



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



LORRAYNE BEATRIZ GONÇALVES VENTURA

**FATORES INTERVENIENTES DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE
CRIANÇAS COM AUTISMO: UM ESTUDO QUALITATIVO**

UBERLÂNDIA

2022

LORRAYNE BEATRIZ GONÇALVES VENTURA

**FATORES INTERVENIENTES DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE
CRIANÇAS COM AUTISMO: UM ESTUDO QUALITATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção de título de Bacharel em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

Orientador: Prof. Dr. Álex Moreira Herval

UBERLÂNDIA

2022

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Uberlândia, em nome seu Magnífico Reitor, Valder Steffen Júnior, por me acolher como aluna.

À Faculdade de Odontologia, em nome do seu diretor, Prof. Dr. Sérgio Vitorino, pelo ensino e oportunidades concedidas ao longo destes anos.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pela bolsa de iniciação científica que viabilizou a pesquisa que compõe esse Trabalho de Conclusão de Curso.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus que sempre esteve comigo me dando forças para continuar em frente.

Aos meus pais Ernane e Lêda que foram e são os maiores incentivadores da minha vida. Eles que nunca mediram esforços para me fazer feliz, saibam que tudo é por vocês.

A minha querida avó que sempre fez de tudo para mim, te amo e te agradeço de todo meu coração.

As minhas famílias Flor e Ventura, que são meu alicerce, a minha base e o meu sangue.

Aos meus amigos da minha amada cidade Araguari, que cresceram comigo e me ensinaram o verdadeiro significado de amizade.

Aos meus amados amigos de Uberlândia, por terem se tornado a minha família, me dando forças quando eu mesma descreditei.

A minha turma, que juntos entramos meninos e saímos grandes profissionais.

Ao meu orientador, por ter me orientado, guiado e ter sido muito mais que um professor.

E por fim, aos meus professores e a FOUFU por me proporcionarem preciosos anos de aprendizagem e conhecimento. Levo vocês para sempre comigo!

RESUMO

Introdução: Os pais de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) exercem um papel fundamental na manutenção da saúde bucal, pois são responsáveis pelo cuidado cotidiano dessas crianças. Entretanto, esses cuidadores podem enfrentar dificuldades para promover esse cuidado em função de limitações impostas pelo TEA. *Objetivos:* Compreender o desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde bucal desenvolvido por cuidadores de crianças com TEA. *Metodologia:* Foi realizada uma pesquisa com abordagem qualitativa com mães de crianças com TEA considerado moderado ou grave. A pesquisa foi conduzida com entrevistas semiestruturadas audiogravadas e apoiada por um roteiro de entrevista. As entrevistas foram transcritas e analisadas por meio da Teoria Fundamentada de Dados em três níveis de codificação e a interpretação dos dados pautou-se na Teoria Transcultural do Cuidado. *Resultados:* A análise resultou em duas categorias: “Diversidade Cultural do Cuidado à Criança Autista” e “Valores culturais presentes por trás dos bastidores”. Cada uma dessas duas categorias principais foi formada por quatro categorias secundárias. A partir dessas categorias foi elaborado um modelo teórico pautado nos dados empíricos para explicar fatores que interferem na resistência à higiene bucal em crianças autistas. *Conclusão:* O modelo teórico construído pode auxiliar profissionais de saúde e entidades coletivas direcionadas à pessoa com TEA, além de alertar para o risco da culpabilização dos cuidadores pelo insucesso das medidas preventivas.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista. Saúde Bucal. Higiene Bucal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
METODOLOGIA.....	2
<i>Desenho de Estudo e Aspectos Éticos.....</i>	2
<i>Amostragem e Participantes do Estudo.....</i>	2
<i>Coleta de Dados.....</i>	2
<i>Análise de Dados</i>	3
<i>Referencial teórico.....</i>	3
RESULTADOS	5
DISCUSSÃO	11
CONCLUSÕES	15
REFERÊNCIAS	16

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é compreendido como um transtorno do desenvolvimento, no qual o paciente apresenta dificuldade na comunicação, no relacionamento social e na resposta a estímulos auditivos e visuais (KESSAMIGUIEMON; OLIVEIRA; BRUM, 2017). Esse transtorno tem maior prevalência entre homens, pode ser diagnosticado nos primeiros cinco anos de vida da criança, persistindo até a fase adulta (OPAS, 2017). Existem diversas hipóteses sobre a etiologia do TEA, tal como causas neurobiológicas ou genéticas, porém, nenhuma delas é totalmente suficiente (GUEDES, 2015). Determinar a prevalência do TEA tem sido um desafio para pesquisadores devido ao diagnóstico complexo (FOMBONNE, 2019). Para o ano de 2010 estimava-se que no Brasil viviam cerca de 1,5 milhão de pessoas com TEA (PAULA et al., 2011). Contudo, este valor tem mostrado tendências de aumento em todo o mundo (FOMBONNE, 2019).

Problemas bucais, além de causar dor e desconforto, podem ocasionar alterações psicológicas e sociais, influenciando na mudança do comportamento e alterando na qualidade de vida das crianças e adolescentes com TEA (CANCIO; FAKER; TOSTES, 2019). Nesse sentido, além do tratamento curativo, o cirurgião-dentista tem o papel de atuar de forma humanizada e na prevenção das doenças bucais, visando a manutenção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (SOUZA et al., 2017; KESSAMIGUIEMON; OLIVEIRA; BRUM, 2017). Entretanto, a pessoa com TEA pode apresentar certas particularidades que dificultam o atendimento odontológico, fazendo-se necessário um conhecimento amplo sobre o estado de saúde do paciente, o seu comportamento cotidiano e o uso da linguagem corporal e verbal que possibilite o encorajamento do paciente (AMARAL et al., 2012; AMARAL; PORTILLO; MENDES, 2011). Dessa forma, compreende-se que o tratamento odontológico do paciente com TEA em âmbito ambulatorial é praticável, mas exige um preparo adequado do profissional e um ambiente em que o paciente se sinta seguro (AMARAL et al., 2012).

Considerando a importância do cuidado cotidiano pelos cuidadores e o papel do cirurgião-dentista na educação em saúde bucal, ambos visando a manutenção da saúde bucal, este estudo teve como objetivo compreender os fatores intervenientes do cuidado em saúde bucal desenvolvido por cuidadores de crianças com TEA. Parte-se do pressuposto que o cuidado em saúde bucal desenvolvido pelos cuidadores é dificultado pela sensibilidade (tátil e olfativa) e dificuldade de comunicação das crianças com TEA.

METODOLOGIA

Desenho de Estudo e Aspectos Éticos

Foi realizada uma pesquisa com abordagem qualitativa com mães de crianças com TEA considerado moderado ou grave e buscou responder a seguinte pergunta de pesquisa: “Como é produzido o cuidado em saúde bucal de crianças com TEA moderado e grave”. Os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos expressos pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012). O projeto de pesquisa foi previamente avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE: 37018120.2.0000.5152). A coleta de dados ocorreu por telefone após o consentimento informado das mães, que ocorreu por meio de formulário eletrônico.

Amostragem e Participantes do Estudo

Utilizou-se uma amostra de conveniência e o volume amostral foi determinado pela saturação teórica dos dados. (FONTANELLA et al., 2011; CHARMAZ, 2014). Foram incluídas mães de crianças entre 5 e 9 anos atendidas pelo Setor de Pacientes Especiais do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (SEPAE/HO/UFU) com autismo considerado moderado ou grave, uma vez que esse grupo pode impor maior dificuldade para o cuidado domiciliar e profissional.

Coleta de Dados

A coleta de dados aconteceu por telefone em horário previamente agendado. O método de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada audiogravada, conduzida por um único pesquisador (LBGV) e com auxílio de um Roteiro de Entrevista, formado pelas seguintes questões norteadoras: 1) Conte-me sobre como é o cuidado com a boca da sua criança no dia a dia; 2) Conte-me sobre os desafios que você já vivenciou para escovar os dentes da sua criança; 3) Quais as estratégias que você utiliza para escovar os dentes da sua criança? Paralelamente às entrevistas, o pesquisador responsável por conduzi-las (LBGV) realizou a transcrição das entrevistas. No momento da transcrição, nomes e características que possibilitariam a identificação de serviços e pessoas foram removidos. Os cuidadores entrevistados foram numerados sequencialmente em E1, E2, E3, e assim sucessivamente.

Análise de Dados

O método de análise dessas entrevistas foi a Teoria Fundamentada de Dados (do inglês, *Grounded Theory*), realizada por meio da codificação em três níveis. Por codificação compreende-se um conjunto de procedimentos e técnicas de análise dos dados qualitativos para conceituá-los. Na primeira codificação, ou codificação aberta, ocorreu a exploração dos dados qualitativos por meio de sucessivas leituras do material qualitativo, identificação dos trechos com significado para o estudo e etiquetagem desses fenômenos (descrição curta ou título). A partir da organização da codificação aberta foram elaborados os primeiros memorandos e diagramas. Na segunda codificação, ou codificação focalizada, as etiquetas dadas aos fenômenos na etapa anterior foram organizadas para formar categorias. No último nível de codificação, ou codificação teórica, as categorias formadas foram interligadas a partir da classificação em seis categorias analíticas (causas, contextos, contingências, consequências, covariâncias e condições). Nessa última etapa de codificação foi empregada a teorização dos dados empíricos para criação do modelo explicativo (CHARMAZ, 2014).

Referencial teórico

A interpretação dos dados qualitativos (teorização), referente ao estudo em questão terá como base o referencial teórico da Teoria Transcultural do Cuidado, proposto por Madeleine Leininger, em 1978. O intuito dessa teoria é promover um cuidado cultural, ou seja, um ato de cuidar que seja coerente com os valores, as crenças e as práticas culturais dos indivíduos assistidos. O cuidado culturalmente congruente perdura de acordo com as ações e decisões assistenciais, de apoio, de favorecimento ou de capacitação fundamentado cognitivamente no indivíduo, grupo ou instituição, com a função de oferecer cuidados de saúde significativos, benéficos e satisfatórios. O cuidado cultural é assimilado e difundido por quem assiste outro indivíduo na preservação do seu bem-estar, na progressão da sua condição e do seu modo de vida humano, ou no manejo da doença, da deficiência ou da morte. Deve-se ajustar os cuidados executados assistencialmente de acordo com o modo de viver de cada grupo, considerando as suas necessidades e prioridades.

O cuidado culturalmente congruente é desenvolvido considerando as possibilidades de Preservação, Acomodação e Reestruturação dos hábitos de saúde dos indivíduos. A Preservação do Cuidado Cultural é indicada quando se almeja preservar ou manter hábitos favoráveis de cuidado e de saúde. A Acomodação do Cuidado Cultural baseia-se

adaptação, negociação ou ajustamento dos hábitos de saúde e de vida dos indivíduos. A Reestruturação do Cuidado Cultural busca reorganizar ou modificar padrões de saúde ou de vida, de forma a tornar significativo ou congruente para ele próprio.

É fundamental compreender que a visão de mundo, o ambiente, o contexto social, a linguagem, a educação, a religião, a política e economia são moduladores dos valores, das crenças e das práticas do cuidado. A partir desses aspectos, Leininger sugere investigar as diversidade e universalidade do cuidado. Para a autora, embora o conhecimento e as práticas de cuidados são individualizados em diversas culturas (diversidade cultural), os cuidados podem identificar elementos comuns entre si (universalidade cultural).

RESULTADOS

Foram entrevistadas 11 mães de crianças com TEA moderado ou grave, mas uma gravação foi perdida por problemas técnicos no áudio. O tempo médio de entrevista foi de 19 minutos e 54 segundos. Quase todas as entrevistadas se mostraram como as únicas responsáveis pelo cuidado em saúde bucal da criança, sendo o apoio familiar raramente apontado. A partir da análise em três níveis de codificação, os dados foram organizados em duas grandes categorias, as quais agrupam os fatores intervenientes do cuidado em saúde bucal de crianças com TEA e estão dispostos nos Quadros 1 e 2.

A primeira categoria, “Diversidade Cultural do Cuidado à Criança Autista”, incorporou a variabilidade dos significados dos padrões de cuidado específicos desenvolvidos a partir da visão de mundo das mães entrevistadas. Foram constituídas quatro subcategorias referentes aos fatores intervenientes facilitadores do cuidado em saúde bucal: “Estímulo precoce”, “Uso de estratégias lúdicas”, “Valorização da rotina” e “Reprodução de hábitos dos familiares”. O Quadro 1 apresenta essas subcategorias e alguns trechos exemplificadores extraídos das entrevistas.

Quadro 1 – Subcategorias e trechos exemplificadores extraídos das entrevistas que compuseram a categoria “Diversidade Cultural do Cuidado à Criança Autista”.

Subcategorias	Trechos Exemplificadores
Estímulo precoce	E6: Eu, assim, não sei da realidade de todo mundo, mas eu vejo que a questão da escova quando se torna difícil, eu acho que é por conta da pessoa não começar de muito novinho.
	E10: Então, o que ajudou mesmo foi começar desde cedo né?! Como ele era um menino que gostava de pôr tudo na boca desde cedo, ele sempre teve mordedor, ele usou chupeta.
Uso de estratégias lúdicas	E1: E já vai música, vai mostrando, e já conversa antes, e já vou mostrando, explicando. E tem dia que é, que é complicado.
	E4: É... depois que a gente saiu de lá foi com orientações delas, de sempre insistir, de sempre mostrar pra ele como que eu tava fazendo, chegou um momento que realmente ele me imitou.
	E6: Então na hora que ele vai no banheiro abaixo do daquele espelhinho do banheiro entre ele e a pia tem a parte que tem que lavar a mão, lavar o rosto e escovar.
Valorização da rotina	E6: Aí ele mesmo vai lá e pega a escova do pai e o creme dental, então ele entende que aquele horário é o horário de escovação, porque tem a rotina exemplificando que é o

	horário de escovação. Assim, eu acho que isso daí ajudou muito.
	E11: Não foi tranquilo... Porque ele não aceitava. Aí foi um tempo a gente conversando bastante, ficando, aí mostrava foto as vezes de um menininho com dentinho estragado né... aí falando que dá mal cheiro, aí ele vai deixando. Tanto é que a rotina dele eles vivem muito de rotina né?! Aí todo dia na hora dele ir dormir ele já sabe.
Reprodução de hábitos dos familiares	E4: Na verdade ele vê a gente fazendo e ele entende que ele tem que fazer também, aí eu nem consigo fugir dele enquanto a gente não escova o dente dele, não ta resolvido, sabe?
	E6: A gente também ele sempre vê a gente escovando os dentes, o exemplo também né eu acho que criança só faz aquilo que eles acham que é normal, que é padrão da família fazer né.
	E8: Ele não tem essa vontade de fazer sozinho. Eu até tento escovar assim, mostrar pra ele escovando e ele tentar fazer igual

Os fatores intervenientes relacionados na primeira categoria interferiram positivamente no curso de desenvolvimento do cuidado em saúde bucal. Foram elencados métodos simples, porém dinâmicos que as auxiliam no momento cuidado em saúde bucal. Os meios lúdicos (músicas e brincadeiras) foram ferramentas comuns e de maior adesão por parte das mães entrevistadas. Estabelecer uma rotina de cuidado, associando a escovação a outras atividades cotidianas da criança, assim como, realizar a escovação junto aos demais familiares, estimulando a reprodução da escovação, foram estratégias que reduziram a resistência da criança. Ademais, foi observado que o estímulo precoce à higienização bucal desencadeia uma maior aceitação e adaptação ao cuidado em saúde bucal. O início do cuidado realizado de modo precoce foi marcante para uma das mães (entrevistada 6).

Apesar dessa simples análise de causa-consequência, a entrevistada 6 apontou que para a existência da diversidade do cuidado existente a partir dos diferentes contextos das mães e crianças com TEA, que, por vezes, são ignoradas pelos familiares e profissionais de saúde. É possível compreender que a diversidade de padrões de cuidado, pode advir do processo de acomodação desenvolvido pelas mães entrevistas a partir de adaptações, negociações ou ajustamentos dos hábitos de vida de cada criança com TEA.

Assim, foi possível compreender que existem múltiplas estratégias facilitadoras do cuidado em saúde bucal, mas que a incorporação destas estratégias está condicionada ao contexto social e cultural da família/criança com TEA. Essa diversidade de padrões de cuidado deve ser considerada pelos profissionais de saúde não como modelos universais de cuidados a serem replicados para todas as crianças com TEA, mas como possibilidades que

podem ser incorporadas nos processos de preservação, acomodação ou reestruturação do cuidado cultural.

A segunda categoria “Valores culturais presentes *por trás dos bastidores*” aglutina quatro subcategorias que atuam como elementos contextuais e intervenientes que dificultam o cuidado em saúde bucal da criança com TEA. A partir da Teoria Transcultural do Cuidado, observa-se que essa categoria apresenta o contexto de cuidado da criança com TEA, ou seja, as experiências, situações diversas e o ambiente no qual os indivíduos se encontram. Este contexto de cuidado, muitas vezes desfavorável às mães de crianças com TEA, implica sobre o valor cultural que é atribuído ao cuidado, direcionando as ações e decisões delas.

Quadro2–Subcategorias e trechos exemplificadores extraídos das entrevistas que compuseram a categoria “Valores culturais presentes *por trás dos bastidores*”.

Subcategorias	Trechos Exemplificadores
Sensibilidade à escovação	E4: Tem a sensibilidade que ele é sensível assim pra sentir né onde a escova ta passando eu percebo, então ele não para, porque na hora que eu começo a esfregar eu acho que aquela sensação faz ele tirar o rosto.
	E7: O olho lacrimeja, vira uma loucura. Mas hoje assim eu consigo, as vezes 1 ou 2 vezes na semana fazer essa higienização, mas é uma ginástica não é fácil não. Tem que achar a escova, muito, muito própria pra isso... mais macia. A dificuldade maior é essa. A questão da escova ele aceita razoavelmente bem, mas o creme dental é uma loucura.
	E8: Ele gosta de ficar com a boca limpa, não gosta de sujeira até com relação ao toque mesmo ele não gosta e na boca ele também não gosta de vê o dentinho sujinho, porém, ele é resistente a escovação. Eu escovo, só que ele reclama de dor ele fala que incomoda, ele não deixa escovar por muito tempo... é uma escovação difícil, não é uma escovação fácil não.
Incompreensão de comandos e explicações	E3: Assim pra ele não adianta explicar muito não. Tem que fazer a força na primeira vez, ai depois ele vê que não dói que nada.
	E4: As principais dificuldades... no nosso caso então é a comunicação né?! Se se ele entendesse certinho o que eu falo para ele ficar mais, para ele parar um pouquinho, pra ele abrir e virar a cabeça pra eu enxergar...
Resistência física	E8: Porque eu começo escovando. Ele está bem aí de repente ele já começa a se esquivar, então a minha principal dificuldade é realmente a sensibilidade que ele demonstra.
	E2: Abre bonitinho pra escovar, aí na hora que começar a doer aí ele não deixa mais,

	aí ele começa a engolir o creme dental todinho pra dentro e vai mastigando a escova.
Julgamento sobre a qualidade da escovação	E1: Num é aquela escovada não, porque é difícil, ele tem hora que se debate, e fecha a boca, e não abre, e aí cê tem que ir conversando.
	E7: O pessoal que ta de fora deve pensar “nossa que mãe porca, não escova os dentes do menino” mas não entende como é por trás dos bastidores entendeu? Acha que é simplesinho, é só ir lá... “ah mas você não insiste, mas você não faz assim” é muito julgamento sem conhecer a realidade, até mesmo da própria família...

As subcategorias que formaram a segunda categoria e alguns trechos exemplificadores extraídos das entrevistas são apresentados no Quadro 2. Por meio da análise das entrevistas foi possível compreender que a dificuldade em realizar o cuidado em saúde bucal das crianças com TEA ocorre a partir de dois fatores contextuais: a sensibilidade à escovação e a incompreensão de comandos e explicações por parte das crianças com TEA. A sensibilidade à escovação se mostrou diversificada, podendo estar associada aos movimentos da escovação ou ao dentífrico. Somada à dificuldade de comunicação, a sensibilidade faz com que a criança realize movimentos corporais na tentativa de inviabilizar a higiene bucal. Como resultado desse complexo processo interacional entre mãe e criança com TEA para a realização do cuidado em saúde bucal, a qualidade da higiene bucal não é satisfatória. Notou-se que as mães são conscientes desse resultado insatisfatório, mas que o aceitam, uma vez que os fatores intervenientes da ação, aqueles que estão “por trás dos bastidores”, são limitantes do modo de agir do cuidador.

Os fatores intervenientes que compõem a segunda categoria (sensibilidade à escovação e incompreensão de comandos e explicações) atuam como forças diretivas que dão significado ao manejo da criança com TEA e determinam o valor cultural do cuidado. Dessa forma, o poder limitante imposto pela TEA à higiene bucal (apresentado na subcategoria “resistência física”) é, no contexto desta análise, um significado universal atribuído pelas mães no cuidado da criança com TEA e, assim, implica no pensamento de conformismo com o resultado da escovação insatisfatória (apresentado na subcategoria “julgamento sobre a qualidade da escovação”).

A integração teórica das categorias e subcategorias possibilitou a construção do Modelo Teórico do Cuidado Transcultural em Saúde Bucal da Criança com TEA, que apresenta a relação dos fatores intervenientes e contextuais no desenvolvimento do cuidado em saúde bucal de crianças com TEA (Figura 1).

O primeiro elemento a ser considerado no modelo teórico é que o cuidado da

criança com TEA moderado e grave se desenvolve diante de elementos contextuais e intervenientes impostos pelo autismo (sensibilidade sensorial e limitações cognitivo-comportamentais) que atuam como forças diretivas que dificultam o cuidado em saúde bucal dessa criança, pois são essas forças que determinam o significado ao pensamento, às ações e às decisões de cada indivíduo envolvido. A existência desses elementos contextuais resulta em cenário comum de dificuldades e conformismo com os resultados, por vezes insatisfatórios, da higiene bucal realizada na criança. Deve-se considerar, portanto, que a existência Universalidade Cultural do Cuidado à criança com TEA, marcada pode gerar grandes dificuldades e aceitação dos “resultados possíveis” e não dos “melhores resultados”. O segundo elemento que compõe o modelo teórico proposto é Diversidade Cultural de Estratégia de Cuidado, formada a partir de um contexto universal de dificuldades. Esse elemento do modelo resulta das divergências de padrões culturais do cuidado constituídas a partir das diferentes visões de mundo das mães entrevistadas, pois existe uma variabilidade dos significados dos padrões, valores ou símbolos ao qual determinam as estratégias de cuidado de cada indivíduo.

O eixo articulador dos dois elementos propostos para o modelo teórico é a atuação do profissional de saúde, ao qual é responsável por promover o Cuidado Cultural em Saúde Bucal da Criança com TEA. Para isso, o profissional de saúde deve compreender as forças diretivas, os valores, as crenças e as práticas possíveis no cuidado da criança com TEA moderado ou grave. A partir disso, o profissional de saúde deve realizar a Preservação, Acomodação ou Reestruturação Cultural do Cuidado, realizando, respectivamente, o reforço, adaptação ou modificação dos hábitos de cuidados e de saúde aplicados pelo cuidador.

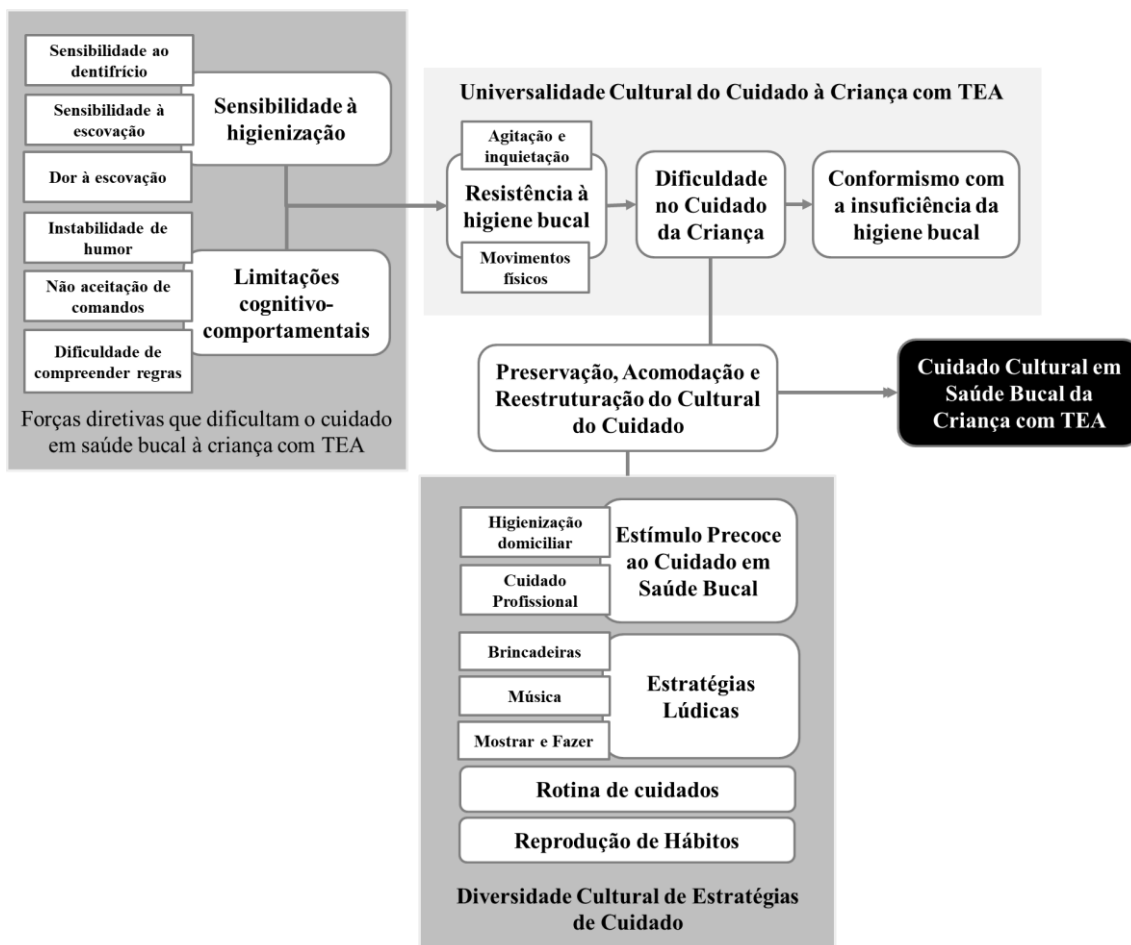


Figura 1 - Modelo teórico do Cuidado Transcultural em Saúde Bucal de Crianças com TEA moderado e grave.

DISCUSSÃO

A análise dos dados coletados pelas entrevistas permitiu avançar sobre o pressuposto teórico traçado inicialmente. Foram elencados fatores intervenientes (facilitadores e dificultadores) do desenvolvimento do cuidado em saúde bucal. Apesar desta pesquisa apresentar as estratégias de sucesso empregadas por mães para promover o cuidado em saúde bucal, é fundamental compreender que as múltiplas realidades enfrentadas pelas mães podem favorecer ou inviabilizar o sucesso do emprego dessas estratégias, cabendo ao profissional de saúde compreender as diferentes realidades na promoção do Cuidado Cultural da Criança com TEA moderado ou grave.

A interpretação dos dados qualitativos produzidos na pesquisa foi realizada a partir da Teoria do Cuidado Transcultural, cujo intuito é promover um cuidado ao qual seja coerente com os valores, as crenças e as práticas culturais das pessoas, e que seja facilitador de saúde e bem-estar aos indivíduos, famílias, profissionais e ambientes institucionais (BOFF, 1999). A visão de mundo proposta por Madeleine Leininger abrange um contexto social e outros fatores determinantes que desempenham ações assertivas sobre os valores, as crenças e as práticas do cuidado individual praticados nos cuidados da criança com TEA. Por isso, é necessário investigar as diversidades e as universalidades que existem dentro do significado cultural de cuidado para cada uma das mães entrevistadas (LEININGER, 2006). Um ponto importante dentro da Teoria do Cuidado Transcultural é a tomada de decisões e ações de cuidado do profissional de saúde, a qual deve ser desenvolvida de acordo com as três formas de atuação do cuidado, propostos por Madeleine Leininger. Essas formas são divididas em Preservação do Cuidado Cultural, da Acomodação do Cuidado Cultural e a Reestruturação do Cuidado Cultural (LEININGER, 1978). Dentro da pesquisa proposta, mostra-se plausível o uso das três formas de atuação em ambiente familiar e profissional, julgando-se necessário utilizar-se de Preservação do Cuidado quando a prática de higienização bucal for devidamente eficiente com a criança; empregando a Acomodação do Cuidado quando identificado a necessidade de melhora na prática da higienização da criança; e aplicando a Reestruturação do Cuidado quando observado que a higienização da criança com TEA é totalmente ineficaz, ou seja, é necessário realizar outra abordagem para que aquele procedimento seja feito de modo adequado.

Vale ressaltar que é de devida importância respeitar os limites impostos pelo autismo e que cada criança possui sua individualidade. É evidente que os profissionais de saúde podem sugerir as estratégias elencadas viabilizadoras Cuidado Cultural em Saúde Bucal da Criança com TEA. Contudo, esses profissionais (e mesmo os familiares) devem ser cautelosos ao imaginar que os sucessos desses cuidados podem ser reproduzidos por todas as mães a partir do momento em que seja considerado o cenário de convivência diária da criança com TEA e este cuidado seja melhor adaptado as condições existentes (Três Formas de Atuação do Cuidado). Por isso, os profissionais de saúde devem manter-se abertos e acolhedores para compreender a realidade das famílias com crianças com TEA sem pré-julgamentos para que os cuidados sejam aplicados das melhores formas possíveis.

O autismo é um transtorno de natureza heterogênea que se manifesta de diversas maneiras (COMO et al., 2020). Algumas características abrangem a maioria das crianças com TEA, como por exemplo, a hiperatividade e a dificuldade de se interagirem socialmente (MANSSOR D et al., 2018; DU; YIU; KING,2020). Crianças com TEA possuem sensibilidade exacerbada à estímulos externos, como barulhos diferentes, sons de alta frequência e até mesmo atitudes inesperadas, o que dificulta bastante o manejo odontológico (SOUZA et at., 2017). Conjuntamente, algumas crianças desenvolvem hipersensibilidade frente aos materiais de higiene bucal, o que dificulta ainda mais a prática da escovação (DU; YIU; KING,2020). Os resultados da presente pesquisa qualitativa reforçam essa relação entre sensibilidade e movimentos corporais inesperados. De forma complementar, observou-se que como consequência dessa relação, a higienização bucal se torna dificultosa, sendo um desafio, por vezes, não superado pelos cuidadores.

De fato, a realização da higienização bucal é um dos grandes desafios enfrentados pelas mães de crianças com TEA (MANSSOR et al., 2018). A recusa em atender comandos, fazem com que essa tarefa diária seja ainda mais complexa (SANT'ANNA; BARBOSA; BRUM, 2017). Por isso, a hipersensibilidade e a falta de compreensão de comandos, se caracterizam como sendo um dos principais obstáculos na prática da escovação (COMO et al., 2020). Mediante a esse cenário, algumas mães optam pelo uso da pasta sem flúor, com receio da sua ingestão (SUBRAMANIAM; GUPTA, 2011). Além disso, o desenvolvimento da hipersensibilidade pode ser ocasionado pelo uso do dentífrico, pelos movimentos da escova e do fio dental (DU; YIU; KING, 2019). Frente a isso, as mães não conseguem fornecer uma escovação eficiente, porém, compreendem que

o transtorno acompanha certas limitações que as impedem de promover certas atividades, como a higienização bucal.

Alguns métodos são indicadores para minimizar os efeitos da rejeição à escovação. A introdução precoce dos materiais de higiene bucal pode ajudar a criar o hábito de escovação da criança com TEA (MARRA, 2007). A rotina pode ser implementada como forma de adesão, pois ela torna o processo mais descomplicado, tornando-se um hábito para a criança (MANSSOR et al., 2018). A prática de atividades didáticas, como o uso de recursos visuais e sonoros, pode ajudar no estímulo da criança com TEA, fazendo com que haja interesse pela realização da higienização bucal (STEIN DUKER et al., 2019). A demonstração da escovação através da gravação de um vídeo realizado no mesmo local no qual a criança realiza a sua higienização bucal, contendo o passo-a-passo, incluindo o uso do fio dental é um recurso importante para auxílio desta tarefa. A introdução de uma música contendo os termos para realizar a escovação também pode ser um método de apoio (KATHY LEAR, 2004).

Muitas dessas estratégias são de conhecimento dos cuidadores de crianças com TEA, como identificado no presente estudo. Contudo, é importante salientar, que o contexto vivenciado pelas mães é divergente, e que os recursos citados não serão sempre aceitos de forma positiva pelas crianças com TEA. A criação de programas de prevenção para doenças bucais é relevante para instituir o ensino da escovação precoce para que as crianças com TEA, ao crescerem, já estivessem mais dessensibilizadas e/ou acostumadas com a escovação (MAREGA, 2001).

Identificar os desafios enfrentados por cada família, colher e planejar de forma personalizada os cuidados (familiares e profissionais) são relevantes no contexto das políticas públicas, uma vez que pessoas com TEA tendem a apresentar maiores prevalências de doenças bucais. A cárie, a doença periodontal e traumas orais, se caracterizam por serem um dos principais problemas bucais vistos em crianças com TEA (FERRAZZANO et al., 2020).

Deve-se ressaltar que o TEA não é considerado um fator de risco para o desenvolvimento da cárie, como apontam nos estudos de Subramaniam e Gupta (2011) e no de Morales-Chávez (2017). Segundo Rocha (2015), uma maior prevalência de cárie dentária poderia ser justificada pelas preferências alimentares, diminuição do fluxo salivar e principalmente pela dificuldade na higienização oral. Além disso, fatores como a falta de destreza manual e a dependência dos pais na realização da higienização bucal aumentam o

predomínio de doenças bucais (SUHAIB et al., 2019). Lam et al. (2020) reforçam que para esse grupo de pacientes é fundamental que exista educação e promoção em saúde bucal constante, com o intuito de prevenir o agravamento de tais doenças bucais. Apesar dos dados apresentados até o momento,

O fortalecimento a intervenção profissional é relevante, uma vez que problemas na saúde bucal interferem diretamente na qualidade de vida das crianças com TEA (DU; YIU; KING, 2020). Em decorrência das características sociais, a dificuldade em se expressar e interagirem socialmente dificulta a higienização bucal. (MANSOR et al., 2018; DU; YIU; KING, 2020). As crianças com Transtorno do Espectro Autista apresentaram um índice de qualidade de vida muito menor quando comparadas com crianças sem TEA. Além disso, no geral a família também foi afetada negativamente, devido aos problemas bucais dos filhos (DU; YIU; KING, 2020). Tal fato é identificado no presente estudo, pois em razão da não aceitação da criança em realizar a escovação, o cuidado se torna inviabilizado, gerando uma percepção de ineficiência nas mães.

É preciso considerar algumas limitações presentes neste estudo. Diante do cenário de distanciamento social imposto pela pandemia do SARS-CoV-2, a coleta de dados foi conduzida com mediação de tecnologias de informação e comunicação. Esta foi o primeiro estudo qualitativo conduzido pelos autores de forma remota, sendo possível que dados empíricos relevantes para a interpretação dos dados não tenham sido capturados, especialmente aqueles reveladores do *self* das mães entrevistadas. Entretanto, acredita-se que esse infortúnio não inviabilizou a análise dos dados, nem trouxe distorção às interpretações apresentadas. Nesse sentido, sugere-se que pesquisas qualitativas conduzidas de forma remota deem preferência a vídeo conferências ou vídeo chamadas.

CONCLUSÕES

Com base em uma análise objetivista dos dados empíricos coletados foram identificadas estratégias utilizadas por mães para viabilizar o desenvolvimento do cuidado em saúde bucal. Essas estratégias têm o potencial de auxiliar profissionais de saúde e entidades coletivas direcionadas à pessoa com TEA a nortear orientações para facilitar o cuidado em saúde bucal, evitando complicações que podem gerar redução na qualidade de vida.

No aprofundamento da análise do material empírico foi possível perceber que há uma preocupação com o julgamento imposto às mães que não têm sucesso no desenvolvimento do cuidado em saúde bucal. Esse julgamento deve ser evitado pelos profissionais de saúde e família, pois desconsideram as múltiplas realidades das famílias com crianças com TEA, além de não contribuírem para a promoção de melhores resultados na prevenção de doenças bucais.

REFERÊNCIAS

AMARAL, C. O. F.; MALACRIDA, V. H.; VIDEIRA, F. C. H.; PARIZI, A. G. S.; OLIVEIRA, A.; STRAIOTO, F. G. Autistic patient: methods and strategies of conditioning and adaptation for dental care. **Archives of Oral Research**, v. 8, n. 2, p. 143-51, 2012.

INDISPONÍVEL

AMARAL, L. D.; PORTILLO, J. A. C.; MENDES, S. C. T. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Bucal Coletiva. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 105-114, 2011. INDISPONÍVEL

BOFF, L. Saber Cuidar: ética do ser humano: compaixão pela Terra. Rio de Janeiro: Vozes; 1999. INDISPONÍVEL

CANCIO, V.; FAKER, K.; TOSTES, M. A. Percepção dos responsáveis da qualidade de vida relacionada à saúde oral de crianças e adolescentes brasileiros com transtorno do espectro do autista. Niteroi - RJ, 2019. INDISPONÍVEL

CHARMAZ, K. **Constructing Grounded Theory**. 2.ed. Los Angeles: Sage, 2014. INDISPONÍVEL

COMO DH, STEIN DUKER LI, POLIDO JC, CERMAK SA. Oral Health and Autism Spectrum Disorders: A Unique Collaboration between Dentistry and Occupational Therapy. **Int J Environ Res Public Health**, v. 18, n. 1, p. 135, 2020. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010135>.

DA SILVA, S. N.; GIMENEZ, T.; SOUZA, R. C.; MELLO-MOURA, A. C. V.; RAGGIO, D, P.; MORIMOTO, S.; LARA, J. S.; SOARES, G. C.; TEDESCO, T. K. Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. **Int J Paediatr Dent**, v. 27, n. 5, p. 388-398, 2017. <https://doi.org/10.1111/ipd.12274>.

DU RY, YIU CKY, KING NM. Qualidade de vida relacionada à saúde e à saúde bucal em crianças pré-escolares com transtornos do espectro do autismo. **Eur Arch Paediatr Dent**, v. 21, n. 3, p. 363-371, 2020. INDISPONÍVEL

DU RY, YIU CKY, KING NM. Oral Health Behaviours of Preschool Children with Autism Spectrum Disorders and Their Barriers to Dental Care. **J Autism Dev Disord**, v. 49, n.2, p. 453-459, 2019. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3708-5>.

FERRAZZANO GF, SALERNO C, BRAVACCIO C, INGENITO A, SANGIANANTONI G, CANTILE T. Autism spectrum disorders and oral health status: review of the literature. **Eur J Paediatr Dent**, v. 21, n. 1, p. 9-12, 2020. INDISPONÍVEL

FOMBONNE, É. Current issues in epidemiological studies of autism. **Revista Psicologia-Teoria e Prática**, v. 21, n. 3, 2019. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v21n3p405-417>.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, 27, 388-394, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.

GUEDES, N. P. S. A Produção Científica Brasileira sobre Autismo na Psicologia e na Educação. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 303-309, 2015. INDISPONÍVEL

KATHY, L. E. A. R. Ajude-nos a aprender: Manual de treinamento em ABA Parte 1. 2. **Toronto**: Ontario – Canadá, 2004. INDISPONÍVEL

KESSAMIGUIEMON, V. G. G.; OLIVEIRA, K. D. C.; BRUM, S. C. TEA - Atendimento odontológico: relato de caso. **RevistaPró-UniverSUS**, v. 8, n. 2, p. 67-71, 2017. INDISPONÍVEL

KHODADADI, E.; NIKNAHAD, A.; SISTANI, M. M. N.; MOTALLEBNEJAD, M. Parents' Oral Health Literacy and its Impact on their Children's Dental Health Status. **Electronic Physician**, v. 8, p. 3421-3425, 2016. <https://doi.org/10.19082/3421>.

LAM, P. P.; DU, R.; PENG, S.; MCGRATH, C. P. J.; YIU, C. K. Y. Oral health status of children and adolescents with autism spectrum disorder: A systematic review of case-control studies and meta-analysis. **Autism**, v. 24, n. 5, p. 1047-1066, 2020. <https://doi.org/10.1177/1362361319877337>.

MANSOOR D, AL HALABI M, KHAMIS AH, KOWASH M. Oral health challenges facing Dubai children with Autism Spectrum Disorder at home and in accessing oral health care. **Eur J Paediatr Dent**, v. 19, n. 2, p. 127-133, 2018. <https://doi.org/10.1007/s40368-018-0354-8>.

MAREGA, T. A saúde bucal e o atendimento odontológico de indivíduos autistas. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Educação Especial). Universidade Federal de São Carlos, 2001. INDISPONÍVEL

MARRA, P. S. **Dificuldades encontradas pelos responsáveis para manter a saúde bucal em portadores de necessidades especiais**. Tese de Doutorado (Mestrado em Odontologia), Universidade do Grande Rio, 2007. INDISPONÍVEL

MORALES-CHÁVEZ MC. Oral Health Assessment of a Group of Children with Autism Disorder. **J ClinPediatr Dent**, v. 41, n. 2, p. 147-149, 2017. INDISPONÍVEL

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Folha informativa - Transtorno do Espectro Autista**. Brasília: OPAS, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?Itemid=1098>.

PAULA, C. S.; FOMBONNE, E.; GADIA, C.; TUCHMAN, R.; ROSANOFF, M. Autism in Brazil: perspectives from science and society. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 1, p. 2-5, 2011.

ROCHA, M. M. **Abordagem de Pacientes Autistas em Odontopediatria**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Medicina Dentária), Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, 2015. INDISPONÍVEL

SANT'ANNA, L. F. C.; BARBOSA, C. C. N.; BRUM, S. C. Atenção à saúde bucal do paciente autista. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 8, n. 1, p. 67-74, 2017. INDISPONÍVEL

SOUZA, T. N.; SONEGHETI, J. V.; ANDRADE, L. H. R.; TANNURE, P. N. Atendimento odontológico em uma criança com transtorno do espectro autista: relato de caso. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v. 29, n. 2, p. 191-197, 2017.
https://doi.org/10.26843/ro_unicid.v29i2.278.

SUBRAMANIAM P, GUPTA M. Oral health status of autistic children in India. **J ClinPediatr Dent**, v. 36, n. 1, p. 43-48, 2011.
<https://doi.org/10.17796/jcpd.36.1.l6287842uj536x13>.

SOUZA, T. N.; SONEGHETI, J. V.; ANDRADE, L. H. R.; TANNURE, P. N. Atendimento odontológico em uma criança com transtorno do espectro autista: relato de caso. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v. 29, n. 2, p. 191-197, 2017.
https://doi.org/10.26843/ro_unicid.v29i2.278.

STEIN DUKER LI, FLORÍNDEZ LI, COMO DH, TRAN CF, HENWOOD BF, POLIDO JC, CERMAK SA. Strategies for Success: A Qualitative Study of Caregiver and Dentist Approaches to Improving Oral Care for Children with Autism. **Pediatr Dent**, v. 41, n. 1, e. 4-12, 2019. INDISPONÍVEL

SUHAIB F, SAEED A, GUL H, KALEEM M. Avaliação oral de crianças com transtorno do espectro do autismo em Rawalpindi, Paquistão. **Autismo**, v. 23, n. 1, p. 81-86, 2019. INDISPONÍVEL

ANEXOS

Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/UFU

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: NÍVEL DE LITERACIA EM SAÚDE DE CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Pesquisador: Alex Moreira Herval

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 29232320.4.0000.5152

Instituição Proponente: FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.961.617

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas que os pesquisadores apresentaram às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.911.685, de 11 de Março de 2020.

Segundo os pesquisadores:

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é compreendido como um transtorno de desenvolvimento, no qual o paciente apresenta dificuldade na comunicação, no relacionamento social e na resposta a estímulos auditivos e visuais (KESSAMIGUIEMON et al., 2017). Problemas bucais além de causar dor e desconforto, podem ocasionar alterações psicológicas e sociais, influenciando na mudança do comportamento e alterando na qualidade de vida das crianças e adolescentes com TEA (TOSTES MA et al., 2019). Nesse sentido, além do tratamento curativo, o cirurgião-dentista tem o papel de atuar de forma humanizada e na prevenção das doenças bucais, visando a manutenção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (SONEGHETI et al., 2017; (OLIVEIRA et al., 2017).

Objetivo:

Analisar a relação entre o nível de literacia em saúde de cuidadores e as condições de saúde bucal de crianças com TEA.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.981.817

Método:

Estudo epidemiológico observacional transversal desenvolvido com crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na faixa etária de 5 a 9 anos, bem como seus respectivos cuidadores. Serão coletados dados de saúde bucal e hábitos de higiene relacionados à criança com TEA e o nível de literacia em saúde dos cuidadores. Serão incluídas no estudo crianças entre 5 a 9 anos de idade em atendimento do Setor de Pacientes Especiais do Hospital de Odontológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (SEPAE/UFU) e seus cuidadores. A amostra será por conveniência e para determinar o volume amostral será considerada a prevalência informada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2017) que divulgou uma prevalência de 1:160 crianças com TEA. Para complementar as variáveis do cálculo amostral foi considerada a população estimada para o município na faixa etária de 5-9 anos (40897 crianças) e um intervalo de confiança de 5%. O cálculo amostral foi determinado pelo software OpenEpi® considerando o tamanho amostral obtido por frequência na população ($n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2/Z^2(1-2 * (N-1) + p * (1-p)))]$) chegando a uma amostra de 25 crianças. Dessa forma, serão adicionados a pesquisa os 25 cuidadores das crianças amostradas. A pesquisa seguirá duas fichas de coleta de dados. A primeira destinada a coletar dados clínico, de caracterização e de higiene bucal da criança com TEA (Apêndice 1) e a segunda destinada a coletar dados de caracterização e de literacia em saúde dos cuidadores (Apêndice 2). Os dados de caracterização das crianças com TEA serão sexo, idade e inserção em atividades educacionais. Já em relação à higiene bucal serão coletados dados sobre a frequência de escovação, os materiais utilizados para a escovação, o apoio do cuidador na higienização e quantidade de placa visível (aferida por meio do Índice de Higiene Oral Simplificado – IHO-S). Complementarmente será aferida experiência de cárie dental por meio do Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) e sua adaptação para dentição decidua (ceo-d). Com relação aos cuidadores serão aplicados dois instrumentos de Literacia em Saúde, o primeiro específico para verificar as habilidades do cuidador em compreender as informações ofertadas em saúde bucal (Health Literacy Dental scale – HeLD-14) (MIALHE et al., 2019) e o segundo que verifica o nível global de literacia (Health Literacy Assessment Tool – HLAT-8) (QUEMELO et al., 2017). Além desses dados, serão coletados dados de caracterização dos cuidadores como idade, sexo, escolaridade, renda média per capita, capital social e acesso à internet. Os pesquisadores farão o convite dos cuidadores para a pesquisa no dia agendado para a consulta, respeitando a agenda de marcações estabelecida pelo SEPAE. Os interessados em participar da pesquisa serão agendados para a consulta de rotina no setor. A pesquisa acontecerá no SEPAE/UFU. A parte clínica será realizada nos consultórios do setor e a parte de entrevista com os cuidadores em sala



Continuação do Parecer: 3.961.617

separada dentro do setor.

Crerios de Inclusão:

Serão incluídas no estudo crianças entre 5 a 9 anos de idade em atendimento do Setor de Pacientes Especiais do Hospital de Odontológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (SEPAE/UFU) e seus cuidadores. As crianças na faixa etária elegível serão incluídas independentemente, do sexo, de fatores socioeconômicos, do acesso a serviços odontológicos, da dificuldade comportamental relatada ao tratamento odontológico e do comprometimento gerado pelo TEA. Os cuidadores serão incluídos por pareamento, considerando a criança sob sua responsabilidade incluída no estudo. Os cuidados serão incluídos independentemente da idade, sexo ou escolaridade.

Crerios de exclusão:

Serão excluídos do estudo crianças com idade fora da faixa etária de 5 a 9 anos, bem como outros ciclos de vida. Serão excluídas também as crianças que não tiveram a conclusão do diagnóstico de TEA. Serão excluídas também as crianças cujos responsáveis não autorizarem a participação na pesquisa ou que não permitirem o exame intra-oral.

Quanto aos cuidadores, serão excluídos aqueles que não forem responsáveis legais pela criança com TEA, que não aceitarem participar da pesquisa ou cujas crianças não autorizarem a coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

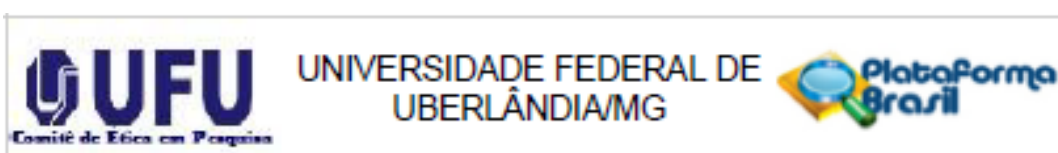
Nos termos do projeto

Objetivo Primário:

-Analisar a relação entre o nível de literacia em saúde de cuidadores e as condições de saúde bucal de crianças com TEA.

Objetivos Secundários:

- a - Identificar as práticas de higiene bucal de crianças com TEA;
- b - Verificar a qualidade da higiene bucal de crianças com TEA;
- c - Identificar a prevalência de cárie em crianças com TEA;
- d - Verificar o nível de literacia em saúde de cuidadores de crianças com TEA.



Continuação do Parecer: 3.981.617

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nos termos do projeto

Riscos:

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes (crianças e cuidadores). Os pesquisadores apontam o risco de perder o sigilo da entrevista no momento da coleta ou arquivamento dos dados. Aponta-se ainda o risco interações negativas entre o pesquisador e a criança, caso não sejam respeitadas as limitações impostas pela criança com TEA ao exame. Entretanto, os pesquisadores estão assumindo medidas para que esses riscos sejam minimizados, tais como o treinamento para a coleta em pessoas vivendo com TEA, a codificação das fichas de coleta e a realização da coleta em local privativo.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa são principalmente indiretos, uma vez que os resultados auxiliarão a qualificar o cuidado integral à criança com TEA, traçando indicativos que estarão além do tratamento odontológico, mas alcançarão a educação e promoção em saúde. Diretamente podemos elencar que ao realizar o exame odontológico, caso sejam identificadas necessidades de tratamento, os cuidadores serão orientados sobre o cuidado na rede pública de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sobre a pendência do parecer consubstanciado nº 3.911.685 do CEP/UFU de 11 de março de 2020:

EM RELAÇÃO A METODOLOGIA - 6.3 - POPULAÇÃO DE ESTUDO

Os pesquisadores relatam que:

Serão incluídas no estudo crianças entre 5 a 9 anos de idade em atendimento do Setor de Pacientes Especiais do Hospital de Odontológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (SEPAE/UFU) e seus cuidadores.

1 - PENDÊNCIA CEP/UFU:

- Esclarecer se farão parte da amostra crianças de ambos os sexos. Adequar no projeto.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES:

Alteramos os critérios de inclusão para atender a tal pendência acrescentando a expressão "do



Continuação do Parecer: 3.981.617

sexo, de fatores socioeconômicos" no primeiro parágrafo dos Critérios de Inclusão e Exclusão. Adicionalmente, acrescentamos a seguinte frase ao subtópico "6.3. População de Estudo" da metodologia: "As crianças na faixa etária elegível serão incluídas independentemente, do sexo, de fatores socioeconômicos, do acesso a serviços odontológicos, da dificuldade comportamental relatada ao tratamento odontológico e do comprometimento gerado pelo TEA."

Análise CEP/UFU: Pendência atendida

EM RELAÇÃO A METODOLOGIA - 6.5 - COLETA DE DADOS

Os pesquisadores relatam que:

Os cuidadores serão convidados a participarem da pesquisa por telefone. Os interessados em participar da pesquisa serão agendados para a consulta de rotina no setor. A pesquisa acontecerá no SEP/UFU. A parte clínica será realizada nos consultórios do setor e a parte de entrevista com os cuidadores em sala separada dentro do setor.

2 - PENDÊNCIA CEP/UFU:

- Os pesquisadores não podem entrar em contato por telefone com os cuidadores das crianças. Os pesquisadores devem adotar outra forma de recrutar os cuidadores.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES:

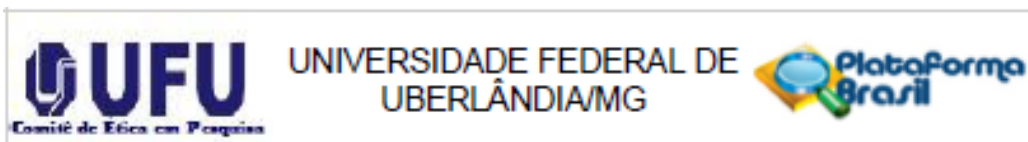
Compreendemos a indicação do parecerista e modificamos a forma de convite dos participantes. O subtópico "6.5. Coleta de Dados" da Metodologia agora se inicia com a seguinte frase "Os pesquisadores farão o convite dos cuidados para a pesquisa no dia agendado para a consulta, respeitando a agenda de marcações estabelecidas pelo SEP/UFU." Assim, passamos a respeitar a agenda prévia do setor.

Análise CEP/UFU: Pendência atendida

EM RELAÇÃO AO TCLE_2018A:

Os pesquisadores anexaram o documento com o título de TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para as crianças.

De acordo com a Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, tópico II.2 - assentimento livre e esclarecido – é a anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação.



Continuação do Parecer: 3.061.617

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;

3 - PENDÊNCIA CEP/UFU:

- Adequar o termo para: TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

RESPOSTA DOS PESQUISADORES:

Tivemos um pouco de dificuldade de responder a essa pendência. O termo de assentimento, destinado a criança ou adolescente confirmar o seu interesse em participar da pesquisa tem sido solicitado apenas para crianças e adolescentes com 12 anos a 18 anos menos 1 dia. Inclusive esta é a orientação informada nos formulários deste comitê de ética. Nossa preocupação é que as crianças deste estudo (entre 5 e 9 anos) teriam dificuldade de ler e assinar o termo de assentimento, sendo, portanto, ineficiente. Apesar da nossa argumentação, optamos por confeccionar um termo de assentimento e deixar a critério do CEP/UFU sobre a validade deste termo na população estudada. Além disso, mantivemos os termos previamente elaborados: Termo de Consentimento para o Responsável Legal, autorizando a coleta de dados na criança; Termo de Compromisso para os Pais e Responsável para que eles respondessem a perguntas sobre o letramento em saúde e cuidado da criança.

Análise CEP/UFU: Pendência atendida

EM RELAÇÃO AO ORÇAMENTO

4 - PENDÊNCIA CEP/UFU: Apresentar o valor total da pesquisa

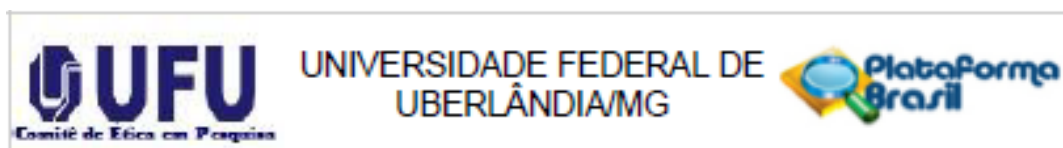
RESPOSTA DOS PESQUISADORES:

Fizemos a adequação solicitada. O valor total do orçamento (63,49 reais) foi adicionado em uma nova linha ao final da tabela de orçamento.

Análise CEP/UFU: Pendência atendida

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos devidamente apresentados



Continuação do Parecer: 3.981.617

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.911.685, de 11 de Março de 2020, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Janeiro de 2021.

* Tolerância máxima de 06 meses para atraso na entrega do relatório final.

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.061.617

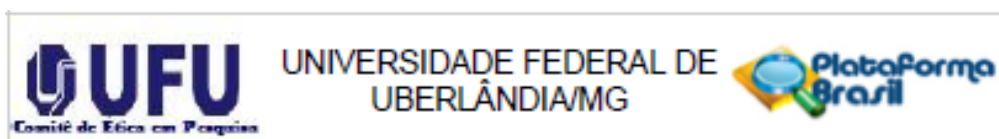
descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1501718.pdf	20/03/2020 12:15:25		Acelto
Outros	RESPOSTA_PARECER_3911685.docx	20/03/2020 12:14:27	Alex Moreira Herval	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_responsavel_crianca.doc	17/03/2020 10:57:33	Alex Moreira Herval	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pais_Responsaveis.doc	17/03/2020 10:57:11	Alex Moreira Herval	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_crianca_autista.doc	17/03/2020 10:56:54	Alex Moreira Herval	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pesquisa_Lorrayne_v4_Pend_Plataforma.docx	17/03/2020 10:56:10	Alex Moreira Herval	Acelto
Outros	Instrumento_Apendice2.docx	17/02/2020 13:11:01	Alex Moreira Herval	Acelto



Continuação do Parecer: 3.961.617

Outros	Instrumento_Apendice1.docx	17/02/2020 13:10:28	Alex Moreira Herval	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Compromisso_Equipe_Executora.pdf	17/02/2020 13:10:12	Alex Moreira Herval	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Coparticipante.pdf	17/02/2020 13:09:58	Alex Moreira Herval	Acelto
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Lorryne_assinada.pdf	17/02/2020 13:08:20	Alex Moreira Herval	Acelto
Outros	Curriculo_Lattes.docx	11/02/2020 14:27:44	Alex Moreira Herval	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 08 de Abril de 2020

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))

Anexo 2: Folha de Rosto para a Submissão do periódico International Journal of Paediatric Dentistry

**Intervening factors in the oral health care of children with autism: a qualitative study
based on the Transcultural Nursing Theory**
Oral health care of children with autism

Lorryne Beatriz Gonçalves Ventura (0000-0003-3459-9966)

School of Dentistry. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia – Minas Gerais,
Brazil

venturaalo@outlook.com

Anna Giulia Mello Paiva (0000-0003-0705-6202)

School of Dentistry. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia – Minas Gerais,
Brazil

annagiuliamello@gmail.com

Jaqueline Vilela Bulgareli (0000-0001-7810-0595)

School of Dentistry. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia – Minas Gerais,
Brazil

jaqueline.bulgareli@ufu.br

Fabiana Sodré de Oliveira (0000-0002-3621-0216)

School of Dentistry. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia – Minas Gerais,
Brazil

fabianasodre@ufu.br

Álex Moreira Herval (0000-0001-6649-2616)

School of Dentistry. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia – Minas Gerais,
Brazil

alexmherval@ufu.br

Author Contributions Statement

LBGV, AGMP, JVB, FSO and AMH conceived the ideas; LBGV collected the data; AGMP, JVB, FSO and AMH analysed the data; and LBGV, AGMP, JVB, FSO and AMH led the writing.

Funding Statement

Minas Gerais Research Foundation (FAPEMIG) and National Council for Scientific and Technological Development (CNPq) funded the scholarships.

Conflict of Interest Disclosure

The authors claim they have no conflict of interest.

Ethics Approval and Patient Statement

The research project was previously evaluated by the Human Research Ethics Committee of the Universidade Federal de Uberlândia, MG, Brazil (CAAE: 37018120.2.0000.5152). The data were collected by phone after informed consent from the mothers, which was delivered as an electronic form.

Word Count: 4,016

Anexo 3: Consolidated criteria for REporting Qualitative research

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	Page 3
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	No
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	No
Gender	4	Was the researcher male or female?	No
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	Page 3
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	Page 3
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	No
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	No
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Page 3
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Page 2
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Page 2
Sample size	12	How many participants were in the study?	Page 4
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	No
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Page 2
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	Page 3
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	No
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Page 3
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	No, 0
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Page 2
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	No
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	Page 4
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	Page 2
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	No

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	Page 4 and 5
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Tables 1 and 2
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	Tables 1 and 2
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	No
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	No
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Tables 1 and 2
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Tables 1 and 2
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Tables 1 and 2
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Pages 4 and 5

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

Anexo 4: Normas para Submissão na International Journal of Paediatric Dentistry

Author Guidelines

Sections

- [1. Submission](#)
- [2. Aims and Scope](#)
- [3. Manuscript Categories and Requirements](#)
- [4. Preparing the Submission](#)
- [5. Editorial Policies and Ethical Considerations](#)
- [6. Author Licensing](#)
- [7. Publication Process After Acceptance](#)
- [8. Post Publication](#)
- [9. Editorial Office Contact Details](#)

1. SUBMISSION AND PEER REVIEW PROCESS

New submissions should be made via the Research Exchange submission portal <https://wiley.atyponrex.com/journal/IPD>. 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.

Data protection

By submitting a manuscript to or reviewing for this publication, your name, email address, and affiliation, and other contact details the publication might require, will be used for the regular operations of the publication, including, when necessary, sharing with the publisher (Wiley) and partners for production and publication. The publication and the publisher recognize the importance of protecting the personal information collected from users in the operation of these services, and have practices in place to ensure that steps are taken to maintain the security, integrity, and privacy of the personal data collected and processed. You can learn more at <https://authorservices.wiley.com/statements/data-protection-policy.html>.

Preprint policy

[Please find the Wiley preprint policy here.](#)

This journal accepts articles previously published on preprint servers.

International Journal of Paediatric Dentistry will consider for review articles previously available as preprints. Authors may also post the submitted version of a manuscript to a preprint server at any time. Authors are requested to update any pre-publication versions with a link to the final published article.

For help with submissions, please contact: IJPDedoffice@wiley.com

2. AIMS AND SCOPE

International Journal of Paediatric Dentistry publishes papers on all aspects of paediatric dentistry including: growth and development, behaviour management, diagnosis, prevention, restorative treatment and issue relating to medically compromised children or those with disabilities. This peer-reviewed journal features scientific articles, reviews, case reports, short communications and abstracts of current paediatric dental research. Analytical studies with a scientific novelty value are preferred to descriptive studies. Case reports illustrating unusual conditions and clinically relevant observations are acceptable but must be of sufficiently high quality to be considered for publication; particularly the illustrative material must be of the highest quality.

3. MANUSCRIPT CATEGORIES AND REQUIREMENTS

i. Original Articles

Divided into: Abstract, Introduction, Material and methods, Results, Discussion, Bullet points, Acknowledgements, References, Figure legends, Tables and Figures arranged in this order. 3500 word limit, with an exception of qualitative papers which allow a 5000 word limit.

- **Abstract** should be structured using the following subheadings: Background, Aim, Design, Results and Conclusion and should be less than 200 words.
- **Introduction** should be brief and end with a statement of the aim of the study or hypotheses tested. Describe and cite only the most relevant earlier studies. Avoid presentation of an extensive review of the field.
- **Material and methods** should be clearly described and provide enough detail so that the observations can be critically evaluated and, if necessary repeated. Use section subheadings in a logical order to title each category or method. Use this order also in the results section. Authors should have considered the ethical aspects of their research and should ensure that the project was approved by an appropriate ethical committee, which should be stated. Type of statistical analysis must be described clearly and carefully.
- **Results** should clearly and concisely report the findings, and division using subheadings is encouraged. Double documentation of data in text, tables or figures is not acceptable. Tables and figures should not include data that can be given in the text in one or two sentences.
- **Discussion** section presents the interpretation of the findings. This is the only proper section for subjective comments and reference to previous literature. Avoid repetition of results, do not use subheadings or reference to tables in the results section.
- **Bullet Points:** Authors will need to provide no more than 3 'key points' that summarise the key messages of their paper to be published with their article. The key points should be written with a practitioner audience in mind under the heading:
*Why this paper is important to paediatric dentists.

References: Maximum 30.

ii. Review Articles

May be invited by the Editor.

iii. Systematic reviews

We consider publishing systematic reviews if the manuscript has comprehensive and unbiased sampling of literature and covering topics related to Paediatric Dentistry.

References: Maximum 30.

Articles for the *International Journal of Paediatric Dentistry* should include: a) description of search strategy of relevant literature (search terms and databases), b) inclusion criteria

(language, type of studies i.e. randomized controlled trial or other, duration of studies and chosen endpoints, c) evaluation of papers and level of evidence. For examples see:

Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H et al. Caries–preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. *Acta Odontologica Scandinavica* 2003; 61: 347–355.

Paulsson L, Bondemark L, Söderfeldt B. A systematic review of the consequences of premature birth on palatal morphology, dental occlusion, tooth–crown dimensions, and tooth maturity and eruption. *Angle Orthodontist* 2004; 74: 269–279.

iv. Short Communications

Brief scientific articles or short case reports may be submitted, which should be no longer than three pages of double–spaced text and include a maximum of three illustrations. They should contain important, new, definitive information of sufficient significance to warrant publication. They should not be divided into different parts and summaries are not required.

References: Maximum 30.

v. Brief Clinical Reports/Case Reports

Short papers not exceeding 800 words, including a maximum of three illustrations and five references may be accepted for publication if they serve to promote communication between clinicians and researchers. If the paper describes a genetic disorder, the OMIM unique six–digit number should be provided for online cross reference (Online Mendelian Inheritance in Man).

A paper submitted as a Brief Clinical/Case Report should include the following:

- a short **Introduction** (avoid lengthy reviews of literature);
- the **Case report** itself (a brief description of the patient/s, presenting condition, any special investigations and outcomes);
- a **Discussion** which should highlight specific aspects of the case(s), explain/interpret the main findings and provide a scientific appraisal of any previously reported work in the field.
- **Bullet Points:** Authors will need to provide no more than 3 ‘key points’ that summarise the key messages of their paper to be published with their article. The key points should be written with a practitioner audience in mind under the heading:
*Why this paper is important to paediatric dentists.

vi. Letters to the Editor

Letters should be no more than 1,500 words, with no more than 10 references. There should be no abstract, tables or figures.

4. PREPARING THE SUBMISSION

Before you submit, you will need:

- Your manuscript: this should be an editable file including text, figures, and tables, or separate files – whichever you prefer. All required sections should be contained in your manuscript, including abstract, introduction, methods, and results. Figures and tables should have legends. Figures should be uploaded in the highest resolution possible. References may be submitted in any style or format, as long as it is consistent throughout the manuscript. Supporting information should be submitted in separate files. If the manuscript, figures or tables are difficult for you to read, they will also be difficult for the editors and reviewers, and the editorial office will send it back to you for revision. Your manuscript may also be sent back to you for revision if the quality of English language is poor.
- An ORCID ID, freely available at <https://orcid.org>. ***(Why is this important? Your article, if accepted and published, will be attached to your ORCID profile. Institutions and funders are increasingly requiring authors to have ORCID IDs.)***
- The title page of the manuscript, including:
 - Your co-author details, including affiliation and email address. ***(Why is this important? We need to keep all co-authors informed of the outcome of the peer review process.)***
 - Statements relating to our ethics and integrity policies, which may include any of the following ***(Why are these important? We need to uphold rigorous ethical standards for the research we consider for publication):***
 - data availability statement
 - funding statement
 - conflict of interest disclosure
 - ethics approval statement
 - patient consent statement
 - permission to reproduce material from other sources

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.

Parts of the Manuscript

The manuscript should be submitted in separate files: title page; main text file; figures.

Title page

The title page should contain:

- i. A short informative title that contains the major key words. The title should not contain abbreviations (see Wiley's [best practice SEO tips](#));
- ii. A short running title of less than 50 characters;
- iii. The full names of the authors and a statement of author contributions, e.g. Author contributions: A.S. and K.J. conceived the ideas; K.J. and R.L.M. collected the data; R.L.M. and P.A.K. analysed the data; and A.S. and K.J. led the writing;
- iv. The author's institutional affiliations where the work was conducted, with a footnote for the author's present address if different from where the work was conducted;
- vi. Acknowledgments;
- vii. Word count (excluding tables)

Authorship

Please refer to the journal's authorship policy the Editorial Policies and Ethical Considerations section for details on eligibility for author listing.

Acknowledgments

Contributions from anyone who does not meet the criteria for authorship should be listed, with permission from the contributor, in an Acknowledgments section. Financial and material support should also be mentioned. Thanks to anonymous reviewers are not appropriate.

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 section 'Conflict of Interest' 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.

Main Text File

As papers are double-blind peer reviewed the main text file should not include any information that might identify the authors.

The main text file should be presented in the following order:

- i. Title, abstract and key words;
- ii. Main text;

- iii. References;
- iv. Tables (each table complete with title and footnotes);
- v. A clinical trial registration number should be provided (when relevant)
- vi. Figure legends;
- vii. Appendices (if relevant).

Figures and supporting information should be supplied as separate files.

Abstract

Abstracts and keywords are required for some manuscript types. For details on manuscript types that require abstracts, please refer to the 'Manuscript Types and Criteria' section.

Keywords

Please provide 3–6 keywords. Keywords should be taken from the list provided at submission in ScholarOne.

Main Text

- As papers are double-blind peer reviewed, the main text file should not include any information that might identify the authors.
- The journal uses British spelling; however, authors may submit using either option, as spelling of accepted papers is converted during the production process.

References

All references should be numbered consecutively in order of appearance and should be as complete as possible. In text citations should cite references in consecutive order using Arabic superscript numerals. For more information about AMA reference style please consult the [AMA Manual of Style](#)

Sample references follow:

Journal article

1. King VM, Armstrong DM, Apps R, Trott JR. Numerical aspects of pontine, lateral reticular, and inferior olivary projections to two paravermal cortical zones of the cat cerebellum. *J Comp Neurol* 1998;390:537–551.

Book

2. Voet D, Voet JG. *Biochemistry*. New York: John Wiley & Sons; 1990. 1223 p.

Internet document

3. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2003.

<http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2003PWSecured.pdf> Accessed March 3, 2003

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.

In the text, please reference figures as for instance 'Figure 1', 'Figure 2' to match the tag name you choose for the individual figure files uploaded.

Colour Figures. Figures submitted in colour may be reproduced in colour online free of charge. Please note, however, that it is preferable that line figures (e.g. graphs and charts) are supplied in black and white so that they are legible if printed by a reader in black and white.

Data Citation

[Please review Wiley's data citation policy here.](#)

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.

Submission of Revised Manuscripts

Revised manuscripts must be uploaded within 2 months of authors being notified of conditional acceptance pending satisfactory revision. Locate your manuscript under 'Manuscripts with Decisions' and click on 'Submit a Revision' to submit your revised manuscript. Please remember to delete any old files uploaded when you upload your revised manuscript. All revisions must be accompanied by a cover letter to the editor.

Authors should supply their response to reviewers in the field provided for this at the beginning of their submission. The replies should include a) detail on a point-by-point basis the author's response to each of the referee's comments, and b) a revised manuscript highlighting exactly what has been changed in the manuscript after revision.

Resource Identification Initiative

The journal supports the [Resource Identification Initiative](#), which aims to promote research resource identification, discovery, and reuse. This initiative, led by the [Neuroscience Information Framework](#) and the [Oregon Health & Science University Library](#), provides unique identifiers for antibodies, model organisms, cell lines, and tools including software and databases. These IDs, called Research Resource Identifiers (RRIDs), are machine-readable and can be used to search for all papers where a particular resource was used and to increase access to critical data to help researchers identify suitable reagents and tools.

Authors are asked to use RRIDs to cite the resources used in their research where applicable in the text, similar to a regular citation or Genbank Accession number. For antibodies, authors should include in the citation the vendor, catalogue number, and RRID both in the text upon first mention in the Methods section. For software tools and databases, please provide the name of the resource followed by the resource website, if available, and the RRID. For model organisms, the RRID alone is sufficient.

Additionally, authors must include the RRIDs in the list of keywords associated with the manuscript.

To Obtain Research Resource Identifiers (RRIDs)

1. Use the [Resource Identification Portal](#), created by the Resource Identification Initiative Working Group.
2. Search for the research resource (please see the section titled “Search Features and Tips” for more information).
3. Click on the “Cite This” button to obtain the citation and insert the citation into the manuscript text.

If there is a resource that is not found within the [Resource Identification Portal](#), authors are asked to register the resource with the appropriate resource authority. Information on how to do this is provided in the “Resource Citation Guidelines” section of the Portal.

If any difficulties in obtaining identifiers arise, please contact rii-help@scicrunch.org for assistance.

Example Citations

Antibodies: "Wnt3 was localized using a rabbit polyclonal antibody C64F2 against Wnt3 (Cell Signaling Technology, Cat# 2721S, RRID: AB_2215411)"

Model Organisms: "Experiments were conducted in *c. elegans* strain SP304 (RRID:CGC_SP304)"

Cell lines: "Experiments were conducted in PC12 CLS cells (CLS Cat# 500311 / p701_PC-12, RRID:CVCL_0481)"

Tools, Software, and Databases: "Image analysis was conducted with CellProfiler Image Analysis Software, V2.0 (<http://www.cellprofiler.org>, RRID:nif-0000-00280)"

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](#).

Article Preparation Support: [Wiley Editing Services](#) offers expert help with English Language Editing, as well as translation, manuscript formatting, figure illustration, figure formatting, and graphical abstract design – so you can submit your manuscript with confidence.

Also, check out our resources for [Preparing Your Article](#) for general guidance about writing and preparing your manuscript.

Guidelines for Cover Submissions: If you would like to send suggestions for artwork related to your manuscript to be considered to appear on the cover of the journal, please follow these [general guidelines](#).

5. EDITORIAL POLICIES AND ETHICAL CONSIDERATIONS

Peer Review and Acceptance

The acceptance criteria for all papers are the quality and originality of the research and its significance to journal readership. 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](#).

Human Studies and Subjects

For manuscripts reporting medical studies that involve human participants, a statement identifying the ethics committee that approved the study and 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](#). It should also state clearly in the text that all persons gave their informed consent prior to their inclusion in the study.

Patient anonymity should be preserved. When detailed descriptions, photographs, or videos of faces or identifiable body parts are used that may allow identification, authors should obtain 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. Where photographs are used they need to be cropped sufficiently to prevent human subjects being recognized; black eye bars should not be used as they do not sufficiently protect an individual's identity).

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 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

Clinical trials should be reported using the CONSORT guidelines available at www.consort-statement.org. A clinical trial registration number should be provided in the title page. A [CONSORT checklist](#) should also be included in the submission material under “Supplementary Files for Review”.

If your study is a randomized clinical trial, you will need to fill in all sections of the CONSORT Checklist. If your study is not a randomized trial, not all sections of the checklist might apply to your manuscript, in which case you simply fill in N/A.

All prospective clinical trials which have a commencement date after the 31st January 2017 must be registered with a public trials registry: www.clinicaltrials.gov, <http://clinicaltrials.ifpma.org/clinicaltrials/>, <http://isrctn.org/>. The clinical trial registration number and name of the trial register will then be published with the paper.

Research Reporting Guidelines

Accurate and complete reporting enables readers to fully appraise research, replicate it, and use it. The guidelines listed below should be followed where appropriate and where applicable, checklists, and flow diagrams uploaded with your submission; these may be published alongside the final version of your paper.

- [Observational studies](#) : [STROBE](#) checklists for cohort, case-control, and cross-sectional studies, either individual or combined
- [Systematic reviews](#) : [PRISMA](#)
- Meta-analyses of observational studies: [MOOSE](#)
- [Case reports](#) : [CARE](#)
- In vitro studies: [CRIS](#)
- [Qualitative research](#) : [COREQ](#)
- [Diagnostic / prognostic studies](#) : [STARD](#)
- [Quality improvement studies](#) : [SQUIRE](#)
- [Economic evaluations](#) : [CHEERS](#)

- [Animal pre-clinical studies](#) : [ARRIVE](#)
- [Study protocols](#) : [SPIRIT](#)
- [Clinical practice guidelines](#) : [AGREE](#)

The [Equator Network](#) (Enhancing the Quality and Transparency Of Health Research) provides a comprehensive list of reporting guidelines.

We also encourage authors to refer to and follow guidelines from:

- [Future of Research Communications and e-Scholarship \(FORCE11\)](#)
- [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](#)
- [FAIRsharing website](#)

Sequence Data

Nucleotide sequence data can be submitted in electronic form to any of the three major collaborative databases: DDBJ, EMBL, or GenBank. It is only necessary to submit to one database as data are exchanged between DDBJ, EMBL, and GenBank on a daily basis. The suggested wording for referring to accession–number information is: ‘These sequence data have been submitted to the DDBJ/EMBL/GenBank databases under accession number U12345’. Addresses are as follows:

- DNA Data Bank of Japan (DDBJ): www.ddbj.nig.ac.jp
- EMBL Nucleotide Archive: ebi.ac.uk/ena
- GenBank: www.ncbi.nlm.nih.gov/genbank

Proteins sequence data should be submitted to either of the following repositories:

- Protein Information Resource (PIR): pir.georgetown.edu
- SWISS-PROT: expasy.ch/sprot/sprot-top

Structural Data

For papers describing structural data, atomic coordinates and the associated experimental data should be deposited in the appropriate databank (see below). **Please note that the data in databanks must be released, at the latest, upon publication of the article.** We trust in the cooperation of our authors to ensure that atomic coordinates and experimental data are released on time.

- Organic and organometallic compounds: Crystallographic data should not be sent as Supporting Information, but should be deposited with the *Cambridge Crystallographic Data Centre* (CCDC) at ccdc.cam.ac.uk/services/structure%5Fdeposit.
- Inorganic compounds: *Fachinformationszentrum Karlsruhe* (FIZ; fiz-karlsruhe.de).
- Proteins and nucleic acids: *Protein Data Bank* (rcsb.org/pdb).
- NMR spectroscopy data: *BioMagResBank* (bmr.bwisc.edu).

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.

It is the responsibility of the corresponding author to have all authors of a manuscript fill out a conflict of interest disclosure form, and to upload all forms together with the manuscript on submission. Please find the form below:

[Conflict of Interest Disclosure Form](#)

The form above does not display correctly in the browsers. If you see an error message starting with "Please wait...", we recommend that you download the file to your computer. Saving a local copy on your computer should allow the form to work properly.

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; and
2. Been involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content; and
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.

Additional Authorship Options. Joint first or senior authorship: In the case of joint first authorship, a footnote should be added to the author listing, e.g. 'X and Y should be considered joint first author' or 'X and Y should be considered joint senior author.'

Data Sharing and Data Accessibility

[Please review Wiley's policy here](#). This journal encourages and peer review data sharing.

The journal encourages authors to share the data and other artefacts supporting the results in the paper by archiving it in an appropriate public repository. Authors should include a data accessibility statement, including a link to the repository they have used, in order that this statement can be published alongside their paper.

All accepted manuscripts may elect to publish a data availability statement to confirm the presence or absence of shared data. If you have shared data, this statement will describe how the data can be accessed, and include a persistent identifier (e.g., a DOI for the data, or an accession number) from the repository where you shared the data. [Sample statements are available here](#). If published, statements will be placed in the heading of your manuscript.

Human subject information in databases. The journal refers to the [World Health Medical Association Declaration of Taipei on Ethical Considerations Regarding Health Databases and Biobanks](#).

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](#).

ORCID

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

6. AUTHOR LICENSING

If your paper is accepted, 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 that a particular type of CC license has to 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: If you choose to publish using Open Access you 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.

Reproduction of Copyright Material: If excerpts from copyrighted works owned by third parties are included, credit must be shown in the contribution. It is the author's responsibility to also obtain written permission for reproduction from the copyright

owners. For more information visit Wiley's Copyright Terms & Conditions FAQ at http://exchanges.wiley.com/authors/faqs---copyright-terms--conditions_301.html

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.

Accepted Articles

The journal offers Wiley's Accepted Articles service for all manuscripts. This service ensures that accepted 'in press' manuscripts are published online shortly after acceptance, prior to copy-editing or typesetting. Accepted Articles are published online a few days after final acceptance and appear in PDF format only. They are given a Digital Object Identifier (DOI), which allows them to be cited and tracked and are indexed by PubMed. After the final version article is published (the article of record), the DOI remains valid and can still be used to cite and access the article.

Accepted Articles will be indexed by PubMed; submitting authors should therefore carefully check the names and affiliations of all authors provided in the cover page of the manuscript so it is accurate for indexing. Subsequently, the final copyedited and proofed articles will appear in an issue on Wiley Online Library; the link to the article in PubMed will update automatically.

Proofs

Authors will receive an e-mail notification with a link and instructions for accessing HTML page proofs online. Page proofs should be carefully proofread for any copyediting or typesetting errors. Online guidelines are provided within the system. No special software is required, most common browsers are supported. Authors should also make sure that any renumbered tables, figures, or references match text citations and that figure legends correspond with text citations and actual figures. Proofs must be returned within 48 hours of receipt of the email. Return of proofs via e-mail is possible in the event that the online system cannot be used or accessed.

Early View

The journal offers rapid speed to 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](#).

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.

Measuring the Impact of an Article

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

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.

9. EDITORIAL OFFICE CONTACT DETAILS

For queries about submissions, please contact IJPDedoffice@wiley.com

Author Guidelines Updated 08 February 2021

COREQ (CONSOLIDATED criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	Page 3
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	No
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	No
Gender	4	Was the researcher male or female?	No
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	Page 3
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	Page 3
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	No
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	No
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Page 3
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Page 2
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Page 2
Sample size	12	How many participants were in the study?	Page 4
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	No
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Page 2
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	Page 3
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	No
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Page 3
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	No, 0
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Page 2
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	No
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	Page 4
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	Page 2
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	No

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	Page 4 and Tables 1 and 2
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Tables 1 and 2
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	Tables 1 and 2
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	No
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	No
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Tables 1 and 2
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Tables 1 and 2
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Tables 1 and 2
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Pages 4 and 5.