



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



MARIA ANGÉLICA SALES PIRES

**CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA EM
CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA E
DEPRESSÃO MATERNA: ESTUDO
OBSERVACIONAL**

UBERLÂNDIA

2022

MARIA ANGÉLICA SALES PIRES

**CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA EM
CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA E
DEPRESSÃO MATERNA: ESTUDO
OBSERVACIONAL**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Faculdade de
Odontologia da UFU, como
requisito parcial para obtenção do
título de Graduado em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabiana
Sodré de Oliveira

Coorientadora: Dr.^a Késia Lara dos
Santos Marques

UBERLÂNDIA

2022

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela vida, saúde e oportunidade de ter chegado até aqui. Sou muita grata a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia por ter me acolhido de braços abertos e me proporcionado uma linda caminhada que me fez crescer como pessoa e profissional.

Agradeço de coração aos meus queridos pais Wilmar e Suzely, vou ser eternamente grata por tudo que vocês fizeram e fazem por mim, hoje eu posso dizer que os nossos esforços valeram muito a pena, essa conquista é nossa. Aos meus irmãos Withor e Sarah, e avós Eustáquio, Rosângela (em memória, sempre estará presente no meu coração) e Maria, sou grata por todo apoio de sempre.

Ao meu namorado Marcondes, por todo carinho, amor e amizade, sou grata pelo suporte que me deu durante a graduação, sempre esteve disposto a me ouvir e me acalmar diante das dificuldades e preocupações que surgiam.

Ao meu amigo e dupla de clínica, Pedro Saia, sou grata por ter me ajudado a vencer os medos e as inseguranças, partilhado comigo as conquistas e os momentos de felicidade que essa instituição nos proporcionou. Obrigada por tudo, quero levar essa amizade para a minha vida toda.

A todas as amigadas que fiz na turma 84, em especial às minhas amigas, Letícia, Pollyana, Giulia, Nathalia e Maria de Lara, sou grata por terem tornado essa caminhada mais leve.

A todos os professores que contribuíram para a minha formação, desde a pré-escola até a graduação, vocês foram fundamentais nessa caminhada.

A minha querida orientadora professora Dra. Fabiana Sodré de Oliveira, por ser uma pessoa tão incrível e admirável, sou grata por você ter aceitado e assumido essa missão com tanta excelência e dedica o. Agradeço também a minha coorientadora Dra. Késia Lara dos Santos Marques, por todo conhecimento e suporte que nos deu durante a realiza o do trabalho, você é um exemplo de profissional que admiro muito.

SUMÁRIO

Resumo	5
Introdução	6
Proposição	8
Material e Métodos	9
<i>Considerações éticas</i>	9
<i>Desenho do estudo</i>	9
<i>Contexto</i>	9
<i>Participantes e plano de recrutamento</i>	9
<i>Variáveis estudadas</i>	10
<i>Coleta dos dados</i>	11
<i>Análise dos dados</i>	14
Resultados	15
Discussão	28
Conclusão	34
Referências Bibliográficas	35
Apêndices	41

RESUMO

As mães ou os cuidadores de crianças com deficiência estão mais expostos aos riscos de sintomas depressivos e podem apresentar dificuldades no seu próprio cuidado e/ou dos seus filhos. Sendo assim, os objetivos deste estudo observacional transversal foram avaliar a prevalência e a experiência de cárie dentária na primeira infância, classificar o risco à cárie em crianças com deficiência e verificar a presença de sintomas depressivos na mãe ou no cuidador. Inicialmente, foi realizada uma busca ativa de todos os prontuários odontológicos das crianças assistidas pelo Projeto de Extensão “Promoção de Saúde Bucal para Crianças com Deficiência de Zero a Cinco anos de idade”. Foram selecionadas 45 crianças na faixa etária entre 2 e 5 anos e 11 meses de idade, de ambos os sexos, sem distinção de raça e com deficiência física, intelectual e múltipla. A coleta de dados consistiu na aplicação de três questionários para obter informações sobre a criança, a mãe ou cuidador e da família; classificação do risco à cárie (Ferramenta de Avaliação de risco da Academia Americana de Odontologia Pediátrica); avaliação da presença de sintomas depressivos (Versão em português da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo), e na realização do exame clínico da criança (Índice de cárie ceo-s). Os dados foram tabulados e submetidos à análise estatística descritiva. As variáveis categóricas foram descritas em frequências absoluta e relativa (porcentual) e as variáveis numéricas em média e desvio-padrão. Participaram do estudo 17 crianças com idade média de 3 anos e 5 meses (desvio-padrão = 1,28) e suas mães (cuidadoras). Com relação às crianças, 3 (17,6%), 7 (41,2%) e 7 (41,2%) apresentavam, respectivamente, deficiência física, intelectual e múltipla. A prevalência de cárie foi 29,4%, a experiência de cárie com índice ceo-s médio = 2,11 e 11 (64,7%) crianças foram classificadas com baixo risco à cárie. Com relação às mães (cuidadoras) 10 (58,8%) apresentaram sintomas depressivos, com escores variando de 12 a 20. Foi possível concluir que as crianças apresentaram baixa prevalência, experiência e risco à cárie dentária na primeira infância. Foi observado que as mães apresentaram sintomas depressivos.

Palavras-chave: Criança com deficiência, Cárie Dentária, Mães, Cuidadores, Depressão.

INTRODUÇÃO

Crianças com deficiência são aquelas que apresentam impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade (BRASIL, 2004). No Brasil, cerca de 6,2 milhões de crianças até os 4 anos de idade apresentam pelo menos um tipo de deficiência (IBGE, 2010).

Como grupo, elas são consideradas de maior risco para desenvolver doenças bucais (DIÉGUEZ-PÉREZ et al., 2016, BARTOLOMÉ-VILLAR et al., 2016, NORWOOD et al., 2013, VOZZA et al., 2015), sendo a cárie dentária a mais comum (NORWOOD et al., 2013, FERREIRA et al., 2020, GÓMEZ-BERNAL et al., 2020), com alta prevalência (FERREIRA et al., 2020), observada principalmente em grupos socialmente desfavorecidos e minoritários (VOZZA et al., 2015, FAKER et al. 2018, LEBRUN-HARRIS et al., 2021).

Ao longo dos anos, a doença cárie, em crianças pré-escolares, foi descrita por numerosos termos e atribuída a muitas etiologias. O termo mais atual e adequado é “cárie na primeira infância” e sugere uma doença complexa (TINANOFF et al., 2019), multifatorial e dinâmica (SHEIHAM, 2014, LARANJO et al., 2017, FELDENS et al., 2018). Ela é definida pela presença de uma ou mais superfícies dentárias cariadas, cavitadas ou não cavitadas, ausentes devido à cárie ou obturadas, em qualquer dente decíduo de uma criança menor de 6 anos de idade, e frequentemente possui uma progressão rápida, o que pode levar na destruição completa da dentição decídua (TINANOFF et al., 2019, MACHIULSKIENE et al., 2020).

A cárie dentária exerce um grande impacto no bem-estar individual e social da criança e da família, além de ser uma das mais prevalentes da infância. É resultante da atividade de bactérias específicas que aderem à superfície dos dentes, especialmente as *Streptococcus mutans*, que metabolizam os açúcares convertendo-os em ácido que, desmineraliza o esmalte dentário ao longo do tempo (LARANJO et al., 2017).

Os principais fatores de risco à cárie na primeira infância são o consumo frequente de açúcar, a falta de higiene bucal e a hipoplasia do esmalte (SEOW, 2018, TINANOFF et al., 2019). Outros fatores contributivos incluem estresses

ambientais e psicossociais que modificam comportamentos do cuidador, compreensão da causa, prevenção e gestão da doença (SEOW, 2018).

Para crianças com deficiência, os fatores de risco à cárie envolvem além do consumo frequente de sacarose, incluindo o uso de medicamentos com alto teor de açúcar (BRAÚNA et al., 2016, GÓMEZ-BERNAL et al., 2020), a dificuldade no manejo comportamental tanto pelos pais quanto pelos profissionais, o que dificulta a higienização bucal e os cuidados odontológicos (GÓMEZ-BERNAL et al., 2020), como também a depressão materna (YILDIRIM et al., 2010, YILMAZ et al., 2013, D’ALESSANDRO et al., 2014, DANTAS et al., 2019, BAUMGARTEN et al., 2021).

Isso se deve ao fato de que pais ou cuidadores de crianças com deficiência, especialmente as mães (D’ALESSANDRO et al., 2014) passam por dificuldades advindas dos diferentes tipos de deficiência e dos encargos do cuidado como problemas crônicos de saúde, limitação para outras atividades, aumento dos custos financeiros e mudança de rotina, com impacto inclusive na sua própria saúde, uma vez que essas comorbidades poderão apresentar baixa frequência de higienização bucal e de visitas ao cirurgião-dentista (BAUMGARTEN et al., 2021). Nesse sentido, é importante que essa mãe seja acompanhada de perto e, se necessário, apoiada psicologicamente (YILMAZ et al., 2013).

Considerando a alta prevalência e experiência de cárie na primeira infância em crianças com deficiência e a importância do papel desempenhado pela mãe ou cuidador principal no cuidado, este estudo foi conduzido.

PROPOSIÇÃO

Este estudo foi desenvolvido com os seguintes objetivos:

- avaliar a prevalência e a experiência de cárie na primeira infância em crianças com deficiência;
- classificar o risco à cárie dentária na primeira infância em crianças com deficiência;
- verificar a presença de sintomas depressivos em mães ou cuidadores de crianças com deficiência.

MATERIAL E MÉTODOS

Considerações éticas

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (Números do CAAE 30170920.6.0000.5152 e do Parecer 4.024.057). Após as orientações sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa, mediante a concordância dos participantes, foram obtidas as assinaturas dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Desenho do estudo

Estudo observacional transversal.

Contexto

Estudo realizado no Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia, no período entre 17 de novembro de 2021 e 10 de janeiro de 2022, do qual participaram crianças pré-escolares com deficiência assistidas pelo Projeto de Extensão “Promoção de Saúde Bucal para Crianças com Deficiência de Zero a Cinco anos de idade”, desenvolvido pela Área de Odontologia Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia até dezembro de 2019, e suas respectivas mães e/ou cuidador principal. Os responsáveis pelas crianças com deficiência foram contatados por telefone e agendada uma consulta odontológica. No dia da consulta, as mães e/ou cuidador principal foram convidadas a participar da pesquisa e foi realizada a coleta dos dados por meio de aplicação de questionários e realização do exame clínico da criança.

Participantes e plano de recrutamento

Participaram do estudo crianças pré-escolares com deficiência assistidas pelo Projeto de Extensão “Promoção de Saúde Bucal para Crianças com Deficiência de Zero a Cinco anos de idade”.

Foram incluídas as crianças de 2 a 5 anos e 11 meses de idade, de ambos os sexos, sem distinção de raça e com deficiência física, intelectual e múltipla e suas mães e/ou cuidador principal. Foi considerado cuidador principal aquele

indivíduo que convive diretamente com a criança e que se responsabiliza por prover ou coordenar os recursos requeridos para os cuidados dispensados a ela.

Foram consideradas crianças com deficiência física aquelas que apresentavam alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física; com deficiência intelectual as que apresentam funcionamento intelectual significativamente inferior à média, e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas e lazer, e múltipla: associação de duas ou mais deficiências (BRASIL, 2004).

Foram excluídas crianças com deficiência menores de 2 anos e maiores de 6 anos de idade que apresentavam outras condições especiais de saúde que não se enquadravam na classificação de deficiência física, intelectual e múltipla, como a deficiência visual ou auditiva, e crianças que compareceram no dia da consulta agendada acompanhadas por um adulto que não era a mãe ou o cuidador principal.

Para a seleção dos participantes, dois pesquisadores realizaram uma busca ativa dos prontuários odontológicos no arquivo localizado no Setor de Pacientes Especiais do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia. Inicialmente, foi verificada a data de nascimento da criança nos dados de identificação na capa do prontuário odontológico e em seguida verificada a classificação da deficiência anotada nos dados da anamnese. Foi considerada toda a população-alvo (censo) e selecionados 45 prontuários odontológicos que atendiam os critérios de inclusão referente à criança. Os pais e/ou responsáveis foram contatados por telefone e agendada uma consulta odontológica para a criança de acordo com a disponibilidade de horário e de espaço físico.

Variáveis estudadas

As seguintes variáveis foram estudadas em relação à criança: prevalência e experiência de cárie (Índice ceo-s), classificação de risco à cárie (baixa, moderada e alta) e em relação à mãe ou do cuidador principal a presença de sintomas depressivos.

Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por uma pesquisadora no dia da consulta odontológica da criança e durante a entrevista houve o cuidado para que as respostas não fossem condicionadas ou influenciadas pela fala da pesquisadora. Consistiu na aplicação de três questionários (Apêndices A, B e C) para obter informações sobre a criança, a mãe e da família (Apêndice A), classificação de risco à cárie (Apêndice B), avaliação da presença de sintomas depressivos (Apêndice C) e na realização do exame clínico da criança (Apêndice D). Para evitar constrangimentos por parte do participante da pesquisa, os dados foram coletados individualmente, em uma sala reservada. A condução da pesquisa foi padronizada para todos os participantes. Ao final da entrevista e do exame clínico, as mães e/ou cuidadores receberam orientações básicas, com vistas à aquisição de bons hábitos de alimentares e higiene bucal.

Informações sobre a criança, a mãe e da família

O primeiro questionário (Apêndice A) continha perguntas sobre a criança, a mãe e da família.

Com relação à criança: condição, classificação da deficiência, uso de medicamentos, hábitos alimentares (via de alimentação e consumo de açúcar), de higiene bucal e visitas ao cirurgião-dentista;

Com relação à mãe e/ou cuidador principal: idade, nível de escolaridade, estado civil, hábitos alimentares (consumo de açúcar) e de higiene bucal e necessidade de visita ao cirurgião-dentista no último ano.

Com relação à família: estrutura familiar, número de filhos, renda mensal (salários-mínimos), número de pessoas que trabalham e de pessoas que moram na mesma casa sustentadas pela renda mensal.

Ele foi aplicado em forma de entrevista pessoal padronizada, por uma única pesquisadora, com duração máxima de 30 minutos.

Classificação do risco à cárie

Em seguida, foi aplicado o segundo questionário (Apêndice B) para classificação do risco à cárie, com duração máxima de cinco minutos. Foi usada a Ferramenta de Avaliação de Risco da Academia Americana de Odontologia Pediátrica (American Academy of Pediatric Dentistry, 2021).

A Ferramenta de Avaliação de Risco é organizada por idade e incorpora três categorias de fatores: indicadores de risco social e biológico, fatores protetores e achados clínicos adequados à idade do paciente. Cada categoria de fator lista condições específicas a serem classificadas sim ou não, com as respostas contadas para gerar a classificação de risco de cárie em alta, moderada ou baixa (Apêndice B).

Avaliação da presença de sintomas depressivos

O terceiro questionário (Apêndice C) aplicado foi para avaliar a presença de sintomas depressivos da mãe e/ou do cuidador principal com duração máxima de 15 minutos. Foi usada a versão em português da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo, desenvolvida por Cox, Holden, Sagovsky em 1987 e traduzida para o português por Santos em 1995, em forma de questionário autoaplicável ou entrevista.

A Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo é um instrumento utilizado para detectar a presença de sintomas depressivos em mães e pode ser aplicada por profissionais de saúde não especializados em saúde mental. O objetivo da escala é auxiliar na decisão de encaminhamento das mães ou dos cuidadores a um profissional especializado em saúde mental, e não possui o objetivo de substituir a avaliação psicológica (SANTOS, 1995). Ela é composta por dez questões, sendo que para cada questão, quatro respostas são fornecidas, com escore direto (questões 1, 2 e 3) ou reverso (questões 4 a 10). Cada resposta pode ser pontuada de 0 (zero) ponto – para a ausência de sintomas depressivos – a 3 (três) pontos – para maior gravidade e duração dos sintomas depressivos (SANTOS, 1995). A pontuação total varia 0 a 30.

As questões de número 1, 2, 7, 8, 9 e 10 na Escala representam o fator 1, que caracteriza os sintomas depressivos, uma vez que estão relacionadas a um estado de humor deprimido, rebaixamento do estado de ânimo e a pensamentos suicidas. Enquanto as questões de número 3, 4, 5 e 6 na Escala representam o fator 2, que caracteriza a ansiedade, o sentimento de culpa e a dificuldade de desempenhar as tarefas do cotidiano. O fator 1 e 2 possuem uma correlação (SANTOS, 1995).

Antes de iniciar a aplicação do questionário, foi questionado à mãe ou cuidador se havia preferência pelo formato autoaplicado ou entrevista. Nos

casos em que a mãe ou cuidador relatou dificuldade com a leitura, o questionário foi aplicado em forma de entrevista. Foi solicitado à participante verificar a resposta que mais se aproxima de como ela tem se sentido nos últimos sete dias e que todos os itens devem ser analisados. Tomou-se o cuidado para evitar a possibilidade da mãe ou cuidador discutir suas respostas com outras pessoas (acompanhante).

Para fluir melhor as perguntas, o questionário continha uma breve introdução com a seguinte frase “Agora gostaríamos de fazer algumas afirmações sobre como você tem se sentido nos últimos sete dias” e foi solicitado que a mãe ou cuidador respondesse a frase que melhor se enquadrava como resposta. O número na frente de cada resposta mostrou o escore de cada questão e a soma o escore final.

A ausência ou presença de sintomas depressivos é representada por meio do valor indicado após a soma dos escores. O ponto de corte adotado foi o escore final de 12 na Escala, estabelecendo que um escore final menor que 12 representa ausência de sintomas depressivos e que maior ou igual a 12 representa a presença de sintomas depressivos de severidade variada. Essa pontuação deve ser utilizada como um indicador de encaminhamento para o profissional de saúde mental (SANTOS, 1995).

Os participantes (mães e/ou cuidadores principais) que apresentaram sintomas depressivos foram encaminhados para assistência especializada.

Exame Clínico

Após a aplicação dos questionários, foi realizado o exame clínico por uma única pesquisadora, com experiência clínica em Odontopediatria.

As crianças foram examinadas de acordo com a idade e a condição de saúde na posição joelho-jelho para aquelas que possuíam de 2 a 3 anos de idade, no colo da mãe e/ou do cuidador principal ou na cadeira odontológica para as crianças maiores de 3 anos de idade, no colo da mãe ou na cadeira de rodas. O exame clínico foi realizado pelo método visual-tátil, sob iluminação adequada, secagem com jatos de ar, com o auxílio de espelho bucal plano (Golgran, São Paulo, Brasil) e sonda exploradora para remoção de biofilme dentário quando necessário (Golgran, São Paulo, Brasil).

Para o diagnóstico da cárie dentária, as superfícies dentárias foram examinadas de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde, 1999). A experiência de cárie foi mensurada utilizando o índice ceo-s. O exame clínico também detectou a presença de lesões de cárie incipientes (manchas brancas) nas superfícies dentárias. Para o registro do índice ceo-s individual, foi somada a quantidade de superfícies com cárie, perdidas e obturadas de cada criança. Para a computação do índice ceo-s médio da amostra, foi somada a quantidade de superfícies com cárie, perdidas e obturadas de cada indivíduo e o valor obtido dividido pelo número de crianças examinadas.

Os dados coletados foram anotados em uma ficha específica (Apêndice D).

Após o exame clínico, a pesquisadora realizou a higienização bucal da criança com escovação manual (escova de dente infantil e dentifício fluoretado infantil) e o uso do fio dental.

Em seguida, orientações sobre as condições de saúde bucal da criança com deficiência e sobre os cuidados odontológicos foram transmitidas para a mãe ou o cuidador principal. As crianças que necessitavam de tratamento odontológico foram agendadas para consultas de retorno onde foram realizados os procedimentos preventivos, restauradores e cirúrgicos de acordo com cada caso.

Análise dos dados

Os dados foram tabulados em uma planilha Excel® (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, EUA), por uma pesquisadora (Pesquisadora A), de forma manual, conferidos por uma segunda pesquisadora (Pesquisadora B) e submetidos à análise estatística descritiva no programa de software Excel® (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, EUA). As variáveis categóricas foram descritas em frequências absoluta e relativa (porcentual) e as variáveis numéricas em média e desvio-padrão.

RESULTADOS

Do total de 45 crianças com deficiência selecionadas, 26 foram agendadas no período da realização do estudo. Destas, quatro faltaram no dia da consulta, três foram excluídas, duas porque não estavam acompanhadas da mãe ou do cuidador no dia da consulta e uma não apresentava deficiência, e duas precisaram ser desmarcadas pela indisponibilidade do espaço físico na data da consulta, totalizando assim 17 crianças. Das 19 crianças que não foram agendadas, 13 foi devido a impossibilidade de contato por telefone (o número do telefone que constava no prontuário odontológico era inexistente), três pais e/ou responsáveis dispensaram o atendimento porque a criança já estava recebendo atendimento odontológico particular e/ou em outra instituição e três estavam em atendimento odontológico no Setor de Pacientes Especiais do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (Figura 1).

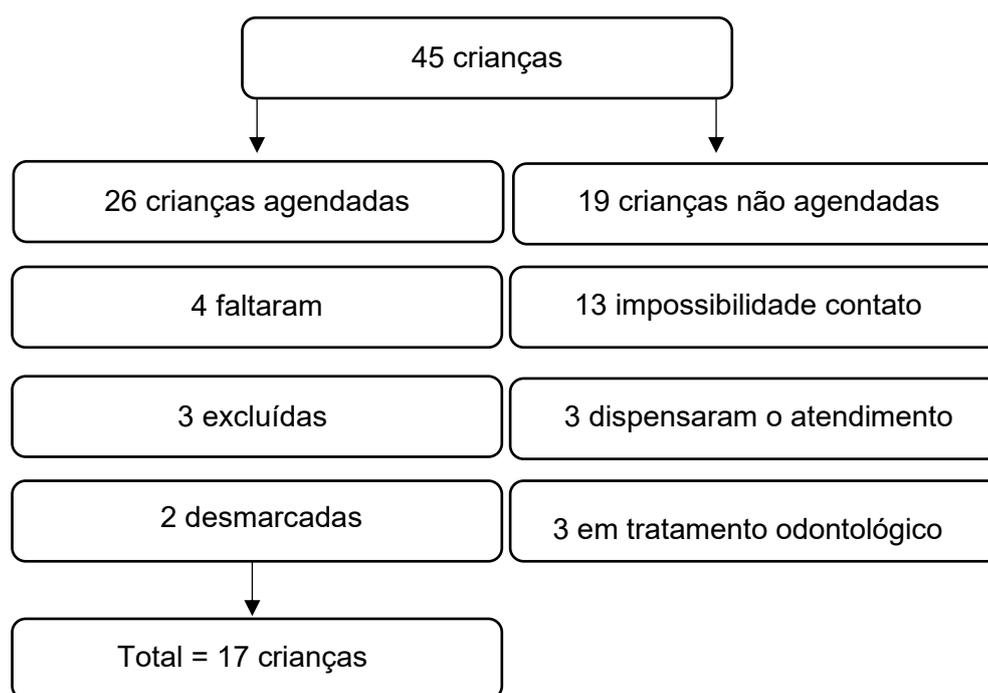


Figura 1 – Número total de crianças participantes.

A Tabela 1 apresenta a distribuição numérica e porcentual (%) das características sociodemográficas, ordem de nascimento, a condição, a classificação das deficiências e uso e quantidade de medicamentos. Das crianças avaliadas, 11 (64,7%) eram do sexo feminino. A idade variou entre 2 e 5 anos e 11 meses (idade média = 3 anos e 5 meses, desvio-padrão = 1,28),

compreendendo todas as faixas etárias, sendo observado um maior número de crianças com 2 anos e 11 meses e 5 anos e 5 anos e 11 meses de idade, 6 (35,3%) crianças, respectivamente, 9 (52,9%) eram primeiro filho, com condições variadas, sendo 3 (17,6%) com deficiência física (Displasia óssea e Paralisia Cerebral), 7 (41,2%) com deficiência intelectual (Síndrome de Down e Transtorno do Espectro Autista), e 7 (41,2%) com deficiência múltipla (Síndromes de Lowe, de Berardinelli, de Pierre Robin associada à Paralisia Cerebral, de Turner, de Bloch-Sulzberger ou Incontinência Pigmentar e Osteogênese imperfeita). A maioria, 14 (82,4%) usava medicamentos, com a quantidade variando de um até mais de quatro medicamentos diários.

Tabela 1 – Distribuição numérica e porcentual (%) das características das crianças.

Características	N (%)
Sexo	
Feminino	11 (64,7)
Masculino	6 (35,3)
Faixa etária (em anos e meses)	
2 a 2 anos e 11 meses	6 (35,3)
3 a 3 anos e 11 meses	2 (11,8)
4 a 4 anos e 11 meses	3 (17,6)
5 a 5 anos e 11 meses	6 (35,3)
Posição da criança na família	
Primeiro filho	9 (52,9)
Segundo filho	4 (23,5)
Terceiro filho	2 (11,8)
Quarto filho	2 (11,8)
Condição	
Displasia óssea	1 (5,9)
Paralisia cerebral	2 (11,8)
Síndrome de Down	6 (35,3)
Transtorno do Espectro Autista	1 (5,9)
Síndrome de Lowe	1 (5,9)

Síndrome de Berardinelli	1 (5,9)
Síndrome de Pierre Robin associada à Paralisia cerebral	1 (5,9)
Síndrome de Turner	1 (5,9)
Síndrome de Bloch-Sulzberger ou Incontinência pigmentar	1 (5,9)
Osteogênese imperfeita	2 (11,8)
Classificação	
Deficiência física	3 (17,6)
Deficiência intelectual	7 (41,2)
Deficiência múltipla	7 (41,2)
Uso de medicamentos	
Sim	14 (82,4)
Não	3 (17,6)
Quantidade de medicamentos	
0	3 (17,6)
1	2 (11,8)
2	3 (17,6)
3	4 (23,5)
4	1 (5,9)
Acima de 4	4 (23,5)

A Tabela 2 apresenta a distribuição numérica e porcentual (%) dos hábitos alimentares e de higiene bucal, a frequência de visitas ao cirurgião-dentista, a experiência de cárie dentária, a presença de biofilme dentário e a classificação do risco à cárie das crianças. Do total, 14 (82,4%) crianças alimentavam por via oral e 11 (64,7%) consumiam açúcar, sendo que 6 (54,5%) consumiam duas vezes ao dia e apenas 1 (9,0%) consumia três vezes ou mais ao dia.

Em relação à higienização bucal, 5 (29,4%) iniciaram na faixa etária de 1 ano a 1 ano e 6 meses, 12 (70,5%) higienizavam três vezes ao dia, 10 (58,8%) utilizavam a pasta de dente e a escova para higienizar e 7 (41,12%) utilizavam além da pasta de dente e a escova, o fio dental e 15 (88,2%) mães realizavam a escovação dos seus filhos. Já em relação a frequência de visitas ao cirurgião-dentista, 14 (82,4%) eram levadas a cada 6 meses, por motivo de prevenção às doenças bucais.

A prevalência de cárie foi de 29,4%. Ao exame clínico, 5 (29,4%) crianças apresentavam experiência de cárie, com índice ceo-s médio de 2,11. Em relação a presença de biofilme dentário visível, 10 (58,8%) não apresentavam e 7 (41,2%) apresentavam. Do total, 11 (64,7%) crianças foram classificadas com baixo risco à cárie na primeira infância.

Ao relacionar a experiência de cárie dentária, a presença de biofilme dentário visível e considerando a via de alimentação das crianças, foi possível observar que do total de 3 (17,6%) crianças que se alimentavam por via enteral, 2 (11,7%) apresentavam biofilme dentário visível e nenhuma delas apresentou lesões de cárie.

Tabela 2 – Distribuição numérica e porcentual (%) dos hábitos alimentares, de higiene bucal, a frequência de visitas ao cirurgião-dentista, a experiência de cárie, presença de biofilme dentário e classificação do risco à cárie.

Características	N (%)
Alimentação	
Via oral	14 (82,4)
Via enteral	3 (17,6)
Consumo de açúcar	
Sim	11 (64,7)
Não	6 (35,3)
Frequência de consumo de açúcar	
1 vez ao dia	2 (18,1)
2 vezes ao dia	6 (54,5)
3 vezes ou mais ao dia	1 (9,0)
1 vez na semana	1 (9,0)
2 vezes na semana	1 (9,0)
Idade que iniciou a higienização bucal	
Primeiros dias de vida	3 (17,6)
2 meses	3 (17,6)
3 meses	1 (5,9)
6 meses	4 (23,5)
1 ano a 1 ano e 6 meses	5 (29,4)

2 anos	1 (5,9)
Frequência de higienização bucal	
1 vez ao dia	1 (5,9)
2 vezes ao dia	3 (17,6)
3 vezes ao dia	12 (70,5)
4 vezes ao dia	1 (5,9)
O que utiliza para higienizar	
Pasta de dente + escova de dente	10 (58,8)
Pasta de dente + escova de dente + fio dental	7 (41,2)
Pasta de dente + escova de dente + fio dental + solução para bochecho	0 (0,0)
Quem higieniza	
Mãe	15 (88,2)
A própria criança	2 (11,8)
Com que frequência a criança vai ao cirurgião-dentista	
Às vezes	3 (17,6)
A cada 6 meses	14 (82,4)
A cada 12 meses	0 (0,0)
Qual o motivo	
Prevenção	14 (82,4)
Dor	0 (0,0)
Tratamento de cárie	3 (17,6)
Extração de dente	0 (0,0)
Traumatismo dentário	0 (0,0)
Experiência de cárie dentária	
Sim	5 (29,4)
Não	12 (70,5)
Presença de biofilme dentário	
Sim	7 (41,2)
Não	10 (58,8)
Classificação do risco à cárie dentária	
Alto	6 (35,3)
Baixo	11 (64,7)

A Tabela 3 apresenta a distribuição numérica e percentual (%) das características das mães e/ou do cuidador principal como idade, escolaridade, estado civil, hábitos alimentares (consumo de açúcar), de higiene bucal, se apresentou algum problema odontológico e presença de cárie ativa. Todos os participantes eram as mães que também eram as cuidadoras. A faixa etária variou de 19 a 49 anos (idade média = 33,7 anos, desvio-padrão = 9,22). Em relação à escolaridade, 5 (29,4%) e 2 (11,8%) tinham, respectivamente, o ensino médio e superior completo. Já em relação aos hábitos alimentares, 17 (100,0%) das mães consumiam açúcar, 6 (35,3%) consumiam três vezes ou mais ao longo do dia e 9 (52,9%) higienizavam duas vezes ao dia. Do total, 9 (52,9%) e 8 (47,0%) mães relataram presença de cárie ativa (esta informação foi retirada da Ferramenta de Classificação de risco à cárie) e problemas odontológicos em 2021, respectivamente, sendo que 4 (50,0%) não procuraram o cirurgião-dentista.

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual (%) das características das mães e/ou cuidadores.

Características	N (%)
Faixa etária (em anos)	
19 a 29	6 (35,3)
30 a 39	6 (35,3)
40 a 49	5 (29,4)
Escolaridade	
Ensino fundamental	4 (23,5)
Ensino médio incompleto	4 (23,5)
Ensino médio	5 (29,4)
Ensino superior incompleto	2 (11,8)
Ensino superior	2 (11,8)
Estado civil	
Casada	13 (76,4)
Divorciada	2 (11,8)
Solteira	2 (11,8)
Consumo de açúcar	

Sim	17 (100,0)
Não	0 (0,0)
Frequência de consumo de açúcar	
1 vez ao dia	4 (23,5)
2 vezes ao dia	4 (23,5)
3 vezes ou mais ao dia	6 (35,3)
2 vezes na semana	3 (17,6)
Frequência de higienização bucal	
1 vez ao dia	2 (11,8)
2 vezes ao dia	9 (52,9)
3 vezes ao dia	6 (35,3)
Apresentou algum problema odontológico em 2021	
Sim	8 (47,0)
Não	9 (52,9)
Presença de cárie ativa	
Sim	9 (52,9)
Não	8 (47,0)

A Tabela 4 apresenta a distribuição numérica e porcentual (%) das características das famílias, incluindo a estrutura familiar, a quantidade de pessoas e a renda mensal. Em relação a estrutura familiar 13 (76,4%) eram nuclear e 8 (47,0%) possuíam um filho. Já em relação a renda familiar 8 (47,0%) recebiam 2 salários-mínimos (valor do salário-mínimo no Brasil em 2022 = R\$1.212,00), com renda média de 1,8 salários-mínimos e 12 (70,5%) sendo que apenas uma pessoa trabalha na família.

Tabela 4 – Distribuição numérica e porcentual (%) das características das famílias.

Características	N (%)
Estrutura familiar	
Nuclear	13 (76,4)
Não nuclear	4 (23,5)
Número de filhos	

1	8 (47,0)
2	5 (29,4)
3	2 (11,8)
4	2 (11,8)
Renda mensal (salários-mínimos)	
1	7 (41,2)
2	8 (47,0)
4	1 (5,9)
5	1 (5,9)
Número de pessoas que trabalham	
1	12 (70,5)
2	5 (29,4)
Número de pessoas que moram na casa e sustentadas pela renda mensal	
2	1 (5,9)
3	8 (47,0)
4	8 (47,0)

A Figura 2 apresenta a distribuição numérica e porcentual (%) da ausência e presença de sintomas depressivos após a aplicação da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo. Do total, 10 (58,8%) e 7 (41,2%) mães (cuidador) apresentaram escore maior ou igual a 12 (com sintomas depressivos) e menor que 12 (sem sintomas depressivos), respectivamente. Do total, 10 (58,8%) responderam a Escala em formato autoaplicado e 7 (41,2%) responderam em forma de entrevista.

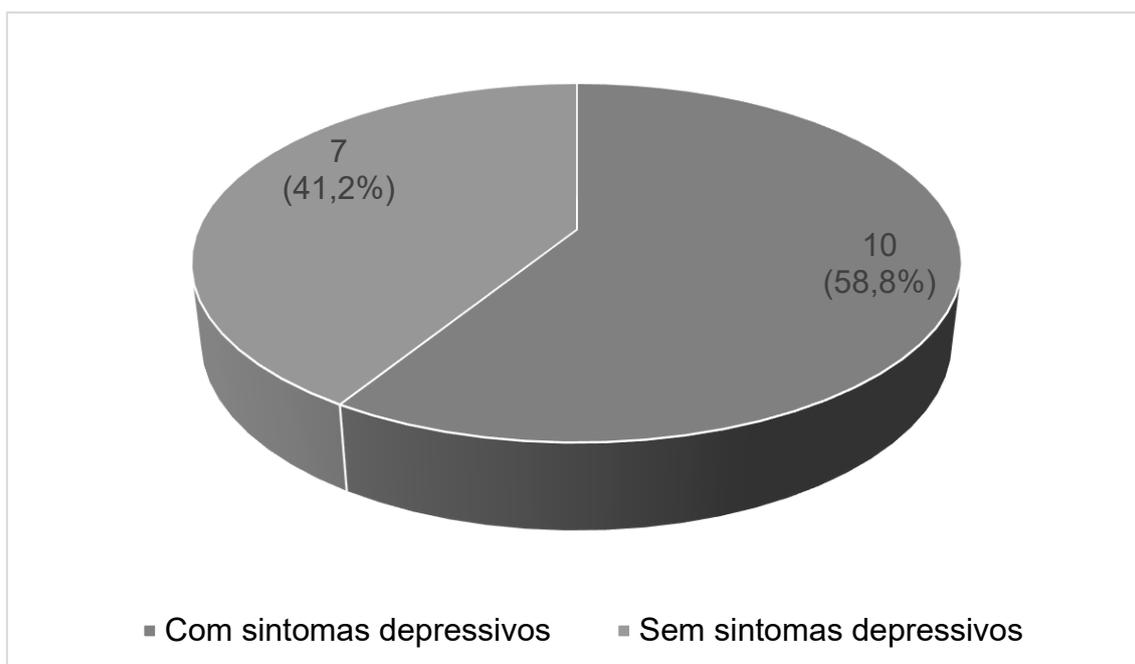


Figura 2 – Distribuição numérica e percentual (%) da ausência e presença de sintomas depressivos após a aplicação da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo.

A Tabela 5 apresenta a distribuição numérica e percentual (%) do escore obtido para cada uma das dez questões da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo. Considerando os escores das questões como sendo o 0 para a ausência de sintomas e 3 para a maior gravidade e duração dos sintomas depressivos (SANTOS, 1995) foi possível observar que as questões um, dois, sete, oito, nove e dez apresentaram o maior número de respostas entre os escores 0 e 1. Estas questões representam o fator 1 que está relacionado diretamente aos sintomas depressivos, incluindo um estado de humor deprimido, rebaixamento do estado de ânimo e, especificamente a questão dez possui uma maior importância nessa análise, uma vez que trata de pensamentos suicidas.

É importante ressaltar que apesar da maioria das mães ter respondido a questão dez com o escore 0, 3 (17,6%) delas responderam com o escore 1, o que leva a caracterizar essas mães com sintomas depressivos. Ademais, as questões que apresentaram os maiores escores foram as de número três, quatro e seis. Essas questões representam o fator 2 que está relacionado ao sentimento de culpa, à ansiedade e à dificuldade em desempenhar as atividades do cotidiano. Esse fator representa os sinais típicos de depressão materna

(SANTOS, 1995, YILDIRIM et al., 2010, YILMAZ et al., 2013, D'ALESSANDRO et al., 2014, DANTAS et al., 2019, BAUMGARTEN et al., 2021).

Tabela 5 – Distribuição numérica e porcentual (%) do escore obtido para cada uma das dez questões da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo.

Nº da Questão	Escore			
	N (%)			
	0	1	2	3
1	8 (47,0)	6 (35,3)	2 (11,8)	1 (5,9)
2	10 (58,8)	6 (35,3)	1 (5,9)	0 (0,0)
3	2 (11,8)	4 (23,5)	9 (52,9)	2 (11,8)
4	1 (5,9)	5 (29,4)	3 (17,6)	8 (47,0)
5	8 (47,0)	3 (17,6)	5 (29,4)	1 (5,9)
6	0 (0,0)	3 (17,6)	10 (58,8)	4 (23,5)
7	6 (35,3)	6 (35,3)	3 (17,6)	2 (11,8)
8	1 (5,9)	8 (47,0)	2 (11,8)	6 (35,3)
9	1 (5,9)	9 (52,9)	6 (35,3)	1 (5,9)
10	14 (82,4)	3 (17,6)	0 (0,0)	0 (0,0)

A Tabela 6 apresenta a condição, a classificação da deficiência, experiência de cárie dentária, classificação do risco à cárie da criança e o escore final obtido de cada mãe (cuidadora) após a aplicação da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo. Em relação à experiência de cárie na primeira infância, foi possível observar que das 5 (29,4%) crianças com lesões de cárie, 4 (23,5%) apresentavam deficiência intelectual (Síndrome de Down) e 1 (5,9%) deficiência múltipla (Síndrome de Berardinelli). Já no que se refere à classificação do risco à cárie dentária, das 6 (35,3%) crianças classificadas com alto risco, 4 (23,5%) apresentavam deficiência intelectual (Síndrome de Down) e 2 (11,8%) deficiência múltipla (Síndromes de Lowe e de Berardinelli).

Considerando a classificação da deficiência e o escore final individual, observou-se que 3 (17,6%), 3 (17,6%) e 4 (23,5%) mães de crianças com deficiência física, intelectual e múltipla apresentaram sintomas depressivos,

respectivamente, com os maiores escores finais para as mães de crianças com a Síndrome de Bloch-Sulzberger e Transtorno do Espectro Autista.

Ademais, ao observar a experiência de cárie dentária, a classificação do risco à cárie da criança e a presença de sintomas depressivos nas mães, foi possível constatar que das 10 (58,8%) mães que apresentaram sintomas depressivos, 8 (47,0) crianças não apresentaram experiência de cárie dentária e foram classificados como baixo risco à cárie.

Tabela 6 – Relação entre a condição, classificação da doença, experiência de cárie, classificação do risco à cárie da criança, presença de biofilme dentário e o escore final de depressão materna.

Condição da criança	Classificação da deficiência	Experiência de cárie dentária na criança	Classificação do risco à cárie	Escore final após aplicação da Escala
Displasia óssea	Deficiência física	Não	Baixo	15
Paralisia cerebral		Não	Baixo	14
	Síndrome de Down	Deficiência intelectual	Sim	Alto
Não				
Síndrome de Down	Deficiência intelectual	Sim	Alto	13
				13
				7
Síndrome de Down	Deficiência intelectual	Sim	Alto	11
				11

				8
Transtorno do Espectro Autista		Não	Baixo	18
Síndrome de Lowe	Deficiência múltipla	Não	Alto	16
Síndrome de Berardinelli		Sim	Alto	5
Síndrome de Pierre Robin e Paralisia cerebral		Não	Baixo	14
Síndrome de Turner		Não	Baixo	13
Síndrome de Bloch-Sulzberger ou Incontinência Pigmentar		Não	Baixo	20
Osteogênese imperfeita		Não	Baixo	7
				9

A Figura 3 apresenta um resumo dos principais resultados referentes às crianças, às mães (cuidador principal) e às famílias.



Figura 3 – Apresentação gráfica dos principais resultados referentes às crianças, às mães (cuidadoras) e às famílias

DISCUSSÃO

Este estudo observacional avaliou a prevalência e a experiência de cárie na primeira infância utilizando o índice ceo-s e classificou o risco à cárie das crianças com deficiência, como também verificou a presença de sintomas depressivos em suas mães e/ou cuidadores. Os resultados preliminares deste estudo devem ser interpretados com cautela em função do pequeno tamanho da amostra, da heterogeneidade da condição das crianças participantes e da ausência de um grupo controle para comparação direta dos dados. No entanto, eles trazem informações relevantes que devem ser consideradas na assistência odontológica humanizada das crianças com deficiência, centrada também na família, visando não apenas o paciente, mas também o principal cuidador, que na maioria das vezes, é representado pela mãe.

A maioria das crianças participantes era do sexo feminino (64,7%), com idade média de 3 anos e 5 meses, primeiro filho (52,9%), com condições variadas, com maior número de crianças classificadas com deficiência intelectual (41,2%) e múltipla (41,2%).

Os resultados mostraram que a proporção de crianças com lesões de cárie foi baixa (prevalência de 29,4%) com índice ceo-s médio de 2,11. Comparada a outros estudos, a prevalência de cárie foi semelhante à observada por Zhou et al. (2019) (prevalência de 30,3%) e bem menor do que a do estudo de Ferreira et al. (2020) (prevalência de 65,0%). Essa diferença pode estar relacionada à idade das crianças, uma vez que a prevalência da doença aumenta significativamente com a idade e no estudo conduzido por Ferreira et al. (2020) participaram crianças na faixa etária de 3 a 12 anos.

A baixa prevalência e experiência de cárie observada na população estudada pode estar relacionada à baixa frequência de consumo de açúcar para a maioria das crianças (64,7%), ao início precoce da realização da higiene bucal (64,7%) e de sua frequência diária de mais que duas vezes ao dia (94,1%) realizada pelo cuidador (88,2%), como também do retorno periódico (82,4%) ao cirurgião-dentista em busca de prevenção na maior parte dos casos (82,4%). Um outro fator relevante foi a presença de biofilme dentário visível observada em menos da metade (41,2%) das crianças examinadas.

Importante salientar o consumo de açúcar, uma vez que resultados de um estudo (BRAÚNA et al., 2016) com crianças com deficiência, com idade média de 3,4 anos, mostraram que este foi o único fator de risco observado. Há que se levar em conta também que algumas crianças se alimentavam por via enteral o que pode explicar a baixa experiência de cárie, apesar da presença de biofilme dentário visível (KLEIN & DICKS, 1984; DICKS & BANNING, 1991, HIDAS et al., 2010, TINANOFF et al., 2019, FREGATTO et al., 2021). Sabe-se que a falta de nutrição por via oral altera a microbiota bucal, principalmente pela falta de carboidratos, essenciais para a sobrevivência da flora bucal, o que leva a uma contagem baixa de *Streptococcus mutans* e *Lactobacilos*, que são os principais responsáveis pela manifestação da doença cárie (LARANJO et al., 2017).

Para a classificação do risco à cárie, foi usada a Ferramenta de Avaliação de Risco da Academia Americana de Odontologia Pediátrica que apesar de a precisão estar longe de ser excelente, ela é a recomendada na prática clínica, pois os efeitos desejáveis provavelmente superam os indesejáveis (JØRGENSEN & TWETMAN, 2020). Nesta ferramenta, os fatores de risco são divididos em três categorias: os biológicos (incluindo aspectos relacionados à criança e aos pais/cuidador), os protetores (hábitos de higiene bucal) e os achados clínicos (lesões de cárie, defeitos de desenvolvimento de esmalte e biofilme dentário visível).

Considerando os aspectos relacionados apenas à criança, o fato de ela apresentar necessidade de cuidados especiais, por si só, já representa uma condição específica com resposta positiva na classificação de risco à cárie moderada. Neste estudo, o que contribuiu para que a maioria (n = 11, 64,7%) das crianças com deficiência ter sido classificada com baixo risco à doença foi o alto número de respostas positivas em relação aos fatores protetores e baixo número de respostas positivas em relação aos achados clínicos.

De uma forma geral, crianças com deficiência apresentam o dobro do risco comparada as sem deficiência (LEBRUN-HARRIS et al., 2021, FRANK et al., 2019). Importante ressaltar que crianças com deficiência compreendem um grupo heterogêneo e, portanto, devem ser tratadas de forma precisa e específica durante a avaliação de risco à cárie (FRANK et al., 2019). No presente estudo, foi possível observar que crianças com a mesma condição (Síndrome de Down) e classificação das deficiências apresentaram risco à cárie diferentes. A

comparação direta destes resultados com outros estudos não foi possível em função das diferenças da população estudada e da metodologia usada.

Neste estudo participaram apenas as mães que também representavam a principal cuidadora das crianças com deficiência. A maioria delas tinha entre 19 e 39 anos de idade (70,6%), com diferentes níveis de escolaridade, a minoria (11,8%) com nível superior completo e a maioria casada (76,4%). Todas relataram consumir açúcar, com mais da metade (58,8%) entre duas e três vezes ao dia. A maioria (52,9%) das mães apresentava frequência inadequada de higiene bucal, além disso 47,0% e 52,9% relataram problemas odontológicos em 2021 e presença de cárie ativa, respectivamente, 50,0% não procuraram o cirurgião-dentista.

Não foi possível a comparação direta destes dados com outros estudos, uma vez que não foram encontrados estudos que avaliaram crianças com essas condições de saúde específicas e na faixa etária estudada. Entretanto, ao comparar os dados da criança com deficiência e de suas mães foi possível observar o cuidado e a importância dada para a saúde bucal infantil.

Com relação à família, foi observado que a maioria (76,4%) apresentava estrutura familiar nuclear, com um e dois filhos (76,5%) e com baixo nível socioeconômico (88,2%), sendo esta última uma característica comum dos usuários de serviço público (RIBEIRO et al., 2006).

Crianças com deficiência representam uma população vulnerável, com a condição bucal muitas vezes comprometida. Sabe-se que o cuidado é um processo complexo e que requer a colaboração de todos os membros da família (D'ALESSANDRO et al., 2014). Desde o nascimento de uma criança com deficiência, de modo geral, as famílias sofrem níveis de estresse de forma significativa, o que gera sentimentos de fracasso, culpa e tristeza que estão relacionados ao luto pela perda de uma criança perfeita idealizada (DANTAS et al., 2019), especialmente para as mães, que geralmente são as responsáveis pelo cuidado. A capacidade de se adaptar à nova realidade é um fator a ser considerado. Diante disso, muitas mães possuem um maior risco de desenvolver sintomas depressivos, variando desde o mau humor até sentimento de punição e pensamentos suicidas (D'ALESSANDRO et al., 2014).

Há diferentes escalas para avaliar a presença de sintomas depressivos nas mães ou no cuidador principal (SCHERER et al., 2019). A Escala de

Depressão Pós-Parto de Edimburgo foi a escolhida por ter sido validada na população brasileira e pela fácil aplicação, por ser bem aceita pelas pessoas que respondem as perguntas, de avaliação rápida e de fácil entendimento (FIGUEIRA et al., 2009 e SANTOS et al., 2007).

Importante ressaltar que um dos objetivos deste estudo foi identificar se as mães das crianças com deficiência assistidas apresentavam qualquer sintoma depressivo para orientá-las a procurar ajuda psicológica, uma vez que como profissionais da área de saúde podemos encaminhá-las. De forma alguma, foi intenção dos pesquisadores fazer o diagnóstico de depressão.

Sabe-se que a depressão materna é caracterizada por uma manifestação contínua do sentimento de tristeza ou uma diminuição na capacidade de experimentar prazer, esse estado pode estar frequentemente acompanhado do sentimento de ansiedade, além de alterações no apetite e no sono. A mãe também pode apresentar dificuldades no desempenho das tarefas diárias domésticas, e a maioria delas percebe a alteração do humor, porém quase sempre não relata a outras pessoas. Sendo assim, a depressão materna é o resultado da junção dos sentimentos de ansiedade com culpa em mulheres que possuem uma história pessoal complexa (SANTOS, 1995), como é o caso das mães de crianças com deficiência.

É reconhecido que os sintomas depressivos maternos ou do cuidador podem ter impacto direto na experiência de cárie nas crianças como demonstrado em estudos recentes (YILDIRIM et al., 2010, D'ALESSANDRO et al., 2014, KNOUBLAUCH et al., 2019 e BAUMGARTEN et al., 2021). Neste estudo, os resultados mostraram que 58,8% das mães foram identificadas com sintomas depressivos, semelhantes aos obtidos por D'Alessandro et al. (2014). A maior porcentagem das respostas das questões (1, 2, 7,8, 9 e 10) relacionadas aos sintomas depressivos receberam escores de 0 e 1. Embora o resultado máximo da soma dos escores é igual a 30, apenas uma mãe obteve o escore total igual a 20. Considerando a heterogeneidade da população estudada e dos diferentes graus de severidade foi possível constatar o quão é variado e individual a percepção materna de crianças com deficiência.

Vários fatores podem estar relacionados aos sintomas depressivos (SCHERER et al., 2019; YILDIRIM et al., 2010), entre eles a severidade da deficiência, baixo nível socioeconômico (SCHERER et al., 2019, YILDIRIM et al.,

2010) e baixa escolaridade materna (YILDIRIM et al., 2010). Todas essas características foram observadas na população estudada.

Principalmente para as crianças com deficiência múltipla (DANTAS et al., 2019; MARCON et al., 2008), a responsabilidade do cuidado recai fortemente sobre a mãe, configurando-se como uma tarefa exaustiva e geradora de sobrecarga, devido a inúmeras necessidades advindas da condição que essa criança apresenta. Esta sobrecarga não está relacionada apenas às demandas cotidianas, mas também aos sentimentos que acompanham essa mãe constantemente, como a preocupação com a sobrevivência da criança, ao sentimento de culpa, a impotência e o desconhecimento sobre como cuidar da criança.

Foi possível observar que todas as mães de crianças com deficiência física apresentaram sintomas depressivos, e dentre as crianças, a maioria apresentou a condição de paralisia cerebral. Este achado pode estar relacionado com a gravidade da incapacidade que essas crianças apresentam e com a dependência total do cuidador principal (RODRIGUES DOS SANTOS et al., 2003). Este resultado foi semelhante ao obtido no estudo de Yilmaz et al. (2013).

Entre as condições apresentadas neste estudo, as mães que apresentaram maior escore na avaliação de sintomas depressivos foram a Síndrome de Bloch-Sulzberger e o Transtorno do Espectro Autista. A Síndrome de Bloch-Sulzberger é caracterizada por apresentar lesões cutâneas que evoluem para um estágio verrucoso, e em seguida há uma atrofia e cicatrização, o que leva a áreas lineares de hipopigmentação na pele da criança. Além das manchas, pode haver complicações sistêmicas e neurológicas, que incluem convulsões, além de anomalias dentárias (NARAYANAN et al., 2015). Todas essas características podem levar a um comprometimento principalmente estético à essa criança e que leva sentimento de frustração e ansiedade materna e que estão relacionados a sintomas depressivos.

Já o Transtorno do Espectro Autista constitui uma ampla gama de manifestações clínicas ao nível de comunicação, interação social e comportamento, e que se expressa de forma heterogênea dependendo do indivíduo e da idade (ROJAS et al., 2019). Como neste estudo as crianças são pré-escolares, a criança que apresentou essa condição pode estar em uma fase de diagnóstico e adaptação da condição, e a família, especialmente a mãe pode

estar no período de aceitação à essa condição, o que leva ao sentimento de ansiedade.

Outro achado importante foi que apenas duas (11,8%), das seis mães de crianças com Síndrome de Down, apresentaram sintomas depressivos. Isso se deve ao fato de que essa Síndrome é a ocorrência genética mais comum que existe na sociedade e quando comparada a outras condições mais graves e que comprometem muito o indivíduo, gera uma menor frustração a essa mãe, além da criança possuir uma maior independência nas tarefas cotidianas (ANTONARAKIS et al., 2020).

Foi possível observar também que entre as dez (58,8%) mães que apresentaram sintomas depressivos, oito (47,0%) crianças não apresentaram experiência de cárie na primeira infância e foram classificados com baixo risco. Não foi possível estabelecer uma correlação entre estes dados, como também com outros estudos, (KNOUBLAUCH et al., 2019 e BAUMGARTEN et al., 2021), devido ao pequeno tamanho da amostra.

Ao relacionar a experiência de cárie dentária com as condições apresentadas pelas crianças com deficiência, foi possível observar que dentre elas, as que apresentaram experiência de cárie, eram as com Síndrome de Down (deficiência intelectual). Achado semelhante foi observado no estudo de Baumgarten et al. (2021), que apesar de terem avaliado indivíduos com idade distinta, mostrou que a prevalência de cárie dentária pode ser maior naqueles que possuem deficiência intelectual.

Além das limitações já citadas, é importante salientar que este estudo foi conduzido durante a pandemia da Covid-19, que interferiu diretamente na realização da pesquisa uma vez que apresentou outros desdobramentos, como a necessidade de reforma do espaço físico das clínicas odontológicas o que limitou o número de atendimentos.

Futuras pesquisas com delineamento longitudinal são necessárias e devem ser conduzidas com esta população específica considerando crianças com deficiência e suas mães ou cuidador, para dar suporte a estes resultados descritivos preliminares.

CONCLUSÃO

De acordo com a metodologia usada e os resultados obtidos foi possível concluir que:

- as crianças com deficiência apresentaram baixa prevalência e experiência de cárie na primeira infância avaliada pelo índice ceo-s;
- as crianças com deficiência foram classificadas com baixo risco à cárie na primeira infância;
- a presença de sintomas depressivos foi observada na maioria das mães (cuidadora).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Academy of Pediatric Dentistry. Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021:252-7.

Antonarakis SE, Skotko BG, Rafii MS, et al. Síndrome de Down. Nat Rev Dis Primers. 2020 Fev;6(1):9.

Bartolomé-Villar B, Mourelle-Martínez MR, Diéguez-Pérez M, de Nova-García MJ. Incidence of oral health in paediatric patients with disabilities: Sensory disorders and autism spectrum disorder. Systematic review II. J Clin Exp Dent. 2016 Jul 1;8(3):e344-51.

Baumgarten A, Hilgert JB, Rech RS, Cunha-Cruz J, de Goulart BNG. Caries experience in caregiver-intellectual deficient pair: Influence of caregiver's psychological morbidity. Spec Care Dentist. 2021 Nov;41(6):707-715.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, [2004]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm. Acesso em: 19 jan. 2022.

Braúna AP, Abreu MH, Resende VL, Castilho LS. Risk factors for dental caries in children with developmental disabilities. Braz Oral Res. 2016 Jun 14;30(1):S1806-83242016000100266.

Cox JL, Holden MJ, Sagovsky R. Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*. 1987, 150, 782-786.

D'Alessandro G, Cremonesi I, Alkhamis N, Piana G. Correlation between oral health in disabled children and depressive symptoms in their mothers. *Eur J Paediatr Dent*. 2014 Sep;15(3):303-8.

Dantas KO, Neves RDF, Ribeiro KSQS, Brito GEG, Batista MDC. Repercussions on the family from the birth and care of children with multiple disabilities: a qualitative meta-synthesis. *Cad Saude Publica*. 2019 Jul 4;35(6):e00157918.

Dicks JL, Banning JS. Evaluation of calculus accumulation in tube-fed, mentally handicapped patients: the effects of oral hygiene status. *Spec Care Dentist*. 1991 May-Jun;11(3):104-6.

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 Jul 1;8(3):e337-43.

Faker K, Tostes MA, Paula VAC. Impact of untreated dental caries on oral health-related quality of life of children with special health care needs. *Braz. Oral Res*. 2018; 32:e117.

Feldens CA, Rodrigues PH, de Anastácio G, Vítolo MR, Chaffee BW. Feeding frequency in infancy and dental caries in childhood: a prospective cohort study. *Int Dent J*. 2018 Apr;68(2):113-121.

Ferreira AMB, Almeida HCR, Heimer MV, Vieira SCM, Colares V. Oral health status and treatment needs among disabled children in Recife, Brazil. *Oral Health Prev. Dent* 2020 Apr; 18: 467-474.

Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. *Rev Saude Publica*. 2009 Aug;43 Suppl 1:79-84.

Frank M, Keels MA, Quiñonez R, Roberts M, Divaris K. Dental caries risk varies among subgroups of children with special health care needs. *Pediatr Dent*. 2019 Sep 15;41(5):378-384.

Fregatto LF, Costa IB, De Bortoli Teixeira D, Duarte JCM, Mascarin AMN, da Silveira Junior SB et al. Oral hygiene and oral microbiota in children and young people with neurological impairment and oropharyngeal dysphagia. *Sci Rep*. 2021 Sep 10;11(1):18090.

Gómez-Bernal GM, Morales-Vadillo R, Romero-Velarde MR. Lesiones cariosas en niños con discapacidad de 0-12 años en una población peruana. *Rev Cubana Estomatol*. 2020 Sep ;57(4), e2905.

Hidas A, Cohen J, Beerli M, Shapira J, Steinberg D, Moskovitz M. Salivary bacteria and oral health status in children with disabilities fed through gastrostomy. *Int J Paediatr Dent*. 2010 May;20(3):179-85.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo demográfico 2010 - Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência [acesso em 04 fev 2020]. Disponível em: <http://www.biblioteca.ibge.gov.br>

Jørgensen MR, Twetman S. A systematic review of risk assessment tools for early childhood caries: is there evidence? *Eur Arch Paediatr Dent*. 2020 Apr;21(2):179-184.

Klein FK, Dicks JL. Evaluation of accumulation of calculus in tube-fed mentally handicapped patients. *J Am Dent Assoc*. 1984 Mar;108(3):352-4.

Knoblauch U, Ritschel G, Weidner K, Mogwitz S, Hannig C, Viergutz G, et al. The association between socioeconomic status, psychopathological symptom burden in mothers, and early childhood caries of their children. *PLoS One*. 2019 Oct 28;14(10):e0224509.

Laranjo E, Baptista S, Norton AA, Macedo AP, Andrade C, Areias C. A cárie precoce da infância: uma atualização. *Rev Port Med Geral Fam*. 2017; 33:426-9.

Lebrun-Harris LA, Canto MT, Vodicka P, Mann MY, Kinsman SB. Oral health among children and youth with special health care needs. *Pediatrics*. 2021 Aug;148(2):e2020025700.

Machiulskiene V, Campus G, Carvalho JC, Dige I, Ekstrand KR, Jablonski-Momeni A et al. Terminology of Dental Caries and Dental Caries Management: Consensus Report of a Workshop Organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. *Caries Res*. 2020;54(1):7-14.

Marcon SS, Sassá AH, Soares NTI, Molina RCM. Dificuldades e conflitos enfrentados pe - la família no cuidado cotidiano a uma criança com doença crônica. *Ciênc Cuid Saúde* 2008; 6:411-9.

Narayanan MJ, Rangasamy S, Narayanan V. Incontinentia pigmenti (Bloch-Sulzberger syndrome). *Handb Clin Neurol*. 2015;132:271-80.

Norwood KW Jr, Slayton RL. Council on Children with Disabilities; Section on Oral Health. Oral health care for children with developmental disabilities. *Pediatrics*. 2013 Mar;131(3):614-9.

Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciênc saúde coletiva*. 2006 Dez; 11 (4):1011-1022.

Rodrigues dos Santos MT, Masiero D, Novo NF, Simionato MR. Oral conditions in children with cerebral palsy. *J Dent Child (Chic)*. 2003 Jan-Apr;70(1):40-6.

Rojas V, Rivera A, Nilo N. Atualização em diagnóstico e intervenção precoce do Transtorno do Espectro Autista. *Rev chil Pediatra*. 2019 Oct;90(5): 478-484.

Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJ, Botelho IP, Lapolli C et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica*. 2007 Nov;23(11):2577-88.

Santos MFS. Depressão pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras (tese). Universidade de Brasília, 1995.

Seow WK. Early Childhood Caries. *Pediatr Clin North Am*. 2018 Oct;65(5):941-954.

Scherer N, Verhey I, Kuper H. Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019 Jul 30;14(7):e0219888.

Sheiham A, James W. A reappraisal of the quantitative relationship between sugar intake and dental caries: the need for new criteria for developing goals for sugar intake. *BMC Public Health*. Sep. 2014; 16(14):863.

Tinanoff N, Baez RJ, Diaz Guillory C, Donly KJ, Feldens CA, McGrath C, et al. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: global perspective. *Int J Paediatr Dent*. 2019 May;29(3):238-248.

Vozza I, Cavallè E, Corridore D, Ripari F, Spota A, Brugnoletti O, et al. Preventive strategies in oral health for special needs patients. *Ann Stomatol (Roma)*. 2015 Feb 12;6(3-4):96-9.

Yildirim Sari H, Başbakkal Z. Depression among mothers of children and adults with an intellectual disability in Turkey. *Int J Nurs Pract*. 2010 Jun;16(3):248-53.

Yilmaz H, Erkin G, Nalbant L. Depression and anxiety levels in mothers of children with cerebral palsy: a controlled study. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2013 Dec;49(6):823-7.

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

APÊNDICE A - Informações sobre a criança, a mãe ou cuidador principal e a família

Dados da criança

Sexo: feminino masculino

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos e ____ meses

Ordem de nascimento: 1º filho 2º filho 3º filho 4º filho _____

Condição da criança: _____

Classificação da deficiência: Física Intelectual Múltipla

Uso de medicamentos? Não Sim

Qual(is)? _____

Qual a idade da primeira consulta? _____

Hábitos alimentares

Via: oral enteral

A criança ingere açúcar? Sim Não

Com que frequência a criança ingere açúcar?

1 vez ao dia de 2 vezes ao dia 3 ou mais vezes ao dia

1 vez na semana 2 vezes na semana

Hábitos de higiene bucal

Quando iniciou a limpeza da cavidade bucal do seu filho?

Qual a frequência de higiene bucal?

1 vez ao dia de 2 vezes ao dia 3 ao dia 4 vezes ao dia

O que utiliza para realizar a higiene bucal?

Pasta de dente + escova dente

Pasta de dente + escova de dente + fio dental

Pasta de dente + escova de dente + fio dental + solução _____

Quem limpa ou escova os dentes da criança? _____

Com que frequência faz a higiene bucal?

1 vez ao dia 2 a 3 vezes ao dia 4 ou mais vezes ao dia

Com que frequência você leva seu filho ao dentista?

às vezes a cada 6 meses a cada 12 meses

Qual o motivo?

prevenção

dor

tratamento de cárie

extração de dente

traumatismo dentário

A criança precisou ir ao dentista no último ano? Sim Não

Dados da mãe ou do cuidador principal

Quem respondeu o questionário? _____

Idade: _____

Escolaridade da mãe ou do cuidador principal:

Ensino fundamental

Incompleto

Ensino médio

Completo

Ensino

superior

Estado civil: _____

Hábitos alimentares

Ingere açúcar? Sim Não

Com que frequência você ingere açúcar? _____

1 vez ao dia de 2 vezes ao dia 3 ou mais vezes ao dia

1 vez na semana 2 vezes na semana

Com que frequência faz a higiene bucal?

1 vez ao dia 2 a 3 vezes ao dia 4 ou mais vezes ao dia

Teve algum problema odontológico este ano? Não Sim. Qual? _____

Procurou dentista? Sim Não

Dados da família:

Estrutura familiar: _____

Número de filhos: 1 2 3 4 5 _____

Renda mensal

1 a 2 salários mínimos

3 a 4 salários mínimos

5 ou mais salários mínimos

Quantas pessoas trabalham na família? _____

Quantas pessoas são sustentadas por esta renda, contando você? _____

APÊNDICE B – Classificação de risco à cárie dentária (Academia Americana de Odontologia Pediátrica)

Fatores	Alto	Moderado	Baixo
Sociais/Biológicos: Mãe/principal cuidador tem cárie ativa Pais/cuidador tem baixo nível socioeconômico Criança ingere lanches ou bebidas contendo açúcar > 3 x/dia Criança é colocada na cama com mamadeira com leite puro ou adoçado Criança com necessidades especiais Criança é imigrante recente	Sim Sim Sim Sim	Sim Sim	
Proteção: Criança recebe água fluoretada Criança tem escovação realizada com dentifrício fluoretado Criança recebe aplicação tópica de flúor profissional Criança tem cuidado odontológico em casa/cuidado odontológico regular			Sim Sim Sim Sim
Achados Clínicos: Criança com cárie não cavitada (mancha incipiente/branca) ou defeitos de esmalte Criança tem cáries ou obturação ou falta de dentes devido a cáries Criança tem biofilme dentário	Sim Sim Sim		
Risco: () Alto () Moderado () Baixo			

APÊNDICE C – Avaliação da presença de sintomas depressivos - Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo

“Agora gostaríamos de fazer algumas afirmações sobre como você tem se sentido nos últimos sete dias.”

1 Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

0 () Como eu sempre fiz

1 () Não tanto quanto antes

2 () Sem dúvida, menos que antes

3 () De jeito nenhum

2 Eu tenho pensado no futuro com alegria.

0 () Sim, como de costume

1 () Um pouco menos que de costume

2 () Muito menos que de costume

3 () Praticamente não

3 Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado.

0 () Não, de jeito nenhum

1 () Raramente

2 () Sim, às vezes

3 () Sim, muito frequentemente

4 Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

3 () Sim, muito seguido

2 () Sim, às vezes

1 () De vez em quando

0 () Não, de jeito nenhum

5 Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.

3 () Sim, muito seguido

2 () Sim, às vezes

1 () De vez em quando

0 () Não, de jeito nenhum

6 Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia.

3 () Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles

2 () Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes

1 () Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles

0 () Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7 Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.

3 () Sim, na maioria das vezes

2 () Sim, algumas vezes

1 () Raramente

0 () Não, nenhuma vez

8 Eu tenho me sentido triste ou muito mal.

3 () Sim, na maioria das vezes

2 () Sim, muitas vezes

1 () Raramente

0 () Não, de jeito nenhum

9 Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado.

3 () Sim, a maior parte do tempo

2 () Sim, muitas vezes

1 () Só de vez em quando

0 () Não, nunca

10 Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.

3 () Sim, muitas vezes

2 () Às vezes

1 () Raramente

0 () Nunca

APÊNDICE D – Ficha do exame clínico (Índice ceo-s)

Dente	Distal	Oclusal/Incisal	Mesial	Vestibular	Lingual
55					
54					
53					
52					
51					
61					
62					
63					
64					
65					
75					
74					
73					
72					
71					
81					
82					
83					
84					
85					