



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE ORAL NUMA
POPULAÇÃO DE PACIENTES ESPECIAIS

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

Por:

Ana Sofia Silva Monteiro

Viseu, 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE ORAL NUMA
POPULAÇÃO DE PACIENTES ESPECIAIS

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

Por:

Ana Sofia Silva Monteiro

Orientador: Professora Doutora Andreia Figueiredo

Co-orientadora: Mestre Patrícia Couto

Viseu, 2018

“Ando no traçado do tempo à procura de mim mesmo até hoje não sei quem sou, mas sou um caminhante e não um conformista.”

Augusto Cury

Dedicatórias

À minha mãe, por me ensinar que o mais importante é viajar no coração das pessoas. Mami este trabalho é um bocadinho culpa tua.

Ao meu pai, que é minha cara-metade, por me mostrar sempre que em tudo na vida há mais coisas a atingir do que aquilo que já foi conseguido.

Ao meu mano, por saber sempre o que é melhor para mim e acreditar mais nisso do que eu própria, por vezes.

À minha avó e ao meu avô por estarem sempre presentes.

Sem vocês, nada disto seria possível.

À minha amiga Filipa, por todas as manhãs, tardes e noites, por todas as aventuras boas e menos boas. Por me mostrar o que é ter uma irmã.

À minha binómia, por ter sempre a palavra certa na hora certa, por ser a pessoa calma e ponderada que é. Por ser a minha agenda, a minha memória e o meu despertador.

À Chinha por me ensinar que ontem já passou, amanhã logo se vê o que importa mesmo é o que se faz hoje.

À minha companheira Dra. Barros por todos os conselhos académicos e pessoais e por se fazer sempre presente.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Andreia Figueiredo, por toda a ajuda e paciência na orientação deste meu confuso puzzle.

À minha co-orientadora Mestre Patrícia Couto por toda a disponibilidade sempre demonstrada.

Aos utentes e aos seus responsáveis legais por tudo o que me ensinaram.

Às instituições que aceitaram colaborar neste estudo: Cerci Lisboa, APPACDM, CRINABEL, Instituto Vitor Fontes e Santo Estêvão. Obrigada por toda a disponibilidade e atenção demonstrada.

A todos os meus colegas que fazem deste ano, um ano incrível, pois sem eles este percurso não teria tido o mesmo gosto.

Gostaria também de agradecer a todos os professores e funcionários pelos momentos bons e menos bons pois foram todos eles que fizeram estes 5 anos.

Resumo

Introdução: A medicina dentária é muitas vezes descurada, principalmente quando se trata de indivíduos com necessidades especiais. Este tipo de população, por dificuldades de acesso e acompanhamento na área da medicina dentária, apresenta caracteristicamente índices de saúde oral muito baixos, com alta prevalência de cárie e doença periodontal.

Materiais e Métodos: Foram contactadas 11 instituições das quais 5 participaram no estudo (APERCIM, CRINABEL, CERCI Lisboa, IVF e Sto. Estevão). Após a assinatura do consentimento informado foi preenchida uma ficha clínica com o auxílio de um funcionário da instituição de forma a ser possível a caracterização da amostra. Foi realizada posteriormente uma primeira avaliação extra e intra-oral onde foram medidos: índice CPO, índice de placa, índice de COPI, índice de COHI e índice de COCNI. Foi realizada uma sensibilização junto dos utentes e cuidadores com o objetivo de promoção de higiene oral. Após 7 dias desta sensibilização foi realizada nova avaliação intra-oral com os mesmos parâmetros da primeira. Ao fim de 30 dias realizou-se a última avaliação intra-oral.

Resultados: A maioria da população estudada (53,1%, n=76) é do género masculino e em 57,4% apresentavam idades compreendidas entre os 35 e os 55 anos. A média de IP1 é 62,3%, de IP2 é 59,6% e de IP3 60,1%. A correlação das médias dos valores de IP nos 3 momentos apresenta um $p < 0,001$. Existe ainda forte correlação entre os valores de IP1 e de CPO ($p = 0,003$) e entre os valores de CPO e o número total de medicação que os utentes tomam ($p = 0,005$). Um aumento no número total de medicamentos traduz-se, assim, num aumento do valores de CPO.

Conclusão: A sensibilização realizada junto dos utentes e funcionários da instituição melhorou a sua higiene oral. No entanto esta sensibilização deveria ser feita com periodicidade curta pois observou-se que existiu uma melhoria a curto prazo (após 7 dias) mas a higiene oral a médio prazo (após 30 dias) piorou em relação à segunda avaliação.

Palavras-chave: pacientes especiais; higiene oral, índice CPO; índice IP; índice COPI, índice COHI; índice COCNI.

Abstract

Introduction: Dental Medicine is many times neglected especially as far as individuals with special needs are concerned. This type of population due to difficulties of access or follow-up appointments in the dental medicine area, presents characteristically very low rates of oral health with high prevalence of cavities and periodontal disease.

Methods: From the 11 institutions contacted, 5 participated in the study (APERCIM, CRINABEL, CERCI Lisboa, IVF e Sto. Estevão). After signing the informed consent, a clinical file was filled with the aid of an employee of the institution in order to make possible the characterization of the sample. Later on a first evaluation both extra- and intra-oral measured: DMFT index, plaque index, COPI index COHI index and COCNI index. An attempt to raise the awareness of the patients and caretakers was put in place in order to promote oral hygiene. After 7 days a new intra-oral awareness campaign was performed with the same parameters as the first one. At the end of 30 days the last intra-oral evaluation took place.

Results: The majority of the studied population (53,1%, n=76) is of the male gender and in 57,4% were between 35 and 55 years old. The IP1 average is 62.3%, the IP2 is 59,6% and the IP3 is 60.1%. The correlation of the average values of IP in the 3 moments presents $p < 0,00,1$. There is also a strong correlation between the values of IP1 and DMFT ($p = 0,003$) and between the values of DMFT and the total amount of medication that the users take ($p = 0,005$). An increase in the number of total intake of medication expresses an increase in the number of DMFT values.

Conclusion: The awareness campaign performed among users and staff of the institution improved their oral hygiene. However, this awareness should be done on a short-term period of time because an improvement was observed in a short term (after 7 days) but the oral hygiene in medium term (after 30 days) decreased when compared to the second evaluation.

Keywords: special patients, oral hygiene, DMFT index, plaque index; COPI index; index COHI, index COCNI.

Índice

Resumo.....	V
Abstract.....	VI
1. Introdução.....	1
1.1. Definição de paciente especial.....	3
1.2. Prevalência do paciente especial na população	6
1.3. Determinantes de saúde oral	6
1.4. Índices em saúde oral	8
1.5. Paciente especial e a saúde oral	10
1.6. Técnicas de escovagem.....	11
1.7. Flúor	12
1.8. Fio dentário	14
1.9. Particularidades da higiene oral do paciente especial.....	15
1.10. Técnicas de atendimento do paciente especial	16
2. Objetivos.....	19
3. Material e Métodos	23
3.1. Caracterização do estudo	25
3.2. Descrição da amostra	25
3.3. Procedimentos legais e éticos.....	27
3.4. Protocolo e material utilizado	27
3.5. Análise Estatística	31
4. Resultados.....	33
4.1. Caracterização da amostra	35
4.2. Cruzamentos de variáveis estatisticamente significativas.....	40
5. Discussão	45
5.1. Caracterização da amostra	47
5.2. Método	51

5.3. Resultados de correlações.....	51
6. Conclusões.....	55
7. Bibliografia.....	59
8. Anexos.....	67
8.1. Anexo 1 – Consentimento Informado.....	69
8.2. Anexo 2 – Ficha de clínica.....	71
8.3. Anexo 3 – Ficha de observação.....	75
8.4. Anexo 4 – Determinantes do índice de COPI.....	77
8.5. Anexo 5 – Determinantes do índice de COHI.....	79
8.6. Anexo 6 – Determinantes do índice de COCNI.....	83

1. Introdução

A população com algum tipo de deficiência é muitas vezes esquecida devido a dificuldades de acesso a cuidados de saúde, principalmente de saúde oral. O tema “Avaliação de indicadores de saúde oral numa população de pacientes especiais” detém, por isso, elevada importância na população.

Indivíduos com deficiência, apresentam, por norma, uma saúde oral deficitária pois esta é descurada em detrimento de outras patologias sistémicas de que estes padecem. Esta população, por norma, necessita de diferentes terapias o que faz com que a consulta do médico-dentista represente mais uma sobrecarga para o orçamento familiar.

Pacientes especiais são aqueles que apresentam condicionantes à atividade e participação de forma autónoma. Contudo, se muitas das barreiras que lhes são impostas fossem substituídas por acessibilidades estariam, certamente, mais integrados e participativos na sociedade. Na área da medicina dentária, em que escolhi iniciar o meu percurso profissional, não poderia deixar de fazer valer essa minha atitude reflexiva, pois caso contrário, esta teria constituído uma passagem efémera. Penso que a nossa história se constrói, e se valida, com o conhecimento teórico e, mais importante, com o prático. O desenvolvimento deste estudo permitiu-me, assim, ajudar a população com deficiência através dos utentes com quem contactei diretamente e alertar instituições e população em geral para este problema.

1.1. Definição de paciente especial

A Odontopediatria é a área da Medicina Dentária que se dedica ao tratamento de pacientes com idades compreendidas entre os 6 meses e os 18 anos, assim como pacientes com necessidades especiais.

Define-se como paciente especial (PE), todo aquele que apresenta incapacidade duradoura/permanente. Esta poderá ser física, mental, intelectual ou sensorial, sendo que estas incapacidades impedirão a participação plena e em igualdade com os outros, na sociedade⁽¹⁾.

O significado de PE é vasto e inclui diferentes condições incapacitantes, tais como: deficiência intelectual, demência, limitações físicas, distúrbios de movimento e distúrbios comportamentais⁽²⁾.

Segundo as classificações anteriormente apresentadas passaremos, assim a abordar os seguintes grupos: deficiência cognitiva, paralisia cerebral e

trisomia 21, doenças degenerativas e limitações físicas ou distúrbios do movimento.

1.1.1. Deficiência Cognitiva

A deficiência intelectual/cognitiva ou ainda *deficit* cognitivo caracteriza-se por um funcionamento intelectual abaixo da média. Segundo a *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* esta deficiência é uma limitação significativa ao nível do funcionamento intelectual e comportamento adaptativo de determinado indivíduo, condicionando, assim, muitas das suas capacidades sociais e influenciando o seu quotidiano.

A Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) define deficientes mentais como “indivíduos com uma capacidade intelectual sensivelmente inferior à média, que se manifesta ao longo do desenvolvimento e está associada a uma clara alteração dos comportamentos adaptativos”. Existem cinco níveis ou graus de deficiência mental: limite ou *borderline* ligeira, moderada, severa e profunda. São assim agrupadas segundo o Quociente de Inteligência do indivíduo.

A etiologia desta deficiência é muito diversa mas poderemos considerar: fatores genéticos e fatores extrínsecos. São fatores genéticos: genopatias e cromossopatias. Fatores extrínsecos são fatores pré-natais como embriopatias, fetopatias, infeções, endocrinometabolopaias, intoxicações, radiações e perturbações psíquicas⁽³⁾.

1.1.2. Paralisia Cerebral

O termo paralisia cerebral aplica-se geralmente para definir um grupo de alterações caracterizadas pela disfunção motora, cuja principal causa é uma lesão encefálica não progressiva, acontecida antes, durante, ou pouco depois do parto. É uma perturbação complexa que compreende vários sintomas, nomeadamente alteração ou não da função neuromuscular com défices sensoriais (audição, visão, fala, etc.), dificuldades de aprendizagem com défice intelectual e sem ele, e problemas emocionais. Podemos definir paralisia cerebral empregando as palavras de *Cahuzac* como “ Desordem permanente e não imutável da postura e do movimento, devida a uma disfunção do cérebro antes que o seu crescimento e desenvolvimento estejam completos” Para que seja possível compreender o que é a Paralisia Cerebral temos de ser tidos

em conta quatro pontos essenciais, que são: ser uma desordem permanente que, embora definitiva, não é evolutiva; não é imutável, é suscetível de melhorias; não possui relação com o nível mental, a perturbação predominante é a perturbação motora; pode surgir durante todo o período de crescimento cerebral, sem referência a nenhuma etiologia precisa.

As causas da paralisia cerebral são tão complexas e variadas como os tipos clínicos, excluindo uma base genética e, portanto, a possibilidade de transmissão de pais para filhos. Trata-se quase sempre da existência de fatores exógenos (exteriores) ao cérebro, embora em muitos casos a etiologia seja desconhecida.

O tratamento de pessoas com paralisia cerebral deverá começar o mais cedo possível, já que qualquer dificuldade incipiente que possa existir obtém melhores resultados quanto mais precoce for iniciado o tratamento. O tratamento engloba diferentes aspetos: motricidade, terapia da fala e terapia ocupacional, utilização de próteses ou outro material ortopédico quando necessário⁽³⁾.

1.1.3. Trissomia 21

Esta anomalia pode ser causada por três fatores diferentes são eles: um erro de distribuição dos cromossomas antes da fertilização; um erro de distribuição dos cromossomas na segunda ou terceira divisões celulares; a totalidade ou uma parte de um cromossoma unido à totalidade ou parte de outro cromossoma. Dando, assim, origem aos três tipos de síndrome de Down: trissomia homogénea (que é o caso mais frequente), mosaicismo e translocação, respetivamente. A trissomia 21 provoca problemas cerebrais, de saúde, de desenvolvimento físico e fisiológico. A maioria das alterações orgânicas acontece durante o desenvolvimento do feto, pelo que o diagnóstico pode ser feito no momento do nascimento, o que é uma vantagem, pois possibilita uma intervenção precoce. A aparência física dos portadores desta deficiência apresenta características muito particulares e específicas dando-lhes um aspeto muito semelhante. Nestes pacientes o médico dentista deve encontrar-se especialmente atento a características específicas deste síndrome como: macroglossia, baixo tónus muscular, microdontia, agenesias múltiplas, giroversões, taurodontismo e doença periodontal^(3,4).

1.1.4. Doenças degenerativas

Segundo a Associação Portuguesa De Familiares E Amigos Dos Doentes de Alzheimer, o termo demência agrupa diversas patologias que causam um declínio progressivo no funcionamento do indivíduo. Este termo, segunda a instituição supracitada, engloba, assim, vários sinais como perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais.

1.1.5. Limitações físicas ou distúrbios do movimento

Indivíduos com limitações físicas ou distúrbios do movimento relatam que, de entre os cuidados de saúde, os cuidados de saúde oral são os de mais difícil acesso. É descrito, num estudo que contempla indivíduos com lesões na medula espinal, a importância acrescida da cavidade oral nestes indivíduos tendo em conta que alguns fazem recurso a apontadores para ser possível a sua comunicação ou a realização de tarefas do dia-a-dia. Indivíduos com este tipo de limitações necessitam de cadeiras adaptadas no consultório médico-dentário e profissionais que tenham conhecimentos para a realização da transferência entre cadeiras. Assim, para que seja possível o tratamento destes pacientes este é muitas vezes realizado na própria cadeira de rodas onde o indivíduo se desloca⁽⁵⁾.

1.2. Prevalência do paciente especial na população

A crescente prevalência de indivíduos com deficiência deve-se ao facto de existir um aumento do acesso ao diagnóstico, um melhor reconhecimento das condições de desenvolvimento, assim como o aumento da qualificação das diferentes deficiências⁽⁶⁾.

2980,4 milhares de portugueses entre os 15 e os 64 anos de idade apresentam problemas de saúde prolongados e/ou dificuldade no desempenho de atividades básicas, segundo dados do Censos 2011⁽⁷⁾.

1.3. Determinantes de saúde oral

A saúde oral pode ser influenciada por diversos fatores tais como, o nível socioeconómico, as características comportamentais, os fatores culturais e

condições ambientais. A conjugação de todos estes fatores origina hábitos alimentares e de higiene díspares, o que condicionará os cuidados de saúde oral⁽⁸⁾.

Segundo dados da OMS, 60% a 90% das crianças em idade escolar apresentam, pelo menos uma lesão de cárie e, na sua maioria esta encontra-se associada a dor e desconforto.

1.3.1. Nível socioeconómico

Existe uma correlação marcada entre condições socioeconómicas baixas e más condições de saúde oral. Apesar de existirem vários esforços feitos para melhorar a saúde oral das populações, as desigualdades no que respeita à saúde oral persistem globalmente⁽⁹⁾. É possível, assim, observar uma maior prevalência de doenças orais crónicas (como cárie e doença periodontal) em pacientes de baixo nível socioeconómico⁽¹⁰⁾.

1.3.2. Características comportamentais

O baixo nível socioeconómico associado a baixa escolaridade, prejudica a compreensão da importância da saúde e do acesso a cuidados de saúde oral. A higiene oral é vista por alguns indivíduos como um hábito sem relevância, que é realizado, meramente, por questões estéticas e não pelos seus benefícios na saúde geral do indivíduo. Foi, ainda, observado em diversos estudos que o nível de escolaridade influencia diretamente a saúde oral do indivíduo. Numa dada população, são crianças de risco aquelas cujas mães têm menor nível de habilitações literárias⁽¹¹⁾.

Os hábitos alimentares têm, da mesma forma um impacto importante sobre a saúde oral. Esta pode ser influenciada pela dieta do indivíduo de diversas formas, representando um fator fundamental para o equilíbrio e desenvolvimento oral e sistémico. O tipo de alimentação desempenha, assim, um papel importante na etiologia da cárie, erosão dentária, doenças da mucosa oral e tecidos periodontais. As doenças orais poderão resultar, em última análise, na perda de dentes, o que se traduz numa maior dificuldade na alimentação, reduzindo assim a qualidade de vida do indivíduo⁽¹²⁾.

1.3.3. Fatores culturais

Fatores culturais são igualmente preponderantes no que diz respeito à saúde oral. A população de países do norte da Europa tem melhores valores no que se refere a índices de saúde oral quando comparada com países do sul. No entanto, a diferença torna-se mais severa quando comparamos sociedades com culturas mais díspares, como por exemplo, a europeia e de países africanos. Na Europa a saúde oral tem vindo, ao longo dos anos a ganhar cada vez mais relevância. As técnicas, materiais e a formação dos profissionais de saúde nesta área têm vindo a melhorar. No entanto, em países africanos ainda predomina o tratamento baseado na crença e não sustentado pela evidência, recorrendo a materiais rudimentares. A OMS relata que 80% da população africana ainda faz uso de tratamentos tradicionais de saúde baseados em crenças devido a fatores económicos e culturais. Existe, por exemplo uma técnica que se denomina de “*Ebinyo*”, mais comumente conhecida na Europa por germectomia e que é realizada em países do continente africano por pessoas sem qualquer tipo de treino baseado numa formação. Este procedimento é realizado em bebés com o recurso a raios de bicicletas, agulhas quentes, facas, unhas ou outros instrumentos pontiagudos. A “*Ebinyo*” tem como finalidade a crença de que irá prevenir febres e diarreia na criança em que foi realizado o procedimento⁽¹³⁾.

1.3.4. Condições ambientais

O ambiente a que estamos expostos também influencia diretamente a nossa condição de saúde oral. O processo de saúde-doença está estreitamente relacionado com as condições do meio ou do ambiente de trabalho. Estes fatores irão promover o desenvolvimento de alterações e problemas orais, como pigmentação de dentes e mucosa, infeções, traumas e processos patológicos⁽¹⁴⁾.

1.4. Índices em saúde oral

1.4.1. Índice de Placa

O Índice de Placa permite a avaliação dos depósitos de placa bacteriana nas superfícies dentárias através da aplicação de um corante nas superfícies dos dentes⁽¹⁵⁾.

O índice de O'Leary é um método de registo simples que, identifica as superfícies dentárias que se encontram com placa bacteriana através do uso de corantes. Deste modo, é possível motivar o paciente e alertá-lo para uma melhor escovagem em zonas onde esta é deficitária. Esta técnica utiliza o corante fúcsia básica a 2%. Este é aplicado com um cotonete em todas as superfícies dentárias. Depois da aplicação, o paciente deve bochechar com água de forma a remover os excessos. Posteriormente, avaliam-se e contabilizam-se as superfícies dentárias coradas, onde cada dente se encontra dividido em 4 faces (vestibular, distal, mesial e lingual/palatina)⁽¹⁶⁾. Para que seja possível obter o resultado final procede-se à soma do número de faces dentárias coradas e divide-se pelo número de faces dentárias presentes na boca. Este resultado deve ser multiplicado por cem, de modo a que o resultado seja percentual.

1.4.2. Índice CPO

O índice de CPOD (para dentes permanentes) ou CPOd (para dentição decídua) permite-nos ter uma visão de quantos dentes cariados, perdidos e obturados o paciente tem em boca no total.

Este índice é calculado a partir da seguinte fórmula:

$$\text{CPO} = c \text{ (n}^\circ \text{ dentes cariados)} + p \text{ (n}^\circ \text{ dentes perdidos por cárie)} + o \text{ (n}^\circ \text{ de dentes obturados)}$$

O Índice de CPO pode ser classificado segundo o grau de severidade. Sendo que se o paciente apresentar um índice de CPO de 0,1 a 1,1 é de severidade muito baixa; de 1,2 a 2,6 é de severidade baixa; de 2,7 a 4,4 é de severidade moderada; de 4,5 a 6,5 é de severidade elevada⁽¹⁷⁾.

1.4.3. Índice COHI, COPI e COCNI

Os índices de COHI, COPI e COCNI surgiram de um estudo observacional de coorte transversal publicado em Junho de 2008 por *Hennequin et al.* Neste estudo foram observados 8900 indivíduos entre eles: crianças e adolescentes com deficiência e crianças sem deficiência. Esta população foi avaliada quanto a 24 critérios relacionados com alimentação, autonomia, acesso ao tratamento médico-dentário, higiene oral, doença oral, estado de saúde geral e comportamentos. A partir dos resultados obtidos foram depois gerados os três índices clínicos referidos (COHI, COPI e COCNI) através da associação de cinco

algoritmos. Os índices de *Clinical Oral Health Index (COHI)*, *Clinical Oral Prevention Index (COPI)*, *Clinical Oral Care Needs Index (COCNI)* classificam, assim, os indivíduos da população de acordo com os 24 critérios clínicos em três índices de saúde oral.

O COHI tem como objetivo principal a classificação de cada indivíduo segundo a existência, ou não, de problemas de saúde oral, bem como o seu impacto na saúde geral.

O COPI classifica o indivíduo como tendo ou não necessidade de ações de prevenção ou promoção para a educação em saúde oral.

O COCNI classifica cada indivíduo quanto à sua necessidade, ou não, de tratamento ou observação médica dentária⁽¹³⁾.

1.5. Paciente especial e a saúde oral

Por norma, estes pacientes apresentam uma maior propensão a uma deficitária saúde oral^(1,18-25). Tal facto deve-se a uma má higiene, aliada a uma dieta por norma pastosa/passada, má-oclusão, xerostomia e uso crónico de medicação⁽¹⁹⁾⁽²⁶⁾. A falta de prevenção e difícil acesso a profissionais habilitados também contribui para que estes pacientes apresentem a referida saúde oral comprometida^(20,24,26-28). Existem, ainda, muitos fatores que podem levar a que esta tendência se verifique, nomeadamente, limitações cognitivas, físicas e do meio. Muitas vezes as suas comorbilidades, o baixo nível económico das famílias, o desconhecimento negligente por parte dos cuidadores, a severidade da deficiência, o sistema de transporte, consultório não adaptado e apoios políticos e sociais interferem negativamente na sua saúde oral. Estes fatores dificultam o desempenho de uma higiene oral satisfatória bem como a colaboração nas consultas do médico dentista⁽¹⁹⁾⁽²⁸⁾.

Os estudos efetuados, apesar de escassos, têm contribuído para uma avaliação mais fidedigna do *status* oral e promovido a criação de programas direcionados para este tipo de população que visem um acesso facilitador a cuidados de prevenção e tratamento⁽¹⁹⁾⁽²⁴⁾⁽²⁹⁾.

Para existir um estado de saúde oral é obrigatório a execução de uma correta higiene oral aliada a hábitos dietéticos corretos. De entre os hábitos de higiene oral destacamos a escovagem dentária realizada de forma eficaz, a utilização de fio dentário e o uso de flúor.

1.6. Técnicas de escovagem

A escovagem é a melhor técnica mecânica de remoção da placa bacteriana e de restos alimentares. Este método é o mais frequentemente utilizado na higiene oral e também o mais eficaz.

A escovagem dos dentes, realizada por pacientes especiais com limitações motoras e/ou cognitivas deve ser sempre supervisionada, de modo a que este procedimento se torne mais eficaz. Tendo em conta o grau de dependência do indivíduo a higiene oral poderá ter de ser efetuada pelo cuidador.

A escovagem deve ser realizada pelo menos duas vezes ao dia, sendo que após o jantar é de carácter obrigatório. O tempo de escovagem ideal é 2 minutos⁽³⁰⁾. A escovagem deve ser realizada juntamente com um dentífrico fluoretado pois este irá permitir o aumento da ação abrasiva das cerdas da escova e a libertação de substâncias químicas na prevenção e controlo da placa bacteriana.

Existem diversas técnicas de escovagem, no entanto deve ser tido em conta que este procedimento deve seguir sempre a mesma ordem pela qual é feito para que nenhuma área fique esquecida. A escovagem deve, assim, ser iniciada sempre pela arcada do mesmo lado percorrendo as faces vestibulares da mesma e posteriormente todas as linguais/palatinas. Por fim, devem ser escovadas as faces oclusais, dorso da língua, palato e bochechas⁽¹⁵⁾.

Como já referido existem diversos métodos de escovagem, nomeadamente: Fones, Leonard, Stillman, Charters, Bass e Stillman Modificado, sendo que todos são ineficazes na limpeza de áreas interproximais. O mais eficiente na limpeza de sulcos gengivais é a técnica de Bass⁽³¹⁾.

A técnica de Fones consiste na colocação das cerdas da escova perpendicularmente à coroa do dente efetuando movimentos horizontais e rotatórios⁽¹⁵⁾.

A técnica de Leonard ou técnica de escovagem rotatória realiza-se com o auxílio de movimentos verticais da zona cervical para coronal/incisal do dente⁽¹⁵⁾.

Stillman preconizava que a colocação das cerdas deveria ter uma inclinação de 45° no sentido do ápex dentário, abrangendo a gengiva e o dente

simultaneamente. Caracteriza-se também pela execução de movimentos vibratórios com ligeira pressão⁽¹⁵⁾.

A técnica de Charters baseia-se na aplicação de pressão vibratória para limpar as áreas interproximais, realizando movimentos rotatórios, com o extremo das cerdas em contacto com a gengiva marginal⁽¹⁵⁾.

Segundo a técnica de Bass a escova deve ser colocada com uma angulação de 45° relativamente ao longo eixo do dente, executando movimentos de vaivém. Este tipo de escovagem permitirá uma higienização do sulco gengival removendo a placa bacteriana presente na margem gengival⁽¹⁵⁾

O método de Stillman Modificado é uma combinação de movimento vibratório das cerdas com o movimento giratório da escova, no sentido do longo eixo do dente. A escova é posicionada junto à linha muco gengival com as cerdas apontadas para a coroa, fazendo um movimento orientado para oclusal, ao longo da gengiva e superfície dentária⁽¹⁵⁾⁽³¹⁾.

Todas as técnicas referidas deverão ser acompanhadas da escovagem do dorso da língua, bochechas e palato.

1.7. Flúor

Segundo a Organização Mundial de Saúde o flúor é a medida mais eficaz para prevenir a cárie dentária. Este possui uma função preventiva e terapêutica que é pós-eruptiva. A aplicação de flúor pode ser realizada por via tópica (auto-aplicação ou profissional) ou sistémica.

O flúor tem a sua ação através da deposição em tecidos duros calcificados onde se liga à patite do dente dando origem a fluorhidroxiapatite. Deste modo, este composto, tem ação anticariogénica promovendo a remineralização, tornando o dente mais resistente à desmineralização, diminuindo a permeabilidade do esmalte e reduzindo as diferenças de pH do meio.

É possível afirmar que a utilização de um dentífrico fluoretado constitui um benefício para a saúde oral, claramente evidenciado pela literatura baseada em investigação científica. No entanto, outros produtos contendo flúor, nomeadamente, comprimidos, colutórios para bochechar e verniz são preconizados e utilizados em programas implementados na comunidade⁽³²⁾.

1.7.1. Pastas dentífricas fluoretadas

A aplicação de flúor através do uso dentífrico fluoretados é o método mais utilizado para autoaplicação tópica deste composto. Segundo o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral a pasta utilizada para a realização da escovagem dentária deve ter uma concentração de 1000 a 1500ppm independentemente da idade, pois o que deverá variar é a quantidade de pasta utilizada. Dos 0 aos 6 anos de idade a quantidade deverá ser idêntica ao tamanho da unha do quinto dedo da criança. A partir dos 6 anos de idade a quantidade deverá ser aproximadamente de 1cm.

1.7.2. Comprimidos de flúor

Os comprimidos de flúor são uma das formas de administração de flúor sistémico. Estes não se encontram recomendados para qualquer idade, encontrando-se contraindicados dos 0 aos 3 anos. Esta aplicação sistémica de flúor apenas é indicada quando o indivíduo possui alto risco de cárie dentária. A partir dos 3 anos de idade e sendo uma criança de alto risco cariogénico deverá realizar a toma de 1 comprimido diário de fluoreto de sódio de 0,25mg. Todos os valores a cima apresentados são baseados em informações da *American Dental Association* (ADA).

1.7.3. Colutórios fluoretados

O uso de colutórios fluoretados, segundo a ADA, é uma das hipóteses para aumentar a exposição ao flúor. Existem, assim, colutórios de aplicação diária com uma concentração de fluoreto de sódio 0,05% e colutórios de uso semanal ou quinzenal com uma concentração de fluoreto de sódio 0,2%.

Após os 6 anos de idade, deve ser feito o bochecho, quinzenalmente, com uma solução de fluoreto de sódio a 0,2%.

1.7.4. Géis e Verniz de flúor

A aplicação de géis e verniz de flúor é feita em consultório e deste modo tem concentrações maiores que outros métodos de aplicação de flúor de uso diário.

A aplicação de géis de flúor é feita com recurso a moldeira e atua através da penetração do gel nos espaços interdentários. Está indicada a aplicação de géis de flúor trimestralmente para média a alta atividade de cariogénica e semestralmente para baixa atividade.

A aplicação de verniz de flúor tem como intuito principal manter o mais íntimo e longo contacto com a superfície dentária possível. Este encontra-se indicado para crianças com idades inferiores a 6 anos e pacientes portadores de deficiência. Segundo a American Dental Association o uso de verniz de fluor deve ser semestral para pacientes livres de cáries ou com lesões de cárie ativa e de 3 em 3 meses para pacientes com cáries rampantes, no caso destes se encontrarem expostos a uma concentração de água fluoretada baixa (<0,7 ppm). Quando a fluoretação da água é ótima deve ser apenas feita a aplicação de verniz de flúor semestralmente em caso de presença de cáries ativas e de 3 em 3 meses para casos que apresentem cáries rampantes.

1.8. Fio dentário

O fio dentário é um complemento fundamental à higiene oral, permitindo a higienização de espaços interdentários que são de difícil acesso à escovagem. O uso diário de fio dentário permitirá a prevenção do aparecimento de cáries interproximais e doença periodontal. Apesar de este ser um complemento importante à higiene oral, a maior parte da população não faz uso do fio dentário e/ou escovilhão.

O fio dentário deve ser enrolado cerca de 46 a 61 cm nos dois dedos médios. Deve ser seguro entre o dedo indicador e o polegar, deixando cerca de 2,5 cm de fio livre e deve ser introduzido nos espaços interproximais dos dentes deslizando até à gengiva. O fio é manipulado com um movimento em “C” e movido de gengival para oclusal⁽¹⁵⁾.

O escovilhão deve ser introduzido perpendicularmente no espaço interdentário, executando um ligeiro movimento de vaivém, suave e lento. Em pacientes com patologia periodontal e a efetuar tratamento ortodôntico este é recomendável, sendo mais eficaz que o fio dentário.

1.9. Particularidades da higiene oral do paciente especial

A higiene oral de pacientes com necessidades especiais, quando supervisionada, poderá melhorar significativamente. Esta supervisão é importante, pois irá reduzir o custo de tratamentos dispendiosos, dentalgia e o número de extrações dentárias. O profissional de saúde oral deverá apresentar soluções de higiene oral adaptadas às diferentes especificidades. No caso de pacientes com mais autonomia no que concerne à higiene oral, mais especificamente à escovagem, esta poderá ser feita com o recurso a adaptações da escova, copo ou lavatório. O grau de habilidade manual, o nível de motivação, o tempo e a pressão utilizadas no procedimento e a existência de zonas de difícil acesso na cavidade oral irão determinar o sucesso da escovagem. É preconizado que a cabeça da escova deverá ser de pequenas dimensões com cerdas de *nylon* de consistência média e de pontas arredondadas. No caso de crianças e pessoa com deficiência o cabo da escova deverá ser longo e largo para facilitar a preensão, pois neste tipo de população a pinça fina poderá não estar bem desenvolvida⁽³³⁾.

As escovas elétricas são encaradas como um método eficaz em pacientes cuja destreza manual se encontra diminuída ou que usam aparelhos ortodônticos⁽³⁴⁾. Assim sendo devem ser aconselhadas a pacientes com má higiene oral e que demonstrem incapacidade em remover a placa com escovas convencionais, devido a ausência de habilidade manual na manipulação da escova. Esta falta de habilidade é compensada pela escova elétrica, uma vez que a cabeça giratória da mesma efetua os movimentos necessários à escovagem⁽¹⁵⁾.

A adaptação da escova às necessidades do paciente é, ainda, uma mais-valia para o sucesso da higiene oral do mesmo. A adaptação da escova pode ser feita com recurso a diversos materiais como bolas de esponja, régua, elásticos, massa de *Biscuit* ou espátulas de madeira⁽³⁵⁾. Esta adaptação permitirá também um aumento da autonomia no momento da escovagem. A substituição da escova deve ser efetuada de 3 em 3 meses ou logo que comece a deteriorar-se.

Estes pacientes apresentam índices cariogénicos e de doença periodontal elevados, o que provocará a perda de dentes e dentalgia, que culminará numa diminuição da qualidade de vida associada a doenças sistémicas⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾.

São obstáculos à implementação do tratamento dentário a dificuldade de colaboração por parte do paciente e questões legais, dado que é necessário o consentimento legal do responsável pelo indivíduo⁽¹⁹⁾⁽²¹⁾. Os fatores nomeados anteriormente fazem com que a percentagem de tratamentos conservadores seja baixa e a de edêntulismo alta⁽²¹⁾. A limitação na colaboração deve-se a uma combinação de fatores, nomeadamente, movimentos incontrolláveis e involuntários do corpo, falta de habilidade motora, deficiência intelectual e limitação na abertura da boca⁽²⁶⁾.

Muitas vezes a higiene oral destes pacientes acaba por não ser uma prioridade em detrimento de outros problemas de saúde que estes indivíduos manifestam. No entanto, deve ser explicado aos cuidadores que ao providenciar bons cuidados de saúde oral ao seu cuidando estarão a diminuir complicações sistémicas e locais e desconforto⁽²⁶⁾.

A fraca higiene oral está diretamente associada a uma variedade de doenças tais como respiratórias, cardiovasculares e endócrinas. Uma boa higiene oral irá diminuir o desenvolvimento de cáries e doença periodontal⁽²⁰⁾.

A promoção de higiene oral junto destes utentes tem sido relatada como diminuindo a quantidade de placa e sangramento gengival significativamente a curto prazo⁽²⁰⁾.

1.10. Técnicas de atendimento do paciente especial

O paciente especial, com determinado tipo de deficiência ou fobia do tratamento dentário deverá ser tratado com recurso a técnicas de modificação do comportamento, embora por vezes poderá ser necessário o recurso a sedação ou anestesia geral⁽³⁶⁾. Podem, ainda, ser usadas estratégias auxiliares de restrição física, como por exemplo, *Grandma's Pants*, *The Worm*, bandas restritivas e *Godoy's Device*⁽²⁶⁾.

Casos mais complexos no que concerne a técnica médico-cirúrgica e/ou comportamental, o tratamento dentário poderá ser realizado sob anestesia geral ou sedação intravenosa que, na maioria dos casos só se encontra disponível a nível hospitalar⁽³⁶⁾.

Podemos, assim, concluir que se considera importante tanto a adequação dos profissionais como dos recursos tecnológicos de saúde para que seja possível um facilitado acesso aos cuidados de saúde, bem como uma desmistificação da profilaxia em pacientes com deficiência⁽²⁸⁾.

2. Objetivos

2.1. Objetivo principal

Consciencializar os utentes das instituições e seus cuidadores para a importância dos hábitos de higiene oral e motivar e instruir para os mesmos, avaliando o índice de placa, índice CPO, índice de COCNI, índice de COPI, índice de COHI.

2.2. Objetivos específicos

1. Sensibilizar os utentes e cuidadores para os cuidados de higiene oral junto de utentes e cuidadores;
2. Caracterizar a população de pacientes especiais das instituições integrantes do estudo particularmente em relação ao grau de deficiência, género, idade e comunicação usada;
3. Avaliar a população em estudo quanto à sua autonomia na higiene e alimentação;
4. Avaliar o método de higiene oral utilizado pelos utentes das instituições integrantes no estudo;
5. Avaliar o índice CPO, índice de placa, de COHI, COPI e COCNI, na população estudada;
6. Comparar os valores de IP observados e a diferença da sua média nos três nos momentos diferentes de observação do índice de placa nos três momentos de observação;
7. Relacionar o índice CPO com o índice de placa;
8. Relacionar o índice de COCNI (grau de necessidade de realizar tratamento ou observação médico-dentária) com a presença de patologia neurológica diagnosticada;
9. Relacionar o Índice CPO e índice de placa com o uso de outros fármacos;
10. Comparar o tipo de alimentação com o índice CPO;
11. Associar o método de higiene oral utilizado com o índice CPO e índice de placa;
12. Correlacionar a quantidade de fármacos que os utentes tomam com o índice CPO.

3. Material e Métodos

3.1. Caracterização do estudo

O estudo desenvolvido é do tipo qualitativo observacional transversal.

3.2. Descrição da amostra

A população estudada apresenta variados graus de comprometimento cognitivo e/ou motor. Tal como consta na Figura 1 foram contactadas as instituições do concelho de Viseu e algumas no concelho de Lisboa, por conveniência pessoal do investigador. Este contacto foi feito via telefone e posteriormente formalizado por e-mail. Foram convidadas a participar no estudo onze instituições, das quais seis aceitaram participar. Uma das instituições que aceitou participar no estudo foi excluída do mesmo por atrasos no prazo de entrega dos consentimentos informados requisito sem o qual não se efetivava o estudo. O público-alvo que integra o estudo encontra-se obrigatoriamente, em regime, de residência foram incluídas cinco instituições: APERCIM (Maфра), CRINABEL (Lisboa), CERCI Lisboa (Lisboa), APPACDM – IVF (Viseu) e União das Misericórdias Portuguesas - Centro de Apoio a Deficientes Santo Estêvão (Viseu). Foram incluídos todos os utentes destas cinco instituições, cujos representantes legais tenham assinado previamente o consentimento informado dando, assim, autorização para a sua participação no estudo.

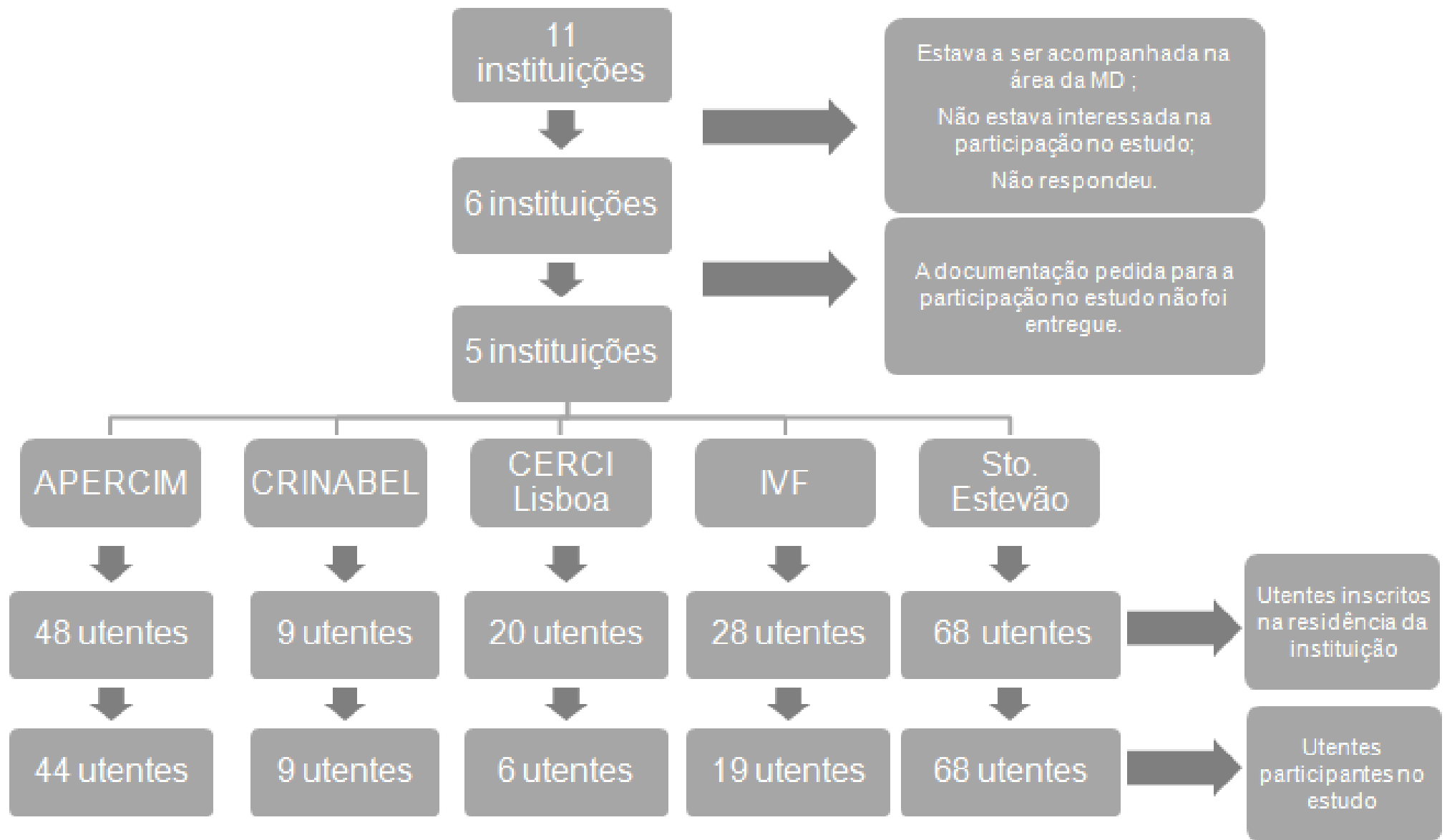
3.2.1. Critérios de Inclusão:

Foram definidos os critérios de inclusão como: ser portador de deficiência cognitiva e/ou motora no grau ligeiro a grave e residente em instituição; assinatura do consentimento informado dando, assim, autorização para o utente participar no estudo, por parte dos representantes legais.

3.2.2. Critérios de Exclusão:

Foram definidos os critérios de exclusão como: não aceitação por parte da instituição na colaboração do estudo; não assinatura do consentimento informado por parte dos representantes legais; não estar presente na instituição no momento da recolha de dados; não estar em condições que permitam a recolha de dados.

Figura 1 - Esquema resumo das instituições e utentes participantes



3.3. Procedimentos legais e éticos

Os responsáveis legais pelos utentes foram informados sobre a natureza e os objetivos da investigação e sobre os seus riscos e benefícios através de um documento de consentimento informado redigido pela equipa de investigação. Neste estudo incluíram-se apenas os utentes cujo tutor legal tenha tomado conhecimento do mesmo e tenha procedido à respetiva assinatura do consentimento informado, assentindo, assim, a participação do seu tutorado no estudo. Este consentimento é esclarecido e de livre assinatura. O responsável legal pelo utente beneficiou, ainda de total disponibilidade do investigador para qualquer esclarecimento relativo ao estudo, não existindo riscos inerentes à participação no mesmo. O utente poderia, em qualquer momento, desistir da participação no estudo sem qualquer implicação para o mesmo e sem ser necessário aviso prévio. As vantagens do estudo serão eventuais benefícios diretos a nível de uma melhoria da saúde oral e da qualidade de vida do indivíduo. Assim como benefícios indiretos, a longo prazo, decorrentes de uma melhor adaptação dos métodos de higiene oral neste tipo de população.

Este consentimento informado foi formulado segundo a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial de Outubro de 2013 e a Convenção de Oviedo (Anexo 1).

3.4. Protocolo e material utilizado

3.4.1. Recolha de dados

A recolha de dados foi efetuada com recurso a uma ficha clínica respondida por um responsável da instituição e a três observações intraorais em diferentes momentos (observação inicial, passado sete dias, ao fim de trinta dias). Previamente foi assinado o consentimento informado por parte dos responsáveis pelo utente.

A ficha clínica foi preenchida com o auxílio de um funcionário da instituição. O funcionário da instituição foi nomeado pela direção de cada lar, assumindo diferentes funções em cada uma destas. Dependendo das instituições esta ficha foi preenchida pela diretor/a do lar (APERCIM e Sto. Estêvão), pela Assistente Social (IVF,) da instituição ou pela psicóloga (Cerci Lisboa e CRINABEL). Esta ficha clínica incluiu informações como: data de nascimento, medicação, patologia diagnosticada, grau de autonomia do utente,

tipo de alimentação, autonomia quanto à alimentação e higiene, tipo de linguagem e quais os métodos de higiene oral utilizados. A ficha clínica foi previamente testada numa população-teste de 10 utentes (Anexo 2).

De seguida procedeu-se a uma primeira observação clínica que passou por uma análise extra e intra-oral. Para as observações clínicas foi utilizado o índice de CPO, índice de placa, índice COPI, o índice COHI, índice COCNI, e a observação da escovagem efetuada por cada utente ou pelos funcionários. Foi assim, necessária a utilização de luvas, espelho intra-oral, sonda exploradora, sonda OMS, máquina fotográfica, escova de dentes, pasta fluoretada e folha de registo de dados. A escova de dentes utilizada foi cedida aos utentes pela equipa de investigação de forma a uniformizar o procedimento. Esta vinha embalada e não possuía nenhum tipo de adaptação. A pasta de dentes cedida foi uma pasta *Colgate® Total* de 19mL com 1450ppm de flúor.

Após 7 dias da sensibilização dos utentes e respetivos cuidadores procedeu-se a uma segunda observação e passados 30 dias à última observação. Em todas as observações, o utente foi avaliado individualmente, em ambiente de instituição e acompanhado por um funcionário. As avaliações foram realizadas numa casa de banho adaptada da própria instituição. A mesma dispunha de espelho sobre o lavatório e uma cadeira de modo a possibilitar a observação e instruções para a melhoria do método de escovagem. Em todos estes momentos foi utilizado o mesmo instrumental, bem como os mesmos índices. Dependendo das instituições as observações foram feitas após o pequeno-almoço ou após o lanche. Sendo que dentro da mesma instituição foram sempre realizadas no mesmo momento (Anexo 3).

Constam desta ficha de observação clínica, as avaliações dos índices CPO, índice de placa, índice de COHI, índice de COPI e índice de COCNI.

A avaliação de todos os índices definidos foi possível através de dados recolhidos na avaliação intra-oral.

3.4.1.1. Índice CPO

Através do cálculo do índice CPO obtemos o número total de dentes cariados, perdidos e obturados.

Tabela 1 - Determinantes do Índice CPO

Código	Condição
0	Hígido
1	Cariado
2	Rest c/cárie
3	Rest. s/cárie
4	Ausente p/cárie
5	Ausente (outro)
6	Selante
7	Prótese, Implante
8	Não erupcionado
T	Traumatismo
9	Não registado

3.4.1.2. Índice de Placa

O Índice de Placa indica a percentagem de superfícies com presença de placa bacteriana com recurso a corante de eritrosina. O utente foi instruído a mastigar um “comprimido” de eritrosina. Aos utentes que não era possível a mastigação, este comprimido foi partido e aplicado diretamente sobre a superfície dos dentes com recurso a compressa embebida nesta substância. Posteriormente, os participantes no estudo foram instruídos a bochechar com água de modo a remover os excessos do produto. De seguida procedeu-se à observação intra-oral, com recurso a espelho intra-oral, e registo dos dados. O registo é feito com recurso à marcação das áreas coradas no diagrama. Deste modo é possível seleccionar a região corada por palatino/lingual, vestibular, mesial, distal e/ou oclusal⁽³⁷⁾.

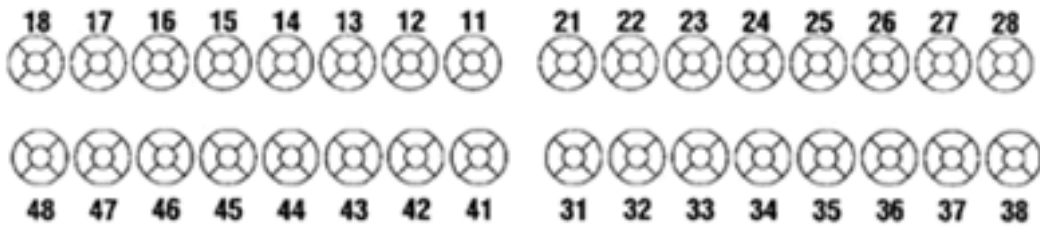


Figura 2 - Diagrama para registo do Índice de Placa

3.4.1.3. Índice COPI

Este índice é binário, sendo classificado apenas em 0 ou 1. É inicialmente avaliado o índice 1 e, quando este não se aplicar, assume-se o valor 0. O valor 1 significa existência de pelo menos uma necessidade de ação de educação para a saúde dentária e prevenção. A atribuição de valor 0 significa ausência da referida necessidade⁽¹⁸⁾ (Anexo 4).

3.4.1.4. Índice COHI

O índice de COHI permite-nos observar a existência de problemas orais. Este índice classifica-se de 0 a 2 ou indeterminado quando não é possível, por qualquer motivo, avaliar o indivíduo. Com a atribuição de valor 0 o indivíduo não apresenta problemas orais. O valor 1 significa que este possui um ou mais problemas orais com baixo a moderado impacto na saúde. O valor 2 indica-nos que o indivíduo apresenta um ou mais problemas orais com impacto importante a severo na saúde. Esta classificação é determinada tendo por base a avaliação da ausência ou presença de critérios de impacto médico e/ou social⁽¹⁸⁾ (Anexo 5).

3.4.1.5. Índice de COCNI

Através da análise do índice de COCNI é possível observarmos a necessidade de cuidados de saúde oral do indivíduo. A análise deste índice é feita em 0,1,2 ou 3, sendo que com a classificação de 0 o indivíduo não tem necessidade de tratamento ou observação, de 1 apresenta necessidade de observação, de 2 necessita de realizar tratamento ou observação e de 3 esta necessidade é urgente. A atribuição destes valores é feita com base na avaliação

de: marcadores de doença infecciosa oral local; marcadores de doença infecciosa oral focal; presença de lesões traumáticas e ainda marcadores de doenças orais com comprometimento funcional e social⁽¹⁸⁾ (Anexo 6).

3.4.2. Sensibilização para os Cuidados de Higiene Oral

Realizou-se posteriormente à primeira observação clínica uma sensibilização junto dos utentes e dos funcionários das diversas instituições participantes. Esta teve como objetivo alertar para erros frequentes de higiene oral e sensibilizar para métodos de escovagem mais eficazes e adaptados.

Para a realização desta sensibilização usaram-se jogos didáticos de modo a alertar os utentes para a importância da saúde oral. (Figura 3) Realizou-se ainda uma apresentação PowerPoint com esclarecimento de dúvidas para os cuidadores. Foi também colocada na casa de banho onde os utentes realizam a higiene oral uma folha com a explicação da quantidade de pasta que deveria ser utilizada e como deveria ser realizada a escovagem.



Figura 3 - Sensibilização aos utentes

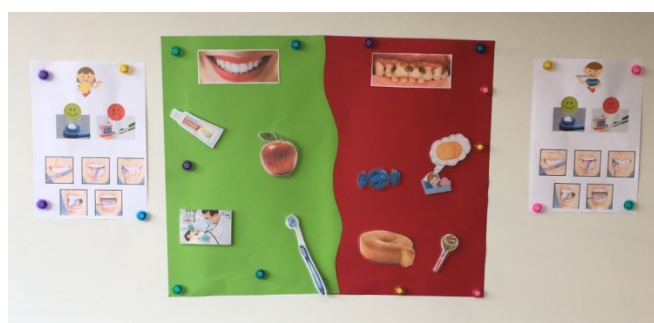


Figura 4 – Materiais utilizados na sensibilização aos utentes

3.5. Análise Estatística

Os dados recolhidos foram tratados estatisticamente, através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 24®) para

Windows 7, criando assim a base de dados necessária para o processamento e análise dos dados. Na análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva adequada a cada variável, recorrendo à análise de frequências absolutas e relativas. Foi considerado um nível de significância de 5% ($p=0,05$).

O teste utilizado para relacionar as variáveis estatísticas foi o teste do qui-quadrado. Este teste pressupõe, na sua utilização, que as frequências esperadas sejam superiores a 1 e que, no máximo, 20% sejam inferiores a 5. Quando estes pressupostos não são cumpridos, os dados devem ser agrupados em classes. Tendo em conta que a amostra é grande, a alternativa é a correção de continuidade. Tanto para o qui-quadrado como para a correção de continuidade, admite-se que existe evidência estatística quando o valor de p associado ao teste é inferior ao nível de significância determinado, ou seja, quando o $p < 0,05$. Quando as variáveis estão relacionadas e se usou o teste do qui-quadrado, o coeficiente de Cramer dá a intensidade (em percentagem) da relação.

Para relacionar duas variáveis quantitativas, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, que é significativo quando o p -value associado à regressão é menor que 0,05.

Para relacionar a variável quantitativa com a qualitativa, usou-se o teste ANOVA, se as amostras são grandes (todas superiores ou iguais a 30) ou se a variável quantitativa segue distribuição normal em todos os grupos, e se existe homogeneidade nas variâncias. Em alternativa, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. A variável quantitativa difere, significativamente entre os grupos, se o valor de p for menor que 0,05.

Para relacionar os valores de Índice de Placa (avaliados em três momentos diferentes) foi utilizado o Teste T para amostras emparelhadas, devido à dimensão da amostra.

Na secção de resultados foram apenas incluídas as variáveis cruzadas que apresentaram uma relação estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

4. Resultados

4.1. Caracterização da amostra

A amostra inicial era composta por 190 utentes residentes em instituições cuidadoras de jovens e adultos com graus de deficiência cognitiva e/ou física variada. Destes foram excluídos 44 por não cumprimento do prazo de entrega das fichas clínicas. Dos restantes 146 foram excluídos 3 utentes por não respeitarem os critérios de inclusão/exclusão definidos. Os utentes participantes no estudo pertencem a diversas instituições de Viseu e Lisboa (APPACDM – Instituto Vítor Fontes, União das Misericórdias Portuguesas – Centro de Apoio a Deficientes de Santo Estêvão, Cerci Lisboa, APERCIM, CRINABEL e CEDEMA). Trata-se de uma amostra por conveniência.

A população do estudo é constituída por 143 utentes. Uma maior percentagem dos participantes no estudo é do género masculino (53,1%, n=76), não existindo uma diferença muito significativa.

A maioria dos utentes (57,4%, n=82) foi classificada nas classes de [35;44[e [44;55[anos como sendo as classe onde se regista uma maior percentagem de utentes (Figura 4).

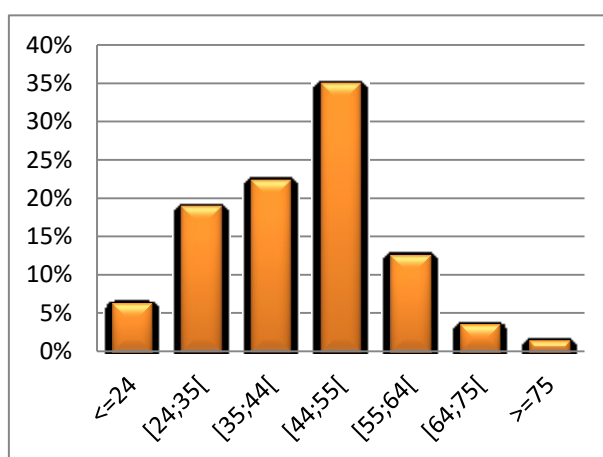


Figura 4 - Gráfico da distribuição por idade da amostra

A maioria da população (62,9%) utiliza a linguagem falada como tipo de comunicação. (Figura 5)

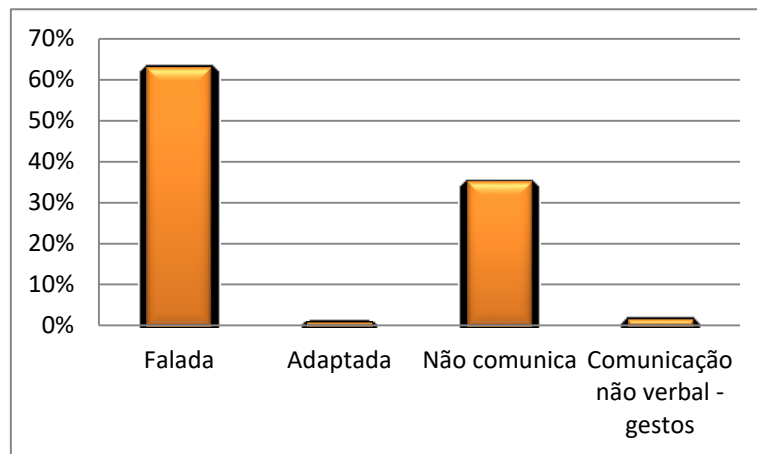


Figura 5 - Gráfico do tipo de comunicação utilizada pela população

Foi ainda possível aferir que 68,5% da população estudada possui patologia neurológica diagnosticada (n=98).

Registaram-se outras patologias em 79% da população (n=113), nomeadamente hipertensão arterial, dislipidémias,

55,2% da população tem uma dieta sem qualquer tipo de restrição (n=79). Apenas 3,5% se alimenta através de sonda (n=5) (Figura 6).

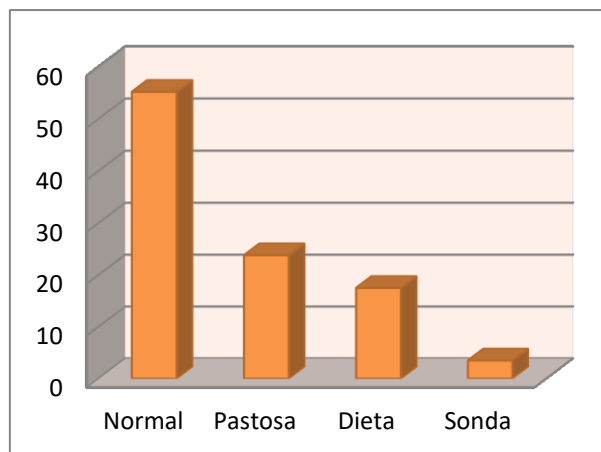


Figura 6 - Gráfico representativo do tipo de dieta da população estudada

A maioria da população estudada é dependente quanto à realização da sua higiene (n=114), representando 79,7% da população estudada e autónoma quanto à alimentação (66,4%, n=95) (Tabela 2).

Tabela 2 - Autonomia quanto à Higiene e Alimentação na população estudada

	Higiene	Alimentação
Autónomo	20,3%	66,4%
Dependente	79,7%	33,6%

87,4% dos indivíduos realizam a sua higiene oral com auxílio de escova e pasta (n=125) (Figura 7).

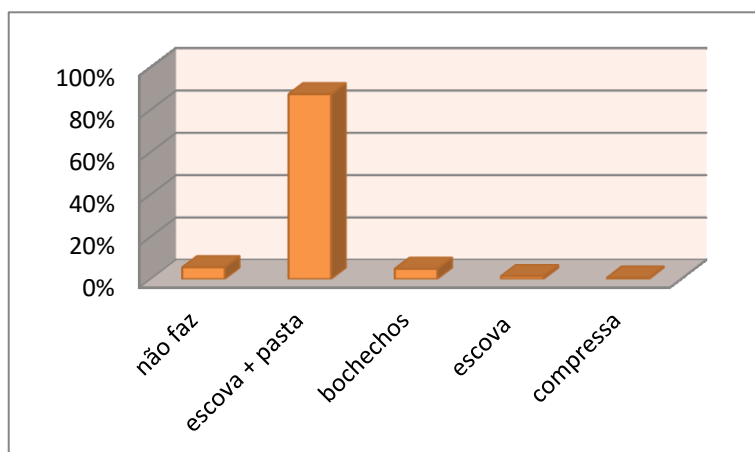


Figura 7 - Gráfico descritivo dos métodos higiene oral utilizados na população

Quem realiza a Higiene oral da maioria da população estudada é o funcionário da instituição, em 57,9% dos casos (n=44). Nesta variável foram excluídos 67 indivíduos por pertencerem a uma instituição onde é preconizado que o funcionário é que faz a higiene oral dos utentes. Deste modo, e para que não existisse enviesamento dos resultados, o número total para esta variável é de 76 (Figura 8).

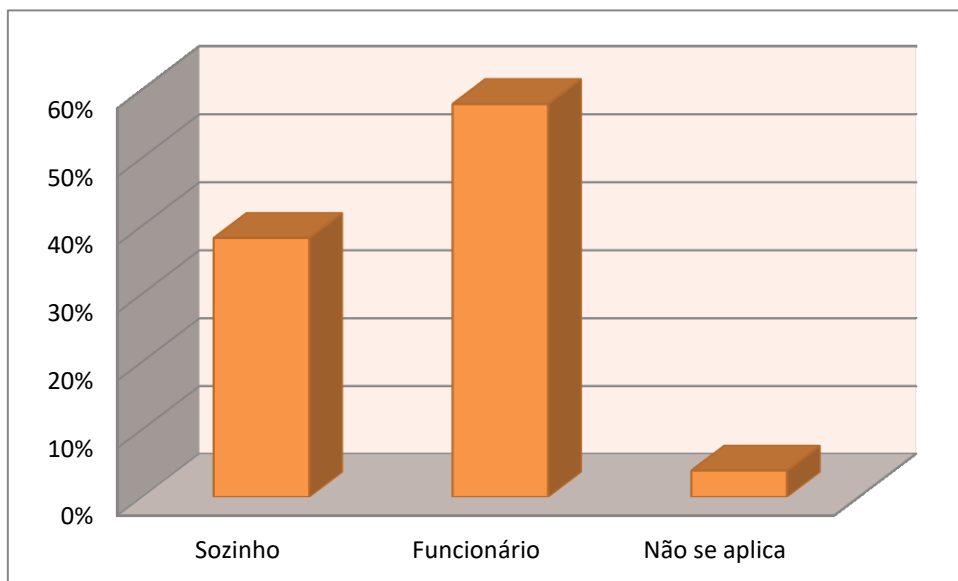


Figura 8 - Gráfico representativo de quem realiza a Higiene Oral na população estudada

A maioria dos indivíduos da população estudada reside sempre na instituição (74,80%), não saindo aos fins-de-semana ou férias. (Figura 9)

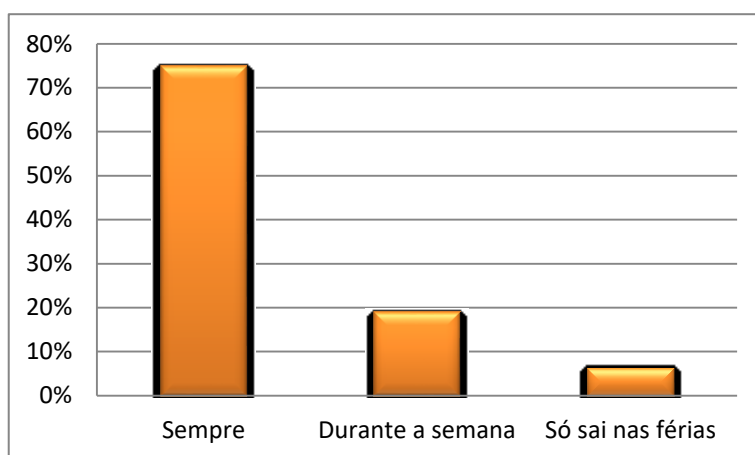


Figura 9 - Gráfico representativo do tempo de permanência dos indivíduos na instituição

A maioria da população (n=128), participa em atividades na instituição ou fora desta (89,5%). (Figura 10)

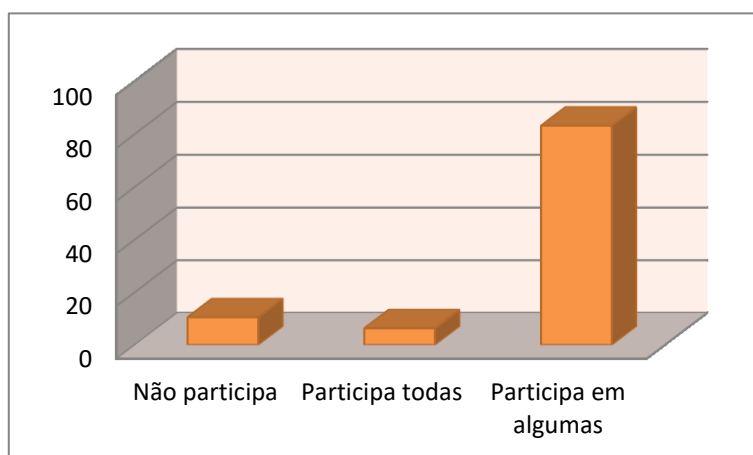


Figura 10 - Gráfico representativo da participação dos utentes da instituição nas diferentes atividades da mesma

Foi possível observar perante os dados recolhidos que 90,9% da população toma medicação. Na população estudada, 60,1% toma medicamentos antiepiléticos. A maioria da população não faz uso de Inibidores da recaptação de serotonina (23,1%, n=33), Broncodilatadores (4,2%, n=6) ou medicação anticonvulsivante (1,4%, n=2). 52,4% da população toma antipsicóticos (n=75). Uma percentagem sem significância toma medicação para a esquizofrenia (1,4%, n=2) e para a doença de parkinson (6,3%, n=9). 50,3% da população toma ansiolíticos, antidepressivos ou sedativos. Pode, assim, aferir-se que a população estudada toma numa maior percentagem medicação antiepilética (Tabela 3).

Tabela 3 - Medicação da população estudada

	Indivíduos consumidores dos fármacos (%)	N
Antiepiléticos	60,1%	86
ISRS	23,6%	33
Antipsicóticos	52,4%	75
Broncodilatadores	4,2%	6

Anticonvulsivantes	1,4%	2
Esquizofrenia	1,4%	2
Ansiolíticos/ Antidepressivos/ Sedativos	50,3%	72
Antiparkinsonianos	6,3%	9

A população estudada apresenta como valor médio do índice de CPO 14,6, com um valor mínimo de 0,0 e máximo de 32,0.

O valor médio de IP1 é de 62,3%, de IP2 59,6% e IP3 de 60,1%.

O valor do índice de COPI é de 1 para todos os indivíduos participantes do estudo (n=143).

Foi atribuído valor de 2 quanto ao índice de COHI para a maioria da população estudada, com 74,1% (n=106).

No índice de COCNI foi atribuído valor de 1 a 58,7% da população (n=84), de 2 a 30,8% (n=44) e de 3 a 10,5% (n=15).

4.2. Cruzamentos de variáveis estatisticamente significativas

Para todos os pares, em média existem diferenças significativas entre os valores de Índice de Placa. Quando comparado o IP na primeira observação (IP1) com o IP registado na segunda observação (IP2) e o IP1 com o IP na última observação realizada (IP3), verifica-se que, em média, IP2 e IP3 são significativamente menores do que IP1. No entanto, em média IP3 é significativamente maior que IP2. O que significa que a motivação e instruções para a higiene oral realizadas através da sensibilização a utentes e cuidadores obtiveram resultados, pois o índice de placa diminuiu. No entanto, este deveria ser um trabalho de continuidade tendo em conta que na avaliação a médio prazo os valores de IP registado já tinham aumentado em relação à avaliação feita após 7 dias da sensibilização (Tabela 4 e 5).

Tabela 4 - Valores de p para as correlações dos valores de IP1, IP2 e IP3

	N	Valor de p
IP1 & IP2	143	<0,001
IP1 & IP3	143	<0,001
IP2 & IP3	143	<0,001

Tabela 5 - Diferença entre valores de IP registados

	Média	Desvio Padrão	Valor de p
IP1 – IP2	2,68168	3,71684	<0,001
IP1 – IP3	2,17874	2,58778	<0,001
IP2 – IP3	-0,50294	2,66898	0,026

O valor de COCNI e a patologia neurológica diagnosticada demonstraram estar diretamente relacionados ($p=0,046$). A relação é significativa e há tendência para que haja uma maior percentagem de pessoas com índices 2 e 3 de COCNI no grupo de indivíduos que apresentam patologia neurológica diagnosticada (Tabela 6).

Tabela 6 - Relação entre o índice de COCNI e a patologia neurológica diagnosticada

		Não tem	Tem	Total
COCNI	1	33	51	84
	2	8	36	44
	3	4	11	15
Total		45	98	143

Para o índice CPO existem diferenças significativas entre quem toma e quem não toma outros medicamentos ($p < 0,001$). Em média, quem toma outros medicamentos tem valores de CPO significativamente superiores a quem não toma. Para IP1, existem diferenças significativas entre quem toma e quem não toma outros medicamentos ($p = 0,020$). Em média, quem toma outros medicamentos tem IP1 superior a quem não toma.

Quando analisadas as variáveis “Tipo de Alimentação” e “CPO” é possível observar que existem diferenças significativas entre os tipos de alimentação ($p = 0,05$). Em média, quem faz alimentação pastosa ou através de sonda apresenta valores de índice CPO significativamente maiores quando comparado com quem faz uma alimentação normal ou dieta.

O índice CPO para indivíduos que não fazem higiene oral apresenta uma média de 15, sendo o seu teto mínimo de 5 e o máximo de 31. Indivíduos que utilizam escova e pasta apresentam uma média de CPO de 13,9 e os que utilizam bochechos/apenas escova/compressa de 22,2.

Pacientes que não realizam higiene oral têm uma média de índice de placa de 68,94%, com um valor mínimo de 46,2% e um valor máximo de 100%. Utentes que realizam higiene oral recorrendo ao uso de escova e pasta apresentam uma média de índice de placa de 64,9% e com bochechos/escova/compressa de 23,3%.

É, assim possível aferir que existem diferenças significativas no IP1 entre os diferentes métodos/materiais utilizados para a realização da Higiene oral ($p = 0,001$).

Quem faz uso de compressa, bochechos ou apenas escova para realizar a sua higiene oral regista valores de IP1 significativamente inferiores quando comparado com quem faz uso de escova e pasta ou quem não faz. Estes dados podem ser explicados pelo facto de quem usa compressa, bochechos ou apenas escova para a realização da higiene oral é mais dependente, menos colaborante e, por esta razão, são as funcionárias da instituição que realizam a higiene oral.

Indivíduos que não realizam HO têm valores de CPO, em média, de 15. Quem faz uso de escova e pasta apresenta um CPO médio de 13,9. Utentes que realizam bochechos, utilizam compressa ou apenas escova apresentam como valor médio de CPO 22,2.

Existem também correlação significativa entre os valores de CPO e de IP1 ($p = 0,003$) e entre CPO e número total de medicamentos ($p = 0,005$). Como o valor

de correlação é positivo, um aumento no número total de medicamentos que o indivíduo toma leva a um aumento nos valores de CPO deste. Bem como, um aumento de IP1 está relacionado com um aumento de CPO (Tabela 7).

Tabela 7 - Correlação entre CPO, IP1 e Total de Medicação (n=143)

	CPO	IP1	Total de Medicação
CPO		0,003	0,005
IP1	0,003		0,408
Total de Medicação	0,005	0,408	

5. Discussão

5.1. Caracterização da amostra

5.1.1. Dimensão da amostra

A amostra deste estudo é de 143 utentes. Trata-se de uma amostra por conveniência e, como tal não se pode considerar estatisticamente representativa da população. Esta amostra não foi escolhida de forma aleatória devido a dificuldades legais e éticas inerentes ao estudo. Outro aspeto que contribuiu como limitação para o desenvolvimento deste foi a necessidade de aceitação por parte da instituição para participar no estudo e necessidade de autorização por parte dos responsáveis legais pelos utentes. A amostra é semelhante aquela usada por outros autores nesta área como *Giro et al.* no estudo sobre prevalência de cárie e o consumo de hidratos de carbono simples em pacientes especiais institucionalizados e não institucionalizados (n=100)⁽³⁸⁾; *Campos et al.* no estudo sobre a correlação entre a prevalência de cárie e a utilização de medicamentos neste tipo de população, no qual foi observada uma amostra de 101 utentes⁽³⁹⁾; *Marra et al.* que estudaram 102 pacientes relativamente às dificuldades dos responsáveis em manter uma boa saúde oral em portadores de necessidades especiais⁽⁴⁰⁾. Existem, no entanto, outros estudos que utilizam amostras com outro tipo de significância como a investigação de *Maureen et al.* sobre as condições de saúde oral de pessoas com deficiência intelectual que estudaram 1891 pacientes⁽²¹⁾.

Não é possível considerar esta amostra como representativa da população, dado que em Portugal 6,1% da população tem deficiência⁽⁴¹⁾.

Foram observados todos os indivíduos possíveis de o ser, nas condições existentes, sem possibilidade de alteração, tendo em atenção também o curto período de tempo para a realização deste estudo.

5.1.2. Género

É possível observar que existe uma maior percentagem de indivíduos que pertence ao género masculino (53,1%, n=76), o que pode ser fundamentado através do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* na sua 5ª edição (DSM-5). Neste, é possível verificar que globalmente os homens apresentam maior probabilidade de serem portadores de incapacidade intelectual, tanto na forma ligeira como na grave⁽⁴²⁾.

Cancio et al. no estudo sobre qualidade de vida relacionada com a saúde oral onde foi registada uma maioria de pacientes do género masculino (67,4%, n=153)⁽⁴³⁾.

Folakemi et al. registaram que apenas 27,8% da população, do seu estudo sobre saúde oral e necessidade de tratamento de uma população institucionalizada, era do género feminino⁽²²⁾.

Os dados do Censos 2001, também se encontram de acordo com a caracterização da amostra estudada pois, estes indicam-nos que 6,7% da população masculina e 5,6% da população feminina são portadores de algum tipo de incapacidade⁽⁴⁴⁾.

5.1.3. Idade

Relativamente à idade, a população foi organizada segundo classes estabelecidas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), sendo a classe mínima inferior ou igual a 24 anos e a maior, superior ou igual a 75 anos. O maior número de indivíduos insere-se no grupo [44;55[, representando 35% (n=50) da população e o grupo [35;44[com 22,1% (n=32).

No estudo de *Folakemi et al.* a média de idades registadas foi menor (12,28±6,82 anos)⁽²²⁾.

Segundo dados do Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social num estudo realizado sobre Deficiências ou Incapacidades na população portuguesa de dezembro de 2016 a faixa etária com mais indivíduos com pelo menos uma dificuldade na realização das atividades do seu dia-a-dia é entre os 75 e 79 anos⁽⁴⁵⁾.

Segundo dados do INE, no seu estudo sobre Saúde e Incapacidades realizado em dezembro de 2011, 51,9% da população afetada por algum tipo de incapacidade encontra-se na faixa etária dos 45 aos 54 anos de idade⁽⁴¹⁾.

5.1.4. Autonomia na Alimentação e na Higiene Oral

A população estudada não apresenta, na sua maioria, autonomia.

Na presente população apenas 38,2% (n=29) realizava a Higiene Oral de forma autónoma. Sendo que em 57,9% (n=44) dos utentes, esta era realizada por um funcionário da instituição. Aquando da análise desta variável foram

excluídos 67 utentes por pertencerem a uma instituição que preconizava como obrigatório que a higiene oral fosse efetuada por um funcionário. A exclusão destes utentes quanto a este parâmetro teve como objetivo o não enviesamento da análise da variável.

Segundo *Dogan Mc et al.* e *Gizani et al.* indivíduos com incapacidade intelectual não têm competência de efetuar a sua higiene oral sozinhos e, como tal, é necessária ajuda para a realização da higiene oral^(46,47).

Sentimos dificuldade na avaliação precisa do grau de autonomia dos utentes para tal poderíamos ter utilizado a escala de participação de Ghent (*Ghent participation scale - GPS*). Esta permite avaliar de forma fiável a participação, independentemente da condição de saúde do utente. Esta escala criada em 2014 é capaz de detetar mudanças ao longo do tempo e permite aferir o grau de necessidade de terapias bem como a sua duração^(48,49). Poderia, ainda, ter sido utilizado a Classificação Internacional de Função, Incapacidade e Saúde (*International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF*). Esta classificação avalia, entre outros parâmetros a função, a atividade e a participação do indivíduo⁽⁵⁰⁾.

5.1.5. Método de Higiene Oral

Constatou-se que 87,4% da população utiliza escova e pasta (n=125) para efetuar a sua higiene oral e, desta 100% faz uso de escova manual. *Mandel* no estudo a propósito de métodos de combate de placa bacteriana aconselha as escovas elétricas como sendo um método eficaz em pacientes cuja destreza manual se encontra diminuída⁽³⁴⁾. Os dados recolhidos, vão, assim, contra o que é aconselhado, no entanto, este facto poderá ser explicado por razões económicas.

Segundo *Harris et al* a dureza das cerdas bem como a pressão exercida destas sobre o dente devem ser aspetos a ter em conta, uma vez que são diretamente proporcionais à eficácia de acesso nas áreas interproximais, ou seja, quanto mais moles foram as cerdas mais fácil será o acesso às superfícies mesiais e distais. Quanto à pressão, deverá ser realizada a técnica correta, com uma pressão adequada, não exagerada⁽³¹⁾.

5.1.6. Tempo de Permanência

A variável “Tempo de permanência na instituição” representa elevada importância relativamente à higiene oral, mais propriamente ao número diário de escovagens e a eficácia destas. Foi possível concluir que a maioria dos utentes reside sempre na instituição (74,8%, n=107). Esta variável no estudo em questão apresenta baixa relevância tendo em conta que se restringiu a população do estudo para utentes em regime de lar, o que significa que estes têm residência permanente na instituição ou, apenas saem por períodos curtos como fins-de-semana e/ou férias.

5.1.7. Medicação

Quanto à variável “medicação” foi possível observar que 90,9% da população do estudo tomava algum tipo de medicação, maioritariamente “ansiolíticos, antidepressivos e sedativos” (50,3%, n=72), “antipsicóticos” (52,4%, n=75) e “antiepiléticos” (60,1%, n=86). Segundo um relatório do INFARMED citado pela Direção Geral de Saúde (DGS) no Programa Nacional para a Saúde Mental em 2014, relata que “... medicamentos que atuam no Sistema Nervoso Central constituem um dos grupos terapêuticos com maior peso no consumo do Serviço Nacional de Saúde...”⁽⁵¹⁾.

5.1.8. Tipo de Comunicação

Foi possível observar após a análise de resultados que, 62,9% da população utiliza a falada para comunicar (n=90), 35% não comunica (n=50), 1,4% (n=2) faz uso de comunicação não-verbal (comunicando por gestos) e 0,7% faz uso de linguagem adaptada (n=1). Não é possível a comparação desta variável com outros estudos tendo em conta que, o tipo de comunicação utilizada está inteiramente correlacionado com o grau de deficiência dos indivíduos em estudo.

É importante o conhecimento dos vários tipos de linguagem que o paciente pode usar para que seja possível a comunicação. Segundo um estudo de *Krause et al.* apenas oito em vinte e duas universidades estudadas tinham áreas clínicas destinadas ao tratamento de pacientes especiais. É de grande importância o contacto dos profissionais de saúde com este tipo de população

de modo a tomarem conhecimento de diferentes modos de comunicação bem como de abordagens específicas⁽⁵²⁾.

5.1.10. Participação nas atividades

89,5% da população participa em atividades dentro e/ou fora da instituição. Esta variável encontra-se fortemente correlacionada com o grau de deficiência da população e com o grau de autonomia.

5.2. Método

Os índices utilizados no estudo foram escolhidos de acordo com o que se pretendia analisar.

Foi escolhido o índice de placa pois este permite aferir se, com instruções e motivação para a higiene oral, existiram melhorias a curto e médio prazo após de 7 e 30 dias respetivamente. Este é um índice de fácil e rápida aplicação, pois neste tipo de população a colaboração é pouca ou até inexistente por parte dos utentes. Permite-nos, assim, observar a localização e severidade da placa bacteriana na cavidade oral⁽³⁷⁾.

O índice de CPO foi escolhido em detrimento do Sistema Internacional de Avaliação e Detecção de Cáries (ICDAS). Esta escolha deveu-se ao facto deste ser um método de rápida aplicação. No entanto, com a utilização do índice de CPO não foi possível a deteção de lesões iniciais de cárie, pois só o ICDAS possibilita esta deteção. Foi demonstrado não existirem diferenças significativas entre a avaliação de uma população com recurso a um dos índices supracitados em detrimento de outro⁽⁵³⁾.

Os índices de COHI, COPI e COCNI foram escolhidos por terem sido gerados através de cinco algoritmos que tiveram como base 24 critérios objetivos e subjetivos. Deste modo, estes tornam-se mais completos, adaptados à população em estudo e ainda de rápida e fácil aplicação⁽¹⁸⁾.

5.3. Resultados de correlações

5.3.1. Índice de Placa

Quanto ao índice de placa observou-se uma média 62,26% no primeiro momento de observação com um valor mínimo de 0% e máximo de 100%. Após sete dias (IP2) observou-se uma média de 59,57% com os mesmos valores

mínimos e máximos. Na última observação (IP3) registou-se uma média de índice de placa de 60%.

É, assim, possível concluir que existiu uma diminuição no índice de placa dos utentes entre observações, existindo ligeiro aumento entre a segunda e a terceira observação. Registou-se, assim, uma diminuição de 2,26%, o que se encontra, aquém do que é defendido por *Carranza et al.* ⁽⁵⁴⁾.

Os valores mínimos e máximos registados (0% e 100% respetivamente) mantiveram-se, o que quer dizer que utentes que apresentavam 0% de índice de placa não pioraram a sua higiene e utentes que apresentavam 100% não melhoraram.

5.3.1.1. IP1 & IP2

Quando relacionadas as médias dos valores registados de IP1 e IP2 estes apresentam forte correlação com uma diminuição do primeiro para o segundo momento.

Relativamente à diminuição acima referida entre os diferentes valores de IP, podemos inferir que a diminuição dos valores de IP está correlacionada com a sensibilização realizada junto de utentes e cuidadores.

5.3.1.2. IP1 & IP3

Quando relacionadas as médias dos valores registados de IP1 e IP3 estes apresentam forte correlação com uma diminuição do primeiro para o terceiro momento, sendo esta menor que a relatada no ponto anterior.

A deficitária higiene oral poderá, desta forma, estar relacionada com ausência de motivação e eficácia da higiene oral. Após os resultados obtidos é possível observar que a sensibilização desta população para os cuidados de higiene oral devem ser reforçados periodicamente com curtos intervalos de tempo. A sensibilização efetuada junto de utentes e cuidadores permitiu, assim, uma diminuição nos valores de Índice de Placa registados. Num estudo elaborado por *Batalha et al.*, também foi possível observar uma diminuição do IP entre a primeira e última observação efetuada⁽³⁵⁾.

5.3.1.3. IP e “toma de outros medicamentos”

Dentro da população estudada indivíduos que tomam outros medicamentos apresentam valores de índice de placa na avaliação inicial mais elevados.

5.3.1.4. IP e Métodos de HO

Observou-se que quando não é possível a realização de qualquer tipo de HO os indivíduos apresentam um IP1 médio de 68,94%. Quando a HO é realizada com recurso a escova e pasta, os valores de IP1 são inferiores (64,96%). Quando é utilizada compressa, apenas escova ou bochechos o IP1 é de 23,32%. Este valor baixo de IP1 (23,32%) deve-se ao facto de quando a HO é feita com recurso a bochechos, escova ou compressa esta é realizada pelo cuidador e, como tal são obtidos valores melhores de IP.

5.3.2. COCNI e Patologia Neurológica Diagnosticada

Foi registada uma maior percentagem de utentes com índice COCNI de 2 e 3 em indivíduos que apresentem patologia neurológica diagnosticada. O que significa que indivíduos com patologia neurológica diagnosticada têm necessidade urgente ou não de realizar tratamento (valores de 3 e 2 respetivamente do índice de COCNI) médico-dentário. Este facto justifica-se através do grau de incapacidade aumentado de portadores de patologia neurológica quando comparados com não portadores. Uteses com maior grau de incapacidade tendem a realizar uma higiene oral mais deficitária e, por consequência a terem uma saúde oral mais degradada e com necessidade de intervenção médico-dentária.

5.3.3. Índice de CPO

Foi obtida uma média de CPO de 12,6 por *Queiroz et al.* no estudo sobre avaliação das condições de saúde oral em portadores de necessidades especiais, o que é ligeiramente inferior ao valor obtido de 14,6⁽⁵⁵⁾. *Castilho et al.* registaram um índice CPO de 2,3 no seu estudo sobre prevalência de cárie em pacientes com síndrome de Down⁽⁵⁶⁾. *Campos et al.* no seu estudo sobre prevalência de cárie em correlação com o consumo de medicamentos numa população institucionalizada versus não institucionalizada, obtiveram como valor

médio de índice CPO para a população institucionalizada de 8,4 e para a não institucionalizada de 6,0⁽³⁹⁾. Este facto poderá ser explicado através das faixas etárias analisadas, tendo em conta que no estudo referido anteriormente o grupo etário era de idade inferior.

5.3.3.1. CPO e Tipo de Alimentação

Apresenta valores de índice de CPO médios mais elevados quem realiza alimentação pastosa ou por sonda, o que vai de encontro ao que foi descrito por *Almeida et al.* no estudo sobre influência da dieta e higiene oral na prevalência de cárie⁽⁵⁷⁾.

5.3.3.2. CPO e IP1

Valores de CPO e IP1 encontram-se intimamente relacionados, porque valores de IP dão-nos a quantidade de placa bacteriana existente na cavidade oral e, esta está diretamente relacionada com o surgimento de cáries, tal como refere *Lima*, no seu trabalho sobre Cárie Dentária⁽⁵⁸⁾.

6. Conclusões

Após todos os objetivos inerentes a este estudo terem sido cumpridos, foi possível alcançar as seguintes conclusões:

1. Foi realizada a sensibilização a utentes das instituições, numa primeira fase deste estudo, com recurso a jogos didáticos adaptados aos pacientes em questão. Estes jogos consistiam na escolha por parte dos pacientes entre “sorriso saudável” e “sorriso com cáries ou alteração da coloração dentária” e na escolha de alimentos saudáveis em detrimento de outros (bolachas, em particular). Relativamente aos cuidadores, a sensibilização incluiu a ligação entre saúde oral e patologia sistémica e formação relativa a métodos de escovagem.
2. O estudo é composto por uma população de 143 utentes com comprometimento intelectual e/ou motor de grau moderado a grave. A maioria dos utentes (n=76) pertence ao género masculino (53,1%). Quanto à idade estes encontram-se predominantemente distribuídos entre os 35 e os 55 anos (57,4%, n=82). A população estudada faz maioritariamente uso de comunicação falada (62,9%, n=90).
3. Os indivíduos que integram o estudo apresentam, na sua maioria, dependência quanto à realização da higiene geral (79,7%, n=114). No que diz respeito à alimentação, 66,4% são autónomos (n=95) – comem sozinhos, alguns com adaptações específicas de talheres. O tipo de dieta efetuada na maioria dos indivíduos não tem qualquer tipo de restrição (55,2%, n=79).
4. Uma percentagem muito significativa da população faz uso simultâneo de escova e pasta para a realização da sua higiene oral (87,4%, n=125). Contudo, quem realiza a higiene oral da maioria destes utentes (57,9%) é um funcionário da instituição.
5. O índice CPO médio obtido foi de 14,6. Registou-se como valor médio do índice de placa na primeira avaliação 62,3%. O índice de COPI apresentou valor de 1 para todos os indivíduos da população. O índice de COHI para a maioria da população foi de 2 (74,1%, n=106). O índice de COCNI foi de 1 para 58,7% dos indivíduos (n=84).
6. Num segundo momento o valor médio de índice de placa baixou para 59,6%. Na última avaliação realizada o valor médio do índice de placa aumentou ligeiramente em relação à segunda avaliação mas desceu

comparativamente à primeira (60,1%). No entanto, a última avaliação registou uma média de IP menor que a primeira. A diferença entre a média do IP1 para IP2 foi de 2,7, do IP1 para o IP3 foi de 2,2 e do IP2 para o IP3 foi de -0,5. Todos os valores do índice de placa encontram-se correlacionados entre si ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,03$)

7. O aumento da percentagem de IP está também intimamente relacionado com o aumento do índice de CPO ($p < 0,001$).
8. Foi possível observar que existe correlação entre o índice de COCNI e a patologia neurológica diagnosticada. Há maior probabilidade de utentes com patologia neurológica diagnosticada apresentarem valores de índice de COCNI 2 e 3 ($p = 0,05$).
9. Quem toma outros fármacos tem valores de índice CPO e IP superiores a quem não toma ($p < 0,001$; $p = 0,002$).
10. Indivíduos que se alimentam à base de dieta pastosa ou por sonda apresentam valores de índice CPO significativamente maiores ($p = 0,05$).
11. Na população estudada observou-se que os indivíduos em que não é possível a realização de qualquer metodologia de higiene oral registam um IP médio de 68,9%, aqueles que utilizam escova e pasta apresentam um valor de IP de 64,9%, com bochechos/compressa/escova o IP é de 23,32%. Quanto ao índice CPO quem não realiza qualquer tipo de HO apresenta um valor médio de 15,0, com recurso a escova e pasta de 13,9 e quem faz uso de compressa, escova ou bochechos de 22,2.
12. Foi possível aferir que um aumento do número total de medicamentos que os indivíduos tomam traduz-se num aumento do índice CPO ($p = 0,00$).

7. Bibliografia

1. Organização das Nações Unidas. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. ONU.2006
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Management of Dental Patients with Special Health Care Needs. *Am Acad Pediatr Dent.* 2016;38(6):16–18.
3. Cuberos M, Garrido A, Rivas A, Jiménez R, Pacheco D, García T, et al. *Necessidades Educativas Especiais.* 2nd ed. Dinalivro. 1997. 209-212; 225-227; 293-297.
4. Santos M, Oliveira KL, Fonte JB, Hora I, Takeshita W, Melo M. Prevalence of dental anomalies in patients with down syndrome evaluated by panoramic radiography. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo.* 2014;26(2):112–118.
5. Yuen HK, Shotwell MS, Magruder KM, Slate EH, Salinas CF. Factors associated with oral problems among adults with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med.* 2009;32(4):408–415.
6. Campanaro M, Huebner CE, Davis BE. Facilitators and barriers to twice daily tooth brushing among children with special health care needs. *Spec care Dent.* 2014;34(4):185–192.
7. Instituto Nacional de Estatística. *Censos 2011 Resultados Definitivos.* INE, IP. 2012:27.
8. World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods.* 5th ed. WHO. 2013.
9. Park JB, Han K, Park YG, Ko Y. Association between socioeconomic status and oral health behaviors: The 2008-2010 Korea national health and nutrition examination survey. *Exp Ther Med.* 2016;12(4):2657–2664.
10. Paula JS, Leite IC, Almeida AB, Ambrosano GM, Pereira AC, Mialhe FL. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:6.
11. Khodadadi E, Niknahad A, Sistani MMN, Motallebnejad M. Parents' Oral Health Literacy and its Impact on their Children's Dental Health Status. *Electron physician.* 2016;8(12):3421–3425.
12. Wilson M. *Food constituents and oral health : current status and future prospects.* 1st ed. Woodhead Pub.; 2009:543.
13. Tiwari T, Baker S, Albino J. *Reducing Oral Health Disparities: Social,*

- Environmental and Cultural Factors. *Public Health*. 2017;5:298.
14. Ayres A, Bonfante G. Saúde-doença está estreitamente relacionado com as condições do meio ou do ambiente de trabalho. 2011.
 15. McDonald RE, Avery DR, Cruz R. *Odontopediatria*. 7th ed. 2001.
 16. Zárata MA. Plaque Control with O’Leary index, instructing the Bass brushing technique in pediatric patients postgraduate *Pediatric Dentistry of the UAN*. *Rev Educ*. 2015;5(6):106–109.
 17. Cypriano S, Sousa M, Wada R. Evaluation of simplified DMFT indices in epidemiological surveys of dental caries. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):1-7.
 18. Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolas E. Inequalities in Oral Health for Children with Disabilities: A French National Survey in Special Schools. *PLOS One*. 2008;3(6):2564.
 19. Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, Finkelman MD, Yantsides KE, Park A, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc*. 2012;143(8):838–846.
 20. Binkley CJ, Johnson KW, Abadi M, Thompson K, Shamblen SR, Young L, et al. Improving the oral health of residents with intellectual and developmental disabilities: An oral health strategy and pilot study. *Eval Program Plann*. 2014;47:54–63.
 21. Pezzementi ML, Fisher MA. Oral health status of people with intellectual disabilities in the southeastern United States. *J Am Dent Assoc*. 2005;136(7):903–912.
 22. Oredugba FA, 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;8(1):1–8.
 23. Chang J, Patton LL, Kim HY. Impact of dental treatment under general anesthesia on the oral health-related quality of life of adolescents and adults with special needs. *Eur J Oral Sci*. 2014;122(6):363–371.
 24. Gardens SJ, Krishna M, Vellappally S, Alzoman H, Halawany HS, Abraham NB, et al. Oral health survey of 6-12-year-old children with disabilities attending special schools in Chennai, India. *Int J Paediatr Dent*. 2014;24(6):424–433.
 25. Jan BM, Jan MM. Dental health of children with cerebral palsy. *Neurosciences (Riyadh)*. 2016;21(4):314–318.

26. Peixoto ITA, Rocha CT, Fernandes PM, Nelson-Filho P, Queiroz AM. IJD. 2010;9(2).
27. Rocha JC da. Study of the psychological preparation on the dental care of children with special needs. Braz Dent Sci. 2012;15(4):55–60.
28. Aragão A, Sousa A, Silva K, Vieira S, Colares V. Accessibility of Disabled Children and Adolescents to Basic Oral Health Attention at the Public Health system - A Pilot Study. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa. 2011;11(2):159-164.
29. Liu Z, Yu D, Luo W, Yang J, Lu J, Gao S, et al. Impact of oral health behaviors on dental caries in children with intellectual disabilities in Guangzhou, China. Int J Environ Res Public Health. 2014;11(10):11015–11027.
30. Battaglia A. The Bass technique using a specially designed toothbrush. Int J Dent Hyg. 2008;6(3):183–187.
31. Harris NO, Garcia-Gody F. Primary Preventive Dentistry. 2004: 93-284.
32. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. A efetividade do dentífrico fluoretado no controle da cárie dental: uma meta-análise. Rev Saude Publica. 2002;36(5):598–606.
33. Serrano M, Posse JL, Feijoo JF. Manual De Higiene Oral Para Personas Con Discapacidad. 2012: 47-102.
34. Mandel I. The plaque fighters: choosing a weapon. J Am Dent Assoc. 1993;124(4):71–74.
35. Batalha J, Seabra M, Bexiga F. A eficácia da escovagem em pacientes especiais através de escovas modificadas. 2016.
36. Lim MAWT, Borromeo GL. The use of general anesthesia to facilitate dental treatment in adult patients with special needs. J Dent Anesth pain Med. 2017;17(2):91–103.
37. Loe H. The Gingival Index, the Plaque Index and the Retention Index Systems. J Periodontol. 1967;38(6):610–616.
38. Giro E, Orrico S, Campos J, Lorena SM, Cortez L. Prevalência de Cárie em Pacientes com Necessidades Especiais Institucionalizados ou Não-Institucionalizados: Consumo de Carboidratos Simples. Rev Odontol UNESP. 2004;33(2):75–79.
39. Campos J, Giro E, Orrico S, Oliveira A, Lorena S. Correlação entre a prevalência de cárie e a utilização de medicamentos em pacientes com

- necessidades especiais institucionalizados e não institucionalizados. 2006;25(1):35–42.
40. Marra PS, Miasato J. Dificuldades Encontradas Pelos Responsáveis, Para Manter a Saúde Bucal em Portadores de Necessidades Especiais. 2007.
 41. Instituto Nacional de Estatística. Saúde e Incapacidade em Portugal - 2011. INE. 2012;28.
 42. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. APA. 2013.
 43. Cancio V, Faker K, Bendo CB, Paiva SM, Tostes M. Individuals with special needs and their families' oral health-related quality of life. 2018;32(39)1–9.
 44. Instituto Nacional de Estatística. Censos Resultados Definitivos. INE, IP. 2002.
 45. Gabinete de estratégia e Planeamento. Estatísticas sobre Deficiências ou Incapacidades. 2016:2.
 46. Doğan MC, Alaçam A, Aşici N, Odabaş M, Seydaoğlu G. Clinical evaluation of the plaque-removing ability of three different toothbrushes in a mentally disabled group. *Acta Odontol Scand*. 2004;62(6):350–4.
 47. Gizani S, Declerck D, Vinckier F, Martens L, Marks L, Coffin G. Oral health condition of 12-year-old handicapped children in Flanders (Belgium). *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(5):352–7.
 48. Van de Velde D, Coorevits P, Sabbe L, De Baets S, Bracke P, Van Hove G, et al. Measuring participation as defined by the World Health Organization in the International Classification of Functioning, Disability and Health. Psychometric properties of the Ghent Participation Scale. *Clin Rehabil*. 2017;31(3):379–393.
 49. Van de Velde D, Bracke P, Van Hove G, Josephsson S, Viaene A, De Boever E, et al. Measuring participation when combining subjective and objective variables: the development of the Ghent Participation Scale (GPS). *Eur J Phys Rehabil Med*.; 2016;52(4):527-540.
 50. World Health Organization. Towards a Common Language for Functioning , Disability and Health ICF. WHO. 2002;1149:1–22.
 51. Direcção Geral de Saúde. Saúde Mental em números – 2014. Direcção Geral-Saúde. 2014;1–42.
 52. 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):1179-1189.
53. Banava S, Fattah M, Kharrazifard M, Safaie T, Askarzadeh S, Yazdi M, et al. Clinical comparison of dental caries by DMFT and ICDA systems. July. 2012;24(2).
 54. Newman M, Takei H, Klokkevold P, Manzarra F. *Clinical Periodontology.* 11th ed. Elsevier Saunders; 2012.
 55. Queiroz F, Rodrigues M, Cordeiro Junior G, Oliveira A, Oliveira J, Almeida E. Avaliação das condições de saúde bucal de Portadores de Necessidades Especiais Evaluation of oral health conditions of patients with Special Needs. *Rev Odontol UNESP.* 2014;43(6):396–401.
 56. Castilho A, Marta SN. Evaluation of the incidence of dental caries in patients with Down syndrome after their insertion in a preventive program. 2010;15(2):3249–3253.
 57. Almeida A, filogônio C, Silva L, Fonseca M, Penido CV, CRUZ R. Influence of Diet and Oral Hygiene on Dental Caries Prevalence of Children with Cerebral Palsy. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2011;11(3):433–438.
 58. Lima J. Cárie dentária: um novo conceito. 2007;12(6):119–130.

8. Anexos



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe é feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Pacientes com necessidades especiais – o que pode o Médico Dentista fazer para minimizar as patologias orais associadas

Enquadramento: Investigação em âmbito académico a efetuar em instituições de apoio a pacientes com comprometimento cognitivo e motor em regime de residência. Tendo como responsável a Professora Andreia Figueiredo, docente da Universidade Católica Portuguesa do Instituto de Ciências da Saúde, Pólo Viseu e a aluna do 4º ano de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Ana Sofia Silva Monteiro. O estudo será apresentado na instituição supracitada para obtenção de grau de Mestre em Medicina Dentária.

Explicação do estudo: Indivíduos com comprometimento cognitivo e motor apresentam uma maior prevalência de patologia gengival e periodontal, bem como de cárie. O estudo tem como intuito promover uma melhoria ao nível da higiene oral destes pacientes bem como a avaliação das diferentes patologias orais.

Condições: Este estudo não envolve procedimentos que não se enquadrem na prática clínica normal nem pretende testar novos produtos ou medicamentos. A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos, podendo retirar o seu consentimento em qualquer etapa de estudo, sem

necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis e com total ausência de prejuízos, assistências ou outros, caso não queira participar.

Ao decidir participar, pode efetuar todas as questões que achar necessárias para o seu esclarecimento ou facultar informações aos responsáveis do estudo em qualquer etapa do mesmo.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos para o presente são de uso exclusivo do investigador e tratados de modo a garantir a sua confidencialidade promovendo o seu anonimato. A análise dos dados recolhidos será efetuada em ambiente que garante privacidade dos mesmos, sendo os mesmos utilizados exclusivamente pelos investigadores envolvidos no projeto.

Assinatura do responsável do projeto:

A aluna: _____

O Docente/Orientador: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinaram. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, forma voluntária, forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome do utente: _____

Assinatura do responsável: _____

Viseu ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

8.2. Anexo 2 – Ficha de clínica

Nome: _____

Sexo: Feminino Masculino Data de Nascimento: ___/___/___

Instituição: _____

Número: _____ Entrada na instituição: _____ Nacionalidade: _____

Patologia/Síndrome diagnosticada: _____

Medicação: _____

Alimentação: _____

Tempo de permanência na instituição:

- Sempre
- Durante a semana (segunda-sexta)
- Todos os dias exceto nas férias (Verão, Natal, Páscoa)

Mobilidade:

- Autonomia plena
- Dificuldade em subir escadas
- Desloca-se com o auxílio de 3^{os}
- Desloca-se com o auxílio de equipamentos (cadeira de rodas, andarilho, moletas)

Autonomia:

- Toma banho sozinho(a)
- Necessita de ajuda para tomar banho
- Come sozinho(a)
- Come com auxílio de 3^{os}

Higiene Oral:

- Lava os dentes sozinho
- Os funcionários é que fazem HO
- Escova + Pasta
- Só escova
- Fio dentário
- Escova a língua
- Não é possível realizar qualquer tipo de HO

Tipo de escova utilizada:

- Nenhuma
- Eléctrica
- Manual

Data das últimas análises (__/__/__):

- Não foram detetados valores anormais
- Foram detetados valores anormais. Quais? _____

Tipo de linguagem utilizada:

- Linguagem falada
- Linguagem adaptada (pictogramas, objectos, etc)
- Língua gestual
- Não comunica

Atividades:

- O utente realiza as atividades da instituição
- O utente não participa em qualquer atividade da instituição
- O utente participa em algumas atividades da instituição

Quais? _____

Observações:

8.3. Anexo 3 – Ficha de observação

Nome: _____

Data:

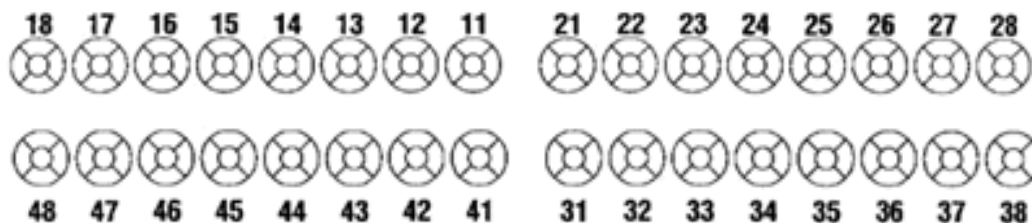
___/___/___

⇒ **Registo CPOD**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

	Condição
0	Hígido
1	Cariado
2	Rest c/cárie
3	Rest. s/cárie
4	Ausente p/cárie
5	Ausente (outro)
6	Selante
7	Prótese, Implante
8	Não erupcionado
T	Traumatismo
9	Não registado

⇒ **Índice de O'Leary:**



COPI	
COHI	
COCNI	

OBS: _____

8.4. Anexo 4 – Determinantes do índice de COPI

Valores do <i>Clinical Oral Prevention Index (COPI)</i>	Critérios
1	Existência de qualquer doença sistémica que requer monitorização de saúde oral específica.
Existência de pelo menos uma necessidade de acção de educação para a saúde dentária e prevenção	<p>OU presença de placa dentária</p> <p>OU falta de autonomia para alimentação</p> <p>OU alimentação por via parentérica</p> <p>OU restrição de alimentos “puré”</p> <p>OU ingestão de complementos alimentares hipercalóricos ou consumo de bebidas açucaradas</p> <p>OU tossir regularmente durante as refeições</p> <p>OU presença de halitose</p> <p>OU dificuldades em comunicar a dor</p> <p>OU salivação</p> <p>OU não colaborante durante uma observação/exame intra-oral</p>
0	
Ausência de necessidade de acção de educação para a saúde dentária e prevenção	Outras condições por eliminação.

8.5. Anexo 5 – Determinantes do índice de COHI

Valores do <i>Clinical Oral Health Index (COHI)</i>	Critérios
0	Ausência de critérios com impacto medico:
Ausência de problemas orais	Sem lesões nos lábios, língua ou mucosa jugal
	E sem placa dentária (Índice Greene e Vermillon=0 em ambas as arcadas dentárias)
	E sem cálculos dentários (Índice Greene e Vermillon=0 em ambas as arcadas dentárias)
	E sem gengivite (Índice Silness e Loe=0 em ambas as arcadas dentárias)
	E sem fratura de dentes anteriores
	E sem perda de dentes anteriores
	E sem perda de dentes posteriores
	E sem cáries dentárias
	E sem doenças infecciosas
	E sem distorções orofaciais severas
	E Ausência de critérios de impacto social:
	Sem halitose
	E sem salivação
	E sem fratura de dentes anteriores ou coroa sem restauração
1	OU Ausência de critérios com impacto medico:
Existência de um ou mais problemas orais com baixo a moderado impacto na saúde	Sem lesões nos lábios, língua ou mucosa jugal
	E sem doenças infecciosas
	OU sem de placa dentária (Índice Greene e

	Vermillon=0 em ambas as arcadas dentárias)
	OU sem cálculos dentários (Índice Greene e Vermillon=0 em ambas as arcadas dentárias)
	OU sem gengivite (Índice Silness e Loe=0 em ambas as arcadas dentárias)
	OU sem fratura de dentes anteriores
	OU sem perda de dentes anteriores
	OU sem perda de dentes posteriores
	OU sem cáries dentárias
	OU sem doenças infecciosas
	OU sem distorções orofaciais severas
	E Existência de pelo menos um critério de impacto social:
	Com halitose
	OU com salivação
	OU com pelo menos com uma fratura de dentes anteriores ou coroa sem restauração
	E Existência de pelo menos um critério de impacto médico:
	OU com placa dentária (Índice Greene e Vermillon>0 em pelo menos um grupo de dentes ou todos os dentes de uma das arcadas dentárias)
	OU com cálculos dentários (Índice Greene e Vermillon>0 em pelo menos um grupo de dentes ou todos os dentes de uma das arcadas dentárias)
	OU com pelo menos um segmento posterior edêntulo menor (ausência de todos os molares e pré-molares em 1 ou 2 hemiarcadas com pelo menos um contacto dentário residual interarcadas)
	OU com pelo menos uma lesão cáries incipiente, mas sem uma lesão cáries desenvolvida (estádio 1 ou 2 de acordo com a classificação de lesões cáries de Eckstrand)
	OU com uma distorção orofacial simples

	...independentemente do critério com impacto social
2	Existência de pelo menos um critério com impacto médico importante
Existência de um ou mais problemas orais com impacto importante a severo na saúde	Gengivite generalizada (Índice Silness e Loe > 0 em ambas as arcadas dentárias)
	OU com perda de pelo menos três dentes anteriores
	OU com pelo menos um segmento posterior edêntulo major (ausência de todos os molares e pré-molares em pelo menos 2 hemiarcadas sem contacto dentário residual interarcadas)
	OU com pelo menos uma lesão cáriosa desenvolvida (estádio 3 ou 4 de acordo com a classificação de lesões cárias de Eckstrand quer para dentes decíduos como para dentes permanentes)
	OU com pelo menos uma lesão infecciosa (presença de um abscesso, dente com exposição pulpar ou fistula)
	OU com uma dismorfia orofacial complexa
	...independentemente do critério com impacto social
Indeterminado	Com pelo menos um critério indeterminado com impacto médico independentemente do critério de impacto social.
	OU sem critério com impacto médico mas com pelo menos um critério indeterminado com impacto social.

8.6. Anexo 6 – Determinantes do índice de COCNI

Valores do <i>Clinical Oral Care Needs Index (COCNI)</i>	Condições de saúde suspeitas	Critérios
<p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">Necessidade urgente em realizar tratamento ou observação</p>	<p style="text-align: center;">Marcador de doença infecciosa local</p>	<p>Durante os últimos três meses a criança expressou desconforto ou dor na cavidade oral e conseqüentemente efetuou uma visita ao médico dentista.</p> <p>OU pelo menos uma lesão da mucosa nos lábios, lingual ou maxilar.</p> <p>OU pelo menos uma lesão infecciosa (presença de um abscesso, dente com exposição pulpar ou fistula).</p> <p>E ausência de qualquer doença sistêmica que requer monitorização de saúde oral específica.</p>
	<p style="text-align: center;">Marcador de doença infecciosa focal</p>	<p>Durante os últimos três meses a criança expressou desconforto ou dor na cavidade oral e conseqüentemente efetuou uma visita ao médico dentista.</p> <p>OU pelo menos uma lesão da mucosa nos lábios, lingual ou maxilar.</p> <p>OU pelo menos uma lesão infecciosa (presença de um abscesso, dente com exposição pulpar ou fistula).</p> <p>OU presença de uma gengivite generalizada (Índice Silness e Loe > 0 em ambas as arcadas dentárias).</p>

		E existência de qualquer doença sistêmica que requer monitorização de saúde oral específica.
	Marcador de lesões traumáticas	Durante os últimos três meses a criança expressou desconforto ou dor na cavidade oral e conseqüentemente efetuou uma visita ao médico dentista. OU pelo menos uma lesão da mucosa nos lábios, lingual ou maxilar.
	Marcador de doenças orais com conseqüências funcionais e sociais	Durante os últimos três meses a criança expressou desconforto ou dor na cavidade oral e conseqüentemente efetuou uma visita ao médico dentista.
2 Necessidade de realizar tratamento ou observação	Marcador de doença infecciosa local	Presença de cálculos dentários OU presença de gengivite OU presença de pelo menos uma fratura de dente anterior ou coroa sem restauração OU presença de pelo menos uma lesão cáries desenvolvida E existência de qualquer doença sistêmica que requer monitorização de saúde oral específica.
	Marcador de doença infecciosa focal	Presença de cálculos dentários OU presença de gengivite

		<p>OU presença de pelo menos uma fratura de dente anterior ou coroa sem restauração</p> <p>OU presença de pelo menos uma lesão cariosa desenvolvida</p> <p>E existência de qualquer doença sistêmica que requer monitorização de saúde oral específica.</p>
	Marcador de lesões traumáticas	<p>Presença de pelo menos uma fratura de dente anterior ou coroa sem restauração.</p>
1 Necessidade de observação	Marcador de doença infecciosa local	<p>Sem visita ao médico dentista nos últimos 12 meses</p> <p>OU presença de placa dentária</p> <p>OU presença de pelo menos uma lesão cariosa incipiente</p> <p>E ausência de qualquer doença sistêmica que requer monitorização de saúde oral específica.</p>
	Marcador de doença infecciosa focal	<p>Sem visita ao médico dentista nos últimos 12 meses</p> <p>OU presença de placa dentária</p> <p>OU presença de pelo menos uma lesão cariosa incipiente</p> <p>E ausência de qualquer doença sistêmica que requer monitorização de saúde oral específica.</p>

	Marcador de lesões traumáticas	Sem visita ao médico dentista nos últimos 12 meses
	Marcador de doenças orais com consequências funcionais e sociais	Sem visita ao médico dentista nos últimos 12 meses OU com pelo menos um segmento anterior edêntulo de 1 a 6 dentes em pelo menos uma das arcadas dentárias. OU com um segmento posterior edêntulo em crianças com mais de 13 anos de idade. OU com dismorfia orofacial severa sem tratamento.
0 Sem necessidade de tratamento ou observação		Outras condições por eliminação.

