



FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO MÉDICO DENTÁRIO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**PACIENTES PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS:
IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE SAÚDE ORAL**

Helena Maria Martins Castro Pinheiro

Orientadora: Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Co-Orientadora: Isabel Cristina Gonçalves Roçadas Pires

Porto, 2012

Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: Implementação de um Programa de Saúde Oral

Helena Maria Martins Castro Pinheiro

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Helena Pinheiro
Lugar da Cruz, nº70
4905-067 Durrães
hmmpinheiro@hotmail.com

RESUMO

O número de crianças com necessidades especiais que chegam à idade adulta está a aumentar devido à melhoria dos cuidados neonatais e pediátricos. Estudos têm demonstrado que pessoas com necessidades especiais têm acesso limitado ao atendimento dentário e apresentam pior saúde oral quando comparado com a população em geral. **Objetivos:** Elaboração de um programa de promoção de saúde oral direcionado a indivíduos portadores de necessidades especiais e avaliação da sua efetividade. **Métodos:** Estudo longitudinal, realizado através da avaliação, em dois momentos, dos dentes cariados, perdidos e obturados (CPO) e do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), ensino e treino de técnicas de escovagem e aplicação de um questionário sobre cuidados de saúde oral aos responsáveis dos participantes. **Resultados:** A amostra foi constituída por 36 indivíduos, com idades compreendidas entre 17 e 41 anos, sendo a maioria, 52,8%, do sexo masculino. No início do estudo, o valor médio do CPO foi de $5,20 \pm 3,45$, sendo os perdidos o valor mais alto, com uma média de $2,56 \pm 2,62$. O IHOS variou, entre as duas avaliações, de $3,23 \pm 1,31$ para $2,71 \pm 1,26$ ($p=0,002$). 58,3% dos entrevistados afirmaram que os seus filhos escovavam os dentes mais do que uma vez por dia e 36,1% os auxiliava nessa tarefa. No que toca aos cuidados médico-dentários, 83,3% dos responsáveis relataram ter acompanhado o seu filho ao dentista e 73,3% no último ano. Questionados acerca do motivo da última consulta, 30% consultou por rotina e a maior percentagem, 53,3%, deveu-se a outros motivos, como extração (56,3%). 77,8% dos responsáveis afirmaram ter acesso a um consultório dentário se precisarem, mas por vezes deparam-se com algumas barreiras (36,7%). A barreira mais frequentemente referida foi “*problemas físicos do seu filho*” com 63,6%. **Conclusão:** Durante o intervalo de 2 meses, houve uma redução significativa ($p=0,002$) do Índice de Higiene Oral Simplificado.

PALAVRAS-CHAVE:

Pacientes especiais; Saúde Oral; Higiene oral; Promoção de saúde oral; Escovagem; Prevenção Primária.

ABSTRACT

Due to improved neonatal and pediatric care, the number of children with special needs that reach adulthood is increasing. Some studies have shown that people with disabilities have a limited access to dental care and a resulting worse oral health, compared with the general population. **Objectives:** To develop an oral health care program which targets the special needs population, and evaluate its effectiveness. **Methods:** Assessment of decayed, missing and filled teeth (DMFT), calculation the Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S), teaching and practice of oral health hygiene techniques and application of questionnaire for the special needs individual caregiver, was carried out using a longitudinal approach. **Results:** The study included 36 patients, aged between 17 and 41 years, of which 52.8% were males. The baseline of DMFT was 5.20 ± 3.45 , of which lost teeth was the highest value, with mean of 2.56 ± 2.62 . The mean of OHI-S ranged from 3.23 ± 1.31 to 2.71 ± 1.26 ($p=0.002$), between the two oral evaluations. 58.3% of the interviewed caregivers referred that the children brush their teeth more than once a day and 36.1% help them in this task. Regarding medical and dental care, 83.3% of caregivers reported accompanying their children to the dentist, of which 73.3% in the previous year. The reason for the last consultation was, 30% a routine consult and the highest percentage, 53.3%, due to other reasons, such as extraction (56.3%). 77.8% of caregiver report having access to a dentist if they need it, but with some difficulty (36.7%), of which the most common was “child physical problems” (63.6%). **Conclusion:** During the two months study, there was a significant ($p=0.002$) reduction of the Simplified Oral Hygiene Index.

KEY WORDS:

Patients with Special Needs; Oral health; Oral Hygiene; Oral health promotion; toothbrushing; Primary Prevention.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof. Doutora Maria de Lurdes Pereira, pela disponibilidade, orientação e contribuição para este trabalho.

À Prof. Doutora Isabel Pires pela co-orientação desta tese.

À direção da APPACDM de Viana do Castelo pela colaboração e disponibilidade.

Agradeço aos jovens que participaram neste estudo, assim como aos responsáveis.

O meu agradecimento aos meus pais, irmãos e amigos pela força e apoio sempre demonstrados.

INTRODUÇÃO

O número de crianças com necessidades especiais que chegam à idade adulta está a aumentar devido à melhoria dos cuidados neonatais e pediátricos ^(1,2). Conforme a Organização Mundial da Saúde estima, os indivíduos com deficiência constituem 10% da população em países desenvolvidos e 12% nos países em desenvolvimento ⁽³⁾.

Os indivíduos com necessidades especiais podem apresentar um comprometimento, mais ou menos acentuado, na capacidade de executar atividades diárias, típicas do seu estado de desenvolvimento e ambiente cultural ^(4,5). Os indivíduos portadores de necessidades especiais podem ser divididos de acordo com o início da doença: aqueles que nasceram com defeitos congénitos e aqueles que adquiriram uma desordem ou lesão mais tarde na vida. O primeiro inclui atraso mental, defeitos de desenvolvimento congénitos, paralisia cerebral e doenças genéticas tais como Síndrome de Down. O segundo inclui deficiência adquirida em consequência de lesões traumáticas, doenças sistémicas, distúrbios psicológicos e doenças que põem em risco a vida do paciente como cancro e SIDA ^(2,4).

Estudos têm demonstrado que indivíduos com necessidades especiais têm acesso limitado ao atendimento dentário e apresentam pior saúde oral quando comparado com a população em geral ^(1,3-14). São encontradas nesta população mais cáries não tratadas, mais doença periodontal, pior estado de higiene oral, uma maior necessidade de extrações, retenção prolongada de dentes decíduos, supranumerários e má oclusão ou alinhamento inadequado dos dentes ^(3-6,9,15,16).

A National Institute of Dental and Craniofacial Research apresenta três principais razões que levam à maior necessidade de cuidados orais: doenças genéticas ou sistémicas que afetam a saúde oral; tratamentos médicos que causam problemas orais; deficiência mental e física que dificultam a higiene oral ou tratamento dentário ⁽⁷⁾.

Muitos grupos de pacientes com deficiência têm um maior risco de doença oral devido a manifestações orais da sua condição particular, aos efeitos secundários de fármacos (especialmente xerostomia), e o uso de dietas específicas tais como o consumo de alimentos moles, pegajosos e cariogénicos ^(7,10,13,14,16-19).

Paralelamente, estes indivíduos podem não ter a capacidade de escovar os dentes por falta de coordenação dos movimentos musculares e adicionalmente ser incapazes de entender as instruções ou mesmo a importância da higiene e saúde oral ^(3,6,7,9,12). A remoção da placa bacteriana é uma competência que apenas pode ser dominada quando um indivíduo tem a destreza para manipular uma escova de dentes e pode entender os objetivos da atividade ⁽¹²⁾.

Pessoas com deficiência muitas vezes necessitam de ajuda extra para conseguirem manter uma boa saúde oral ^(2,3,7,14).

No que toca ao acesso limitado aos cuidados dentários, por vezes deparam-se com algumas barreiras, sendo o problema mais relatado o aspeto financeiro. Há também estudos que salientam barreiras físicas e equipamento inadequado no consultório dentário ⁽¹⁷⁾. Uma outra barreira está relacionada com a formação do Médico Dentista e a sua experiência no tratamento de pessoas com necessidades especiais ⁽¹⁸⁾.

Contudo, estudos revelam que a saúde oral destes indivíduos, apesar das suas limitações, pode ser melhorada para um nível semelhante ou até melhor do que a população em geral. As principais razões para esta melhoria passam pela escovagem (pelos próprios ou cuidadores) e pelo controlo da dieta ^(5,19).

Deste modo, e tendo em conta que a saúde oral é considerada um componente integral da saúde geral e contribui para a auto-estima e qualidade de vida ^(4,13), a educação para a saúde oral e programas de prevenção para pessoas com necessidades especiais e pais/ educadores devem ser reforçados ^(2,3,14,17,20). Técnicas de escovagem devem ser ensinadas de acordo com o tipo e gravidade de deficiência e características individuais ⁽⁷⁾. O desenvolvimento de estratégias preventivas e de tratamento, cuidados de higiene oral, tratamento dentário especial e até mesmo abordagem multidisciplinar para estes pacientes com deficiência ajudaria a satisfazer as suas necessidades ⁽²⁾.

Este trabalho teve como objetivo a elaboração de um programa de promoção de saúde oral direcionado a indivíduos portadores de necessidades especiais e adicionalmente avaliar a efetividade do programa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Caracterização da amostra

População alvo

Este trabalho envolveu participantes portadores de necessidades especiais, incluindo Síndrome de Down; Paralisia Cerebral; Epilepsia; Síndrome de Cornelia de Lange; Síndrome de Beals; Síndrome ATR-X; Doença recessiva do Sistema Nervoso Central e Deficiência mental em vários graus. Foram convidados os 56 utentes que frequentam o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental – APPACDM de Viana do Castelo, de entre os quais se obteve 40 respostas positivas. No entanto, 4 não foram incluídos no estudo por não se encontrarem na associação nos dias acordados para o exame.

Os participantes constituíram uma amostra de 36 indivíduos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 17 e 41 anos.

Ética

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. Os pais/responsáveis dos pacientes receberam informação escrita respeitante aos objetivos e métodos do estudo, e só os que autorizaram a participação através da assinatura de um consentimento informado foram incluídos. Foi também solicitado o consentimento da direção da associação para a execução do programa.

Foi efetuada a codificação dos questionários e fichas clínicas de acordo com as regras de proteção dos dados.

Recolha de dados

O estudo foi executado em dois momentos de avaliação. No primeiro momento, os participantes foram avaliados quanto ao estado de higiene oral e saúde oral.

O estado de higiene oral foi avaliado através do Índice de Higiene Oral Simplificado ⁽²¹⁾ (IHOS), numa sala da APPACDM previamente preparada, com o auxílio de um espelho oral e uma sonda. O IHOS tem dois componentes, Índice de Placa (IP) e Índice de Cálculo (IC). Os dentes pré-selecionados são quantificados de 0 a 3, representando a quantidade de cálculo e placa bacteriana: 16 (V), 11 (V), 26 (V), 36 (L) 31 (V) e 48 (L). Depois dos níveis de cálculo e placa

serem registados, calculam-se os valores do Índice. Para cada indivíduo, a pontuação da placa é somada e dividida pelo número de superfícies marcadas. O mesmo método é usado para calcular o IC. O IHOS resulta da soma do IP com IC.

No mesmo momento os participantes foram submetidos a um conjunto de atividades educativas, utilizando recursos audiovisuais, jogos educativos, modelos e escovas, que visaram a apreensão de conceitos relacionados com a prevenção da cárie dentária e doença periodontal. Cada participante recebeu uma escova e pasta dentífrica e a técnica de escovagem foi demonstrada na sua própria boca. Conceitos básicos de saúde oral foram ensinados ao longo da escovagem (adequada às capacidades intelectuais de cada um), onde o reforço verbal e elogios foram utilizados como fonte de motivação.

Relativamente ao estado de saúde oral, cada paciente foi avaliado através do índice CPO. O índice CPO foi determinado de acordo com os critérios preconizados pela OMS ⁽²²⁾, e é obtido através da soma dos dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O).

Completados cerca de 2 meses após a primeira recolha e a ação de promoção de saúde oral, foi realizada a segunda etapa do projeto, onde os participantes foram re-examinados usando novamente o IHOS e CPO, sendo ainda reforçada a motivação para higiene oral.

Adicionalmente, no intervalo entre as duas avaliações, e com o objetivo de caracterizar os comportamentos de saúde oral e a procura de cuidados de saúde oral dos participantes, os pais/responsáveis foram contactados por telefone para responderem a um questionário, que abordava os temas: frequência de escovagem, visitas ao dentista, barreiras para o acesso aos cuidados de saúde oral e importância da higiene oral.

Estatística

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados no programa estatístico SPSS 20 (Statistical Package for Social Science). As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas (%). As variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e desvio padrão. O valor médio do IOHS entre as duas avaliações foi comparado com recurso ao teste de t-student. Foi utilizado o nível de significância 0,05.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

O presente estudo envolveu 19 indivíduos do sexo masculino (52,8%) e 17 do sexo feminino (47,2%), com idades compreendidas entre 17 e 41 anos. A média de idades foi de $27,06 \pm 6,49$ (Tabela I).

Tabela I- Caracterização demográfica dos participantes.

	n (%)
Idade	
≤20	6 (16,7)
21-30	20 (55,5)
31-41	10 (27,8)
Género	
Masculino	19 (52,8)
Feminino	17 (47,2)

Estado de saúde e higiene oral dos participantes

Os dados referentes ao estado de saúde e higiene oral apresentam-se na Tabela II. No início do estudo, o valor médio do CPO_1 foi de $5,20 \pm 3,45$ e no final, CPO_2 , de $5,28 \pm 3,44$. Relativo à primeira avaliação, a média de cariados (C_1) foi de $0,53 \pm 0,84$, perdidos (P_1) foi de $2,56 \pm 2,62$ e obturados (O_1) de $2,11 \pm 2,19$. Relativamente à presença de selantes de fissuras (S_1), obtivemos uma média de $0,06 \pm 0,33$ de dentes selados. A média de dentes fraturados (F_1) foi de $0,22 \pm 0,59$.

Relativamente ao estado de higiene oral, no início do estudo, o valor médio do índice de placa (IP_1) foi de $1,79 \pm 0,66$ e índice de cálculo (IC_1) de $1,44 \pm 0,75$, resultando num $IHOS_1$ de $3,23 \pm 1,31$. No fim do programa, obtivemos um $IHOS_2$ de $2,71 \pm 1,26$ que resultou da soma de um IP_2 de $1,62 \pm 0,70$ com IC_2 de $1,09 \pm 0,73$.

Tabela II- Estado de saúde e higiene oral.

	Média ± Desvio padrão		
	Início ₁	Final ₂	
CPO	5,20±3,45	5,28±3,44	
C	0,53±0,84	0,58±0,87	
P	2,56±2,62	2,56±2,62	
O	2,11±2,19	2,14±2,18	
S	0,06±0,33	0,06±0,33	
F	0,22±0,59	0,22±0,59	
IP	1,79±0,66	1,62±0,70	
IC	1,44±0,75	1,09±0,73	
IHOS	3,23±1,31	2,71±1,26	p=0,002

Caracterização dos hábitos relacionados com saúde oral

A caracterização dos hábitos relacionados com saúde oral (Tabela III) foi realizada através de um questionário. Na fase em que os pais/responsáveis foram contactados por telefone, 4 não responderam ao questionário.

Quando questionados sobre os hábitos de higiene oral, 25% dos entrevistados afirmaram que o seu filho(a)/educando(a) escovava os dentes uma vez por dia, 58,3% escovava mais do que uma vez por dia e 5,6% não souberam responder à questão.

Relativamente ao auxílio na escovagem, apenas 36,1% responderam afirmativamente. 83,3% dos inquiridos responderam que alguém lhes havia falado da importância da higiene oral do seu educando.

No que toca aos cuidados médico-dentários, 83,3% dos responsáveis relataram ter acompanhado o seu filho ao dentista. De entre estes, 73,3% foi no último ano e 26,7% foi há mais de dois anos.

Questionados acerca do motivo da última consulta, 30% consultou por rotina, 10% dor, e 6,7% ortodontia. A maior percentagem, 53,3%, deve-se a outros motivos: extração (56,3%), tartarectomia (18,8%), e com menor percentagem (6,3%) dente fraturado, inflamação gengival, mau hálito e tratamento restaurador.

77,8% dos responsáveis afirmaram ter acesso a um consultório dentário se precisarem, mas por vezes deparam-se com algumas barreiras (36,7%). A barreira mais frequentemente referida foi “*problemas físicos do seu filho*” com 63,6%, seguida da “*necessidade de anestesia geral*”, 45,4%. Foi também referenciado, com 18,2%, “*lista de espera*” e em menor percentagem, (9,1%) “*Filho tem medo de dentista*”, “*dentista rejeitou-se a efetuar tratamento*” e “*necessita de sedação consciente*”.

Tabela III- Caracterização dos hábitos relacionados com saúde oral.

	n (%)
Número de escovagens	
Uma vez dia	9 (25)
Mais do que uma vez dia	21 (58,3)
Não sabe	2 (5,6)
Não respondeu	4 (11,1)
Auxílio na escovagem	
Sim	13(36,1)
Não	19(52,8)
Não respondeu	4(11,1)
Importância da HO	
Sim	30(83,3)
Não	2(5,6)
Não sabe	4(11,1)
Visita ao dentista	
Sim	30 (83,3)
Não	2 (5,6)
Não respondeu	4 (11,1)
Última consulta	
Último ano	22 (73,3)
Mais de 2 anos	8 (26,7)
Motivo consulta	
Rotina	9 (30)
Dor	3 (10)
Ortodontia	2 (6,7)
Outro	16 (53,3)
Outro motivo	
Dente partido	1 (6,3)
Extração	9 (56,3)
Gengiva inflamada	1 (6,3)
Mau hálito	1 (6,3)
Restauração	1 (6,3)
Tartarectomia	3 (18,8)
Barreiras no acesso	
Sim	11 (36,7)
Não	19 (63,3)
Quais barreiras	
Problemas físicos do filho	7 (63,6)
Necessidade anestesia geral	5 (45,4)
Lista de espera	2 (18,2)
Filho tem medo dentista	1 (9,1)
Dentista rejeita-se a efetuar tratamento	1 (9,1)
Sedação consciente	1 (9,1)
Acesso consultório	
Sim	28 (77,8)
Não	3 (8,3)
Não tem conhecimento	1 (2,8)
Não respondeu	4 (11,1)

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo elaborar um programa de educação e motivação para higiene oral direcionado a pacientes especiais. A promoção de saúde visa garantir que a população tenha melhores condições de vida e de saúde, sendo as escolas ambientes apropriados para o fazer, uma vez que podem ser considerados espaços sociais capazes de influenciar a saúde dos alunos, a autoestima, comportamentos e competências ⁽²⁰⁾. Exemplos de sucesso de escolas promotoras de saúde, com impacto na saúde e qualidade de vida, têm sido relatados no Brasil e em outros países da América e Europa. Isto enfatiza a importância de ações de saúde oral, relacionadas com escolas especiais ⁽²⁰⁾.

O nosso estudo incluiu 36 indivíduos com idades compreendidas entre 17 e 41 anos, de ambos os sexos.

A população estudada apresentou um CPO inicial médio de $5,20 \pm 3,45$ e final de $5,28 \pm 3,44$. Esta diferença deve-se aos critérios utilizados para definir cárie pois o intervalo entre as duas avaliações foi apenas de dois meses. Segundo este índice, apenas as cáries com cavidade visível, esmalte não suportado e paredes ou fundo amolecido ⁽²²⁾ são consideradas, ou seja, mesmo existindo cárie em fase inicial sem cavidade, esta não é incluída no registo. Na segunda avaliação, por já se encontrarem cavitadas ou por terem sido restauradas, contribuíram para aumento do CPO. Esta situação aconteceu em três pacientes.

A média de dentes cariados foi de $0,53 \pm 0,84$, menor que a média de dentes perdidos. Segundo Anders et al, é sugerido que a prevalência de cárie é baixa devido à extração prévia de dentes cariados, ou por razões periodontais ⁽¹⁵⁾. Esta afirmação é verificada no nosso estudo através do valor médio de dentes perdidos, $2,56 \pm 2,62$. Pessoas com necessidades especiais recebem menos tratamento dentário do que a população em geral, e quando é realizado um tratamento é mais provável que seja extração, em vez de restauração ⁽¹⁵⁾. No questionário realizado aos responsáveis, a extração foi motivo da última consulta dentária em 9 dos participantes.

No que diz respeito aos dentes obturados, a média foi de $2,11 \pm 2,19$, ou seja, mais baixa do que os dentes perdidos. Isto pode dever-se à falta de condições apropriadas para uma restauração com sucesso ou mesmo a procura de tratamento numa fase avançada de lesão de cárie. Indivíduos incapazes de cooperar em tratamento dentário perdem mais dentes do que os colaboradores ⁽¹⁵⁾.

A percentagem de dentes fraturados foi de 16,7%. O trauma dentário em indivíduos com necessidades especiais pode ser resultado de atraso mental, fraca coordenação motora ou

descontrolada, presença de movimentos involuntários, reflexos orais patológicos, tais como reflexo de mordida durante a alimentação, espasticidade nos músculos da mastigação, ou resposta mais lenta na presença de obstáculos⁽²³⁾.

Relativamente à avaliação da higiene oral, apesar da maioria dos participantes escovarem os dentes uma ou mais vezes/dia (25% e 58,3%, respetivamente) obtivemos um IHOS₁ de $3,23 \pm 1,31$. Este valor pode ser justificado pelo facto de 52,8% escovar os dentes sozinhos sem o auxílio dos responsáveis e usarem uma técnica de escovagem inadequada. Em contraste com indivíduos sem deficiência, que geralmente orientam a sua própria saúde oral, a saúde oral destes indivíduos muitas vezes depende de outras pessoas, como pais ou funcionários^(2,3,7,14). Muitas vezes os cuidadores não têm consciência da necessidade de cuidados orais preventivos. Desta forma, devem ser instruídos sobre métodos necessários para melhorar higiene oral e como auxiliar o seu filho⁽²⁴⁾.

Durante o intervalo de dois meses, houve uma redução significativa do IHOS, que passou para um valor médio de $2,71 \pm 1,26$ ($p=0,002$). Esta diminuição deveu-se à melhoria da técnica e frequência de escovagem e implementação, por parte dos coordenadores da associação, da escovagem após o almoço. Estes dados estão de acordo com Shyama et al que afirmam que as pessoas com necessidade especiais podem ser instruídas em simples procedimentos de higiene oral e podem realizar a escovagem quando lhes são dados motivação e incentivo⁽²⁵⁾. A maioria dos indivíduos melhoram a sua competência e destreza ao escovar, mudam a sua atitude sobre os procedimentos de higiene oral, tornando-se mais positiva⁽²⁵⁾.

Quando os pais/responsáveis foram questionados sobre visitas ao dentista, 83,3% dos responsáveis responderam que acompanharam o seu filho ao Médico Dentista e 73,3% foi no último ano. No entanto, 36,7% afirmaram depararem-se com algumas barreiras ao acesso a cuidados de saúde oral. O problema físico do filho foi a mais frequente, com 63,64%. A questão da acessibilidade física é complexa, desafios podem ocorrer antes de o paciente entrar no consultório. Pessoas com deficiência podem precisar de uma rampa, portas alargadas, e distância curtas entre o estacionamento e consultório. Uma vez no consultório, os pacientes podem exigir salas grandes o suficiente para manobram a cadeira de rodas bem como elevadores de transferência para a cadeira dentária⁽¹⁷⁾. Em segundo lugar, com 45,4%, foi referida a necessidade de anestesia geral para controlo do comportamento perante uma consulta de Medicina Dentária. Alguns autores afirmam que por vezes há necessidade de anestesia geral se o paciente não cooperar e não responder às técnicas usuais de controlo do comportamento^(1,26).

Com os nossos resultados, verifica-se que se trata de uma amostra com acesso ao atendimento dentário, desta forma, para melhorar a saúde oral destes indivíduos é importante insistir na prevenção primária. Prevenção da doença oral é de grande importância para indivíduos com deficiência, não só para prevenir doenças orais e suas complicações, mas também para evitar a necessidade de intervenção cirúrgica e as dificuldades associadas ⁽⁷⁾. Medicina Dentária Preventiva pode ajudar o paciente a evitar dor futura, tratamentos caros, consultas extras e visitas de urgência por dor/infeção ⁽¹⁷⁾.

É importante que a higiene oral comece logo desde a infância ⁽²⁷⁾. As crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) têm, ou estão em risco acrescido de ter, doença crónica e/ou condições diferentes das outras crianças quanto ao desenvolvimento físico, comportamental ou emocional. Por isso, requerem cuidados e serviços de saúde mais específicos e mais frequentes que os requeridos pela generalidade da população ⁽²⁸⁾.

Educação em saúde oral como métodos de escovagem, dieta, examinação dentária regular devem ser projetados e fornecidos a pacientes com deficiência ou cuidadores para diminuir a incidência de cárie e doença periodontal. Medidas profiláticas como uso de ultra-sons e aplicação de flúor deve ser encorajado nestes pacientes, bem como a aplicação de selantes ⁽²⁾ dado que a percentagem observada foi baixa, 2,8%. Os selantes são um tratamento eficaz na prevenção de cáries oclusais ⁽²⁹⁾.

Os nossos resultados indicam a necessidade de implementação de programas de saúde oral em escolas/ associações de pacientes portadores de necessidades especiais, onde é essencial que os responsáveis sejam envolvidos e motivados para a obtenção de benefícios a longo prazo.

CONCLUSÃO

A implementação de um programa de saúde oral nesta instituição reduziu significativamente o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), durante um período de dois meses. O nosso estudo evidenciou ainda, a necessidade de envolver os responsáveis e motivá-los para a higiene oral dos seus educandos podendo este envolvimento ser a chave para a obtenção de resultados a longo prazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Hennequin M, Faulks D, Roux D. Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients. *J Dent* 2000;28(2):131-6.
2. Jeng W-L. Strategies for oral health care for people with disabilities in Taiwan. *J Dent Sci* 2009;4(4):165-72.
3. Altun C, Guven G, Akgun OM, Akkurt MD, Basak F, Akbulut E. Oral health status of disabled individuals attending special schools. *Eur J Dent* 2010;4(4):361-6.
4. Sigal MJ. Mount Sinai Hospital dental program for persons with disabilities: role in undergraduate dental education. *J Can Dent Assoc* 2010;76:a8.
5. Liu H-Y. Dental caries associated with dietary and toothbrushing habits of 6- to 12-year-old mentally retarded children in Taiwan. *J Dent Sci* 2009;4(2):61-74.
6. Winter K, Baccaglini L, Tomar S. A review of malocclusion among individuals with mental and physical disabilities. *Spec Care Dentist* 2008;28(1):19-26.
7. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 4. Education. *Br Dent J* 2008;205(3):119-30.
8. Koneru A, Sigal MJ. Access to dental care for persons with developmental disabilities in Ontario. *J Can Dent Assoc* 2009;75(2):121.
9. Purohit BM, Acharya S, Bhat M. Oral health status and treatment needs of children attending special schools in South India: a comparative study. *Spec Care Dentist* 2010;30(6):235-41.
10. Kenney MK, Kogan MD, Crall JJ. Parental perceptions of dental/oral health among children with and without special health care needs. *Ambul Pediatr* 2008;8(5):312-20.
11. de Jongh A, van Houtem C, van der Schoof M, Resida G, Broers D. Oral health status, treatment needs, and obstacles to dental care among noninstitutionalized children with severe mental disabilities in The Netherlands. *Spec Care Dentist* 2008;28(3):111-5.
12. Yeganegi KS, Tandon S. Tooth surface protection for individuals who are mentally disabled. *Spec Care Dentist* 2008;28(1):32-8.
13. Adeniyi AA, Ola BA, Edeh CE, Ogunbanjo BO, Adewuya AO. Dental status of patients with mental disorders in a Nigerian teaching hospital: a preliminary survey. *Spec Care Dentist* 2011;31(4):134-7.
14. Santos MT, Biancardi M, Guare RO, Jardim JR. Caries prevalence in patients with cerebral palsy and the burden of caring for them. *Spec Care Dentist* 2010;30(5):206-10.
15. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist* 2010;30(3):110-7.

16. Almomani F, Williams K, Catley D, Brown C. Effects of an oral health promotion program in people with mental illness. *J Dent Res* 2009;88(7):648-52.
17. Rouleau T, Harrington A, Brennan M, Hammond F, Hirsch M, Nussbaum M, et al. Receipt of dental care and barriers encountered by persons with disabilities. *Spec Care Dentist* 2011;31(2):63-7.
18. Al Agili DE, Roseman J, Pass MA, Thornton JB, Chavers LS. Access to dental care in Alabama for children with special needs: parents' perspectives. *J Am Dent Assoc* 2004;135(4):490-5.
19. Liu HY, Chen CC, Hu WC, Tang RC, Tsai CC, Huang ST. The impact of dietary and toothbrushing habits to dental caries of special school children with disability. *Res Dev Disabil* 2010;31(6):1160-9.
20. GAIO D. Health promoting schools and their impact on the oral health of mentally disabled people in Brazil. *Health Promotion International* 2010;25(4).
21. Greene JC, Vermillion JR. The Simplified Oral Hygiene Index. *J Am Dent Assoc* 1964;68:7-13.
22. WHO. Oral Health Surveys. Basic Methods. 4 ed. Geneva: World health Organization. 1997.
23. Ferreira MC, Guare RO, Prokopowitsch I, Santos MT. Prevalence of dental trauma in individuals with special needs. *Dent Traumatol* 2011;27(2):113-6.
24. Christensen GJ. Special oral hygiene and preventive care for special needs. *J Am Dent Assoc* 2005;136(8):1141-3.
25. Shyama M, Al-Mutawa SA, Honkala S, Honkala E. Supervised toothbrushing and oral health education program in Kuwait for children and young adults with Down syndrome. *Spec Care Dentist* 2003;23(3):94-9.
26. Prabhu NT, Nunn JH, Evans DJ, Girdler NM. Access to dental care-parents' and caregivers' views on dental treatment services for people with disabilities. *Spec Care Dentist* 2010;30(2):35-45.
27. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. DGS. http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/SOral/SOr_doc1.pdf. Acedido em Abril 2012.
28. Manual de Boas Práticas Em Saúde Oral. DGS- Divisão de Saúde Escolar 2002. <http://ssaude.files.wordpress.com/2011/03/saudeorald.pdf>. acedido em Outubro 2011.

29. Geiger S.B SG, E.I. Weiss. Improving fissure sealant quality: mechanical preparation and filling level. *Journal of Dentistry* 2000;28(6):407-12.

ANEXOS

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

DESIGNAÇÃO DO ESTUDO: Pacientes Portadores de Necessidades Especiais:
Implementação de um Programa de Saúde Oral

INVESTIGADOR: Helena Maria Martins Castro Pinheiro

Questionário de recolha de dados

Ficha clínica

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

_____ (nome completo) pai, mãe ou responsável pelo paciente _____ (nome completo), compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, acerca da investigação com o título “Pacientes portadores de necessidades especiais: implementação de um programa de saúde oral” conduzida pela investigadora Helena Maria Martins de Castro Pinheiro da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, para a qual é pedida a sua participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a sua participação no estudo. Sei que posso abandonar o estudo e que não terei que suportar qualquer penalização, nem quaisquer despesas pela participação neste estudo.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, consinto que a/o minha/meu filho(a)/educando(a) participe neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pela investigadora responsável sabendo que a confidencialidade dos participantes e dos dados a eles referentes se encontra assegurada.

Mais autorizo que os dados deste estudo sejam utilizados para este e outros trabalhos científicos, desde que irreversivelmente anonimizados.

Data 14/10/11

Assinatura do responsável do paciente:

O/A Investigador(a):

Helena Pinheiro

961046919, hmmpinheir@otmail.com

O/A Orientador(a):

Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

22901100, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto
Rua Dr. Manuel Pereira da Silva, 4200-393 Porto PORTUGAL, mpereira@fmd.up.pt

O/A Co-Orientador(a):

Isabel Cristina Gonçalves Roçadas Pires

22901100, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto
Rua Dr. Manuel Pereira da Silva, 4200-393 Porto PORTUGAL, ipires@fmd.up.pt

1. Quantas vezes o seu filho escova os dentes?

- ₁ Nunca escova
- ₂ Algumas vezes por semana
- ₃ Uma vez por dia
- ₄ Mais do que uma vez por dia
- ₅ Não sabe

2. Auxilia o seu filho na escovagem?

- ₀ Não
- ₁ Sim

3. O seu filho já foi ao dentista?

- ₀ Não
- ₁ Sim

4. Quando foi a última visita ao dentista?

- ₁ No último ano
- ₂ Há mais de 2 anos
- ₃ Não sabe

5. Qual a razão que o levou ao dentista?

- ₁ Rotina
- ₂ Dor
- ₃ Tratamento ortodontico
- ₄ Outro Qual? _____

6. Quais são as principais barreiras que enfrenta para o acesso aos cuidados de saúde oral?

- ₁ Situação financeira
- ₂ Filho tem medo do dentista
- ₃ Não gostou do último tratamento
- ₄ Muito ocupado, o que impede de acompanhar o filho
- ₅ Consultório muito longe
- ₆ Problemas físicos do seu filho
- ₇ Dentista rejeita-se a realizar tratamento
- ₈ Necessita de anestesia geral
- ₉ Lista de espera
- ₁₀ Outro Qual? _____
- ₁₁ Nenhum

7. Se precisar de dentista, tem acesso a um consultório?

- ₀ Não
- ₁ Sim
- ₂ Não tem conhecimento

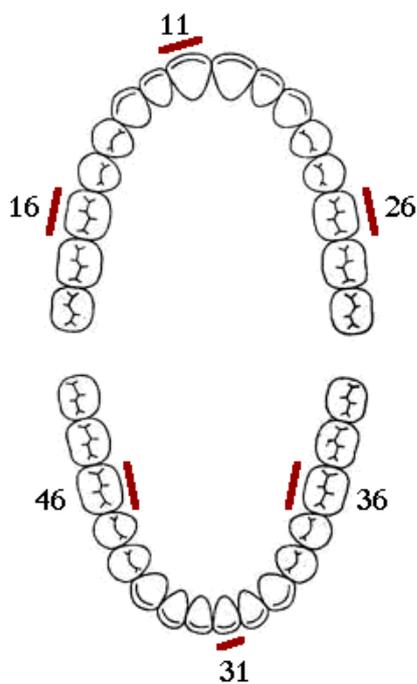
8. Alguém já lhe falou da importância da higiene oral?

- ₀ Não
- ₁ Sim

Ficha Clínica

DATA: _____

Índice de Higiene oral simplificado (IHOS)



DENTE	Placa bacteriana	Cálculo
16		
11		
26		
36		
31		
46		

Índice de placa

- 0- Não tem placa nem manchas;
- 1- Placa não ultrapassa 1/3 da superfície do dente, ou presença de manchas extrínsecas sem outros detritos;
- 2- Entre 1/3 e 2/3;
- 3- Mais de 2/3.

Índice de cálculo

- 0- Sem cálculo;
- 1- Cálculo supragengival não cobre mais de 1/3 da superfície exposta;
- 2- Entre 1/3 e 2/3 ou presença de manchas individuais de cálculo subgengival ao redor da porção cervical do dente, ou ambos;
- 3- Mais 2/3 ou banda contínua de cálculo subgengival ao redor da porção cervical do

CPO

CPO		55	54	53	52	51		61	62	63	64	65			
	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27
	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37

Códigos:

0	São	A
1	Cárie	B
2	Obturado + Cárie	C
3	Obturado s/ cárie	D
4	Perdido por cárie	E
5	Ausente	
6	Selante	F
7	Pilar ou coroa	G
8	Não erupcionado	
T	Fratura	T
9	Excluído	