RUTH MÓNICA CARRANZA SOTELO

**Percepção do cuidador na qualidade de vida relacionado à saúde bucal de
crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista**

São Paulo

2018

RUTH MÓNICA CARRANZA SOTELO

**Percepção do cuidador na qualidade de vida relacionado à saúde bucal de
crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à
Faculdade de Odontologia da
Universidade de São Paulo, pelo
Programa de Pós-Graduação em
Ciências Odontológicas, para obter o
título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração:
Odontopediatria

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia
Ciamponi

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Carranza Sotelo, Ruth Mónica.

Percepção do cuidador na qualidade de vida relacionado à saúde bucal de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista / Ruth Mónica Carranza Sotelo ; orientador Ana Lúcia Ciamponi . -- São Paulo, 2018.

117p. : fig., tab. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontopediatria. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal. 2. Saúde bucal. 3. TEA. 4. Crianças. 5. Adolescentes. I. Ciamponi, Ana Lúcia. II. Título.

Carranza Sotelo R. Percepção do cuidador na qualidade de vida relacionado à saúde bucal de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista
Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 04/07/2018

Banca Examinadora

Prof(a). Dra. Renata Guare

Instituição: Universidade Cruzeiro do Sul, Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dra Ana Estela Haddad

Instituição: Universidade de São Paulo, Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr Gilmer Torres Ramos

Instituição: Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Perú, Julgamento:
Aprovada

Dedico este trabalho a meus grandes amores, as pessoas mais importantes na minha vida.

A Deus pela sua eterna luz e proteção, por guiar meus caminhos, dando-me força nos momentos mais difíceis, e para meu anjinho que sempre me ajuda e cuida!

A mi amado papito Walter, a quien admiro mucho, mi ejemplo, que desde muy chiquitito tuvo que trabajar para sostener su hogar, nunca se rindió, se esforzó por conseguir todos sus sueños, responsable, siempre cuidando de su familia, nunca voy olvidar todos sus consejos, apoyo incondicional, constantemente motivándonos a seguir adelante, para ser una mejor persona. Gracias por todo y tanto Papito!

A mi super Mamita Ana! la mujer mas fuerte, guerrera, a quien amo con todo mi corazón, la persona más bondadosa, cariñosa, dulce que conozco, eternamente preocupada por todos, que nos enseñó a ser responsables y terminar todo lo que se inicia. Nos cuidas con mucho amor, siempre con una sonrisa, así puedas estar pasando por momentos difíciles, todo para no dejarme preocupada, no imaginas la falta que me haces, lo difícil y duro que es estar lejos, no poder cuidarte, en esta etapa complicada después de tu cirugía, pero como tu dices, paciencia poco a poco se que iras mejorando. Admiro mucho tu fortaleza Mamita linda!

Flor, David y Laurita, mis hermanitos como los quiero, los extraño demasiado, cómplices de tantas cosas, siempre unidos en las alegrías y tristezas, riendonos de todo, cuidándonos el uno al otro, por más lejos que estemos y aunque tomamos caminos diferentes, cada uno viviendo en diferentes países, estaremos unidos porque el amor de hermanos que sentimos es tan fuerte que no existe distancia que nos pueda separar. Gracias por todo su apoyo hermanitos los amo muchísimo.

Mis sobrinitos Claudita y Dieguito, alegría de mi vida! Nunca imagine lo bonito que es ser Tía, ese amor tan grande que siento por ustedes, verlos crecer tan rapido y aunque me duele estar perdiendo cada etapa de sus vidas, siempre estaré intentando estar presente, saben que cuentan conmigo para todo lo que necesiten y continuare engriendolos, mimandodolos con todo mi corazón, los super amo!!!Siempre serán mis chobinitos!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Professora e minha orientadora, Ana Lidia Ciampioni, meu reconhecimento, admiração e gratidão por me conceder a oportunidade de fazer o mestrado, lhe serei eternamente grata por toda a confiança depositada em mim.

Obrigada pelo seu carinho, paciência, pelos seus ensinamentos, por estar presente quando necessário, pelo apoio com meu português e na pesquisa, pela energia, alegria, risadas e pela sua amizade, sem os quais eu definitivamente não conseguiria alcançar este sonho que hoje se cumpre. Aprendi muito com você! Adoro sua paixão pelo mundo das crianças e crianças com necessidades especiais. Você é um exemplo para mim de dedicação total e competência, que pretendo levar para uma vida inteira. **Muito obrigada!**

“O poder da gratidão abre nossos olhos para todas as bênçãos que possuímos na vida e nos ensina a apreciá-las”
(Autor Desconhecido)

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Maria Gabriela Haye Biazevic, obrigada pela ajuda e considerações importantíssimas realizadas no meu exame de qualificação.

Ao Prof. Dr. Gustavo Tello Meléndez, gratidão enorme pelo carinho, amizade, e apoio incondicional desde minha chegada no Brasil, muito obrigada por ter sempre cuidado de mim como uma irmã e pelas valiosas considerações na minha qualificação! Adoro e sinto muito orgulho de você!

Ao Prof. Dr. Gilmer Torres Ramos, meu mestre, quem me ensinou tudo sobre o mundo da odontopediatria, admiro muito sua inteligência e destreza no amplo mundo da odontologia clínica e hospitalar. Você é um pesquisador maravilhoso! Muito obrigada por ter sido parte importante na minha formação como odontopediatra!

Ao Prof. Dr. Fausto Medeiros Mendes, obrigada pela grande ajuda com a estatística deste trabalho, pela sua disponibilidade e paciência, admiro muito seu entusiasmo, simplicidade e dedicação com que conduz seus alunos, inspirando e motivando as pessoas ao seu redor, obrigada por todos os conhecimentos transmitidos.

As professoras Dra. Daniela P. Raggio, Dra. Mariana Minatel Braga e Dra. Marcia Turolla Wanderley, meu agradecimento e admiração pelo profissionalismo e inúmeros ensinamentos nestes dois anos

Aos professores Dr. Marcelo José Strazzeri Bonecker, Dr. José Carlos Pettorossi Imparato, Dra. Ana Estela Haddad e Dra. Maria Salete Nahás Pires Correa, pelo exemplo de determinação, contribuição, amor e dedicação à profissão, pelos ensinamentos, admiro vocês!

Ao departamento de Odontopediatria da Faculdade Odontologia da USP, aos seus funcionários Fátima, Júlio, Anne, Antônio, pôr serem muito prestativos e estarem sempre dispostos a ajudar.

Ao meu grande amigo e irmão Javier, quem conheci no Peru, na especialização em odontopediatria, jamais pensei que nossas vidas mudariam e que continuaríamos nossos estudos no Brasil. Sou muito grata por sua amizade, pelo carinho, por se tornar uma pessoa muito importante em minha vida, em quem sempre posso confiar obrigada pelos conselhos, o carinho, as risadas por tudo que vivenciamos e que com certeza continuaremos vivendo, adoro você!

A Patrícia, minha melhor amiga, irmã de coração, saiba que agradeço por ser sempre presente na minha vida, carinhosa, preocupada, que sempre está ali para o que eu precisar, obrigada por todo seu apoio e palavras de alento nos momentos difíceis, por compartilhar as alegrias, e por me presentear com a Chiarita! Amo vocês!

A Carol, obrigada por sua amizade sincera desde que cheguei ao Brasil, por tantas alegrias vividas, pelo carinho, por tudo.

A Alison obrigada pelos momentos de risos eternos, por sua amizade, por me defender, por me escutar e, me aconselhar, por tudo! Te adoro!

A Nicole, você me ajudou muito, obrigada pela paciência e preocupação, por toda sua ajuda em nossa pesquisa e por sempre ter um sorriso.

A Taciana, sempre pronta para me ajudar. Muito obrigada pela disposição, pelas conversas e risadas. Não tenho como agradecer o quanto você fez por mim, sou muito grata por ter me estendido as mãos no momento em que mais precisei.

A Ana Carolina, muito obrigada pela sua amizade, alegria, cumplicidade, pelas nossas conversas e por fazer meus dias mais leves e felizes.

A Camila, obrigada por todos os momentos que dividimos juntas, por sempre oferecer o ombro amigo, pelo carinho e incentivo, pela amizade e por sempre me colocar para cima, muito obrigada.

A Dai, por sua amizade, infinitas conversas, por alegrias e tristezas vividas, sempre me motivando a seguir em frente, muito obrigada.

Aos meus colegas Rodrigo, Deise, Leticia, Andressa, Gaby, Bruna, Karina, Nathalia, Isabel, Evelyn e Renata pela ajuda e ótima companhia tornando os dias de trabalho alegres e prazerosos.

A todos os demais colegas do Programa de Pós-graduação, obrigada pelas experiências divididas ao longo desses dois anos

Aos funcionários do CAPE- FOU SP: Sandra, Gil, Andressa, Cris, Jeanne e Fatima pela paciência e boa vontade, sempre serei grata!

E aos estagiários do GEAPE: Renata, Paula, Luana, Vivian, Laís, Luciana, por todos os momentos compartilhados juntas nas quartas feiras, por todo o carinho e amizade, adoro vocês!

A todos os **funcionários** da biblioteca e **Serviço de Documentação da Fousp**, por toda ajuda e dedicação nesses dois anos.

A todos os **funcionários da FOU SP** que sempre distribuíram simpatia.

Ao **Serviço de Biblioteca da FOU SP**, em especial à **Glauci**, por toda ajuda e atenção na configuração final deste trabalho.

A todos **os pacientes desta pesquisa** pela participação e disponibilidade em comparecer nas avaliações, colaborando para a realização deste trabalho, contribuindo para meu enriquecimento profissional e pessoal.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, pelo apoio financeiro concedido durante a realização deste trabalho.

A **Banca examinadora**, pelo aceite do convite, presença e contribuições para correção e finalização desta dissertação.

A **todos** que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, que cruzaram meu caminho e participaram de alguma forma para a realização deste projeto.

**“Bom mesmo é ir na luta com determinação
Abraçar vida com paixão
Perder com classe e
Vencer com ousadia, porque o mundo
pertence a quem se atreve e a vida é muito para
ser insignificante.”**

Augusto Branco

RESUMO

Carranza Sotelo R. Percepção do cuidador na qualidade de vida relacionado à saúde bucal de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Corrigida

Os objetivos deste estudo de corte transversal, analítico e descritivo, foram: 1) Avaliar a percepção dos pais e/ou cuidadores em relação a qualidade de vida (QVRSB) relacionada à saúde e à saúde bucal de crianças e adolescentes com diagnóstico do TEA. 2) Avaliar se a condição bucal das crianças e adolescentes com diagnóstico do TEA pode interferir na QVRSB e QVRS.

Material e métodos: Este estudo transversal contou com a participação de 74 crianças e adolescentes com TEA cadastrados no CAPE (Centro de atendimento a Pacientes Especiais) / FOUSP, entre 2017 e 2018, com idades entre 5 e 18 anos ($9,81 \pm 3,70$). A Saúde bucal foi caracterizada por meio da avaliação do Índice de sangramento gengival (ISG), Índice de placa (IP), Índice de dentes cariados, perdidos e obturados ceo-d/(CPO-D), Índice de defeito de desenvolvimento do esmalte dentário (DDE), Anomalias dentárias (AD), Hábitos parafuncionais e a Escala comportamental de Venham. Para avaliação da QVRS e QVRSB foi selecionado o instrumento Peds QL[®] 4.0 – relato dos pais/responsáveis e PedsQL[®] Escala bucal – relato de crianças pais/responsáveis, utilizamos a análise de Regressão de Poisson. **Resultados:** as variáveis explanatórias que atuaram negativamente determinando uma pior QVRSB foram: aglomeração domiciliar maior ou igual à 4 pessoas, 3 ou mais filhos, presença de ceo-d/CPO-D maior que zero e protesto generalizado durante atendimento odontológico. Maior comprometimento emocional esteve associado à renda familiar menor que 2 salários mínimos, ceo-d/CPO-D maior que dois e protesto moderado durante o atendimento odontológico. A piora na atividade escolar esteve associada ao maior número de filhos (3 ou mais filhos) e protesto generalizado durante o atendimento odontológico. Houve associação entre capacidade física e idade da criança, aglomeração familiar e protesto

generalizado durante o atendimento odontológico, sendo que valores maiores dessas variáveis determinaram efeito negativo na capacidade física. Houve associação entre construto social e algumas variáveis explanatórias clínicas. Observamos que a pior interação social estava associada com maior CEO-d/CPO-D e protesto intenso durante o atendimento odontológico. **Conclusão:** De acordo com a percepção dos pais/responsáveis houve impacto negativo reduzido tanto na QVRS, como na QVRSB das crianças/adolescentes com TEA. O construto emocional e o de saúde bucal foram os mais associados às variáveis socioeconômicas e clínicas.

Palavras-chave: Qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Saúde bucal. TEA. Criança. Adolescente.

ABSTRACT

Carranza Sotelo R. Caregiver perception on quality of life related to the oral health of children and Teenagers with autism spectrum disorder [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão Corrigida.

The objectives of this cross-sectional, analytical and descriptive study were: 1) To evaluate the perception of parent and / or caregivers regarding quality of life (HRQoL) related to the health and oral health of children and teenagers diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) 2) Evaluate if oral condition of children and adolescents diagnosed with ASD interfere with HRQoL and HRQoL. **Material and methods:** This cross-sectional study comprised 74 children and teenagers with ASD, enrolled in the CAPE (Special Patient Care Center) / FOU SP between years 2017 and 2018, aged between 5 and 18 years (9.81 ± 3 , 70). Oral health was characterized by evaluation of gingival bleeding index, plaque index, ceo-d / CPO-D, enamel development defect index (DDE). To evaluate behavior during dental care, the Vahan's Behavioral Scale was used. For the evaluation of the HRQoL and QRSRS, the Peds QL® 4.0 instrument - parent / guardian report and PedsQL® Oral Scale - parent / guardian report were used. Poisson Regression analysis was performed to identify possible associations among explanatory variables. **Results:** The explanatory variables that negatively worsened OHRQoL were household agglomeration greater than or equal to 4 people, 3 or more children, presence of CEO-d/CPO-D greater than 2 and widespread protest during dental treatment. Higher remoteness and impairment was associated with family income less than 2 minimum wages, CEO-d/CPO-D higher than 2 and moderate protest during dental care. The worsening of school activity was associated with higher number of children (3 or more) and widespread protest during dental care. There was an association between physical capacity and age of children, family agglomeration and generalized protest during dental care. A higher value of these variables was associated with a negative effect on physical activity. There

was also an association between social construct and some clinical explanatory variables. The worse the social interaction, higher the CEO-d/CPO-D and intense protest during dental care. **Conclusion:** According to the perception of parents there was a reduced negative impact in both HRQoL and OHRQoL of children/adolescents with ASD. The emotional and oral health constructs were the most associated with socioeconomic and clinical variables.

Keywords: Oral health-related quality of life. Oral health. TEA. Child. Teenager.

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1 - Índice DDE	47
Tabela 5.1- Características sociodemográficas e econômicas da população avaliada.....	52
Tabela 5.2- Características bucais das crianças e adolescentes com TEA	53
Tabela 5.3- Distribuição dos escores de QVRS e QVRSB de acordo com os diferentes construtos	54
Tabela 5.4- Análise de regressão dePoisson uni e multivariada: domínio emocional e variáveis sociodemográficas e econômicas	55
Tabela 5.5-Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: domínio emocional e variáveis clínicas	57
Tabela 5.6- Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: domínio capacidade física e variáveis sociodemográficas e econômicas.....	59
Tabela 5.7- Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: domínio capacidade física e variáveis clínicas.....	61
Tabela 5.8- Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: domínio da capacidade social e variáveis sociodemográficas e econômicas	63
Tabela 5.9- Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: domínio social e variáveis clínicas	65

Tabela 5.10- Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: domínio escolar e variáveis sociodemográficas e econômicas.....	67
Tabela 5.11- Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: domínio escolar e variáveis clínicas.....	69
Tabela 5.12 -Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: escala bucal e variáveis sociodemográficas e econômicas	71
Tabela 5.13- Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: escala bucal e variáveis clínicas e comportamentais.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Anomalia Dentária
CAPE	Centro de atendimento a pacientes especiais
CPO-D	Índice de dente cariado perdido e obturado
DDE	Índice defeito do desenvolvimento do esmalte dental
EPI	Equipamento de proteção individual
FOUSP	Faculdade de odontologia da universidade de São Paulo
GE	Grupo estudado
IHO-S	Índice de higiene oral simplificado
ISG	Índice de sangramento gengival
OMS	Organização Mundial da Saúde
PedsQL™	Pediatric Quality of Life Inventory™
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
QVRSB	Qualidade de vida relacionada à saúde bucal
SM	Salário mínimo
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 REVISÃO DA LITERATURA	27
3 PROPOSIÇÃO	37
4 MATERIAL E MÉTODOS	39
5 RESULTADOS	51
6 DISCUSSÃO	79
7 CONCLUSÕES	81
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE	91
ANEXOS	95

1 INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista (TEA) é classificado como um grupo de desordens que engloba transtornos do neurodesenvolvimento, caracterizado por diferentes graus de dificuldade na interação social e comunicação, com padrão de comportamento repetitivo e interesses restritos e estereotipados. (American Psychiatric Association, 2013).

A partir do último Manual de Saúde Mental – DSM-5, o autismo e todos os distúrbios, incluindo o transtorno autista, o transtorno desintegrativo da infância, o transtorno generalizado do desenvolvimento não-especificado (PDD-NOS) e a Síndrome de Asperger, fundiram-se em um único diagnóstico denominado Transtornos do Espectro Autista – TEA. (Huerta et al.,2012).

O TEA era considerado no passado uma condição rara, que afetava uma em cada duas mil crianças. Atualmente, as pesquisas mostram aumento significativo nas últimas décadas, onde uma em cada cem crianças é portadora do espectro, que afeta mais os meninos do que as meninas. Não se sabe se o aumento de prevalência observado se deve ao maior acesso à serviços de saúde ou se representa um verdadeiro aumento de sua prevalência (Beggiato et al.,2017).

Por ser um transtorno com amplo espectro de gravidade é de suma importância a avaliação do nível de funcionalidade dos indivíduos, com o objetivo de orientação e tratamento personalizado e otimizado. A avaliação multiprofissional possibilita que todas as esferas de sintomas sejam avaliadas e trabalhadas quanto às necessidades de cada paciente.

As doenças e desordens bucais em indivíduos com TEA não apresentam características bucais específicas, porém apresentam fatores de risco aumentados para doença cárie e periodontal. Podem apresentar comprometimento da higiene bucal, pois demonstram sensibilidade tátil exacerbada, o que dificulta o contato físico e resulta no impedimento do treinamento e na realização de tarefas corriqueiras (Bartolomé-Villar et al. 2016).

Algumas pesquisas (Richa et al., 2014), mostram que comparado às crianças normoreativas apresentam mais desordens bucais, o que pode levar a dificuldades alimentares, dor, distúrbios do sono, absenteísmo escolar e diminuição da auto-estima, resultando em um efeito negativo na QVRSB. Por esta razão, o estudo da QV neste grupo de indivíduos vem se tornando importante. Os resultados encontrados nesse estudo poderão contribuir com informações relevantes para melhoria dos programas educativos, assistenciais e de intervenção em saúde bucal para crianças e adolescentes com TEA.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O autismo foi descrito pela primeira vez em 1943 pelo psiquiatra austríaco, Leo Kanner em sua obra: *Autistic disturbances of affective contact*. Nela, descreveu onze casos de crianças que apresentavam em comum a incapacidade de estabelecer relações normais com pessoas e situações, atraso na capacidade de falar e a não utilização da linguagem como instrumento de comunicação (Kanner, 1943). Ao longo dos anos, após a descoberta feita por Kanner, o conceito do autismo passou por transformações que aprimoraram o campo de compreensão desse transtorno e finalmente foi definido como Transtorno do Espectro Autista (TEA). Inclui-se no TEA condições tais como: autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger.

2.1 Etiologia

A etiologia do TEA ainda é desconhecida, mas pesquisas têm encontrado correlatos neurobiológicos e genéticos envolvendo de vírus, toxinas e poluição, desordens metabólicas, intolerância imunológica, ou anomalias nas estruturas e funções cerebrais (Casey, 2017).

2.2 Características

De acordo com Voldenet al. (2009) e a American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 2013), o TEA caracteriza-se pela presença

de déficits sociocomunicativos e de padrões de comportamentos repetitivos e restritos, sendo que o grau de comprometimento dessas áreas varia de forma significativa. Conforme os critérios diagnósticos presentes no DSM-V, as alterações na dimensão sociocomunicativa são observadas na reciprocidade socioemocional, em comportamentos comunicativos verbais e não verbais e no estabelecimento e manutenção de relacionamentos. Já a presença de comportamentos repetitivos e restritos podem se manifestar através de estereotípias e repetições nos movimentos motores, no uso de objetos e na fala, além de interesses restritos, adesão excessiva e rígida a rotinas e hipo ou hipersensibilidade a inputs sensoriais (American Psychiatric Association, 2013).

2.3 Dados Epidemiológicos

Os Centros de controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA observaram que a prevalência do Transtorno de espectro autista (TEA) aumento de 1 para cada 59 crianças (Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2014), Os primeiros estudos apontavam uma prevalência de 4 a 5 casos de autismo infantil por 10.000 nascimentos. Porém, investigações mais recentes avaliam o aumento de casos, alcançando a média de 40 a 60 casos a cada 10.000 nascimentos (Silva; Mulick, 2009). É cerca de quatro vezes mais comum no sexo masculino, se comparado ao feminino, e os pacientes são diagnosticados aproximadamente aos três anos de idade (American Psychiatric Association, 2003; Geier et al. 2012), sendo que esta tem aumentado nas últimas décadas, o que pode ser explicado pela expansão dos critérios diagnósticos, pelo incremento dos serviços de saúde relacionados ao transtorno e pela mudança na idade do diagnóstico, entre outros fatores .

No Brasil como não há um estudo exato dos casos existentes no país, o ultimo levantamento, realizado em 2007 apontou uma estimativa de aproximadamente 1 milhão de pessoas com autismo (Junior; Ribeiro, 2010).

2.4 Diagnóstico e Classificação

O diagnóstico do TEA envolve avaliação do desenvolvimento geral da criança, que geralmente é realizada na consulta pediátrica de rotina. Nas crianças em que este exame revela suspeitas, são realizados exames complementares para correto diagnóstico do autismo (Udhya et al., 2014). A avaliação do desenvolvimento geral da criança tem por objetivo perceber se as crianças adquirem capacidades básicas de aprendizagem, linguagem, comportamento e movimento considerados normais. Estas avaliações devem ser realizadas aos 9 meses, 18 meses, 24 meses e aos 30 meses de idade. Já as avaliações de desenvolvimento destinadas especificamente a rastrear uma suspeita de autismo, são realizadas entre os 18 e os 24 meses de idade (Udhya et al., 2014).

Clasificação:

- Grau severo (nivel3)
- Grau moderado (nivel 2)
- Grau leve (nivel 1)

2.5 Dificuldades do Atendimento em Indivíduos com TEA

O atendimento dos indivíduos com TEA é um grande desafio para o Cirurgião Dentista, as dificuldades de comunicação, de compreender expressões, de se relacionar com outras pessoas e de entender os sinais sociais dificultam o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança entre o dentista e a criança, sem a qual a colaboração na consulta se torna extremamente difícil, González e Wilson (2006). Os indivíduos com TEA têm apego às rotinas e não lidam bem com mudanças no ambiente que os rodeiam. Assim, no dia da consulta, a criança autista poderá desenvolver sentimentos de frustração pela sua rotina diária ter sido quebrada pela visita ao dentista, e, simultaneamente, estar ansiosa por estar exposta a um ambiente que lhe é desconhecido (Schmidt et al., 2007; Campos et al., 2009; Gandhi; Klein, 2014; Udhy et al., 2014).

Comportamentos de auto-agressão, hiperatividade e hipersensibilidade sensorial, são problemas comuns nas crianças autistas que podem dificultar a realização dos procedimentos odontológicos (El Khatib et al., 2014; Gandhi; Klein, 2014; Udhy et al., 2014). As estratégias para superar dificuldades no tratamento de um paciente com TEA sempre envolvem a intervenção de uma equipe multidisciplinar, constituída por membros de áreas distintas: pediatra, psicólogo, psiquiatra, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional.

O reforço positivo é uma abordagem comportamental comum e eficaz que consiste em elogiar o paciente incentivando-o a adotar comportamentos adequados em substituição ao comportamento auto-agressivo. Em situações mais graves, podem ser necessárias a aplicação de restrição física, protetores bucais, sedação ou mesmo anestesia geral (Gandhi e Klein 2014) (Udhy et al. 2014).

Ainda sob o ponto de vista comportamental, o uso de técnicas de caráter cognitivo-comportamental auxilia no estabelecimento e reforço de comportamentos tidos como adequados. Métodos como PECS (Picture Exchange Communication System), automonitoração, TEACCH (Treatment and

Education of Autistic and Communication of Hand capped Children) e ABA (Applied Behavior Analysis) (Kwee, Sampaio & Atherino, 2009) têm encontrado respaldo científico positivo para serem utilizados em ambiente odontológico.

2.6 Manifestações e Alterações Bucais em Crianças e Adolescentes com TEA

Os indivíduos com TEA, não apresentam problemas bucais específicos relacionados ao transtorno propriamente dito. Aliás, a maioria dos estudos refere que as taxas de prevalência de cárie e doença periodontal em pacientes com TEA são comparáveis às taxas da população que não apresentam TEA. Os problemas bucais observados nestes pacientes decorrem essencialmente dos comportamentos de auto-agressão, hábitos dietéticos inadequados, aos efeitos das medicações à hipersensibilidade à dor, aos hábitos bucais deletérios (bruxismo, morder objetos e deglutição atípica) e à difícil colaboração do paciente autista durante os procedimentos de saúde e higiene bucal. (Marques et al., 2006; Washington State Department Health, 2012; Jaber et al., 2011; Kuhaneck; Chisholm, 2012; Orellana et al.; 2012; Lu et al., 2013; El Khatib et al., 2014; Udhy et al., 2014).

Em 2001, Falhvik-Planefeldt e Herrstöm não observaram diferenças significativas entre o número de lesões de cárie em indivíduos com TEA e indivíduos saudáveis, já Kamen e Skier (1985), relataram maior incidência de lesões de cárie em pacientes autistas. Em estudo realizado por Kleine Nowak (1999), 62,8% dos pacientes com TEA apresentaram baixa incidência de cárie, 11,6% incidência moderada e 25,6% alta incidência. Também observaram gengivite localizada em 51,2%, gengivite generalizada em 9,2% e condições de saúde gengival inadequadas em 39,5% dos indivíduos autistas, Lowe e Lindemann (1985) compararam a condição bucal de 20 pacientes com TEA (grupo caso) com 20 indivíduos sem TEA (grupo controle) pareados por idade. Observaram número significativamente maior de lesões de cárie em dentes

decíduos em pacientes autistas na primeira consulta, mas em uma reavaliação após 12 meses, os valores nos dois grupos foram semelhantes. Na dentição permanente não houve diferenças estatisticamente significativas no CPO-D (dentição permanente). O índice de higiene oral dos dois grupos também não apresentou diferenças, porém foram necessárias orientações de higiene bucal (Tomazoni et al., 2014).

2.7 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

A noção da qualidade de vida é tão antiga quanto à civilização e sugere a sua correspondência com a concepção aristotélica de eudaimonia, interpretada como vida boa, algo próximo ao sentir-se pleno e realizado, o bem maior e supremo. Esse conceito incluía também, a noção de viver bem (euзоia) e de fazer bem (eupraxia). Aristóteles acreditava que a felicidade poderia ser alcançada com a prática das virtudes e levaria à vida boa. Definir qualidade de vida e estabelecer sua avaliação não é tarefa fácil, a heterogeneidade das variáveis envolvidas, uma vez que o conceito está imerso em múltiplas concepções e varia conforme determinantes históricos e culturais como mudanças dos estados emocionais, cotidianos ecológicos e, sobretudo de indivíduo para indivíduo (Makluf et al.2006).

Segundo a OMS a qualidade de vida (QV) pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization, 1997). É um conceito geral e amplo, que engloba aspectos não relacionados à saúde. No domínio da área da saúde, Erling, em 1999, surgiu com o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Segundo o autor, sua finalidade é descrever os aspectos sociais e psicológicos da saúde do paciente, bem como a percepção da saúde e do tratamento de acordo com seu ponto de vista, além de considerar a qualidade, efetividade e a eficiência dos cuidados

prestados de acordo com a repercussão na saúde envolvida (Erling, 1999). Assim QVRS tem aparecido como a expressão mais apropriada para as dimensões de QV na área da saúde que interpreta a percepção do paciente frente ao impacto de uma doença e/ou de seu tratamento e não se restringe apenas à percepção que os profissionais têm sobre as mesmas. O conceito QVRS engloba dois constructos básicos: um conceito subjetivo de sensação de bem-estar, que permite ao paciente avaliar suas próprias condições e expectativas, tais como: percepção da doença, do tratamento, expectativas pessoais e avaliação de risco e danos e o outro componente, considerado multidimensional, que consiste nas dimensões físicas, psicológica (incluindo emocional e cognitivo) e sociais da saúde, que foram delineadas pelo World Health Organization (1997) e Varni et al. (2007).

A QVRS pode ser mensurada por meio da aplicação de instrumentos genéricos e/ou específicos, sendo que os genéricos abordam todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto da doença sobre o indivíduo. Podem ser utilizados tanto para pessoas saudáveis, quanto para aqueles que estão acometidos por uma determinada condição crônica, permitindo a comparação entre indivíduos sadios e doentes. Entretanto não são sensíveis em perceber aspectos específicos de uma determinada doença. Instrumentos específicos referem-se a uma determinada patologia, disfunção ou população em particular (Grootenhuis et al., 2007; Klatchoian et al., 2008). Considerações devem ser levadas em conta na escolha dos instrumentos para a mensuração da QVRS de crianças e adolescentes, visto que essa população retrata diferenças em relação à população adulta. Essas diferenças podem ser determinadas pela discrepância de valores, percepções diferentes, interesses e sentimentos. É fundamental a definição do instrumento de QVRS, que seja correspondente às experiências, atividades e contextos relevantes igualmente para crianças e adolescentes, com competências lingüísticas e a capacidade cognitiva para interpretar adequadas de acordo com cada fase de desenvolvimento (Clarke; Eiser, 2004; Janse et al., 2005).

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde consiste, a priori, em um importante indicador de saúde por ser sensível, e por vezes específico,

no vaticínio da mortalidade, da sobrevida, da melhora da função e na determinação da efetividade do tratamento de doenças crônicas Wedding et al.(2007).

2.7.1 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (Qvrsb)

A saúde bucal é parte da saúde geral e é essencial para a melhor QV. Todos os indivíduos devem dispor de uma condição de saúde bucal que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto, e se relacionar com outras pessoas sem constrangimento. Petersen (2003).

A divisão do corpo em compartimentos que mostra a boca separada do resto do corpo deve cessar, porque a saúde bucal tem relação direta com a saúde geral (Sheiham; James, 2014).

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) compreende o impacto que tem a saúde bucal nas atividades diárias, no bem-estar geral e na qualidade de vida das pessoas. As doenças bucais constituem um problema importante de saúde em nível mundial, que contribuem com um alto ônus de doença e, portanto, com um peso importante em relação à qualidade de vida geral dos indivíduos (Janse et al., 2005.)

Os problemas bucais podem provocar dor, desconforto, limitações e outras condições decorrentes de fatores estéticos que afetam a vida social, a alimentação, o exercício de atividades diárias e o bem-estar do indivíduo (Leão et al., 1998; Luoto et al., 2009) estimulando complicações significativas na qualidade de vida do indivíduo. Isso torna fundamental compreender como o indivíduo percebe a própria condição bucal (Barrêto et al., 2004). Para se conhecer o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida foram desenvolvidos instrumentos específicos, os quais vêm sendo muito utilizado em pesquisas odontológicas. Existe uma variedade de instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal utilizados atualmente, como o

DIDL (*Dental Impactson Daily Living*), Leão et al. (1998) e Sheiham e James (2014), OHIP (*Oral Health Impact Profile*) e sua versão abreviada OHIP-14 (Slade, 1997), o OIDP (*Oral Impactson Daily Performances*) (Adulyanon et al., 1996) e o PedsQL (Steele et al., 2009). Tradicionalmente, a saúde bucal das crianças e adolescentes tem sido avaliada usando parâmetros clínicos de doença e deformidade.

Considerando a relação entre saúde bucal e qualidade de vida, avaliar a qualidade de vida de crianças com TEA e relaciona-las às condições bucais se torna importante quando temos em mente uma visão holística dos indivíduos.

2.7.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (Qvrs) de Crianças e Adolescentes com TEA

No universo das doenças mentais alguns autores têm dado atenção especial à análise das doenças que acometem a criança (Lindström, 1995). Avanços têm sido obtidos na avaliação de crianças acometidas por doenças que comprometem a saúde mental e interferem na maneira como o indivíduo observa e se insere em um contexto social como por exemplo. Os portadores de TEA incluem-se nesse contexto. Giuncoet al.(2001). A avaliação da QVR em crianças e adolescentes com TEA é de extrema relevância, já que crianças portadoras de TEA podem apresentar pior saúde bucal, quando comparado à crianças normoreativas, o que pode levar à dificuldades alimentares, dor, distúrbios do sono, absenteísmo escolar e diminuição da auto-estima, resultando em efeito negativo na QVRSB. Dessa forma, a QV deste grupo de pacientes vem se tornando um importante indicador de efetividade dos cuidados médicos e odontológicos que recebem, já que é possível aliar qualidade de vida e humanização aos cuidados em saúde.

2.7.2.1 Percepção da Qvrsb de Crianças e Adolescentes com TEA

Define-se como o processo contínuo de desenvolvimento cognitivo emocional, social e lingüístico durante a infância, dependendo da idade, concepção e autoconceito da saúde (Rebok et al., 2001).

Desafortunadamente crianças com TEA apresentam diferentes níveis de gravidade do transtorno, que afeta o desenvolvimento intelectual que não lhes permitem condições de manifestarem-se em relação às suas percepções de qualidade de vida (Panisc et al., 2013). Os relatos dos pais ou cuidadores se tornam de grande importância para avaliar a QVRS e QVRSB em indivíduos com TEA, tendo em vista que, quanto mais graves sejam as alterações patológicas, mais estreita será a relação entre pais e filhos, de modo que os pais estejam mais familiarizados com as crianças ou adolescentes (Barbosa; Gavião; 2008).

3 PROPOSIÇÃO

Os objetivos da presente investigação são:

3.1 Objetivos Gerais

Avaliar a percepção dos pais e/ou cuidadores em relação a qualidade de vida relacionada à saúde e à saúde bucal de crianças e adolescentes com diagnóstico do TEA.

3.2 Objetivos Específicos

Avaliar se a condição bucal das crianças e adolescentes com diagnóstico do TEA pode interferir na QVRSB e QVRS.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Comitê de Ética

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em pesquisa (Nº de parecer 2.135.155) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e aprovado. Os responsáveis legais dos pacientes envolvidos na pesquisa autorizaram sua participação e a participação de seu filho por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e prosseguimos com a coleta de dados (Anexo B).

4.2 Desenho do Estudo

O estudo consiste em um corte transversal, analítico e descritivo. Foram incluídos crianças e adolescentes com TEA e seus respectivos responsáveis legais (pais\cuidadores) para o recolhimento dos dados e análises. As crianças selecionadas foram submetidas a avaliações clínicas odontológicas e seus responsáveis responderam a um questionário de avaliação de QVRS e QVRSB. Os instrumentos utilizados são amplamente aplicados e validados para população brasileira, sendo eles respectivamente: Peds QL 4.0 – relato dos pais\ cuidadores) e Peds QL Escala Bucal – relato dos pais\cuidadores (Anexo C).

4.3 Casuística

A investigação retrata os dados obtidos a partir de uma amostra de conveniência. Todas as crianças e adolescentes com diagnóstico definitivo de TEA e cadastrados no CAPE (Centro de atendimento a Pacientes Especiais) / FOUSP com idade entre 5 e 18 anos foram contatados e convidados a participar do estudo (n=105). Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: crianças na faixa etária de 5 a 18 anos de idade de ambos os gêneros e diagnosticados com TEA. Foram excluídas do estudo 31 crianças e adolescentes cujos pais ou responsáveis não consentiram ou não puderam participar. Assim, o número final de crianças e adolescentes com diagnóstico de TEA que participaram da investigação foi de 74.

Figura 4.1 – Modelo representativo do delineamento da pesquisa

4.4 Métodos

Foi realizada uma entrevista prévia com os responsáveis para coleta de dados pessoais e sociodemográficas (Apêndice A) e na sequência o questionário de QVRS e QVRSB supracitados (Anexo C) foram aplicados para os responsáveis por dois pesquisadores (TMCS e NP) e os pacientes foram avaliados por uma terceira pesquisadora, cirurgiã-dentista, treinada e calibrada (RMCS) para os exames odontológicos e que desconhecia o conteúdo discutido nas entrevistas.

4.4.1 Questionários de avaliação sociodemográficas, higiene bucal e hábitos parafuncionais

Perguntou-se ao responsável pela criança dados sociodemográficos, gênero e idade da criança, além de condições de higiene bucal e hábitos parafuncionais. Dentre os dados de higiene bucal foi questionado quanto ao uso de dentifrício fluoretado, número de escovações por dia, quem as realiza e o uso do fio dental. Sobre os hábitos parafuncionais foi investigado o uso da sucção não nutritiva (chupeta e dedo) e sucção nutritiva (aleitamento materno e mamadeira) além do bruxismo e onicofagia.

4.4.2 Aplicações dos questionários de QVRS e QVRSB

A aplicação dos questionários foi realizada logo após o preenchimento da ficha sociodemográfica. O responsável pelo paciente ficou na sala em quanto a segunda pesquisadora realizava a avaliação odontológica do indivíduo com TEA, em seguida lhe era explicado com uma linguagem apropriada para

alcançar total compreensão, o objetivo da pesquisa e apresentação dos instrumentos de avaliação de QVRS e QVRSB a serem respondidos. Uma vez entendida a finalidade do trabalho, seguia-se a aplicação dos questionários Peds QL™4.0 de qualidade de vida e o Peds QL - escala bucal - relato dos pais e/ou cuidadores - (Anexo C).

4.4.2.1 Instrumentos de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde

Utilizamos o instrumento: *Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0* – PedsQL 4.0, relato dos pais e/ou cuidadores para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde. Esse instrumento foi traduzido e validado para a cultura brasileira (Klatchoian et al., 2008) e possui 23 itens que abordam as seguintes dimensões: física (oito itens), emocional (cinco itens), social (cinco itens) e escolar (cinco itens). É um instrumento genérico, sendo possível utilizá-lo em pacientes com distúrbios de saúde crônicos ou em crianças saudáveis (Varni et al., 2007). Incluindo a auto-avaliação da criança e do adolescente, bem como a avaliação feita pelos pais/responsáveis. O questionário é composto especificamente para as faixas etárias de 2 a 4, 5 a 7, 8 a 12 e 13 a 18 anos, com linguagem adequada ao nível de desenvolvimento. Os itens para cada um dos instrumentos de avaliação são essencialmente similares e diferem apenas em termos de linguagem adequada ao nível de desenvolvimento e uso da primeira ou terceira pessoa. As perguntas do questionário indagam ao indivíduo o quanto cada item representou um problema no último mês, com uma escala de respostas de cinco opções (0 – nunca é um problema; 1 – quase nunca é um problema; 2 – algumas vezes é um problema; 3 – freqüentemente é problema; 4 – quase sempre é um problema). Perguntas negativas foram pontuadas inversamente em uma escala de 0 –100 (0–100; 1–75; 2–50; 3–25; 4–0); assim, quanto maior o escore melhor é considerado a qualidade de vida. Os escores das diferentes dimensões foram computados com a soma dos itens e divididos pelo número de itens respondidos, sendo

que, caso houvesse mais de 50% dos itens da dimensão ausentes, o escore da dimensão não era computado (Klatchoian et al., 2008).

4.4.2.2 Instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde bucal

Utilizamos o *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL[™]) - Escala de Saúde Bucal- relato dos pais e/ou cuidadores para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, que foi desenvolvido nos Estados Unidos para avaliar a condição bucal geral de crianças e adolescentes. Deve ser necessariamente associada a um instrumento genérico de QVRS, o PedsQL 4.0 (Klatchoian et al., 2008; Varni et al., 2007) para associar os impactos na qualidade de vida.

O PedsQL[™] Escala de saúde bucal foi traduzido e validado para a cultura brasileira (Bendo et al., 2012). O questionário é composto por cinco itens, sendo questões específicas para as faixas etárias de 2 a 4, 5 a 7, 8 a 12 e 13 a 18 anos, com linguagem adequada ao nível de desenvolvimento. As perguntas do questionário indagam ao indivíduo (pais e/ou cuidadores) o quanto acreditam que cada item representou um problema para a criança/adolescente no último mês, com uma escala de respostas de cinco opções (0 – nunca é um problema; 1 – quase nunca é um problema; 2 – algumas vezes é um problema; 3 – freqüentemente é problema; 4 – quase sempre é um problema). Perguntas negativas foram pontuadas inversamente em uma escala de 0 – 100 (0–100; 1–75; 2–50; 3–25; 4–0); assim, quanto maior o escore, melhor a QVRSB. Os escores das dimensões foram computados somando os itens e dividindo-os pelo número de itens respondidos. Caso houvesse mais de 50% dos itens da dimensão ausente, o escore da dimensão não era computado (Steele et al., 2009). As perguntas do questionário indagam ao indivíduo o quanto cada item representou um problema para a criança/adolescente no último mês, com uma escala de respostas com cinco

opções (0 – nunca foi um problema; 1 – quase nunca foi um problema; 2 – algumas vezes foi um problema; 3 – freqüentemente foi problema; 4 – quase sempre foi um problema). Perguntas negativas foram pontuadas inversamente em uma escala de 0 –100 (0–100; 1–75; 2–50; 3–25; 4–0), assim, quanto maior o escore, melhor é considerado a QVRSB. Os escores das dimensões foram computados a partir da soma dos itens e divididos pelo número de itens respondidos, sendo que, caso houvesse mais de 50% dos itens da dimensão ausentes, o escore da dimensão não era computado (Klatchoian et al., 2008).

4.4.3 Avaliações odontológicas

As avaliações bucais foram realizadas por um profissional devidamente calibrado (RMCS). As condições bucais foram caracterizadas através da aplicação dos: Índice de sangramento gengival (ISG), Índice de placa (IP), Índice de dentes cariados perdidos e obturados (CPO-D), Índice para avaliar os defeitos no desenvolvimento do esmalte dentário (DDE) e Anomalias dentarias (AD). As avaliações clínicas bucais foram realizadas na Clínica do Centro de Atendimento a Pacientes Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (CAPE- FOU SP), em cadeira odontológica e sob luz artificial focada. Além do equipamento de proteção individual (EPI) como: jaleco, touca, máscara e óculos, foram utilizadas;sonda OMS para avaliação periodontal e de cárie, gaze e espelho clínico. Para o exame, os pacientes ficavam deitados na cadeira odontológica e o examinador permanecia sentado, além da presença dos responsáveis próxima a criança atendida. Os dados dos exames foram registrados em ficha clínica apropriada desenvolvida para o estudo (Apêndice A).

- **Condição dental**

Os critérios da World Health Organization (1997) serviram de referência para a avaliação do diagnóstico de experiência de cárie. Realizamos o exame detalhado de cada superfície dentária. A experiência de cárie foi expressa pela soma do número de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O) para cada indivíduo tanto na dentição decídua, como na permanente. A gravidade da experiência da doença cárie foi expressos tendo como base valores anteriormente propostos pela OMS:

- $\text{ceo-d} + \text{CPOD } 1-2 = \text{baixa prevalência de cárie}$
- $\text{ceo-d} + \text{CPOD } 3-4 = \text{moderada prevalência de cárie}$
- $\text{ceo-d} + \text{CPOD} \geq 5 = \text{alta prevalência de cárie}$

- **Defeito no desenvolvimento do esmalte dentário**

A avaliação da prevalência de defeito de desenvolvimento de esmalte foi realizada por meio do Índice Modificado de DDE, preconizado pela *Fédération Dentaire Internationale* (FDI, 1992). (Tabela 4.1). Os elementos dentários foram avaliados com sonda periodontal aplicada sobre a superfície vestibular de todos os dentes e a face oclusal dos molares, tanto superiores como inferiores; e espelho bucal. Os dentes foram limpos e secos com auxílio de compressas de gazes esterilizadas, evitando que os defeitos fossem mascarados por saliva ou biofilme bucal. O índice de DDE foi caracterizado pelos seguintes escores

Tabela 4.1 - Índice de DDE

TIPO DE DISTURBIO	CÓDIGO
Esmalte normal	0
Opacidades demarcadas	1
Opacidades difusas	2
Hipoplasias	3
Outros defeitos	4
Opacidade demarcada e difusa	5
Opacidade demarcada e hipoplasia	6
Opacidade difusa e hipoplasia	7
Três condições presentes	8
Não sendo possível avaliar	9

Fonte: Adaptado de Fédération Dentaire Internationale (1992)

Condição gengival

- **Índice de higiene bucal simplificado (IHO-S)**

Para análise da condição de higiene bucal, foi utilizado o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) (Greene; Vermillion, 1964), onde seis superfícies dentárias foram usadas para representar toda a boca: a superfície vestibular dos primeiros molares superiores direito e esquerdo, a superfície lingual dos primeiros molares inferiores direito e esquerdo e a superfície vestibular do incisivo central superior direito e inferior esquerdo. Os escores definidos são: nível 0; dente limpo e total ausência de biofilme bacteriano; nível 1: dente apresentando 1/3 de sua superfície com biofilme bacteriano; nível 2: dente apresentando biofilme até 1/2 da sua superfície; nível 3: dente apresentando biofilme além da 1/2 da sua superfície.

- **Índice sangramento gengival (ISG)**

Foi determinado mediante o índice de sangramento gengival (ISG) para cada criança e adolescente. Utilizamos uma sonda periodontal levemente inserida no sulco gengival (aproximadamente 0,5 mm), percorrendo as superfícies vestibulares e lingual/palatina de proximal a proximal dos dentes índices (16/55, 11/51, 26/65, 36/75, 31/71, e 46/85). Foram atribuídos escores de ausência total de sangramento (0) e presença de sangramento (1) após a sondagem. Na presença de dentes em erupção, o ISG foi realizado quando mais de 2/3 da coroa dental estivesse irrompido. Posteriormente, as superfícies com sangramento gengival foram somadas, e o resultado foi obtido pelo percentual de unidades sangrantes, em relação ao total de superfícies presentes (excluindo os registros relativos às superfícies oclusais) (Silness; Loe 1964).

Para a tabulação do estudo consideramos a média individual:

- 0 a 0,1 = Ausência de inflamação
- 0,1 a 1,0 = Inflamação gengival leve
- 1,1 a 2,0 = Inflamação gengival moderada
- 2,1 a 3 = Inflamação gengival intensa

4.4.4 Escala comportamental de Venham

A avaliação comportamental foi realizada por meio da escala comportamental de Venham. Venham et al. (1980). A escala comportamental de Venham é uma escala global, apresenta número maior de escores e descrições mais detalhadas dos comportamentos comparada à outras, como a Escala Comportamental de Frankl (Frankl et al., 1962). Os escores mais altos

da escala representam piores comportamentos. A escala possui elevada confiabilidade, tendo a concordância intraexaminadores variando de 0,78 a 0,93, segundo os autores (Venham et al., 1980). A validade dos construtos também foi confirmada, apresentando correlação significativa entre os escores e medidas fisiológicas e de auto relato (Venham et al., 1980). Os autores trazem como vantagem a facilidade de treinamento dos observadores, conseguindo elevados graus de confiabilidade inter e intraexaminador, assim como facilidade de integração na prática clínica e na pesquisa devido ao simples processo de classificação. Das escalas de avaliação do comportamento, a escala de Venham é a única validada no Brasil (Torriani et al., 2008).

Quadro 4.3 - Escala comportamental de Venham-Versão brasileira (Torriani et al., 2008)

Escore	Comportamento	Definição
0	Cooperação total	A criança não apresenta protesto físico, como choro ou movimentos corporais, que atrapalhe o dentista.
1	Protesto moderado	A criança protesta em voz baixa (resmungos) ou choro contido.
2	Protesto intenso	choro forte e/ou movimentos corporais (de mãos, braços, cabeça, etc.), que dificultam a realização do tratamento.
3	Protesto mais intenso	É necessária contenção física de algum órgão do corpo (das mãos e/ou da cabeça). Ainda assim, a criança coopera parcialmente e relutantemente com as orientações.
4	Protesto generalizado	A situação resulta em desgaste físico e mental tanto para a criança quanto para o dentista.

4.5 Análise Estatística

As variáveis de desfechos QVRS e QVRSB obtidas pelos instrumentos Peds QL® 4.0 e Peds QL- escala bucal consideraram os construtos: aspecto emocional, capacidade física, aspecto social, atividade escolar e escala bucal. A associação entre as diversas variáveis explanatórias (relacionadas com condições sociodemográficas, higiene bucal e hábitos parafuncionais) e os desfechos foi determinada utilizando análises de Regressão de Poisson (univariada e múltipla), o que permitiu calcular os valores de risco relativo (RR) e os respectivos intervalos de confiança (IC) a 95%. Para as análises de Poisson foi utilizado o programa estatístico STATA 8.0 (Stata corp.CollegeStation, USA).

5 RESULTADOS

Os valores de kappa ponderado para a reprodutibilidade intra-examinador, determinados pela avaliação e reavaliação de 10 crianças e adolescentes (13,5% da amostra), em um intervalo de duas semanas, foram de 0,9 para CPOD; 0,7 para ISG e IP e 1,0 para DDE.

Para esse estudo transversal, analítico e descritivo, foi utilizada uma amostra por conveniência de indivíduos oriundos do quadro de pacientes cadastrados no CAPE (Centro de Atendimento a Pacientes Especiais) / FOUSP, entre os meses de outubro 2017 a Março de 2018. Setenta e quatro (n=74) pais e/ou responsáveis e respectivas crianças e adolescentes com diagnóstico de TEA participaram do estudo (índice de participação = 70,5%).

Na tabela 5.1, observamos que 60 (81%) crianças/adolescentes eram do gênero masculino, 58 (78%) moravam com o pai e a mãe e 46(62%) residiam com quatro ou mais pessoas. Quanto aos responsáveis, 58(78%) eram casados ou em união estável, 32(43%) tinham mais de 2 filhos, 59 (83%) possuíam casa própria, 37(50%) tinham renda mensal familiar maior a dois salários mínimos (SM) e 38 (51%) e mais de 8 anos de educação formal.

Tabela 5.1 - Características sociodemográficas e econômicas da população avaliada

Variável	n=74
Genero	
Masculino	60
Feminino	14
Idade da criança (DP)	9,81 (+/-3,70)
Idade do responsável (DP)	39,50(+/-7,91)
Com quem a criança mora?	
Pai e mãe	58
Outros	16
Número de pessoas na casa	
Até 3 pessoas	28
4 ou mais pessoas	46
Casa própria?	
Sim	59
Não	15
Estado civil do responsável	
Solteiro ou separado	16
Casado ou união estável	58
Número de filhos	
1	27
2	32
3 ou mais	15
Escolaridade do responsável	
Até 8 anos de estudo	36
Mais de 8 anos de estudo	38
Renda familiar	
< 1 salário mínimo	20
1 a 2 salários mínimos	17
>2 salários mínimos	37

Na tabela 5.2 observamos as condições de saúde bucal das crianças e adolescentes analisadas. Constatamos que o 16,2% apresentou prevalência de cárie, 14,9% inflamação gengival severa; 87,8% sem DDE e 94,6% sem anomalias dentárias. Complementando, observamos a presença de hábitos parafuncionais em 82,4% da população avaliada, sendo o de bruxismo o mais prevalente, em 67,2% (n=54), seguido de onicofagia 44,2% (n=40), sucção não-nutritiva 16,3% (n=36) e outros (sucção nutritiva prolongada - mamadeira e aleitamento materno) em 9,8% (n=19). Desses, 34,4% apresentaram mais de um hábito parafuncional.

Tabela 5.2 - Características bucais das crianças e adolescentes com TEA

Variável	n (%)
Ceo + CPO-D	
0	27 (36,5)
1	21 (28,4)
2	14 (18,9)
3	12 (16,2)
ISG	
Ausência de inflamação	29 (39,2)
Inflamação leve	27 (36,5)
Inflamação moderada	7 (9,5)
Inflamação severa	11 (14,9)
IHO-S	
Boa higiene bucal	27(36,4)
Moderada higiene bucal	43(58,1)
Pobre higiene bucal	4(5,4)
DDE	
Ausência	65 (87,8)
Opacidades	3 (4)
Hipoplasias	4 (5,5)
Fluorose	2 (2,7)
Anomalias dentárias	
Ausência	70 (94,6)
Oligodontia	1 (1,4)
Dentes conóides	2 (2,7)
Outros	1 (1,4)
Hábitos parafuncionais	
Não	13 (15,8)
Sim	61 (84,2)

Na análise da QVRS e QVRSB observamos que a variabilidade dos escores foi menor no Domínio Emocional e Bucal indicando que a doença pode afetar diferentemente os aspectos de qualidade de vida e saúde bucal de cada criança e adolescente (Tabela 5.3).

Tabela 5.3 - Distribuição dos escores de QVRS e QVRSB de acordo com os diferentes construtos

Domínios	
Aspecto emocional	
Média (desvio padrão)	84,7 (14,2)
Mínimo – máximo	45 – 100
Capacidade física	
Média (desvio padrão)	92,1 (8,4)
Mínimo – máximo	66 – 100
Aspecto social	
Média (desvio padrão)	95,2 (9,5)
Mínimo – máximo	55 – 100
Atividade escolar	
Média (desvio padrão)	87,0 (12,8)
Mínimo – máximo	55 – 100
Escala Bucal	
Média (desvio padrão)	80,5 (16,6)
Mínimo – máximo	35 – 100

As tabelas 5.4 a 5.13 descrevem os resultados da análise de regressão de Poisson, tendo como variáveis de desfecho os domínios: capacidade física, aspecto emocional, aspecto social, atividade escolar e escala bucal.

Tabela 5.4 - Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: domínio emocional e variáveis sociodemográficas e econômicas

<i>Variáveis</i>		RR univariada (95% IC)	<i>p</i> - <i>valor</i>	RR multivariada (95% IC)	<i>p</i> - <i>valor</i>
Gênero					
	Masculino			----	----
	Feminino	1,04 (0,782-1,395)	0,766		
Idade da criança		0,98 (0,952-1,015)	0,295	----	----
Com quem mora					
	Mãe e pai				
	outros	0,96 (0,738-1,211)	0,659	----	----
Aglomeração domiciliar					
	até 3 pessoas				
	mais de 3 pessoas	0,91 (0,729-1,141)	0,422	----	----
	Casa própria?				
	Sim				
	Não	0,99 (0,751-1,288)	0,907	----	----
Estado civil					

Solteira ou separada					
	Casada	1,11 (0,867-1,427)	0,403	----	----
Idade do responsável		0,99 (0,981-1,009)	0,439	----	----
Nº de filhos					
	1 filho				
	2 filhos	0,96 (0,776-1,213)	0,722	----	----
	3 ou mais filhos	0,912 (0,651-1,280)	0,598	----	----
Escolaridade					
	Até 8 anos				
	Mais de 8 anos	Q,09 (0,875-1,351)	0,449	----	----
Renda					
	Até 1 SM				
	1 a 2 SM	1,34 (0,932-1,919)	0,113	1,24 (0,885-1,731)	0,213
	Mais de 2 SM	1,44 (1,053-1,969)	0,022	1,35 (1,011-1,797)	0,041

*RR= Risco Relativo; IC= Intervalo de Confiança; SM= salário mínimo

Tabela 5.5 - Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: domínio emocional e variáveis clínicas

<i>Variáveis</i>	RR univariada (95% IC)	<i>p-valor</i>	RR multivariada (95% IC)	<i>p-valor</i>
Uso de fio dental	1,01 (0,772-1,320)	0,946	----	----
Não				
Sim	1,01 (0,771-1,320)	0,946	----	----
Hábitos parafuncionais				
Não				
Sim	1,08 (0,803-1,465)	0,946	----	----
Ceo-d / CPO-D	0,86 (0,777-0,952)	0,004	0,897 (0,807-0,994)	0,04
ISG	0,99 (0,920-1,075)	0,89	----	----
IHOS	0,97 (0,843-1,116)	0,679	----	----
DDE				
Não			----	----
Sim	0,82 (0,525- 1,282)	0,387		
Anomalias dentárias				
Não				
Sim	1,00 (0,755 – 1,315)	0,984	----	----

Escala comportamental					
Escore 0					
Escore 1	1,51 (1,127-2,042)	0,006	1,48 (1,132-1,932)	0,004	
Escore 2	1,84 (1,434-2,377)	0,000	1,53 (1,209-1,930)	0,000	
Escore 3	1,59 (1,134-2,239)	0,007	1,49 (1,120-1,993)	0,006	
Escore 4	1,19 (0,865-1,630)	0,288	1,23 (0,904-1,682)	0,185	

*RR= Risco Relativo; IC= Intervalo de Confiança; ISG= Índice de sangramento gengival; IHO= Índice de higiene oral; DDE= distúrbios de desenvolvimento do esmalte

Tabela 5.6 - Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: domínio capacidade física e variáveis sociodemográficas e econômicas

<i>Variáveis</i>	RR univariada (95% IC)	<i>p-valor</i>	RR multivariada (95% IC)	<i>p-valor</i>
Gênero				
Masculino				
Feminino	0,95 (0,744-1,221)	0,720	----	----
Idade da criança	0,96 (0,9354-0,99)	0,020	0,96 (0,930-0,985)	0,003
Com quem mora				
Mãe e pai				
outros	0,96 (0,757-1,240)	0,805	----	----
Aglomeração domiciliar				
até 3 pessoas				
mais de 3 pessoas	0,76 (0,629-0,923)	0,006	0,795 (0,664-0,952)	0,013
Casa própria?				
Sim				
Não	1,12 (0,914-1,391)	0,261	----	----
Estado civil				
Solteira ou separada				
Casada	0,89 (0,728-1,095)	0,278	----	----

Idade do responsável		0,994 (0,982-1,007)	0,393	----	----
Nº de filhos					
	1 filho				
	2 filhos	0,84 (0,676-1,046)	0,121	----	----
	3 ou mais filhos		0,019	----	----
Escolaridade					
	Até 8 anos				
	Mais de 8 anos	1,17 (0,952-1,450)	0,132	----	----
Renda					
	Até 1 SM				
	1 a 2 SM	0,99 (0,717-1,373)	0,956	----	----
	Mais de 2 SM	1,04 (0,831-1,319)	0,693	----	----

*RR= Risco Relativo; IC= Intervalo de Confiança; SM= salário mínimo

Tabela 5.7 - Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: domínio capacidade física e variáveis clínicas

<i>Variáveis</i>		RR univariada (95% IC)	<i>p-valor</i>	RR multivariada (95% IC)	<i>p-valor</i>
Uso de fio dental					
	Não				
	Sim	1,04 (0,790-1,360)	0,793	----	----
Hábitos parafuncionais					
	Não				
	Sim	0,92 (0,7222-1,173)	0,504	----	----
Ceo-d / CPO-D		0,95 (0,861-1,056)	0,361	----	----
ISG		0,97 (0,870-1,083)	0,605	----	----
IHOS		0,94 (0,828-1,073)	0,374	----	----
DDE					
	Não				
	Sim	1,06 (0,776-1,452)	0,708	----	----
Anomalias dentárias					
	Não				
	Sim	0,84 (0,584-1,208)	0,348	----	----

Escala comportamental				
Escore 0				
Escore 1	0,91 (0,739-1,112)	0,351	0,83 (0,672-1,036)	0,101
Escore 2	0,60 (0,290-1,253)	0,176	0,68 (0,362-1,299)	0,248
Escore 3	0,85 (0,629-1,142)	0,278	0,81 (0,607-1,080)	0,151
Escore 4	0,75 (0,555-1,012)	0,061	0,65 (0,482-0,875)	0,005

*RR= Risco Relativo; IC= Intervalo de Confiança; ISG= Índice de sangramento gengival; IHO= Índice de higiene oral; DDE= distúrbios de desenvolvimento do esmalte

Tabela 5.8 - Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: domínio da capacidade social e variáveis sociodemográficas e econômicas

<i>Variáveis</i>		RR univariada (95% IC)	<i>p-valor</i>	RR multivariada (95% IC)	<i>p-valor</i>
Gênero					
	Masculino				
	Feminino	1.00 (0,745-1,350)	0,981	----	----
Idade da criança		0,90 (0,954-1,026)	0,574	----	----
Com quem mora					
	Mãe e pai				
	Outros	1.00 (0,748-1,341)	0,991	----	----
Aglomeração domiciliar					
	até 3 pessoas				
	mais de 3 pessoas	1,22 (0,914-1,639)	0,173	----	----
Casa própria?					
	Sim				
	Não	1,05 (0,745-1,481)	0,777	----	----
Estado civil					
	Solteira ou separada				
	Casada	1.05 (0,801-1,381)	0,713	----	----
Idade do responsável		1,00 (0,981-1,015)	0,834	----	----

Nº de filhos				
1 filho				
2 filhos	1,01 (0,752-1,356)	0,945	----	----
3 ou mais filhos				
Escolaridade				
Até 8 anos				
Mais de 8 anos	1,23 (0,930-1,616)	0,148	----	----
Renda				
Até 1 SM				
1 a 2 SM	1,12 (0,707-1,783)	0,621	----	----
Mais de 2 SM	1,29 (0,903-1,832)	0,162	----	----

*RR= Risco Relativo; IC= Intervalo de Confiança; SM= salário mínimo

Tabela 5.9 - Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: domínio social e variáveis clínicas

Variáveis		RR univariada (95% IC)	p-valor	RR multivariada (95% IC)	p-valor
Uso de fio dental					
	Não				
	Sim	1,18 (0,837-1,672)	0,340	----	----
Hábitos parafuncionais					
	Não				
	Sim	0,94 (0,638-1,396)	0,775	----	----
Ceo-d / CPO-D		0,858 (0,753-0,979)	0,023	0,85 (0,741-0,979)	0,024
ISG		0,96 (0,847-1,093)	0,554	----	----
IHOS		0,97 (0,821-1,154)	0,763	----	----
DDE					
	Não				
	Sim	1,20 (0,791-1,821)	0,390	----	----
Anomalias dentárias					
	Não				
	Sim	1,30 (0,762-2,221)	0,334	----	----
Escala comportamental					
	Escore 0				
	Escore 1	0,945 (0,644-1,388)	0,777	0,99 (0,625-1,358)	0,681
	Escore 2	0,713 (0,528-0,975)	0,034	0,64 (0,473-0,866)	0,004

Escore 3	0,98 (0,622-1,540)	0,926	0,92 (0,607-1,045)	0,713
Escore 4	0,83 (0,567-1,231)	0,366	0,91(0,626-1,342)	0,656

*RR= Risco Relativo; IC= Intervalo de Confiança; ISG= Índice de sangramento gengival; IHO= Índice de higiene oral; DDE= distúrbios de desenvolvimento do esmalte

Tabela 5.10 - Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: domínio escolar e variáveis sociodemográficas e econômicas

Variáveis		RR univariada (95% IC)	p- valor	RR multivariada (95% IC)	p- valor
Gênero					
	Masculino				
	Feminino	0,98 (0,669-1,447)	0,936	---	---
Idade da criança		0,99 (0,951-1,045)	0,909	---	---
Com quem mora					
	Mãe e pai				
	Outros	0,93 (0,673-1,291)	0,676	---	---
Aglomeração domiciliar					
	até 3 pessoas				
	mais de 3 pessoas	0,82 (0,611-1,101)	0,188	---	---
Casa própria?					
	Sim				
	Não	0,96 (0,696-1,342)	0,842	---	---

Estado civil					
	Solteira ou separada				
	Casada	1,08 (0,825-1,424)	0,562	----	----
Idade do responsável		1,00 (0,982-1,016)	0,957	----	----
Nº de filhos					
	1 filho				
	2 filhos	0,92 (0,666-1,269)	0,612	0,79 (0,581-1,089)	0,154
	3 ou mais filhos	0,65 (0,419-1,018)	0,06	0,51 (0,330-0,787)	0,002
Escolaridade					
	Até 8 anos				
	Mais de 8 anos	1,02 (0,756-1,401)	0,852	----	----
Renda					
	Até 1 SM				
	1 a 2 SM	1,36 (0,838-2,208)	0,213	----	----
	Mais de 2 SM	1,29 (0,867-1,933)	0,206	----	----

*RR= Risco Relativo; IC= Intervalo de Confiança; SM= salário mínimo

Tabela 5.11 - Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: domínio escolar e variáveis clínicas

<i>Variáveis</i>	RR univariada (95% IC)	<i>p-valor</i>	RR multivariada (95% IC)	<i>p-valor</i>
Uso de fio dental				
Não				
Sim	1,09 (0,764-1,562)	0,625	----	----
Hábitos parafuncionais				
Não				
Sim	0,75 (0,534-1,053)	0,097		
Ceo-d / CPO-D	0,89 (0,781-1,011)	0,074		
ISG	0,92 (0,788-1,078)	0,311	----	----
IHOS	1,21 (0,980-1,494)	0,075		
DDE				
Não				
Sim	1,14 (0,710-1,851)	0,574	----	----
Anomalias dentárias				
Não				
Sim	1,01 (0,740-1,390)	0,926	----	----
Escala comportamental				
Escore 0				
Escore 1	0,79 (0,554-1,139)	0,212	0,77 (0,547-1,083)	0,134

Escore 2	1,06 (0,735-1,533)	0,747	1,17 (0,914-1,511)	0,207
Escore 3	0,94 (0,594-1,495)	0,804	0,95 (0,602-1,503)	0,832
Escore 4	0,53 (0,359-0,807)	0,003	0,46 (0,312-0,691)	0,000

*RR= Risco Relativo; IC= Intervalo de Confiança; ISG= Índice de sangramento gengival; IHO= Índice de higiene oral; DDE= distúrbios de desenvolvimento do esmalte

Tabela 5.12 - Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: escala bucal e variáveis sociodemográficas e econômicas

<i>Variáveis</i>	RR univariada (95% IC)	<i>p- valor</i>	RR multivariada (95% IC)	<i>p- valor</i>
Gênero				
Masculino				
Feminino	1,05 (0,855-1,305)	0,607	----	----
Idade da criança	0,98 (0,963-1,015)	0,405	----	----
Com quem mora				
Mãe e pai				
outros	1,00 (0,834-1,218)	0,932	----	----
Aglomeração domiciliar				
até 3 pessoas				
mais de 3 pessoas	0,80 (0,691-0,939)	0,006	0,76 (0,658-0,889)	0,001
Casa própria?				
Sim				
Não	1,06 (0,897-1,273)	0,457	----	----
Estado civil				
Solteira ou separada				
Casada	1,03 (0,851-1,253)	0,738	----	----
Idade do responsável	1,00 (0,991-1,010)	0,846	----	----
Nº de filhos				

	1 filho				
	2 filhos	0,80 (0,670-0,962)	0,017		
	3 ou mais filhos	0,86 (0,688-1,077)	0,190	0,76 (0,658-0,889)	0,001
Escolaridade					
	Até 8 anos				
	Mais de 8 anos	1,13 (0,956-1,357)	0,144	----	----
Renda					
	Até 1 SM				
	1 a 2 SM	0,94 (0,742-1,206)	0,657	----	----
	Mais de 2 SM	1,07 (0,884-1,316)	0,453	----	----

*RR= Risco Relativo; IC= Intervalo de Confiança; SM= salário mínimo

Tabela 5.13 - Análise de regressão de Poisson uni e multivariada: escala bucal e variáveis clínicas e comportamentais

<i>Variáveis</i>	RR univariada (95% IC)	<i>p-valor</i>	RR multivariada (95% IC)	<i>p-valor</i>
Uso de fio dental				
Não				
Sim	1,14 (0,971-1,350)	0,106	----	----
Hábitos parafuncionais				
Não				
Sim	0,95 (0,779-1,177)	0,683	----	----
Ceo-d / CPO-D	0,89 (0,824-0,973)	0,010	0,89 (0,829-0,975)	0,001
ISG	0,96 (0,870-1,067)	0,486	----	----
IHOS	0,98 (0,884-1,105)	0,844	----	----
DDE				
Não				
Sim	0,89 (0,653-1,214)		----	----
Anomalias dentárias				
Não				
Sim	0,89 (0,574-1,384)	0,609	----	----
Escala comportamental				
Escore 0				
Escore 1	0,94 (0,758-1,169)	0,588	0,93 (0,766-1,151)	0,547
Escore 2	1,14 (0,964-1,365)	0,119	1,19 (0,985-1,450)	0,071

Escore 3	0,86 (0,661-1,119)	0,264	0,84 (0,669-1,065)	0,155
Escore 4	0,77 (0,620-0,961)	0,021	0,81 (0,665-1,009)	0,051

RR= Risco Relativo; IC= Intervalo de Confiança; ISG= Índice de sangramento gengival; IHO= Índice de higiene oral; DDE= Distúrbios de desenvolvimento do esmalte

Resumidamente, podemos observar que tanto características sociodemográficas, como econômicas e clínicas tiveram impacto negativo na QVRS e QVRSB, em diferentes níveis e por variáveis explanatórias diversas. Os construtos saúde bucal, aspecto emocional e atividade escolar foram os mais afetados pela presença do TEA, seguido pelo impacto na atividade física e interação social.

Do ponto de vista de saúde bucal, as variáveis explanatórias que atuaram negativamente determinado uma pior QVRSB foram: aglomeração domiciliar maior ou igual à 4 pessoas, 3 ou mais filhos, presença de ceo-d/CPO-D maior que dois e e protesto generalizado durante atendimento odontológico. Maior comprometimento emocional esteve associado com renda familiar menor que 2 salários mínimos, ceo-d/CPO-D maior que dois e protesto moderado durante o atendimento odontológico. A piora na atividade escolar esteve associada ao maior número de filhos (3 ou mais filhos) e protesto generalizado durante o atendimento odontológico. Observamos associação entre capacidade física e idade da criança, aglomeração familiar e protesto generalizado durante o atendimento odontológico, sendo que valores maiores dessas variáveis determinaram efeito negativo na capacidade física. Houve associação entre construto social e algumas variáveis explanatórias clínicas. Observamos que a pior interação social estava associada com maior CEO-d/CPO-D e protesto intenso durante o atendimento odontológico.

6 DISCUSSÃO

Indivíduos com TEA quando submetidos ao tratamento odontológico necessitam de uma aproximação cuidadosa. Isso ocorre em função das características associadas ao TEA, as quais tornam os pacientes muitas vezes distantes e com dificuldades de comunicação e entendimento (Sarnat et al., 2016). O cirurgião-dentista deve ser orientado e preparado para atender a demanda dos indivíduos diagnosticados com TEA, já que o TEA ocupa o terceiro lugar no ranking mundial entre os distúrbios de desenvolvimento, sendo, portanto, de suma relevância devido à sua elevada prevalência (Gomes, et al., 2015). É importante ressaltar o maior número de crianças/adolescentes do sexo masculino (81%) avaliada. Esse dado reflete a maior prevalência de TEA nos meninos, quando comparado às meninas. Têm sido estimado que o TEA é cinco vezes mais comum em indivíduos do sexo masculino (um em 54) do que feminino (um em 252), (Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2014).

A avaliação da saúde bucal, incorporando instrumentos que avaliam a QV nos indivíduos com TEA, é de suma importância para evidenciar as necessidades percebidas na promoção e programas de atenção à saúde bucal, tendo como propósito atender suas demandas e destacar a assistência preventiva e melhorar o bem-estar geral e a saúde bucal. A importância da saúde bucal não pode ser subestimada, já que a saúde bucal tem impacto sobre a saúde geral do indivíduo, bem como em sua qualidade de vida (Slade, 1997; Locker, 1997; Leão et al., 1998; Luoto et al., 2009). Em nosso estudo não utilizamos um grupo controle de crianças normorreativas, pois nosso objetivo não era compará-las, mas sim fazer uma associação entre QV e saúde bucal apenas em indivíduos com TEA.

Nossos resultados demonstram que um total de 16,2 % dos indivíduos de nossa amostra apresentou prevalência de cárie e só um 5,4% uma pobre higiene bucal. A dificuldade na realização da higiene bucal, que ocorre em resposta a hipersensibilidade que transforma o contato físico e determinados sons

em tortura para esses indivíduos, a falta de destreza manual, não cooperação e a pouca adesão dos pais/cuidadores com a escovação e uso do fio dental contribuem para a instalação de algumas doenças bucais (Subramaniam, Gupta, 2011). Uma revisão sistemática recente (2017) mostra que a prevalência média de cárie entre crianças e jovens adultos com TEA é de 60,6%, valor que difere dos aqui observados (da Silva et al., 2017). Morales-Cháves, também em 2017, observou presença de cáries em 41,7% das crianças examinadas. Poucos estudos demonstraram o CPO-D e CPO-D distintamente, mas há uma tendência do CPO-D ser maior (Morales-Cháves, 2017). Verificamos uma grande variação no que diz respeito à prevalência da cárie em indivíduos com TEA nas diferentes pesquisas. Acredita-se que isso ocorra devido aos diferentes graus de exposição na ingestão e frequência da sacarose, bem como às diferentes idades investigadas.

Em relação à saúde gengival observamos que 14,9% da população avaliada estava comprometida, apresentando inflamação severa. Jaber et al. (2011) e DeMattei et al. (2007) ao investigar a ocorrência de doenças periodontais, verificaram que os pacientes com TEA apresentam prevalência agrupada de 81,1%. Esses dados são provenientes somente de três estudos que avaliaram algum tipo de alteração dos tecidos periodontais e um amplo intervalo de confiança pela grande variação entre eles. A fim de se obter uma visão global da condição de saúde bucal, consideraram como doença periodontal qualquer alteração relatada, desde gengivite até periodontite, o que poderia também superestimar esta avaliação. Além disso, a não padronização de índices para estas avaliações também podem ter impactado os resultados. Bartolomé-Villar et al. (2016) concluíram em sua revisão sistemática que a higiene bucal e a saúde gengival são precárias nesse grupo de pessoas. O pequeno número de estudos incluídos na revisão, que consideraram como desfecho a doença periodontal nestes pacientes, mostrou a necessidade de mais pesquisas nesta área, uma vez que as presenças de doenças periodontais também resultam em impacto negativo para pacientes infantis.

Quanto à avaliação de hábitos parafuncionais, a maior prevalência aqui observada foi de bruxismo (67%). Este hábito parafuncional é relativamente

comum entre os portadores de TEA e pode estar associado ao nível de ansiedade presente nestes indivíduos (Monroy da Fonseca, 2006; Barnoy et al., 2009; El Khatib et al., 2014; Al-Shehaibany, 2017), observou que 87,3% de crianças com TEA apresentavam bruxismo. Cabe mencionar que dos pacientes aqui avaliados, 34,4% apresentaram mais de um hábito parafuncional. Outra pesquisa menciona que a prevalência de bruxismo nos pacientes autistas seja de 20 a 25%. (Reichow, 2012).

Segundo estudo de Orellana et al. (2012), das 30 crianças com TEA que constituíam o grupo de estudo, 18 apresentavam bruxismo (60%); já no grupo de controle, apenas 13 crianças o apresentavam. Sarnat et al., 2016 observaram que quando os hábitos bucais estão presentes acabam por ser mais persistentes ao longo da vida da criança.

Acreditamos que nossa pesquisa valorize a necessidade de abordagens transdisciplinares quando dos cuidados de crianças/adolescentes com TEA, enfatizando a necessidade de uma visão holística dos pacientes, sempre atentando aos desafios nos aspectos sociais, emocionais, escolares, físicos e bucais. Nossos resultados sugerem o comprometimento na QVRS e QVRSB de crianças/adolescentes com TEA. Uma limitação do estudo está relacionada à forma de avaliação, uma vez que os pais/cuidadores responderam aos questionários sobre o impacto do TEA na QVRS e QVRSB, não as próprias crianças/adolescentes.

Kuhlthau et al. (2017) observaram que além das características comportamentais e daquelas inerentes ao TEA, as condições de saúde física e mental estão associadas à QVRS em indivíduos com TEA. Aqui, observamos que o comportamento da criança/adolescente durante atendimento clínico, medido através da escala comportamental de Venham, apresentou associação significativa nos diferentes construtos da QVRS e QVRSB, a saber, aspecto emocional, capacidade física, impacto social, atividade escolar e saúde bucal. Outras variáveis explanatórias aqui investigadas apresentaram associação significativa com um ou outro construto. Assim, ter renda menor/igual à 2 SM, ter CEO-D/CPO-D maior estão associados ao aspecto emocional; maior aglomeração familiar e ter mais idade, estão associados à capacidade física;

ceo-d/CPO-D maior está associado a limitações sociais; ter pais com mais de 3 filhos está associado com limitações na atividade escolar e aglomeração familiar, pais com mais de 2 filhos e ceo-d/CPO-D maior estavam associados com impacto negativo na saúde bucal.

A percepção dos pais/cuidadores em relação a condição bucal e seu impacto na qualidade de vida é um passo importante no desenvolvimento de abordagens menos invasivas e mais humanistas. Pani e Al Odhaib. (2013) observaram uma pior QVRSB em indivíduos com TEA, bem como em sua família (irmãos), quando comparou à crianças normorreativas. Pouco se sabe sobre a percepção de pais/cuidadores de indivíduos com TEA em relação à saúde bucal, mas uma recente avaliação qualitativa demonstrou que existe preocupação dos responsáveis em termos de acesso aos cuidados odontológicos, técnicas de abordagem comportamental e fármacos utilizados durante o atendimento clínico (Duker et al.,2017).Em nosso estudo, a maior dificuldade relatada pelos pais, em quase sua totalidade, foi de não conseguirem diferenciar a presença de dor em seus filhos, pois muitos pacientes com TEA não conseguem manifestar sensações ou sentimentos que possam lhes incomodar, o que dificulta a busca por uma pronta atenção odontológica.

Mckinney et al. (2014) reportaram que crianças com TEA, considerado em grau severo pelos responsáveis (expresso por comprometimento cognitivo, dificuldades de comunicação ou de comportamento), apresentavam mais necessidades odontológicas não supridas. Pudemos observar que o comportamento das crianças/adolescentes com TEA no consultório odontológico durante a avaliação, os graus moderado e severo mostraram os escores mais altos da escala de Venham, portanto o comportamento foi um fator associado à QVRSB. Dificuldades em se adaptar à rotina odontológica têm um impacto negativo na QVRSB. Algumas vezes os responsáveis têm dificuldades em encontrar profissionais aptos em trabalhar de forma eficaz durante a consulta odontológica; em outras, os pais negligenciam os cuidados para preservação de uma boa saúde bucal, acarretando em ambas as situações, necessidades odontológicas não supridas e impactos na QVRSB.É de suma importância para

evidenciar as necessidades percebidas, a promoção de programas de atenção à saúde bucal, tendo como propósito atender suas demandas e destacar a assistência preventiva e melhorar o bem-estar geral e a saúde bucal dos indivíduos com TEA.

7 CONCLUSÕES

- De acordo com a percepção dos pais/responsáveis houve impacto negativo reduzido tanto na QVRS, como na QVRSB das crianças/adolescentes com TEA. Os aspectos emocionais e saúde bucal foram os construtos mais afetados;
- Em relação à saúde bucal, a maioria das crianças/adolescentes com TEA apresentava ceo-d/CPO-D maior que zero, mas nenhuma apresentou alta prevalência de cárie. Apenas 16,2% apresentou prevalência de cárie maior que dois. Mesmo assim, este valor foi suficiente para impactar negativamente na QVRS e QVRSB.
- A cooperação da criança/adolescente com TEA durante o atendimento odontológico esteve associado a uma melhor QVRS e QVRSB.
- As variáveis aglomeração domiciliar maior que 3 pessoas e 3 ou mais filhos impactaram negativamente na QVRSB.

REFERÊNCIAS¹

- Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996 Dec;24(6):385-9.
- Altun C, Guven G, Akgun OM, Akkurt MD, Basak FEA. Oral health status of disabled individuals attending special schools. *Eur J Dent*. 2010;4: 361-6.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- Al-Sehaibany FS. Occurrence of oral habits among preschool children with Autism Spectrum Disorder. *Pak J Med Sci*. 2017 ;33(5):1156-60. doi:10.12669/pjms.335.13554
- Barnoy EL, Najdowski AC, Tarbox J, Wilke AE, Nollet MD. Evaluation of a multicomponent intervention for diurnal bruxism in a young child with autism. *J Appl Behav Anal*. 2009 Winter;42(4):845-8. doi: 10.1901/jaba.2009.42-845.
- Bartolomé-Villar B, Mourelle-Martínez MR, Diéguez-Pérez M, de Nova-García MJ. Incidence of oral health in paediatric patients with disabilities: Sensory disorders and autism spectrum disorder. Systematic review II. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(3):344-51.
- Barrêto APR, Oliveira CR, Paiano SM, Pordeus IA. Qualidade de vida infantil: influência dos hábitos de higiene bucal e do acesso aos serviços odontológicos. *JB Prevlbero-amOdontoOdontolBebê*. 2004 set-out; 7(39): 453-60.
- Beggiato A, Peyre H, Maruani A, Scheid I, Rastam M, Amsellem F, Gillberg CI, Leboyer M. Gender differences in autism spectrum disorders: Divergence among specific core symptoms. *Autism Research*. 2017;10: 680-9. doi:[10.1002/aur.1715](https://doi.org/10.1002/aur.1715).

¹ De acordo com o Estilo Vancouver.

Bendo CB, Paiva SM, Viegas CM, Vale MP, Varni JW. The PedsQLTM Oral Health Scale: Feasibility, reality of The Brazilian Portuguese Version. *HealthQual Life Outcomes*. 2012;10:42.

Campos C, Frazão B, Saddi G, Morais L, Ferreira M, Setúbal P, et al. Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2009.

Casey JP, Hirouchi T, Hisatsune C, Lynch B, Murphy R, Dunne AM, Miyamoto A, Ennis S, van der Spek N, O'Hici B, Mikoshiba K, Lynch SA. A novel gain-of-function mutation in the ITPR1 suppressor domain causes spinocerebellar ataxia with altered Ca(2+) signal patterns. *J Neurol*. 2017 Jul;264(7):1444-53.
doi: 10.1007/s00415-017-8545-5.

Clarke SA, Eiser C. The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004 Nov 22;2:66.

Da Silva SN, Gimenez T, Souza RC, Mello-Moura ACV, Raggio DP, Morimoto S, et al. Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent*. 2017 Sep;27(5):388-98.

DeMattei R, Cuvo A, Maurizio S. Oral assessment of children with an autism spectrum disorder. *J Dent Hyg*. 2007;81:65.

Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *MMWR Surveill Summ*. 2014 Mar 28;63(2):1-21.

Duker LIS, Henwood BF, Bluthenthal RN, Juhlin E, Polido JC, Cermak SA. Parents' perceptions of dental care challenges in male children with autism spectrum disorder: An initial qualitative exploration. *Res Autism Spectr Disord*. 2017 Jul;39:63-72.

Erling A. Methodological considerations in the assessment of health-related quality of life in children. *Acta Paediatr*. 1999 ;88(428):106-7.

Fahlvik-Planefeldt C, Herrström P. Dental care of autistic children within the non-specialized Public Dental Service. *Swed Dent J*. 2001;25(3):113-8.

Frankl SN, Shiere FR, Fogels HR. Should the parent remain with the child in the dental operator? *J Dent Children*. 1962;29(2):150-63.

Fédération Dentaire Internationale. Commission on Oral Health, Research and Epidemiology. A review of the developmental defects of enamel index (DDE Index). *Int Dent J*. 1992;42(6):411-26.

Gandhi RP, Klein U. Autism spectrum disorders: an update on oral health management. *J Evid Based Dent Pract*. 2014 Jun;14 Suppl:115-26. doi: 10.1016/j.jebdp.2014.03.002.

Geier DA, Kern JK, Geier MR. A prospective Cross-sectional Cohort Assessment of Health, Physical, and Behavioral Problems in Autism Spectrum Disorders. *Maedica (Buchar)*. 2012 Sep;7(3):193-200.

Giunco CT, Fett-Conte AC, Tajara EH. Aspectos Genéticos do Autismo e outros Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. *HB Cient*. 2001;8(2):103-12.

Gomes PT, Lima LH, Bueno MK, Araujo LA, Souza NM. Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. *J Pediatría*. 2015; 91(2):111-21.

González Y, Wilson E. E. Paciente Discapacitado. Normas para su atención en odontología. 2006. [atualizada em 2002 maio 2010; acesso em 2010 ago 23]. Disponível: <http://www.odontologiaonline.com/publicaciones/pacientesespeciales/item/paciente-discapacitado-normas-para-su-atencion-enodontologia.html>

Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc*. 1964 Jan;68:7-13.

Grootenhuis MA, Koopman HM, Verrips EG, Vogels AG, Last BF. Health-related quality of life problems of children aged 8-11 years with a chronic disease. *Dev Neurorehabil*. 2007;10(1):27-33.

Huerta M, Bishop S, Duncan A, et al. Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders. *Am J Psychiatry*. 2012; 169:1056-64.

Jaber MA, Sayyab M, Abu Fanas SH. Oral health status and dental need of autistic children and Young adults. *J Investig Clin Dent*. 2011;2:57-62.

Janse AJ, Sinnema G, Uiterwaal CS, Kimpfen JL, Gemke RJ. Quality of life in chronic illness: perceptions of parents and pediatricians. *Arch Dis Child*. 2005 May;90(5):486-91.

Junior P, Ribeiro S. Número impressionante: uma em cada 110 crianças tem autismo. *Revista Autismo*. Edição 0, 16 de setembro, 2010. Disponível em: <<http://www.revistaautismo.com.br/edic-o-0/numero-impressionante-uma-emcada-110-criancas-tem-autismo>>.

Kamen S, Skier J. Dental management of the autistic child. *Spec Care Dentist*. 1985;5(1):20-3.

El Khatib AA, El Tekeya MM, El Tantawi MA, Omar T. Oral health status and behaviours of children with Autism Spectrum Disorder: a case-control study. *Int J Paediatr Dent*. 2014 Jul;24(4):314-23. doi: 10.1111/ipd.12067.

Klatchoian PA, Len CA, Terreri MT, Silva M, Itamoto C, Ciconelli RM, et al. Quality of life of children and adolescents from São Paulo: reliability and validity of The Brazilian Version of The Pediatric Quality of life inventory Version 4.0. Generic Core Scales. *J Pediatr*. 2008 Jul-Aug; 84(4):308-15.

Klein U, Nowak AJ. Characteristics of patients with autistic disorder (AD) presenting for dental treatment: a survey and chart review. *Spec Care Dentist*. 1999 Sep-Oct;19(5):200-7.

Kuhaneck HM, Chisholm EC. Improving dental visits for individuals with autism spectrum disorders through an understanding of sensory processing. *Spec Care Dentist*. 2012 Nov-Dec;32(6):229-33. doi: 10.1111/j.1754-4505.2012.00283.x.

Kuhlthau KA, McDonnell E, Coury DL, Payakachat N, Macklin E. Associations of quality of life with health-related characteristics among children with autism. *Autism*. 2017 Jul 1;1362361317704420. doi: 10.1177/1362361317704420.

Leão ATT, Cidade MC, Varela JR. Impactos da saúde periodontal na vida diária. *RevBrasOdontol*. 1998; 55(4):238-41.

Lindström B. *Measuring and improving quality of life for children Social Paediatrics* Oxford: Oxford University Press; 1995. p. 571–85.

Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: SLADE G. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997.

Lowe O, Lindemann R. Assessment of the autistic patient's dental needs and ability to undergo dental examination. *ASDC J Dent Child*. 1985;3:29-35.

Lu YY, Wei IH, Huang CC. Dental health - a challenging problem for a patient with autism spectrum disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013 Mar-Apr;35(2):214.e1-3. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.06.012.

Luoto A, Lahti S, Nevanperä T, Tolvanen M, Locker D. Oral health-related quality of life among children with and without fear. *Int J PaediatrDent*. 2009;19:115-20.

Makluf ASD, et al. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *RevBras Cancerologia*. 2006;52(1):40-58.

Marques LS, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian school children. *Am J Orthod Dent facial Orthop*. 2006 Mar; 129(3):424-7.

Monroy PG, da Fonseca MA. The use of botulinum toxin-a in the treatment of severe bruxism in a patient with autism: a case report. *Spec Care Dentist*. 2006 Jan-Feb;26(1):37-9.

Morales-Chávez MC. Oral Health Assessment of a Group of Children with Autism Disorder. *J Clin Pediatr Dent*. 2017;41(2):147-149.

McKinney CM, Nelson T, Scott JM, Heaton LJ, Vaughn MG, Lewis CW. Predictors of unmet dental need in children with autism spectrum disorder: results from a national sample. *Acad Pediatr*. 2014 Nov-Dec; 14(6):624-31.

Orellana LM, Silvestre FJ, Martínez-Sanchis S, Martínez-Mihi V, Bautista D. Oral manifestations in a group of adults with autism spectrum disorder. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012 May 1;17(3):e415-9.

Pani SC, Al Odhaib M. The impact of dental treatment on the salivary cortisol levels of children with severe early childhood caries. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2013 Sep 28. [Epub ahead of print].

Petersen PE. The World Oral Health Report 2003. Geneva: WHO; 2003.

Reichow B. Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2012 Apr;42(4):512-20. doi: 10.1007/s10803-011-1218-9.

Richa, Yashoda R, Puranik MP. Oral health status and parental perception of child oral health related quality-of-life of children with autism in Bangalore, India. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2014 Apr-Jun;32(2):135-9.

Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*. 2001 Apr;31(2):131-44.

Sarnat H, Samuel E, Ashkenazi-Alfasi N, Peretz B. Oral health characteristics of preschool children with autistic syndrome disorder. *J Clin Pediatr Dent*. 2016; 40: 21-5.

Silness J, Loe H. Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontol Scand*. 1964 Feb;22:121-35.

Silva M, Mulick JA. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. *Psicologia Ciência Profissão*. 2009;29(1):116-31.

Schmidt C, Dell'aglio DD, Bosa CA. Estratégias de coping de mães de portadores de autismo lidando com dificuldades e com a emoção. *Psicol Reflex Crit*. 2007;20(1):124-31.

Sheiham A, James WP. A new understanding of the relationship between sugars, dental caries and fluoride use: implications for limits on sugars consumption. *Public Health Nutr.* 2014; 17: 2176-84.

Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25(4): 284-90.

Steele MM, Steele RG, Varni JW. Reliability and validity of the PedsQLTMOral Health Scale: measuring the relationship between child oral health and health-related quality of life. *Child Health Care.* 2009; 38:228-44.

Subramaniam P, Gupta M. Oral health status of autistic children in India. *J Clin Pediatr Dent.* 2011 Fall;36(1):43-7.

Tomazoni F, Zanatta FB, Tuchtenhagen S, da Rosa GN, Del Fabro JP, Ardenghi TM. Association of Gingivitis with Child oral health-related quality of life. *J Periodontol.* 2014;85 1557-65.

Torriani DD, Teixeira AM, Pinheiro R, Goettems ML, Bonow MLM. Adaptação transcultural de instrumentos para mensurar ansiedade e comportamento em clínica odontológica infantil. *Arq Odontologia.* 2008;44(4): 17-23.

Udhya J, Varadharaja MM, Parthiban J, Srinivasan I. Autism Disorder (AD): An Updated Review for Paediatric Dentists. *J Clin Diagn Res.* 2014; 8(2):275-9.

Varni JW, Limbers CA, Burwinkle TM. How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life?: an analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL 4.0 Generic Core Scales. *HealthQual Life Outcomes.* 2007 Jan 3;5:1.

Venham LL, Gaulin-Kremer E, Munster E, Bengtson-Audia D, Cohan J. Interval rating scales for children's dental anxiety and uncooperative behavior. *Pediatr Dent.* 1980 Sep;2(3):195-202.

Vishnu Rekha C, Arangannal P, Shahed H. Oral health status of children with autistic disorder in Chennai. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2012;13:126-31.

Volden J, Coolican J, Garon N, White J, Bryson S. Brief report: pragmatic language in autism spectrum disorder: relationships to measures of ability and disability. *J Autism Dev Disord*. 2009 Feb;39(2):388-93. doi: 10.1007/s10803-008-0618-y.

Washington State Department Health. Children with Autism Spectrum Disorder. Oral Health Fact Sheet for Dental Professionals. Dental Education in the Care of Persons with Disabilities. Ed. University of Washington. DOH 160-033. March. Washington; 2012.

Wedding U, Röhrig B, Klippstein A, Brix C, Pientka L, Höffken K. Co-morbidity and functional deficits independently contribute to quality of life before chemotherapy in elderly cancer patients. *Support Care Cancer*. 2007 Sep;15(9):1097-104.

World Health Organization. Oral health surveys : basic methods [Internet]. 4th ed. Geneva; 1997. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41905>

APÊNDICE A - Ficha Clínica

Ficha clínica

Nome: _____ Idade: _____

Gênero: M () F ()

Nome do Responsável: _____ Vínculo: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Telefone: _____ Cidade: _____

CEP: _____

Medicamentos _____ em _____ uso: _____

Sofre de alguma outra doença? Qual?

Higiene bucal:

Independente () independente e supervisionada: (), supervisionada e realizada ()

quem realiza: () mãe () pai () avô (á) () outros

Nº Escovação/dia: () 1 () 2 () 3. Uso de fluoretos/enxaguatórios: Sim () Não ()
, fio dental: Sim () Não ()**Hábitos parafuncionais:**

Sucção dedo () Sucção chupeta () Bruxismo () Onicofagia ()

Avaliação das variáveis socioeconômicas:

✓ Criança mora com: () mãe e pai () mãe () outros

✓ n. de pessoas na residência: _____

✓ n. de comodors na casa: _____

✓ casa: () própria () alugada

Mãe: idade: _____

✓ estado civil: () solteira () casada () separada () outros

✓ n. de filhos: _____

- ✓ escolaridade: () < = 8 anos de instrução () > 8 anos de instrução
- ✓ trabalho: () não trabalha () trabalha ½ período
() trabalha dia todo
- ✓ salário: R\$ _____

Pai: Idade: _____

- ✓ escolaridade: () < = 8 anos de instrução () > 8 anos de instrução

- ✓ trabalho: () não trabalha () trabalha ½ período
() trabalha dia todo
- ✓ salário: R\$ _____

CPOD - ceo

C/c: _____ **P/p:** _____ **O/o:** _____

Anomalias dentárias:

Oligodontia: _____ Microdontia: _____ Dentes Conóides: _____
Outras: _____

DDE:

0= Normal; 1= Opacidade demarcada; 2=Opacidade difusa; 3=Hipoplasia;
4=Outros;5=Opacidade demarcada e difusa; 6=Opacidade demarcada e hipoplasia; 7= Opacidade difusa e hipoplasia; 8=Três condições presentes;
9= Não sendo possível avaliar

IHOS (Índice de Higiene Oral, Greene; Vermillion, 1964)
Loe, 1964)

IG(Silness;

Dente	Induto (0-3)	Cálculo (0-3)	Total
16 V/55V			
11V/51V			
26V/65V			
31V/71V			
36L/75L			

46L/85L			

Dente	V	L	M	D	IG Total
16 /55					
11/51					
26/65					
31/71					
36/75					
46/85					
$= \frac{\Sigma \text{ notas}}{\text{n.º de dentes}}$					

Critérios IG	Código
Ausência de inflamação = gengiva uniformemente rosada	0
Inflamação leve = modificação pequena na cor e textura gengivais	1
Inflamação moderada = gengiva moderadamente avermelhada, vítrea, edemaciada e hipertrófica, com sangramento sob estímulo	2
Inflamação severa = gengiva nitidamente avermelhada, hipertrófica, com tendência ao sangramento espontâneo e presença de ulceração.	3

Escala Comportamental:

score 0 ()

score 1 ()

score 2 ()

score 3 ()

score 4 ()

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do estudo: Percepção do cuidador no impacto das condições bucais na qualidade de vida relacionado à saúde bucal de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista.

Pesquisadora: Ruth Mónica Carranza Sotelo **Telefone para contato:** (11)981914515

Orientadora: ProfaDra Ana Lídia Ciamponi **Telefone para contato:** (11) 3091-7835

Prezado (a) Senhor (a):

Seu filho (a) estão sendo convidado (a) a participar desta pesquisa de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em fazer parte da pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. A pesquisadora deverá responder a todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar. Você tem o direito de **desistir** de fazer parte da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito na Instituição envolvida.

Objetivo do estudo: O objetivo deste estudo é avaliar fatores como doença cárie e doença na gengivade crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista e verificar o impacto desses fatores com a qualidade de vida dos mesmos.

Procedimentos: A participação de seu filho (a) constituirá na realização de exame clínico para avaliação da presença de cárie, gengivite e cálculo dental. A sua colaboração será no sentido de preencher um questionário contendo algumas informações à respeito da saúde e condições de vida de seu (sua) filho(a).

Riscos: Como esta pesquisa se trata de exame odontológico existe um risco e/ou desconforto previsto que podem ocorrer durante qualquer consulta e/ou procedimentos odontológicos pela participação do seu filho (a), sem prejuízo emocional ou psicológico.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista e outros estudos, que se basearem neste, poderão trazer melhoria na qualidade de vida deles. Individualmente, seu (a) filho (a) será examinado para identificar algum tipo de

alteração nas condições bucais e se necessário encaminhado para tratamento no CAPE (FOUSP-SP). **Tempo despendido para a participação do seu filho (a), como o número de sessões e tempo de cada procedimento:** As avaliações serão feitas em um único momento. O tempo despendido em cada momento será de aproximadamente 30 minutos por sessão para realização de todos os procedimentos descritos.

Sigilo: As informações fornecidas por você serão confidenciais, bem como os resultados dos exames do (a) seu (a) filho (a), sendo de conhecimento apenas dos pesquisadores envolvidos.

Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento.

Quanto a utilização dos dados, você (responsável) poderá optar em:

☐ SIM, autorizo a utilização dos dados para publicação em revistas científicas.

☐ Não autorizo a utilização dos dados para a publicação em revistas científicas.

Quanto a utilização dos dados em outra pesquisa, você (responsável) poderá optar em:

☐ NÃO autorizo a utilização dos dados em outra pesquisa.

☐ SIM, autorizo a utilização dos dados em outra pesquisa.

☐ NÃO quero ser consultado da utilização dos dados em outra pesquisa, desde que a nova pesquisa seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

☐ SIM quero ser consultado da utilização dos dados em outra pesquisa Eu li, e sinto-me suficientemente informado a respeito das informações recebidas descrevendo o estudo “Percepção do cuidador no impacto das condições bucais na qualidade de vida relacionado à saúde bucal de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista.”. Discuti com a pesquisadora Taciana Mara Couto da Silva sobre a participação de meu (minha) filho (a) neste estudo, tendo ficado claro os propósitos, os procedimentos, seus desconfortos, riscos, garantia de confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação de meu (minha) filho(a) é isenta de despesas. Eu

_____, responsável pelo (a) menor _____, concordo voluntariamente em nossa participação e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou depois do mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido no tratamento nesta Instituição. Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia (Av. Lineu Prestes 2227, 05508-000 São Paulo, Fone: 3091-7960 ou pelo e-mail cepfo@usp.br).

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

Nome do responsável: _____ Assinatura
do responsável pela criança: _____
RG: _____

Ruth Monica Carranza
Ciamponi
Pesquisadora

Profa. Dra. Ana Lúcia
Orientadora

CEP-FOUSP - Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – Avenida Professor Lineu Prestes nº 2227 – 05508-000 – São Paulo – SP – Telefone (11) 3091.7960 – e-mail cepfo@usp.br. O horário de atendimento ao

público e pesquisadores é: de segunda a sexta-feira das 9 às 12h e de 14 as 16h (exceto em feriados e recesso universitário). O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012).

Rubrica

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética

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

Título da Pesquisa: Percepção do cuidador na qualidade de vida relacionado à saúde bucal de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista.

Pesquisador: Ana Lidia Ciamponi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68711717.7.0000.0075

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.135.155

Apresentação do Projeto:

O transtorno do espectro autista (TEA) é um grupo que engloba transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado com diferentes graus de dificuldade, interação social, comunicação e que apresenta padrão de comportamento repetitivo e interesses restritos e estereotipados. Em relação a doenças e distúrbios bucais, indivíduos com TEA não apresentam características bucais específicas, porém apresentam fatores de risco para doença cárie e periodontal uma vez que são indivíduos que possuem comprometimento da higiene bucal pois apresentam sensibilidade tátil exacerbado o que dificulta o contato físico e resulta no impedimento do treinamento e na realização de uma higiene bucal adequada e apresentam um padrão alimentar inadequado. Esse estudo, de corte transversal, tem por objetivo avaliar o impacto das condições bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças e adolescentes com diagnóstico de TEA. Este estudo contará com a participação de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista, cadastrados no CAPE (Centro de atendimento a Pacientes Especiais) /FOUSP, com idade entre 2 e 18 anos que serão contatados e convidados a participar do estudo. O número de crianças e adolescentes participantes será de 60. A avaliação da prevalência de doença cárie será pela utilização do

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA USP - SÃO
PAULO

Continuação do Parecer: 2.135.155

índice de CPOD e CEO-d, a avaliação periodontal será feita por meio da determinação do índice de placa e sangramento à sondagem. A qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças e adolescentes será avaliada por meio do instrumento Pediatric Quality of Life Inventory (Peds QL) 4.0- percepção dos responsáveis.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o estado da saúde bucal e a percepção dos pais e/ou cuidadores em relação a qualidade de vida relacionado à saúde bucal de crianças e adolescentes com diagnóstico do TEA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Como esta pesquisa se trata de exame odontológico existe um risco e/ou desconforto previsto que podem ocorrer durante qualquer consulta e/ou procedimentos odontológicos pela participação do seu filho (a), sem prejuízo emocional ou psicológico.

Benefícios:

Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista e outros estudos, que se basearem neste, poderão trazer melhoria na qualidade de vida deles. Individualmente, seu (a) filho (a) será examinado para identificar algum tipo de alteração nas condições bucais e se necessário encaminhado para tratamento no CAPE (FOUSP-SP).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O transtorno do espectro autista (TEA) é um grupo que engloba transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado com diferentes graus de dificuldade, interação social, comunicação e que apresenta padrão de comportamento repetitivo e interesses restritos e estereotipados. Por se tratar de um transtorno com amplo espectro de gravidade é de suma importância a avaliação do nível de funcionalidade com levantamento das habilidades e dificuldades para a orientação de um tratamento personalizado e otimizado. A avaliação multiprofissional possibilita que todas as esferas de sintomas sejam avaliadas e trabalhadas quanto as necessidades de cada paciente. Todavia, a avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes com TEA é de extrema relevância, já que crianças portadoras TEA apresentam pior saúde bucal quando comparado a crianças normoreativas o que pode levar a dificuldades alimentares, dor, distúrbios do sono, absenteísmo escolar e diminuição da auto-estima, resultando em um efeito negativo na

FACULDADE DE ODONTOLOGIA USP - SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 2.135.155

QVRSB, por isso a QV deste grupo de pacientes vem se tornando um importante indicador de efetividade dos cuidados médicos que eles recebem, já que é possível aliar qualidade de vida e humanização aos cuidados em saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados, folha de rosto, projeto detalhado, TCLE, dispensa do termo de assentimento e ficha clínica.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

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_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_907140.pdf	02/06/2017 15:29:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_autismo.docx	02/06/2017 15:27:26	Ana Lidia Ciamponi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	02/06/2017 15:26:12	Ana Lidia Ciamponi	Aceito
Folha de Rosto	arquivo_1567_0001.pdf	23/05/2017 15:12:41	Ana Lidia Ciamponi	Aceito
Outros	ficha_clinica_tea.docx	23/05/2017 08:27:29	Ana Lidia Ciamponi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_cape_tea.docx	22/05/2017 22:07:48	Ana Lidia Ciamponi	Aceito
TCLE / Termos de	ausencia_assentimento.docx	22/05/2017	Ana Lidia Ciamponi	Aceito

Continuação do Parecer: 2.135.155

Assentimento / Justificativa de Ausência	ausencia_assentimento.docx	21:54:48	Ana Lidia Ciamponi	Aceito
--	----------------------------	----------	--------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 23 de Junho de 2017

Assinado por:

Maria Gabriela Haye Blazevic
(Coordenador)

Versão 4.0 – Portugues (Brazil)

PedsQL4.0

RELATO DOS PAIS sobre O FILHO / A FILHA (5 a 7 anos

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais **o seu filho / a sua filha** pode ter dificuldade.

Por favor, conte-nos se **o seu filho / a sua filha** tem **tido dificuldade** com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um “X” no número:

- 0** se ele / ela **nunca** tem dificuldade com isso
- 1** se ele / ela **quase nunca** tem dificuldade com isso
- 2** se ele / ela **algumas vezes** tem dificuldade com isso
- 3** se ele / ela **frequentemente** tem dificuldade com isso
- 4** se ele / ela **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.

Caso não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

Durante o ÚLTIMO MÊS, o seu filho / a sua filha tem tido dificuldade com cada uma das coisas abaixo?

Capacidade Física (dificuldade para...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequen-temente	Quase sempre
1. Andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Praticar esportes ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. Tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Ajudar nas tarefas domésticas, como apanhar os brinquedos	0	1	2	3	4
7. Sentir dor	0	1	2	3	4
8. Ter pouca energia ou disposição	0	1	2	3	4

Aspecto Emocional (dificuldade para...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequen-temente	Quase sempre
1. Sentir medo ou ficar assustado/a	0	1	2	3	4
2. Ficar triste	0	1	2	3	4
3. Ficar com raiva	0	1	2	3	4
4. Dormir mal	0	1	2	3	4
5. Se preocupar com o que vai acontecer com ele / ela	0	1	2	3	4

Aspecto Social (dificuldade para...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequen-temente	Quase sempre
1. Conviver com outras crianças	0	1	2	3	4
2. As outras crianças não quererem ser amigos dele / dela	0	1	2	3	4
3. As outras crianças implicarem com o seu filho / a sua filha	0	1	2	3	4
4. Não conseguir fazer coisas que outras crianças da mesma idade fazem	0	1	2	3	4
5. Acompanhar a brincadeira com outras crianças	0	1	2	3	4

Atividade Escolar (dificuldade para...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequen- temente	Quase sempre
1. Prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Esquecer as coisas	0	1	2	3	4
3. Acompanhar a turma nas atividades escolares	0	1	2	3	4
4. Faltar à aula por não estar se sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Faltar à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

ESCALA DE SAÚDE BUCAL

Versão 3.0

PedsQL™

RELATO DOS PAIS PARA CRIANÇAS (idades 5-7)

INSTRUÇÕES

Na página seguinte há uma lista de coisas que podem ser um problema para **sua criança**.

Por favor, nos diga o **quanto cada uma destas coisas podem ter sido um problema** para **sua criança** durante os **ÚLTIMOS 30 DIAS**, marcando um X:

- 0** se isto **nunca** foi um problema
- 1** se isto **quase nunca** foi um problema
- 2** se isto **algumas vezes** é um problema
- 3** se isto **muitas vezes** é um problema
- 4** se isto **quase sempre** é um problema

Não há respostas certas ou erradas.

Se você não entender uma pergunta, por favor, peça ajuda.

*Durante os **ÚLTIMOS 30 DIAS**, o quanto isto tem sido um **problema** para sua criança...*

Sobre os dentes e a boca da minha criança (problemas com...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas Vezes	Quase sempre
1. Ter dor de dente	0	1	2	3	4
2. Ter dor ou sensibilidade nos dentes quando come ou bebe alguma coisa quente, fria ou doce	0	1	2	3	4
3. Ter dentes escuros (por exemplo: amarelo, cinza ou preto)	0	1	2	3	4
4. Ter dor na gengiva	0	1	2	3	4
5. Ter sangue na escova de dente depois que ele ou ela escova os dentes	0	1	2	3	4

SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Versão 4.0 – Portugues (Brazil)

PedsQL4.0

RELATO DOS PAIS SOBRE O FILHO / A FILHA (8 a 12 anos)

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais **o seu filho / a sua filha** pode ter dificuldade.

Por favor, conte-nos se **o seu filho / a sua filha** tem **tido dificuldade** com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um “X” no número:

- 0** se ele / ela **nunca** tem dificuldade com isso
- 1** se ele / ela **quase nunca** tem dificuldade com isso
- 2** se ele / ela **algumas vezes** tem dificuldade com isso
- 3** se ele / ela **frequentemente** tem dificuldade com isso
- 4** se ele / ela **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.

Caso não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

Durante o ÚLTIMO MÊS, o seu filho / a sua filha tem tido dificuldade com cada uma das coisas abaixo?

Capacidade Física (dificuldade para...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Praticar esportes ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. Tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Ajudar nas tarefas domésticas, como apanhar os brinquedos	0	1	2	3	4
7. Sentir dor	0	1	2	3	4
8. Ter pouca energia ou disposição	0	1	2	3	4

Aspecto Emocional (dificuldade para...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Sentir medo ou ficar assustado/a	0	1	2	3	4
2. Ficar triste	0	1	2	3	4
3. Ficar com raiva	0	1	2	3	4
4. Dormir mal	0	1	2	3	4
5. Se preocupar com o que vai acontecer com ele / ela	0	1	2	3	4

Aspecto Social (dificuldade para...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Conviver com outras crianças	0	1	2	3	4
2. As outras crianças não quererem ser amigos dele / dela	0	1	2	3	4
3. As outras crianças implicarem com o seu filho / a sua filha	0	1	2	3	4
4. Não conseguir fazer coisas que outras crianças da mesma idade fazem	0	1	2	3	4
5. Acompanhar a brincadeira com outras crianças	0	1	2	3	4

<i>Atividade Escolar (dificuldade para...)</i>	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Esquecer as coisas	0	1	2	3	4
3. Acompanhar a turma nas atividades escolares	0	1	2	3	4
4. Faltar à aula por não estar se sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Faltar à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

ESCALA DE SAÚDE BUCAL

Versão 3.0

PedsQL™

RELATO DOS PAIS PARA CRIANÇAS (idades 8-12)

INSTRUÇÕES

Na página seguinte há uma lista de coisas que podem ser um problema para **sua criança**.

Por favor, nos diga o **quanto cada uma destas coisas podem ter sido um problema** para **sua criança** durante os **ÚLTIMOS 30 DIAS**, marcando um X:

- 0** se isto **nunca** foi um problema
- 1** se isto **quase nunca** foi um problema
- 2** se isto **algumas vezes** é um problema
- 3** se isto **muitas vezes** é um problema
- 4** se isto **quase sempre** é um problema

Não há respostas certas ou erradas.

Se você não entender uma pergunta, por favor, peça ajuda.

*Durante os **ÚLTIMOS 30 DIAS**, o quanto isto tem sido um **problema** para sua criança...*

Sobre os dentes e a boca da minha criança (problemas com...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas Vezes	Quase sempre
1. Ter dor de dente	0	1	2	3	4
2. Ter dor ou sensibilidade nos dentes quando come ou bebe alguma coisa quente, fria ou doce	0	1	2	3	4
3. Ter dentes escuros (por exemplo: amarelo, cinza ou preto)	0	1	2	3	4
4. Ter dor na gengiva	0	1	2	3	4
5. Ter sangue na escova de dente depois que ele ou ela escova os dentes	0	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO PEDIÁTRICO
SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Versão 4.0 – Português (Brasil)

PedsQL4.0

RELATO DOS PAIS SOBRE O FILHO / A FILHA (13 a 18 anos)

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais **o seu filho / a sua filha** pode ter dificuldade.

Por favor, conte-nos se **o seu filho / a sua filha** tem tido **dificuldade** com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um “X” no número:

- 0** se ele / ela **nunca** tem dificuldade com isso
- 1** se ele / ela **quase nunca** tem dificuldade com isso
- 2** se ele / ela **algumas vezes** tem dificuldade com isso
- 3** se ele / ela **frequentemente** tem dificuldade com isso
- 4** se ele / ela **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.

Caso não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

*Durante o **ÚLTIMO MÊS**, o seu filho / a sua filha tem tido **dificuldade** com cada uma das coisas abaixo?*

Capacidade Física (dificuldade para...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Praticar esportes ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. Tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Ajudar nas tarefas domésticas, como apanhar os brinquedos	0	1	2	3	4
7. Sentir dor	0	1	2	3	4
8. Ter pouca energia ou disposição	0	1	2	3	4

Aspecto Emocional (dificuldade para...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Sentir medo ou ficar assustado/a	0	1	2	3	4
2. Ficar triste	0	1	2	3	4
3. Ficar com raiva	0	1	2	3	4
4. Dormir mal	0	1	2	3	4
5. Se preocupar com o que vai acontecer com ele / ela	0	1	2	3	4

Aspecto Social (dificuldade para...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Conviver com outras crianças	0	1	2	3	4
2. As outras crianças não quererem ser amigos dele / dela	0	1	2	3	4
3. As outras crianças implicarem com o seu filho / a sua filha	0	1	2	3	4
4. Não conseguir fazer coisas que outras crianças da mesma idade fazem	0	1	2	3	4
5. Acompanhar a brincadeira com outras crianças	0	1	2	3	4

Atividade Escolar (dificuldade para...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Esquecer as coisas	0	1	2	3	4
3. Acompanhar a turma nas atividades escolares	0	1	2	3	4
4. Faltar à aula por não estar se sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Faltar à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

ESCALA DE SAÚDE BUCAL**Versão 3.0****PedsQL™****RELATO DOS PAIS PARA ADOLESCENTES (idades 13-18)****INSTRUÇÕES**

Na página seguinte há uma lista de coisas que podem ser um problema para seu (sua) **adolescente**.

Por favor, nos diga o **quanto cada uma destas coisas podem ter sido um problema** para **seu (sua) adolescente** durante os **ÚLTIMOS 30 DIAS**, marcando um X:

- 0** se isto **nunca** foi um problema
- 1** se isto **quase nunca** foi um problema
- 2** se isto **algumas vezes** é um problema
- 3** se isto **muitas vezes** é um problema
- 4** se isto **quase sempre** é um problema

Não há respostas certas ou erradas.

Se você não entender uma pergunta, por favor, peça ajuda.

*Durante os **ÚLTIMOS 30 DIAS**, o quanto isto tem sido um **problema** para seu (sua) adolescente...*

Sobre os dentes e a boca da minha criança (problemas com...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas Vezes	Quase sempre
1. Ter dor de dente	0	1	2	3	4
2. Ter dor ou sensibilidade nos dentes quando come ou bebe alguma coisa quente, fria ou doce	0	1	2	3	4
3. Ter dentes escuros (por exemplo: amarelo, cinza ou preto)	0	1	2	3	4
4. Ter dor na gengiva	0	1	2	3	4
5. Ter sangue na escova de dente depois que ele ou ela escova os dentes	0	1	2	3	4