aluna de graduação Luana Damasceno Oliveira, como membro suplente (2023)
  - ✓ Avaliadora de trabalhos científicos na XIX Jornada Acadêmica de Odontologia da UFPI (2023)
- Participação em congressos e cursos:
  - ✓ XIX Jornada Acadêmica de Odontologia da UFPI
  - ✓ 8° Congresso Internacional de Odontologia do Piauí

APENDICE 7

PRESS RELEASE

Jornal O Dia – Teresina-PI

Pacientes com deficiência: Experiência de cárie e as dificuldades enfrentadas na busca por atendimento odontológico em Teresina

Carla Giovanna de Alencar Fonseca Cipriano – Aluna do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFPI (PPGO- UFPI).

Regina Ferraz Mendes – Professora do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFPI (PPGO- UFPI).

Um estudo, desenvolvido no programa de pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí pela Professora Doutora Regina Ferraz Mendes e a aluna Carla Giovanna de Alencar Fonseca Cipriano, investigou a forma de acesso a serviços odontológicos e a experiência de cárie de pacientes com deficiência que foram atendidos no Centro Integrado de Educação Especial (CIES).

Pacientes com deficiências, devido suas limitações motoras ou cognitivas, podem apresentar dificuldades para realizar atividades de higiene sozinhos, como a higiene bucal, por isso, são suscetíveis a problemas bucais, como cárie dentária e doenças periodontais, além de, frequentemente, dependerem da família ou de cuidador para realizar sua higiene bucal.

O CIES é um centro de referência a saúde, financiado pelo governo do estado, que há 17 anos acompanha cerca de 500 crianças com deficiência na faixa etária de 2 a 15 anos. Além de atividades educativas, também oferece gratuitamente atendimento médico, psicológico, odontológico, entre outros. O atendimento odontológico garante acompanhamento regular e especializado por especialistas em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. No Cies ações de promoção de saúde são enfatizadas e eles recebem também tratamento restaurador e cirúrgico.

No entanto, aos 15 anos, os jovens deixam de ser acompanhados pelo centro e precisam buscar por atendimento em outros setores. As pesquisadoras procuraram mães de egressos do CIES para verificar como está a saúde bucal desses jovens e onde eles estão sendo atendidos. As mães de 86 egressos foram entrevistadas e foram realizados exames nos pacientes, que tinham a faixa etária de 17 a 24 anos e diagnosticados com Autismo, Paralisia Cerebral, Síndrome de Down ou outras condições.

Foi observado que, após deixarem o acompanhamento pelo centro, o índice de cárie e de dentes restaurados nos pacientes aumentaram, comparado com a situação

enquanto frequentavam o CIES. As mães confirmaram ter tido dificuldade para encontrar atendimento odontológico para seus filhos, a maioria alegou que a maior dificuldade é encontrar profissionais qualificados. Dos pacientes que não conseguiram realizar tratamento, as mães justificaram que os dentistas se recusaram a atender, tiveram dificuldade para agendar consultas ou o filho não colaborou durante o atendimento. As instituições públicas foram as mais buscadas pelas responsáveis, como as Unidades Básicas de Saúde e o Centro de Especialidades Odontológicas, e também os consultórios particulares e clínicas escolas, faculdades que oferecem atendimentos realizados por alunos sob supervisão de professores. As mães ainda sugeriram que para facilitar o acesso dessa população a serviços odontológicos são necessários mais profissionais qualificados e mais centros voltados para pessoas com deficiência.

Os resultados dessa pesquisa expõem a falta de profissionais capacitados e centros especializados para atender esses pacientes em Teresina e reforça a necessidade de acompanhamento odontológico para garantir a esse público saúde bucal e qualidade vida.

ANEXO 1

PRONTUÁRIO/FICHA CLÍNICA UTILIZADA NO CIES

CIES
CENTRO INTEGRADO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
Coordenadoria Estadual para Inclusão da Pessoa com Deficiência
Centro Integrado de Educação Especial

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
Pró-Reitoria de Extensão
Curso de Odontologia
PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL PARA PACIENTES ESPECIAIS (PROSBE)

FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Data ____/____/____

NOME: _____

DIAGNÓSTICO: _____ Gênero: 1. M 2. F Nasc.: _____/_____/_____

Dia da semana / turno: _____ Cor da escova: _____

Preferências (vídeos/brinquedos): _____

End.: _____ CEP: _____

Bairro: _____ Complemento: _____

Pai: _____ Profissão: _____

Mãe: _____ Profissão: _____

Nº de irmãos: _____ Idades: _____ Quantas pessoas moram na casa: _____

Escolaridade do Mãe (anos de estudo formal): 0. Sem 1. 1. ≤ 3 2. 4 a 6 3. 7 a 9 4. ≥ 10

Escolaridade do Pai (anos de estudo formal): 0. Sem 1. 1. ≤ 3 2. 4 a 6 3. 7 a 9 4. ≥ 10

Renda Familiar (SM): _____ Recebe ajuda do governo: 1. Não 2. Sim R$ _____

Aluno que preencheu a ficha: _____ Professor / Profissional: _____

ANAMNESE

Quem toma conta da criança na maior parte do dia: _____

Convive com PAI e MÃE na mesma casa: 1. Sim 2. Não _____

Nasceu de 9 meses: 1. Sim 2. Não _____ Criança foi desejada: 1. Sim 2. Não

Peso ao nascer (Kg): 1. < 2.500 2. 2.500 - 3000 3. 3000 - 3500 kg 4. > 3500 5.Não lembra

Idade materna na concepção: _____ Nº de consultas no pré-natal: 0. Não fez PN 1. 1-3 2. 3 - 5 3. ≥ 6

DURANTE A GRAVIDEZ, A MÃE FOI ACOMETIDA POR:

( ) Toxomplasmose ( ) Rubéola ( ) Citomegalovírus ( ) Herpes ( ) Sífilis

( ) Caxumba ( ) Catapora ( ) Sarampo ( ) Outros _____

Parto: 1. Cesárea 2. Normal Local: 1. Domicílio 2. Maternidade

Intercorrências (durante ou imediatamente ao parto): 1. Anóxia 2. Cianose 3. Icterícia 4. Convulsão 5. Permanência na incubadora 6. Reanimação 7. OUTRAS: _____

Tomou alguma medicação durante a gravidez: 1. Não 2. Sim. Qual: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS (NA FAMÍLIA):

- Deficiência auditiva: 1. Sim 2. Não
- Deficiência mental: 1. Sim 2. Não
- Síndromes: 1. Sim 2. Não
- Cardiopatia 1. Sim 2. Não
- Diabetes 1. Sim 2. Não
- Outros: _____
- Sífilis: 1. Sim 2. Não
- Epilepsia: 1. Sim 2. Não

DADOS GERAIS

Respiração: 1. Nasal 2. Oral 3. Mista Quando: 1. Dia 2. Noite 3. Sempre Resfriados frequentes: 1. Sim 2. Não

Mastiga de boca aberta: 1. Sim 2. Não Mastiga de um lado só: 1. Sim 2. Não. Qual lado ? _____

Dificuldade de mastigar: 1. Não 2. Sim. Com qual tipo de alimento ? _____

_____

Higieniza a boca da criança: 1. Não 2. Sim.Com que: 1. Creme dental 2. Escova de dente 3. Fio dental 4. Outro: _____

Quando começou a higienizar (meses): _____ Quem orientou: _____

Horários: _____ Quem higieniza: _____

Aceita higienizar: 1. Sim 2. Não Quando não aceita: 1. Insiste 2. Desiste

Tempo (meses) de alimentação só no peito - sem comer outro alimento: _____

Até que idade mamou no peito à noite (meses): _____

Usou mamadeiras durante o sono até q idade: 1. Não usou 2. Idade (meses): _____

Conteúdo da mamadeira: _____

Ingestão diária de balas, biscoitos, etc: 1. Livre demanda 2. Até 3 vezes 3. Raramente

Diário Alimentar: _____

_____

_____

Algum problema de saúde que mereça relato: 1. Sim 2. Não Caso positivo, qual: _____

História de Alergias: 1. Sim 2. Não A que: _____

Tomando algum medicamento: 1. Sim 2. Não Caso positivo, qual: _____

Novos medicamentos: _____

_____

Já sofreu traumastismos dentários: 1. Sim 2. Não 3. Não sabe Tipo de trauma: _____

Quais os dentes afetados: _____ Lesou tecidos moles: 1. Sim 2. Não Procurou dentista: 1. Sim 2. Não

Hábitos bucais não-nutritivos: 1. Não 2. Sim. Qual: _____

Quando começou o hábito (idade em meses): _____ _____ Frequência: _____

Que estimulou o desenvolvimento do hábito: _____

Até que idade permaneceu o hábito: _____ Tempo (meses): _____

Sabe os problemas que o hábito pode causar: 1. Não 2. Sim. Quais: _____

Idade (meses) irrompeu o 1º dente: 1. Nasceu com dente 2. < de 3 3. 3 - 7 4. ≥ 8 5. Não lembra

Apresentou problemas quando os primeiros dentes irromperam: 1. Sem dentes 2. Sim 3. Não 4. Não lembra

Que problemas: _____

Cárie na família: MÃE: 1. Sim 2. Não PAI: 1. Sim 2. Não IRMÃO: 1. Sim 2. Não

Por que os dentes cariaram: _____

O que fazer para evitar essa doença: _____

Já ouviu falar de flúor: 1. Sim 2. Não Como classifica a saúde da boca da criança: 1. Boa 2. Regular 3. Ruim

Outras informações: _____

INFORMAÇÕES SOBRE O CUIDADOR

Frequência de escovações: 1. Uma vez 2. Duas vezes 3. Três vezes 4. Mais vezes

Uso de fio dental: 1. Raramente 2. Uma vez 3. Duas vezes 4. Não usa

Sangramento gengival durante escovação: 1. Sim 2. Não

Costuma ir ao dentista: 1. Sim 2. Não 3. Uma vez ao ano 4. Duas vezes ao ano 5. Quando sente dor 6. Raramente

Você já recebeu alguma orientação sobre cuidados com a saúde bucal ? 1. Sim 2. Não

Quem passou essa informação? 1. Dentista 2. Amigos e parentes 3. Rádio e televisão 4. Todos os meios

Como você classifica as condições de sua boca: 1. Boa 2. Regular 3. Ruim

EXAME CLÍNICO

Língua suja: 1. Sim 2. Não

Sangramento gengival: 1. Não 2. Sim. Quando? _____

Língua: 1. Normal 2. Geográfica 3. Sulcada 4. _____

Anquiloglossia: 1. Sim 2. Não 3. Não deu pra examinar

Postura: 1. Interposta 2. Papila palatina 3. Soalho Bucal

Freio lingual: 1. Curto 2. Normal

Bochechas: 1. Hipertrofiada 2. Hipotrofiada 3. Assimétricos 4. Simétricas

Palato duro: 1. Estreito 3. Fundo 3. Ogival 4. Normal

OBSERVAÇÕES:

CONDIÇÃO DENTÁRIA

A - Hígido
MB - Mancha Branca ativa
D - Restaurado com Cárie
R - Restaurado sem Cárie
F - Extraído como resultado de Cárie
G - Extraído por qualquer outra razão
C - Cariado
S - Selante de Fissuras
T - Trauma / Fratura
CL - Cálculo
AG - Agenesia

Circule os dentes presentes Dentadura completa: 1. Sim 2. Não

Alterações estruturais:

( ) Amelogênese imperfeita ( ) HMI ( ) Fluorose

Outras: _____

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

Nº Permanentes: _____ ⇨ Hígidos: _____ ; C: _____ ; P: _____ ; O: _____ CPO-D: _____

Nº Decíduos: _____ ⇨ Hígidos: _____ ; C: _____ ; P: _____ ; O: _____ ceo-d: _____

PLANEJAMENTO

DENTES (Faces)	TIPO DE INTERVENÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG Nº _____, responsável pelo paciente _____ com ____anos e _____meses de idade, dou pleno consentimento aos profissionais, alunos e pessoal de apoio do curso de Odontologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e do Centro Integrado de Educação Especial (CIES), à realização dos exames, diagnóstico, planejamento e tratamentos necessários (descrito acima) para o paciente acima referenciado, compreendo a necessidade de demonstrações e discussões entre professores e alunos, e de obedecer a cronogramas de execução e recomendações estabelecidas. Concordo ainda que todos os meios diagnósticos, como radiografias, fotografias, modelos e informações registradas em fichas clínicas, são arquivados no CIES, o qual poderá utilizá-los para fins de ensino, pesquisas e publicações em revistas científicas, obedecidas as normas éticas vigentes. Declaro também que me foi dada oportunidade de esclarecer quaisquer dúvidas sobre a finalidade, termos, procedimentos a serem executados, bem como todos os possíveis riscos e benefícios relacionados ao tratamento.

Teresina, ____/____/____

_____

Responsável pelo paciente

TRABALHOS EXECUTADOS

DATA	PROCEDIMENTOS	ALUNOS	PROFISSIONAL	COMPORT. *

SUPERINTENDÊNCIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL - SCS
IMPRESSO NA GRÁFICA UNIVERSITÁRIA DA UFPI

*** Comportamento durante o atendimento**: (1) Colaborou (2) Chorou (3) Necessidade de contenção (4) Não permitiu

OBSERVAÇÕES: _____

_____

ANEXO 2

QUADRO DE CÓDIGOS PARA NOTAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Quadro - Códigos para notação de diagnóstico de cárie dentária e necessidade de tratamento, segundo a OMS.

Código	Condição	Código	Tratamento
0	Hígido	**0**	Nenhum
1	Cariado	**1**	Restauração de 1 superfície
2	Restaurado com cárie	**2**	Restauração de duas ou mais superfícies
3	Restaurado sem cárie	**3**	Coroa por qualquer razão
4	Perdido por cárie	**4**	Faceta estética
5	Perdido por outras razões	**5**	Pulpar + restauração
6	Selante	**6**	Extração
7	Apoio de coroa ou ponte branca	**7**	Remineralização de mancha branca
8	Não erupcionado	**8**	Selante
T	Trauma	**9**	Sem informação
9	Dente excluído		

ANEXO 3

PARECER CONSUBSTANCIAL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE COMPARATIVA DA SAUDE BUCAL E ACESSO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES ESPECIAIS APÓS DESLIGAMENTO DE UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA

Pesquisador: REGINA FERRAZ MENDES VIANA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 30884820.1.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.249.486

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_ 1517461.pdf, de 27/07/2020) , Projeto Detalhado (PROJETO_3aProjetogeralNOVO.docx, de 21/05/2020), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESUMO

Pacientes com necessidades especiais podem apresentar com frequência dificuldades motora e/ou intelectual para a realização da higiene bucal adequada e, muitas vezes, não permitem que outras pessoas a façam, apresentando comportamento agressivo ou movimentos involuntários que dificultam a higienização. Tornando-os assim pacientes propícios ao desenvolvimento de patologias bucais, em especial a cárie dentária. Segundo o Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica No 17, as Equipes de Saúde Bucal (ESF) devem ser capacitadas para assistir aos PNE, desde a promoção à reabilitação em saúde, devendo ser encaminhados para centros de referência apenas em casos mais complexos. Todavia, é nítido o descompasso entre tais políticas e o que é visto na realidade, o acesso ao tratamento odontológico é exíguo, as limitações tangem desde a busca por um transporte adequado, tendo em vista as dificuldades motoras e comportamentais apresentadas, ao cirurgião-dentista, que por vezes sente-se inseguro, não

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
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

estando apto para a realização do tratamento.No Piauí, o Centro Integrado de Educação Especial, no qual encontra-se implantado, desde 2007 o projeto de Extensão "Programa de Promoção de Saúde Bucal para Pacientes Especiais (PROSBE)", oferece atendimento odontológico aos indivíduos que possuem necessidades especiais na faixa etária de 2 a 14 anos que proporciona uma saúde bucal satisfatória, com índices de cárie e doença periodontal inferior ao encontrado nesta população de um modo geral. O acesso aos cuidados de saúde bucal pelos pacientes com necessidades especiais é limitado, seja pela incapacidade dos cuidadores de identificar a causa ou avaliar adequadamente a condição bucal do paciente, seja pela incapacidade deles em expressar seu desconforto ou dor, ou ainda pela incapacidade de receber atendimentos por alguns cirurgiões-dentistas que não se julgam aptos a realizar o tratamento odontológico nesses indivíduos (Oliveira, 2008).Os programas de promoção de saúde bucal são ferramentas úteis e imprescindíveis para a promoção de saúde, priorizando o caráter preventivo e reconhecendo a importância da interação profissional-cuidador para o alcance de melhores índices de saúde bucal destes indivíduos (Castilho, 2010). Sabe-se que a motivação dos pacientes, aliada às orientações prestadas pelos profissionais e o acompanhamento periódico por um programa de promoção de saúde bucal são responsáveis pela melhoria da condição de saúde bucal destes indivíduos, porém, não se tem dados sobre o acompanhamento profissional destes indivíduos após o desligamento do CIES, bem como as razões que por ventura tenham ocasionado este desligamento de forma precoce, antes da idade prevista.Porém, não há dados sobre o acesso ao tratamento odontológico dos pacientes egressos do CIES, bem como do impacto deste desligamento na saúde bucal destes indivíduos. Este estudo tem como objetivos verificar o impacto do desligamento de um centro de Referência no atendimento odontológico na saúde bucal destes indivíduos.

HIPÓTESE

Pacientes com necessidades especiais tem maior dificuldade em conseguir atendimento odontológico, tanto pela dificuldade de acesso como pela recusa por parte de muitos profissionais, com isso, supõe-se que a maioria destes indivíduos, ao serem desligados do CIES acabam por não terem mais acompanhamento odontológico, principalmente com a frequência que ocorre com os pacientes acompanhados pela instituição.Se a hipótese for confirmada, fica clara a necessidade de instituições que prestem atendimento multiprofissional a estes pacientes e que os acolham em todas as idades, não apenas na faixa etária limite dos 14 anos.

METODOLOGIA

Este será um estudo descritivo transversal realizado no município de Teresina, Piauí, Brasil. O projeto será inicialmente encaminhado para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

através da Plataforma Brasil. Os responsáveis pelas crianças e adolescentes assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recomendado pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde. A amostra será do tipo censitária e todos os cuidadores dos 536 ex-pacientes do CIES serão convidados a participar do estudo. A pesquisa será realizada em três etapas: (1) análise dos prontuários, (2) aplicação de questionário aos cuidadores e (3) exame clínico. (1)Serão analisados os prontuários arquivados no CIES para coletar informações referentes ao contato do cuidador, dados da saúde geral e bucal enquanto eram vinculados ao CIES.(2)Os cuidadores irão responder a um questionário que abordará dados sócio demográficos e perguntas relacionadas à rotina do indivíduo, frequência de atendimento odontológico e motivos para seu desligamento do CIES.(3)Exame clínico para determinar o índice CPOD no momento da entrevista e comparar com os dados dos prontuários do CIES.Determinação do Índice CPOD e Necessidade de TratamentoO índice CPOD foi formulado originalmente por Klein & Palmer, 1938 (PEREIRA, 2003) e permanece sendo o mais utilizado em todo o mundo.Neste estudo, este índice será avaliado a partir da soma do número de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD). •Cariado (C), quando uma lesão em fóssula, fissura ou em superfície lisa apresentar uma cavidade evidente ou tecido amolecido na base, ou descoloração do esmalte ou de parede, ou há uma restauração temporária, ou quando houver dentes com restaurações e cáries recidivantes visíveis a olho nu.•Extraído (P), quando o dente permanente tiver sido extraído. Em caso de dúvida, confirmar com o responsável se a sua ausência foi devida à extração ou se ele não erupcionou.•Restaurado (O), quando o dente está restaurado com material restaurador definitivo e em tal restauração inexiste cárie primária ou recorrente. •Hígido (H), quando inexiste evidência de cárie tratada ou não. Também é sadia a condição com manchas esbranquiçadas; descolorações ou manchas rugosas não amolecidas e resistentes à pressão; áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; e cavidades por abrasão, Como regras especiais para o exame, foram consideradas (PEREIRA, 2003): • Cada dente receberá apenas uma classificação • Dente irrompido (presente) quando atravessou a fibromucosa gengival; • Dentes supranumerários e terceiros molares não foram classificados; Os códigos utilizados para notação de diagnóstico e necessidades de tratamento dentário serão os mesmos recomendados pela OMS (PEREIRA, 2003). O Índice de Placa descrito por Silness e Löe será utilizado para avaliar o nível de placa bacteriana

Critério de Inclusão:
Ter frequentado no Centro Integrado de Educação Especial e ter sido atendido no consultório

Odontológico por, pelo menos, 12 meses.

Critério de Exclusão:

Não aceitar participar da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar o impacto do desligamento de um centro de Referência no atendimento odontológico na saúde bucal de pacientes com necessidades especiais

Objetivo Secundário:

- Verificar se existem dificuldades para o acesso ao tratamento odontológico após o desligamento- Determinar os motivos do desligamento da instituição;
- Verificar a frequência de atendimento odontológico recebido;
- Verificar as principais dificuldades encontradas para receber tratamento odontológico durante a permanência no CIES e após o desligamento;
- Conhecer os locais em que os pacientes recebem atendimento odontológico após desligamento do CIES.
- Comparar o CPOD/ceod e índice periodontal de indivíduos enquanto frequentavam o CIES e após o seu desligamento.
- Verificar a necessidade de tratamento odontológico

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

RETIRADO DO TALE:

A pesquisa será realizada no CIES, você ficará sentado enquanto o dentista Samuel Otávio de Araújo Oliveira conta quantos dentes seus estão saudáveis e quantos não estão. Para a contagem ele utilizará um espelhinho, um palitinho de alumínio com a ponta fina, mas não vai furar você, é só para limpar o dente e algodão para secar os dentes. O incomodo que você pode ter é ter que ficar sentado e de boca aberta por um tempo. Para não sujar você e nem passar nenhuma doença, a gente vai usar esse gorro, máscara e luva. Caso aconteça algo errado ou você possua alguma dúvida basta avisar ao Samuel que ele para o que estiver fazendo para resolver. Além disso, você e seu cuidador, responderão algumas perguntas sobre como está sua boca e como você está realizando tratamento odontológico depois que saiu do CIES.

RETIRADO DO TCLE:

Na avaliação da boca, o dentista Samuel vai contar o número de dentes saudáveis e com cárie, utilizando um espelho, um palitinho de alumínio com a ponta fina e algodão para limpar e secar os dentes. O incomodo que você poderá ocorrer é ter que ficar sentado e de boca aberta por um tempo. Para não sujar o paciente e nem passar nenhuma doença, a gente vai usar gorro, máscara e luvas. Caso aconteça algo errado ou você possua alguma dúvida basta avisar ao Samuel que ele para o que estiver fazendo para resolver. Além disso, você e/ou seu cuidador, responderão algumas perguntas sobre como está sua boca e como você está realizando tratamento odontológico depois que saiu do CIES. Todos estes procedimentos serão realizados no PNE.

Esclareço que esta pesquisa não fará nenhum tipo de procedimento invasivo, e o risco que pode ter é causar constrangimento aos pais/cuidadores/pacientes no momento da abordagem. Para minimizar este risco de constrangimento a profissional do CIES que tem maior proximidade com a família fará o contato inicial para informar sobre a realização da pesquisa e perguntar se quer participar. E caso o participante, em algum momento, durante a coleta de dados, sinta algum constrangimento não contornável, terá livre decisão de não responder a alguma pergunta ou se desligar da pesquisa. Apesar de não realizar um procedimento invasivo durante a coleta de dados, se, durante o exame clínico for relatado algum incômodo (muito tempo de boca aberta ou na mesma posição, por exemplo), a equipe está orientada a parar o exame e só iniciar com a certeza de que este incômodo foi sanado, permitindo mudança de posição e fechar a boca por alguns minutos. Para evitar o risco de vazamento dos dados dos prontuários, eles não serão retirados do CIES, e as fichas de coleta de dados serão somente numeradas, de acordo com a numeração dos prontuários, portanto, em identificação do paciente. A conexão número da ficha de coleta de dados/prontuário só será feita no CIES.

BENEFÍCIOS

RETIRADO DO TALE:

Essa pesquisa vai ser boa para você, pois se precisar de algum tratamento a gente vê se dá para fazer logo aqui. E se a gente, olhando mais pessoas, verificar que vocês estão tendo dificuldade de ser atendido fora do CIES, podemos mostrar o resultado para algumas pessoas e buscar mais lugares que possam atender todos que saem do CIES.

RETIRADO DO TCLE:

Essa pesquisa pode trazer como benefício a resolução de alguma necessidade odontológica no próprio CIES, e se for concluído que as pessoas estão tendo dificuldade de ser atendido fora do CIES, podemos mostrar o resultado para a secretaria de saúde e buscar mais lugares que possam atender todos que saem do CIES.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional, unicêntrico, descritivo transversal realizado no município de Teresina, Piauí, Brasil.

Caráter acadêmico, realizado para obtenção do título de Mestre.

Número de participantes incluídos no Brasil: 536

Previsão de início do estudo:Coleta de dados de 15/10/2020 a 28/03/2021.

Previsão de encerramento do estudo: 30/07/2021

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Alguns direitos do participante não foram identificados no TALE. Tais como: Ressarcimento, indenização e assistência integral. RECOMENDA-SE INCLUIR O direito de indenização em caso de danos não está previsto.

Recomenda-se organizar a paginação do TALE. O TALE não está paginado DE FORMA CORRETA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No parecer anterior foram citadas as seguintes pendências:

1-Solicita-se elaborar o TALE em linguagem adequada aos participantes e constando as informações recomendadas pelo Resolução CNS Nº 466 de 2012: "Tais participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades". PENDÊNCIA SANADA.

Solicita-se a retirada da frase: "Seus pais permitiram que você participe", pois, essa pode se configurar como uma ação de coersão. PENDÊNCIA SANADA

A folha de assinatura encontra-se isolada do restante do Texto. PENDÊNCIA SANADA.

Alguns direitos do participante não foram identificados no TALE. Tais como: Ressarcimento, indenização e assistência integral. PENDÊNCIA NÃO SANADA. O direito de indenização em caso de danos não está previsto.

Endereço do CEP.PENDÊNCIA SANADA.
2-Falta a descrição dos benefícios da pesquisa no TCLE. PENDÊNCIA SANADA.

3-Solicita-se descrever melhor os procedimentos da pesquisa no TCLE. A aplicação de questionário, por exemplo, não é mencionada no TCLE. PENDÊNCIA SANADA.

Solicita-se rever a descrição da forma de contornar os riscos, além de citar todos os riscos: desconforto dos participantes no momento do exame físico; risco de vazamento de dados dos prontuários e outros possíveis, além do já citado risco de desconforto dos responsáveis ao responder os questionários, incluindo as formas de contornar todos esses riscos. PENDÊNCIA SANADA.

4- Na redação do TCLE, deixar claro que o participante da pesquisa não são os pais, pois a forma como está escrito, dá a entender que são os pais os participantes da pesquisa. PENDÊNCIA SANADA.

Diante do exposto, O CEP/UFPI/CMPP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se por aguardar o atendimento às questões acima para emissão de seu parecer final.

De acordo com a Resolução CNS nº 466 de 2012 e a Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, as pendências devem ser respondidas exclusivamente pelo pesquisador responsável no prazo de 30 dias, a partir da data de envio do parecer pelo CEP/UFPI/CMPP. Após esse prazo, o protocolo será arquivado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação protocolo de pesquisa.

Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: http://ufpi.br/cep

1° Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação";

2° Qualquer necessidade de modificação no ourso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3° Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4° O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1517461.pdf	27/07/2020 11:41:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	2TermoAssentimentoNOVO.docx	27/07/2020 11:39:12	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
TCLE / Termos de	4TERMoDECONSENTIMENTONOVO.	27/07/2020	REGINA FERRAZ	Aceito

Assentimento / Justificativa de Ausência	docx	11:38:56	MENDES VIANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	3aProjetogeralNOVO.docx	21/05/2020 18:15:22	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
Outros	4coletadedadosNOVO.docx	21/05/2020 17:05:21	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
Outros	curriculoreginaFATIMA.pdf	21/05/2020 17:04:00	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
Outros	9ecurriculoSamuel.pdf	07/05/2020 12:44:38	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
Outros	encaminhamento.pdf	20/04/2020 15:37:34	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
Outros	9dcurriculogetulio.pdf	20/04/2020 15:34:07	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
Outros	9cCurriculoThalia.pdf	02/04/2020 11:48:15	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
Outros	9ACurrReginaFerrazMendes.pdf	02/04/2020 11:47:29	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
Outros	9bCurriculoRaimundoRosendoPradoj.pdf	02/04/2020 11:46:42	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
Outros	8INSTRUMENTOCOLETADADOS.docx	02/04/2020 11:42:45	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
Outros	7atermoconfidencialidade.pdf	02/04/2020 11:42:17	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
Orçamento	12Orcamento.docx	02/04/2020 11:40:40	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	2aDeclaracaopesquisadores.pdf	02/04/2020 11:39:48	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	6bAprovacaoDepto.pdf	02/04/2020 11:39:15	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	6aautorizacaoInstCIES.pdf	02/04/2020 11:38:56	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
Cronograma	11Cronogramaatividades.docx	02/04/2020 11:37:49	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	10/03/2020 20:46:20	REGINA FERRAZ MENDES VIANA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

TERESINA, 31 de Agosto de 2020

Assinado por:
Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
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 4

NORMAS DO PERIÓDICO

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 doublespaced, 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.

- CONSORT
- SPIRIT
- PRISMA
- PRISMA-P
- STROBE
- CARE
- COREQ
- STARD and TRIPOD
- CHEERS
- the EQUATOR Network
- Future of Research Communications and e-Scholarship (FORCE11)
- ARRIVE guidelines

- National Research Council's Institute for Laboratory Animal Research guidelines:
- The Gold Standard Publication Checklist from Hooijmans and colleagues
- Minimum Information Guidelines from Diverse Bioscience Communities (MIBBI) website
- Biosharing website
- REFLECT statement

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' 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.