



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Cuidados de Higiene Oral em Pacientes com Deficiência Mental

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária*

Por

Frederico Carlos Pires Cardoso

Setembro de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Cuidados de Higiene Oral em Pacientes com Deficiência Mental

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária*

Orientador: Professor Doutor Jorge Leitão

Co-orientador: Mestre Nélio Veiga

Por

Frederico Carlos Pires Cardoso

Setembro de 2012

Dedicatórias

Aos meus pais, pelo vosso amor incondicional e dedicação máxima à minha pessoa.

Ao meu irmão David, por estares sempre do meu lado, mesmo quando não é o lado mais certo.

Ao meu binómio Mestre Marcelo Rua, colega dedicado e exemplo máximo do que um amigo deve ser.

À Leonor, por me teres tornado numa pessoa melhor.

Ao Tito, companheiro de sempre, por me mostrar que a vida é acima de tudo, tranquilidade, alegria e bem-estar.

À Mestre Bé, Mestre Inês, Sara e a todos os meus colegas e amigos, que de alguma forma marcaram a minha vida e o meu crescimento nestes últimos 5 anos.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Jorge Leitão, pelas suas críticas e sabedoria, que foram parte fundamental na elaboração deste trabalho.

Ao meu co-orientador, Mestre Nélio Veiga, pelo seu constante apoio e disponibilidade na elaboração do meu trabalho e dos meus colegas, exigindo sem dúvida um grande sacrifício pessoal.

À APPACDM. A todos os pacientes com quem tive o prazer de estar, obrigado pela vossa alegria de viver e por me lembrarem todos os dias do quão abençoado eu sou. Ao Presidente da APPACDM Dr. António Lemos, a todo o pessoal da direcção, secretaria e profissionais de saúde, auxiliares e enfermeiros, em especial ao enfermeiro Telmo cuja colaboração foram ajuda preciosa na realização deste trabalho, o meu muito obrigado.

Resumo

Introdução: No que concerne à saúde oral, diversos factores devem estar presentes como a prevenção e a promoção de saúde oral, realização de bons hábitos de higiene oral e um estilo de vida saudável. O paciente com deficiência mental, devido às suas dificuldades físicas e mentais, irá inevitavelmente ter complicações acrescidas na conjugação destes factores. São um grupo de pessoas com maus hábitos de higiene oral ou praticamente inexistentes e cujo atendimento clínico se torna um desafio devido à imprevisibilidade dos seus comportamentos.

Objectivos: O objectivo deste estudo consistiu na realização de um rastreio de saúde oral na Associação Profissional de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental (APPACDM) em pacientes com diversas patologias do foro mental, para avaliação específica do Índice CPOD e Índice de Placa de Silness e Løe. Por outro lado, efectuámos um questionário aos enfermeiros e auxiliares de acção directa, com questões relacionadas ao seu conhecimento sobre saúde oral e aplicação do mesmo nos pacientes da associação em causa.

Participantes e Métodos: Realizámos um estudo-piloto desenhado como sendo um estudo epidemiológico observacional transversal onde avaliámos uma amostra de pacientes com diversas patologias mentais e com idades compreendidas entre os doze e os cinquenta e oito anos da APPACDM. Foram avaliados 138 pacientes através de um exame clínico para análise do Índice CPOD e Índice de Placa de Silness e Løe, sendo apenas incluídos 120 indivíduos. Foram distribuídos quarenta questionários aos enfermeiros e auxiliares de acção directa desta associação para avaliação dos conhecimentos acerca de saúde oral, mas apenas foram recolhidos dezoito.

Resultados: Dos 120 indivíduos observados 66,7% eram do sexo masculino e 33,3% do sexo feminino. A idade média foi de $31,4 \pm 10,97$ anos. A amostra foi constituída por 8 (6,7%) pacientes com Autismo, 11 (9,2%) com Síndrome de Down, 57 (47,5%) com Défice Cognitivo e 44 (36,7%) com Deficiência Mental sem diagnóstico da patologia específica. Neste estudo observou-se que a média de dentes cariados, perdidos e obturados foi de $8,70 \pm 6,28$, em que 72 (60%) dos pacientes tinham um Índice CPOD ≥ 7 . A média de dentes cariados foi de $3,70 \pm 3,788$, de dentes perdidos $3,85 \pm 5,409$ e de dentes obturados $1,17 \pm 1,81$. Em relação ao Índice de Placa de Silness e Løe 87 (72,5%) dos indivíduos observados tinham um registo de código 2 (Placa visível no sulco gengival e superfície dentária).

Conclusões: Pacientes com deficiência mental necessitam de maiores cuidados a nível de saúde oral, muito devido pela sua incapacidade física para efectuar hábitos correctos de higiene oral e na maioria dos casos pela incompreensão intelectual absoluta do conceito em

questão e do quão é importante para a sua saúde em geral. Foi possível observar através do exame clínico realizado, um nível elevado de dentes cariados, perdidos e obturados e presença de doença periodontal. É necessário uma maior adoção de medidas preventivas nestes pacientes desde o seu nascimento de forma a se prevenir complicações futuras inevitáveis.

Abstract

Background: Concerning oral health, many factors are present, such as prevention and promotion of oral health, good oral hygiene habits and a healthy life style. The patient with mental illness, due to their mental and physical challenges, will have some increased complications on the conjugation of all those parameters. It's a group of people with inadequate or practically nonexistent oral hygiene habits, and the clinical attendance becomes a challenge due to their unpredictable behaviors.

Objectives: The aim of this study was the assessment of the oral health situation at the Professional Association of Parents and Friends of the Citizen with Mental Illness (APPACDM) in patients with different mental disabilities, to make a specific evaluation of the DMFT index and Silness and Løe Index. A questionnaire was applied to the nurses and auxiliary staff, with questions concerning their knowledge about oral health, and the application of that same knowledge in the patients of this association.

Participants and Methods: We conducted a pilot study designed as a cross-sectional epidemiological study where we evaluated a sample of patients with diverse pathologies, aged twelve to fifty eight years old of the APPACDM. We evaluated 138 patients through a clinical examination for analysis of the DMFT index and plaque index of Silness and Løe, but only 120 individuals were included in the study. Forty questionnaires were distributed to the nurses and auxiliary staff of this institution to evaluate their knowledge about oral health, but only twenty were collected.

Results: From the 120 individuals observed, 66,7% were male and 33, 3% female. The mean age was $31,4 \pm 10,967$ years. The sample of patients was formed by 8 (6,7%) patients with Autism, 11 (9,2%) with Down Syndrome, 57 (47,5%) with Cognitive Deficit and 44 (36,7%) with a Mental Disability without a specific diagnostic of the pathology. In this study the average of decayed, lost and sealed teeth was $8,70 \pm 6,28$, where 72 (60%) patients had a DMFT Index ≥ 7 . The average of decayed teeth was $3,70 \pm 3,788$, of missing teeth $3,85 \pm 5,409$ and filled teeth $1,17 \pm 1,81$. Relative to the Silness and Løe Plaque Index 87 (72,5%) of the individuals had a register code of 2 (Visible plaque in the gingival sulcus and dental surface).

Conclusions: Patients with mental disabilities required higher oral healthcare, much due to their physical inability to perform correct oral health habits and in most cases due to the complete intellectual incomprehension of this concept and the importance that this is to the general health of a person. It was possible to observe the high level of decayed, missing and

filled teeth and the presence of periodontal disease. It is required a greater adoption of preventive measures in these patients since birth, so it can be possible to prevent future and inevitable complications.

Índice

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	III
Abstract.....	V
Índice.....	VII
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Saúde Oral.....	3
1.2 Determinantes de Saúde Oral	4
1.3 Índices de Saúde Oral	4
1.4 História	4
1.5 Classificação de pacientes com necessidades especiais	5
1.6 O médico e o paciente especial	6
1.7 O médico e a família	6
1.8 Primeira Consulta	7
1.9 Comunicação médico-paciente.....	7
1.10 Métodos de Contenção.....	8
1.10.1 Contenção Física.....	8
1.10.2 Contenção química	9
1.11 Estratégias Preventivas	9
1.12 Definição e classificação das doenças orais.....	10
1.13 Diagnóstico e classificação das desordens mentais.....	11
1.13.1 DSM	12
1.13.2 História do DSM.....	12
1.13.3 Desenvolvimento do DSM-III.....	13
1.13.4 DSM-III-R e DSM-IV.....	14
1.14 O impacto das doenças mentais na saúde oral	18
1.15 Síndrome de Down	18

1.15.1	Manifestações Gerais.....	19
1.15.2	Síndrome de Down e Saúde Oral	20
1.15.2.1	Anomalias dentárias	20
1.15.2.2	Incidência de Cáries e Doença Periodontal	21
1.15.3	Terapêuticas	21
1.15.6	Estratégias preventivas	23
1.16	Autismo	24
1.16.1	Incidência, prevalência e hereditariedade	24
1.16.2	Manifestações gerais.....	25
1.16.3	Terapêutica Medicamentosa	25
1.16.4	Autismo e Saúde Oral.....	25
1.16.5	Disponibilização dos cuidados médico-dentários	26
1.17	Paralisia Cerebral	27
1.17.1	Epidemiologia	27
1.17.2	Causas da Paralisia Cerebral	28
1.17.3	Factores de risco	29
1.17.4	Terapêutica	29
1.17.5	Medicação.....	30
1.17.6	Estratégias Preventivas	30
1.17.7	Paralisia cerebral e Saúde Oral.....	30
2.	OBJECTIVOS	33
3.	METODOLOGIA	37
3.1	Tipo de Estudo	39
3.2	Amostra.....	39
3.3	Protocolo	40
3.4	Recolha de dados.....	40
3.4.1	Exame dentário- Índice de CPOD	41
3.4.2	Índice de Placa de Silness e Løe	42

3.4.3	Material utilizado para o exame intra-oral:	43
3.4.4	Variáveis em estudo	43
3.5	Análise estatística	44
3.6	Procedimentos legais e éticos	44
4.	RESULTADOS.....	45
4.1	Rastreo Oral aos pacientes com necessidades especiais.....	47
4.2	Questionário	60
5.	DISCUSSÃO	69
6.	CONCLUSÃO	77
7.	BIBLIOGRAFIA	81
8.	ANEXOS	89
	Anexo 1 - Índice de Tabelas.....	91
	Anexo 2 - Índice de Gráficos	93
	Anexo 3 - Questionários.....	95
	Anexo 4 - Consentimento Informado	99

1. INTRODUÇÃO

1.1 Saúde Oral

Actualmente, e através da Organização Mundial de Saúde (OMS), podemos reconhecer um indivíduo saudável se este estiver num bem-estar físico, mental e social, e não que apresente apenas, a ausência de doença ou efermidade. Podemos comprovar com esta definição que o paciente com deficiência mental, para além de não ser considerado um paciente saudável em todos os aspectos, vai apresentar algumas limitações para que de alguma forma lhe possa ser inculcada, a importância de uma boa saúde oral, mais propriamente a nível de prevenção de doenças e de hábitos de higiene oral ⁽¹⁾.

As doenças orais, como cárie dentária e doença periodontal têm uma grande prevalência a nível mundial, sendo um dos principais problemas da maioria das crianças e jovens a nível de saúde, estando intrínsecamente relacionadas com o estilo de vida de cada um. É necessário uma associação de várias vertentes, aproveitando a promoção feita nas escolas e nas clínicas para efectuar uma melhor divulgação a nível de hábitos de prevenção e acções educativas ⁽²⁾. Está também bem documentado, que a maioria dos factores de risco relacionados com doenças orais estão implicados no aparecimento de doenças a nível geral ⁽³⁾. No paciente com deficiência mental este problema vai ser agravado, pois para além das dificuldades físicas evidentes para a realização de práticas de higiene oral, todas as tentativas de prevenção e promoção de saúde oral vão ter que ser direccionadas para as entidades responsáveis que cuidam do bem estar destes indivíduos ⁽⁴⁾. É de referir também que estes pacientes são, na sua maioria, portadores de patologias sistémicas como doenças coronárias, diabetes, cancro, que vão inevitavelmente exercer alguma influência sobre o aparecimento de patologias orais, visto que em muitos casos os factores de risco são os mesmos, tais como dieta inadequada, consumo de álcool ou tabaco ⁽⁵⁾.

O principal objectivo em se assegurar a prática de uma boa higiene oral de forma regular, é controlar de algum modo a percentagem de placa bacteriana, prevenindo o aparecimento de doenças orais, principalmente cárie dentária ^(2, 6).

Este controlo de placa bacteriana pode ser feito através de alguns processos aparentemente simples, mas que para o paciente com deficiência mental poderão não ser efectuados com a mesma eficácia. É necessário uma escovagem dentária frequente e feita de forma adequada, utilizar o fio dentário e efectuar bochechos com clorohexidina. Estas

medidas devem ser complementadas com instruções a serem dadas por um profissional de saúde ^(2, 6).

1.2 Determinantes de Saúde Oral

Diversos estudos realizados mostram que as doenças orais podem ser facilmente preveníveis, se o paciente tomar todas as medidas necessárias para tal. Em relação aos pacientes com deficiência mental, os determinantes de saúde oral são os mesmos para a população geral, sendo que a maior dificuldade está na execução e compreensão dos mesmos. Para além dos hábitos de higiene oral primários, devem ser feitas visitas regulares ao médico dentista para controlo de placa bacteriana e observação de alguma alteração a nível dentário e outras estruturas da cavidade oral, aplicações tópicas de flúor, que tanto podem ser feitas no consultório dentário como em casa, aplicação de selantes de fissuras, e a promoção de uma dieta alimentar não cariogénica ^(2, 7).

1.3 Índices de Saúde Oral

Os índices e indicadores de saúde oral permitem ao médico dentista avaliar a eficácia da higiene oral dos seus pacientes, e verificar a sua progressão. Também avaliam outros parâmetros como inflamação gengival, presença de hemorragia, índice de placa bacteriana, índice CPOD, índices gengivais e periodontais, presença de fluorose e problemas de má-oclusão ⁽⁸⁾. É comum encontrar em pacientes com Síndrome de Down e Autismo, a presença de doença periodontal e alguns problemas de má-oclusão como bruxismo e mordida aberta ^(9, 10).

1.4 História

Desde a década de 30 nos Estados Unidos da América que diversos odontopediatras tentam chegar a um consenso na forma de agrupar aqueles indivíduos que apresentam algum tipo de desvio físico ou mental, e que de certa forma os impede de receber um tratamento dentário regular. Diversas terminologias foram difundidas tais como Paciente Discapacitado, Paciente Diminuído, e no Brasil até se chegou a usar o termo Paciente Excepcional. Porém, com o passar do tempo este tipo de designações acabou por tornar-se de certa forma algo perjorativa e demasiado restrito. Foi em 1950 que Howard Husk lançou um livro acerca de pacientes geriátricos, referindo-se a eles como pacientes com necessidades especiais, mudando assim a designação de todos aqueles indivíduos que necessitam de tratamento

dentário e que possuem algumas limitações para efectuar esse mesmo tratamento. Um paciente portador de necessidades especiais poderá ser assim definido: qualquer indivíduo que apresenta determinados desvios dos padrões de normalidade, identificáveis ou não, e que, por isto, necessitam de atenção ou abordagens especiais por um período da sua vida ou indefinidamente ⁽¹¹⁾.

Actualmente, cerca de 10 % da população adulta e praticamente 25% de toda a população vai experienciar algum tipo de perturbação mental ou de comportamento durante toda a sua vida. É um facto universal, não dependendo da idade, sexo, status socioeconómico ou zona habitacional de um determinado indivíduo e que tem um impacto elevado nos padrões pessoais e familiares ⁽¹²⁾. São distúrbios complexos, cuja taxa de recorrência é muito elevada e normalmente está associada a outras patologias, o que irá resultar em custos elevados não só a nível económico como num maior desgaste psicológico para o paciente e familiares ⁽¹²⁾.

Esta importância da saúde mental é enfatizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quando diz que a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social ⁽¹³⁾. Também com igual destaque para a Organização das Nações Unidas (ONU) é este conceito de deficiência mental, avaliando o seu grau evolutivo conforme as barreiras físicas e emocionais que vão sendo impostas pela sociedade. O objectivo principal de uma pessoa com deficiência mental será alcançar um estado de maior autonomia possível ⁽¹⁴⁾. No entanto, devido à precariedade de interesse em termos de higiene oral, estes doentes acabam por ter uma maior susceptibilidade de desenvolver patologias orais ⁽¹⁵⁾. Para além desse factor, ainda existimos num mundo em que a doença mental não tem tanta relevância como a doença física, sendo muitas vezes negligenciada e posta num plano inferior de importância ⁽¹²⁾.

1.5 Classificação de pacientes com necessidades especiais

A classificação de pacientes com necessidades especiais é feita conforme os tipos de comprometimento do indivíduo ou as áreas comprometidas derivadas de uma certa patologia ⁽¹¹⁾.

- Desvios de inteligência;
- Defeitos físicos;
- Defeitos congénitos;
- Defeitos comportamentais;

- Desvios psíquicos;
- Deficiências sensoriais e de audiocomunicação;
- Deficiências sistémicas crónicas;
- Doenças endócrino-metabólicas;
- Desvios sociais;
- Estados fisiológicos especiais.

1.6 O médico e o paciente especial

Actualmente o número de médicos dentistas que estejam dispostos ou que se sentem com capacidades para atender este tipo de pacientes é ainda muito reduzido. Esta realidade prende-se com o facto de que também o médico dentista possui alguns obstáculos e restrições emocionais que podem de certa forma impedir um bom relacionamento e convivência com pacientes portadores de algum tipo de deficiência, seja ela física ou mental. Poderemos falar aqui de um certo medo do desconhecido, pois muitas vezes estes pacientes têm comportamentos demasiado incertos. A falta de preparação a nível pré-laboral também poderá ser um factor impeditivo para a realização de consultas com este tipo de indivíduos, sendo que em alguns casos poderá resultar em tratamentos com algumas limitações a nível de eficácia ou em consultas demasiado demoradas e cansativas. Também é verdade que médicos dentistas que tenham tido contacto com pacientes especiais durante a preparação a nível universitário se sentem futuramente mais habilitados e confiantes para a prática de tratamentos dentários nesta população especial ⁽¹⁶⁻²⁰⁾.

1.7 O médico e a família

Quando lidamos com este grupo de pacientes, seja em que ambiente for, devemos em primeiro lugar vê-lo como um ser humano, um indivíduo, e só então nos deveremos focar nas suas limitações e necessidades, sempre com o objectivo primário de oferecer o melhor tratamento possível, sem a presença de atitudes negativas ou falsa piedade por parte do médico dentista. Temos que ter em conta que para além do paciente especial, existe também uma família especial, resultando assim não só num tratamento unicamente a nível dentário, mas também numa franca capacidade de conseguir lidar com a elevada carga emocional suportada pelo paciente e pela família devido a factores extrínsecos ao consultório. Há que ter atenção que a família acaba por ser a primeira a avaliar a necessidade de tratamento dentário deste tipo de paciente, pois muitas vezes existem também algumas limitações ao nível da

comunicação. A família tem que estar atenta a qualquer tipo de sinal que possa ser indicativo de que algo não está bem no paciente sendo que as manifestações mais comuns aparecem sobre a forma de dor, inchaço, halitose ou até mesmo hipersalivação. Será importante uma especial atenção com a prática da sua higiene oral, de forma a evitar a progressão de algum tipo de patologia dentária ⁽²¹⁾.

1.8 Primeira Consulta

O primeiro contacto com o paciente e a sua família permite a ambas as partes uma oportunidade de averiguar as exigências primárias a nível de saúde oral do indivíduo, e também para tomar conhecimento dos horários de atendimento possíveis para a realização da consulta que melhor se adequam às necessidades do paciente em questão. É indispensável o conhecimento prévio da patologia em questão, e acima de tudo é obrigatório a dispensa de toda a história médica actual por parte do médico generalista, de forma a poder realizar o melhor diagnóstico e plano de tratamento possíveis ⁽¹¹⁾.

A primeira consulta, por si só, é a mais importante, pois permite-nos avaliar o grau de ansiedade tanto do paciente como dos familiares, e acima de tudo, o tipo de relação que se irá estabelecer entre nós e o paciente especial. É costume, tanto de uma parte como da outra, existir alguma expectativa sobre o que poderá acontecer. A novidade e a diferença são normalmente dificultadores de situações que por norma fogem á rotina do dia-a-dia ⁽¹¹⁾.

1.9 Comunicação médico-paciente

Compreender o estado mental do paciente ou o seu grau de intelectualidade, é fundamental para se estabelecer uma boa comunicação. Tem que existir um esforço por parte do médico dentista para comunicar directamente com o paciente e tentar perceber aquilo que ele lhe quer transmitir, seja através da fala ou de outro tipo de comunicação, principalmente não verbal. Poderão ocorrer situações em que o médico dentista se deparará com momentos de agressividade e de autoritarismo por parte do paciente, que podem de certa forma comprometer o tratamento dentário. Muitas vezes o médico dentista cai no erro de tentar ser mais “simpático”, de forma a garantir uma maior cooperação, talvez gerado por alguns medos e preconceitos existentes, o que acaba por resultar num controlo da consulta por parte do paciente. Um dos métodos mais utilizados para garantir a eficácia do tratamento é a utilização de algum método de contenção, quer seja através de barreiras físicas, sem que de alguma

forma se prejudique o bem-estar do paciente, ou outros métodos, como a aplicação de anestesia geral ou sedação consciente ^(11, 22).

1.10 Métodos de Contenção

A necessidade de lidar com a ansiedade e medo do paciente requer técnicas e estratégias especiais de forma a conseguir gerir melhor os seus comportamentos, pois para além de se ambicionar a realização do tratamento, este tem que ser feito com o rigor técnico e conhecimentos clínicos habituais, o que também pode provocar stress e limitações no médico dentista. A estas técnicas chamamos de métodos de contenção que podem ser divididos em dois grupos: contenção física e química ^(11, 23).

- Contenção física;

- Contenção química:
 - Sedação;
 - Analgesia;
 - Anestesia Dissociativa;
 - Anestesia Geral.

1.10.1 Contenção Física

Pode ser feita com a utilização de faixas de panos, camisolas, cintos, coletes, lençóis ou outro tipo de materiais. Está indicado em ^(11, 24):

- Pacientes cujos movimentos involuntários constantes impeçam o seu posicionamento correcto na cadeira;
- Deficientes mentais que não são colaboradores devido ao seu estado de deterioração mental;
- Paralíticos cerebrais totais.

É de realçar que estas técnicas são mais adequadas a crianças até aos dez anos de idade, pois a partir daí, a sua utilização torna-se complicada devido ao tamanho do paciente. Também é importante dizer, principalmente aos familiares do paciente, que esta “contenção física”, não deve ser encarada como algum tipo de castigo ou medida disciplinar, mas sim

como uma ajuda complementar na realização do tratamento, cujo objectivo primário é de acalmar e diminuir a ansiedade do doente ^(11, 25).

1.10.2 Contenção química

É bastante utilizado em crianças e pacientes que sofram de medo e ansiedade no que concerne à realização de tratamentos dentários, sendo que em algumas situações os pacientes preferem clínicas que estejam equipadas com o material necessário para se efectuar esses serviços ⁽²⁶⁾.

1º Sedação: elimina ou diminui de certa forma a ansiedade, stress e medo do paciente, de forma a controlar alguns movimentos incoordenados. Está indicado em pacientes nervosos, mas tem que se ter cuidado pois nem todos os pacientes estão habilitados a esta técnica, visto que a dosagem a ser administrada nestes casos não é uma ciência exacta ^(11, 27);

2º Analgesia: enquanto que a sedação é alcançada por depressão do SNC (Sistema Nervoso Central), a analgesia apresenta-se por um método que permite de certa forma, o controlo da dor, sem que haja no entanto perda de consciência ⁽¹¹⁾;

3º Anestesia Dissociativa: esta técnica anestésica é alcançada através de drogas que produzem um efeito de dissociação psíquica no paciente com todo o ambiente ao seu redor, havendo assim uma total indiferença com tudo o que se está a passar no decorrer da consulta, e normalmente sem perda da consciência ⁽¹¹⁾;

4º Anestesia Geral: podemos descrever esta técnica como um meio auxiliar de tratamento dentário a ser realizado em ambiente hospitalar, devido à impossibilidade do tratamento no consultório dentário ⁽¹¹⁾.

1.11 Estratégias Preventivas

O número de pessoas com desordens mentais tem aumentado nos últimos anos devido ao aumento mundial da população, maior número de casos reportados, envelhecimento da população e métodos mais sensíveis de diagnóstico e detecção. Segundo *Koneru et al.*, 35% a 80% das pessoas com deficiência não terão qualquer dificuldade no acesso a serviços de

saúde oral, no entanto existem alguns estudos contraditórios, em que cerca de 50% a 70% das pessoas têm alguma dificuldade nesse mesmo acesso. As principais dificuldades descritas estão relacionadas com a proximidade das clínicas dentárias e o custo dos tratamentos. Outro problema também muito importante, é a disponibilidade dos dentistas para realizarem tratamentos nestes pacientes, e as atitudes dos pais e responsáveis que muitas vezes não têm noção da importância de uma boa saúde oral ⁽²⁸⁾. Pacientes com necessidades especiais têm um risco elevado de desenvolver doenças a nível oral. A educação dos pais ou das entidades responsáveis é crítica de forma a assegurar uma higiene oral que deve ser acima de tudo apropriada e realizada de forma regular. O médico dentista deve exemplificar as técnicas de higiene oral mais adequadas a cada tipo de paciente, com especial atenção ao posicionamento da pessoa com deficiência. É essencial a implementação de algumas ideias básicas, como a importância de uma boa higiene oral, que deve ser feita através de escovagens com pastas fluoretadas duas vezes ao dia com recurso a fio dentário, prevenindo assim o aparecimento de cáries e de doenças a nível dos tecidos periodontais. Têm que existir indicações, com a ajuda do médico dentista, de se efectuar uma dieta não cariogénica por parte do paciente, e também de se evidenciar os riscos, principalmente nos idosos, do facto de alguns medicamentos utilizados, possuírem um elevado potencial cariogénico. A utilização de selantes também poderá ser benéfico na prevenção de cáries, assim como aplicações tópicas de flúor ou géis de clorhexidina no caso de gengivite ou doença periodontal ⁽²²⁾.

1.12 Definição e classificação das doenças orais

Antes de se efectuar qualquer diagnóstico acerca de uma patologia oral é necessário efectuar uma boa história clínica tanto a nível de saúde geral como saúde oral. É essencial o conhecimento de todas as patologias existentes no paciente, a medicação que toma, e todos os seus hábitos a nível de alimentação, uso de tabaco, álcool e qualquer outro hábito que possa ser considerado um factor de risco para o aparecimento de lesões orais. A nível dentário é importante reconhecer todos os tratamentos efectuados até à data.

Uma das classificações utilizadas para patologias da cavidade oral é a de Regezi, Sciubba & Jordan e outra é a de Greenberg & Glick, onde poderemos encontrar este grupo de patologias comuns nas duas classificações ^(29, 30):

- Lesões das mucosas (de superfície) ou doenças vesículo-bolhosas;
- Lesões ulcerativas;
- Lesões brancas e vermelhas;
- Lesões roxo-azuladas: lesões intra ou extra-vasculares;
- Pigmentações dos tecidos orais e peri-orais;
- Lesões verruco-papilares;
- Lesões do tecido conjuntivo;
- Doenças das glândulas salivares;
- Lesões de origem linfóide;
- Quistos dos maxilares e do pescoço;
- Tumores odontogénicos;
- Tumores benignos não odontogénicos;
- Lesões inflamatórias da mandíbula;
- Malignidades dos maxilares;
- Anomalias dentárias e dor orofacial;
- Lesões de pele da cabeça e pescoço.

As lesões manifestam-se quando se rompe o equilíbrio entre o hospedeiro e os microorganismos dando origem às diferentes formas de lesão e afectando o organismo ao evitar a correcta realização das suas funções ⁽¹⁵⁾.

A doença periodontal é hoje reconhecida como doença de origem infecciosa e de natureza inflamatória, que envolve a destruição dos tecidos de suporte do dente por meio da acção directa de bactérias e de seus produtos, ou por acção indirecta, onde as reacções de destruição tecidular são mediadas pelo hospedeiro ⁽³¹⁾.

1.13 Diagnóstico e classificação das desordens mentais

Um transtorno mental é uma doença com manifestações psicológicas ou comportamentais associados com comprometimento funcional devido a uma perturbação biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Ele é medido em termos do desvio em relação a algum conceito normativo. Cada doença possui sinais e sintomas característicos ⁽³²⁾.

Doença mental é um termo geral que se refere a uma pessoa que não consegue realizar actividades importantes da vida quotidiana devido a um transtorno psiquiátrico ou emocional. Este contrasta com uma pessoa com retardo mental que tem disfunções similares devido a um défice cognitivo ou intelectual ⁽²¹⁾.

No entanto, as perturbações mentais e comportamentais não são apenas variações dentro da escala do normal, mas sim fenómenos claramente anormais ou patológicos. Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afectivo não significa em si mesmo a presença de perturbação mental ou comportamental. Para serem classificadas como perturbações, é preciso que essas anormalidades sejam continuadas ou recorrentes e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida ⁽¹³⁾.

1.13.1 DSM

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* é uma classificação padrão de desordens mentais usado por profissionais de saúde nos Estados Unidos da América. É aplicável numa gama alargada de contextos e pode ser usada por clínicos e investigadores com diferentes orientações: biológicas, cognitivas, comportamentais, interpessoais e sistema familiar. O *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)* tem sido usado para diferentes campos clínicos: internamento, ambulatório, consultas periódicas, clínica, consultas privadas e cuidados de saúde primários. Pode ser usado por diferentes profissionais de saúde desde psiquiatras, psicólogos, trabalhadores de acção social, enfermeiros, terapeutas de acção de reabilitação e ocupacional e ainda conselheiros. É também uma ferramenta indispensável para a recolha e comunicação de dados estatísticos acerca da saúde populacional. O DSM consiste em três componentes principais: classificação diagnóstica, critérios de diagnóstico e texto descritivo ⁽³³⁾.

1.13.2 História do DSM

A necessidade em se obter uma classificação para desordens mentais está bem evidente no decorrer da história da Medicina, no entanto até há pouco, não existia consenso clínico sobre quais as desordens que deveriam estar incluídas e qual o método mais eficaz de agrupá-las. Todos os sistemas desenvolvidos anteriormente tinham diferentes perspectivas e

enfaticavam a sua atenção em diferentes factores quer fosse fenomenologia, etiologia, curso da doença e outras características ⁽³³⁾.

A American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics desenvolveu uma variante da ICD-6 publicado em 1952 como a 1ª edição da *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-I)*. DSM-I continha um glossário que descrevia as diferentes categorias de diagnóstico e foi o primeiro manual oficial de desordens mentais cujo foco principal era a sua utilidade clínica. O uso do termo “reação” ao longo do DSM-I reflectiu a influência da visão psicobiológica de Adolf Meyer de que as doenças mentais representam reacções da personalidade a factores psicológicos, sociais e biológicos ⁽³³⁾.

No entanto devido à pouca aceitação da taxonomia das desordens mentais contidas no ICD-6 e ICD-7, a OMS patrocinou uma revisão essencialmente diagnóstica, conduzida pelo psiquiatra britânico Erwin Stengel. O seu estudo foi creditado como uma inspiração para os avanços na metodologia de diagnóstico, nomeadamente a necessidade de se estabelecer definições explícitas de desordens de forma a obter um diagnóstico clínico o mais fiável possível. De seguida, e após uma nova ronda de revisões diagnósticas, que levou ao aparecimento do DSM-II e ICD-8, nenhuma das recomendações de Stengel foram tidos em conta. O DSM-II era similar ao DSM-I mas com o termo “reação” eliminado ⁽³³⁾.

1.13.3 Desenvolvimento do DSM-III

Conforme aconteceu com o DSM-I e o DSM-II, o desenvolvimento do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)* foi coordenado com o desenvolvimento de uma nova versão do *International Classification of Diseases (ICD)*, ICD-9, que foi publicado em 1975 e implementado em 1978. A data de publicação do DSM-III ocorreu em 1980 ⁽³³⁾.

O DSM-III contribui com a introdução de diversas inovações metodológicas, incluindo critérios diagnósticos específicos, um sistema multiaxial, e um sistema de descrição que tentou ser o mais neutro possível, de acordo com as teorias etiológicas. O ICD-9 não incluía este diagnóstico criterioso nem o sistema multiaxial, principalmente porque a sua principal função é evidenciar diferentes categorias de desordens para uma colecção básica de dados estatísticos a nível de saúde. Em contraste, o DSM-III foi desenvolvido com o objectivo adicional de fornecer uma nomenclatura para clínicos e investigadores ⁽³³⁾.

1.13.4 DSM-III-R e DSM-IV

A experiência com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition* (DSM-III) revelou algumas situações de inconsistência em que o critério utilizado para diagnóstico não era inteiramente claro. Foi então decidido uma revisão e correção do DSM-III pela American Psychiatric Association, que resultou na publicação da DSM-III-R em 1987⁽³³⁾.

Anos mais tarde, em 1994, a maior revisão do DSM, DSM-IV, foi publicada. Foram necessários seis anos e mais de mil personalidades e instituições envolvidas para o culminar deste trabalho. Foi realizada uma compreensão total da literatura e estabelecidas mudanças a nível da classificação, critérios de diagnóstico e texto descritivo relativo a cada doença. O desenvolvimento do DSM-IV e a 10ª edição do *International Classification of Diseases* (ICD-10) foi feito em conjunto de modo a haver a maior congruência entre os dois sistemas. O ICD-10 foi publicado em 1992⁽³³⁾.

O Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, utiliza diversas variáveis avaliando os pacientes através de uma abordagem multiaxial ou multidimensional. Os eixos I e II compreendem toda a classificação de transtornos mentais: 17 classificações principais e mais de 300 transtornos específicos, sendo que existem casos de pacientes com transtornos em diversos eixos.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10) inclui uma classificação multiaxial diferente do DSM-IV-TR, na qual apenas são reconhecidos 3 eixos⁽³⁴⁾.

- Eixo I: O diagnóstico corrente do estado mental inclui os distúrbios de personalidade;
- Eixo II: Desordens/ deficiências;
- Eixo III: Factores Contextuais.

O sistema multiaxial divide-se em 5 eixos:

Eixo I: Perturbações clínicas.

Outras situações clínicas que podem ser foco de atenção médica, geralmente diagnosticados pela primeira vez em criança ou na adolescência (excluindo retardo mental) ^(35, 36):

- Delirium, demência, transtornos amnésicos e outros transtornos cognitivos;
- Transtornos mentais devido a uma condição médica geral;
- Transtornos relacionados a substâncias;
- Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos;
- Transtornos do humor;
- Transtornos de ansiedade;
- Transtornos somatoformes;
- Transtornos factícios;
- Transtornos dissociativos;
- Transtornos sexuais e da identidade de género;
- Transtornos da alimentação;
- Transtornos do sono;
- Transtornos do controlo dos impulsos não classificados em outro local;
- Transtornos de adaptação;
- Outras condições que possam ser foco de atenção clínica.

Eixo II: Perturbações da Personalidade- Deficiência mental

Consiste em transtornos de personalidade e retardo mental. Também pode ser utilizado para constar o uso habitual de determinado mecanismo de defesa e características desadaptativas de personalidade que não cumpram os requisitos mínimos necessários para fazerem parte de um transtorno de personalidade ^(35, 36):

- Transtorno da personalidade paranóide;
- Transtorno da personalidade esquizóide;
- Transtorno da personalidade esquizotípica;

- Transtorno da personalidade anti-social;
- Transtorno da personalidade borderline;
- Transtorno da personalidade histriónica;
- Transtorno da personalidade narcisista;
- Transtorno da personalidade de esquiva;
- Transtorno da personalidade dependente;
- Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva;
- Transtorno da personalidade sem outra especificação;
- Retardo mental.

Eixo III: Estados físicos gerais.

Fazem parte deste eixo todas as enfermidades actuais que são potencialmente relevantes para a compreensão e abordagem clínica do transtorno mental do paciente ^(35, 36):

- Algumas doenças infecciosas e parasitárias;
- Neoplasias;
- Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e algumas doenças imunitárias;
- Doenças de origem endócrina, nutricional e metabólica;
- Doenças do sistema nervoso;
- Doenças dos olhos e anexos;
- Doenças dos ouvidos e apófises mastóides;
- Doenças do sistema circulatório;
- Doenças do sistema respiratório;
- Doenças do aparelho digestivo;
- Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo;
- Doenças do sistema musculoesquelético e do tecido conjuntivo;
- Doenças do sistema genitourinário;
- Gravidez, parto e pós-parto;
- Patologia perinatal;
- Malformações, deformações e anomalias cromossómicas congénitas;

- Sintomas, sinais e achados clínicos e laboratoriais não classificados em outro local;
- Feridas, envenenamentos e outros processos de causa externa;
- Morbilidade e mortalidade por causas externas;
- Factores que influenciam o estado de saúde geral e contacto com os centros sanitários.

Eixo IV: Problemas psicosociais e ambientais.

Eventos na vida das pessoas que podem afectar o diagnóstico, tratamento e prognóstico dos distúrbios mentais listados no Eixo I e II ^(35, 36):

- Problemas relativos ao grupo primário de apoio;
- Problemas relativos ao ambiente social;
- Problemas relativos à educação;
- Problemas laborais;
- Problemas de vivência;
- Problemas económicos;
- Problemas de acesso aos serviços de assistência sanitária;
- Problemas relativos à interacção com o sistema legal ou crime;
- Outros problemas psicosociais ou ambientais.

Eixo V: Avaliação Global do funcionamento.

Inclui a opinião do clínico acerca do nível geral de funcionamento do paciente. Esta informação é útil para a planificação do tratamento e medir qual será o seu impacto, tal como prever, de certa forma, a sua evolução ^(35, 36).

A Classificação das Perturbações Mentais e Comportamentais contém uma lista completa de todas as perturbações mentais e comportamentais. Embora os sintomas variem consideravelmente, tais comportamentos caracterizam-se, geralmente, por uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas ⁽³³⁾.

1.14 O impacto das doenças mentais na saúde oral

O aparecimento de doenças orais resultam muitas vezes na combinação de diversos factores, sejam eles a classe social, condição financeira, idade, a saúde geral, atitudes e comportamentos perante a vida. Um indivíduo com deficiência mental encontra-se num grupo de risco elevado, visto que não tem as capacidades cognitivas e motoras para realizar uma boa higiene oral, muito menos a percepção de que necessita de fazê-lo ⁽⁵⁾.

Está bem documentado, quando comparados com grupos controlo, que estes doentes apresentam normalmente um índice elevado de cárie dentária e doença periodontal, menos dentes restaurados, maior necessidade de extrair dentes, para além de uma higiene oral precária, presença de xerostomia e doença periodontal, muitas vezes relacionada com a medicação efectuada. Esta xerostomia poderá ser um dos factores que mais contribui para a presença de doenças e lesões orais devido a uma diminuição na secreção salivar, cujo prognóstico poderá piorar, quando associado com outras substâncias nomeadamente álcool e tabaco ⁽³⁷⁾. Existem outros factores de risco que estão intrínsecamente ligados com o aparecimento destas patologias orais, como a idade do paciente, a severidade do estado da doença e essencialmente as condições básicas de vida ^(38, 39).

É de extrema importância para o médico dentista, consultar o médico do paciente ou o seu psiquiatra para obter informações acerca de medicação actual, história médica pessoal e familiar, o seu grau de cooperação durante a consulta e capacidade de entendimento sobre consentimento informado. Em alguns casos será necessário o seu tratamento através do uso de sedação ou anestesia geral ⁽²¹⁾.

1.15 Síndrome de Down

O síndrome de Down é a causa genética aneuplóica mais comum que resultará em deficiência mental. Caracteriza-se em termos genéticos pelo aparecimento de uma cópia extra no cromossoma 21 em pelo menos alguns dos seus genes, sendo que na maioria dos casos isso acontece na maioria das células, levando então a um funcionamento anormal do cérebro, com diferentes tipos de intensidade e frequência. Este cromossoma extra é em 95% dos casos de origem materna devido à não disjunção cromossómica durante a meiose materna. Ocorre em 1 de cada 700 nascimentos. Qualquer pessoa, independentemente da sua raça, status socioeconómico ou localização geográfica poderá ter um filho com Síndrome de Down. O único factor etiológico ligado ao aparecimento desta doença é o aumento da idade maternal. A

morfologia cerebral encontra-se normalizada no nascimento, mas o desenvolvimento pós-natal acaba por se mostrar bastante reduzido, resultando numa diminuição do volume das áreas frontais e temporais do cérebro tal como o cerebelo. Outra das áreas que também são afectadas após o nascimento são as habilidades cognitivas, que apesar de puderem transmitir uma certa normalidade no início da infância, vão decrescendo no seu desenvolvimento na primeira década de vida. Estas dificuldades cognitivas podem ser observadas com um défice na aprendizagem, linguagem e memória ^(9, 40-43).

1.15.1 Manifestações Gerais

Como referido anteriormente, algumas das características do Síndrome de Down começam a revelar-se no nascimento, e é da competência dos médicos pediatras e obstretas, tal como das enfermeiras, reconhecer esses traços físicos específicos da doença, de forma a se puder informar os pais o mais rápido possível. Existem dez sinais comuns aquando do nascimento de uma criança com Síndrome de Down: cara achatada (90%), reflexo de moro débil (85%), hipotonia, hiperlaxitude articular, fissuras palpebrais oblíquas para cima (80%), displasia da cintura (70%), orelhas pequenas com hélices pregados e hipoplasia da falange média do quinto dedo (60%) e prega palmar única (45%). Os sinais mais fiáveis no entanto são orelhas pequenas, um espaço relativamente longo entre o primeiro e segundo dedo, manchas e excesso de pele na nuca ^(9, 44).

O crescimento físico é mais lento, sendo que a média de estatura no nascimento é de 2-3 centímetros menor e o peso com uma média de menos 400 gramas. Se se verificar uma diminuição dos valores de crescimento padrão de uma criança com Síndrome de Down, deve-se pesquisar algumas causas como cardiopatia congénita, hipotiroidismo, enfermidade celíaca, défice da hormona do crescimento ou ausência de suporte nutricional. Neste grupo a probabilidade de ocorrência de obesidade é maior, devendo haver uma combinação entre uma dieta equilibrada e prática de exercício físico ^(9, 44).

O défice mental é algo que abrange todas as crianças com Síndrome de Down. Estudos neuropatológicos sugerem uma diminuição do peso global do cérebro, do cerebelo e dos núcleos basais. Ocorrem deficiências em áreas tais como: via auditiva, aspectos vasomotores, habilidade para diferenciar entre símbolos e linguagem. Existem alguns problemas de

conducta como déficit de atenção, hiperactividade, autismo, depressão, demência ou até mesmo Alzheimer. A frequência de epilepsia é de cerca de 1 a 10% ^(9, 44).

Cerca de 50% das crianças com Síndrome de Down têm perda de audição do tipo condutiva, alguns problemas oftalmológicos como cataratas congénitas e adquiridas, estrabismo, estigmatismo e obstrução do conducto nasolacrimal, e até mesmo malformações gastrointestinais. O hipotireoidismo tem uma prevalência elevada, sendo que esta prevalência aumenta com a idade. O desenvolvimento sexual na puberdade é similar aos adolescentes normais. Mulheres com Síndrome de Down têm a capacidade de terem filhos mas nos homens a capacidade de reprodução está diminuída ^(9, 44).

Devido a problemas congénitos, nomeadamente respiratórios, há deficiência de alguns subtipos de Ig G e um número diminuído de linfócitos T e linfócitos B estando assim indicado a prescrição de vacinas da gripe, varicela e pneumocócica. Em termos de pele é comum encontrar: hiperqueratose palmoplantar, xerose cutânea e dermatite seborreica ^(9, 45).

1.15.2 Síndrome de Down e Saúde Oral

É frequente num paciente com Síndrome de Down encontrarmos algumas destas características: língua fissurada, atraso na erupção dentária, tanto temporária como permanente (em 75% dos casos), hipodontia e anodontia, erupção dentária irregular, menor incidência de cáries, alta incidência de doença periodontal atribuída a higiene deficiente e alguns transtornos associados como maloclusão, nomeadamente maloclusão classe III, macroglossia e bruxismo ^(9, 10).

1.15.2.1 Anomalias dentárias

Existe uma incidência elevada em pacientes síndrómicos de algumas anomalias como taurodontismo, anodontia, dentes cónicos e dentes impactados. Também é comum verificar-se uma diminuição generalizada dos dentes permanentes presentes na arcada e uma distância intercuspídea reduzida nos molares ^(46, 47).

Estas anomalias dentárias que se observam em pacientes com Síndrome de Down ocorrem com uma incidência cinco vezes maior que na população normal, e são normalmente relativas a variações de número de dentes e a sua morfologia. Na dentição decídua o dente mais comumente ausente é o incisivo lateral, sendo que na dentição permanente os terceiros molares, segundos pré-molares e incisivos laterais, nesta sequência, são os dentes ausentes com maior frequência ⁽⁴⁶⁾.

1.15.2.2 Incidência de Cáries e Doença Periodontal

Como referido anteriormente, é comum encontrar num paciente com Síndrome de Down a presença de doença periodontal e uma diminuição na incidência de cárie dentária. Em relação à presença de patologia periodontal, esta pode ser causada por um maior impacto da resposta do hospedeiro do que necessariamente algum processo patológico periodontal, tendo uma incidência de cerca de 90 a 96%. Apesar de se verificar um índice de placa dentária e perda de attachment elevado, a principal preocupação está relacionado com a hemorragia à sondagem, sendo que na maioria dos casos se encontra perto dos 100%. No que concerne ao aparecimento de cárie dentária, esta prevalência baixa deve-se principalmente à protecção imunológica das elevadas concentrações de IgA na saliva. Outras possíveis causas para esta incidência tão baixa poderá dever-se também a uma maior preocupação por parte dos pais em relação à saúde oral dos filhos, levando-os assim ao médico dentista o mais cedo possível. O aparecimento de patologias como bruxismo poderá também ajudar nesse aspecto, tal como a erupção dentária tardia ^(10, 46, 48, 49).

1.15.3 Terapêuticas

Uma das terapêuticas mais estudadas relativamente ao Síndrome de Down tem sido a farmacoterapia. Os principais alvos deste tratamento incluem: sobreexpressão individual de genes HSA21q; anormalidades neuroanatómicas ou electrofisiológicas vistas ou previsíveis neste tipo de patologia; perturbações nas vias de sinalização molecular relevantes para os défices cognitivos previsíveis e presentes em pacientes com Síndrome de Down que integram funções dos genes HSA21q ⁽⁴¹⁾.

1.15.4 Medicação

A maioria dos adultos que padecem de Síndrome de Down, têm em comum a presença de algumas doenças e enfermidades com uma elevada prevalência tais como diabetes, desordens obsessivo-compulsivas, apneia obstrutiva do sono, demência, perda de memória, hipotireoidismo, alzheimer, problemas de pele, perda de audição, cataratas, cancro testicular e doença periodontal. A prevalência de cancro, mais especificamente tumores sólidos, e ainda hipertensão, aparecem com menor frequência ^(42, 50, 51).

Na medicação tomada por este grupo de pacientes, podemos encontrar habitualmente o uso de multivitamínicos e alguma medicação essencialmente utilizada para alívio de dores, antibióticos profiláticos e geis/pomadas de acção tópica ⁽⁵¹⁾.

1.15.5 Informação aos Familiares

Após se receber a notícia de que um filho sofre de um tipo de patologia do foro mental, é normal que a resposta mais comum em relação aos pais, seja a observação de uma atitude com uma certa ansiedade, normalmente acompanhada de muitas dúvidas e expectativas sobre aquilo que vai acontecer a partir daí. Tem que existir um acompanhamento próximo de forma a que os pais sejam orientados e informados sobre o diagnóstico que acabaram de receber. Será necessário estabelecer-se uma relação de amizade e confiança entre os parentes e os responsáveis pela saúde do filho. O principal objectivo desta parceria será dar aos pais o máximo de aptidões possível, de forma a poderem estar capacitados para cuidarem dos seus filhos, e de chegar de algum modo a uma situação minimamente confortável e feliz nas suas vidas. Num estudo publicado por *Bourke et al.* chegou-se a diversas conclusões sobre a relação do estado de saúde físico e emocional dos pais, nomeadamente a mãe, e foi notório que pais mais saudáveis estão directamente relacionados com filhos que tenham um maior nível de independência física e um maior grau evolutivo nos seus comportamentos e atitudes ⁽⁵²⁾. No entanto, o pouco conhecimento geral relativo a este tipo de doenças, pode ter um impacto negativo, resultando assim numa menor cooperação entre os pais e os profissionais de saúde. Outra das preocupações, é que muitas vezes, uma atitude pessimista quanto ao potencial futuro dos filhos, poderá levar a uma diminuição no investimento dos mesmos, tanto a nível de intervenção social como educacional. De forma a evitar este cenário, é da obrigação da equipa médica envolvida, esclarecer ao pormenor as causas da doença e as hipóteses de

tratamento possíveis, informações sobre o progresso da criança e as suas potencialidades e as previsões para o futuro. Há que fornecer também, informação relativa a custos e modelos de serviços disponíveis para tratamento e educação de pacientes com Síndrome de Down ⁽⁵³⁾.

1.15.6 Estratégias preventivas

Pacientes com necessidades especiais, nomeadamente com Síndrome de Down, têm um acesso limitado a cuidados de saúde oral. Estamos muitas vezes na presença de estigmas, presunções e estereótipos negativos que levam a uma atitude discriminativa para com pacientes com Síndrome de Down ⁽⁵⁴⁾. Este problema pode ser causa da incapacidade dos responsáveis pelo cuidado destas pessoas em poderem avaliar correctamente algum tipo de condição dentária da qual o paciente eventualmente padece. Esta incapacidade estende-se ao próprio paciente, visto que este não consegue exprimir qualquer tipo de dor ou desconforto. Há que referir também, que são poucos os médicos dentistas que se sentem à vontade e preparados clinicamente para realizarem algum tipo de tratamento em pacientes com Síndrome de Down ⁽⁵⁵⁾.

Programas de acção educativa devem ser utilizados numa fase mais precoce da vida de pacientes com Síndrome de Down. Estas acções devem ter em vista a providência indispensável de ferramentas cujo objectivo principal será estimular o seu desenvolvimento, com um maior ênfase no período pré-escolar. O principal foco de atenção será o desenvolvimento social destas crianças e na sua capacidade para conseguirem realizar sozinhos, sem assistência e ajuda de terceiros, algumas tarefas básicas do seu dia a dia, para que consigam de certa forma, alguma independência física e emocional. Outro aspecto importante que se deve ter em conta, é que devido ao desenvolvimento da medicina nos dias de hoje, a esperança média de vida de uma pessoa com Síndrome de Down está a aumentar, o que quer dizer que nos anos que virão a incidência desta doença irá concerteza ser maior, dando ainda mais importância à aplicação prática deste tipo de acções ^(9, 55).

1.16 Autismo

O Autismo é uma das doenças que pertence ao grupo das desordens de desenvolvimento pervasivo, onde podemos encontrar outras patologias como Síndrome de Rett e Síndrome de Asperger. Estas doenças são caracterizadas por uma tríade de sintomas: dificuldades na qualidade de comunicação, dificuldades na interacção social, e ainda, por padrões repetitivos, restrictos e estereotipados de comportamentos e interesses. Em termos de sintomas comportamentais, podemos incluir acções impulsivas, na maioria delas com um grau elevado de agressividade, auto-injurias e para com os outros, alterações de humor, gritos, elevado grau de exigência e choro. Existe um desejo obsessivo de preservar as coisas e as situações, uma ligação especial aos objectos e a presença de uma fisionomia inteligente e de uma linguagem que se estende desde o mutismo até à completa inexistência de função comunicacional. O seu sistema táctil não trabalha normalmente, podendo levar a reacções negativas de defesa a alguns toques. O desenvolvimento anormal da criança com Autismo começa a tornar-se notório ainda antes dos três anos, e é aí que se confirma o diagnóstico visto que não existem marcadores biológicos para esta doença. É o chamado Autismo Infantil. Há normalmente um atraso na linguagem, com a comunicação verbal a ser feita por palavras soltas ou frases demoradas. Um terço dos indivíduos desenvolve epilepsia e três quartos retardo mental ⁽⁵⁶⁻⁵⁹⁾.

1.16.1 Incidência, prevalência e hereditariedade

A prevalência desta doença tem aumentado nos últimos anos sendo que os homens são mais afectados que as mulheres (3.5-4:1). Em estudos publicados entre 1992-2001 a incidência era de 12.7 por cada 10.000 nascimentos. Em Portugal a prevalência de Autismo em crianças é cerca de 10 por cada 10.000 nascimentos ⁽⁶⁰⁾. Os factores de risco predisponentes para esta patologia são normalmente de origem genética, sendo que na maioria dos casos a base da doença encontra-se na combinação da multiplicidade de genes susceptíveis e factores de risco ambientais. Existem ainda outras causas possíveis como anormalidades cromossómicas, síndrome do x frágil, neurofibromatose do tipo 1 e outras condições médicas. É uma condição patológica com grande variabilidade clínica e que requer cuidados para toda a vida. O Autismo é a desordem psiquiátrica mais familiar, a segunda causa mais frequente de doença mental, sendo que a hereditariedade da doença é de cerca de 90% ^(56, 61).

1.16.2 Manifestações gerais

Ao nascimento, as crianças com Autismo apresentam algumas características comuns entre elas, mas que não são específicas dessa doença. É notório a presença de baixo peso, baixa estatura e cabeça pequena. No primeiro ano de vida apresentam distúrbios na alimentação, nomeadamente a nível da sucção, sendo que a regurgitação é constante. Existe uma diminuição crescente na necessidade de sono, movimentação constante e estereotipada, resistência física aos pais e choro excessivo. Após estes primeiros sintomas, podemos ver um desenvolvimento mais perceptível da doença. O desenvolvimento neurológico começa a atrasar-se e aí começam as dificuldades em realizar as tarefas básicas diárias, nomeadamente sanitárias e alimentares ⁽⁵⁹⁾.

1.16.3 Terapêutica Medicamentosa

Muitos tratamentos têm sido estudados, mas até hoje poucos conseguiram atingir algum consenso e viabilidade para a sua aplicação prática. A maioria dos tratamentos médicos efectuados são primariamente dirigidos para sintomas de comorbilidades, ao invés da doença em si. Os medicamentos com maior evidência científica no tratamento dos sintomas desta patologia encontram-se num grupo restrito. Os medicamentos anti-psicóticos incluindo risperidona, aripripazol e haloperidol têm sido estudados como tendo influência nos comportamentos destes pacientes, nomeadamente no controlo da irritabilidade, agressividade e comportamento auto-injuriativo. Outra medicação utilizada são os inibidores de recaptção da serotonina cujos agentes farmacoterapêuticos como a fluoxetina e o citalopram que actuam no sistema da serotonina e que ajudam a melhorar os comportamentos repetitivos e problemáticos. Por fim existem estimulantes e outros medicamentos utilizados na hiperactividade incluindo as anfetaminas e que têm como campo de acção o sistema da dopamina ⁽⁶²⁾.

1.16.4 Autismo e Saúde Oral

Em estudos efectuados sobre a higiene oral em pacientes com Autismo pode-se concluir que há um consenso geral e conclusões semelhantes entre eles. Em primeiro lugar, há que ter uma certa atenção na preparação pré-consulta destes pacientes, pois já sabemos à

partida que nos irão apresentar muitas dificuldades, tanto a nível de alcance de uma relação minimamente pessoal, como o tratamento em si. Uma das formas de se evitar estas dificuldades, é mostrando ao paciente aquilo que vai acontecer na consulta que irá realizar, de modo a anteciparmos qualquer tipo de reacção adversa que possa ocorrer, visto que as manifestações mais prováveis, serão a de um grau elevado de medo e ansiedade por situações desconhecidas. Em muitos dos casos é necessário o tratamento em ambiente hospitalar com anestesia geral ^(63, 64).

Actualmente, não existe qualquer tipo de manifestação oral, ou patologia oral específica do paciente com Autismo, apesar de ser bastante evidente a sua precariedade em termos de cuidados de higiene oral. Em alguns estudos efectuados, no entanto, é comum a presença de certas maloclusões como palato ogival e mordida aberta anterior e ainda bruxismo. Em termos de índice de cárie dentária, quando comparados pacientes com autismo e grupos de controlo a diferença não é significativa, e não é sempre indicadora de um nível mais alto para pacientes portadores da síndrome. Por outro lado a presença de doença periodontal, nomeadamente gengivite, é um dos factores mais característicos a nível de saúde oral. Isto deve-se maioritariamente a hábitos de escovagem irregulares e às dificuldades dos pais e do próprio paciente em fazê-lo. Outra explicação poderá ser a medicação utilizada para controlar as manifestações de Autismo como antidepressivos, estimulantes e antipsicóticos. Uma situação muito complicada de controlar em termos de saúde oral, são as lesões auto-injuriasas, visto que estes pacientes não têm a capacidade de manifestar dor ou sensibilidade ou pelo menos explicar o local exacto de tal manifestação dolorosa ^(63, 64).

Apesar de todas as hipóteses de tratamento e medidas de prevenção que se poderão efectuar para melhorar a higiene oral, é muito complicado, visto que em termos de dieta alimentar, estes pacientes têm sempre preferência por determinados sabores e texturas ^(63, 64).

1.16.5 Disponibilização dos cuidados médico-dentários

Os pacientes portadores de Autismo têm uma esperança média de vida normal, e como tal, precisam de cuidados de saúde oral durante toda a sua vida. No entanto a vontade de muitos médicos dentistas, é a de não aceitar este grupo de pacientes específico, devido à natureza agressiva e imprevisível dos seus comportamentos e atitudes ⁽⁶⁵⁾.

Como dito anteriormente existe uma notória dificuldade de transmissão de informação entre paciente e os pais ou qualquer outra pessoa responsável por esse paciente. No consultório, esse problema de comunicação torna-se bastante perigoso, nomeadamente em procedimentos em que o doente poderá experienciar sensações de dor, ou simplesmente medo, e não tenha a habilidade necessária para o transmitir ao médico ⁽⁶⁵⁾.

Poderemos falar de uma incompreensão de ambas as partes, em que o paciente sente ansiedade por estar num ambiente que não lhe é familiar, com novos cheiros, novos sons e novos objectos e em que o médico se sente frustrado por não conseguir transmitir a mensagem que pretende, podendo de algum modo influenciar a continuação ou vontade do médico em realizar o mesmo tipo de tratamentos a estes pacientes, e muito provavelmente ditar se esse paciente irá voltar ou não ao consultório ⁽⁶⁶⁾.

1.17 Paralisia Cerebral

O termo “paralisia cerebral” pode ser descrito como um grupo de desordens de movimentos e posturas devido a um defeito ou lesão provocadas no cérebro imaturo, sendo que 70-80% dos casos são adquiridos durante o período pré-natal. É uma das patologias mentais mais comuns em crianças, no entanto as causas do seu aparecimento não estão totalmente compreendidas, sendo que podem ocorrer antes, durante e após o nascimento. Estas desordens manifestam-se precocemente, são permanentes e não progressivas ^(67, 68). Para além destas manifestações a nível motor, a criança com Paralisia Cerebral exhibe frequentemente dificuldades cognitivas e sensoriais, epilepsia, defeitos na visão e audição e deficiências nutricionais ⁽⁶⁹⁾. O diagnóstico desta doença é essencialmente clínico, não havendo possibilidades de se chegar a alguma conclusão sobre a presença da doença apenas com o recurso a técnicas laboratoriais ou imagens neurológicas. Observação de um atraso no desenvolvimento motor, tónus muscular anormal e postura pouco usual são as primeiras características que nos podem indicar a presença de paralisia cerebral ^(68, 70).

1.17.1 Epidemiologia

A Paralisia Cerebral tem uma taxa de ocorrência de 1 a 2 nascimentos por cada mil, sendo que em alguns países essa taxa poderá subir até aos 2,5 nascimentos. Esta prevalência

pode aumentar dramaticamente em situações em que o tempo gestacional da criança seja menor, e aí a taxa de ocorrência aproxima-se dos 100 nascimentos por cada 1000. Durante muito tempo, a prevalência da doença manteve-se estável, no entanto devido ao aumento da taxa de sobrevivência das crianças com Paralisia Cerebral, também a prevalência da doença aumentou ^(67, 70).

1.17.2 Causas da Paralisia Cerebral

Causas pré- natais (cerca de 35 % dos casos) ⁽⁶⁷⁻⁶⁹⁾:

- Malformações congénitas do cérebro, incluindo malformações do desenvolvimento cortical;
- Eventos vasculares demonstrados por imagens radiográficas do cérebro;
- Infecções maternas ocorridas durante o primeiro e segundo trimestre da gravidez (rubéola, citomegalovírus, toxoplasmose);
- Outras causas menos comuns incluem desordens metabólicas, ingestão maternal de toxinas e síndromes genéticas raras.

Causas perinatais (cerca de 45% dos casos) ^(67, 69):

- Parto obstructivo, hemorragia anteparto ou prolapso do cordão umbilical podem comprometer o feto causando hipóxia;
- Encefalopatia neonatal nos primeiros dias de vida, que se manifesta como uma dificuldade na iniciação e manutenção da respiração, depressão do tónus muscular e dos reflexos, e níveis reduzidos de consciência.

Causas pós- natais (cerca de 15 % dos casos) ⁽⁶⁷⁻⁶⁹⁾:

- Infecções e lesões são responsáveis pela maioria dos casos de paralisia cerebral adquirida em países desenvolvidos;

- Situações que ponham em causa a vida humana;
- Acidentes vasculares cerebrais;
- Meningite, septicémia e malária.

1.17.3 Factores de risco

Atraso na menstruação ou longos intervalos de tempo entre ciclos menstruais estão associados com um aumento do risco de Paralisia Cerebral. Mais do que três gravidezes também se pode considerar um factor de risco, sendo que existe uma associação entre Paralisia Cerebral e morte fetal prévia. Também existem outras condicionantes como a presença de alguma deficiência mental ou doença da tiróide, isto no que concerne aos factores de risco estritamente maternos ⁽⁶⁷⁾.

A Paralisia Cerebral pode também ser causa da idade avançada dos pais, ou até mesmo a presença de algum défice motor nos irmãos. É necessário algum cuidado durante a gravidez e o parto. Alguns casos de paralisia cerebral estão relacionados com hemorragia pré-parto, terapêutica hormonal da tiróide por parte da mãe, sendo que também estão a ser realizados estudos relacionados com mutações genéticas que podem eventualmente resultar em trombose placentar. Durante o parto, há a possibilidade de ocorrência de uma série de acontecimentos que poderão resultar em Paralisia Cerebral: hemorragia intra-parto, parto longo ou traumático e até mesmo a necessidade de se ter que recorrer a uma cesariana ^(67, 68).

1.17.4 Terapêutica

O principal objectivo no tratamento de pessoas com Paralisia Cerebral, não é a cura total da doença ou atingir a normalidade, mas sim aumentar a funcionalidade do indivíduo, e mais importante, melhorar a sua qualidade de vida e a dos seus familiares. Desde criança, que deve ser estabelecido a necessidade de estes pacientes se tornarem o mais autónomos e independentes possível, tanto a nível locomotor, como o desenvolvimento social e cognitivo ^(68, 71, 72).

O tratamento do paciente com paralisia cerebral não deve ser apenas específico para um sintoma, mas deve ser efectuado num contexto geral, incluindo terapia física e comportamental, tratamentos cirúrgicos e farmacológicos e gestão das condições médicas associadas à doença. É necessário referir que o tratamento varia consoante a idade da criança e o grau de deficiência ^(68, 71-73).

1.17.5 Medicação

Um dos métodos mais utilizados é o uso da toxina botulinum que é uma formulação da toxina botulinum tipo A, derivado da bactéria *Clostridium Botulinum*. Esta bactéria produz uma proteína que bloqueia a libertação de acetilcolina o que resulta num relaxamento muscular. Também tem sido estudado a administração desta toxina por injeção nas glândulas salivares, que permitem uma diminuição do fluxo salivar ^(68, 74).

1.17.6 Estratégias Preventivas

O número de indivíduos com Paralisia Cerebral tem aumentado, não só pelo aumento da esperança média de vida de adultos, mas também o aumento da taxa de sobrevivência de crianças com baixo peso à nascença. É necessário a implementação de um trabalho multidisciplinar entre médicos e familiares. O médico tem o dever de identificar crianças com risco de possuírem atrasos a nível motor, e educarem a família sobre a deficiência do seu filho. É necessário impor exercício físico regular de modo a reduzir o risco de doenças cardiovasculares. Realizar exames médicos de rotina para despistar cancro da mama e da cabeça, e ter cuidado com acidentes por afogamento e de viação em que a vítima é pedestre, que são duas das principais causas de morte de indivíduos com Paralisia Cerebral ^(68, 73).

1.17.7 Paralisia cerebral e Saúde Oral

As manifestações clínicas mais comuns a nível dentário estão relacionadas com mudanças na estrutura da região orofacial, desenvolvimento de hábitos parafuncionais e dificuldades de manutenção de níveis aceitáveis de higiene oral. Estes acontecimentos podem

estar associados com o facto de estes pacientes terem um desenvolvimento anormal da função e tónus muscular da região orofacial que resulta num crescimento facial e oclusão dentária fora dos limites normais ^(75, 76). Existe uma relação íntima entre a severidade da deficiência mental e o grau de risco de aparecimento de lesões orais. Esta situação ocorre não só devido à sua dieta alimentar, mas também pelas dificuldades óbvias destes indivíduos na realização, tanto pessoal como com a ajuda de terceiros, de boas práticas de higiene oral ^(69, 77).

Devido a estas condições precárias de saúde oral, os pacientes com Paralisia Cerebral têm normalmente um índice elevado de patologia gengival e cárie dentária, nomeadamente na dentição decídua, o que evidencia a importância de programas preventivos nestes indivíduos ⁽⁷⁸⁾. Outro problema a nível oral é a maior predisposição deste grupo populacional para a ocorrência de trauma dentário, devido às suas restrições a nível físico. É usual a ocorrência de trauma dentário devido a quedas, mordidas em objectos duros e acidentes de viação ⁽⁷⁹⁾.

A maioria dos médicos dentistas não se sente à vontade para o atendimento destes pacientes devido à falta de preparação no âmbito de aprendizagem universitária. No entanto é preciso haver uma mudança nesse sentido, pois para além de estes sofrerem das mesmas doenças orais que a população geral, nomeadamente cárie dentária e doença periodontal, o grau de frequência irá ser impreterivelmente maior, devido à falta de hábitos de higiene oral, o tipo de alimentação, o uso de medicamentos que possam provocar xerostomia e acima de tudo, a falta de informação e de serviços médicos especializados ⁽⁷⁸⁾.

2. OBJETIVOS

Os objectivos deste estudo consistem em:

- Avaliar o estado de saúde oral dos pacientes observados com patologia mental através de Índices de Saúde Oral, nomeadamente o Índice de CPOD e o Índice de Placa de Silness e Løe.
- Realizar um questionário aos funcionários da APPACDM, com o intuito de perceber a importância dada pelos mesmos à saúde oral e a aplicação prática dos seus conhecimentos no dia-a-dia dos pacientes.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Efectuou-se um estudo-piloto desenhado sobre a forma de um estudo epidemiológico observacional transversal que avaliou os índices de saúde oral, numa amostra de pacientes que frequentam a APPACDM de Viseu.

3.2 Amostra

Nesta amostra, o número máximo de pacientes para a obtenção do estudo epidemiológico observacional foi de 138. Temos noção da dificuldade na realização da observação intra-oral a todos os participantes pois não há certezas da possibilidade de observação da cavidade oral, visto que estamos na presença de indivíduos com comportamentos pouco expectáveis e de difícil previsão.

No que concerne à amostra, para a realização dos questionários, essa foi feita a todos os funcionários colaboradores para tal, sendo que tivemos um número máximo de 40 pessoas.

CrITÉrios de Inclusão:

- Pacientes que actualmente são clientes da APPACDM;
- Pacientes que tenham apenas deficiência do foro psiquiátrico e mental;
- Ambos os sexos estão incluídos na amostra.

CrITÉrios de Exclusão:

- Todos os pacientes portadores de deficiência não mental, nomeadamente deficientes motores;
- Pacientes com comportamentos não colaboradores e impeditivos para a recolha de dados pretendida;

- Pacientes com tratamentos protéticos, nomeadamente próteses totais removíveis, e pacientes a realizar tratamentos ortodônticos.

3.3 Protocolo

Para o estudo epidemiológico observacional foi realizado:

- Explicação do procedimento a efectuar e o preenchimento do consentimento informado (anexo4) por parte do paciente ou pelo encarregado responsável;
- Exame clínico intra-oral para obtenção do Índice de CPOD e Índice de Placa de Silness e Løe, com preenchimento da folha de registo.

Para a realização dos questionários foi realizado:

- Explicação do objectivo do estudo e preenchimento do consentimento informado (anexo4).

Após a recolha de dados, levou-se a cabo uma acção de sensibilização relativamente aos hábitos de higiene oral, de forma a poder melhorar no futuro, a saúde oral de todos os pacientes.

3.4 Recolha de dados

A determinação do Índice de CPOD foi feita através de um exame intra-oral com recurso a sonda (WHO probe) e espelho. O Índice de Placa Silness e Løe foi aplicado para a determinação do índice de higiene oral.

Para os dados recolhidos acerca dos comportamentos de saúde oral foi feito um questionário com perguntas acerca dos hábitos de higiene oral dos pacientes, a aprendizagem a nível de saúde oral dos auxiliares de acção médica, frequência de visitas ao médico dentista,

dieta alimentar do paciente e o envolvimento que existe por parte da família dos pacientes na promoção de uma boa saúde oral.

3.4.1 Exame dentário- Índice de CPOD

É realizado durante o exame intra-oral e normalmente utilizado em estudos epidemiológicos, com registo de dentes cariados, perdidos e obturados, sendo portanto um índice de resultados meramente quantitativos.

Os critérios clínicos para o preenchimento dos dados obtidos serão os seguintes ⁽⁸⁰⁾:

Código 0 - Dente hígido: Sem sinais aparentes de presença de cárie tanto na coroa como na raíz. Neste caso também se registam manchas esbranquiçadas, descolorações ou manchas resistentes, escuras e brilhantes, sem sinal de amolecimento; lesões de fluorose moderada ou severa e lesões de abrasão. Cáries que não apresentam cavitação ou estágios iniciais de doença não devem ser levados em consideração.

Código 1 - Cariado: Quando existe uma superfície do dente com cavidade evidente ou tecido amolecido na base. Devem ser incluídas todas as restaurações provisórias neste código.

Código 2 - Restaurado com cárie: Quando o dente apresenta um ou mais dentes restaurados, com uma ou várias áreas com cárie.

Código 3 - Restaurado sem cárie: O dente apresenta uma ou mais restaurações permanentes, sem sinais evidentes de cárie. Um dente com uma coroa colocada deve ser incluída neste critério.

Código 4 - Dente ausente por cárie: Quando um dente é registado como perdido por cárie e não por outra causa, não havendo dúvidas do motivo da perda do dente.

Código 5 - Dente ausente por outra razão: Devido a doença congénita, extracções por razões ortodônticas, doença periodontal ou trauma.

Código 6 - Selante: Em casos de selantes de fissuras na face oclusal, ou quando esta é alargada para a colocação de compósito.

Código 7 - Prótese ou Implante: Indica um dente que faz parte de uma prótese fixa, ou coroas colocadas por outros motivos que não cárie dentária.

Código 8 - Dente não erupcionado: Quando o dente não erupcionou, tendo como base a cronologia de erupção. Não estão incluídos os dentes perdidos por problemas congénitos ou trauma.

Código 9 - Não registado: Utiliza-se este código, quando não é possível observar o estado clínico da coroa ou raíz do dente.

Código T - Traumatismo: Quando parte da coroa foi perdida devido a trauma, não havendo no entanto, presença de cárie.

3.4.2 Índice de Placa de Silness e Löe

É o índice que permite estabelecer diferentes graus de intensidade de acumulação de placa dentária, não necessita de substâncias reveladoras de placa e pode utilizar peças dentárias seleccionadas representativas de toda a boca (1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1 e 4.4) em quatro locais diferentes do dente: mesial, distal, vestibular e palatino/lingual. Cada face do dente recebe uma classificação de 0 a 3. Soma-se as classificações e divide-se por quatro, para assim se determinar o índice de placa bacteriana do paciente^(80, 81).

0 = Sem presença de placa bacteriana, mesmo com a passagem de sonda periodontal.

1 = Há um biofilme de placa bacteriana adjacente à superfície dentária não visível a olho nu. A placa só é reconhecida como estando presente, após passagem da sonda periodontal no dente.

2 = Há acumulação de depósitos de placa bacteriana no sulco gengival e na superfície dentária visíveis a olho nú.

3 = A acumulação de placa bacteriana é grande, podendo ser visível no sulco gengival, na margem gengival e na superfície dentária. Pode-se observar a presença de cálculos.

3.4.3 Material utilizado para o exame intra-oral:

- Luvas e máscara de protecção individual;
- Guardanapos de papel;
- Espelho intra-oral;
- Sonda periodontal;
- Babete e porta- babete.

3.4.4 Variáveis em estudo

Como características demográficas dos pacientes em estudo considerámos o género e a idade.

Género: Masculino e Feminino

Idade: Aos pacientes foi questionado a sua data de nascimento ou idade. Aos doentes com incapacidade cognitiva para responder a tal questão, foi possível através da lista de pacientes da APPACDM, a obtenção da idade e data de nascimento específica de cada um. Foram agrupados nos seguintes grupos etários:

- Menor ou igual a 20 anos;
- Entre 21 e 30 anos;
- Entre 31 e 40 anos;
- Entre 41 e 50 anos;
- Maior ou igual a 51 anos.

Placa Bacteriana

- Índice de placa de Silness and Løe

Exame Dentário

- Índice de CPOD (índice de dentes cariados, perdidos e obturados)

3.5 Análise estatística

No processamento e análise de dados, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20.0)*. As variáveis contínuas foram descritas através de medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão). Calcularam-se as prevalências, expressas em percentagens. Para comparação de proporções utilizamos o teste não paramétrico do Qui-quadrado.

3.6 Procedimentos legais e éticos

A informação foi recolhida por meio dos questionários (anexo3) e a observação clínica fornecida de modo voluntário, sendo garantida a confidencialidade de todos os dados.

Foi garantido o anonimato da informação recolhida, pedindo aos intervenientes para não colocarem o seu nome ou outra forma de identificação em qualquer parte do questionário.

Cada voluntário ou encarregado responsável pelo paciente no caso da observação clínica, e todos os participantes no questionário, foi dado um termo de consentimento informado (anexo 4) para preenchimento, no qual foi elucidado sobre o carácter científico da participação neste estudo.

Toda a recolha de informação foi efectuada por um operador, eliminando diferenças protocolares e preservando a concordância dos resultados.

4. RESULTADOS

4.1 Rastreio Oral aos pacientes com necessidades especiais

Caracterização da amostra

Do total da amostra analisada constituída por 120 pacientes, 40 (33,3%) indivíduos pertencem ao género feminino e 80 (66,7%) indivíduos ao género masculino. No que concerne à idade a média foi de 31,4 anos. Dividindo a amostra em cinco grupos etários obteve-se uma maior percentagem (35,8%) no grupo etário dos 31-40anos. O escalão menos representativo é o de ≥ 51 que corresponde a apenas 5,8% dos pacientes. A maior percentagem de indivíduos do sexo masculino com 27 pacientes (33,75%) encontra-se no grupo etário dos 31-40, enquanto que a menor percentagem com 4 pacientes (5%) está presente no intervalo ≥ 51 . Em relação ao sexo feminino foi observado que a amostra mais significativa está presente no intervalo dos 31-40 anos com 16 (40%) pacientes, e a menor percentagem no intervalo ≥ 51 com 3 (7,5%) pacientes.

Tabela 1 - Distribuição do Género

	N	%
Masculino	80	66,7%
Feminino	40	33,3%
Total	120	100,0%

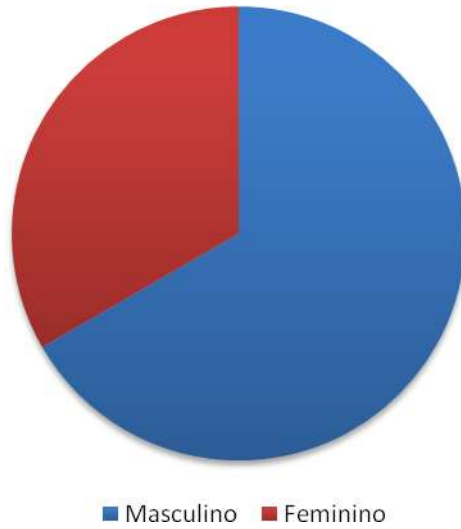


Gráfico 1 – Distribuição do Género

Tabela 2 - Caracterização da amostra

		Idade agrupado					Total
		<20	21-30	31-40	41-50	>51	
Género	Masculino	20	18	27	11	4	80(66,7%)
	Feminino	9	8	16	4	3	40(33,3%)
Total		29(24,17%)	26(21,7%)	43(35,83%)	15(12,5%)	7(5,83%)	120(100%)

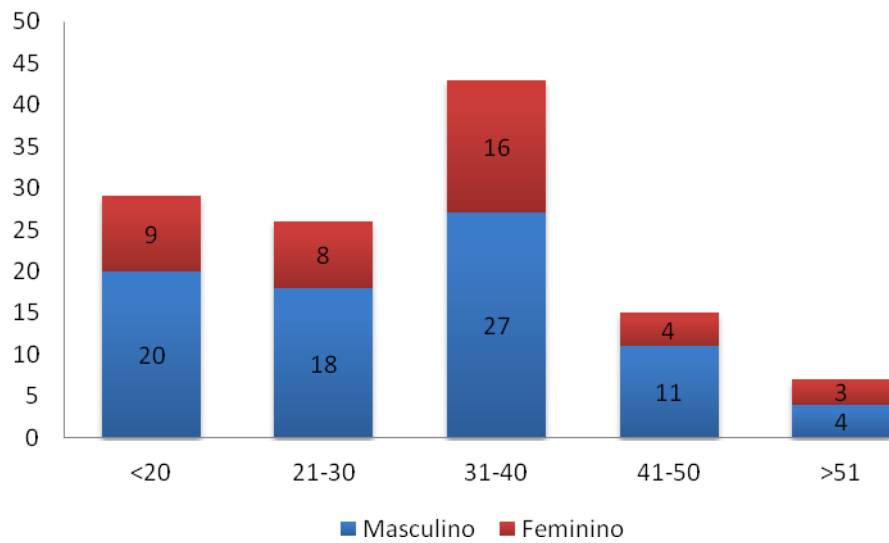


Gráfico 2 - Caracterização da amostra

Na amostra observada de 120 pacientes, foram verificadas 4 patologias: Autismo, Síndrome de Down, Deficiência Mental nos casos em que a etiologia da patologia não é totalmente conhecida e Déficit Cognitivo. Foram observados 8 (6,7%) pacientes com Autismo, 57 (47,5%) com Déficit Cognitivo, 44 (36,7%) com Deficiência Mental e 11 (9,2%) com Síndrome de Down.

Tabela 3 – Distribuição das Patologias mentais

	N	%
Autismo	8	6,7%
Déficit Cognitivo	57	47,5%
Deficiência Mental	44	36,7%
Síndrome de Down	11	9,2%
Total	120	100,0%

■ Autismo ■ Déficit Cognitivo ■ Deficiência Mental ■ Síndrome de Down

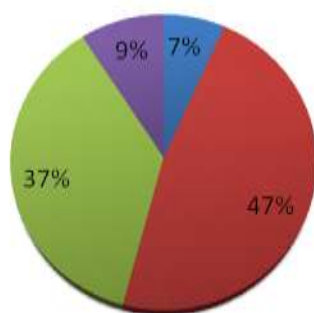


Gráfico 3 - Distribuição das Patologias Mentais

No que concerne à distribuição do género, podemos observar uma maior prevalência do género masculino em todas as patologias, sendo que o desequilíbrio mais notório entre géneros se verifica nas patologias de síndrome de down e autismo.

Tabela 4 - Distribuição das patologias mentais por género

	Género		Total
	Masculino	Feminino	
Autismo	6	2	8(6,67%)
Défice Cognitivo	37	20	57(47,5%)
Deficiência Mental	28	16	44(36,67%)
Síndrome de Down	9	2	11(9,16%)
Total	80	40	120(100%)

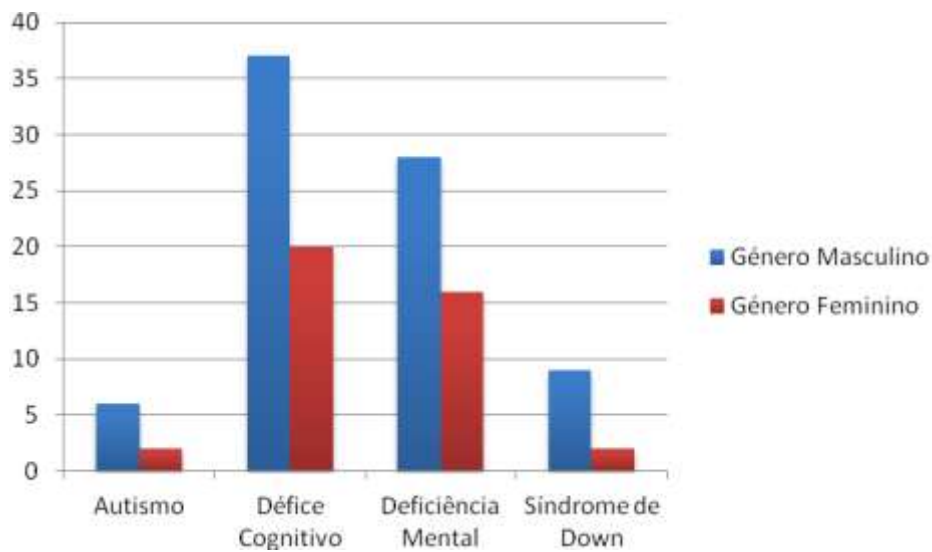


Gráfico 4 - Distribuição das patologias mentais por género

Índice de CPOD

Neste estudo observou-se que a média de dentes cariados, perdidos e obturados foi de 8,70 com um desvio padrão de 6,28. A média de dentes cariados foi de 3,70 (3,788), de dentes perdidos 3,85 (5,409) e de dentes obturados 1,17 (1,81).

Tabela 5 - Média do Índice de CPOD

	Nº	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
CPO	120	0	27	8,70	6,276

Tabela 6 - Média de dentes cariados

	Nº	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Cariados	120	0	16	3,70	3,788

Tabela 7 - Média de dentes perdidos

	Nº	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Perdidos	120	0	25	3,85	5,409

Tabela 8 - Média de dentes obturados

	Nº	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Obturados	120	0	8	1,17	1,812

Na tabela 9 podemos verificar que a maioria dos pacientes observados do género masculino tem um índice CPOD ≥ 7 (60%), enquanto que no género feminino a maior percentagem de indivíduos (60%) também se encontra no intervalo de CPOD ≥ 7 .

Tabela 9 - Distribuição do Índice de CPOD por género

		CPOD agrupado				Total
		0	1-3	4-6	>7	
Género	Masculino	2	14	16	48	80(66,7%)
	Feminino	3	8	5	24	40(33,3%)
Total		5(4,16%)	22(18,3%)	21(17,5%)	72(60%)	120(100%)

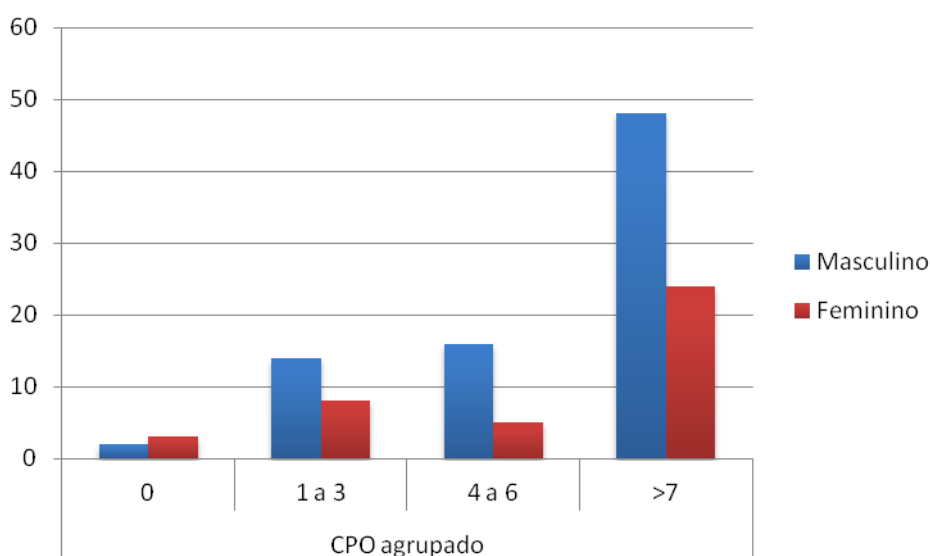


Gráfico 5 - Distribuição do índice de CPOD por género

Na tabela 10 podemos observar a distribuição do índice de CPOD consoante a faixa etária. Podemos concluir que consoante o aumento da idade, vai existindo uma maior percentagem do índice de CPOD.

Tabela 10 - Distribuição do Índice de CPOD por grupos etários

	CPOD agrupado				Total
	0	1-3	4-6	>7	
<20	4	7	6	12	29(24,17%)
21-30	1	7	5	13	26(21,67%)
Idade agrupado 31-40	0	7	7	29	43(35,83%)
41-50	0	1	2	12	15(12,5%)
>51	0	0	1	6	7(5,83%)
Total	5	22	21	72	120(100%)

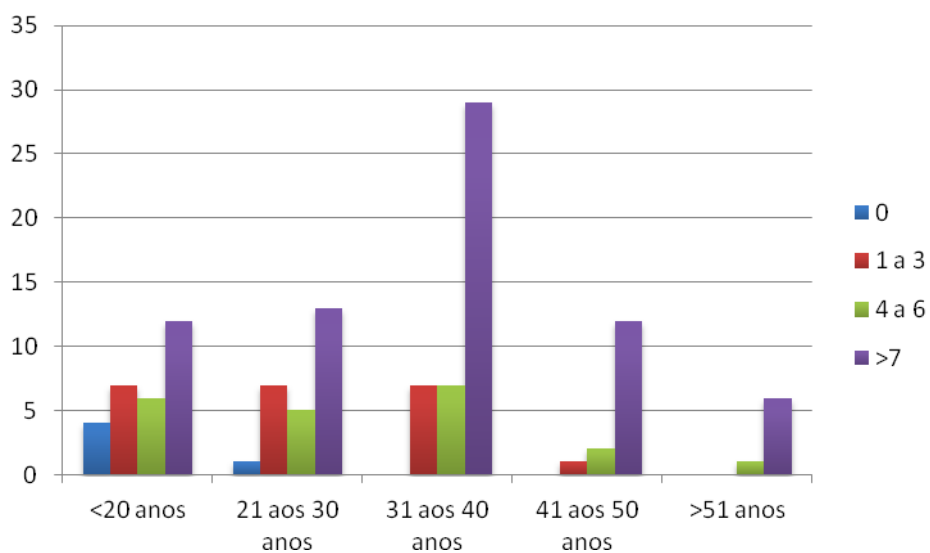


Gráfico 6 - Distribuição do Índice de CPOD por grupos etários

Podemos verificar na tabela 11 que nas quatro patologias observadas a maior percentagem de pacientes tinha presente um CPOD ≥ 7 com um total de 72 (60%) indivíduos. Apenas se verificou a existência de CPOD igual a 0 em pacientes cuja patologia era Déficit Cognitivo num total de 5 (4,17%) indivíduos.

Tabela 11 - Distribuição do índice de CPOD por Patologia Mental

	CPOD agrupado				Total
	0	1-3	4-6	>7	
Autismo	0	3	1	4	8
Déficit Cognitivo	5	11	9	32	57
Deficiência Mental	0	6	11	27	44
Síndrome de Down	0	2	0	9	11
Total	5(4,17%)	22(18,33%)	21(17,5%)	72(60%)	120(100%)

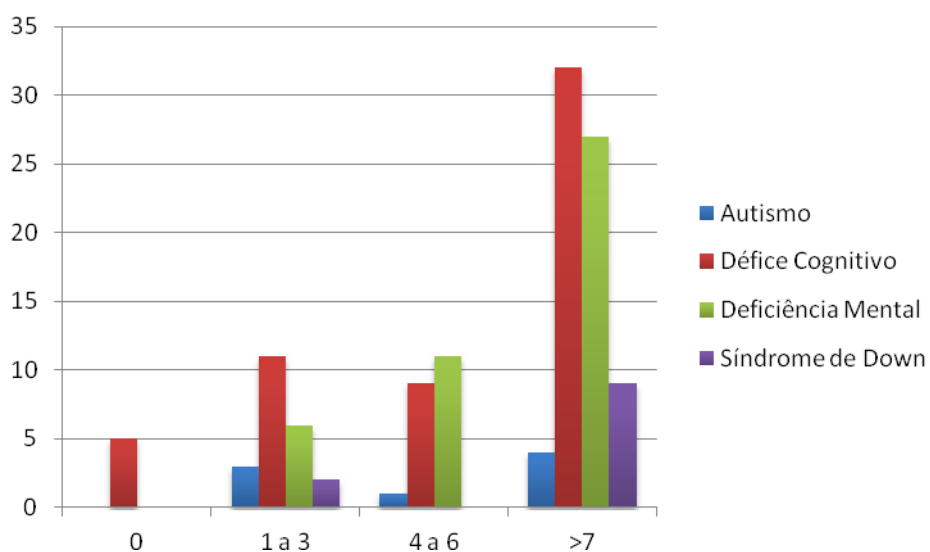


Gráfico 7 - Distribuição do índice de CPOD por Patologia Mental

No que concerne aos dentes cariados, o intervalo mais representativo foi o de 1- 4 dentes cariados com um total de 57 (47,5%) indivíduos e o menos prevalente foi o intervalo de 13-16 com um total de 6 (5%) indivíduos, sendo apenas representado por pacientes com Déficit Cognitivo e Deficiência Mental. Para além da prevalência a nível geral do intervalo 1-4, foi também aquele com maior registo em todas as patologias excepto em pacientes com Autismo.

Tabela 12 - Distribuição dos dentes cariados por Patologia Mental

	Cariados agrupados					Total
	0	1-4	5-8	9-12	13-16	
Autismo	2	2	3	1	0	8
Déficit Cognitivo	13	26	11	4	3	57
Deficiência Mental	8	24	7	2	3	44
Síndrome de Down	2	5	3	1	0	11
Total	25(20,83%)	57(47,5%)	24(20%)	8(6,67%)	6(5%)	120(100%)

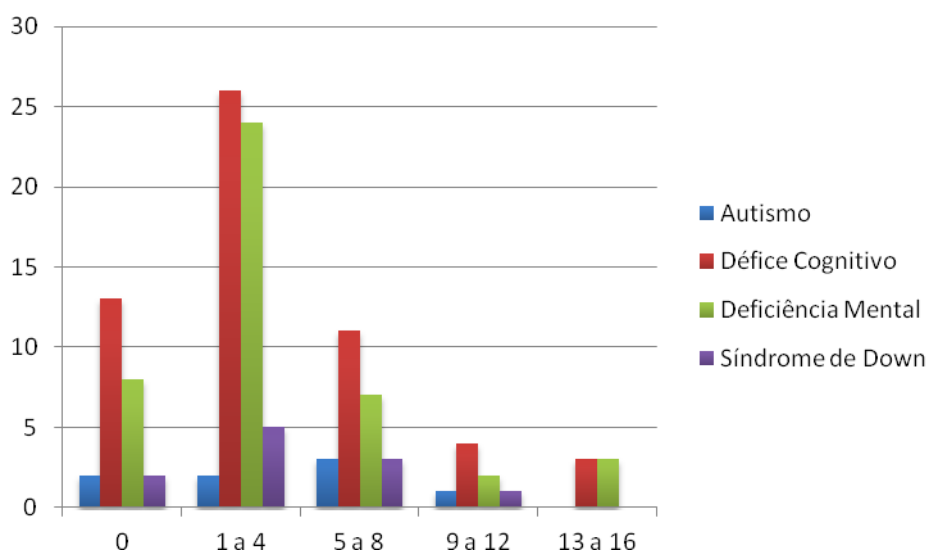


Gráfico 8 - Distribuição dos dentes cariados por Patologia Mental

Observando os dentes perdidos de cada patologia, podemos verificar que existe uma baixa percentagem de dentes perdidos em pacientes com Autismo, em que 4 (50%) dos inquiridos não apresentava dentes ausentes. A patologia mais preocupante neste caso específico são os pacientes com Síndrome de Down e Deficiência Mental, com 18,8% e 13,6% dos indivíduos respectivamente para cada doença, que apresentavam um total de dentes perdidos acima de 16.

Tabela 13 - Distribuição de dentes perdidos por Patologia Mental

	Perdidos agrupados						Total
	0	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	
Autismo	4	4	0	0	0	0	8
Défice Cognitivo	25	26	5	1	0	0	57
Deficiência Mental	9	17	9	3	5	1	44
Síndrome de Down	2	4	3	0	1	1	11
Total	40(3,33%)	51(42,5%)	17(14,17%)	4(3,33%)	6(5%)	2(1,67%)	120(100%)

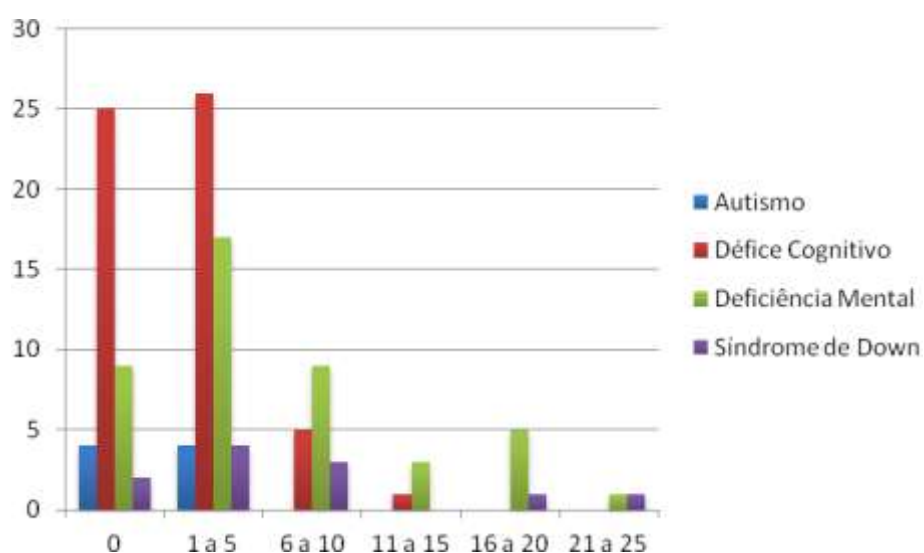


Gráfico 9 - Distribuição de dentes perdidos por Patologia Mental

Na observação dos dentes obturados, podemos verificar que foi o grupo com uma percentagem de registo menor, sendo que 69 (57,5%) dos participantes não apresentava qualquer restauração. O grupo seguinte com maior percentagem encontra-se no intervalo 1-2 com 29 (24,17%) indivíduos, mostrando mais uma vez a pequena quantidade de dentes obturados.

Tabela 14 - Distribuição de dentes obturados por Patologia Mental

	Obturados agrupados					Total
	0	1-2	3-4	5-6	7-8	
Autismo	5	3	0	0	0	8
Défice Cognitivo	27	19	9	1	1	57
Deficiência Mental	29	6	5	2	2	44
Síndrome de Down	8	1	1	1	0	11
Total	69(57,5%)	29(24,17%)	15(12,5%)	4(3,33%)	3(2,5%)	120(100%)

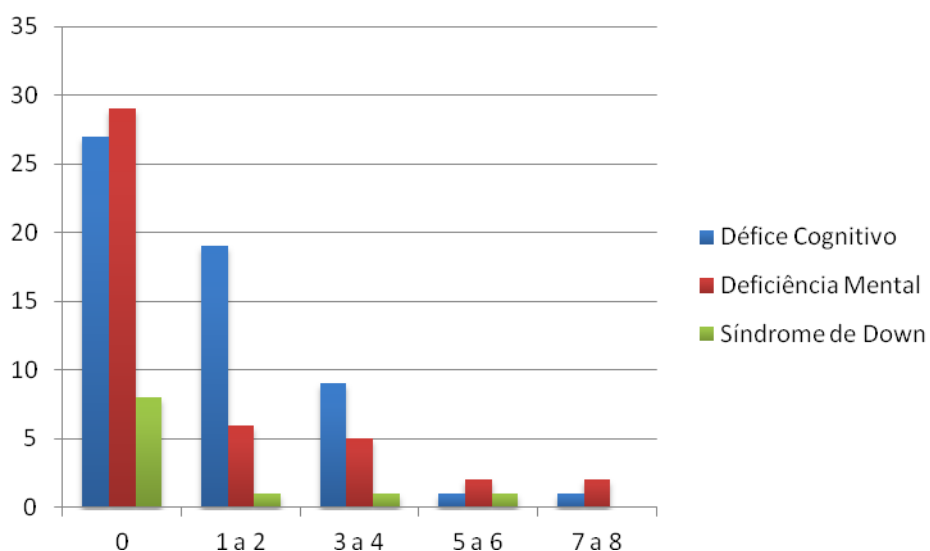


Gráfico 10 - Distribuição de dentes obturados por Patologia Mental

Índice de Placa

Em cada avaliação foi registado o Índice de Placa de Silness and Løe, sendo que 87 (72,5%) dos indivíduos observados tinham um registo de 2 (Placa visível no sulco gengival e superfície dentária).

Tabela 15 - Distribuição do Índice de Placa

	N	%
Placa visível após remoção com sonda	23	19,2%
Placa visível no sulco e superfície dentária	87	72,5%
Placa visível no sulco, superfície dentária e margem gengival; presença de cálculos	10	8,3%
Total	120	100,0%

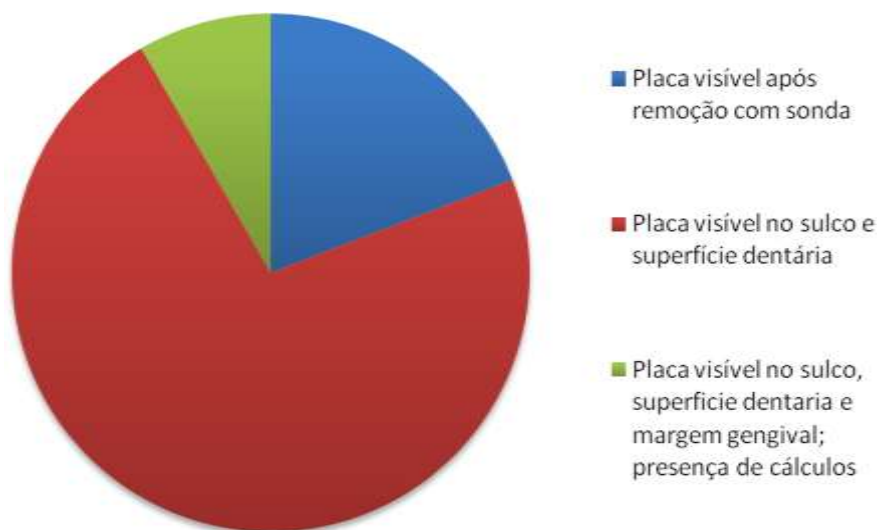


Gráfico 11 - Distribuição do Índice de Placa

Quando fazemos o cruzamento do Índice de Placa e Patologia associada, podemos verificar que a nível de placa dentária, os pacientes com síndrome de down e autismo são os que tem a maior percentagem de valores mais baixos, não querendo isto dizer a ausência de doença periodontal. Para todas as patologias o registo de placa com código 2 foi o mais prevalente.

Tabela 16- Distribuição do Índice de Placa consoante a Patologia Mental

	Autismo	Défice Cognitivo	Deficiência Mental	Síndrome de Down	Total
Placa visível após remoção com sonda.	2	12	8	1	23
Placa visível no sulco e superfície dentária.	6	41	30	10	87
Placa visível no sulco, superfície dentaria e margem gengival; presença de cálculos.	0	4	6	0	10
Total	8(6,67%)	57(47,5%)	44(36,67%)	11(9,17%)	120(100%)

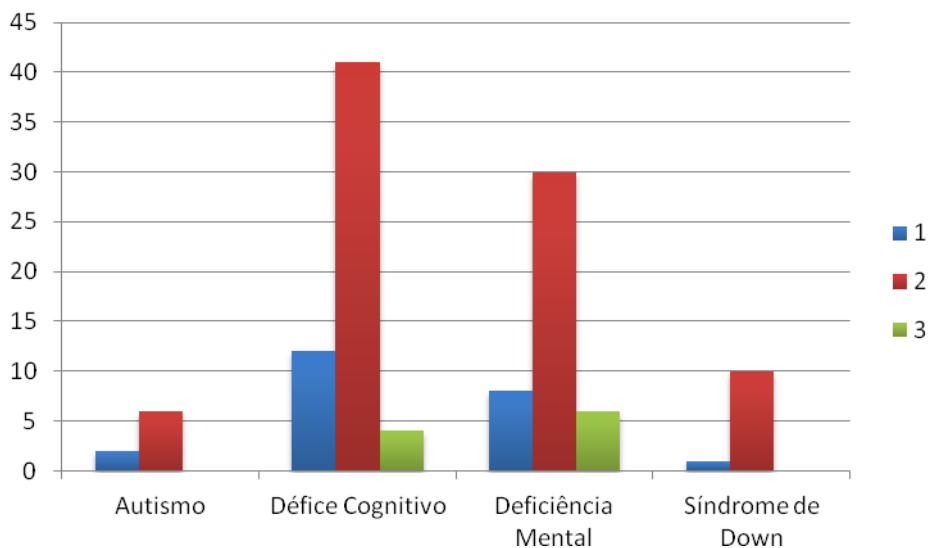


Gráfico 12 - Distribuição do Índice de Placa consoante a Patologia Mental

4.2 Questionário

A amostra de profissionais a quem foram distribuídos os questionários é constituída por 18 indivíduos, 15 (83,3%) auxiliares de acção directa e 3 (16,7%) enfermeiros. Destes 4 (22,2%) pertencem ao sexo masculino e 14 (77,8%) ao sexo feminino. Em relação à faixa etária tendo em conta o número de indivíduos inquirido podemos verificar que não existe uma prevalência dominante de nenhum grupo etário específico.

Tabela 17- Caracterização da amostra

	IDADE AGRUPADO					Total
	≥35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	≤51	
Masculino	1	1	1	0	1	4(22,2%)
Feminino	3	2	3	3	3	14(77,8%)
Total	4(22,2%)	3(16,7%)	4(22,2%)	3(16,7%)	4(22,2%)	18(100%)

Tabela 18 - Distribuição da profissão consoante o género

	PROFISSÃO		Total
	Auxiliar acção directa	Enfermeiro	
Masculino	3	1	4(22,2%)
Feminino	12	2	14(77,8%)
Total	15(83,3%)	3(16,7%)	18(100%)

Relativamente à primeira e segunda questão, as respostas obtidas foram exactamente iguais. Quando questionados sobre se é da sua competência a realização de hábitos de higiene oral, 13 (72,2%) dos inquiridos respondeu que sim e 5 (27,8%) respondeu que não. Os mesmos resultados se obteram quando questionados sobre se tem habilitações suficientes para a realização desses mesmos hábitos.

Tabela 19 - Questão 1 – Considera da sua competência a realização de hábitos de Higiene Oral nos pacientes ao seu cuidado? Questão 2- Considera que tem habilitações suficientes para a realização de hábitos de higiene oral?

	N	%
Sim	13	72,2%
Não	5	27,8%
Total	18	100,0%

Quando questionados sobre a sua preparação específica a nível de saúde oral, 9 (50%) dos profissionais responde que foram preparados para essas situações, ao invés dos 9 (50%) indivíduos que responderam que não tiveram qualquer tipo de preparação nessa área.

Tabela 20- Questão 3 – Teve alguma preparação específica a nível de saúde oral?

	N	%
Sim	9	50,0%
Não	9	50,0%
Total	18	100,0%

Em relação à importância dada pelos pacientes à sua própria higiene oral, 7 (38,9%) dos profissionais respondeu que os pacientes revelam essa preocupação, enquanto que 11 (61,1%) respondeu que não.

Tabela 21 - Questão 4 – Os pacientes dão importância à sua própria saúde oral?

	N	%
Sim	7	38,9%
Não	11	61,1%
Total	18	100,0%

Apenas 7 (38,9%) dos profissionais de saúde, fazem uma observação periódica da cavidade oral dos pacientes da APPACDM, sendo que 10 (55,6%) apenas o fazem em casos de sintomatologia dolorosa.

Tabela 22 - Questão 5 – Costuma observar a cavidade oral dos pacientes ao seu cuidado?

	N	%
Sim	7	38,9%
Apenas em caso de sintomatologia	10	55,6%
Não	1	5,6%
Total	18	100,0%

Praticamente todos os doentes da APPACDM costumam referir dor ou qualquer outro tipo de sintomas. Nesta questão específica 17 (94,4%) dos profissionais de saúde responderam afirmativamente a esta questão.

Tabela 23 - Questão 6 – Os pacientes costumam referir dor dentária ou outro tipo de sintomas?

	N	%
Sim	17	94,4%
Não	1	5,6%
Total	18	100,0%

Metade dos inquiridos, num total de 9 (50%), respondeu que costumam estar atentos a sinais e sintomas dos pacientes que possam ser indicativos de patologia oral. Os outros 9 (50%) profissionais responderam que apenas o fazem em caso de incómodo visível do paciente.

Tabela 24 - Questão 7 – Costuma estar atento/a a sinais ou sintomas que possam ser indicativos de patologia oral?

	N	%
Sim	9	50,0%
Em casos de incómodo visível	9	50,0%
Total	18	100,0

Foi questionado, aquando da realização ou não da observação intra-oral dos pacientes, quais os factores mais relevantes para se averiguar a existência ou não de uma boa saúde oral. Na tabela colocamos as três respostas que foram mais utilizadas pelos participantes neste questionário. 6 (33,3%) dos profissionais respondeu que não efectua essa observação intra-oral do paciente, 9 (50%) respondeu mau hálito e 8 (44,4%) consideram que o escurecimento dos dentes é um dos factores a ter em conta numa boa higiene oral.

Tabela 25 - Questão 8 – Quando efectua observação intra-oral no paciente, que factores considera mais relevantes?

	N	%
Não efectuo	6	33,3%
Mau hálito	9	50,0%
Escurecimento dos dentes	8	44,4%

Numa pergunta relacionada com a anterior, no que concerne a factores de risco para a saúde oral, todos os profissionais, num total de 18 (100%) considera a ausência de higiene oral o principal factor de risco. De seguida com 14 (77,8%) respostas obtidas, consideram que não ir ao médico dentista há mais de um ano também é um dos principais factores de risco. A resposta com menor prevalência foi boca seca, que foi apenas dada por 1 (5,6%) dos participantes.

Tabela 26 - Questão 9 – O que considera factores de risco para a saúde oral?

	N	%
Ausência Higiene oral	18	100,0%
Fármacos	5	27,8%
Boca Seca	1	5,6%
Álcool ou drogas	4	38,9%
Não ir ao dentista há mais de 1 ano	14	77,8%

Em relação aos meios utilizados para efectuar a higiene oral dos pacientes, a resposta mais prevalente com 13 (72,2%) respostas foi escova de dentes e pasta dentífrica. É de referir que nenhum profissional de saúde colocou a resposta colutório. Na tabela 28 pudemos observar quais os locais normalmente higienizados, em que 14 (77,8%) dos inquiridos respondeu dentes. Relativamente ao número de vezes que é efectuada a higiene oral a resposta mais prevalente foi 2 vezes com 14 (77,8%) respostas.

Tabela 27 - Questão 10 – Que meios são utilizados pelos auxiliares para realizar a Higiene Oral dos pacientes?

	N	%
Sem resposta	3	16,7%
Escova de dentes	2	11,1%
Escova de dentes e pasta dentífrica	13	72,2%%
Colutório	0	0%
Fio dentário	2	11,1%

Tabela 28 - Questão 11 – Que locais são normalmente higienizados?

	N	%
Sem resposta	4	22,2%
Dentes	14	77,8%
Língua	9	50,0%
Palato	2	11,1%
Bochecas	2	11,1%

Tabela 29- Questão 12 – Quantas vezes é feita esta higiene, nos doentes com hábitos de higiene oral?

	N	%
Sem resposta	1	5,6%
1	2	11,1%
2	14	77,8%
3	1	5,6%

Nos pacientes com prótese, 4 (22,2%) dos inquiridos referiu que não realiza a higiene oral das mesmas. A resposta mais prevalente foi o recurso a escova própria com 8 (44,4%) respostas.

Tabela 30 - Questão 13 – Nos pacientes com prótese dentária, como é executada a sua higiene pelos profissionais de saúde?

	N	%
Não realiza	4	22,2%
Prótese colocada num copo de água	5	27,8%
Escova própria	8	44,4%
Produto específico	3	16,7%
Sem resposta	3	16,7%

Relativamente às idas ao médico dentista, 9 (50%) dos profissionais respondeu que apenas o efectuam em casos de sintomatologia, 7 (38,9%) desconhecem se os pacientes fazem essas visitas ao médico dentista e 6 (33,3%) respondeu que os pacientes efectuam essa visita uma vez por ano.

Tabela 31 - Questão 14 – Relativamente à ida ao consultório médico-dentário durante o internamento.

	N	%
Nunca vão	0	0,00%
Só em caso de sintomatologia	9	50,0%
1 vez por ano	6	33,3%
Desconhecimento se vão	7	38,9%

Quando questionados sobre se os familiares dos pacientes são parte activa na promoção de uma boa saúde oral, a maioria num total de 11 (61,1%) respostas, respondeu que não.

Tabela 32 - Questão 15 – Os familiares são parte activa na promoção de saúde oral e na realização de hábitos de higiene oral?

	N	%
Sem resposta	2	11,1%
Sim	5	27,8%
Não	11	61,1%
Total	18	100,0%

5. DISCUSSÃO

Em termos de prevalência de género da amostra de pacientes estudada, podemos verificar que a maior representação se atribui ao sexo masculino, o que vai de encontro com os estudos de *Jaber et al.* e de *Jain M.*, que concluíram que doenças como Síndrome de Down e Autismo afectam consideravelmente com mais frequência os homens que as mulheres ^(64, 82). A média de idades foi de 31,4 anos. Uma das principais vantagens deste estudo é que foi possível a observação de praticamente todas as faixas etárias desde crianças com 12 anos de idade, até adolescentes e adultos de variadas idades, o que vai de encontro com o estudo de *Armando et al.* que refere que a evolução da medicina combinado com o aumento da esperança média de vida destes pacientes vai resultar numa maior necessidade de cuidados continuados durante toda a sua vida ⁽⁹⁾.

Foi possível a observação de quatro enfermidades diferentes: Síndrome de Down, Autismo, pacientes com Déficit Cognitivo e os restantes decidimos classificar apenas como portadores de Deficiência Mental. Nos doentes com Déficit Cognitivo foi possível verificar a inexistência de algum tipo de doença mental propriamente dita, sendo apenas visível algumas dificuldades ou diferenças relativo a alguns factores como alterações na linguagem, gestos, compreensão de ideias ou até alterações comportamentais. Apesar disso, são pacientes minimamente independentes, sendo actualmente inseridos em diversas actividades profissionais incluídas no funcionamento da APPACDM. Quanto aos pacientes definidos apenas como deficientes mentais, foram assim descritos devido unicamente à falta de um diagnóstico específico da doença em si.

No total da amostra observada, a média do Índice de CPOD foi de 8,70, em que 72 (60%) dos indivíduos apresentavam um $CPOD \geq 7$ o que se considera um número elevado. No entanto, tendo em conta que a média de dentes cariados foi de 3,70, de dentes perdidos 3,85 e de dentes obturados 1,17, podemos considerar esse número algo enganador, muito devido ao facto de alguns casos específicos em que o Índice de CPOD foi extremamente elevado.

No estudo de *Jain et al.*, está descrito que a cárie dentária é das doenças mais prevalentes em pacientes com deficiência mental, o que vai de encontro com os resultados obtidos, sendo que apenas 25 (20,8%) dos indivíduos não apresentavam qualquer registo de doença cárie. No entanto, é importante referir que quando parcelamos essas cáries por patologia, praticamente metade desses pacientes, num total de 13 (10,8%), pertencem a pacientes com déficit cognitivo, cuja independência é muito maior quando comparados com

pacientes de outras patologias, o que lhes permite ter mais habilidade mental e física para a execução de correctos hábitos de higiene oral ⁽⁸²⁾.

É comum encontrar em pacientes com Síndrome de Down um baixo índice de cárie dentária e prevalência elevada de doença periodontal. Segundo o estudo de *Moraes et al.* estes resultados podem estar relacionados com as elevadas concentrações de IgA na saliva e à erupção tardia dos dentes permanentes ⁽⁴⁶⁾. No nosso estudo obtivemos um resultado semelhante, em que 72,7% dos pacientes com síndrome de down tinham um número de dentes cariados igual a 0 ou menor ou igual a 4. Apesar de não se ter feito um estudo periodontal propriamente dito é possível observar nos resultados obtidos que 90,9% dos pacientes com Síndrome de Down apresentavam placa visível no sulco e superfície dentária (código 2), para além da observação clínica de hemorragia gengival em quase todos os sextantes e sondagem periodontal próxima de valores específicos e indicadores de doença periodontal. Isto vai de encontro com o estudo de *Loureiro et al* que afirma que relativamente à doença periodontal, é comum a presença de gengivite nestes pacientes, com alto índice de placa bacteriana, hemorragia à sondagem e perda de attachment quase sempre maior que 4mm ⁽⁴⁸⁾.

Em relação a pacientes autistas, não existe um consentimento entre estudos sobre se a prevalência de cárie é maior ou não quando comparados com grupos controlo, sendo que alguns estudos actualmente, nomeadamente o de *Namal et al.* não consideram a doença um factor de risco para que tal aconteça ⁽⁸³⁾. No nosso trabalho, apesar de a amostra relativa a essa doença não ser grande e pouca significativa a nível estatístico, podemos destacar o facto de 20% dos indivíduos observados não terem registo de qualquer cárie, sendo que 40% do total de indivíduos com autismo apresentarem um registo de presença de cárie igual a 0 ou menor ou igual a 4, conclusões semelhantes aos estudos de *Orellana et al* e de *Namal et al* que referem que o índice de cáries é baixo neste grupo de pacientes, nomeadamente em crianças ^(63, 83). Quando comparados com grupos controlo os pacientes com autismo costumam ter um elevado número de dentes perdidos e obturados, como é possível verificar no estudo de *Jaber et al* ⁽⁶⁴⁾. Na nossa amostra, essa análise apesar de não poder ser considerada como um factor inegável, podemos verificar que essa prevalência alta de dentes perdidos e obturados não se verificou, visto que 50% dos doentes observados com autismo não tinham qualquer dente perdido e 62,5% não tinham qualquer registo de dentes obturados. Nos estudos de *Orellane et al.* e de *Namal et al.* está bem descrito que pacientes com autismo têm preferência por determinados sabores e texturas no que concerne à sua alimentação e ainda por terem o seu

dia a dia baseado em tarefas essencialmente rotineiras ^(63, 83). Foi bastante evidente durante o tempo dispendido nos rastreios efectuados na APPACDM, a constante obsessão desses doentes por alimentos doces como pastilhas e rebuçados, e ainda mudanças comportamentais em determinados pacientes que tiveram que efectuar um caminho diferente e frequentar zonas estranhas e desconhecidas para a realização do rastreio oral que efectuamos.

Apesar de não ter sido parte integrante dos objectivos deste estudo foi possível comprovar algumas anomalias dentárias frequentes nestes pacientes, em concordância com os estudos de *Moraes et al.*, *Parr et al.* e *Orellane et al.*, nomeadamente bruxismo, mordida aberta e lesões auto-agressoras em pacientes com autismo e ainda agenesias de laterais superiores e dentes conóides em pacientes com Síndrome de Down. Outras anomalias normalmente recorrentes nestes pacientes, nomeadamente dentes impactados e dentes taurodonticos não foram passíveis de serem diagnosticadas devido a falta de meios de diagnóstico radiográficos. Essa elevada prevalência de agenesias pode estar relacionada com alguns dentes ausentes em pacientes cujo número de dentes perdidos ultrapassa os 50% ^(46, 56, 63). Outro dado também interessante relativo a pacientes com Síndrome de Down que foi também observado no estudo de *Benjamin et al.*, foi verificar que existem pacientes cujos dentes apesar de não terem um formato conóide nem microdântico apresentavam todos os dentes ligeiramente mais reduzidos nas suas dimensões ⁽⁴⁷⁾. Foi possível observar também através da história clínica, a presença de alguns pacientes com síndrome de down que também tinham epilepsia, o que vai de encontro com os estudos de *Armando et al.* e de *Winter et al.* que afirma que 1 a 10% dos casos de pacientes com síndrome de down têm epilepsia ^(9, 44).

Tanto em pacientes com Síndrome de Down como pacientes com Autismo, uma das principais preocupações foca-se a nível periodontal, principalmente com o aparecimento de gengivite, devido quase exclusivamente a más práticas de higiene oral ⁽⁸²⁾. No estudo realizado 97 (80,8%) dos indivíduos tinham placa visível a olho nu, para além do alto nível de hemorragia após passagem com sonda periodontal, próximo dos 100%.

Tendo em conta que foram apenas recolhidos 18 dos 40 questionários distribuídos, podemos afirmar que os resultados obtidos não têm grande significado estatístico. A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do género feminino, num total de 14 (77,8%), em contraste com apenas 4 (22,2%) homens que responderam ao questionário. A maioria dos profissionais colaborantes neste estudo, são auxiliares de acção directa, existindo poucos

enfermeiros e outros profissionais com formação na área da saúde. No total foram inquiridos 15 (83,3%) auxiliares de acção directa e 3 (16,7%) enfermeiros.

Nas primeiras duas questões pudemos observar alguma coerência nas respostas, visto que a percentagem de cada, que neste caso poderiam ser sim ou não, foram exactamente iguais. É de salientar também que todos os inquiridos deram exactamente a mesma resposta na primeira e segunda questão. Metade dos participantes no estudo, responderam que tiveram preparação específica a nível de saúde oral. No entanto, é de referir que nenhuma dessas respostas afirmativas foi dada pelos enfermeiros participantes no estudo, o que levanta algumas dúvidas sobre aquilo que os auxiliares de acção directa que responderam afirmativamente nesta questão, consideram realmente o que é formação específica nesta área.

Verificámos que 61,1% dos profissionais deste estudo considera que os pacientes não dão importância à sua higiene oral, e 55,6% apenas observa a cavidade oral dos pacientes ao seu cuidado apenas em casos de sintomatologia. Isto mostra que apesar de haver uma grande maioria de pacientes que não se preocupam com a saúde oral ou cujo estado mental não permita esse cuidado específico, também existe uma elevada percentagem de profissionais nesta associação, para os quais a saúde oral não é ainda um factor primário no que concerne aos cuidados de saúde em geral.

Quando questionados sobre se os pacientes referem dor dentária ou outro sintoma, 17 (94,4%) dos indivíduos respondeu que sim. No entanto, tendo em conta as respostas anteriores podemos concluir que raramente esses sintomas observados são relacionados com a cavidade oral. Outro factor que suscitou dúvidas são as respostas dadas na questão sete, em que 9 (50%) dos profissionais responderam estar atentos a sinais e sintomas de patologia oral e os restantes 9 (50%), responderam que só o fazem em caso de incómodo visível. Sendo uma pergunta semelhante à questão cinco e tendo em conta a diferença nos resultados, podemos afirmar que muitos profissionais não tiveram a seriedade necessária ou atenção suficiente aquando da realização do mesmo. Foi aliás perceptível, o incómodo de alguns profissionais na leitura de algumas perguntas e alguma agressividade na formulação de dúvidas em relação às mesmas, como se aquele questionário fosse de algum modo um teste às suas habilitações e qualidade do trabalho efectuado.

Em relação aos factores mais relevantes quando se faz a observação da cavidade oral, um terço dos participantes no estudo, num total de 6 (33,3%), não efectua essa observação. Nas respostas com maior prevalência estão o mau hálito com 9 (50%) respostas, escurecimento dos dentes com 8 (44,4%) respostas e o aspecto da gengiva com 6 (33,3%) respostas. Tendo em conta que existiam hipóteses com palavras como “mucosa” ou “cálculo”, talvez uma mudança na linguagem de forma a ser mais perceptível e simples teria tido uma melhor compreensão por parte dos inquiridos. No que diz respeito aos factores de risco, todos os profissionais desta associação consideraram que a ausência de higiene oral é a principal causa de uma má saúde oral. 16,7% dos indivíduos não respondeu à questão dez, o que quer dizer que nem todos os profissionais estão responsáveis por essa área ou presentes durante essas tarefas. A maioria dos auxiliares, num total de 13 (72,2%) respostas, respondeu que utiliza escova de dentes mais pasta dentífrica para a realização da higiene oral dos pacientes, e ainda que os locais normalmente higienizados são os dentes (77,8%) e a língua (50%). A maioria dos inquiridos também revelou que nos pacientes com hábitos de higiene oral esta é feita 2 vezes ao dia (77,8%).

Nos pacientes com prótese removível, houve alguma semelhança de resultados sobre a execução da higiene das mesmas. No entanto a resposta mais prevalente foi a utilização de uma escova própria, que foi escolhido por 8 (44,4%) dos profissionais. Cerca de 9 (50%) dos inquiridos afirmou que os pacientes só vão ao médico dentista em caso de sintomatologia. No entanto, houve indivíduos que para além dessa resposta também afirmaram que os pacientes visitam o médico dentista uma vez por ano. Por fim, cerca de 11 (61,1%) dos profissionais considerou que os familiares destes pacientes não são parte activa na promoção da saúde oral destes pacientes. Cremos que com maior tempo de preparação, esses mesmos familiares poderiam estar presentes no rastreio e ainda na apresentação sobre saúde oral realizada anteriormente aos rastreios.

6. CONCLUSÃO

Nos pacientes com deficiência mental observámos:

- Índice de CPOD com uma média de 8,70, o que consideramos um valor elevado, consistente com o Índice de Placa Bacteriana de Silness e Løe obtido;
- Pacientes com Autismo e Síndrome de Down apresentam um baixo número de dentes cariados e dentes restaurados;
- Pacientes com Autismo apresentam uma baixa percentagem de dentes perdidos;
- Elevada necessidade de tratamentos dentários, nomeadamente restauradores, protéticos e periodontais;
- Observação de anomalias dentárias comuns em pacientes com deficiência mental: variação de número e forma do dente, lesões físicas e bruxismo;
- Impossibilidade de observação intra-oral de alguns pacientes devido aos seus comportamentos agressivos.

Nos questionários efectuados aos funcionários da APPACDM observámos:

- Apenas metade dos funcionários inquiridos refere que teve preparação específica a nível de saúde oral;
- Relativamente à observação intra-oral do paciente, a maioria dos funcionários só efectua essa observação em casos de sintomatologia dolorosa;
- Todos os funcionários consideraram a ausência de higiene oral como o principal factor de risco para a saúde oral;
- O método mais utilizado para a realização da higiene oral dos pacientes é com recurso a escova de dentes e pasta dentífrica duas vezes ao dia e os dentes são o principal foco de atenção dessa higiene.

7. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Oral health, Fact sheet N° 318. (Fact sheet N° 318).
2. Harris NO, García-Godoy F. Primary Preventive Dentistry. 5 ed 1999.
3. Petersen PE, Kwan S. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention – WHO recommendations for improved evidence in public health practice. Community Dental Health. 2004;21:319-29.
4. Martins A. A promoção da saúde: Recursos e Paradigma. Popul J. 2005.
5. Eskenazi ES, Martins MA, Jr MF. Oral Health Promotion Through an Online Training Program for Medical Students. J Dent Educ. 2011; 75(5):672-8.
6. Vanobbergen J, Martens L, Lesaffre E, Bogaerts K, Declerck D. Assessing risk indicators for dental caries in the primary dentition. Community Dent Oral Epidemiol. 2001;29(6):424-34.
7. Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. Cad Saud Pub. 1999;15(4):701-9.
8. SJ D. Dental Hygiene: Concepts, Cases and Competencies. 2008(2ª ed):Part V, Cap.24.
9. Kaminker P, Armando R. Down syndrome. First part: clinical and genetic approach. Arch Argent Pediatr. 2008;106:249-59.
10. Moraes MEL, Bastos MS, Santos LRA, Castilho JCM, Moraes LC, Filho ME. Dental age in patients with Down syndrome. Braz Oral Res. 2007;21(3):259-64.
11. Mugayar LRF. Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: manual de odontologia e saúde oral. São Paulo: Pancast 2000.
12. Jovanovic S, Milovanovic SD, Gajic I, Mandic J, Latas M, Jankovic L. Oral health status of psychiatric in-patients in Serbia and implications for their dental care. Croat Med J. 2010;51(5):443-50.
13. Relatório Mundial de Saúde. Organização Mundial de Saúde; 2002; 1ª edição
14. Ferreira VdS, Oliveira LNd. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2007 27 Dezembro 2011. Available from: <http://www.ampid.org.br/index.php>.
15. Figueroa DLS. Estado Bucodental de un Grupo de Pacientes Psiquiátricos de Oaxaca México [Tesis Doctoral]: Universidad de Granada España; 2010.
16. Krause M, Vainio L, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. Dental education about patients with special needs: a survey of U.S. and Canadian dental schools. J Dent Educ. 2010;74(11):1179-89.
17. Waldman HB, Perlman SP. Preparing to meet the dental needs of individuals with disabilities. J Dent Educ. 2002;66(1):82-5.
18. Keselyak NT, Simmer-Beck M, Bray KK, Gadbury-Amyot CC. Evaluation of an academic service-learning course on special needs patients for dental hygiene students: a qualitative study. J Dent Educ. 2007;71(3):378-92.
19. Smith CS, Ester TV, Inglehart MR. Dental education and care for underserved patients: an analysis of students' intentions and alumni behavior. J Dent Educ. 2006;70(4):398-408.

20. Dehaitem MJ, Ridley K, Kerschbaum WE, Inglehart MR. Dental hygiene education about patients with special needs: a survey of U.S. programs. *J Dent Educ.* 2008;72(9):1010-9.
21. Hennequin M, Faulks D, Roux D. Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients. *J Dent.* 2000;28(2):131-6.
22. Dentistry AAoP. Guideline on management of dental patients with special health care needs. *Pediatr Dent.* 2008;30(7):107-11.
23. Possobon RF, Carrascoza KC, Moraes ABA, Jræ ÁLC. Dental treatment as a cause of anxiety. *Psic Est.* 2007;12(3):609-16.
24. Sloane PD, Mathew LJ, Scarborough M, Desai JR, Koch GG, Tangen C. Physical and Pharmacologic Restraint of Nursing Home Patients With Dementia. *JAMA.* 1991;265(10):1278-82.
25. Paes MR, Borba LO, Brusamarello T, Guimarães AN, Maftum MA. Physical restraint at a psychiatric hospital and nursing practice. *Rev enferm UERJ.* 2009;17(4):479-84.
26. Abdulwahab M, Al-Sayegh F, Boynes SG, Abdulwahab H, Zovko J, Close J. Assessing the Need for Anesthesia and Sedation Services in Kuwaiti Dental Practice. *Anesth Prog.* 2010;57:91-5.
27. Donaldson M, Gizzarelli G, Chanpong B. Oral Sedation: A Primer on Anxiolysis for the Adult Patient. *Anesth Prog.* 2007;54:118-29.
28. Koneru A, Sigal MJ, Paedo D. Access to Dental Care for Persons with Developmental Disabilities in Ontario. *JCDA.* 2009;75(2):121a-j.
29. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral pathology, Clinical Pathologic correlations. Elsevier Science. 2003(4).
30. Greenberg MS, Glick M. *Burket's oral medicine, diagnosis and treatment.* bc decker inc. 2003(10).
31. Morais TMN, Silva A, Avi ALRO, Souza PHR, Elias Knobel E, Camargo LFA. A Importância da Atuação Odontológica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Terap Inten.* 2006 Outubro – Dezembro, 2006.
32. Kaplan HL, Sadok BJ. *Manual de Psiquiatria Clínica.* 2ª Edição ed. Porto Alegre 1998.
33. Frances A, Pincus HA, First MB. *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.* 4 ed: Amer Psych Assoc. 2003.
34. Saúde OMD. *Relatório Mundial de Saúde. Saúde Mental- Nova Conceção, Nova Esperança;* 2002; 1.
35. Frances A, Pincus HA, First MB. *Psychiatric Disorders.* Allpsych 2003.
36. Sadok BJ, Sadok VA, Kaplan HL. *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica.* 2 ed 2008.
37. Owens PL, Kerker BD, Zigler E, Horwitz SM. Vision and oral health needs of individuals with intellectual disability. *Ment Retar Develop Disab Res Revw.* 2006;12:28-40.

38. Folakemi A, Oredugba, Akindayomi Y. Oral health status and treatment needs of children and young adults attending a day centre for individuals with special health care needs. *BMC Oral Health*. 2008.
39. Kumar M, Chandu GN, Shafiulla MD. Oral health status and treatment needs in institutionalized psychiatric patients : One year descriptive cross sectional study. *Indian J Dent Res* 2006;17(4):171-7.
40. Buckley F. Modelling Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*. 2008;12(2):98-102.
41. Gardiner KJ. Molecular basis of pharmacotherapies for cognition in Down syndrome. *NIH*. 2010;31(2):1-16.
42. Gardiner K, Herculat Y, Lott IT, Antonarakis SE, Reeves RH, Dierssen M. Down Syndrome: From Understanding the Neurobiology to Therapy. *Journal Neuros*. 2010;30(45).
43. Martin GE, Klusek J, Estigarribia B, Roberts JE. Language Characteristics of Individuals with Down Syndrome. *NIH*. 2009;29(2):112–32.
44. Weijerman ME, Winter JP. The care of children with Down syndrome. *Eur J Pediatr*. 2010;169:1445–52.
45. Ram G, Chinen J. Infections and immunodeficiency in Down syndrome. *British Soc Immuno*. 2011;164:9–16.
46. Moraes MEL, Moraes LC, Dotto GN, Dotto PP, Santos LRA. Dental Anomalies in Patients with Down Syndrome. *Braz Dent J*. 2007;18(4):346-50.
47. Peretz B, Shapira J, Farbstein H, Arieli E, Smith P. Modification of tooth size and shape in Down's syndrome. *J Anat*. 1995;188:167-72.
48. Loureiro ACA, Costa FO, Costa JE. The impact of periodontal disease on the quality of life of individuals with Down syndrome. *Down Syn Res Pract*. 2007;12(1):50-4.
49. Areias CM, Sampaio-Maia B, Guimaraes H, Melo P, Andrade D. Caries in Portuguese children with Down syndrome. *Clinics*. 2011;66(7):1183-6.
50. Kerins G, Petrovic K, Bruder MB, Gruman C. Medical conditions and medication use in adults with Down syndrome: A descriptive analysis. *Down Syn Res Pract*. 2008;12(2):141-7.
51. SMITH DS. Health Care Management of Adults with Down Syndrome. *Amer Fam Phys*. 2001;64(6):1031-8.
52. Jenny Bourke J, Ricciardo B, Bebbington A, Aiberti K, Jacoby P, Dyke P, et al. Maternal physical and mental health in children with Down syndrome. *J Pediatr*. 2008;153(3):320-6.
53. Ribeiro MFM, Barbosa MA, Porto CC. Cerebral palsy and Down syndrome: level of parental knowledge and information. *Ciênc Saú Col*. 2011;16(4):2099-106.
54. Kaye PL, Fiske J, Bower EJ, Newton JT, Fenlon M. Views and experiences of parents and siblings of adults with Down Syndrome regarding oral healthcare: a qualitative and quantitative study. *British Dent J*. 2005;198(9):571–8.
55. Castilho ARF, Marta SN. Evaluation of the incidence of dental caries in patients with Down syndrome after their insertion in a preventive program. *Ciênc Saú Col*. 2010;15:3249-53.

56. Parr J. Autism. *Clin Evid.* 2010;1(322):1-19.
57. Warren Z, McPheeters ML, Sathe N, Foss-Feig JH, Glasser A, Veenstra-VanderWeele J. A Systematic Review of Early Intensive Intervention for Autism Spectrum Disorders. *Pediatr J.* 2011;127(5):1303–11.
58. Elbe D, Lalani Z. Review of the Pharmacotherapy of Irritability of Autism. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;21(2):130-46.
59. Seldas RP. Los síntomas de los trastornos del espectro de autismo en los primeros dos años de vida: una revisión a partir de los estudios longitudinales prospectivos. *An Pediatr.* 2012;76(1):1-10.
60. Oliveira G, Ataíde A, Marques C, Miguel TS, Mota-Vieira L, Gonçalves E, et al. Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Develop Med Child Neuro.* 2007;49:726-33.
61. El-Fishawy P, Matthew W M. The Genetics of Autism: Key Issues, Recent Findings and Clinical Implications. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33(1):83-105.
62. Melissa L. McPheeters ZW, Nila Sathe, Jennifer L. Bruzek, Shanthi Krishnaswami, Rebecca N. Jerome and Jeremy Veenstra-VanderWeele. A Systematic Review of Medical Treatments for Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatr J.* 2011;127(5).
63. Orellana L-M, 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;17(3):415-9.
64. Jaber MA. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. *J Appl Oral Sci.* 2010;19(3):212-17.
65. Weil TN, Inglehart MR, Habil P. Dental Education and Dentists' Attitudes and Behavior Concerning Patients with Autism. *J Dent Edu.* 2010;74(12):1294-307.
66. Weil TN, Bagramian RA, Inglehart MR, Habil P. Treating patients with Autism Spectrum Disorder—SCDA members' attitudes and behavior. *Spec Care Dentist.* 2011;31(1):8-17.
67. Reddihough DS, Collins KJ. The epidemiology and causes of cerebral palsy. *Aust J Physiothe.* 2003;49:7-12.
68. Krigger KW. Cerebral Palsy: An Overview. *Amer Fam Phy.* 2006;73(1):91-100.
69. Prat MJG, Jiménez JL, Quesada JRB. Estudio epidemiológico de la caries en un grupo de niños con parálisis cerebral. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2003;8:45-50.
70. O'Shea TM. Diagnosis, Treatment, and Prevention of Cerebral Palsy in Near-Term/Term Infants. *Clin Obstet Gynecol.* 2008;51(4):816-28.
71. Mayston MJ. People With Cerebral Palsy: Effects of and Perspectives for Therapy. *Neur Plast.* 2001;8(1-2):51-69.
72. Damiano DL. Activity, Activity, Activity: Rethinking Our Physical Therapy Approach to Cerebral Palsy. *Phys Ther.* 2006;86:1534-40.
73. Damiano DL. Rehabilitative Therapies in Cerebral Palsy: The Good, the Not As Good, and the Possible. *J Child Neurol.* 2009;24(9):1200-4.

74. Reddihough DS, King JA, Coleman GJ, Fosang A, McCoy AT, Thomason P. Functional outcome of botulinum toxin A injections to the lower limbs in cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2002;44:820-27.
75. Du RY, McGrath C, Yiu CKY, King NM. Health- and oral health-related quality of life among preschool children with cerebral palsy. *Qual Life Res.* 2010;19:1367-71.
76. Franklin DL, Luther F, Curzon MEJ. The prevalence of malocclusion in children with cerebral palsy. *Eur J Ortho.* 1996;18:637-43.
77. Abanto J, Carvalho TS, Bönecker M, Ortega AOL, Ciamponi AL, Raggio DP. Parental reports of the oral health-related quality of life of children with cerebral palsy. *BMC Oral Health.* 2012;12(5).
78. Guerreiro PO, Garcias GL. Oral health conditions diagnostic in cerebral palsy individuals of Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Ciêns Saú Colet.* 2009;14(5):1939-46.
79. Miamoto CB, Ramos-Jorge ML, Ferreira MC, Oliveira M, Vieira-Andrade RG, Marques LS. Dental trauma in individuals with severe cerebral palsy: prevalence and associated factors. *Braz Oral Res.* 2011;25(4):319-23.
80. WHO G. *Oral Health Surveys Basic Methods.* 1997(4).
81. Dinelli W, Esperança TCD, Elossais AA, Santos-Pereira NR, Silva PG, Garcia PPNS. Analysis of gingival plaque index and oral hygiene of patients with regard to smoking. *RGO, Porto Alegre.* 2008;56(4):381-86.
82. Jain M. Oral health status of mentally disabled subjects in India. *J Oral Sci.* 2009;3:333-40.
83. Namal N, Vehit HE, Koksas S. Do autistic children have higher levels of caries? A cross-sectional study in Turkish children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2007;25:97-102.

8. ANEXOS

Anexo 1 - Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição do Género	47
Tabela 2 - Caracterização da amostra.....	48
Tabela 3 – Distribuição das Patologias mentais	49
Tabela 4 - Distribuição das patologias mentais por género.....	50
Tabela 5 - Média do Índice de CPOD	51
Tabela 6 - Média de dentes cariados	51
Tabela 7 - Média de dentes perdidos.....	51
Tabela 8 - Média de dentes obturados.....	51
Tabela 9 - Distribuição do Índice de CPOD por género.....	52
Tabela 10 - Distribuição do Índice de CPOD por grupos etários	53
Tabela 11 - Distribuição do índice de CPOD por Patologia Mental	54
Tabela 12 - Distribuição dos dentes cariados por Patologia Mental	55
Tabela 13 - Distribuição de dentes perdidos por Patologia Mental.....	56
Tabela 14 - Distribuição de dentes obturados por Patologia Mental.....	57
Tabela 15 - Distribuição do Índice de Placa.....	58
Tabela 16 - Distribuição do Índice de Placa consoante a Patologia Mental.....	59
Tabela 17 - Caracterização da amostra.....	60
Tabela 18 - Distribuição da profissão consoante o género.....	60
Tabela 19 - Questão 1 – Considera da sua competência a realização de hábitos de Higiene Oral nos pacientes ao seu cuidado? Questão 2- Considera que tem habilitações suficientes para a realização de hábitos de higiene oral?.....	61
Tabela 20 - Questão 3 – Teve alguma preparação específica a nível de saúde oral?	61
Tabela 21 - Questão 4 – Os pacientes dão importância à sua própria saúde oral?	62
Tabela 22 - Questão 5 – Costuma observar a cavidade oral dos pacientes ao seu cuidado?	62
Tabela 23 - Questão 6 – Os pacientes costumam referir dor dentária ou outro tipo de sintomas?.....	63
Tabela 24 - Questão 7 – Costuma estar atento/a a sinais ou sintomas que possam ser indicativos de patologia oral?.....	63
Tabela 25 - Questão 8 – Quando efectua observação intra-oral no paciente, que factores considera mais relevantes?	64
Tabela 26 - Questão 9 – O que considera factores de risco para a saúde oral?	64

Tabela 27 - Questão 10 – Que meios são utilizados pelos auxiliares para realizar a Higiene Oral dos pacientes?	65
Tabela 28 - Questão 11 – Que locais são normalmente higienizados?.....	65
Tabela 29 - Questão 12 – Quantas vezes é feita esta higiene, nos doentes com hábitos de higiene oral?	65
Tabela 30 - Questão 13 – Nos pacientes com prótese dentária, como é executada a sua higiene pelos profissionais de saúde?	66
Tabela 31 - Questão 14 – Relativamente à ida ao consultório médico-dentário durante o internamento:	66
Tabela 32 - Questão 15 – Os familiares são parte activa na promoção de saúde oral e na realização de hábitos de higiene oral?.....	67

Anexo 2 - Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição do Género	48
Gráfico 2 - Caracterização da amostra	48
Gráfico 3 - Distribuição das Patologias Mentais	49
Gráfico 4 - Distribuição das patologias mentais por género.....	50
Gráfico 5 - Distribuição do índice de CPOD por género.....	52
Gráfico 6 - Distribuição do Índice de CPOD por grupos etários.....	53
Gráfico 7 - Distribuição do índice de CPOD por Patologia Mental	54
Gráfico 8 - Distribuição dos dentes cariados por Patologia Mental	55
Gráfico 9 - Distribuição de dentes perdidos por Patologia Mental	56
Gráfico 10 - Distribuição de dentes obturados por Patologia Mental	57
Gráfico 11 - Distribuição do Índice de Placa	58
Gráfico 12 - Distribuição do Índice de Placa consoante a Patologia Mental	59

Anexo 3 - Questionários

Questionário

O aluno Frederico Cardoso do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, no âmbito da unidade curricular de Monografia, está a desenvolver um estudo sobre: **“Cuidados de Higiene Oral em Pacientes com Deficiência Mental”**. Solicitamos a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder a todas as questões que lhe são colocadas.

As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deve assinar nem rubricar em lugar algum o questionário.

Gratos pela sua colaboração e disponibilidade.

(Frederico Cardoso)

Análise e avaliação dos cuidados e promoção de saúde oral na APPACDM

Data: __/__/____

N.º

I. DADOS BIOGRÁFICOS

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: _____
3. Profissão:
 - Auxiliar de acção Médica
 - Enfermeiro

II. DADOS RELATIVOS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Considera da sua competência a realização de hábitos de Higiene Oral nos pacientes ao seu cuidado?
 - Sim
 - Não
2. Considera que tem habilitações suficientes para a realização de hábitos de higiene oral?
 - Sim
 - Não
3. Teve alguma preparação específica a nível de saúde oral?
 - Sim
 - Não
4. Os pacientes dão importância à sua própria saúde oral?
 - Sim
 - Não
5. Costuma observar a cavidade oral dos pacientes ao seu cuidado?
 - Sim, todos os pacientes são observados
 - Apenas quando o paciente refere algum tipo de sintomatologia
 - Não

6. Os pacientes costumam referir dor dentária ou outro tipo de sintomas?
- Sim
 - Não
7. Costuma estar atento/a a sinais e sintomas que possam ser indicativos de patologia oral?
- Sim
 - Não
 - Apenas em caso extremos de incomódo visível do paciente
8. Quando efectua observação intra-oral no paciente, que factores é que acha mais relevantes?
- Não efectuo
 - Mau hálito
 - Escurecimento dos dentes
 - Quantidade de saliva
 - Aspecto e textura da língua
 - Aspecto da mucosa
 - Aspecto da gengiva
 - Cálculo nos dentes
 - Mobilidade dos dentes
 - Número de dentes presentes
9. O que considera factores de risco para a saúde oral?
- Ausência de higiene oral
 - Fármacos
 - Boca seca
 - Consumo de álcool ou de drogas
 - Não ir ao médico dentista há mais de um ano
10. Que meios são utilizados pelos auxiliares para realizar a Higiene Oral dos pacientes?
- Escova de dentes apenas
 - Escova de dentes + pasta dentífrica
 - Colutório
 - Fio dentário

11. Que locais são normalmente higienizados?

- Dentes
- Língua
- Palato
- Bochechas

12. Quantas vezes por dia é feita esta higiene, nos doentes com hábitos de higiene oral?

- 1
- 2
- 3

13. Nos pacientes com prótese dentária, como é executada a sua higiene pelos profissionais de saúde?

- Não tem por hábito realizar a higiene das próteses
- A prótese é colocada num copo com água
- É utilizada uma escova própria
- É utilizado um produto específico para a higiene da mesma

14. Relativamente à ida ao consultório médico-dentário durante o internamento:

- Nunca vão ao médico dentista
- Só vão ao médico dentista quando existe sintomatologia
- Visitam o médico dentista 1 vez por ano
- Desconhece se vão ao médico dentista

15. Os familiares do paciente são parte activa na promoção de saúde oral e na realização de hábitos de higiene oral?

- Sim
- Não

Anexo 4 - Consentimento Informado

Informação para o paciente

Termo de Consentimento Informado

“ Cuidados de Higiene oral em Pacientes com Deficiência Mental ”

Eu, Frederico Carlos Pires Cardoso, aluno do 5ºano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária, venho por este meio comunicar que farei um estudo nos pacientes com deficiência mental na APPACDM, onde será realizado um exame clínico intra-oral, com o objectivo de recolha de dados indispensáveis ao desenvolvimento de uma dissertação de mestrado na área de Medicina Dentária Preventiva no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Comunico também que não será efectuado nenhum tratamento no paciente.

Os dados que constam na amostra obtida serão apenas utilizados pelos investigadores. A informação recolhida será tratada com a máxima confidencialidade, o seu nome será codificado e apenas os investigadores terão acesso a essa mesma informação. A participação neste estudo não implicará qualquer custo de atendimento.

(Nome do Participante)

tendo sido devidamente informado(a) sobre o conteúdo deste estudo, conduzido pelo aluno (a) _____, com o apoio de docentes da Disciplina de Medicina Dentária Preventiva do curso de “Mestrado Integrado de Medicina Dentária”, desejo participar no estudo.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Viseu, ____ de _____ 201__

Participante: _____

Pelos investigadores Responsáveis: _____

O Orientador: _____

O(A) Aluno/a: _____