

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

*EARLY CHILDHOOD CARIES IN CHILDREN WITH DISABILITIES AND MATERNAL DEPRESSION: AN OBSERVATIONAL STUDY*

**Recebido em: 13/11/2023**

**Aceito em: 30/11/2023**

**DOI: 10.47296/salusvita.v42i02.568**

**MARIA ANGÉLICA SALES PIRES<sup>1</sup>  
KÉSIA LARA DOS SANTOS MARQUES<sup>2</sup>  
ANA CAROLINA CANDELAS PEIXOTO<sup>3</sup>  
CÉLIA REGINA MOREIRA LANZA<sup>4</sup>  
FABIANA SODRÉ DE OLIVEIRA<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Graduada em Odontologia, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, e-mail: mariaangelicasalespires@gmail.com, nº ORCID. <https://orcid.org/0000-0002-0153-2311>.

<sup>2</sup>Mestre e Doutora em Clínica Odontológica Integrada e Cirurgiã-dentista do Setor de Pacientes Especiais do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, e-mail: marqueskls@yahoo.com.br, nº ORCID. <https://orcid.org/0000-0001-5565-3234>.

<sup>3</sup>Mestranda em Clínica Odontológica Integrada do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, e-mail: anacarol\_cp@hotmail.com, nº ORCID. <https://orcid.org/0000-0001-7973-5365>.

<sup>4</sup>Mestre e Doutora em Odontopediatria, Professora do Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, e-mail: clanza@odonto.ufmg.br, nº ORCID. <https://orcid.org/0000-0001-5893-2597>.

<sup>5</sup>Mestre e Doutora em Odontopediatria, Professora da Área de Odontologia Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, e-mail: fabianasodre@ufu.br, nº ORCID. <https://orcid.org/0000-0002-3621-0216>.

Autor correspondente:  
**FABIANA SODRÉ DE OLIVEIRA**  
E-mail: fabianasodre@ufu.br

Estudo Original

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

### ***EARLY CHILDHOOD CARIES IN CHILDREN WITH DISABILITIES AND MATERNAL DEPRESSION: AN OBSERVATIONAL STUDY***

#### **RESUMO**

Cuidadores de crianças com deficiência estão mais expostos aos riscos de sintomas depressivos e podem apresentar dificuldades no seu próprio cuidado e/ou no cuidado das crianças. Sendo assim, os objetivos deste estudo observacional transversal foram avaliar a prevalência, a experiência de cárie, classificar o risco de cárie da primeira infância em crianças com deficiência e verificar a presença de sintomas depressivos entre cuidadores. Participaram do estudo 17 díades criança-mãe/cuidador com idade média de 3 anos e 5 meses (desvio-padrão = 1,28). A coleta de dados consistiu na aplicação de três questionários: (1) informações sobre a criança, a mãe ou cuidador e a família; (2) classificação do risco à cárie (Ferramenta de Avaliação de Risco Academia Americana de Odontologia Pediátrica); (3) avaliação da presença de sintomas depressivos (Versão em português da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo) e na realização do exame clínico da criança (Índice de cárie ceo-s). Os dados foram tabulados e submetidos à análise estatística descritiva. Com relação às crianças, 3 (17,6%), 7 (41,2%) e 7 (41,2%) apresentavam, respectivamente, deficiência física, intelectual e múltipla. A prevalência de cárie foi de 29,4%, a experiência de cárie registrou índice ceo-s médio = 2,11, sendo 11 (64,7%) crianças classificadas com baixo risco à cárie. Com relação às mães, 10 (58,8%) apresentaram sintomas depressivos, com escores variando de 12 a 20. Concluiu-se que as crianças apresentaram baixa prevalência, experiência e risco à cárie da primeira infância e mais da metade das mães apresentaram sintomas depressivos em níveis variados.

**Palavras-chave:** Crianças com deficiência. Cárie Dentária. Cuidadores. Mães. Depressão.

## ABSTRACT

Caregivers of children with disabilities are more at risk of depressive symptoms and may experience difficulties in their care and/or that of their children. Thus, the objectives of this cross-sectional observational study were to evaluate the prevalence and experience of early childhood caries, to classify the risk of caries, and to verify the presence of depressive symptoms in the caregivers. The study included seventeen dyads of children-mothers/caregivers. The children's mean age was three years and five months (standard deviation = 1.28). Data collection consisted of the application of three questionnaires: (1) information about the child, the mother or caregiver, and the family; (2) caries risk classification (American Academy of Pediatric Dentistry Risk Assessment Tool); (3) assessment of the presence of depressive symptoms (Portuguese version of the Edinburgh Postpartum Depression Scale) and in the performance of the clinical examination of the child (dmf-s). The data were tabulated and submitted to descriptive statistical analysis. Among the children, 3 (17.6%), 7 (41.2%), and 7 (41.2%) had physical, intellectual, and multiple disabilities, respectively. The prevalence of caries was 29.4%, the experience of caries with mean dmf-t = 2.11, and 11 (64.7%) children were classified as at minimal risk for caries. Regarding the mothers, 10 (58.8%) had depressive symptoms, with scores ranging from 12 to 20. It was possible to conclude that children had low prevalence, experience, and risk of early childhood caries, and more than half of the mothers had depressive symptoms at varying levels.

**Keywords:** Disabled Children. Dental Caries. Caregivers. Mothers. Depression

## INTRODUÇÃO

Crianças com deficiência são aquelas que apresentam impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, podem ter sua participação plena e efetiva na sociedade obstruída (BRASIL, 2004). Como grupo, elas são consideradas de maior risco para desenvolver doenças bucais (DIÉGUEZ-PÉREZ et al., 2016; BARTOLOMÉ-VILLAR et al., 2016; NORWOOD et al., 2013; VOZZA et al., 2015), sendo as mais comuns a cárie e a gengivite (NORWOOD et al., 2013, FERREIRA et al., 2020; GÓMEZ-BERNAL et al., 2020).

O maior risco de cárie pode estar relacionado a fatores como o consumo frequente de sacarose, higiene bucal inadequada, uso de medicamentos com alto conteúdo de sacarose e a possibilidade de defeitos na mineralização do esmalte dentário (SEOW, 2018; TINANOFF et al., 2019), e não necessariamente à própria deficiência. Estresses ambientais e psicossociais que modificam o comportamento do cuidador são considerados colaboradores (SEOW, 2018), assim como o estilo alimentar dos pais (WEN et al., 2023), uma vez que as crianças com deficiências não têm autonomia para o autocuidado.

Cuidadores de crianças com deficiência, especialmente as mães (D’ALESSANDRO et al., 2014) passam por dificuldades advindas do enfrentamento cotidiano dos problemas crônicos de saúde, limitações físicas e intelectuais, aumento dos custos financeiros e mudança de rotina da família. O impacto repercute também na sua própria saúde, física e mental e, conseqüentemente, no seu estado emocional como cuidador (YILMAZ et al., 2013). Estudos (FINLAYSON et al. 2007; KNOUBLAUCH et al., 2019) mostraram a influência do estado emocional de cuidadores e a experiência de cárie em crianças pré-escolares. Entretanto, dados sobre crianças com deficiência são escassos.

Considerando a prevalência, experiência e risco de cárie da primeira infância em crianças com deficiência e a importância do papel desempenhado pela mãe ou cuidador, é de suma importância conhecer também o nível de sintomas depressivos presentes entre cuidadores uma vez que eles podem influenciar as práticas comportamentais de saúde bucal de seus filhos. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência, a experiência e classificar o risco à cárie dentária da primeira infância em crianças com deficiência, além de verificar a presença de sintomas depressivos entre os cuidadores primários.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE 30170920.6.0000.5152 - Parecer 4.024.057) em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## **Participantes e plano de recrutamento**

Participaram do estudo, crianças pré-escolares assistidas em um projeto de extensão universitário destinado à assistência odontológica de crianças com deficiência.

Foram incluídas as crianças de 2 a 5 anos de idade de ambos os sexos, com deficiência física, intelectual e múltipla e suas mães e/ou cuidador principal mediante concordância e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi considerado cuidador principal aquele indivíduo que convive diretamente com a criança e que se responsabiliza por prover ou coordenar os cuidados dispensados a ela.

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

Foram excluídas crianças com deficiência menores de 2 anos e maiores de 6 anos de idade que apresentavam outras condições de saúde não enquadradas na classificação de deficiência física, intelectual e múltipla, além daquelas cujo o acompanhante não era a mãe ou o cuidador principal.

Dois pesquisadores realizaram uma busca ativa nos prontuários odontológicos no arquivo do setor de Pacientes Especiais do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia. Os pais e/ou responsáveis foram contatados por telefone e convidados para o estudo. Os dados foram coletados mediante consulta odontológica.

## **Variáveis estudadas**

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

## **Coleta dos dados**

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista, utilizando três questionários e o exame clínico da criança.

### *Informações sobre a criança, a mãe e a família*

O primeiro questionário continha informações sobre a criança: idade, classificação da deficiência, uso de medicamentos, hábitos alimentares e de higiene bucal, além do histórico de visitas ao cirurgião-dentista; sobre a mãe e/ou cuidador principal: a idade, nível de es-

colaridade, estado civil, hábitos alimentares e de higiene bucal e necessidade de visita ao cirurgião-dentista no último ano, além de outras informações familiares: número de filhos, renda mensal (salários-mínimos), número de pessoas que trabalham e de pessoas residentes na mesma casa, sustentadas pela renda mensal. O questionário foi aplicado em forma de entrevista pessoal padronizada, por uma única pesquisadora, com duração máxima de 30 minutos.

### *Classificação do risco à cárie*

Para a classificação de risco à cárie, foi utilizada a Ferramenta de Avaliação de Risco da Academia Americana de Odontologia Pediátrica (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2021). Ela é organizada como um questionário por idade e incorpora três categorias: indicadores de risco social e biológico, fatores protetores e achados clínicos adequados à idade do paciente. Cada categoria lista condições específicas a serem classificadas como sim ou não. As respostas foram contadas para gerar a classificação de risco de cárie em alta, moderada ou baixa.

### *Avaliação da presença de sintomas depressivos*

Para avaliar a presença de sintomas depressivos da mãe e/ou do cuidador principal, foi utilizada, em forma de entrevista, a versão em português da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo, desenvolvida por Cox, Holden, Sagovsky, em 1987, e traduzida para o português por Santos, em 1995.

A Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo é um instrumento utilizado para detectar a presença de sintomas depressivos em mães e auxiliar na decisão de encaminhamento a um profissional especializado em saúde mental. A escala, que é composta por dez questões, não possui o objetivo de substituir a avaliação psicológica (SANTOS, 1995). Cada resposta é pontuada de 0 (zero) ponto – para a ausência de sintomas depressivos – a 3 (três) pontos – para maior gravidade e duração dos sintomas depressivos (SANTOS, 1995). A pontuação total varia de 0 a 30. As questões de número 1, 2, 7, 8, 9 e 10 na Escala representam o fator 1, que caracterizam os sintomas depressivos, uma vez que estão relacionadas a um estado de humor deprimido, rebaixamento do estado de ânimo e a pensamentos suicidas. Enquanto as questões de número 3, 4, 5 e 6 na Escala representam o fator 2, que caracterizam a ansiedade, o sentimento de culpa e a dificuldade de desempenhar as tarefas do cotidiano. O fator 1 e 2 possuem uma correlação (SANTOS, 1995).

Durante a entrevista, foi solicitado à participante verificar a resposta mais próxima de como ela se sentia nos últimos sete dias devendo analisar individualmente cada um dos itens.

O ponto de corte adotado para a presença ou ausência de sintomas depressivos foi o escore final de 12 na Escala, estabelecendo que um escore final menor que 12 representou ausência de sintomas e maior ou igual a 12, representou sintomas depressivos de severidade variada. (SANTOS, 1995). Os participantes (mães e/ou cuidadores principais) com sintomas depressivos foram encaminhados para assistência especializada.

### *Exame Clínico*

O exame clínico visual-tátil foi realizado após higienização bucal, sob iluminação adequada, com o auxílio de espelho bucal plano (Golgran, São Paulo, Brasil) e sonda exploradora por uma única pesquisadora. O posicionamento da criança foi determinado de acordo com a idade e a condição de saúde, joelho-joelho, no colo da mãe e/ou do cuidador principal, na cadeira odontológica ou na cadeira de rodas. A experiência de cárie foi mensurada utilizando o índice ceo-s e os dados anotados para posterior análise.

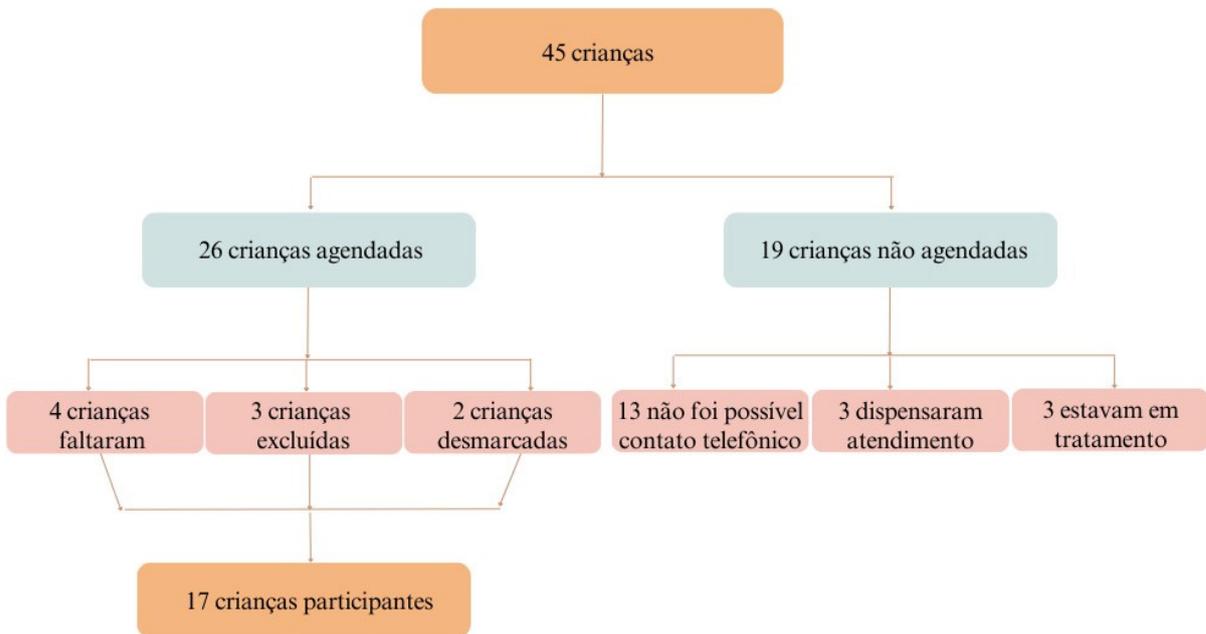
### **Análise dos dados**

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

## **RESULTADOS**

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

Figura 1 – Número total de crianças participantes.



A Tabela 1 apresenta a distribuição numérica e porcentual (%) das características sociodemográficas: ordem de nascimento, condição, classificação das deficiências e uso e quantidade de medicamentos. Das crianças avaliadas, 11 (64,7%) eram do sexo feminino. A idade variou entre 2 anos e 5 anos e 11 meses (idade média = 3 anos e 5 meses, desvio-padrão = 1,28), compreendendo todas as faixas etárias. Foi observado um maior número de crianças entre 2 anos e 2 anos e 11 meses e entre 5 anos e 5 anos e 11 meses de idade, 6 (35,3%) crianças, respectivamente. Quanto à ordem de nascimento, 9 (52,9%) eram primeiro filho, com condições variadas, sendo 3 (17,6%) com deficiência física (Displasia óssea e Paralisia Cerebral), 7 (41,2%) com deficiência intelectual (Síndrome de Down e Transtorno do Espectro Autista) e 7 (41,2%) com deficiência múltipla (Síndromes de Lowe, de Berardinelli, de Pierre Robin associada à Paralisia Cerebral, de Turner, de Bloch-Sulzberger ou Incontinência Pigmentar e Osteogênese imperfeita). A maioria, 14 (82,4%), usava medicamentos, com a quantidade variando de um até mais de quatro medicamentos diários.

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

Características	N (%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	11 (64,7)
Masculino	6 (35,3)
<b>Faixa etária (em anos e meses)</b>	
2 a 2 anos e 11 meses	6 (35,3)
3 a 3 anos e 11 meses	2 (11,8)
4 a 4 anos e 11 meses	3 (17,6)
5 a 5 anos e 11 meses	6 (35,3)
<b>Posição da criança na família</b>	
Primeiro filho	9 (52,9)
Segundo filho	4 (23,5)
Terceiro filho	2 (11,8)
Quarto filho	2 (11,8)
<b>Condição</b>	
Displasia óssea	1 (5,9)
Paralisia cerebral	2 (11,8)
Síndrome de Down	6 (35,3)
Transtorno do Espectro Autista	1 (5,9)
Síndrome de Lowe	1 (5,9)
Síndrome de Berardinelli	1 (5,9)
Síndrome de Pierre Robin associada à Paralisia cerebral	1 (5,9)
Síndrome de Turner	1 (5,9)
Síndrome de Bloch-Sulzberger ou Incontinência pigmentar	1 (5,9)
Osteogênese imperfeita	2 (11,8)

Características	N (%)
<b>Classificação</b>	
Deficiência física	3 (17,6)
Deficiência intelectual	7 (41,2)
Deficiência múltipla	7 (41,2)
<b>Uso de medicamentos</b>	
Sim	14 (82,4)
Não	3 (17,6)
<b>Quantidade de medicamentos</b>	
0	3 (17,6)
1	2 (11,8)
2	3 (17,6)
3	4 (23,5)
4	1 (5,9)
Acima de 4	4 (23,5)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

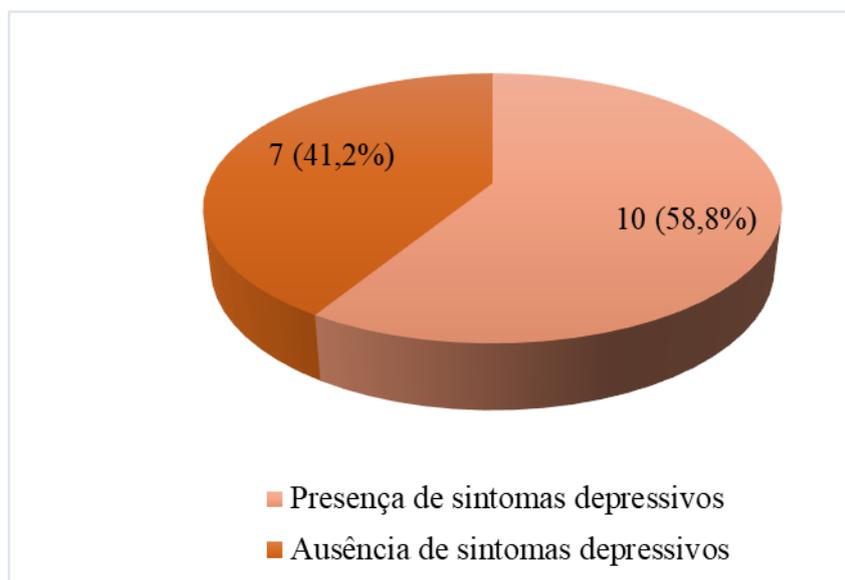
A Tabela 4 apresenta a distribuição numérica e percentual (%) das características das famílias, incluindo a estrutura familiar, a quantidade de pessoas e a renda mensal. Com relação à estrutura familiar, 13 (76,4%) eram nuclear e 8 (47,0%) possuíam um filho. Já com relação à renda familiar, 8 (47,0%)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

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

Características	N (%)
Estrutura familiar	
Nuclear	13 (76,4)
Não nuclear	4 (23,5)
Número de filhos	
1	8 (47,0)
2	5 (29,4)
3	2 (11,8)
4	2 (11,8)
Renda mensal (salários-mínimos)	
1	7 (41,2)
2	8 (47,0)
4	1 (5,9)
5	1 (5,9)
Número de pessoas que trabalham	
1	12 (70,5)
2	5 (29,4)
Número de pessoas que moram na casa e sustentadas pela renda mensal	
2	1 (5,9)
3	8 (47,0)
4	8 (47,0)

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

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



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

É importante ressaltar que apesar da maioria das mães ter respondido à questão dez com o escore 0, 3 (17,6%) delas responderam com o escore 1, o que leva a caracterizar essas mães com sintomas depressivos. Além disso, as questões que apresentaram os maiores escores foram as de número três, quatro e seis. Essas questões representam o fator 2 que está relacionado ao sentimento de culpa, à ansiedade e à dificuldade em desempenhar as atividades do cotidiano. Esse fator representa os sinais típicos de depressão materna (SANTOS, 1995).

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

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

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

Considerando a classificação da deficiência e o escore final individual, observou-se que 3 (17,6%), 3 (17,6%) e 4 (23,5%) mães de crianças com deficiência física, intelectual e múltipla apresentaram sintomas depressivos, respectivamente, com os maiores escores finais sendo para as mães de crianças com a Síndrome de Bloch-Sulzberger e Transtorno do Espectro Autista.

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

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

Condição da criança	Classificação da deficiência	Experiência de cárie dentária	Classificação do risco à cárie	Escore final
Displasia óssea	Deficiência física	Não	Baixo	15
Paralisia cerebral		Não	Baixo	14
				16
Síndrome de Down	Deficiência intelectual	Não	Baixo	10
Transtorno do Espectro Autista				Sim
		7		
		11		
Síndrome de Lowe		Não	Alto	13
	8			
Síndrome de Berardinelli	Sim	Alto	5	
Síndrome de Pierre Robin e Paralisia cerebral	Não	Baixo	14	

<b>Condição da criança</b>	<b>Classificação da deficiência</b>	<b>Experiência de cárie dentária</b>	<b>Classificação do risco à cárie</b>	<b>Escore final</b>
Síndrome de Turner		Não	Baixo	13
Síndrome de Bloch-Sulzberger ou Incontinência Pigmentar		Não	Baixo	20
Osteogênese Imperfeita		Não	Baixo	7
				9

## DISCUSSÃO

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

Participaram do estudo, crianças com deficiência física completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, com deficiência intelectual significativamente inferior à média e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas e lazer, e múltipla: associação de duas ou mais deficiências (BRASIL, 2004).

Os resultados mostraram que a prevalência de crianças com lesões de cárie foi baixa (29,4%) com índice ceo-s médio de 2,11, semelhante ao observado por Zhou et al. (2019) (30,3%) e inferior ao estudo de Ferreira et al. (2020) (65,0%). Essa diferença pode estar relacionada à idade das crianças, uma vez que a prevalência aumenta significativamente com a idade e, no estudo conduzido por Ferreira et al. (2020), a faixa etária foi 3 a 12 anos.

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

Importante salientar o consumo de açúcar, uma vez que resultados de um estudo (BRAÚNA et al., 2016) com crianças com deficiência, com idade média de 3,4 anos, mostraram que esse foi o único fator de risco observado. Apesar de todos consumirem açúcar, apenas 6 crianças o fazem 3 x ou mais ao dia. Outras três crianças se alimentavam por via enteral, apesar da presença de biofilme dentário visível (HIDAS et al., 2010; KLEIN, DICKS, 1984; DICKS, BANNING, 1991). Sabe-se que a falta de nutrição por via oral altera a microbiota bucal, principalmente pela falta de carboidratos, essenciais para a sobrevivência da flora bucal, o que leva a uma contagem baixa de *Streptococcus mutans* e lactobacilos, que

são os principais responsáveis pela manifestação da doença cárie (LARANJO et al., 2017).

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

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

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

De uma forma geral, crianças com deficiência apresentam o dobro do risco comparadas as sem deficiência (LEBRUN-HARRIS et al., 2021; FRANK et al., 2019). Importante ressaltar que elas compreendem um grupo heterogêneo e, portanto, devem ser tratadas de forma precisa e específica durante a avaliação de risco à cárie (FRANK et al., 2019). No presente estudo, foi possível observar que crianças com a mesma condição (Síndrome de Down) e classificação das deficiências apresentaram riscos à cárie diferentes. A comparação direta desses resultados com outros estudos não foi possível em função das diferenças da população estudada e da metodologia usada.

Todas as mães participantes representavam a principal cuidadora das crianças com deficiência, sendo 79,6% com idade entre 19 e 39 anos, diferentes níveis de escolaridade, apenas 11,8% com nível superior completo e 76,4% casadas. Todas relataram consumir açúcar e 58,8% delas, entre duas e três vezes ao dia. A frequência inadequada de higiene bucal foi observada em 52,9%. Além disso, 47,0% e 52,9% relataram problemas odontológicos e presença de cárie ativa, respectivamente, e 50,0% não procuraram o cirurgião-dentista. Esses dados despertam a atenção para a possível negligência de cuidados com a própria saúde bucal. Apesar da falta de comparação direta desses dados com outros estudos, foi possível observar o cuidado e a importância dada para a saúde bucal infantil.

Com relação à família, observou-se que 76,4% apresentavam estrutura familiar nuclear, com um e dois filhos (76,5%) e com baixo nível socioeconômico (88,2%), sendo essa última uma característica comum dos usuários de serviço público.

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

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo foi a escolhida entre os diferentes instrumentos (SCHERER et al., 2019) para avaliar a presença de sintomas depressivos na mãe. Foi escolhida por ter sido validada na população brasileira e pela fácil aplicação, por ser bem aceita pelas pessoas que respondem as perguntas, por ser de avaliação rápida e de fácil entendimento (FIGUEIRA et al., 2009; SANTOS et al., 2007), além de ser um instrumento que pode ser aplicado por profissionais de saúde não especializados em saúde mental. (SANTOS, 1995)

Importante ressaltar que um dos objetivos deste estudo foi identificar se as mães das crianças com deficiência apresentavam sintomas depressivos e orientá-las a procurar ajuda especializada.

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

É reconhecido que os sintomas depressivos maternos ou do cuidador principal podem ter impacto direto na experiência de cárie nas crianças como demonstrado em estudos recentes (D'ALESSANDRO et al., 2014; KNOUBLAUCH et al., 2019; BAUMGARTEN et al., 2021). Neste estudo, os resultados mostraram que 58,8% das mães foram identificadas com sintomas depressivos, semelhantes aos obtidos por D'Alessandro et al. (2014). A maior porcentagem das respostas das questões (1, 2, 7,8, 9 e 10) relacionadas aos sintomas depressivos receberam escores de 0 e 1. Embora o resultado máximo da soma dos escores é

30, apenas uma mãe obteve o escore total igual a 20. Considerando a heterogeneidade da população estudada e dos diferentes graus de severidade, foi possível constatar o quão é variada e individual a percepção materna de crianças com deficiência.

Vários fatores podem estar relacionados aos sintomas depressivos (SCHERER et al., 2019; YILDIRIM et al., 2010), entre eles, a severidade da deficiência, o baixo nível socioeconômico (SCHERER et al., 2019; YILDIRIM et al., 2010) e a baixa escolaridade materna (YILDIRIM et al., 2010). Todas essas características foram observadas na população estudada.

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

Foi possível observar que todas as mães de crianças com deficiência física, a maioria com paralisia cerebral, apresentaram sintomas depressivos. Esse achado pode estar relacionado com a gravidade da incapacidade que essas crianças apresentam e com a dependência total do cuidador principal (RODRIGUES DOS SANTOS et al., 2003; YILMAZ et al., 2013).

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

Já o Transtorno do Espectro Autista constitui uma ampla gama de manifestações clínicas ao nível de comunicação, interação social e comportamento, e se expressa de forma heterogênea dependendo do indivíduo e da idade (ROJAS et al., 2019). Devido à idade dos participantes, a criança que apresentou essa condição pode estar em uma fase de diagnóstico e adaptação da condição, e a família, especialmente a mãe pode estar no período de aceitação à essa condição, o que resulta em manifestação dos sintomas de ansiedade.

Outro achado importante foi que apenas duas (11,8%), das seis mães de crianças com Síndrome de Down, apresentaram sintomas depressivos. Isso se deve ao fato de que essa sín-

drome é a ocorrência genética mais comum que existe na sociedade e, quando comparada com outras condições mais graves e que comprometem muito o indivíduo, gera uma menor frustração a essa mãe, além da criança possuir uma maior independência nas tarefas cotidianas (ANTONARAKIS et al., 2020).

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

Além das limitações já citadas, é importante salientar que este estudo foi conduzido durante a pandemia da Covid-19, o que interferiu diretamente na realização da pesquisa e limitou o número de atendimentos.

Futuras pesquisas com delineamento longitudinal são necessárias e devem ser conduzidas com essa população específica para dar suporte a esses resultados descritivos preliminares.

## CONCLUSÃO

De acordo com a metodologia usada e os resultados obtidos, foi possível concluir que as crianças com deficiência apresentaram baixa prevalência e experiência de cárie e baixo risco à cárie. A presença de sintomas depressivos foi observada em mais da metade das mães de crianças com deficiência, em níveis variados, o que destaca a necessidade de estender a elas apoio profissional e políticas que as auxiliem a desempenhar o seu papel de cuidadoras.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry, p. 252-7, 2021.

ANTONARAKIS, S. E. et al. Síndrome de Down. *Nat. rev. Dis. primers*, v. 6, n.1, p. 9, Fev. 2020.

BARTOLOMÉ-VILLAR, B. et al. Incidence of oral health in paediatric patients with disabilities: sensory disorders and autism spectrum disorder. *Systematic review II. J. Clin. Exp. Dent.*, v. 1, n. 3, p. e344-51, Jul. 2016.

BAUMGARTEN, A. et al. Caries experience in caregiver-intellectual deficient pair: in-

fluence of caregiver's psychological morbidity. *Spec. care dentist.*, Chicago, v. 41, n. 6, p.707-715, Nov. 2021.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm). Acesso em: 19 jan. 2022.

BRAÚNA, A. P. et al. Risk factors for dental caries in children with developmental disabilities. *Braz. oral res.*, São Paulo, v. 30, n.1, p. S1806-83242016000100266. Jun. 2016.

COX, J. L.; HOLDEN, M. J., SAGOVSKY. R. Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br. j. psychiatr.*, London, v. 150, p, 782-6, Jun. 1987.

D'ALESSANDRO, G. et al. Correlation between oral health in disabled children and depressive symptoms in their mothers. *Eur J. Paediatr. Dent.*, Milano, v. 15, n. 3, p. 303-8, Sep. 2014.

DANTAS, K. O. et al. Repercussions on the family from the birth and care of children with multiple disabilities: a qualitative meta-synthesis. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. e00157918, Jul. 2019.

DICKS, J. L.; BANNING, J. S. Evaluation of calculus accumulation in tube-fed, mentally handicapped patients: the effects of oral hygiene status. *Spec. care dentist.*, Chicago, v. 11, n. 3, p. 104-6, May-Jun. 1991.

DIÉGUEZ-PÉREZ, M. et al. Oral health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down Syndrome) disabilities: systematic review I. *J Clin Exp Dent.*, v. 8, n. 3, p. e337-43, Jul. 2016.

FAKER, K.; TOSTES, M. A.; PAULA, V. A. C. Impact of untreated dental caries on oral health-related quality of life of children with special health care needs. *Braz. oral res.*, São Paulo, v.32, p. e117, 2018.

FELDENS, C. A. et al. Feeding frequency in infancy and dental caries in childhood: a prospective cohort study. *Int. dent. j.*, London, v. 68, n. 2, p. 113-121, Apr. 2018.

FERREIRA, A. M. B. et al. Oral health status and treatment needs among disabled children in Recife, Brazil. *Oral Health Prev. Dent.*, New Malden, v.18, p. 467-74. Apr. 2020.

FIGUEIRA, P. et al. Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. *Rev. saúde pública, São Paulo*, v. 43, Suppl 1, p. 79-84. Aug. 2009.

FINLAYSON, T. L. et al. Psychosocial factors and early childhood caries among low-income African-American children in Detroit. *Community dent. oral epidemiol., Copenhagen*, v. 35, n. 6, p. 439-448, 2007.

FRANK, M. et al. Dental caries risk varies among subgroups of children with special health care needs. *Pediatr. dent., Chicago*, v. 41, n. 5, p. 378-84, Sep. 2019.

GÓMEZ-BERNAL, G. M.; MORALES-VADILLO, R.; ROMERO-VELARDE, M. R. Lesiones cariosas en niños con discapacidad de 0-12 años en una población peruana. *Rev. cuba. estomatol., Habana*, v. 57, n. 4, p. e95, Sep. 2020.

HIDAS, A. et al. Salivary bacteria and oral health status in children with disabilities fed through gastrostomy. *Int. j. paediatr. dent., Oxford*, v.20, n. 3, p.179-85, May 2010.

JØRGENSEN, M. R.; TWETMAN, S. A systematic review of risk assessment tools for early childhood caries: is there evidence? *Eur. Arch. Paediatr. Dent., Leeds*, v. 21, n. 2, p. 179-84, Apr. 2020.

KLEIN, F. K.; DICKS, J. L. Evaluation of accumulation of calculus in tube-fed mentally handicapped patients. *J. am. dent. assoc., Chicago*, v. 108, n. 3, p. 352-4, Mar. 1984.

KNOBLAUCH, U. et al. The association between socioeconomic status, psychopathological symptom burden in mothers, and early childhood caries of their children. *PLoS One, San Francisco*, v.14, n. 10, p. e0224509. Oct. 2019.

LARANJO, E. et al. A cárie precoce da infância: uma atualização. *Rev. port. med. geral fam. Lisboa*, v. 33, n.6, p. 426-9, Dez. 2017.

LEBRUN-HARRIS, L. A. et al. Oral health among children and youth with special health care needs. *Pediatrics, Evanston*, v. 148, n. 2, p. e2020025700, Aug. 2021.

MARCON, S. S. et al. Dificuldades e conflitos enfrentados pela família no cuidado cotidiano a uma criança com doença crônica. *Ciênc cuid saúde, Maringá*, v. 6, p. 411-9, 2008.

NARAYANAN, M. J.; RANGASAMY, S.; NARAYANAN, V. Incontinentia pigmenti (Bloch-Sulzberger syndrome). *Handb. clin. neurol.*, v. 132; p. 271-80, 2015.

NORWOOD JR., K. W.; SLAYTON, R. L. Council on Children with Disabilities; Section on Oral Health. Oral health care for children with developmental disabilities. *Pediatrics*, Evaston, v. 131, n. 3, p. 614-9, Mar. 2013.

RODRIGUES DOS SANTOS, M. T. et al. Oral conditions in children with cerebral palsy. *J. dent. chil.*, Chicago, v. 70, n. 1, p. 40-6, Jan-Apr. 2003.

ROJAS, V.; RIVERA, A., NILO, N. Atualização em diagnóstico e intervenção precoce do transtorno do espectro autista. *Rev. chil. Pediatra*, v. 90, n. 5, p; 478-84.

SANTOS, I. S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2577-88. Nov. 2007.

SANTOS, M. F. S. Depressão pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras (Tese). Universidade de Brasília, 1995.

SEOW, W. K. Early childhood caries. *Pediatr. clin. North America*, Philadelphia, v. 65, n. 5, p. 941-954, Oct. 2018.

SCHERER, N.; VERHEY, I.; KUPER, H. Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, San Francisco, v. 14, n. 7, p. e0219888, Jul. 2019.

SHEIHAM, A.; JAMES, W. A reappraisal of the quantitative relationship between sugar intake and dental caries: the need for new criteria for developing goals for sugar intake. *BMC public health*, London, v. 16, n. 14, p. 863. Sep. 2014.

TINANOFF, N. et al. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: global perspective. *Int. j. paediatr. dent.*, Oxford, v. 29, n. 3, p. 238-48. May, 2019.

VOZZA, I. et al. Preventive strategies in oral health for special needs patients. *Ann. stomatol.*, Rome, v. 6, n. 3-4, p. 96-9, Feb., 2015.

YILDIRIM SARI, H.; BAŞBAKKAL, Z. Depression among mothers of children and adults with an intellectual disability in Turkey. *Int. j. nurs. pract.*, v. 16, n. 3, p. 248-53, Jun. 2010.

YILMAZ, H.; ERKIN, G.; NALBANT, L. Depression and anxiety levels in mothers of children with cerebral palsy: a controlled study. *Eur. j. phys. rehabil. med.*, Torino, v. 49, n. 6, p. 823-7, Dec., 2013.

WEN, J. et al. Parental feeding styles and risk of a new carious lesion in preschool children: a longitudinal study. *Nutrients*, v. 15, n. 20, p. 4387, Oct. 2023.

ZHOU, N.; WONG, H. M.; MCGRATH, C. Oral health and associated factors among preschool children with special healthcare needs. *Oral dis.*, Houndmills, n. 25, v. 4, p. 1221-8, May, 2019.