



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA – PPGO

KÁTIA LINHARES DA PONTE MEDEIROS

**A PREVALÊNCIA DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS COM PARALISIA
CEREBRAL**

FORTALEZA

2019

KÁTIA LINHARES DA PONTE MEDEIROS

A PREVALÊNCIA DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS COM PARALISIA
CEREBRAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO), da Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, na linha de pesquisa: Epidemiologia e Políticas públicas de saúde. Para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Dr.^a Maria Eneide Leitão de Almeida.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M439p Medeiros, Kátia Linhares da Ponte.
A prevalência da cárie dentária em crianças com paralisia cerebral / Kátia Linhares da Ponte
Medeiros. – 2019.
78 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profª. Dra. Maria Eneide Leitão de Almeida.
1. Cárie Dentária. 2. Paralisia Cerebral. 3. Saúde Bucal. 4. Índice CPO. I. Título.

CDD 617.6



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA

**A PREVALÊNCIA DA CÀRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS COM PARALISIA
CEREBRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós –
graduação em Odontologia da Universidade
Federal do Ceará, como requisito à obtenção
do título de Mestre em Odontologia. Área de
concentração: Clínica Odontológica.

Aprovada em: 27/02/2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Eneide Leitão de Almeida (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Ana Karine Macedo Teixeira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Janaína Rocha de Sousa Almeida
UNICHRISTUS

A Deus, por todo o suporte dado ao longo deste processo construtivo de aprendizagem. A minha mãezinha querida, Socorro Linhares, que com muito amor me conduziu ao logo da minha vida e me ajudou na realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu pai e Senhor da minha vida, por sempre estar ao meu lado em todas as situações, pela Sua misericórdia e por me orientar através do caráter de Cristo ao longo da minha caminhada com preceitos de amor, obediência, dedicação e compromisso.

Aos meus pais, Maria do Socorro Linhares da Ponte e Raimundo Manoel da Ponte, e irmãs, pelo suporte, atenção e carinho.

Ao meu esposo, Danilo Sávio Cavalcante de Medeiros, pela compreensão, suporte, amor e paciência.

As minhas filhas, Ana Clara Ponte Medeiros e Ana Cecília Ponte Medeiros, que valorizaram esta jornada e a tornaram mais leve e prazerosa.

A minha orientadora, Dr.^a Maria Eneide Leitão de Almeida, que ao longo destes dois anos mostrou-se uma pessoa amiga e paciente, pelo seu companheirismo e, acima de tudo, pelo estímulo e orientação dados no desempenho das atividades acadêmicas.

Aos amigos do NESBUC, pela ajuda durante a pesquisa, e, em especial, ao Paulo Goberlandio, pela atenção, paciência e orientações dadas.

As minhas amigas Luiza Firmeza e Raísa Moraes, pelo companheirismo, carinho e apoio durante todo o mestrado.

Aos professores, Dr.^a Janaína Rocha de Sousa Almeida, Dr. Fabrício Bitu Sousa e Dr.^a Ana Karine Macedo, que auxiliaram na qualificação e acompanhamento da pesquisa.

A toda equipe do NUTEP, pelo apoio, carinho, incentivo e ajuda durante todo o processo, de forma especial a Professora Fabiane.

Aos professores, coordenadores, secretárias e colaboradores do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará.

Aos colegas e amigos do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, pela parceria e participação nessa pesquisa.

RESUMO

Diante da relevância da atenção em saúde bucal no contexto do atendimento integral à saúde de crianças com paralisia cerebral (PC) e entendendo o papel da cárie dentária como fator de destaque entre as enfermidades bucais, surgiu a necessidade de investigar essa parcela da população. O objetivo foi analisar a prevalência da cárie dentária e fatores relacionados. Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo transversal, com abordagem quantitativa, em que participaram da pesquisa 102 pessoas, sendo 51 crianças com paralisia cerebral e seus 51 cuidadores responsáveis principais vinculados ao Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP). Para avaliar a cárie dentária foi utilizado o índice de CPOD/ceod. Foi aplicado, também, um formulário destinado aos cuidadores das crianças, para avaliação de fatores que possam estar relacionados à cárie dentária no grupo pesquisado. Os dados obtidos foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual no *software Statistical Package for The Social Sciences*, versão 17,0 para Windows, adotando uma confiança de 95%, sendo analisados por meio do teste Qui-quadrado e exato de Fisher. Como resultados, observou-se que a renda familiar da maioria das crianças (52,97%) era baixa, e apenas 25,49% das crianças faziam higiene bucal 3 vezes ou mais por dia. Sobre os cuidadores, 58,82% afirmavam encontrar dificuldades para realização de higiene bucal da criança, e a sobrecarga do cuidador foi o fator limitante da frequência de higiene bucal da criança mais vezes mencionado (41,86%). Das crianças que faziam alimentação oral, 69,41% consumiam alimentos açucarados 3 vezes ou mais por dia, e 45,09% das crianças investigadas nunca foram levadas a uma consulta odontológica. Entre as crianças que já se consultaram com o cirurgião-dentista, 42,85% delas procuraram serviços públicos de saúde da atenção primária e secundária. Quanto à prevalência da cárie, 37,25% das crianças possuíam experiência de cárie e 33,33% possuíam a doença sem tratamento. Quanto à severidade, o CPO-D médio foi de 0,47 e o ceo-d médio foi de 1,29. Foi encontrada relação significativa positiva entre ceo-d e existência de limitadores da frequência de higiene bucal ($p = 0,013$); e entre o CPO-D e a presença de deficiência intelectual ($p = 0,048$) e local de preferência da busca por atendimento odontológico ($p = 0,013$). Concluiu-se que 1/3 das crianças pesquisadas possuía dente cariado, necessitando de real acompanhamento profissional em relação à saúde bucal; além disso, observou-se a existência de fatores ligados à presença de deficiência intelectual, à existência de limitações da frequência de higiene bucal e a serviços odontológicos utilizados que podem contribuir para o desenvolvimento de cárie dentária nas crianças, sendo então necessárias políticas públicas que atuem de forma a facilitar o acesso ao serviço de saúde bucal ligado à promoção de saúde, prevenção e tratamento de agravos. Sugere-se, portanto, a inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de intervenção precoce e reabilitação que acompanha rotineiramente as crianças.

Palavras-chaves: Cárie Dentária. Paralisia Cerebral. Saúde Bucal. Índice CPO.

ABSTRACT

Given the relevance of oral health care in the context of comprehensive health care for children with cerebral palsy (CP) and understanding the role of dental caries as a prominent factor among oral diseases, there was the need to study this population group. The objective was to analyze prevalence of dental caries and related factors. A quantitative epidemiological cross-sectional study was carried out with 102 people: 51 children with cerebral palsy and their 51 main caregivers served by the Center for Early Intervention and Treatment (Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce – NUTEP). The deft/DMFT index was used to assess dental caries status. A formulary was also administered to the children's caregivers to assess factors that may be related to dental caries in the analyzed group. The obtained data were described as absolute and percentage frequency and analyzed using chi-squared and Fisher's Exact tests. The Statistical Package for the Social Sciences version 17.0 for Windows was used with a confidence interval of 95%. The household income of most children (52.97%) was low and only 25.49% of the children performed oral hygiene 3 times or more a day. A total of 58.82% of the caregivers reported difficulties in performing children's oral hygiene and caregiving burden was mostly cited (41.86%) as a factor that limited the frequency of children's oral hygiene. In all, 69.41% of the children who received oral feeding consumed sugary foods 3 times or more a day and 45.09% of the analyzed children were never taken to a dental appointment. A total of 42.85 % of the children who had already consulted with a dental surgeon did it in public health services of primary and secondary care. Regarding the prevalence of caries, 37.25% of the children had had caries experience and 33.33% presented untreated caries. As for severity, the mean DMFT score was 0.47 and the mean deft score was 1.29. There was a significant positive relationship between deft index and presence of factors that limited oral hygiene frequency ($p = 0.013$) and between DMFT index and presence of intellectual disability ($p = 0.048$) and preferred place for dental care ($p = 0.013$). In conclusion, one third of the analyzed children had decayed tooth and hence needed real professional oral health care. In addition, there were factors related to the presence of intellectual disability, the existence of limitations in oral hygiene and dental services used that may have contributed to the development of dental caries in the children. Therefore, public policies are needed to facilitate access to oral health services focused on health promotion and disease prevention and treatment. Given that, dental surgeons should be included into the early intervention and rehabilitation multidisciplinary team responsible for routinely following the children.

Keywords: Dental caries. Cerebral Palsy. Oral Health. DMF Index.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma da obtenção da amostra. Fortaleza – CE, 2018

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização demográfica e socioeconômica em número e porcentagem de crianças com paralisia cerebral e seus cuidadores. Fortaleza - CE, 2018.

Tabela 2 - Características relacionadas a cuidados em saúde bucal direcionados a crianças com paralisia cerebral e seus cuidadores distribuídas em número e porcentagem. Fortaleza - CE, 2018.

Tabela 3 - Distribuição de variáveis relacionadas ao acesso ao serviço odontológico de crianças com paralisia cerebral por número e porcentagem. Fortaleza - CE, 2018.

Tabela 4 - Descrição do CPO-D e ceod em crianças com PC segundo seus componentes distribuídos em número e porcentagem. Fortaleza - CE. 2018.

Tabela 5 - Caracterização das relações do ceo-d segundo variáveis de higiene bucal e dieta de crianças com paralisia cerebral (Fortaleza - CE, 2018).

Tabela 6 - Caracterização das relações de significância encontradas entre CPO-D e fatores ligados ao paciente com paralisia cerebral. Fortaleza - CE , 2018.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ABPC	Associação Brasileira de Paralisia Cerebral
APS	Atenção Primária à Saúde
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
Ceo-d	Cariado Extraído e Obturado – Dente
CEOP	Centro de Especialidades Odontológicas da Polícia Militar
CPO-D	Cariado Perdido e Obturado – Dente
ICDAS	Sistema Internacional de Detecção e Verificação de Cárie
NUTEP	Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Paralisia Cerebral
SNIP	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SUS	Serviço Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFEC	United Nations Children’s Fund
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO GERAL.....	12
1.1	A Paralisia Cerebral.....	12
1.2	A Cárie Dentária.....	14
1.3	Contextualização da Cárie Dentária no Paciente com Paralisia Cerebral.....	16
2	PROPOSIÇÕES.....	21
2.1	Objetivo geral.....	21
2.2	Objetivos específicos.....	21
3	CAPÍTULOS.....	22
3.1	Capítulo 1: A cárie dentária em crianças com paralisia cerebral: um estudo transversal e quantitativo	23
4	CONCLUSÃO GERAL	55
	REFERÊNCIAS GERAIS	56
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE PESQUISA.....	60
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	67
	APÊNDICE C – FICHA CLÍNICA	70
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA EXAME CLÍNICO	71
	ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	72
	ANEXO B – TERMO DE CIÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA	73
	ANEXO C – TERMO DE CIÊNCIA DO NÚCLEO DE ATENDIMENTO A PACIENTES ESPECIAIS	74
	ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	75

1 INTRODUÇÃO GERAL

1.1 A Paralisia Cerebral

A paralisia cerebral é considerada um transtorno do sistema nervoso que leva à alteração do tônus muscular, postura e movimento, e, além disso, pode vir acompanhada frequentemente por distúrbios da sensação, percepção, cognição, comunicação e comportamento (ALVES, 2016).

Segundo Patos (2016), é uma encefalopatia que possui como componente essencial o comprometimento motor, entretanto, pode encontrar-se associada a perturbações sensoriais e mentais, repercutindo de forma negativa na qualidade de vida dos pacientes e trazendo preocupações para médicos e familiares. Caldas Jr. e Marchiavelli (2013) reiteram a presença de consequências relacionadas a alterações psicomotoras na paralisia cerebral, que podem ou não ter o componente da deficiência mental.

Não existe uma causa específica para a doença. Pato (2016) afirma que foram encontrados diversos fatores de risco que podem interagir entre si, sugerindo multifatorialidade da doença.

Para Afonso (2012), a paralisia cerebral é quase sempre provocada por fatores externos, excluindo-se, assim, a possibilidade de transmissão hereditária. As lesões que dão origem à PC podem ocorrer nos períodos pré-natal, perinatal e pós-natal; entretanto, a grande maioria delas ocorre antes do nascimento e no momento do parto.

Entre as causas pré-natais estão as infecções intrauterinas, as intoxicações e ainda as exposições a radiações. Entre as causas neonatais ou perinatais figuram os traumatismos durante o parto, hipóxia, anóxia, parto prolongado e outras. As causas pós-natais atuam desde o nascimento até a maturação do Sistema Nervoso Central (SNC), neste caso, encefalites e meningites, encefalopatia adquirida, traumatismos crânio-cefálico, incompatibilidade sanguínea feto-materna e outras apresentam-se como causas pós-natais de PC (AFONSO, 2012).

A Associação Brasileira de Paralisia Cerebral (ABPC) mostra em artigos a classificação da paralisia cerebral em três tipos segundo à classificação europeia de paralisia cerebral baseada no *Surveillance of Cerebral Palsy in Europe*:

1. Tipo Espástico - caracterizado por padrões anormais de postura e/ou movimento, aumento do tônus muscular (não necessariamente constante),

reflexos patológicos e hiperreflexia e/ou sinais de liberação piramidal. Este ainda pode ser classificado em unilateral ou bilateral.

2. Tipo Atáxico - caracterizado por padrões anormais de postura e/ou movimento, perda de coordenação, alteração da força, do ritmo e da metria do movimento.
3. Tipo Discinético - com padrões anormais de postura e/ou movimento, movimentos involuntários, incontrolados, recorrentes e ocasionalmente estereotipados. Este pode ser subdividido em dois tipos:
 - a) Distônico - apresentando hipocinesia (atividade motora reduzida) e hipertonia (tônus em geral aumentado); e
 - b) Coreoatetóide - apresentando hipercinesia (atividade motora aumentada/movimentos abruptos) e hipotonia (tônus em geral diminuído) (ABPC, 2012; CANS, 2000; ROSENBAUM *et al*, 2007).

Indivíduos com paralisia cerebral têm sido tradicionalmente agrupados pelo tipo predominante de distúrbio motor, com categoria mista disponível nos casos em que nenhum tipo domina. Esta estratégia também foi adotada pelo sistema de classificação descrito no Manual de Referência e Treinamento da Vigilância de Paralisia Cerebral na Europa (ROSENBAUM *et al.*, 2007).

Esta classificação também é a mencionada nas Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a).

De acordo com Monteiro, De Abreu e Valenti (2015), existem diferentes classificações que demonstram controvérsia entre os autores, estes fazem uma divisão que consideram a mais utilizada pelos artigos e livros didáticos que discutem o tema. Assim, para eles, a classificação deve se basear no tipo e localização da alteração motora em:

1. Espástica:
 - a) Tetraplégica ou quadriplégica;
 - b) Diplégica; e
 - c) Hemiplégica;
2. Discinética;
3. Atáxica;
4. Hipotônica;
5. Mista.

Percebe-se nesta classificação semelhança com a utilizada na Europa, e a presença de informações relacionadas à topografia da alteração motora.

Afonso (2012), com base no livro *O Manuseio em Criança com Paralisia Cerebral*, descreve diversos tipos topográficos: crianças com monoplegia - condição rara em que só um membro se encontra atingido; diplégica - situação em que os quatros membros são afetados, sendo os inferiores mais afetados; paraplégica - com deficiência motora e funcional nos dois membros inferiores; hemiplégica - em que são afetados apenas os membros de um lado do corpo; e quadriplégica - neste caso, as crianças têm os quatro membros gravemente afetados, com atraso mental habitualmente grave, e não se tem como definir os membros mais afetados (AFONSO, 2012 *apud* FINNIE, 2000).

1.2 A Cárie Dentária

Fejerskov *et al.* (2011, p. 4) definem cárie como “uma dissolução química da estrutura dentária causada pelos eventos metabólicos ocorridos no biofilme (placa dentária) que cobre a área afetada”.

A cárie dentária é também definida como uma doença que surge do resultado da interação entre a microbiota oral cariogênica, o hospedeiro suscetível e a dieta, ao longo do tempo (DELGADO, 2014 *apud* MELO *et al.*, 2008).

O biofilme oral ainda é o principal fator etiológico da cárie, somente havendo progressão da doença na superfície do dente na qual encontramos a placa bacteriana, porém deve-se lembrar que a etiologia da doença não pode apenas estar relacionada a fatores locais, mas também tem relação com o indivíduo e a comunidade (DELGADO, 2014 *apud* SALA; GARCIA, 2013).

Considerada uma doença multifatorial, onde elementos como biofilme formado por micro-organismos específicos num período de tempo são fundamentais, a cárie dentária possui, portanto, determinantes biológicos, que agem no nível da superfície dentária, porém não podem ser esquecidos os fatores sociais, que agem no nível individual/populacional: a classe social, a educação, as atitudes e outros (FERREIRA-NOBILO; SOUSA; CURY, 2014; FEJERSKOV *et al.*, 2011).

Grigalauškienė, Slabšinskienė e Vasiliauskienė (2015) afirmam que cada pessoa tem seu próprio risco de cárie, que é determinado pela microbiota bucal e pelo sistema imunológico influenciado pelos fatores ambientais e genéticos.

Apesar de, na maioria das situações, o ser humano ter capacidade de possuir resposta imunitária face a uma das bactérias apontadas como um dos grandes causadores da cárie dentária, o *Streptococcus Mutans*, sem qualquer atuação terapêutica, essas respostas são

normalmente insuficientes. Sendo assim, as crianças com menores acessos a cuidados de saúde oral são mais vulneráveis e possuem maior prevalência da doença (DELGADO, 2014).

É válido também lembrar que na infância pode existir uma relação entre a cárie dentária e fatores maternos, como escolaridade e condição socioeconômica das mães, e também entre a cárie e fatores relacionados à criança ligados à higiene bucal e à dieta, neste caso as ações de promoção de saúde devem priorizar a educação de pais e responsáveis (SOUZA *et al.*, 2014).

Segundo Pinto (2005), não há diferença entre a cárie e outras doenças infecciosas, todas tendo como variáveis principais o ataque microbiano e a resistência do hospedeiro.

Entretanto, percebe-se ainda, através de estudos, que o processo preventivo da doença em crianças não pode contar com o benefício das vacinas devido a obstáculos relacionados a fatores econômicos e entraves ligados às pesquisas sobre o assunto. Portanto, percebe-se que a prevenção está relacionada ao controle de fatores determinantes no desenvolvimento do processo saúde doença (PINTO, 2005; DELGADO, 2014).

Para se estudar a cárie e sua distribuição nas populações é necessário medir sua validade e confiabilidade. Medidas válidas e confiáveis, como um índice, são fundamentais para se obter uma expressão precisa da distribuição da doença num grupo. Depois da sugestão de diversos índices para mensuração de cárie, dos anos 1920 até início dos anos 1930, decidiu-se contar o número de dentes com cáries óbvias (cavidade) e incluir dentes restaurados e perdidos em função da cárie. Assim, a primeira descrição do que agora se conhece com índice de CPO (Cariado Perdido e Obturado) veio dos estudos sobre cárie dentária em Hargertstown, Maryland, em 1930. O índice CPO tem sido usado de forma ampla desde sua introdução em 1938 (FEJERSKOV *et al.*, 2011).

O CPO tem suas limitações, a intenção original era marcar um C apenas quando houvesse cavitação, e isso tem dado margem ao surgimento de sistema de escores que registram a cárie em todos os estágios, como o ICDAS (Sistema Internacional de Detecção e Verificação de Cárie).

Entretanto, “até que uma medida objetiva seja desenvolvida e aceita alguma modificação no CPO continuará a ser o índice principal usado para expressar a condição de cárie na população” (FEJERSKOV *et al.*, 2011, p. 126).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que as lesões de cárie sejam diagnosticadas em nível de cavitação, fazendo uso do CPO para medi-la, e aconselham o uso de uma sonda para índice periodontal comunitário (IPC) na verificação e diagnóstico das lesões quando necessário. Na quinta edição do Manual de Levantamentos Básicos em Saúde

Bucal, a OMS determina que a condição da dentição deve ser registrada em conformidade com as recomendações dadas nas edições prévias do manual: “Isso irá assegurar que a prevalência e a incidência de cárie dentária continuem a ser registrada utilizando critérios robustos relevantes à saúde pública” (OMS, 2017, p. 6).

1.3 Contextualização da Cárie Dentária no Paciente com Paralisia Cerebral

A relação entre a saúde bucal e o desenvolvimento de atividades básicas da vida cotidiana é inquestionável. A própria Organização Mundial de Saúde (2003) afirma isso quando ressalta a importância da saúde bucal em atividades como falar ou mastigar, ou quando menciona como consequências de uma boa saúde oral a proteção contra infecções e ameaças ambientais. A OMS (2003) relata ainda que as doenças bucais implicam restrições de atividades na escola, no trabalho e na vida doméstica, causando a perda de milhões de horas destas atividades, a cada ano, em todo mundo (NARVAI, 2011; WHO, 2003).

Portanto, a busca de boas condições orais de saúde é algo que deve ser iniciado o mais cedo possível na vida de um indivíduo. Segundo Oliveira *et al.* (2012), vários estudos apontam para a importância de um trabalho educativo-preventivo em crianças com o intuito da diminuição dos riscos às doenças bucais. Neste contexto, também é válido salientar que os pais exercem papel essencial no adequado cuidado da saúde oral na idade pré-escolar, influenciando na adoção de bons hábitos de saúde bucal por parte das crianças (FAUSTINO SILVA *et al.*, 2008).

Entretanto, deve-se considerar que crianças que possuem alguma ou múltiplas deficiências, mesmo com o cuidado adequado das famílias ou com a correta intervenção educacional- preventiva, terão dificuldades ou ainda nunca conseguirão atingir um patamar de independência que as permita desenvolver os bons hábitos de saúde de bucal.

Para agravar a situação da criança com deficiência, a exclusão social prejudica a percepção desta pelos serviços públicos. De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), no manual que trata de crianças com deficiência de 2013, “crianças com deficiência são frequentemente consideradas inferiores, o que as expõe a maior vulnerabilidade: a discriminação baseada em deficiência manifesta-se em marginalização na alocação de recursos e em tomadas de decisão [...]” (UNICEF, 2013, p. 1).

Considerando, portanto, as dificuldades relacionadas à percepção dos serviços de saúde e aquelas ligadas às características intrínsecas da necessidade do cuidado, percebe-se o quão vulnerável é esta parcela da população às situações que colocam sua saúde bucal em risco.

Contudo, a UNICEF (2013) afirma que crianças cujas deficiências são identificadas de forma precoce têm mais chances de atingir sua capacidade plena. Desta forma, existe a chance destas crianças, com a ajuda conjunta de seus familiares e de uma equipe multidisciplinar, atingirem parâmetros que venham a contribuir de forma geral com sua saúde, inclusive com a saúde bucal.

Portanto, todas as crianças que nascem com alguma deficiência necessitam, de acompanhamento de uma equipe formada por diversos profissionais de saúde em um processo que envolve as famílias com o foco na reabilitação e intervenção precoce. A intervenção precoce trata-se do uso de recursos incentivadores em crianças, nos primeiros anos de vida, como intuito de alcançar o pleno desenvolvimento infantil no processo de evolução (GOLLO; GRAVE, 2015; BRASIL, 1995).

Dentro do grupo de crianças que necessitam de uma estimulação intensiva nos primeiros anos de vida é comum encontrarmos pacientes com diagnóstico de paralisia cerebral (PC). Estas crianças, envolvidas no processo de intervenção precoce e reabilitação, devem ter, portanto, um cuidado integral da saúde para que todo desenvolvimento proposto possa ocorrer da melhor forma possível, e é neste contexto que se pode incluir a importância de uma atenção especial voltada à saúde bucal. Segundo Caldas Junior e Marchiavelli (2013), a saúde bucal e a assistência odontológica devem estar inclusas no processo de atenção integral à saúde das pessoas com deficiência, e devem estar presentes nos programas de saúde pública destinados à população em geral.

A Paralisia Cerebral (PC) é uma condição que não determina qualquer anormalidade na cavidade bucal, entretanto, muitas condições relacionadas a saúde bucal são mais comuns ou mais severas neste grupo quando comparado às do grupo sem paralisia cerebral (CALDAS JR; MARCHIAVELLI, 2013).

Sendo a cárie dentária responsável por elevado problema de saúde bucal no mundo, afetando, no início do século 21, entre 60% e 90% das crianças em idade escolar e expressiva proporção de adultos nos países industrializados; observa-se a relevância da investigação desta doença nos diversos grupos populacionais (WHO, 2003).

Assim, mesmo sabendo que a condição de PC por si só pode não predispor os pacientes a doenças bucais, percebe-se a necessidade de acompanhamento de doenças como a cárie dentária nestes pacientes, pois é clara a presença de fatores intrínsecos à paralisia cerebral que podem agir aumentando o risco de desenvolvimento desta enfermidade nos pacientes com este diagnóstico.

De modo geral, problemas relacionados à manutenção da higiene bucal satisfatória, uso sistemático de medicamentos, hábitos alimentares precários e outros fatores podem interferir de forma direta ou não na prevalência da cárie em pacientes com paralisia cerebral.

Em relação ao sistema estomatognático, segundo Lemos e Katz (2016), o risco à cárie de pacientes com PC pode estar aumentado em função da diminuição das funções da fala, mastigação e deglutição. Além disso, Caldas Jr e Marchiavelli (2013) afirmam também que a hipoplasia do esmalte é muito comum nas pessoas com este diagnóstico e que isso pode ser considerado um fator de risco para cárie nesta população.

Caraterísticas intrínsecas ligadas ao processo de higiene bucal das pessoas com deficiência, o que inclui o grupo com PC, devem ser consideradas relevantes também. Hartwig *et al.* (2015), no seu estudo sobre “Recursos e Técnicas para a Higiene Bucal de Pacientes com Necessidades Especiais” relata uma possível dificuldade em relação à realização do processo de higiene bucal, que pode estar comprometido pelo atraso motor e/ou *deficit* intelectual. Deve-se considerar, portanto, que estes pacientes podem não contribuir de forma responsável e consciente com as práticas preventivas de saúde oral.

No estudo de Ribeiro (2015) em crianças com paralisia cerebral foi detectado um estado de higiene oral insatisfatório na globalidade da amostra, o que foi entendido como fator que revela o desconhecimento e/ou as dificuldades encontradas por pais e/ou cuidadores em relação às práticas de higiene bucal, e o obstáculo à saúde bucal mais comumente referido pelos cuidadores destas crianças foi o tempo despendido na execução dos cuidados diários.

Outro fator que deve ser ponderado é a necessidade do auxílio de um cuidador para desempenhar funções de higiene bucal diária nessas crianças. Gomes (2016) inicia seu estudo afirmando que pessoas com deficiência apresentam mais problemas de saúde bucal e que estes problemas se tornam mais graves em pacientes com comprometimento motor ou intelectual, sendo necessário o auxílio de um cuidador para desempenhar funções de higiene bucal diária.

Muitos são, portanto, os fatores que dificultam o cotidiano de famílias de crianças com paralisia cerebral, o que pode comprometer os cuidados diários que devem ser direcionados à saúde bucal destas, como as próprias limitações impostas pela doença, as dificuldades de transporte, a falta de ajuda de parentes e amigos (SIMÕES, 2013). Segundo Dantas *et al.* (2012), no seu estudo sobre “Facilidades e Dificuldades da Família no Cuidado à Criança com Paralisia Cerebral”, as maiores dificuldades encontradas foram as repercussões da paralisia nas atividades da vida diária (DANTAS *et al.*, 2012).

Flório *et al.* (2007), ao estudarem a saúde bucal de pacientes com múltiplas deficiências, ressaltam a importância da precocidade da procura pelo cirurgião-dentista e a necessidade da busca por maneiras de diminuir dificuldades referentes a procedimentos de higienização bucal. Os autores afirmam que devido a estas dificuldades a prevalência de cárie e doença periodontal tornam-se bastante elevadas quando comparadas a indivíduos não portadores de múltiplas deficiências.

Oliveira e Giro (2011) confirmam isso ao concluírem que a busca por auxílio, o mais cedo possível, resulta em maior cooperação frente ao tratamento odontológico.

Diante do interesse por estudos direcionados ao contexto da saúde bucal em crianças com deficiência, após alguns anos de convivência diária com estas e com seus cuidadores em ambientes de intervenção terapêutica como o NUTEP (Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce), surgiu o anseio por realizar um estudo voltado a esta população.

Entendendo, portanto, a importância da repercussão de doenças bucais como a cárie dentária no cotidiano das crianças com PC, objetivou-se a realização de um estudo relacionado a esta enfermidade na população em questão.

Neste contexto, identificou-se no Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP) a presença de uma demanda de crianças com paralisia cerebral em tratamento contínuo que poderia ser investigada quanto a fatores relacionados à cárie dentária.

O NUTEP trata-se de instituição filantrópica vinculada à Universidade Federal do Ceará, que traz a proposta de tratamento em intervenção precoce e reabilitação voltada a pacientes com deficiência e que estimula o desenvolvimento do ensino e da pesquisa, fatores que favoreceram e incentivaram a busca por este local de pesquisa (NUTEP, 2016).

O núcleo surgiu no Ceará em 1987, iniciou suas atividades atendendo bebês prematuros procedentes da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e ampliou com o tempo sua atuação, chegando a ser referência estadual. Atualmente (2019) é mantido exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, oferecendo serviços especializados para o tratamento e/ou acompanhamento contínuo em Intervenção Precoce e Reabilitação. O NUTEP, através do Centro de Estudos e Pesquisas, promove e apoia o desenvolvimento do ensino e da pesquisa na área do desenvolvimento infantil e em outras áreas relacionadas à saúde das crianças; e tem como objetivo assistir crianças com risco, transtornos ou desarmonia do desenvolvimento e suas famílias, propondo-se a ser um centro de referência para pesquisa e para formação profissional (NUTEP, 2016).

Desde novembro de 2011, o Decreto Nº 7612 lançou o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limites, ressaltando o compromisso do

Governo Federal Brasileiro com as prerrogativas da Convenção da ONU sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, que no Brasil foi ratificada com equivalência à emenda constitucional. Este plano traz a discussão sobre o tema “Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência”, e, por meio do Viver sem Limites, o Governo Federal criou, em 2012, a “Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência”, para implantação, qualificação e monitoramento das ações de reabilitação nos estados e municípios. Até 2014 foram planejadas diversas ações entre as quais podemos citar a qualificação da atenção odontológica e a criação dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) (BRASIL, 2013b).

O NUTEP, desde 2014, foi habilitado pelo Ministério da Saúde como um Centro Especializado em Reabilitação nas áreas auditiva e intelectual (CERII), passando a fazer parte da nova “Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência” (NUTEP, 2016).

Diante da relevância do adequado acompanhamento da prevalência de cárie dentária em crianças com paralisia cerebral e da existência de um local propício e adequado para o estudo do tema em questão, onde não houve estudos anteriores sobre o assunto, é que surgiu a necessidade de observação científica dessa população através de um estudo com abordagem transversal e descritiva.

2 PROPOSIÇÕES

2.1 Objetivo geral

Conhecer a situação de cárie dentária e fatores determinantes à saúde bucal nas crianças com paralisia cerebral.

2.2 Objetivos específicos

- Estimar a prevalência e a severidade de cárie dentária;
- Caracterizar o perfil socioeconômico e a utilização dos serviços odontológicos;
- Identificar e analisar as rotinas de cuidados em saúde bucal e a dieta.

3 CAPÍTULOS

REGIMENTO INTERNO

Esta dissertação está baseada no Artigo 46 do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, que regulamenta o formato alternativo para dissertações de Mestrado e teses de Doutorado e permite a inserção de artigos científicos de autoria ou coautoria do candidato. Por se tratar de pesquisas envolvendo seres humanos, o presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, com o parecer N° 2.456.363 (ANEXO D). Diante disso, tal dissertação de mestrado é composta por um capítulo que contém um artigo científico, o qual será submetido à publicação no periódico “Revista Ciência e Saúde Coletiva”, da área de Saúde Coletiva.

3.1 CAPÍTULO 1

A CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL: UM ESTUDO TRANSVERSAL E QUANTITATIVO

Kátia Linhares da Ponte Medeiros; Maria Eneide Leitão de Almeida.

RESUMO

Diante da relevância da atenção em saúde bucal no contexto do atendimento integral à saúde de crianças com paralisia cerebral (PC) e entendendo a relevância da cárie dentária entre as enfermidades bucais, surgiu a necessidade de investigar essa parcela da população. O objetivo foi analisar a prevalência da doença cárie em crianças com PC e conhecer os fatores que possam intervir no desenvolvimento desta. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e observacional, em que participaram da pesquisa 102 pessoas, sendo 51 crianças com paralisia cerebral e 51 cuidadores responsáveis principais. Os dados foram coletados através da aplicação de um formulário e de exame clínico-epidemiológico das crianças utilizando o índice de CPOD/ceod. Os dados obtidos foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual, sendo analisados por meio do teste Qui-quadrado e exato de Fisher. Como resultados, dos cuidadores investigados, 58,82% afirmavam encontrar dificuldades para realização de higiene bucal da criança. Do total de crianças, 45,09% nunca foram levadas a uma consulta odontológica. Quanto à prevalência da cárie, 37,25% das crianças possuíam experiência de cárie e 33,33% possuíam a doença com necessidade de tratamento. Quanto à severidade, o CPO-D médio foi de 0,47 e o ceo-d médio foi 1,29. Foi encontrada relação significativa entre ceo-d e existência de limitadores da frequência de higiene bucal ($p = 0,013$) e entre o CPO-D, deficiência intelectual ($p = 0,048$) e local de preferência da busca por atendimento odontológico ($p = 0,013$). Concluiu-se que 1/3 das crianças pesquisadas possuía cárie, necessitando de real acompanhamento profissional em relação à saúde bucal. Além disso, observou-se a existência de fatores ligados à presença de deficiência intelectual, à existência de limitações na higiene bucal e a serviços odontológicos utilizados que podem contribuir para o desenvolvimento de cárie dentária nas crianças. Percebeu-se, ainda, que são necessárias políticas públicas que atuem de forma a facilitar o acesso ao serviço de saúde bucal para as crianças com PC.

Palavras-chaves: Paralisia Cerebral. Saúde Bucal. Cárie Dentária. Índice CPO.

ABSTRACT

Given the relevance of oral health care in the context of comprehensive health care for children with cerebral palsy (CP) and understanding the relevance of dental caries among oral diseases, there was the need to study this population group. The objective was to assess the prevalence of dental caries and know the factors that may interfere with its onset. A descriptive observational cross-sectional study was carried out with 102 people: 51 children with cerebral palsy and their 51 main caregivers. Data were collected through the application of a formulary and the epidemiological and clinical examination of the children using the deft/DMFT index. The obtained data were described as absolute and percentage frequency and analyzed using chi-squared and Fisher's Exact tests. A total of 58.82% of the caregivers reported difficulties in performing children's oral hygiene. Additionally, 45.09% of the children were never taken to a dental appointment. Regarding the prevalence of caries, 37.25% of the children had had caries experience and 33.33% presented untreated caries. As for severity, the mean DMFT score was 0.47 and the mean deft score was 1.29. There was a significant positive relationship between deft index and presence of factors that limited oral hygiene frequency ($p=0.013$) and between DMFT index and presence of intellectual disability ($p=0.048$) and preferred place for dental care ($p=0.013$). In conclusion, one third of the analyzed children presented caries and hence needed real professional oral health care. In addition, there were factors related to the presence of intellectual disability, the existence of limitations in oral hygiene and dental services used that may have contributed to the onset of dental caries in the children. Therefore, public policies are needed to facilitate CP children's access to oral health services.

Keywords: Cerebral Palsy. Oral Health. Dental Caries. DMF Index.

INTRODUÇÃO

Segundo Hadda, Tagle, Passos¹, estudos da situação global da pessoa com deficiência apontam para um estado de saúde bucal ruim e um acesso limitado aos cuidados odontológicos.

Um fator relevante na intervenção à saúde bucal destes pacientes está relacionado a abordagem destes, pois, muitas vezes, esta acaba tornando-se um real desafio para os profissionais. Vieira e Favoreto², ao avaliarem as práticas de cuidado a pessoas com deficiência, afirmaram que estas não existem por si, mas devem ser construídas com base na complexidade das situações a serem enfrentadas.

Uma deficiência comum na sociedade é a paralisia cerebral (PC). Segundo Gregorutti³, a paralisia cerebral é uma deficiência não progressiva, que dura toda a vida, não tem cura, mas pode sofrer modificações devido a maturação do Sistema Nervoso Central, fatores ambientais e circunstanciais.

Apesar do diagnóstico de paralisia cerebral não determinar qualquer anormalidade nas condições bucais, existem fatores relacionados a pacientes com este diagnóstico que podem contribuir para o desenvolvimento de doenças bucais, como a cárie dentária, tornando, algumas vezes, muitas condições relacionadas à saúde bucal mais comuns ou mais severas neste grupo⁴.

Entendendo a relevância da ação de intervenção preventiva e curativa do profissional de saúde bucal no controle da cárie, responsável por elevado problema de saúde bucal no mundo, segundo a OMS⁵, percebe-se a necessidade de observação da doença em grupos de pacientes com paralisia cerebral e dos fatores que possam estar associados a ela.

Considerando a relação da cárie dentária com a dieta e os cuidados diários direcionados à saúde bucal, observa-se neste grupo características intrínsecas que merecem atenção especial.

Fatores relacionados às dificuldades de higiene bucal, hipoplasia do esmalte, alimentação precária, movimentação anormal da musculatura facial, retenção prolongada de alimentos, além da presença de possíveis convulsões que sugerem uso de medicações frequentes estão intrinsecamente ligados ao paciente com PC e podem ter consequências diretas na saúde bucal destes pacientes e no desenvolvimento da cárie dentária destes⁴.

Segundo Silva *et al.*⁶, a presença de complicações relacionadas à PC pode requerer o uso de medicamentos de forma contínua e por longos períodos, e mesmo quando seus responsáveis recebem orientação adequada quanto à higienização, os pacientes com PC

que fazem uso contínuo de medicação na forma de solução oral podem apresentar maior experiência de cárie.

Santos *et al.*⁷ afirmaram que o desempenho motor oral comprometido interfere na ingestão de líquidos, interferindo no estado de hidratação de crianças com paralisia cerebral, causando um aumento da osmolaridade salivar, o que resulta em maior risco de doenças bucais, principalmente naquelas com pior desempenho motor oral.

Assim, o risco de cárie em crianças com PC pode estar aumentado devido aos maiores valores de osmolaridade salivar⁸.

Matsui *et al.*⁹, ao fazerem uma revisão de literatura, deduziram que pacientes com paralisia cerebral apresentam disfunção no trato salivar, com diversas alterações no fluxo e composição da saliva que expressam o aumento de risco à saúde bucal. Segundo as análises deste estudo, apesar de não ser consenso em todas as pesquisas, algumas delas apontam para uma redução do fluxo salivar do paciente com paralisia cerebral, o que pode comprometer a capacidade tampão da saliva, facilitando o desenvolvimento da cárie dentária, principalmente quando se emprega tratamento cirúrgico para o controle do escape salivar nestes pacientes.

Estudos apontam para uma necessidade de análise da cárie dentária nos pacientes com paralisia cerebral, mostrando índices elevados da prevalência da doença nesta parcela da população^{10, 11, 12}.

Lemos e Kartz¹³, ao avaliarem a ocorrência de cárie dentária e necessidades de tratamento em crianças com paralisia cerebral atendidas no setor de Odontologia de um centro de referência do Nordeste do Brasil (Associação à Criança Deficiente, Recife-Brasil), e conhecerem suas principais dificuldades no acesso ao tratamento odontológico, concluíram que havia uma necessidade de melhorar a assistência odontológica a esses pacientes, de forma quantitativa, qualitativa e integrada com ações multidisciplinares. É possível perceber, com isso, a relevância de fatores relacionados ao acesso aos serviços odontológicos deste grupo de pacientes.

É necessária, também, a compreensão de que fatores socioeconômicos possam estar relacionados ao processo saúde-doença e o possível favorecimento ao desenvolvimento da cárie neste grupo de pacientes, pois os processos sociais complexos também podem determinar ou agravar as necessidades de saúde das pessoas com deficiência^{14,1}. Isso reforça a necessidade da construção de práticas de cuidado à saúde que considerem todos os aspectos subjetivos da condição de vida¹.

É relevante lembrar que a presença de disfunções sistêmicas em pacientes com deficiências facilita o desenvolvimento de doenças na cavidade bucal, o que pode levar a um

maior comprometimento sistêmico deste. Conclui-se, portanto, que indivíduos com deficiência necessitam de atenção médica e odontológica voltadas especificamente a sua condição^{15,16}.

Neste contexto, considera-se adequado investigar os fatores que possam estar relacionados à cárie dentária em crianças com paralisia cerebral e a prevalência da doença neste grupo de pessoas.

Assim, estudos sobre o acesso ao serviço odontológico, a dieta, as rotinas de cuidado com a saúde bucal, fatores socioeconômicos e as próprias condições de saúde bucal relacionadas à cárie dentária de pessoas com deficiência podem ser fundamentais para estruturação de processos de intervenção em saúde odontológica. Portanto, entender e conhecer o perfil destes pacientes dentro da sua rotina de atividades pode ajudar a formular estratégias de ação no sentido de se melhorar a saúde bucal destes pacientes, tendo em vista os aspectos subjetivos das suas condições de vida.

Considerando a necessidade de atenção integral no processo de reabilitação de crianças com deficiência, este estudo objetivou conhecer a realidade das condições de saúde bucal em relação à cárie dentária e fatores associados à doença em questão no grupo de crianças com diagnóstico de paralisia cerebral com o intuito de aprimorar o conhecimento científico e estimular a formação de estratégias de abordagens que possam intervir de forma positiva na saúde bucal desses pacientes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, descritivo e observacional, que considera aspectos relativos à cárie dentária em crianças com paralisia cerebral que fazem parte do processo de reabilitação e estimulação precoce no Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce.

Estudos transversais apresentam características essenciais, como as mensurações feitas em um único momento de tempo; são úteis quando se quer descrever variáveis em seus padrões de distribuição e possibilitam identificar a prevalência de um fenômeno de interesse, como é o caso do estudo em questão¹⁷.

O estudo foi desenvolvido no Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP) vinculado à Universidade Federal do Ceará, pois trata-se de uma instituição responsável pela atenção em reabilitação e intervenção precoce de crianças com deficiências que possui no seu quadro de pacientes uma demanda significativa de crianças com paralisia

cerebral, foco da pesquisa. Além disso, a instituição promove e apoia o desenvolvimento do ensino e da pesquisa na área do desenvolvimento infantil e em outras áreas relacionadas à saúde das crianças.

O NUTEP é uma instituição filantrópica, dotada de títulos de Utilidade Pública nas esferas municipal, estadual e federal e está ligado à Universidade Federal do Ceará como um Programa de Extensão, sendo mantido exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS) e habilitado pelo Ministério da Saúde como um Centro Especializado em Reabilitação nas áreas auditiva e intelectual (CERII) (NUTEP, 2016)¹⁸.

Os critérios de inclusão da amostra foram: crianças entre 0 e 12 anos, com o diagnóstico de Paralisia Cerebral, com prontuário no NUTEP e acompanhadas de seus cuidadores principais (pais ou responsáveis).

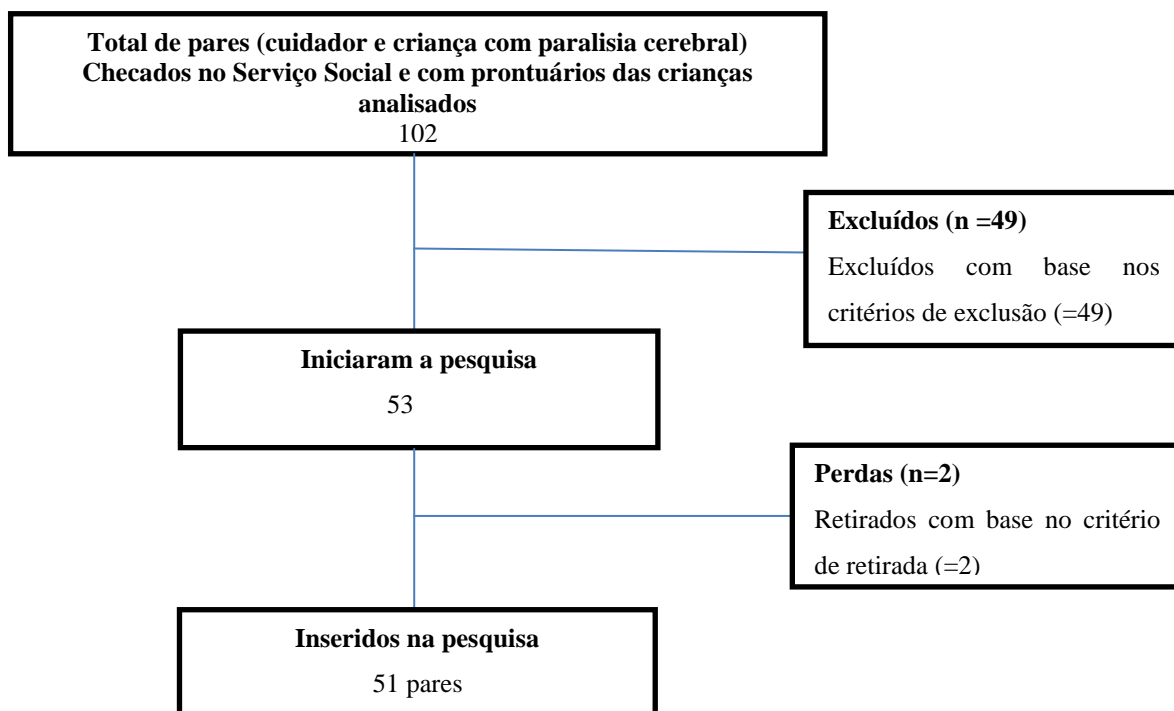
Como critérios de exclusão foi determinado: crianças cujos elementos dentários ainda não tenham erupcionado; com diagnósticos de outras enfermidades que possam não ser agravos da própria PC; e que possuam como acompanhantes cuidadores temporários durante a coleta dos dados.

O critério de retirada foram as crianças cujo comportamento ou as dificuldades psíquico-motoras não permitiram o adequado exame epidemiológico após duas tentativas.

Durante o período de coleta dos dados, após busca ativa dos pares (crianças com PC e cuidador) através dos prontuários de crianças com paralisia cerebral, 102 pares foram checados no serviço social e tiveram os prontuários das crianças analisados; destes, 49 foram excluídos com base no critério de exclusão, 53 pares (cuidadores e crianças com paralisia cerebral) iniciaram a pesquisa. Após a perda de dois pares com base no critério de retirada, ficaram inseridos na pesquisa 51 cuidadores e 51 crianças com paralisia cerebral, totalizando 102 pessoas pesquisadas.

Para compreensão de como foi obtida a amostra que compôs o referido estudo, o seguinte fluxograma foi delineado:

Figura 1: Fluxograma da obtenção da amostra. Fortaleza – CE, 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

A coleta de dados foi realizada em duas etapas de abordagem dos pares envolvidos na pesquisa (cuidador e criança com PC).

Na primeira, foi realizada entrevista com o cuidador da criança com diagnóstico de paralisia cerebral. Esta entrevista foi baseada em um formulário estruturado e relacionado aos fatores socioeconômicos, rotinas de cuidado com a saúde bucal, dieta e acesso ao serviço de saúde bucal (APÊNDICE A), e, em seguida, foi feito o exame epidemiológico-clínico das crianças com PC.

O formulário relacionado à primeira etapa da coleta teve como base os estudos de Martin, Andia-Merlin e Giovani¹⁹, Ferreira *et al.*²⁰ e Santos²¹. Este foi devidamente estruturado e discutido por uma equipe de pesquisadores, em seguida, foi submetido a um estudo piloto, no mês de janeiro de 2018, no local onde seria realizada a pesquisa com 20 cuidadores de crianças com deficiência que não participariam da pesquisa.

Após a aplicação do piloto, o formulário sofreu os ajustes necessários e foi devidamente adequado, de forma que se tornasse compreensível e acessível para o seu público-alvo.

A segunda etapa da abordagem dos pares na coleta de dados, que se relaciona à avaliação das crianças com PC através de exame epidemiológico-clínico, foi realizada com base na avaliação da cárie através do índice epidemiológico de Klein e Palmer de Cárie dentária (CPO-d/Ceod), reconhecido mundialmente e preconizado pela OMS, de onde se pode inferir o CPO-D médio (dentição permanente) e o ceo-d (dentição decídua). Com este índice é possível avaliar número de dentes cariados, perdidos por cárie e restaurados na dentição decídua e permanente, analisando, assim, o processo de ação de uma das enfermidades mais comuns na boca, que é a cárie dentária. O índice de cárie foi utilizado segundo critérios recomendados pela OMS, adaptados pelo Projeto SB2000²² e obtido através de um odontograma simplificado para o CPO-D e Ceo-d baseado no estudo de Ratacaso²³ (APÊNDICE C).

Esta fase da coleta contou com apenas um examinador, que foi o pesquisador principal. Este foi devidamente calibrado em fevereiro de 2018, conforme orienta o *Manual de Levantamentos em Saúde Bucal*²⁴. A calibração foi dividida em quatro momentos, a saber: primeiramente foi feito um estudo teórico do índice que seria utilizado na pesquisa com orientação de um epidemiologista experiente, depois foi feito um treinamento prático do índice através do exame em um grupo de 10 crianças da mesma faixa etária das que participariam da pesquisa, momento no qual os exames eram discutidos pelo pesquisador principal e pelo examinador padrão; em seguida foram feitos exames em duplicada em um grupo de 25 crianças em dias sucessivos pelo pesquisador principal. E finalmente, ao longo da pesquisa, 10% das crianças foram reexaminadas para comparações dos exames e continuação da calibração intra-examinador. Foi obtida uma concordância de 1,0 para o CPO-D e de 0,999 para o ceo-d com p-Valores menores que 0,001, atingindo o nível de consistência preconizado pela OMS, que deve variar entre 85-95% para a maioria das avaliações²⁴.

Nos exames foram utilizados espelhos bucais, sondas periodontais preconizadas pela OMS, luz artificial, abridores de boca específicos desenvolvidos pela pesquisadora e equipamentos de proteção individual.

A coleta efetiva dos dados foi iniciada no mês de março de 2018, logo após o processo de calibração. As duplas de participantes (criança e cuidador) foram escolhidas aleatoriamente a partir dos prontuários disponibilizados, conferidos os critérios de inclusão e exclusão com a checagem destes no Serviço Social do local e com a análise dos prontuários físicos das crianças. Quando os participantes eram selecionados, passavam a ser recrutados para a coleta no período em que já estaria no local da pesquisa em tratamento. Dava-se início à coleta dos dados com a aplicação do formulário e, em seguida, o exame clínico.

Os dados obtidos foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual, sendo analisados por meio do teste Qui-quadrado e exato de Fisher. Todas as análises foram realizadas no *software* Statistical Package for The Social Sciences, versão 17,0 para Windows, adotando uma confiança de 95%.

O estudo foi submetido à aprovação pela direção local do Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), obedecendo a todos os princípios e diretrizes da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, aprovado com parecer nº 2.456.363 em 26 de dezembro de 2017.

Todos os voluntários só participaram dessa pesquisa quando cientes dos objetivos e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e o Termo de Consentimento para Exame Clínico (APÊNDICE D), sendo garantido o uso das informações coletadas apenas para fins científicos. Todos os pacientes nos quais foram identificadas necessidades de tratamentos foram devidamente atendidos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde ou encaminhados para Centros de Especialidades Odontológicas segundo demanda exigida para o tratamento.

RESULTADOS

Do total de crianças examinadas, 25 eram do sexo feminino (49,01%) e 26 eram do sexo masculino (50,98%). Destas 54,90% tinham idade até 5 anos e 45,09% estavam acima de 5 anos (Tabela 1).

Em relação ao diagnóstico das crianças com paralisia cerebral, no que diz respeito a sua condição motora, foram encontradas 32 crianças com tetraparesia espástica (62,74%), 10 com hemiparesia espástica (19,60%), 4 com diparesia espástica (7,84%) e 2 com condição mista (3,92%) (Tabela 1). Do total de crianças investigadas, 49,01% possuía, de forma clara, em seus prontuários a condição de deficiência intelectual (retardo mental), 23,52% possuíam quadro de epilepsia, 7,84% deficiência visual e 5,88% deficiência auditiva.

Quanto ao perfil dos cuidadores, verificou-se que mais da metade (68,62%) possuía até 40 anos e que a grande maioria era composta por mães (84,31%) (Tabela 1).

No que diz respeito ao grau de escolaridade dos cuidadores, apenas 9,80% destes possuíam ensino superior (completo ou incompleto), 54,90% possuíam ensino médio completo ou incompleto e 35,29% possuíam ensino fundamental completo ou incompleto (Tabela 1).

Na tabela 1 também pode-se observar a situação civil dos cuidadores e percebe-se que uma parte significativa dos cuidadores eram casados ou tinham união estável (60,78%).

Constatou-se, também, que a grande maioria dos cuidadores não possuía nenhuma atividade remunerada (86,27%). Destes, 97,72% afirmavam que o motivo que os impedia de trabalhar era a necessidade de dar atenção à criança (Tabela 1).

Mais da metade dos participantes entrevistados afirmava possuir renda familiar mensal de até 1 salário mínimo (52, 94%) e apenas 7,84% destes tinham uma renda familiar acima de 3 salários mínimos. Importante ressaltar que 78,43% das crianças pesquisadas contavam com benefícios financeiros do governo (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização demográfica e socioeconômica em número e porcentagem de crianças com paralisia cerebral e seus cuidadores (Fortaleza - CE, 2018)

Sexo da criança	N	%
Masculino	26	50,98
Feminino	25	49,01
Idade da criança		
Até 5 anos	28	54,90
Acima de 5 anos	23	45,09
Idade do cuidador		
Até 40 anos	35	68,62
Acima de 40 anos	16	31,37
Grau de parentesco do cuidador		
Mãe	43	84,31
Pai	1	1,96
Avó(a)	5	9,80
Outros	2	3,92
Tipo de PC das crianças		
Tetraparesia espástica	32	62,74
Hemiparesia espástica	10	19,60
Diparesia espástica	4	7,84
Outros	3	5,88
Mista	2	3,92
Grau de escolaridade do cuidador		

Analfabeto	0	0,00
Ensino fundamental compl/incompl	18	35,29
Ensino médio compl/incompl	28	54,90
Ensino superior compl/incompl	5	9,80
Estado civil dos cuidadores		
Solteiro	13	25,49
Casado(a)/ em união estável	31	60,78
Separado(a)/divorciado(a)	6	11,76
Outros	1	1,96
Exercício de atividade remunerada pelo cuidador		
Sim	7	13,72
Não	44	86,27
Renda mensal da família da criança		
Até 1 salário mínimo	27	52,94
Entre 1 e 3 salários mínimos	20	39,21
Acima de 3 salários mínimos	4	7,84
TOTAL	51	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

A tabela 2 traz os dados relativos aos cuidados com a saúde bucal. Neste estudo foi possível ver que todos os cuidadores afirmaram que era realizada higiene bucal nas crianças e 90,19% deles eram os responsáveis diretos pela higienização, porém apenas 25,49% do total relataram fazer a higiene bucal três ou mais vezes por dia.

Em relação às orientações sobre saúde bucal, a maioria dos cuidadores afirmaram ter recebido orientações, porém 39,21% dos cuidadores afirmou nunca ter recebido orientações sobre saúde bucal. Entre os que receberam alguma orientação, constatou-se que mais da metade (51,61%) as receberam de um dentista.

Muitos cuidadores (58,82%) relataram encontrar dificuldades para realização da higiene bucal da criança, dado que pode ser observado na tabela 2. Em relação aos materiais

utilizados na higiene bucal das crianças, 100% dos cuidadores afirmaram usar escovas dentais e em 100% das crianças pesquisadas não era utilizado o fio dental.

Das dificuldades elencadas pelos cuidadores para o ato da realização da higiene bucal, a falta do controle físico ou emocional da criança foi a mais mencionada (62,22% do total de dificuldades mencionadas), o que pode ser visualizado na tabela 2.

Quando questionados quanto ao que limitava a frequência com que faziam a escovação, a sobrecarga da rotina de atividades diárias foi o fator limitante mais vezes mencionado, representando 41,85% destes fatores (Tabela 2).

Tabela 2 - Características relacionadas a cuidados em saúde bucal direcionados a crianças com paralisia cerebral e seus cuidadores distribuídas em número e porcentagem (Fortaleza - CE, 2018)

Responsáveis pela higiene bucal da criança	n	%
Cuidador	46	90,19
Outros	5	9,80
Frequência da higiene bucal das crianças		
1 x por dia	6	11,76
2x por dia	25	49,01
3 ou mais vezes por dia	13	25,49
Eventualmente	7	13,72
Orientação de saúde bucal do cuidador		
Sim	31	60,78
Não	20	39,21
Presença de dificuldades na higiene bucal da criança		
Sim	30	58,82
Não	21	41,17
Elenco das dificuldades para realização da higiene bucal da criança (*)		
Não sabe fazer	4	9,09
Falta do controle físico-	28	62,22

emocional da criança		
Criança não gosta de escova	4	9,09
Crianças não consegue cuspir	8	18,18
Outros	1	2,27
Limitadores da frequência da higiene bucal diária (*)		
Sobrecarga do cuidador	18	41,86
Cansaço da criança	9	20,93
Falta de motivação do cuidador	6	13,95
Priorização de outras atividades	3	6,9
Outras	7	16,27

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

(*) questão na qual mais de um item poderia ser respondido

Foi possível constatar que apenas três crianças faziam uso de alimentação parenteral, portanto, 94,11% das crianças que participaram da pesquisa alimentavam-se normalmente pela boca e, deste total, 60,41% consumia alimentos açucarados três ou mais vezes por dia, 25% consumia alimentos açucarados duas vezes por dia, 8,3% fazia apenas um consumo de alimento açucarado por dia e 6,25% não faziam uso de alimentos açucarados. É válido colocar que da totalidade das crianças investigadas apenas 23,52% fazia uso de medicação oral doce diariamente.

Em relação ao acesso a tratamentos odontológicos, boa parte dos cuidadores (45,09%) relatou que a criança nunca tinha ido ao dentista. Do total de cuidadores entrevistados, entretanto, 76,47% achava que a criança deveria ir mais vezes ao dentista.

Na tabela 3 é possível observar que a falta de vagas no serviço público foi motivo mais citado da menor frequência ao consultório odontológico, seguido da falta de serviços especializados.

Das crianças que já foram ao dentista, 42,85% tiveram seus atendimentos no serviço público de saúde, por exemplo, UAPS (Unidades de Atenção Primária à Saúde), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Apenas 25% destas procuraram o serviço particular, 10,71% procuraram atendimento nas universidades, faculdades e cursos de Odontologia e 21,42% relatou ter procurado outros serviços (Tabela 3).

Quando os cuidadores foram questionados sobre qual seria, na opinião deles, a melhor forma de intervenção das políticas públicas de saúde para melhorar e facilitar o acompanhamento da sua criança pelo dentista, 72,54% dos cuidadores afirmaram que a

melhor atitude do governo seria incluir o dentista na equipe que trabalha com a intervenção precoce e reabilitação da criança e 19,60% deles afirmaram que a melhor atitude do governo seria criar centros de atendimentos para pessoas com deficiência nos seus municípios (Tabela-3).

Tabela 3 – Distribuição de variáveis relacionadas ao acesso ao serviço odontológico de crianças com paralisia cerebral por número e porcentagem (Fortaleza - CE, 2018)

Dificuldades na busca de tratamento odontológico	n	%
Falta de vagas nos serviços públicos	23	33,82
Falta de serviços especializados	16	23,52
Os tratamentos são caros	13	19,11
Falta de tempo do cuidador	9	13,23
Falta de acesso físico	4	5,88
Outros	3	4,41
Local de atendimento odontológico		
Consultório particular/plano de saúde	7	25
Serviços públicos (UPAs/UAPS/CEOs)	12	42,85
Universidades/ cursos de odontologia	3	10,71
Outros	6	21,42
Melhores atitudes para políticas públicas de saúde bucal		
Criar centros de atendimento para pessoas com deficiência	10	19,60
Incluir o dentista na equipe de reabilitação da criança	37	72,54
Aumentar o número de dentista trabalhando efetivamente na atenção	4	7,8

básica

Melhorar a acessibilidade para locomoção 0 0,0

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Quanto à prevalência da cárie na dentição decídua das crianças, 29,41% das crianças com presença de dentes decíduos tinham dentes cariados e, em relação à dentição permanente, 21,73% das que tinham dentes permanentes, possuíam dentes cariados. Quando avaliada a experiência de cárie independentemente do tipo de dentição, 37,25% das crianças possuía pelo menos 1 dente cariado, perdido ou restaurado. Do total de crianças investigadas, independente do tipo de dentição, 33,33% apresentavam cárie com necessidade de tratamento.

Quanto à análise da experiência de cárie através do índice de CPO-D/ceo -d, o CPO-D médio foi 0,47 e o ceo-d médio foi 1,29. O componente cariado foi o de maior representação, tanto no CPO-D quanto no ceo-d, sendo de 90,9% no CPO-D e 65,15% no ceo-d (Tabela 4).

Tabela 4 - Descrição do CPO-D e ceo-d em crianças com PC segundo seus componentes distribuídos em número e porcentagem (Fortaleza - CE, 2018)

	CPO-D		Ceo-d	
	n	%	n	%
Cariados	10	90,90	43	65,15
Perdidos	0	0,0	9	13,63
Obturados	1	9,09	14	21,21
TOTAL	11	100,0	66	100,0
	CPO-D médio		Ceo-d médio	
	0,47		1,29	

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Não houve relação de significância entre a experiência de cárie na dentição decídua e as classificações da paralisia cerebral ou a presença de agravos de saúde. Também não foi possível ver relação de significância entre o ceo-d e variáveis relacionadas à renda familiar, sexo ou idade da criança, frequência da higiene bucal, frequência de consumo de alimentos açucarados, orientações de saúde bucal e locais de atendimento odontológico.

Entretanto, ao se comparar a experiência de cárie na dentição decídua e o relato por parte dos cuidadores da existência de fatores que limitam a higiene bucal da criança, ocorreu uma relação significativa, pois a maioria das crianças com ceo-d ≥ 1 , tinha cuidador que afirmava ter motivos que limitavam a frequência da higiene bucal da criança (58,8%). Já entre as que tinham ceo-d = 0, percebe-se uma maioria de cuidadores sem relato de limitações na frequência da higiene bucal da criança (76,5%) (Tabela 5).

Apesar de não ter sido encontrada relação significativa entre ceo-d e a frequência do consumo de alimentos açucarados ao longo do dia, é válido salientar que a grande maioria dos que possuíam ceo-d ≥ 1 (81,3%) fazia uso de alimentos açucarados 3 ou mais vezes por dia, enquanto no grupo de crianças com ceo-d = 0, apenas metade delas (50,0%) consumiam açúcar diariamente com esta frequência (Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização das relações do ceo-d segundo variáveis de higiene bucal e dieta de crianças com paralisia cerebral (Fortaleza - CE, 2018)

Variável analisada	ceo-d = 0		ceo-d ≥ 1		p-valor
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Frequência de higiene bucal					
Eventualmente	6	17,6	1	5,9	0,71
1x por dia	4	11,8	2	11,8	
2x por dia	16	47,1	9	52,9	
3x ou mais por dia	8	23,5	5	29,4	
Ter motivos que limitem a frequência de higiene bucal					
Não	26	76,5*	7	41,2	*0,013
Sim	8	23,5	10	58,8*	
Consumo de alimentos açucarados ao longo do dia					
1x ao dia	3	9,4	1	6,3	0,156
2 x ao dia	11	34,4	1	6,3	

3x ou mais ao dia	16	50,0	13	81,3
Não consome	2	6,3	1	6,3

* $p < 0,05$, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson.

Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Não foram encontradas relações de significância entre experiência de cárie na dentição permanente e as classificações da paralisia cerebral, entretanto foi possível perceber relação entre a experiência de cárie na dentição permanente e a presença do agravo da deficiência intelectual ($p = 0,048$). Todos que apresentaram $CPO-D \geq 1$ tinham o agravo da deficiência intelectual, entretanto, entre os que tinham $CPO-D = 0$, mais da metade (52,9%), não tinha este agravo (Tabela 6).

Não foram confirmadas relações de significância entre CPO-D e outros fatores relacionados à renda familiar, sexo ou idade da criança, frequência da higiene bucal, frequência de consumo de alimentos açucarados e orientações de saúde bucal.

Entretanto, relação de significância foi encontrada quando comparados CPO-D e local de atendimento odontológico: nesta situação, percebeu-se que todas as crianças que já tiveram experiência com a cárie ($CPO-D \geq 1$) procuraram os serviços públicos de saúde da atenção primária e secundária (UAPS, UPAs ou CEOs). Entretanto, no grupo livre da experiência com a cárie ($CPO-D = 0$), a maioria procurou por serviços privados (42,9%) (Tabela 6).

A predileção por políticas públicas que priorizem a formação de uma equipe multiprofissional com a presença do dentista para melhor atendimento e acompanhamento da criança foi notada nos dois grupos ($CPO-D = 0$ e $CPO-D \geq 1$), com 76,5 % e 50,0%, respectivamente (Tabela 6).

Foi possível ainda perceber uma relação de significância entre os grupos ao compararmos a opinião sobre políticas públicas de saúde. O grupo de pares cujas crianças tinham $CPO-D = 0$ mostraram predileção pela inclusão do dentista na equipe de reabilitação que trabalha com a criança, e o grupo com $CPO-D \geq 1$, apesar de ter maioria com a mesma opinião, mostrou ter porcentagem significativa de cuidadores optando por políticas públicas que aumentem o número de dentistas na atenção básica (Tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização das relações de significância encontradas entre CPO-D e fatores ligados ao paciente com paralisia cerebral. (Fortaleza - CE, 2018)

Variável analisada	CPO-D=0		CPO-D ≥ 1		p-valor
	n	%	n	%	
Deficiência intelectual					
Não	9	52,9*	0	00,0	*0,048
Sim	8	47,1	6	100,0*	
Local de atendimento					
Privado/plano	6	42,9*	0	0,0	*0,009
Posto de saúde/UPA/CEO	3	21,4	6	100,0*	
Melhor atitude do governo					
Incluir dentista na equipe de reabilitação e estimulação	13	76,5*	3	50,0	*0,016
Aumentar o número de dentista nos postos de saúde	0	00,0	2	33,3*	

*p<0,05, teste exato de Fisher ou Qui-quadrado de Pearson.

Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

DISCUSSÃO

Neste estudo foi possível verificar uma discreta predominância de crianças do sexo masculino, e quanto ao diagnóstico das crianças com paralisia cerebral, o tipo espástica prevaleceu entre as demais. Um levantamento epidemiológico realizado em 14 países europeus detectou maior número de paralisia cerebral em meninos e uma predominância do tipo de paralisia espástico²⁵. A predominância do tipo de PC espástica também pode ser vista em outros estudos^{10,12,13,26}, onde percebe-se o uso do termo na classificação motora das crianças com PC envolvidas em pesquisas.

Nesta pesquisa, a maior parte dos cuidadores eram mães, não possuíam atividades remuneradas e possuíam uma renda familiar baixa, estando em conformidade com outras pesquisas feitas anteriormente com pacientes com paralisia cerebral^{10,13,27}.

Dados relacionados, como números que mostram a grande falta de desempenho de atividade remunerada por parte de cuidadores de crianças com PC, sugerem o alto grau de dependência das crianças, a preferência pelo cuidado direto por parte do cuidador e a falta de tempo para trabalhar^{13,28}.

Neste estudo foi observado que uma porcentagem significativa de cuidadores relatou nunca ter recebido orientações de saúde bucal, entretanto, estudos como o de Macambira *et al.*²⁹ apontam para uma relação positiva entre o recebimento de orientações sobre o cuidado em saúde bucal na infância e o melhor desenvolvimento de práticas voltadas para o tema entre pais e cuidadores. Esta falta de orientação pode ter influenciado na grande porcentagem de cuidadores que afirmaram ter dificuldades para a realização de higiene bucal neste estudo. O estudo de Wyne *et al.*³⁰ aponta para uma maior necessidade de educação em saúde bucal no intuito de melhorar a compreensão desta nos pais de crianças com paralisia cerebral.

No presente estudo, mais da metade dos cuidadores afirmaram possuir dificuldades para a realização de higiene bucal da criança com PC, e a justificativa mais mencionada para este relato foi a falta do controle físico ou emocional da criança. Essa dificuldade de higienização bucal por parte de cuidadores de crianças com deficiência é relatada em outros estudos^{31,11}.

Ainda em relação às orientações de saúde bucal, neste estudo foi possível perceber que a maioria dos cuidadores que foram em algum momento orientados, receberam orientações de um cirurgião-dentista (CD), ou seja, fora do local onde rotineiramente fazem seus tratamentos; nesse caso, fora do Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce, pois o dentista não faz parte da equipe de atuação multidisciplinar local. Entretanto, estudos como o de Silva *et al.*³² sugerem a integração de diferentes saberes e fazeres entre os diversos profissionais, entendendo a relevância do compartilhamento de responsabilidades por diferentes profissionais quando se trata de saúde bucal das crianças.

Percebeu-se, ainda, um anseio dos cuidadores por um acompanhamento rotineiro e mais próximo por parte do cirurgião-dentista, no intuito de se facilitar e melhorar a atenção em relação à saúde bucal das crianças. Para a grande maioria dos cuidadores, a inclusão do dentista na equipe que trabalha com a estimulação e reabilitação seria a melhor atitude do governo para facilitar e melhorar o acesso das crianças ao acompanhamento odontológico. Uma experiência bem-sucedida de atuação conjunta do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de atendimento ao paciente com PC pode ser vista no trabalho de Castilho *et*

*al.*³³, onde se percebeu um controle na história pregressa de cárie dos indivíduos que ingressaram no programa, e uma maioria de crianças de 0 a 12 anos livres de cáries.

Como fator limitante da frequência de escovações, foi possível perceber um destaque dado à sobrecarga do cuidador com as atividades diárias. A situação de sobrecarga de cuidadores é citada em estudos anteriores, onde é possível ver a influência do cuidado de crianças com deficiência na vida do cuidador, de forma a trazer para estes grandes exigências físicas e emocionais^{34, 35, 36, 37, 38, 39, 40}.

A literatura aponta para a possibilidade do aumento da prevalência de cárie em indivíduos com PC com o aumento da sobrecarga de seus cuidadores³⁷. Segundo Dantas *et al.*³⁸, esta sobrecarga está presente no cotidiano de famílias de crianças com paralisia cerebral, havendo, portanto, a necessidade de que seus pais/cuidadores também sejam cuidados, a fim de que não apareçam problemas que possam dificultar a atenção dada aos filhos.

Neste estudo, quando analisadas as dificuldades relatadas pelos cuidadores de crianças com PC na busca pelo tratamento odontológico, percebeu-se que a falta de vagas no serviço público foi a mais citada, ficando a falta de serviços especializados em segundo lugar, diferente do estudo de Lemos e Kartz¹³, que revelou como dificuldade mais relatada na busca pelo tratamento a falta de profissional capacitado para o atendimento, ou seja, falta de serviços especializados.

A predominância de uma baixa renda familiar das crianças pesquisadas pode ter influenciado na maior procura pelo atendimento odontológico em serviços públicos de saúde por parte de seus cuidadores. Percebeu-se que a maioria dos cuidadores que já procuraram atenção odontológica para a criança afirmou ter procurado serviços de atendimento da atenção primária e secundária ligados à rede pública de saúde, o que provavelmente também influenciou no aumento da queixa sobre a falta de vagas nos serviços mencionados.

Sabendo-se que uma grande maioria de crianças atendidas no NUTEP reside no município de Fortaleza, é válido salientar que, quanto ao acesso a tratamentos odontológicos de pacientes com necessidades especiais no município de Fortaleza, onde se encontra o Núcleo, a Linha Guia de Saúde Bucal do Município⁴¹ preconiza a busca ativa destes pela atenção básica à saúde bucal e atendimento destes na atenção secundária em casos nos quais não são possíveis os atendimentos pelos profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. Estas orientações seguem as recomendações da portaria que criou a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que no âmbito da saúde bucal propõe-se a garantir o atendimento odontológico qualificado a todos os portadores de deficiência,

afirmando que todo atendimento a este público deve ser iniciado na atenção básica, sendo referenciado aos níveis secundários e terciários apenas os casos de necessidades especiais⁴².

Fortaleza, no momento atual, conta com 380 equipes de saúde da família; e em relação a sua rede de atenção à saúde bucal conta com apenas 290 equipes de saúde bucal que corresponde a uma cobertura de 40% da população em relação às equipes da saúde bucal na atenção básica; na atenção secundária, dispõe de 3 CEOs municipais, parceria com o Centro de Especialidades Odontológicas da Polícia Militar (CEOP), e conta com o apoio de 3 CEOs estaduais; e no caso de pacientes com necessidades especiais que não haja possibilidade de atendimento ambulatorial, são feitos encaminhamentos para tratamento sob anestesia geral no CEO Centro ou Hospital Waldemar de Alcântara⁴¹.

Percebe-se, portanto, que as queixas direcionadas para a falta de vagas nos serviços públicos e de serviços especializados podem estar relacionadas a uma necessidade evidente de ampliação do quantitativo de equipes de saúde bucal no município de Fortaleza, visto que estas são a porta de entrada destes pacientes na atenção à saúde bucal. Porém, reitera-se a necessidade de pesquisas que verifiquem de forma adequada o tema em questão, devido à grande complexidade dos assuntos relacionados ao acesso à saúde bucal de pacientes com deficiência.

A prevalência da cárie na população de crianças com paralisia cerebral é um assunto controverso: alguns estudos mostram uma prevalência maior da doença no grupo de crianças com PC em comparação a crianças sem o referido diagnóstico^{43, 44, 45}. O quadro de prevalência ou incidência alta da doença na população com PC é citado em algumas pesquisas^{44, 10, 45, 46}.

Entretanto, alguns estudos mostram experiência de cárie semelhante entre crianças com PC e grupo controle^{28, 47, 48}, e é possível achar até uma experiência menor da doença no grupo com PC, como no estudo de Lemos e Kartz¹³, que, ao comparar crianças com PC da sua pesquisa com crianças de faixa etária semelhante avaliadas no SB Brasil 2010 da região Nordeste, sem diagnóstico de PC, perceberam que a experiência de cárie na dentição permanente das crianças com paralisia cerebral foi menor.

Nesta pesquisa, o CPO-D médio foi menor que o encontrado para crianças de mesma faixa etária com dentes permanentes investigadas em Recife - PE (CPO-D médio – 0,85)¹³ e maior que o encontrado em um estudo semelhante feito no município de Pelotas - RS (CPO-D médio – 0,3)¹⁰.

Constatou-se, também, uma significativa experiência de cárie na população investigada, visto que 37,25% das crianças pesquisadas possuía pelo menos um dente afetado

por cárie, perdido ou restaurado. Em relação à prevalência da doença sem tratamento, do total de investigados, 33,33% possuíam dentes afetados pela cárie, o que mostra a grande necessidade de intervenção profissional nesta população, e que é comprovado também pela grande porcentagem do componente cariado no CPOD e Ceod.

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, do SB Brasil 2010⁴⁹, afirmam que: “Aos 5 anos de idade, 46,6% das crianças brasileiras estão livres de cárie na dentição decídua e, aos 12 anos, 43,5% apresentam a mesma condição na dentição permanente”. Este estudo, portanto, mostrou uma maior porcentagem de população investigada livre da doença cárie ao verificar que 62,75% do total das crianças examinadas não apresentavam experiência com cárie.

É válido salientar que a severidade da doença na dentição decídua ($ceo-d = 1,29$) foi maior que na dentição permanente ($CPO-D = 0,47$), estando em similaridade com estudos anteriores^{10, 13}. Esses resultados podem ser justificados pela idade dos participantes da pesquisa, e um possível atraso na cronologia de erupção dos dentes destes pacientes.

Muitos estudos mostram a relevância de uma boa higiene oral como fator preventivo para o desenvolvimento de cáries^{50,51,52,53}. O estudo de Borges *et al.*⁵⁴ encontrou associação estatisticamente significativa entre lesões de cárie e a frequência de higiene bucal, mostrando que uma maior frequência está associada a uma tendência a menor prevalência da doença. Neste estudo, não foi possível ver esta relação entre a experiência de cárie e a frequência da escovação, porém, foi possível perceber uma relação positiva significativa quando comparada a experiência de cárie na dentição decídua e o relato por parte dos cuidadores da existência de motivos que limitam a frequência de higiene bucal dos pacientes.

Provavelmente, cuidadores que não relataram ter motivos que limitam a frequência de higiene bucal das crianças desempenham esta função de forma mais comprometida e motivada, contribuindo neste grupo, possivelmente, para um menor índice $ceo-d$. Assim, sugere-se a importância de intervir nos fatores que limitam a frequência de higiene bucal relatada pelos cuidadores, para assim se ter um controle maior da cárie nesta população. Ressalta-se que a sobrecarga das atividades diárias foi o fator limitador da frequência de higiene mais mencionado nesta pesquisa.

Estudos apontam, portanto, para uma necessidade de conhecimento por parte dos cirurgiões-dentista e orientação de cuidadores sobre alternativas que facilitem e garantam a manutenção da higiene bucal domiciliar adequada para pacientes com deficiências^{31, 55}.

Cardoso *et al.*⁵⁵ mostraram ser relevante o desenvolvimento de programas de promoção em saúde bucal para crianças com PC e seus cuidadores, concluindo que o cuidado

em saúde bucal das crianças com paralisia cerebral foi qualificado após a implantação de um programa de promoção em saúde bucal, onde, em curto prazo, percebeu-se mudanças positivas nos hábitos de higiene, alimentação e na quantidade de biofilme.

Uma relação positiva entre a frequência do consumo de açúcar diário e o desenvolvimento da cárie dentária pode ser vista no estudo recente feito por Elamim *et al.*⁵⁶, publicado em 2018. Mesmo observando-se que uma grande porcentagem das crianças com maior experiência de cárie faziam uso de açúcar com uma alta frequência durante o dia, essa relação entre consumo diário de açúcar e experiência de cárie não foi comprovada neste estudo, assim como no estudo de Gupta, Gupta, Singh⁵¹.

Esta pesquisa revelou uma relação positiva significativa entre a maior experiência de cárie na dentição permanente e a presença do diagnóstico de deficiência intelectual.

Estudos como o de Queiroz *et al.*⁵⁷, que avaliaram as condições de saúde bucal em portadores de necessidade especiais, mostraram uma grande porcentagem de voluntários com deficiência intelectual (87%) e com CPO-D alto. Moreira *et al.*⁵⁸, no ano de 2012, reiteraram essa relação positiva entre deficiência intelectual e o desenvolvimento de cárie dentária em pacientes com paralisia cerebral. Os resultados do estudo destes autores mostraram que crianças com PC que apresentavam deficiência intelectual apresentavam maior número de cáries dentárias do que crianças com PC sem deficiência intelectual, e vale salientar que, ao investigar funcionamento intelectual e comprometimento motor, apenas o funcionamento intelectual mostrou efeito significativo no desenvolvimento da cárie.

Apesar de neste estudo não ter sido constatada uma relação significativa entre CPO-D e a ida à consulta odontológica, estudos apontam para uma relevância da busca pelo profissional dentista o quanto antes na infância de pacientes com deficiência na intervenção de doenças como a cárie^{59, 60, 61}.

A relação encontrada entre a experiência de cárie e locais de procura do atendimento odontológico mostrou no grupo com maior experiência da doença uma opção pela busca maior de atendimento na atenção primária e secundária ofertada em locais públicos de saúde; já no grupo sem experiência de cárie observa-se uma busca maior pelo atendimento privado.

Esta relação entre risco à cárie e acesso a serviços pode ser confirmada através do estudo de Coimbra *et al.*⁶², no qual foi possível perceber que os indivíduos que tiveram acesso aos serviços privados apresentaram menor risco de desenvolverem aumento de CPO-D do que aqueles sem acesso.

O estudo de Muller *et al.*⁶³ chegou a mostrar nos seus resultados que a maioria da população investigada que apresentava dentes cariados tiveram seus atendimentos na unidade básica de saúde.

Sabendo da porcentagem alta do componenteariado no índice investigado, reitera-se a necessidade de pesquisas que avaliem as queixas relacionadas à falta de acesso a tratamento odontológico preventivo e curativo no serviço público com profissionais capacitados ao atendimento das crianças, pois talvez justifique a situação encontrada.

Foi possível ver uma relação de significância que mostra uma preferência por políticas que aumentem o número de dentista na atenção básica ligada ao serviço público no grupo com maior experiência de cárie. Provavelmente isso se deve ao fato das UAPS serem os locais de predileção deste grupo para tratamentos, como visto na relação mostrada entre CPO-D e local de atendimento.

Entretanto, na presente pesquisa, é válido salientar que verificou-se uma preferência geral dos cuidadores investigados por atitudes voltadas para a inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar para melhoria do acompanhamento da saúde bucal das crianças, resultado que se confirma mesmo quando avaliados os dois grupos separadamente (CPOD=0 e CPO -D \geq 1).

Para o grupo em questão, crianças com paralisia cerebral, ressalta-se, portanto, a relevância da presença de cirurgiões-dentistas ligados ao serviço público e inseridos na rotina de reabilitação delas, visando uma intervenção precoce na saúde bucal com atitudes preventivas e curativas. Esta atitude, além de facilitar o acesso, responde aos anseios demonstrados por cuidadores de forma geral.

CONCLUSÕES

Verificou-se que 1/3 dos investigados possuíam dentes cariados, mostrando a necessidade de uma intervenção profissional, e a severidade da doença foi maior na dentição decídua.

Observou-se relação entre a experiência de cárie e a presença de deficiência intelectual, a existência de limitações na higiene bucal e serviços odontológicos utilizados.

Diante de queixas dos cuidadores relacionadas à sobrecarga da rotina de atividades diárias, à falta de vagas nos serviços públicos, falta de serviços especializados e anseios relacionados a uma presença mais próxima do cirurgião-dentista, na rotina de atendimento das crianças, sugere-se o desenvolvimento de políticas públicas que incentivem a

inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de reabilitação e intervenção precoce das crianças com paralisia cerebral no intuito de facilitar e melhorar o acesso ao acompanhamento da saúde bucal destes.

REFERÊNCIAS

01. HADDAD, A. S.; TAGLE, E. L.; PASSOS, V. D. A. B. Momento atual da Odontologia para pessoas com deficiência na América Latina: situação do Chile e Brasil. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas** [Internet]. 2016;70(2):132-140. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762016000200006&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20.08.2018.
02. VIEIRA, D. K. R.; FAVORETO, C. A. O. Narrativas em saúde: refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação** [Internet]. 2015;20(56):89-98. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832016000100089&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 20.08. 2018.
03. GREGORUTTI, C. C. **A Inclusão Escolar de Crianças com Paralisia Cerebral: A relação das características dos cuidadores familiares implicadas neste processo.** Marília. Dissertação [Mestrado em Educação] – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília; 2013. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/99627>>. Acesso em: 20.08.2018.
04. CALDAS JÚNIOR, A. F.; MACHIAVELLI, J. L. **Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência: protocolos, diretrizes e condutas para auxiliares de saúde bucal.** Recife: Editora Universitária da UFPE, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-37175>>. Acesso em: 01.02.2018.
05. WORLD Health Organization. **The World Oral Health Report 2003.** Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: WHO; 2003. Available from: <http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf>. Acesso em: 02.02.2018.
06. SILVA, T. M. C.; LOPES, M.; IKEDA, A. P. Y.; CESAR, M. F.; SANTOS, M. T. B. R. Oral hygiene orientation and caries experience for cerebral palsy patients using oral medication. **Acta Fisiátrica** [Internet]. 2014; 21(4):167-170. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103865>>. Acesso em: 01.02.2018.
07. SANTOS, M. T. B. R.; FERREIRA, M. C. D.; GUARÉ, R. O.; NASCIMENTO, O. A.; JARDIM, J. R. Oral hydration in children with cerebral palsy. **Brazilian Journal of Oral Sciences** [Internet]. 2014 [cited 2017 set 12];13(2):140-145. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1677-32252014000200140&script=sci_arttext>. Acesso em: 20.08.2018.
08. SANTOS, M. T. B. R.; GUARÉ, R. O.; DINIZ, M. B.; FERREIRA, M. C. D. Experiência de cárie e osmolaridade salivar em crianças com paralisia cerebral. **Rev. Odontol. UNESP** [Internet]. 2013 [cited 2017 set 12]; 42(6):444-448. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-25772013000600009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 29.09.2018.
09. MATSUI, M. Y.; FERRAZ, M. J. P. C.; GOMES, M. F.; HIRAOKA, C. M. Alterações sialoquímicas e sialométricas de pacientes com paralisia cerebral: uma revisão de literatura.

- Revista CEFAC** [Internet]. 2011; 13(1):159-164. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/105-10.pdf>>. Acesso em: 30.09.2018.
10. GUERREIRO, P. O.; GARCIAS, G. D. L. Oral health conditions diagnostic in cerebral palsy individuals of Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet]. 2009;14(5):1939-1946. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000500036&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 30.09.2018.
11. GUARÉ, R. O.; FERNANDES, DCGN, COSTA, MB, SANTOS, MTBR. Saúde bucal e qualidade de vida em crianças com paralisia cerebral. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research** [Internet]. 2015;16(3):7-13. Disponível em:
<<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/10145/6887>>. Acesso em: 31.09.2018.
12. CARDOSO, AMR. **Agravos bucais em crianças e adolescentes com paralisia cerebral institucionalizadas na APAE de Campina Grande - PB**. Paraíba. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Odontologia – PPGO) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014. Disponível em: <<http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/2535>>. Acesso em: 01.10.2018.
13. LEMOS, ACO; KATZ, CRT. Condições de saúde bucal e acesso ao tratamento odontológico de pacientes com paralisia cerebral atendidos em um centro de referência do Nordeste-Brasil. **Rev. CEFAC** [Internet]. 2012 Set-Out; 14(5):861-871. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/html/1693/169324749024/>>. Acesso em: 01.10.2018.
14. OTHERO, MB; DALMASO, ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação** [Internet]. 2009;13(28):177-188. Disponível em:
<<https://www.scielo.org/article/icse/2009.v13n28/177-188/>>. Acesso em: 02.10.2018.
15. FERREIRA, SH; SUITA, RA; RODRIGUES PH; KRAMER, PF. Percepção de estudantes de graduação em Odontologia frente ao atendimento de pessoas com deficiência. **Revista da ABENO** [Internet]. 2017;17(1):87-96. Disponível em:
<<https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/367>>. Acesso em: 02. 10.2018.
16. AKHTER R, HASSAN NMM, MARTIN EF, MUHIT M, HAQUE MR, SMITHERS-SHEEDY H. *et al.* Risk factors for dental caries among children with cerebral palsy in a low-resource setting. **Developmental Medicine & Child Neurology** [Internet]. 2017;59(5):538-543. Disponível em:
<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dmcn.13359>>. Acesso em: 02.10.2018.
17. LOPES MV. Desenho de Pesquisa em Epidemiologia. *In*: ROUQUAYRO MZ. **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.
18. NUTEP. **Sobre Nós: História, Quem somos**. 2016. Disponível em:
<<http://www.nutep.org.br/portal/sobre-nos/quem-somos/>>. Acesso em: 23.10.2017.
19. MARTINS RB, ANDIA-MERLIN R, GIOVANI ÉM. Avaliação sobre a atenção com a saúde bucal de pacientes com necessidades especiais. **J Health Sci Inst** [Internet]. 2013;31(4):360-67. Disponível em:

https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/04_out-dez/V31_n4_2013_p360-367.pdf>. Acesso em: 23.10.2018.

20. FERREIRA MC, Di NACCIO BL, OTSUKA MYC, BARBOSA AM, CORRÊA PFL, GARDENGHI G. Avaliação do índice de sobrecarga de cuidadores primários de crianças com paralisia cerebral e sua relação com a qualidade de vida e aspectos socioeconômicos. **Acta Fisiátrica** [Internet]. 2015;22(1):9-13. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103894>>. Acesso em: 26.10.2018.

21. SANTOS TV, YAMADA AS, CARDOSO FM, FERRO FAR, ANDRADE KF, GONÇALVES LF. Avaliação da sobrecarga imposta a cuidadores primários de pacientes com paralisia cerebral. **Amazônia: Science & Health** [Internet]. 2017;5(1):03-11. Disponível em: <<http://186.192.241.211/index.php/2/article/view/1539>>. Acesso em: 26.10.2018.

22. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Projeto SB2000**: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual de calibração de examinadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/manuais_sbbrasil/man_cali/man_cali.pdf>. Acesso em: 16.01.2019.

23. RATACASO MRM. **Avaliação dos Conhecimentos e Cuidados das mães com a Saúde Bucal dos Filhos**: fatores de risco de cárie dentária para as crianças. Fortaleza. Dissertação. (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Estadual do Ceará, 2007. Disponível em: www.uece.br/mpsca/index.php/arquivo/doc.../268-milene-romero-marino-ratacaso. Acesso em: 15.07.2017.

24. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal**: métodos básicos. 5 ed. São Paulo: FOU SP, 2017. ISBN 978-85-7040-008-6. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/2011/06/Levantamentos-Saude-Bucal_5ed_Nov2017.pdf>. Acesso em: 25.08.2018.

25. JOHNSON A. Prevalence and characteristics of children with cerebral palsy in Europe. **Dev Med Child Neuro**, 2002; 44(9):633-640. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12227618>>. Acesso em: 25.08.2018.

26. SEDKY NA. Assessment of oral and dental health status in children with cerebral palsy: An exploratory study. **International journal of health sciences** [Internet]. 2018;12(1):4. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5870305/>>. Acesso em: 26.08.2018.

27. RIBEIRO MFM. Paralisia cerebral: faixa etária e gravidade do comprometimento do filho modificam o estresse e o enfrentamento materno. **Ciênc. Saúde Colet**. Out 2016; 21 (10):3203-3212. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003203&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15.10.2017.

28. NOURI Sumaya M, ALAKI Sumer M, EL-ASHIRY Eman A. Oral Health in Children with Cerebral Palsy. **Oral Health Dental Management** [Internet]. 2014;13(4):1067-75. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/6a79/c9c6a711918bc91a2484af049974a6d4ca0d.pdf>>. Acesso em: 21.08.2018.

29. MACAMBIRA DSC, CHAVES ES, COSTA EC. Conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância. **Saúde e Pesquisa** [Internet]. 2018;10(3):463-472. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5871>>. Acesso em: 18.10.2018.
30. WYNE AH, AL-HAMMAD NS, SPLIETH CH. Oral health comprehension in parents of Saudi cerebral palsy children. **The Saudi Dental Journal** [Intenet]. 2017;29(4):156-160. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1013905217300548>>. Acesso em: 18.10.2018.
31. HARTWIG AD, SILVA JUNIOR IF, STÜERMER VM, SCHARDOSIM LR, AZEVEDO MS. Recursos e técnicas para a higiene bucal de pacientes com necessidades especiais. **Revista da AcBO** – ISSN 2316-7262 [Internet]. 2015;4(3): 272-298. Disponível em: <<http://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/272/341>>. Acesso em: 28.10.2018.
32. SILVA DG, SOUZA RAAR, CHIARATTO RA, FRAMIL JB, SOARES AF. Orientação para pais e cuidadores sobre saúde bucal infantil: um relato de experiência. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente** [Internet].2011;2(1-Sup):70-73. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/71>>. Acesso em: 28.10.2018.
33. CASTILHO L, BARROS A, SOUZA G, LACERDA D, MARQUES E, SANTOS E *et al.* A contribuição da odontologia na equipe multidisciplinar na promoção de saúde do paciente com paralisia cerebral. **Revista de Extensão** [Internet]. 2012;2:141-153. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/316918014_A_contribuicao_da_odontologia_na_equipe_multidisciplinar_na_promocao_de_saude_a_pacientes_com_paralisia_cerebral>. Acesso em: 15.11.2018.
34. SILVA NLP, DESSEN MA. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [Internet]. 2001;17(2): 133-141. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v17n2/7873.pdf>>. Acesso em: 16.11.2018.
35. SÁ SMP, RABINOVICH EP. Compreendendo a família da criança com deficiência física. **Journal of Human Growth and Development** [Internet]. 2006;16(1):68-84. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/jhgd/article/view/19782>>. Acesso em: 16.11.2018.
36. SANTOS AAS, VARGAS MM, OLIVEIRA CCC, MACEDO IDAB. Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de crianças com paralisia cerebral. **Ciência, Cuidado e Saúde** [Internet]. 2010;9(3):503-509. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/273974772>>. Acesso em: 20.11.2018.
37. SANTOS MTBR, BIANCARDI M, GUARE RO, JARDIM JR. Caries prevalence in patients with cerebral palsy and the burden of caring for them. **Special Care in Dentistry** [Internet]. 2010;30(5):206-210. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1754-4505.2010.00151.x>>. Acesso em: 20.11.2018.

38. DANTAS MSA, PONTES JF, ASSIS WD, COLLET N. Facilidades e dificuldades da família no cuidado à criança com paralisia cerebral. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [Internet]. 2012;33(3):73-80. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n3/10>>. Acesso em: 21.11.2018.
39. WIJESINGHE CJ, FONSEKA P, HEWAGE CG. The development and validation of an instrument to assess caregiver burden in cerebral palsy: caregiver difficulties scale. **Ceylon Medical Journal** [Internet]. 2013;58(4): 162-7. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Champa_Wijesinghe/publication/259566293_The_development_and_validation_of_an_instrument_to_assess_caregiver_burden_in_cerebral_palsy_Caregiver_Difficulties_Scale/links/5489590f0cf289302e30dab1.pdf>. Acesso em: 21.11.2018.
40. DEZOTI AP, COSVOSKI ALEXANDRE AM, FREIRE MHS, ALVES DAS MERCÊS NN, MAZZA VA. Apoio social a famílias de crianças com paralisia cerebral. **Acta Paulista de Enfermagem** [Internet]. 2015;28(2): 172-6. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3070/307038016013/>>. Acesso em: 22.11.2018.
41. FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal Linha. **Guia de Saúde Bucal**. Fortaleza, 2016. Disponível em: <<http://www.nesbuc.ufc.br/downloads/linhaguiaasaudebucal.pdf>>. Acesso em: 22.11.2018.
42. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Passo a passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Passo_a_Passo_Saude_Bucal_final.pdf>. Acesso em: 15.01.2019.
43. GUARE RO, CIAMPIONI AL. Dental caries prevalence in primary dentition of cerebral-palsied children. **J Clin Pediatr Dent** [Internet]. 2003; 27(3):287-292. Disponível em: <<https://europepmc.org/abstract/med/12739693>>. Acesso em: 23.11.2018.
44. CAMARGO MAFD. **Incidência de cárie em crianças e adolescentes com paralisia cerebral no contexto brasileiro**. São Paulo. Tese (Doutorado em Ciências Odontológicas) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.
45. SINHA N, SINGH B, CHHABRA KG, PATIL S. Comparison of oral health status between children with cerebral palsy and normal children in India: A case-control study. **Journal of Indian Society of Periodontology** [Intenet]. 2015;19(1):78. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4365163/>>. Acesso em: 23.11.2018.
46. CARDOSO AM, GOMES LN, SILVA CRD, SOARES RDS, ABREU MHN, PADILHA WW *et al*. Dental caries and periodontal disease in Brazilian children and adolescents with cerebral palsy. **International journal of environmental research and public health** [Internet]. 2014;12(1):335-353. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/12/1/335/htm>>. Acesso em: 25.11.2018.
47. POPE JE, CURZON ME. The dental status of cerebral palsied children. **Pediatric dentistry** [Internet]. 1991;13(3):156-162. Disponível em: <<https://europepmc.org/abstract/med/1831891>>. Acesso em: 25.11.2018.

48. DU RY, MCGRATH C, YIU CK, KING NM. Oral health in preschool children with cerebral palsy: a case-control community-based study. **International journal of paediatric dentistry** [Internet]. 2010;20(5): 330-335. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-263X.2010.01062.x>>. Acesso em: 25.11.2018.
49. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 15.01.2019.
50. AXELSSON P, LINDHE J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. **Journal of clinical periodontology** [Internet]. 1978;5(2):133-151. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.1978.tb01914.x>>. Acesso em: 20.11.2018.
51. GUPTA P, GUPTA N, SINGH HP. Prevalence of dental caries in relation to body mass index, daily sugar intake, and oral hygiene status in 12-year-old school children in Mathura city: A pilot study. **International journal of pediatrics**. 12 Fev. 2014 [Internet]. 2014. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/ijpedi/2014/921823/abs/>>. Acesso em: 18.11.2018.
52. HONG CH, BAGRAMIAN RA, HASHIM NAINAR SM, STRAFFON LH, SHEN L, HSU CYS. High caries prevalence and risk factors among young preschool children in an urban community with water fluoridation. **International Journal of Paediatric Dentistry** [Internet]. 2014;24(1):32-42. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ipd.12023>>. Acesso em: 18.11.2018.
53. HALITI *et al.* Correlation between Body Mass Index (BMI), dental caries and respiratory system disease among 8 – 15 years old patients in Kosovo: A Pilot Study. **J Int Dent Med Res**, 2017; 10: (1), pp. 24-29. Disponível em: <http://www.ektodermaldisplazi.com/journal/Journal2017/Vol10_No1/5D17_347_Naim_Haliti.pdf>. Acesso em: 19.11.2018.
54. BORGES HC, GARBÍN CAS, SALIBA O, SALIBA NA, MOIMAZ SAS. Socio-behavioral factors influence prevalence and severity of dental caries in children with primary dentition. **Brazilian oral research** [Internet]. 2012;26(6):564-570. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-83242012000600013&script=sci_arttext>. Acesso em: 19.11.2018.
55. CARDOSO AMR, CAVALCANTI YW, PADILHA WWN. Impacto de Programa de Promoção em Saúde Bucal. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr** [Internet]. 2011;11(2):223-229. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/637/63721615012/>>. Acesso em: 22.11.2018.
56. ELAMIN A, GAREMO M, GARDNER A. Dental caries and their association with socioeconomic characteristics, oral hygiene practices and eating habits among preschool children in Abu Dhabi, United Arab Emirates—the NOPLAS project. **BMC Oral Health** [Internet]. 2018;18(1):104. Disponível em:

<<https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-018-0557-8>>. Acesso em: 20.11.2018.

57. QUEIROZ FS, RODRIGUES MMLF, JUNIOR GAC, OLIVEIRA AB, OLIVEIRA JD, ALMEIDA ER. Avaliação das condições de saúde bucal de Portadores de Necessidades Especiais. **Rev Odontol UNESP** [Internet]. 2014;43(6):396-401. Disponível em: <<http://host-article-assets.s3.amazonaws.com/rou/588019cd7f8c9d0a098b534b/fulltext.pdf>>. Acesso em: 25.11.2018.

58. MOREIRA RN, ALCÂNTARA CEP, MOTA-VELOSO I, MARINHO SA, RAMOS-JORGE ML, OLIVEIRA-FERREIRA F. Does intellectual disability affect the development of dental caries in patients with cerebral palsy? **Research in developmental disabilities** [Internet]. 2012;33(5):1503-1507. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891422212000819>>. Acesso em: 26.11.2018.

59. FLÓRIO FM, BASTING RT, SALVATTO MV, MIGLIATO KL. Saúde bucal em indivíduos portadores de múltiplas deficiências. **RGO** [Internet]. 2007;55(3):251-6. Disponível em: <<http://www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=1232&article=748&mode=pdf>>. Acesso em: 26.11.2018.

60. OLIVEIRA ALBMD, GIRO EMA. Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes portadores de necessidades especiais. **Odonto** [Internet]. 2011;19(38):45-51. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/125453>>. Acesso em: 26.11.2018.

61. DIÉGUEZ-PEREZ, M; NOVA-GARCIA, M-J; MOURELLE-MARTNEZ, MR; BARTOLOMÉ-VILLAR. Oral health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down Syndrome) disabilities: Systematic review. **I. J. Clin. Exp. Dent.** Published online 2016 Jul 1. doi: 10.4317/jced.52922. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4930646/>>. Acesso em: 01. 12.2018.

62. COIMBRA MB, VAZQUEZ FL, CORTELLAZZI KL, PARDI V, MIALHE FL, MENEGHIM MC *et al.* Relação entre risco à cárie dentária e variáveis socioeconômicas e demográficas em usuários da Estratégia Saúde da Família no município de Amparo, SP: um estudo longitudinal. **Arq. Odontol.** [periódico na Internet]. 2012 Set; 48(3): 142-150. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-09392012000300004&lng=pt>. Acesso em: 01.12.2018.

63. MÜLLER Ida Beatriz, CASTILHOS Eduardo Dickie de, CAMARGO Maria Beatriz Junqueira, GONÇALVES Helen. Experiência de cárie e utilização do serviço público odontológico por escolares: estudo descritivo em Arroio do Padre, Rio Grande do Sul, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde** [Internet]. 2015 Dec;24(4):759-770. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400759&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400018>>. Acesso em: 01.12.2018.

4 CONCLUSÃO GERAL

O presente estudo mostrou que do total de crianças investigadas, 1/3 possuía a cárie dentária sem tratamento, necessitando, portanto, de intervenção profissional. Foi possível perceber também que a severidade da doença foi menor na dentição permanente.

Alguns fatores observados alertam para a relevância do direcionamento de cuidados com a saúde bucal das crianças pesquisadas, principalmente quando se trata do contexto da cárie dentária, entre eles a baixa renda da maioria da população investigada, a baixa frequência da higiene bucal, a grande quantidade de relatos relacionados a dificuldades na realização da higiene bucal, a alta frequência do consumo de alimentos açucarados pela maioria das crianças, o grande número de dificultadores do acesso à atenção odontológica citados pelos cuidadores investigados e a parcela significativa de crianças que nunca tiveram acesso a uma consulta odontológica.

Houve relação entre a existência de motivos que limitam a frequência da higiene bucal, a presença de deficiência intelectual e os locais de atendimento odontológicos das crianças com a experiência de cárie no grupo estudado.

Diante dos relatos direcionados a dificuldades relacionadas à obtenção de vagas nos serviços públicos de saúde bucal e do anseio demonstrado pela maioria dos cuidadores por uma presença mais próxima do cirurgião-dentista na equipe que trabalha com a estimulação e intervenção precoce no cotidiano da criança, sugere-se a criação de políticas públicas que favoreçam a inclusão do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de acompanhamento das crianças com PC, no intuito de facilitar e melhorar o acompanhamento da saúde bucal destas.

A presença do cirurgião-dentista na equipe que acompanha o paciente com paralisia cerebral pode melhorar questões relacionadas ao acesso ao serviço odontológico, facilitar os trabalhos de promoção à saúde bucal de forma mais próxima e rotineira, bem como estimular o processo de prevenção e tratamento em saúde bucal nos ambientes de reabilitação, atuando nas dificuldades enfrentadas e no aumento dos tratamentos necessários para os casos de necessidade de intervenção de doenças como a cárie dentária.

REFERÊNCIAS GERAIS

AFONSO, Ângela Maria Teixeira da Silva *et al.* **O ensino e a paralisia cerebral**. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação Especial – Escola de Educação Superior Almeida Garret). Lisboa, 2012. Disponível em: <<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3251/O%20ENSINO%20E%20A%20PARALISIA%20CEREBRAL.pdf>>. Acesso em: 10.06. 2018.

ALVES, Carolina Rauber *et al.* Incidência de casos de paralisia cerebral no serviço de reabilitação física da Universidade De Santa Cruz Do Sul – SRFIS. **Anais do Salão de Ensino e de Extensão**, p. 64, 2016. Disponível em: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/salao_ensino_extensao/article/view/15095>. Acesso em : 10.06.2018

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Paralisia Cerebral. Saiba mais: Definição e classificação. 2012. Disponível em: <<http://www.paralisiacerebral.org.br/saibamais06.php>>. Acesso em: 26.08.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral**. Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_70.pdf>. Acesso em: 26.10.2017.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. **Deficiência, Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com deficiência**. Brasília - DF, 2013. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/633.pdf>>. Acesso em: 26.10.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20.10.2017.

CANS, Chrisine. Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. **Dev Med Child Neurol**, v. 42, p. 816-824, 2000. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1469-8749.2000.tb00695.x>>. Acesso em: 26.08 2017.

DANTAS, Meryeli Santos de Araújo *et al.* Facilidades e dificuldades da família no cuidado à criança com paralisia cerebral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 73-80, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Neusa_Collet/publication/235618989_Family's_abilities_and_difficulties_in_caring_for_children_with_cerebral_palsy/links/54f859160cf210398e96077c.pdf>. Acesso em: 26.08.2017.

DELGADO, João Carlos Ribeiro. **Vacina Contra a Cárie: perspectivas e preocupações. Uma opção Possível?** 2014. 95f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) –

Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Almada, Portugal, 2014. Disponível em: <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13750/1/Delgado%2C%20Jo%C3%A3o%20Carlos%20Ribeiro.pdf>>. Acesso em: 01.07.2018.

FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio *et al.* Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Revista Odonto Ciência**, v. 23, n. 4, p. 375-379, 2008. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:k-ulEKNaYw0J:revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fo/article/download/3534/3439+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 01.07.2018.

FEJERSKOV, Ole *et al.* **Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico**. 2. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2011.

FERREIRA-NOBILO, Naiara de Paula; SOUSA, Maria da Luz Rosário de; CURY, Jaime Aparecido. Conceptualization of Dental Caries by Undergraduate Dental Students from the First to the Last Year. **Braz. Dent. J.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 59-52, Fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-64402014000100059&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01.07.2018.

FLÓRIO, Flávia Martão *et al.* Saúde bucal em indivíduos portadores de múltiplas deficiências. **RGO**, v. 55, n. 3, p. 251-6, 2007. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8VG0EjPXlvQJ:www.revistargo.com.br/include/getdoc.php%3Fid%3D1232%26article%3D748%26mode%3Dpdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 03.07.2018.

GOLLO, Cristina; GRAVE, Magali Teresinha Quevedo. Incidência de Crianças Participantes dos Programas de Estimulação Precoce de Cinco Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais do Vale do Taquari. **Caderno Pedagógico**, v. 12, n. 1, p. 221-230, 2015. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/946>>. Acesso em: 03.07.2018.

GOMES, Anne Christine de Macêdo Silva. **Cuidadores de pessoas com deficiência: percepções e práticas de saúde bucal**. 2016. 80f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/22158>>. Acesso em: 04.07.2018.

GRIGALAIUSKIENĖ, Rūta; SLABSINSKIENĖ, Eglė; VASILIAUSKIENĖ, Ingrida. Biological approach of dental caries management. **Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal**, v.17, n. 4, p. 107-12, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.sbdmj.com/154/154-01.html>>. Acesso em: 01.07.2018.2018.

HARTWIG, Andreia Drawanz *et al.* Recursos e técnicas para a higiene bucal de pacientes com necessidades especiais. **Revista da AcBO – ISSN 2316-7262**, v. 4, n. 3, p. 1-10, 2015. Disponível em: <<http://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/272/341>>. Acesso em: 28.10.2018.

LEMONS, Ana Carolina Oliveira; KATZ, Cintia Regina Tornisiello. Cárie dentária em crianças com paralisia cerebral e sua relação com a sobrecarga dos cuidadores. **Arquivos em**

Odontologia, v. 52, n. 2, p. 100-110, 2016. Disponível em:

<<https://seer.ufmg.br/index.php/arquivo odontologia/article/view/2757>>.

MONTEIRO, Carlos Bandeira de Mello; DE ABREU, Luiz Carlos; VALENTI, Vitor Engrácia. **Paralisia Cerebral: Teoria e Prática**. São Paulo: Editora Plêiade. 2015.

NARVAI, Paulo Capel. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil.

Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011. Disponível em:

<<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1039>>. Acesso em: 02.06.2018.

NUTEP. **Sobre Nós: História, Quem somos**. 2016. Disponível em:

<<http://www.nutep.org.br/portal/sobre-nos/quem-somos/>>. Acesso em: 30.08.2017.

OLIVEIRA, Ana Luísa Botta Martins de; GIRO, Elisa Maria Aparecida. Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais.

Odonto, v. 19, n. 38, p. 45-51, 2011. Disponível em:

<<https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/Odonto/article/view/2464>>. Acesso em: 20.07.2018.

OLIVEIRA, Márcia de Freitas *et al.* Motivação no Controle do Biofilme Dental e o Aprendizado em Relação à Saúde Bucal em Escolares. **Publ. Biológicas**, v. 18, n. 2, p. 115-120, jul./dez. 2012. Disponível em:

<<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/view/2957/3344>>. Acesso em: 20.07.2018.

PATO, Tamara Rodrigues *et al.* Epidemiologia da paralisia cerebral. **Acta Fisiátrica**, v. 9, n. 2, p. 71-76, 2016. Disponível em:

<<https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/viewFile/102365/100689>>. Acesso em: 20.07.2018.

PINTO, Leão Pereira *et al.* Aspectos Imunológicos da Cárie Dentária. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 46, n. 1, 2005. Disponível em:

<<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/7605/9699>>. Acesso em: 01.07.2018.

RIBEIRO, Cristina Raquel da Cunha. **Higiene oral em crianças com paralisia cerebral: conhecimentos e atitudes dos cuidadores**. 2015. 60f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, 2015. Disponível em:

<<https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/37418>>. Acesso em: 02.06.2018.

ROSENBAUM, Peter *et al.* A report: the definition and classification of palsy. **Dev. Med. Child Neurol.**, v. 49, n. 6, p. 480. jun. 2007. Disponível em:

<<https://storage.googleapis.com/wzukusers/user-32163818/documents/5a917ab76f3ffKJVJWSW/A%20report%20the%20definition%20CP.pdf>>. Acesso em: 02.07.2018.

SANTOS, Ana Raquel de Oliveira. **Caracterização dos hábitos relacionados com a saúde oral de crianças internadas no serviço de pediatria de um Hospital Central**. 45f.

Dissertação (Mestrado integrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, 2017. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/107243/2/211741.pdf>>. Acesso em: 10.01.2018.

SIMÕES, Cibele Cristina *et al.* A experiência dos pais no cuidado dos filhos com paralisia cerebral. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 138-45, 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a16.pdf>. Acesso em: 05.06.2018.

SOUZA, Sabrine Aguiar. A cárie é uma doença transmissível? Fatores maternos e da criança relacionados com o desenvolvimento da cárie na primeira infância. **Arquivo Brasileiro de Odontologia** v. 10, n. 2, 2014. Disponível em: <periodicos.pucminas.br/index.php/Arquivobrasileiroodontologia/article/>. Acesso em: 01.07.2018.

UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (UNICEF). **Situação mundial da infância 2013: Crianças com Deficiência. Resumo Executivo.** ©United Nations Children’s Fund (UNICEF). Maio, 2013. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/PT_SOWC2013.pdf> . Acesso em : 20.06.2018.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE PESQUISA

Nº: _____

Número do Prontuário: _____

Diagnóstico da criança registrado no prontuário: _____

Dados de identificação dos pesquisados

1- Qual é o sexo da criança que acompanha?

a) Masculino b) Feminino

2- Qual a idade da criança? _____

3- Qual a sua idade? _____

4- Qual é seu grau de parentesco com a criança?

a) Mãe b) Pai c) Avó(a) d) Outro _____**Fatores socioeconômicos**

5- Qual o seu grau de escolaridade?

a) Analfabetab) Alfabetizadac) Ensino infantil completo/ incompletod) Ensino fundamental completo/ incompleto (1º ao 9º ano – Antiga Alfabetização até 8ª série do primeiro grau maior)e) Ensino médio completo/ incompleto (Antigo Segundo Grau)f) Ensino superior completo/incompleto

6- Qual seu estado civil?

a) Solteiro(a)b) Casado(a)/ em união estávelc) Separado(a)/ divorciado(a)d) Outros

7- Você trabalha atualmente (recebendo pelo trabalho)?

a) Sim b) Não

8- Se sua resposta anterior foi não, a atenção que você precisa dar a criança é o que o(a) impede de trabalhar?

a) Sim b) Não c) Não se aplica

9- Qual a renda mensal da família da criança?

a) Até 1 salário mínimo

b) Entre 1 e 3 salários

c) Acima de 3 salários

10- A família da criança conta com benefícios do Governo para se manter financeiramente?

a) Sim b) Não

Rotina de cuidados com saúde bucal

11- É realizada higiene bucal da criança?

Sim Não

12- Se sua resposta anterior foi sim, quantas vezes é realizada a higiene bucal da criança?

a) 1x por dia

b) 2 x por dia

c) 3x ou mais por dia

d) Eventualmente

e) Não se aplica

13- Quem normalmente realiza a higiene bucal da criança?

a) Você b) Ela mesma c) Outra pessoa _____ d) Não se aplica

14- Alguma vez você foi orientado(a) sobre como cuidar da saúde bucal da criança?

a) Sim b) Não

15- Se sua resposta anterior foi sim, quem lhe deu estas informações?

a) Enfermeira

b) Médico

- c) Dentista
- d) Outra pessoa ou profissional _____
- e) Não se aplica

16-Você encontra dificuldades para realização da higiene bucal da criança?

- a) Sim b) Não

17-Se você encontra dificuldades na realização de procedimentos de escovação (higienização), qual ou quais as causas destas dificuldades? (Pode marcar mais de uma opção se achar necessário):

- a) Você não sabe como fazer
- b) Falta do controle físico-emocional do seu filho
- c) A criança não gosta de escovar
- d) Seu filho não consegue cuspir
- e) Outros _____
- f) Não se aplica

18-Na sua rotina com a criança, há algo que limita a frequência, ou seja, o número de vezes que faz ou supervisiona a escovação (higiene bucal) da criança? (Marque mais de uma alternativa se achar necessário):

- a) Sua sobrecarga (cansaço) da rotina de atividades diárias
- b) O cansaço da criança com atividades de reabilitação
- c) Não se sente motivado(a) para fazer a higiene bucal
- d) Considera outras coisas mais importantes no dia a dia da criança
- f) Outros _____
- g) Nada limita

19-Quais materiais são utilizados na higiene bucal da criança? (Marque um ou mais itens caso ache necessário):

- a) Gaze ou paninho
- b) Escova
- c) Pasta de dente com flúor
- d) Pasta de dente sem flúor
- e) Pasta de dente, não sabe se tem ou não flúor

- f) Fio dental
- g) Enxaguantes bucais

Dieta

20-Você tem dificuldades de alimentar a criança?

- a) Sim
- b) Não
- c) Às vezes

21-A criança faz uso de alimentação parenteral, ou seja, a alimentação que não é feita pela boca (GTT)?

- a) Sim
- b) Não

22-A criança se alimenta pela boca (incluindo amamentação) durante a noite (madrugada)?

- a) Sim, todos os dias
- b) Sim, mais de uma vez por semana
- c) Sim, só uma vez por semana
- d) Raramente
- e) Não
- f) Não se aplica

23-A criança come alimentos açucarados (biscoito, bombons, chocolate, cereal, chicletes, iogurte, refrigerantes, sucos adoçados e outros) entre as refeições principais (café da manhã, almoço e jantar)?

- a) Sim, todos os dias
- b) Sim, mais de uma vez por semana
- c) Sim, só uma vez por semana
- d) Raramente
- e) Nunca
- f) Não se aplica

24-Contando todas as refeições diárias, com que frequência a criança consome alimentos que contem açúcar ao longo do dia (sucos adoçados, biscoito, iogurte, refrigerante, mingau e outros)?

- a) Uma vez por dia
- b) 2 vezes por dia

- c) 3x ou mais por dia
- d) Não consome alimentos com açúcar
- e) Não se aplica

25-A criança precisa fazer uso de medicamento oral doce na forma de solução diariamente?

- a) Sim b) Não

26-Se sim, em que horários toma este medicamento?

- a) No horário das refeições (Logo antes ou logo depois)
- b) Entre as refeições
- c) Antes de dormir
- d) Não se aplica

Acesso ao serviço de saúde bucal

27-A criança já foi ao dentista?

- a) Sim b) Não c) Não sabe ou não se lembra

28-Se nunca foi ao dentista, qual o motivo principal de não ter ido?

- a) Acha que ainda não precisa
- b) Não encontrou profissional que aceitasse fazer o atendimento
- c) Não encontrou vaga em um serviço gratuito
- d) Tenho dificuldades para transportá-la
- e) Não tem tempo
- f) Outros _____
- g) Não se aplica

29-Quando você acha que é correto procurar o dentista para a criança?

- a) A cada 6 meses
- b) 1x por ano
- c) Só quando acho que precisa (dor, sangramento, trauma)
- d) Nunca
- e) Outra _____

30-Você acha que a criança que você cuida deveria ir mais vezes ao dentista?

a) Sim b) Não

31-Se sim, por qual ou quais motivos você não leva a criança mais vezes ao dentista? (Marque mais de um item se for necessário):

- a) Falta de tempo
- b) Os tratamentos são caros
- c) Falta profissionais capacitados
- d) Falta de acessos físicos (dificuldade de locomoção)
- e) Falta de vagas no serviço público
- f) Outros _____
- g) Não se aplica

32-Se sua criança já foi ao dentista, qual foi a idade da primeira consulta da criança ao dentista?

- a) Antes de 1 ano _____
- b) De 1 a 5 anos _____
- c) De 5 a 8 anos _____
- d) De 8 a 12 anos _____
- e) Não sei
- f) Não se aplica

33-Se já foi ao dentista com a criança, em que local(is) foi feito o atendimento? (Marque mais de uma opção se achar necessário)

- a) Consultório particular/ Plano de saúde
- b) Posto de saúde/ Unidade de Pronto Atendimento (UPA)/ Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
- c) Faculdade/ Curso de Odontologia
- d) Outros _____
- e) Não se aplica

34-Qual seria a melhor atitude do governo (das políticas públicas), na sua opinião, para facilitar e melhorar o acompanhamento da criança pelo dentista? (Marque um item)

- a) Criar centros de atendimento para pessoa com deficiência no seu município
- b) Incluir o dentista na equipe que trabalha com a estimulação e reabilitação da sua criança

- c) Aumentar o número de dentistas trabalhando efetivamente nos Postos de Saúde
- d) Melhorar a acessibilidade para locomoção com criança
- e) Outros _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por (Kátia Linhares da Ponte Medeiros) como participante da pesquisa intitulada “A PREVALÊNCIA DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Objetivo: Avaliar a prevalência da cárie dentária em crianças com paralisia cerebral do Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP) que participarão do estudo, observando os fatores que podem estar associados.

Benefícios: O motivo que nos leva a fazer este estudo é poder, a partir dos dados estudados, avaliar a presença da cárie na sua criança com o intuito de gerar um estímulo a processos de intervenção em saúde bucal para elas. Entendendo, também, a importância de se ter um olhar voltado para o cuidado e o acesso ao dentista, a pesquisa intenciona agir de forma a incentivar a melhoria da atenção odontológica às crianças com paralisia cerebral. Durante a pesquisa, vocês também terão como benefício a aquisição de instruções de higiene oral, um momento no qual poderão tirar dúvidas em relação à saúde bucal com o pesquisador e o devido encaminhamento da criança para tratamento odontológico, caso seja necessário.

Procedimentos: Caso você decida participar, deverá responder a um formulário que tratará de fatores associados ao processo de cárie dentária, ele pretende colher dados sobre a rotina de cuidados em saúde bucal da criança, alimentação, acesso ao dentista e situação socioeconômica. Você gastará aproximadamente 20 minutos para respondê-lo e serão compostos de questões de múltipla escolha.

Serão realizados exames bucais nas crianças; estas serão avaliadas em relação à presença da cárie dentária. Deverá acompanhá-la no momento do exame e neste procedimento serão gastos aproximadamente 20 minutos. Também poderão ser tiradas algumas fotos e, para isso, pedimos, desde já, sua autorização.

Riscos e desconfortos: Durante a realização dos exames bucais da sua criança e da resolução do formulário a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você e a criança correm é semelhante àquele sentido num exame físico de rotina dela: poderá acontecer um desconforto ao responder algumas perguntas pessoais, bem como na hora do exame bucal da criança, pois algumas vezes é necessário contê-la para um exame adequado. Esclarecemos que todos seus dados serão mantidos em completo sigilo e que a criança será manuseada, ao máximo, de forma que não sinta desconforto.

Os dados que irá nos fornecer ou as fotografias que podem ser feitas serão confidenciais e serão divulgadas apenas em congressos, publicações científicas ou em meio a profissionais estudiosos no assunto, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Você não terá nenhum gasto pela sua participação nessa pesquisa, também não receberá nenhum pagamento para participar dela.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Endereço dos(as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Kátia Linhares da Ponte Medeiros

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Ipê, 256 – São Gerardo

Telefones para contato: (85) 98793-8733

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 – Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344 (Horário: 8:00-12:00 horas, de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____anos, RG:_____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____.

Nome do participante da pesquisa: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler): _____

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Nome do profissional que aplicou o TCLE: _____

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Nome do pai e/ou responsável pela criança _____

Data ___/___/___

Assinatura: _____

APÊNDICE C – FICHA CLÍNICA

ODONTOGRAMA SIMPLIFICADO PARA CPO-D/CEO-D UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Ano	Dia/Mês	Número

Nome: _____

Idade Sexo: 1-M 2-F

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	

			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75					
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

Convenções:

C/c = Cariado

Ex = Perdido ou restaurado sem hist. cárie

H = Hígido

P/e = Perdido por cárie

O/o = Obturado

(-) = Coroa não erupcionada/excluído

CPO-D: _____

ceo-d: _____

Nome do cuidador: _____

Número do Prontuário: _____

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA EXAME CLÍNICO

Nome do Paciente: _____

Nome do Responsável: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Algumas vezes é necessária uma imobilização do paciente para que o exame clínico seja feito de forma adequada sem prejuízo para o diagnóstico correto. O objetivo da possível contenção será evitar ou reduzir a ocorrência de movimentos bruscos pelas crianças estudadas, podendo ser executada pelos pesquisadores, pais ou responsáveis legais, com ou sem auxílio de assessórios. Este método está indicado para pacientes que necessitem de diagnóstico e/ou tratamentos odontológicos e são incapazes de cooperar por falta de maturidade, problemas físicos e mentais e quando técnicas de condicionamento falharem. A contenção física somente será utilizada em casos de absoluta necessidade.

Eu, _____, após ter sido esclarecido a respeito desses objetivos e indicações da contenção física, autorizo sua execução na criança que está sob minha responsabilidade para participação adequada na pesquisa.

Fortaleza, ____/____/____.

Assinatura

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE)

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL À REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

Declaro, para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-CEP/UFC/PROPESQ, que o Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP) dispõe de toda infraestrutura necessária para realização da pesquisa intitulada "A Prevalência da Cárie Dentária em Crianças com Paralisia Cerebral" a ser realizada pela pesquisadora Kátia Linhares da Ponte Medeiros.

Fortaleza, 05 de dezembro de 2011.

Assinatura manuscrita em tinta azul, aparentemente de Fabiane Elpidio de Sá.

Fabiane Elpidio de Sá
Coordenação Centro
de Estudo - NUTEP
SIAPE 1764482

ANEXO B – TERMO DE CIÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA



Termo de Ciência

A Prefeitura Municipal de Fortaleza, através da Secretaria Municipal de Saúde declara estar ciente do desenvolvimento da pesquisa intitulada “**A Prevalência da Cárie Dentária em Crianças com Paralisia Cerebral**”, estudo este que terá como pesquisadora principal Kátia Linhares da Ponte Medeiros, aluna do Mestrado Acadêmico em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará, e estará sob supervisão direta da Dra. Maria Eneide Leitão de Almeida, professora da universidade e responsável pela devida orientação da pesquisa.

A Coordenação de Saúde Bucal do Município de Fortaleza, portanto, compreende e concorda com a possibilidade e necessidade de encaminhamento dos pacientes residentes no município de Fortaleza que participarão da pesquisa, quando diagnosticados com necessidade de tratamento odontológico. Sendo, assim, fica acordado que estes pacientes, ao serem diagnosticados com necessidade de tratamento, durante a pesquisa, serão devidamente encaminhados pela pesquisadora para a atenção secundária através do sistema de informática das Unidades Primárias de Atenção a Saúde (UPAS) para que busquem o devido tratamento com especialistas da área de atenção a Pacientes com Necessidades Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) ligados ao município de Fortaleza.

Fortaleza 30 de Novembro de 2017

Janaína Rocha de Sousa Almeida
Articuladora de Saúde Bucal
Secretaria Municipal de Fortaleza

Dra Janaína Rocha de Sousa Almeida
Assessora Técnica de Saúde Bucal da
Secretaria de Saúde de Fortaleza
Coordenação de Saúde Bucal de Fortaleza

ANEXO C – TERMO DE CIÊNCIA DO NÚCLEO DE ATENDIMENTO A PACIENTES ESPECIAIS



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem
Núcleo de Estudos em Pacientes Especiais

Termo de Ciência

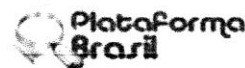
O Núcleo de Estudos em Pacientes Especiais (NEPE) declara estar ciente do desenvolvimento da pesquisa intitulada “**A Prevalência da Cárie Dentária em Crianças com Paralisia Cerebral**”, estudo este que terá como pesquisadora principal Kátia Linhares da Ponte Medeiros, aluna do Mestrado Acadêmico em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará, e estará sob supervisão direta da Dra. Maria Eneide Leitão de Almeida, professora da universidade e responsável pela devida orientação da pesquisa.

Compreendendo, portanto, que ao longo da pesquisa poderão surgir pacientes com necessidades de tratamento, a coordenação do NEPE compromete-se a prestar apoio à pesquisadora na assistência a estes pacientes. Desta forma, fica autorizado à pesquisadora atender os pacientes que moram fora do município de Fortaleza no Núcleo de Estudos em Pacientes Especiais da Universidade Federal do Ceará oferecendo o serviço dentro das possibilidades do programa e com o suporte deste.

Fortaleza 01 de Dezembro de 20 17.

Assinatura manuscrita em azul do Dr. Fabrício Bitu Sousa.

Dr. Fabrício Bitu Sousa
Coordenador do Núcleo de Estudos em Pacientes Especiais

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** A PREVALÊNCIA DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS COM PARALISIA**Pesquisador:** KATIA LINHARES DA PONTE MEDEIROS**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 80836917.4.0000.5054**Instituição Proponente:** Departamento de Clínica Odontológica**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 2.456.363**Apresentação do Projeto:**

Dificuldades na alimentação, na manutenção da higiene bucal ou mesmo comprometimentos sistêmicos das crianças com paralisia cerebral são fatores que estão relacionados diretamente a saúde bucal destes indivíduos. A baixa percepção desta população por parte das políticas públicas de saúde e o comprometimento de fatores relacionados a dieta, acesso ao serviço odontológico, fatores socioeconômicos e cuidados diários, podem contribuir para o agravamento dos riscos à saúde bucal deste grupo. Nesse contexto, surgiu a necessidade de investigar essa parcela da população vinculada ao Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP). O objetivo deste estudo será analisar o processo de cárie dentária nas crianças com paralisia cerebral observando fatores relacionados a doença em questão e tendo em vista o contexto social no qual estão inseridos e a rotina de reabilitação dessas crianças. Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo transversal com abordagem quantitativa, em que participarão da pesquisa 88 pessoas, sendo 44 crianças com paralisia cerebral que estejam em atendimento no NUTEP e 44 cuidadores responsáveis principais. Para avaliar a cárie dentária será utilizado o índice de CPOD/ceod. Será aplicado, também, um formulário destinado aos cuidadores das crianças, este será utilizado para avaliação de fatores relacionados a cárie dentária, baseado nos estudos de Martin, Andia-Merlin e Giovani (2013) e Ferreira et al. (2011). Os dados obtidos serão expressos em forma de frequência absoluta e percentual no software Statistical Package for The Social Sciences versão 17,0 para Windows adotando uma confiança de 95%, sendo analisados

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.456.363

por meio do teste Qui-quadrado e exato de Fisher e expressos em forma de média e desvio-padrão e comparados por meio dos testes de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis seguido do pós-teste de Dunn. Espera-se com esse estudo obter um panorama das condições relacionadas ao processo de cárie dentária em crianças com paralisia cerebral.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a prevalência de cárie dentária nas crianças com paralisia cerebral do Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP) que participarão do estudo, observando os fatores que podem estar associados a doença pesquisada.

Objetivos secundários:

Identificar a prevalência de cárie dentária nas crianças com paralisia cerebral do NUTEP através do índice CPOD/ceod;

Identificar e analisar as rotinas de cuidados em saúde bucal, dieta, acesso ao serviço odontológico e condições socioeconômicas;

Analisar as possíveis relações entre as condições socioeconômicas, acesso ao serviço odontológico, cuidados em saúde bucal, dieta e a prevalência da doença no grupo estudado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante a realização dos exames bucais da sua criança e da resolução do formulário a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você e a criança correm, é semelhante àquele sentido num exame físico de rotina dela: poderá acontecer um desconforto ao responder algumas perguntas pessoais, bem como na hora do exame bucal da criança, pois algumas vezes é necessário contê-la para um exame adequado. Esclarecemos que todos seus dados serão mantidos em completo sigilo e que a criança será manuseada, ao máximo, de forma que não sinta desconforto.

Benefícios:

O motivo que nos leva a fazer este estudo é poder, a partir dos dados estudados avaliar a presença da cárie na sua criança com o intuito de gerar um estímulo a processos de intervenção em saúde bucal para elas. Entendendo, também, a importância de se ter um olhar voltado para o cuidado e o acesso ao dentista, a pesquisa intenciona agir de forma a incentivar a melhoria da atenção odontológica às crianças com paralisia cerebral.

Durante a pesquisa, vocês também terão como benefício, a aquisição de instruções de higiene oral, um momento no qual poderão tirar dúvidas em relação a saúde bucal com o pesquisador e o devido encaminhamento da criança para tratamento odontológico caso seja necessário.

Endereço: Rua Col. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.456.363

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de mestrado a ser realizada com crianças portadoras de paralisia cerebral com exame clínico e aplicação de questionários aos cuidadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram devidamente apresentados. Informação sobre os benefícios deve ser acrescentada no TCLE, projeto e Plataforma conforme lista de pendências.

Recomendações:

Recomendo aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo aprovação do projeto, tendo em vista que todas as pendências foram resolvidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1045803.pdf	15/12/2017 10:20:25		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_comite_versao_2.pdf	15/12/2017 10:19:13	KATIA LINHARES DA PONTE MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versao2.pdf	15/12/2017 10:18:39	KATIA LINHARES DA PONTE MEDEIROS	Aceito
Outros	solicitacao_de_apreciacao.pdf	06/12/2017 17:33:57	KATIA LINHARES DA PONTE MEDEIROS	Aceito
Outros	termo_de_ciencia_NEPE.pdf	06/12/2017 17:32:24	KATIA LINHARES DA PONTE MEDEIROS	Aceito
Outros	termo_de_ciencia_prefeitura.pdf	06/12/2017 17:30:40	KATIA LINHARES DA PONTE MEDEIROS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_pesquisadores.pdf	06/12/2017 17:28:10	KATIA LINHARES DA PONTE MEDEIROS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_da_instituicao.pdf	06/12/2017 17:25:42	KATIA LINHARES DA PONTE MEDEIROS	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Telefone: (85)3366-8344

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.456.363

Cronograma	Cronograma.pdf	06/12/2017 17:23:14	KATIA LINHARES DA PONTE MEDEIROS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	06/12/2017 17:22:06	KATIA LINHARES DA PONTE MEDEIROS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/12/2017 17:20:31	KATIA LINHARES DA PONTE MEDEIROS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 26 de Dezembro de 2017

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br