



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE ORAL NOS UTENTES DA ASSOCIAÇÃO
DE PARALISIA CEREBRAL DE VISEU (APCV)**

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

Por:

Sofia Alexandra dos Santos Duarte

Viseu, 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE ORAL NOS UTENTES DA ASSOCIAÇÃO
DE PARALISIA CEREBRAL DE VISEU (APCV)**

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

Por:

Sofia Alexandra dos Santos Duarte

Orientador: Professor Doutor Nélio Veiga

Coorientadora: Mestre Patrícia Couto

Viseu, 2018

*Aos meus pais, que permitiram que tudo isto fosse possível, pela
educação, pela confiança, por todo o amor e apoio.
Ao meu irmão, meu melhor amigo, por tudo!*

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Nélio Veiga, por toda a ajuda e disponibilidade durante estes 5 anos.

À minha coorientadora, Mestre Patrícia Couto, pelo apoio e ajuda crucial na realização deste trabalho.

Ao Dr. Fernando Vieira e a toda direção da APCV que permitiram que este trabalho fosse desenvolvido.

À Dra. Lúcia, pela presença constante, colaboração, disponibilidade e ajuda neste trabalho.

À minha binómia, Iara por todos os momentos durante estes 5 anos e pelo que crescemos juntas.

À minha tia Mina, pela educação, pela presença em todos os momentos e que desde sempre nos deu tudo.

Aos meus primos e tios, pela família que são!

À Marta e à Coelha, pela amizade, apoio, por todos os momentos e pelas pessoas que são.

À Erika e à Ana, pela amizade incondicional, desde sempre.

Ao David, por tudo o que passámos.

À Inês e ao David Ferreira, por serem pessoas excelentes e por terem acompanhado o meu percurso nestes últimos anos.

Aos meus avós, que independentemente de onde e como estejam estão a torcer por mim.

Resumo

Introdução: A Paralisia Cerebral (PC) é definida como uma perturbação não progressiva do movimento e da postura, devido a lesão cerebral ocorrida num período precoce do desenvolvimento do cérebro. Fornecer cuidados de saúde a indivíduos com necessidades especiais, requer conhecimentos adequados, habilidades e instalações que permitam o atendimento destes pacientes.

Material e Métodos: Este trabalho é um estudo epidemiológico observacional transversal com recurso a uma amostra de conveniência, tendo por este motivo incluído 29 indivíduos que frequentam o ambulatório na Associação de Paralisia Cerebral de Viseu (APCV). As idades variaram entre os 19 e os 55 anos. Realizámos um questionário e exame clínico intra-oral, para análise do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (índice CPOD) e índice de placa de Silness & Loe. Os dados recolhidos, foram analisados recorrendo ao programa IBM-SPSS Statistics (versão 23.0).

Resultados: A média de idade foi de $33,14 \pm 10,54$. 6 residem na instituição e 23 fora da instituição. Neste estudo, verificou-se que o valor médio de CPOD foi de $7,79 \pm 8,38$ variando entre 0 e 32. Relativamente ao índice de placa, a média foi $7,65 \pm 5,09$, sendo que os valores variaram entre 0 e 18. Relativamente às consultas ao médico dentista, 8 utentes fizeram a primeira consulta com menos de 6 anos e 9 consultaram com mais de 6 anos. Como dificuldades para a realização de uma consulta médico-dentária, 25% afirmam que as consultas são caras. 41,7% têm dificuldade em encontrar um médico dentista especializado, 45,8% afirmaram que os tutelados rejeitavam o tratamento dentário, 12,5% não sentem necessidade de consultar o médico dentista e 16,7% têm dificuldade na deslocação.

Conclusões: A APCV mostra uma grande preocupação na saúde geral dos seus utentes e tem cuidado em marcar consultas regulares ao médico dentista mesmo quando é necessária a deslocação para fora de Viseu.

Palavras-chave: Pacientes especiais, Paralisia cerebral, Saúde oral, Índice CPOD, Índice de Placa de Silness e Loe

Abstract

Introduction: Cerebral Palsy (CP) is defined as a non-progressive movement and posture disturbance due to brain injury occurring at an early stage of brain development. Providing health care to individuals with special needs requires adequate knowledge, skills and facilities to allow the care of these patients.

Methods: This study is an observational cross-sectional epidemiological study using a convenience sample, including 29 individuals attending the outpatient clinic at the Associação de Paralisia Cerebral de Viseu (APCV). Individuals ages ranged from 19 to 55 years. An intra-oral clinical examination was performed to analyze the decayed index, missing and filled teeth (DMFT index) and the Silness & Loe plaque index. The collected data were analyzed using the statistical program IBM-SPSS Statistics (version 23.0).

Results: Patient mean age was 33.14 ± 10.54 . Six reside in the institution and 23 spend the night at home. In this study, it was observed that the mean value of DMFT was 7.79 ± 8.38 , ranging from 0 to 32. Regarding plate index, the mean value was 7.65 ± 5.09 , with values varying between 0 and 18. Regarding dentist visits, 8 patients had their first visit with less than 6 years old, while 9 visited with more than 6 years old. As difficulties for a medical-dental consultation, 25% state that consultations are expensive. 41.7% had difficulty finding a specialized dental practitioner, 45.8% said that they were denied dental treatment, 12.5% did not feel the need to visit the dentist, and 16.7% have travelling difficulties.

Conclusion: The APCV shows a great concern in the general health of its users and is aware to make regular visits to the dentist, even when it is necessary to travel outside Viseu.

Keywords: Special Patients, Cerebral Palsy, Oral Health, CPOD Index, Silness and Loe Plate Index

Índice

Resumo	IX
Abstract	XI
CAPÍTULO 1.....	23
1. Revisão da literatura.....	25
1.1. Saúde Oral	25
1.2. Paciente Especial	25
1.3. Paralisia Cerebral.....	26
1.4. Causas da Paralisia Cerebral.....	27
1.5. Classificação do comprometimento motor.....	28
1.6. Saúde Oral dos Pacientes com Paralisia Cerebral	30
1.7. Barreiras à Saúde Oral	34
1.8. O Papel do Cuidador.....	35
CAPÍTULO II.....	37
2. Objetivos.....	39
CAPÍTULO III.....	41
3. Materiais e Métodos	43
3.1. Tipo de Estudo	43
3.2. Amostra	43
3.3. Critérios de inclusão e exclusão	43
3.4. Recolha de dados.....	44
3.5. Observação Intra-Oral	44
3.6. Exame dentário.....	44
3.7. Índice CPOD	45

3.8.	Índice de placa de Silness e Loe.....	46
3.9.	Variáveis em estudo	47
3.10.	Análise Estatística	48
3.11.	Procedimentos legais e éticos	48
CAPÍTULO IV.....		51
4.	Resultados	53
4.1.	Índice de CPOD e Índice de Placa de Silness e Loe.....	67
4.2.	Índice de Placa vs. Género.....	67
4.3.	Índice de Placa vs. Idade.....	68
4.4.	Índice de Placa vs. Residência	68
4.5.	Índice de Placa vs. Comprometimento motor	69
4.6.	Índice de Placa vs. Medicação	70
4.7.	Índice de Placa vs. Alimentação	70
4.8.	Índice de Placa vs. Frequência de escovagem.....	71
4.9.	Índice de Placa vs. Consulta ao médico dentista nos últimos 12 meses....	72
4.10.	Índice de Placa vs. Última consulta ao médico dentista	73
4.11.	Índice CPOD vs. Género.....	73
4.12.	Índice CPOD vs. Idade.....	74
4.13.	Índice CPOD vs. Residência.....	74
4.14.	Índice CPOD vs. Comprometimento Motor	74
4.15.	Índice CPOD vs. Medicação	75
4.16.	Índice CPOD vs. Alimentação.....	75
4.17.	Índice CPOD vs. Higiene oral	76
4.18.	Índice CPOD vs. Consulta ao médico dentista nos últimos 12 meses.....	76
4.19.	Índice CPOD vs. Última consulta ao médico dentista	77
4.20.	Índice CPOD vs. Bruxismo.....	77

CAPÍTULO V.....	79
5. Discussão	81
5.1. Dimensão da amostra.....	81
5.2. Recolha de dados.....	81
5.3. Caraterização da amostra.....	81
5.4. Limitações do Estudo.....	88
CAPÍTULO VI.....	89
6. Conclusão.....	91
CAPÍTULO VII.....	93
7. Referências bibliográficas.....	95
CAPÍTULO VIII.....	101
8. Anexos	103

Índice de tabelas

Tabela 1 - Associação entre o índice de placa e o gênero da amostra	67
Tabela 2 - Associação entre o índice de placa e a residência da amostra	69
Tabela 3 - Associação entre o índice de placa e o comprometimento motor da amostra	70
Tabela 4 - Associação entre o índice de placa e a toma de medicação da amostra	70
Tabela 5 - Associação entre o índice de placa e o tipo de alimentação	71
Tabela 6 - Associação entre o índice de placa e a frequência de escovagem	72
Tabela 7 - Associação entre o índice de placa e a consulta ao médico dentista nos últimos 12 meses	73
Tabela 8 - Associação do índice de placa e a última consulta ao médico dentista da amostra	73
Tabela 9 - Associação entre o índice de CPOD e o gênero da amostra.....	73
Tabela 10 - Associação entre o índice CPOD e a idade da amostra	74
Tabela 11 - Associação do índice CPOD e a residência da amostra.....	74
Tabela 12 - Associação entre o índice CPOD e o comprometimento motor da amostra	75
Tabela 13 - Associação entre o índice CPOD e a toma de medicação da amostra	75
Tabela 14 - Associação entre o índice CPOD e o tipo de alimentação da amostra	76
Tabela 15 - Associação entre o índice CPOD e os hábitos de higiene oral da amostra	76
Tabela 16 - Associação entre o índice CPOD e a consulta ao médico Dentista nos últimos 12 meses da amostra.....	76
Tabela 17 - Associação do índice CPOD e a última consulta ao médico dentista.....	77
Tabela 18 - Associação entre o índice CPOD e o hábito de bruxismo da amostra	77

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição por género da amostra.....	53
Gráfico 2 - Distribuição por idade da amostra	54
Gráfico 3 - Distribuição por residência da amostra.....	54
Gráfico 4 - Distribuição por cuidador da amostra	55
Gráfico 5 - Distribuição por habilitações literárias do cuidador da amostra	55
Gráfico 6 - Distribuição por comprometimento motor da amostra	56
Gráfico 7 - Distribuição da toma de medicação por amostra	56
Gráfico 8 - Distribuição por tipo de alimentação da amostra	57
Gráfico 9 - Distribuição por hábitos de higiene oral da amostra	57
Gráfico 10 - Distribuição por obtenção de escova adaptada	58
Gráfico 11 - Distribuição por utilização de dentífrico fluoretado	58
Gráfico 12 - Distribuição da idade em que consultaram pela primeira vez o médico dentista da amostra	59
Gráfico 13 - Distribuição por motivo da 1ª consulta ao dentista da amostra ...	59
Gráfico 14 - Distribuição por consulta ao médico dentista nos últimos 12 meses da amostra.....	60
Gráfico 15 - Distribuição do motivo da consulta dos últimos 12 meses da amostra	60
Gráfico 16 - Distribuição da última consulta ao médico dentista há mais de 12 meses da amostra.....	61
Gráfico 17 - Distribuição das principais dificuldades na consulta ao médico dentista da amostra.....	62
Gráfico 18 - Distribuição da classificação da última consulta ao médico dentista da amostra.....	62
Gráfico 19 - Distribuição da sensação de boca seca da amostra.....	63
Gráfico 20 - Distribuição da compensação da boca seca com água da amostra	63
Gráfico 21 - Distribuição do hábito de ranger os dentes da amostra.....	64
Gráfico 22 - Distribuição do hábito de morder lábios e bochechas da amostra	64

Gráfico 23 - Distribuição da utilização de prótese da amostra	65
Gráfico 24 - Distribuição da incapacidade de deglutição da amostra.....	65
Gráfico 25 - Distribuição do hábito de bruxismo da amostra	66
Gráfico 26 - Distribuição das lesões orais da amostra	66
Gráfico 27 - Distribuição da residência por instituição da amostra	68
Gráfico 28 - Distribuição do comprometimento motor agrupado em 3 grupos da amostra	69
Gráfico 29 - Distribuição do tipo de alimentação agrupados em 2	71
Gráfico 30 - Distribuição da frequência de escovagem agrupados em 2	72

Lista de Abreviaturas

ADA – American Dental Association

APCV – Associação de Paralisia Cerebral de Viseu

CPOD – Dentes Cariados Perdidos e Obturados

GMFCS – Classificação da Função Motora Grossa

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Paralisia Cerebral

SCPE – Fiscalização de Paralisia Cerebral na Europa

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

CAPÍTULO 1

Revisão da literatura

1. Revisão da literatura

1.1. Saúde Oral

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de saúde é definido como um completo bem-estar físico, mental e social e não somente como a ausência de afeções ou enfermidades. (1)

A saúde oral deficiente afeta a saúde em geral. É pressuposto que a saúde oral seja essencial para a saúde geral, bem-estar físico e psicológico do paciente. De acordo com a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), a saúde oral “é multifacetada e inclui, mas não se limita à capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e de transmitir um sem número de emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor nem desconforto, bem como sem doenças do complexo craniofacial”.(2)

Uma dentição saudável e funcional é importante em todas as fases da vida para permitir funções essenciais tais como, falar, sorrir, socializar e comer.(3)

Segundo a OMD, a cárie dentária afeta cerca de 90% da população. Esta está associada a uma alimentação inadequada e a uma higiene oral precária que vai provocar um acúmulo de bactérias na cavidade oral. É considerada a doença oral mais prevalente a nível mundial, a par com a doença periodontal. Inicia-se com uma gengivite, que pode ser comum e reversível. Se esta não for tratada vai evoluir para uma periodontite que pode causar a perda de osso de suporte.(3)

Uma má saúde oral vai ter impacto sobre a saúde dos indivíduos, uma vez que são condições muitas vezes dolorosas, que afetam a qualidade de vida e reduzem a produtividade escolar e laboral. (3)

1.2. Paciente Especial

A incapacidade é parte da condição humana.(4) Mais de um bilhão de pessoas vivem com alguma forma de deficiência. Duzentos milhões vivem dificuldades

funcionais consideráveis.(4) A OMS declara que este número está a aumentar devido ao crescimento demográfico, aos avanços da medicina, ao processo de envelhecimento e ao aumento da esperança média de vida.

A deficiência é complexa, dinâmica e multidimensional.(4)

Segundo a ADA (American Dental Association), o paciente especial é todo aquele que, devido a condições físicas, médicas, de desenvolvimento ou cognitivas, precisa de consideração especial ao receber tratamento.(5)

Os indivíduos com deficiência são diferentes e heterogéneos. A deficiência pode afetar qualquer indivíduo em qualquer idade seja visível ou invisível, temporária ou a longo prazo, estática, episódica ou em degeneração, dolorosa ou inconsequente. (4)

De acordo com os últimos dados nacionais, há um maior número de indivíduos com necessidades especiais em que os cuidados de saúde necessários não são atendidos em relação à população em geral.(6)

As 5 barreiras-chave para o atendimento destes pacientes são: o sistema primário de saúde, os pais/cuidadores, o paciente em si, o médico dentista e o pagamento pelo serviço médico-dentário. (7)

O ambiente onde a pessoa com necessidades especiais está inserida tem um enorme impacto na experiência e na extensão da deficiência. Ambientes inacessíveis vão criar barreiras na inclusão destas pessoas. (4)

1.3. Paralisia Cerebral

A Sociedade Portuguesa de Neuropediatria e a Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (APPC) definem a Paralisia Cerebral (PC) como uma perturbação não progressiva do movimento e da postura, devido a lesão cerebral ocorrida num período precoce do desenvolvimento do cérebro.(8) Afeta o sistema motor e conseqüentemente a sua coordenação, o equilíbrio e os seus movimentos. (9) É a causa mais comum de deficiência motora, ainda assim, ocorre apenas entre 1,5 a 3 por 1000 nados vivos. (8–14)

Sendo uma perturbação não progressiva, o paciente não tem tendência a piorar ao longo do tempo, no entanto, pode ter outro tipo de problemas médicos

que podem estar associados à lesão inicial. (9,12) Entre eles: deficiência intelectual, convulsões, crescimento e desenvolvimento atrasado, deformação da coluna, visão prejudicada, perda auditiva, distúrbios da fala e deglutição de saliva, incontinência, dificuldades de aprendizagem, deficiências sensoriais, infecções e doenças, desnutrição, inatividade e problemas dentários. (12,15) Estes problemas não são totalmente evitáveis, no entanto, se for realizada uma intervenção precoce pode diminuir a magnitude dos seus efeitos. (16)

Assim sendo, o tratamento nestes pacientes é multidisciplinar, o que permite aumentar substancialmente a qualidade e esperança média de vida dos pacientes.(17)

1.4. Causas da Paralisia Cerebral

A Paralisia Cerebral congénita é a que afeta mais indivíduos, ou seja, a maioria das pessoas com paralisia cerebral já nasceram com a patologia mesmo que isso não seja detetado logo aquando do nascimento. (9,12)

A etiologia da Paralisia Cerebral ainda não se encontra bem definida e sabe-se que não possui apenas uma causa concreta, sendo por isso uma doença multifatorial.(13,18)

A Paralisia Cerebral pode estar associada a fatores pré-natais, peri-natais, pós-natais e devido a prematuridades. (8,15,19)

Durante o período pré-natal e peri-natal, o baixo nível socioeconómico, a prematuridade, o baixo peso ao nascimento, as convulsões maternas, o tratamento com hormonas, complicações na gravidez, poli-hidrâmnios, eclampsia, sangramento no terceiro trimestre, gestações múltiplas, apresentação fetal anormal, febre materna, malformações congénitas, encefalopatia hipóxico-isquémica do recém-nascido e a bilirrubina são fatores de risco para a Paralisia Cerebral. (8,9,12,15,19)

Um pequeno número de pessoas pode adquirir a patologia após o nascimento como consequência de meningite, traumatismos cranianos (em acidentes de carro e abuso infantil), quase afogamento e asfixia, convulsões neonatais, paragem cardíaca, hemorragia intracraniana e encefalopatia adquirida.

(8,12,15,19) Ainda assim, os que nascem muito prematuros ou com baixo peso têm um maior risco de Paralisia Cerebral.(10)

Em todos os tipos de incapacidade, a saúde geral e em particular, a saúde oral, vão estar comprometidas e, por este motivo, vai haver um aumento da prevalência das patologias orais.(15)

A Paralisia Cerebral varia desde perturbações ligeiras quase impercetíveis até incapacidade motora grave onde todas as atividades como a fala, o movimento e a capacidade intelectual estão comprometidas, o que os torna os indivíduos com Paralisia Cerebral dependentes na atividade normal diária.(8)

1.5. Classificação do comprometimento motor

Existem várias classificações propostas para o nível de comprometimento dos indivíduos com paralisia cerebral. De acordo com as partes do corpo afetadas ou pelo tipo de distúrbio motor. (9,15,19)

O nível de comprometimento geral varia de uma criança para a outra, não havendo por isso afirmações válidas para todas as crianças. Os médicos especialistas, quando necessário, utilizam ambas as terminologias para classificar uma criança.(9)

Em relação ao tipo de distúrbio motor, a Paralisia Cerebral Espástica é a mais comum. (12,17) É caracterizada por um padrão de movimento anormal, aumento do tónus ou reflexos patológicos. Neste tipo, pelo menos duas das características estão presentes. (15) Este tipo também pode ser subdividido pelas áreas do corpo afetadas em relação ao lado esquerdo e direito e aos membros superiores e inferiores. A Hemiplegia compromete unilateralmente o braço e a perna, do lado direito ou esquerdo. Quando o indivíduo tem um comprometimento de ambas as pernas e ainda possui alguma mobilidade do setor superior, falamos em Diplegia. Na Quadriplegia, todos os membros se encontram comprometidos, sendo por isso considerada a mais grave.(9,11,12,15)

A Paralisia Cerebral Discinética apresenta padrões anormais de movimentos e movimentos involuntários, não controlados e recorrentes.(15) Este tipo, inclui o tipo Ateóide, Coreoatetótico e Distónico. (12) O tipo Ateóide caracteriza-se pelo

não controlo total dos músculos, ou seja, existem movimentos involuntários e distorcidos. (11,15). O tipo Distónico e Coreoatetótico são raros. O primeiro refere-se a uma redução da atividade, movimentos rígidos e hipotonia. O segundo, tendo em conta que era causado por uma hiperbilirrubinémia excessiva e, já é prevenido e tratado é um tipo menos comum. Ainda assim é caracterizado por movimentos aumentados e tempestuosos e hipotonia. (15,19)

Quando o paciente tem problemas de coordenação e balanço, é classificado como Atáxica. (9,11,15).

Em alguns casos, o paciente apresenta características que não correspondem a nenhum tipo específico de Paralisia Cerebral, mas sim a um conjunto de tipos. Nessas situações é classificado como misto. (9,11,15,19).

No presente estudo, utilizámos o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) que se baseia no movimento iniciado voluntariamente com ênfase no sentar, transferências e mobilidade. (20) Ainda que a faixa etária desta classificação esteja pré-definida até aos 18 anos (20), existem estudos que utilizam esta classificação para adultos. (21–25)

Os 5 níveis distintos são baseado nas limitações funcionais, na necessidade de dispositivos manuais ou sobre rodas para se movimentarem ou mesmo na qualidade do movimento na sua vida diária, em casa, na escola e nos ambientes comunitários.(20)

- No nível I, o paciente anda sem limitações. Anda em casa, na escola, em espaços externos e na comunidade. São capazes de subir escadas sem assistência física e sem o uso do corrimão. Conseguem correr e pular mas a velocidade, o equilíbrio e a coordenação são limitados.(19,20)
- No nível II, os pacientes apresentam algumas limitações. Têm apenas dificuldade a andar em terrenos irregulares, inclinações, longas distâncias e durante muito tempo. Podem utilizar dispositivos manuais apenas por segurança. Utilizam mobilidade sobre rodas para longas distâncias. Sobem e descem escadas agarrados a um corrimão.(19,20)

Estes dois níveis não são tão nítidos como os outros. (20)

- No nível III, há uma necessidade obrigatória do auxílio de um dispositivo manual. Sentados, necessitam de um cinto de

segurança para alinhamento pélvico e equilíbrio. Para se manterem em pé, é necessário apoio de alguém ou de uma superfície de apoio. São capazes de utilizar uma cadeira de rodas monitorizada para se deslocarem na escola, em espaços externos e na comunidade. Conseguem subir escadas com ajuda de um corrimão, vigilância ou assistência física.(19,20)

- No nível IV, têm auto mobilidade com limitações e podem utilizar mobilidade motorizada. Os indivíduos necessitam de assento adaptado para controle pélvico e do tronco. Para transferências, necessitam de assistência física de 1 ou 2 pessoas, mas, conseguem apoiar o peso nas pernas para ajudar nas transferências para ficar em pé. Em espaços internos, andam curtas distâncias com assistência física, mobilidade sobre rodas ou um andador de apoio corporal. São capazes de utilizar uma cadeira de rodas motorizada quando possível e disponível.(19,20)
- No último nível, V, os pacientes utilizam uma cadeira de rodas manual em todos os ambientes. Não mantêm uma postura e não têm controlo dos movimentos dos braços e pernas. As limitações apesar de poderem melhorar com tecnologia assistida, não compensam de todo as restrições motoras dos quais são portadores.(19,20)

1.6. Saúde Oral dos Pacientes com Paralisia Cerebral

Fornecer cuidados de saúde a indivíduos com necessidades especiais, exige conhecimentos adequados, habilidades e instalações que permitam o atendimento destes pacientes. (6)

Pacientes com deficiência têm um maior risco de doença oral devido a manifestações orais da sua condição particular, aos efeitos secundários de fármacos e o uso de dietas específicas. (26)

A Paralisia Cerebral por si só não causa problemas orais, no entanto há diversas condições que são mais comuns ou mais graves em pessoas com Paralisia Cerebral do que na população em geral.(27)

Os problemas neuromusculares associados à Paralisia Cerebral vão influenciar significativamente a manutenção de uma boa higiene e saúde oral.(14,28) Outros fatores que influenciam o risco de doenças orais são o dano neurológico severo e o baixo rendimento familiar.(29,30)

A incoordenação motora grave afeta a capacidade de realizar uma higiene oral adequada e os défices cognitivos dificultam a cooperação para um cuidado oral eficaz. (29)

Isto resulta de vários fatores, nomeadamente: perturbações no controlo e na coordenação muscular voluntária e involuntária e consequentemente disfunção oromotora. (13) Assim sendo, o funcionamento normal dos músculos orofaciais, como a deglutição, mastigação e sucção está comprometido.(13) As alterações estruturais da região oro-facial e hábitos parafuncionais associados aos défices neuromusculares originam vários distúrbios dentários como cáries, doenças periodontais, má oclusão, incapacidade de controlo salivar (“baba”), bruxismo e défices do esmalte. (14,31,32)

Dependendo da gravidade da doença, indivíduos com Paralisia Cerebral podem ter dificuldade na ingestão de alimentos sólidos, dificuldade em engolir, mastigar e beber, podem facilmente engasgar-se ou tossir.(13)

Nestes pacientes, a propensão para desenvolver doenças orais como a cárie e doença periodontal é mais elevada, pois, devido à dificuldade no controlo de placa bacteriana, ao consumo de alimentos e medicamentos com teor açucarado, à xerostomia associado aos medicamentos e à tensão anormal dos músculos faciais, com controle insuficiente dos lábios e da língua, apresentam uma reduzida função de autolimpeza da cavidade oral.(13,18,33,34) Estes riscos são exacerbados pela dificuldade na inclusão nos serviços de saúde dentária. (33)

Revisões da literatura apresentam distintos resultados. (32) Vários estudos sugerem que indivíduos com necessidades especiais têm mais cáries não tratadas, maior prevalência de gengivite, mais problemas relacionados com higiene oral e trauma quando comparados com indivíduos da população em

geral. (6,34) Outros estudos sugerem que a prevalência de cárie nestes indivíduos é menor ou igual à população em geral. (14)

A OMS define a cárie dentária como um processo patológico localizado, de origem externa, que se inicia depois da erupção dentária, que determina o amolecimento do tecido duro do dente e evolui até à formação de uma cavidade.

Vários fatores podem contribuir para o desenvolvimento da cárie dentária, incluindo fatores biológicos, económicos, culturais, ambientais e sociais.(29)

A cárie dentária, nestes pacientes, encontra-se em maior percentagem na dentição definitiva. Isto pode dever-se ao facto das pessoas com Paralisia Cerebral, terem um menor fluxo salivar, alterações no pH e na capacidade tampão da saliva o que pode comprometer a função protetora da saliva e aumentar o risco de doenças orais.(31,35) Para além disso, o défice na higiene oral, a respiração oral, hipoplasias de esmalte, dificuldade na deglutição mastigação, dieta cariogénica e a medicação de rotina são também fatores que desencadeiam a propensão para cárie dentária.(27)

Para controlo e prevenção de cáries, é necessário tomar decisões e estratégias de tratamento preventivo e restaurador que exigem iniciativas individuais e coletivas com a finalidade de controlar a doença. O controlo consiste em informar e motivar os pacientes e cuidadores, conselho dietético, higiene oral e recomendações individuais. (17)

A placa bacteriana que se forma na superfície dos dentes causa inflamação do tecido gengival. Quando essa placa permanece durante muito tempo no dente, mineraliza, formando tártaro/cálculos que vão provocar irritação dos tecidos gengivais e provocar a perda de osso de suporte. (30)

A doença periodontal abrange dois grupos de alterações inflamatórias: a gengivite e a periodontite. (36)

A gengivite é um processo inflamatório das gengivas de carácter reversível enquanto que a periodontite é um processo inflamatório que afeta os tecidos de suporte do dente, destrói progressivamente o ligamento periodontal e o osso alveolar.(17)

A doença periodontal está relacionada sobretudo com a deficiente higiene oral, incapacidade motora, má-oclusão e o tipo de medicação.(37)

Vários estudos demonstram que a hiperplasia gengival e o sangramento associado são mais frequentes nos pacientes com Paralisia Cerebral pois, existe

um maior acúmulo de biofilme bacteriano. (29,30) Para além disso, a hiperplasia gengival associada a medicamentos também é comum devido ao uso de medicação antiepilética e anticonvulsivante.(27,29,38) Tende a ocorrer com maior frequência nos pacientes com Paralisia Cerebral Tetraplégica Espástica e no tipo Coreoatetótico devido aos movimentos descontrolados que dificultam a higiene oral.(29)

A terapêutica anticonvulsivante, anticolinérgica e antiespasmódica tem um teor de açúcar elevado e pode causar xerostomia, hiperplasia gengival e bruxismo. (39)

O excesso de saliva, nestes pacientes, é uma consequência da disfunção na coordenação dos mecanismos de deglutição e abertura da boca.(29) As pessoas portadoras de Paralisia Cerebral não têm hipersalivação, apenas apresentam uma atonia muscular da língua, lábios e mucosa jugal. (40)

A xerostomia é caracterizada pela falta de saliva que provoca uma sensação de secura oral (sensação de “boca seca”).(17) É expressa por um défice na quantidade de saliva, normalmente em resposta à administração de medicamentos, patologias sistémicas ou pacientes irradiados. (17)

As atividades musculares podem ser divididas em dois grupos: os funcionais e os parafuncionais. Consideramos funcionais todas as atividades vitais na vida de uma pessoa (comer, falar, respirar, deglutir) enquanto que as parafuncionais envolvem movimentos mandibulares e da língua não associados a uma função específica. (36)

O bruxismo é definido como uma ação não funcional de apertar, esfregar ou ranger os dentes.(17) É um problema comum nestes pacientes, particularmente aqueles com défices motores e cognitivos severos. (29) Provoca abrasão dentária e desgaste das superfícies oclusais. (17,29)

Os mecanismos que provocam este hábito não são totalmente conhecidos e pode estar relacionado à proprioção anormal do periodonto. (29) Nestes pacientes, acredita-se que o bruxismo tem origem na espasticidade e disfunção miofuncional que leva a uma postura mandibular imprópria e contactos dentários inadequados.(36)

A má saúde oral em geral pode levar à dor, dificuldade de alimentação, distúrbios do sono e diminuição da auto-estima o que vai afetar negativamente a qualidade de vida dos indivíduos.(41)

Assim sendo, o acompanhamento precoce do médico dentista é extremamente importante uma vez que possibilita a implementação de estratégias preventivas adequadas às necessidades individuais dos pacientes e de forma a informar e alertar os cuidadores para uma higiene oral adequada. (30)

1.7. Barreiras à Saúde Oral

Segundo a literatura, vários estudos afirmam que pacientes com necessidades especiais têm dificuldade no acesso a cuidados de saúde dentários. (30,33,42,43)

Essa dificuldade é causada por vários fatores. Nelson *et al.* dividiu essas barreiras em duas categorias: ambiental e não ambiental (7) A falta de atitude e vontade da equipa médica e respetivas habilidades, as considerações financeiras e o acesso à clínica são consideradas barreiras ambientais. O consentimento para o tratamento e a atitude da criança são consideradas barreiras não ambientais.(7,30,44)

Relativamente às dificuldades no acesso à clínica, salientamos a dificuldade no transporte, nas instalações dentárias localizadas a longas distâncias, inacessibilidade física das clínicas dentárias e poucas instalações de estacionamento.(30,33) Para além disso, os cuidadores também não estão consciencializados para a importância da saúde oral, dando mais importância às outras áreas médicas. (33)

Os médicos dentistas recusam muitas vezes o tratamento por falta de conhecimento, habilidade, falta de confiança, falta de prática e por não ser reembolsado o tempo adicional para tratar estes pacientes. (33) Os cuidadores revelam alguma dificuldade em localizar profissionais dentários dispostos a tratar estes pacientes, pois, são pacientes não colaborantes devido ao medo, problemas de comunicação e problemas comportamentais pelo que, muitas vezes, é necessário recorrer a outros meios como sedação.(33)

Como o acesso aos cuidados de saúde oral é difícil, os pacientes estão sem tratamento durante um período mais prolongado (45), e mesmo procedimentos

de rotina podem ser difíceis pois envolvem sons, gostos e outras estimulações que alguns pacientes não toleram.(30)

Durante a consulta e o tratamento dentário os movimentos involuntários são uma barreira que pode provocar dificuldades.(37)

A ansiedade e a incapacidade de cooperação também podem alterar o normal decurso da consulta, por isso, o tratamento sob efeito de sedação ou anestesia geral é, muitas vezes, necessário. (29,30,46) Para além disso, os pacientes com dificuldades respiratórias e convulsões apresentam um desafio particular.(29)

Muitos medicamentos podem ser utilizados para induzir sedação e anestesia tal como os benzodiazepínicos, óxido nitroso, narcóticos e propofol. (29) Ainda assim, pessoas com Paralisia Cerebral grave não toleram a máscara facial antes da sedação intravenosa, no entanto, pode ser utilizada em casos mais leves para evitar o medo e ansiedade associados à sedação intra-venosa.(29)

1.8. O Papel do Cuidador

Embora a Paralisia Cerebral englobe, muitas vezes, a existência de problemas mentais, alguns pacientes não apresentam qualquer comprometimento intelectual.(37)

Dependendo do tipo de paciente, do seu comprometimento motor e das habilidades cognitivas pode ser necessário dar orientações ao paciente ou ao cuidador.(27)

Ainda assim, na maioria dos casos, a higiene oral destes pacientes depende do conhecimento, atitude e ações do cuidador responsável. (41)

A falta de supervisão e atitudes negativas relativamente à saúde oral por parte do cuidador é um obstáculo para a manutenção de uma boa saúde oral do paciente. (41)

Com o aumento da idade dos indivíduos, estes tornam-se cada vez mais dependentes e com mais limitações, o que vai sobrecarregar o cuidador. Por este mesmo motivo, cuidar destes pacientes que, muitas vezes, apresentam dificuldades comportamentais, físicas e falta de cooperação vai ser uma tarefa extremamente difícil e desafiante.(47,48)

É, portanto, crucial o bom relacionamento entre os profissionais de saúde e o cuidador para o melhor tratamento do indivíduo com Paralisia Cerebral.(47)

A mudança de comportamento é potenciada, sobretudo, pela reeducação dos hábitos de higiene oral, sendo essencial formar e responsabilizar um cuidador na execução da higiene oral.(33)

Corrigir e exemplificar uma correta técnica de escovagem e de uso do fio dentário é essencial, assim como elucidar que o uso de uma escova elétrica pode ser vantajoso devido à facilidade do método e de possuir uma cabeça mais pequena. Explicar os benefícios do uso de um agente antimicrobiano complementar à escovagem, como a clorhexidina mesmo que seja necessário utilizar um spray, uma escova, esponja ou gazes para a sua aplicação. Deve-se informar também da importância das consultas regulares ao médico dentista e das limpezas profissionais.(27,49)

Alertar os pacientes e/ou cuidadores que a medicação pode causar xerostomia e que podem conter açúcar é importante, pelo que devemos sugerir que os pacientes bebam água e que, sempre que possível, escolham medicamentos sem açúcar.(27)

O uso de fluoretos e selantes vão ajudar a que a patologia não se desenvolva com tanta facilidade, para além disso o tratamento dentário preventivo é muito importante, diminuindo assim a prevalência de doenças orais e consequentemente reduzir a sobrecarga para os cuidadores. (27,50)

Devemos ter em conta que a motivação e o empenho dos responsáveis nem sempre são fáceis pois, estes estão sujeitos a um elevado nível de stress, sintomatologia depressiva e uma menor qualidade de vida. (33)

Para conseguirmos alterar hábitos é essencial que os cuidadores percebam a importância da mudança. (36)

CAPÍTULO II

Objetivos

2. Objetivos

Este estudo apresenta os seguintes objetivos:

Avaliar a saúde oral e a prevalência de doenças orais numa amostra de utentes da Associação de Paralisia Cerebral de Viseu (APCV).

Determinar a distribuição e prevalência de doenças orais na população definida, bem como relacioná-las com distúrbios e condições orais entre pacientes de várias idades, género e condições de vida.

Relacionar as características individuais de cada indivíduo (condições dos tutores, hábitos e condições pessoais) com a prevalência de cárie, doença periodontal, hábitos parafuncionais, lesões orais e a utilização de prótese dentária.

CAPÍTULO III

Materiais e Métodos

3. Materiais e Métodos

3.1. Tipo de Estudo

Este trabalho é um estudo epidemiológico observacional transversal com recurso a uma amostra de conveniência que caracteriza a saúde oral dos indivíduos da Associação de Paralisia Cerebral de Viseu.

3.2. Amostra

Neste estudo, recorreu-se ao método de amostragem por conveniência, obtendo assim o maior número possível de participantes, o que se traduziu em 29 indivíduos que frequentam o ambulatório na Associação de Paralisia Cerebral de Viseu (APCV).

3.3. Critérios de inclusão e exclusão

Neste estudo, participaram 29 indivíduos tendo em consideração os critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão definidos para os pacientes na amostra foram:

- Ser portador de Paralisia Cerebral
- Estar inscrito na Associação de Paralisia Cerebral de Viseu (APCV)
- Ter autorização dos tutores legais

Os critérios de exclusão definidos para os pacientes na amostra foram:

- Os tutores legais não autorizaram o estudo;
- Desistiram do estudo;
- Não forneceram dados suficientes para o estudo;

- Tinha comportamentos não colaborantes e impeditivos para a recolha de dados pretendida.

3.4. Recolha de dados

A primeira abordagem passou por um encontro com os tutores legais dos pacientes, onde foi feita uma apresentação das principais doenças orais, hábitos de higiene oral, barreiras nas consultas ao médico dentista e tratamentos de prevenção possíveis. Para além disso, foi esclarecido qual o objetivo do estudo e os métodos de elaboração do mesmo.

Aqueles que não compareceram no encontro receberam uma carta a esclarecer o objetivo, métodos e como iríamos realizar o estudo. (Anexo I)

A recolha de dados foi efetuada através da aplicação de um questionário escrito, sob a forma de entrevista, ao participante do estudo com auxílio do tutor/familiar (Anexo III). Fez-se a observação e registo individual de cada utente, tendo em conta as variáveis em estudo.

3.5. Observação Intra-Oral

A observação foi feita numa sala médica da instituição, iluminada com luz natural e artificial. Os pacientes com mobilidade reduzida, em cadeira de rodas, foram observados na sua cadeira.

As observações foram realizadas na presença da pessoa auxiliar responsável pelo acompanhamento do estudo.

3.6. Exame dentário

Realizou-se um exame clínico intra-oral para obtenção do diagnóstico de cárie através do índice CPOD e avaliação gengival através do índice de placa de Silness e Loe. Fez-se o preenchimento da folha de registo.

Para a realização da observação intra-oral foi utilizado o material de proteção individual (bata, máscara e luvas), espelho intra-oral e sonda descartável.

3.7. Índice CPOD

Para avaliação da cárie dentária, registaram-se os dentes cariados, obturados com e sem cárie, perdidos devido a lesões de cárie ou por outras causas que não a cárie. Registaram-se ainda os dentes sãos, com selantes, com coroas ou facetas, não erupcionados e os dentes fraturados ou perdidos por traumatismo.(CPOD) (51)

- Código 0 (Dente hígido): O dente é registado como hígido, caso não apresente sinais evidentes de tratamento ou de cárie na coroa ou na raiz quando exposta. São igualmente registadas com este código: manchas esbranquiçadas; descolorações ou manchas resistentes, escuras e brilhantes que não apresentem sinais de amolecimento à sondagem; sulcos ou fissuras no esmalte que não apresentem sinais visíveis de amolecimento detetável à sondagem; áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; lesões que pela sua distribuição e/ou história e ao exame visual e tátil demonstram serem provenientes de abrasão; cáries que não apresentem cavitação. Ou seja, estágios iniciais não são levados em consideração, dada a impossibilidade de serem registados com clareza.
- Código 1 (cariado): o dente é registado como cariado, quando existe uma superfície da coroa ou raiz, um sulco, fissura, ou superfície lisa com cavidade evidente ou tecido amolecido na base. Dentes com restaurações provisórias também são incluídos neste critério.
- Código 2 (restaurado com cárie): o dente é considerado restaurado com cárie quando apresenta uma ou mais restaurações definitivas, com uma ou mais áreas de cárie.
- Código 3 (restaurado sem cárie): o dente é considerado restaurado sem cárie quando apresenta uma ou mais restaurações definitivas, sem sinais

evidentes de cárie. Inclui-se também nesta categoria, dente que tenha uma coroa devido a cárie anterior.

- Código 4 (dente ausente por cárie): o dente é registado como ausente devido a cárie, quando não há dúvida quanto à causa.
- Código 5 (ausente por outra razão): o dente é considerado ausente por outra razão, quando se trata de extração por razões ortodônticas, doença periodontal, trauma, ou agenesia congénita.
- Código 6 (selante): o dente é considerado com selante, quando apresenta selante de fissuras na face oclusal ou quando esta foi alargada para a colocação de compósito.
- Código 7 (prótese ou implante): o dente é considerado nesta categoria quando é parte de uma prótese fixa (coroa, faceta) ou implante.
- Código 8 (não erupcionado): o dente é considerado não erupcionado, quando atendendo à cronologia da erupção não erupcionou. Não estão incluídos neste critério, dentes perdidos devido a problemas congénitos, trauma, etc.
- Código T (traumatismo): o dente é considerado com traumatismo quando parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.
- Código 9 (não registado): o dente é classificado como não registado quando não é possível examinar o estado da coroa ou raiz por qualquer motivo.

3.8. Índice de placa de Silness e Loe

O índice de placa descrito por *Silness e Loe* (1964) avalia o nível de placa bacteriana, considerando os detritos macios e depósitos mineralizados em 3 dentes de cada arcada: o 1.6, 1.2, 2.4, 4.4, 3.2, 3.6. Em cada dente são avaliadas as 4 faces: Mesial, Distal, Lingual/Palatina, Vestibular. Os dentes perdidos não são substituídos.

Cada face é classificada de 0 a 3:

- Código 0: O Sem Placa
- Código 1: Filme de placa aderido à margem gengival livre e à área adjacente do dente visível após a aplicação de placa reveladora ou usando sonda
- Código 2: Acumulação moderada de depósito macio dentro da bolsa gengival ou margem dentária visível a olho nu
- Código 3: Abundância de matéria macia dentro da bolsa gengival e/ou no dente e margem gengival

Depois de ter as 4 faces classificadas de cada dente, vamos somar esses valores e dividir por 4. Obtemos assim a média do índice de placa para cada dente. Realizamos o mesmo procedimento para os 6 dentes.

Finalmente, vamos somar o Índice de Placa de cada dente e dividir por 6. Obtemos assim o Índice de placa do paciente.(52)

3.9. Variáveis em estudo

A recolha de dados foi efetuada através da aplicação de um questionário estruturado e aplicado ao utente e/ou tutor legal do indivíduo sobre características pessoais e hábitos de higiene.

No questionário foram analisadas as seguintes informações:

- Idade;
- Género;
- Área de Residência;
- Habilitações literárias do tutor legal;
- Incapacidade motora;
- Medicação;
- Hábitos tabágicos ou alcoólicos;
- Tipo de alimentação;
- Hábitos de Higiene (Se lava os dentes todos dias, quantas vezes ao dia, uso de dentífrico e fio dentário);
- Consultas ao médico dentista (1ª vez, frequência das consultas e motivo);
- Classificação das consultas no médico dentista;

- Características individuais (Xerostomia, Bruxismo e Incapacidade de deglutição);
- Uso de prótese dentária e avaliação pessoal da mesma.

3.10. Análise Estatística

Os dados obtidos foram analisados e tratados no programa estatístico IBM-SPSS Statistics (versão 23.0). As medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) foram utilizadas para variáveis contínuas, sendo também determinadas proporções. Foi considerado um nível de significância de 5% (0.05).

Para relacionar variável quantitativa com qualitativa (2 casos na qualitativa), foi aplicado o teste T-Student, considerando que a variável quantitativa segue uma distribuição normal em ambos os grupos. Em alternativa, foi utilizada o teste Mann-Whitney. A variável quantitativa difere, significativamente, entre os grupos, se $p\text{-value} < 0.05$.

Para relacionar variáveis quantitativas com as qualitativas (3 ou mais casos na qualitativa), utilizou-se o teste ANOVA, considerando que a variável quantitativa segue uma distribuição normal em todos os grupos e se existe homogeneidade nas variâncias. Em alternativa, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis. A variável quantitativa difere, significativamente, entre os grupos, se $p\text{-value} < 0.05$.

3.11. Procedimentos legais e éticos

De modo a preservar a identidade dos participantes e a garantir que estes participam no estudo de livre vontade, foi efetuado um documento – consentimento informado - que elucidava todos os direitos dos mesmos, nomeadamente a possibilidade de desistência do estudo em qualquer momento, e que foi assinado antes do questionário e da observação intra-oral.

Toda a recolha de dados foi realizada de acordo com os princípios éticos registados na Declaração de Helsínquia.(53)

CAPÍTULO IV

Resultados

4. Resultados

A amostra é composta por 29 indivíduos sendo que 12 (41,30%) são do género feminino e 17 (58,62%) do género masculino, como observado no Gráfico 1.

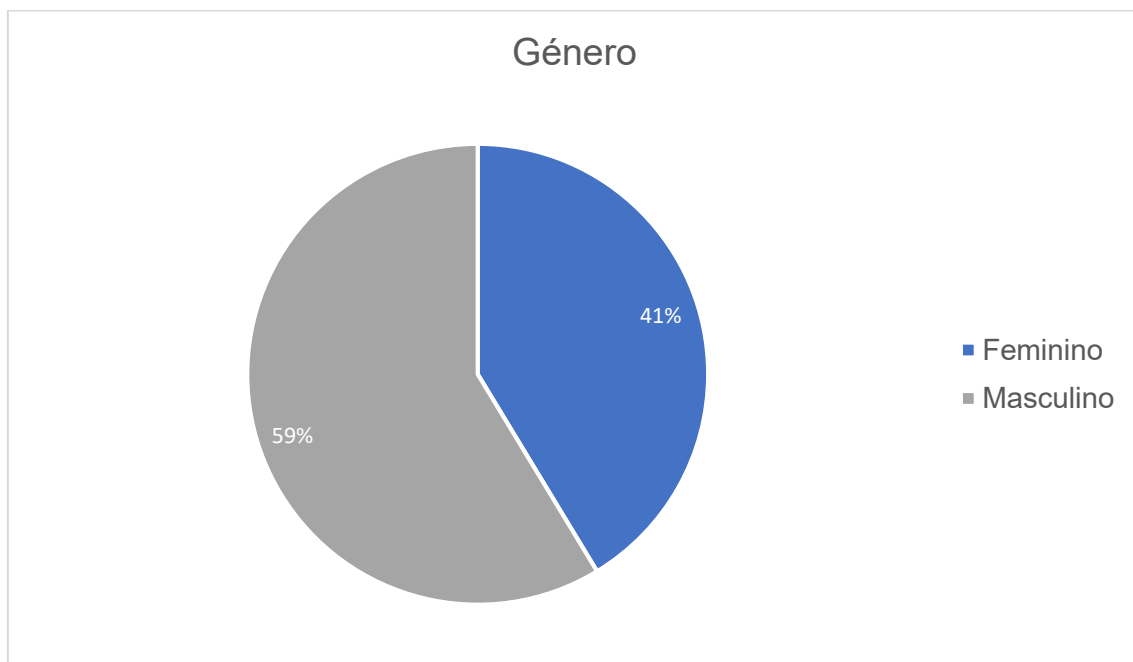


Gráfico 1 - Distribuição por género da amostra

Relativamente à idade, a média foi de $33,14 \pm 10,54$, variando entre os 19 e os 55 anos. Como demonstrado no Gráfico 2, a amostra foi agrupada em 3 grupos de diferentes faixas etárias, dos 18 aos 35 anos, dos 36 aos 45 anos e maiores de 45 anos. De acordo com esta divisão, 14 (55,17%) têm menos de 35 anos, 9 (31,03%) têm idade compreendida entre 36 e 45 anos. 4 (13,79%) indivíduos têm mais de 45 anos.

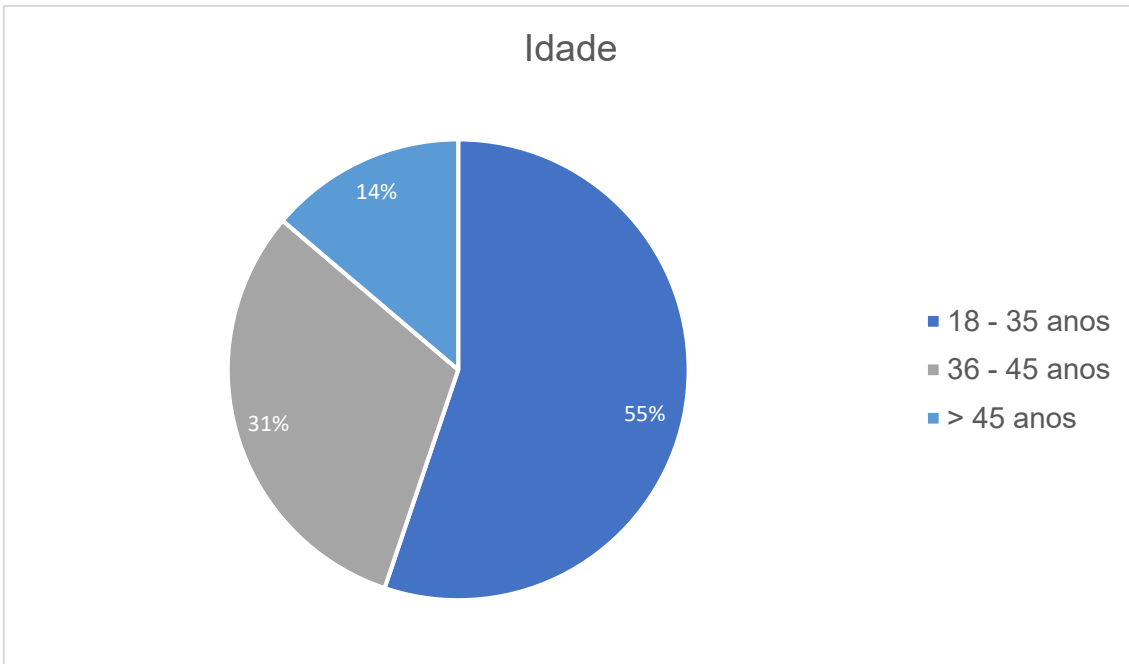


Gráfico 2 - Distribuição por idade da amostra

Dos 29 indivíduos inquiridos, 16 (55,17%), em aldeias, apenas 1 (3,45%) numa vila e 12 (41,4%) na cidade. (Gráfico 3)

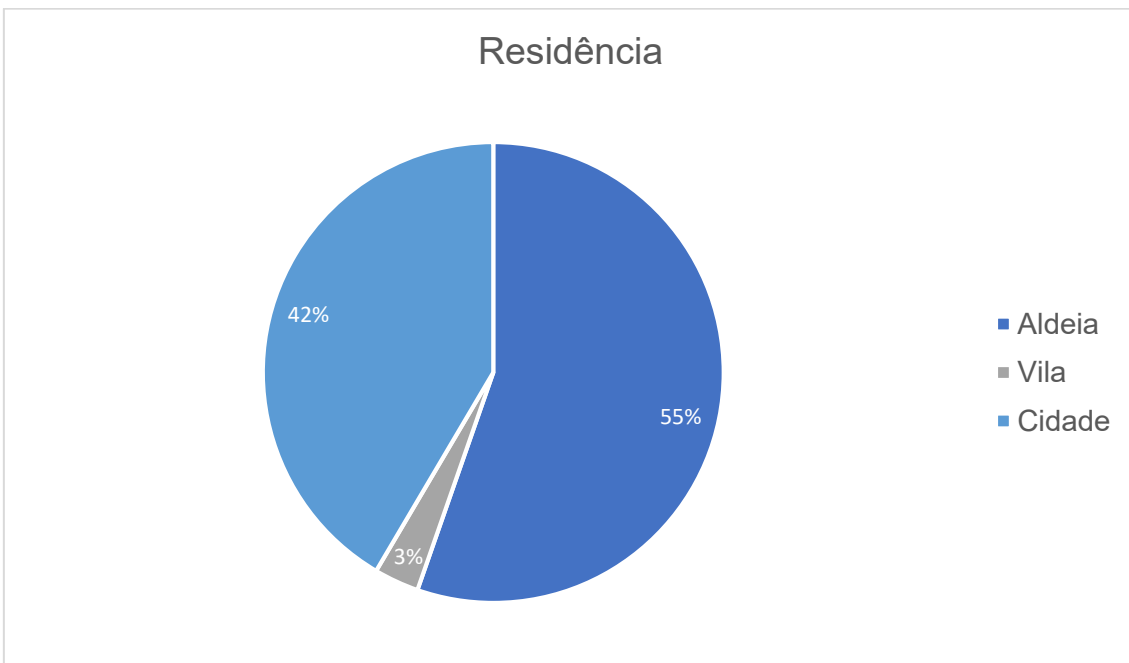


Gráfico 3 - Distribuição por residência da amostra

Em relação ao responsável de cada indivíduo, é visível no Gráfico 4 que, 16 (55,17%) estão ao cuidado da mãe, 4 (13,79%) do pai, 6 (20,69%) da instituição, 2 (6,90%) deles são totalmente independentes. e apenas 1 (3,45%) está ao cuidado de outra pessoa.

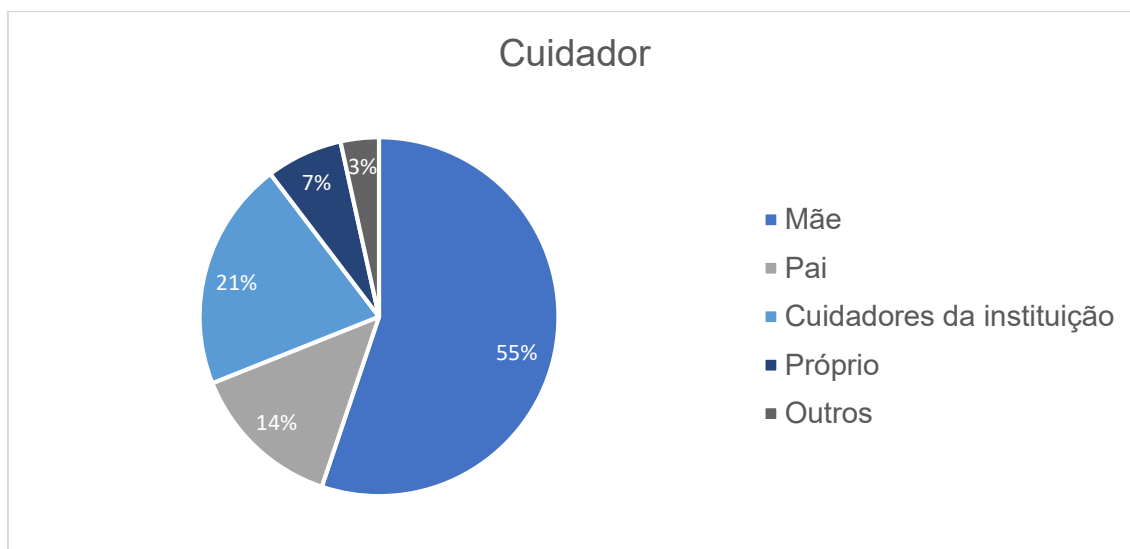


Gráfico 4 - Distribuição por cuidador da amostra

Dos 29 indivíduos inquiridos, nesta questão, aqueles que residem na instituição não responderam, assim como os 2 utentes que são independentes. Dos restantes, e relativamente às habilitações literárias dos cuidadores, apenas 3 (15%) frequentaram o ensino superior, 8 (40%) até à 4ª Classe e 9 (45%) fizeram o ensino básico, como é possível verificar no Gráfico 5.

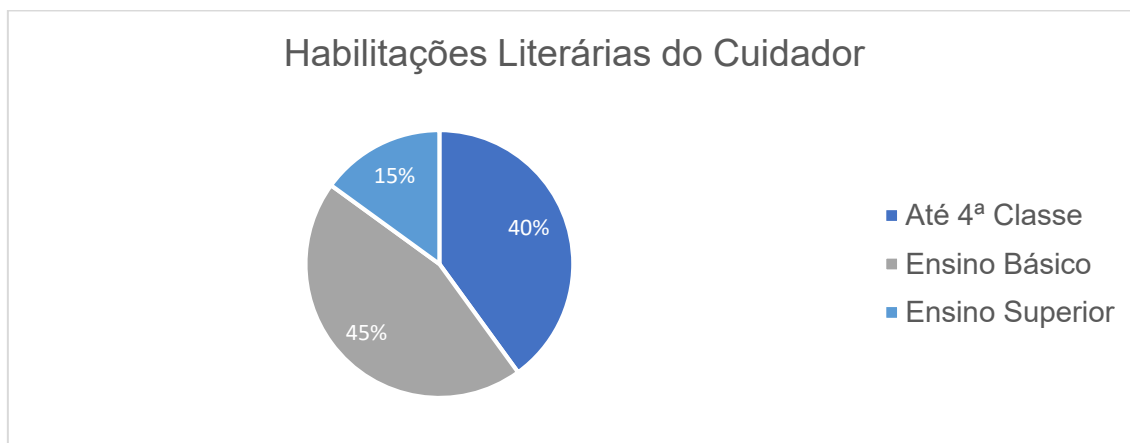


Gráfico 5 - Distribuição por habilitações literárias do cuidador da amostra

Relativamente ao comprometimento motor dos utentes, foram divididos nos 5 níveis de acordo com a Classificação Motora Grossa (GMFCS). Sendo que no nível 1 e 2 os pacientes são minimamente independentes. Nos restantes níveis, os utentes são obrigatoriamente dependentes de um dispositivo de apoio ou de um auxiliar.

É visível no Gráfico 6 que, 5 (17,24%) utentes pertencem ao nível 1, 7 (24,14%) ao nível 2, 4 (13,79%) ao nível 3, 2 (6,90%) foram classificados com o nível 4 e 11 (37,93%) com o último nível.

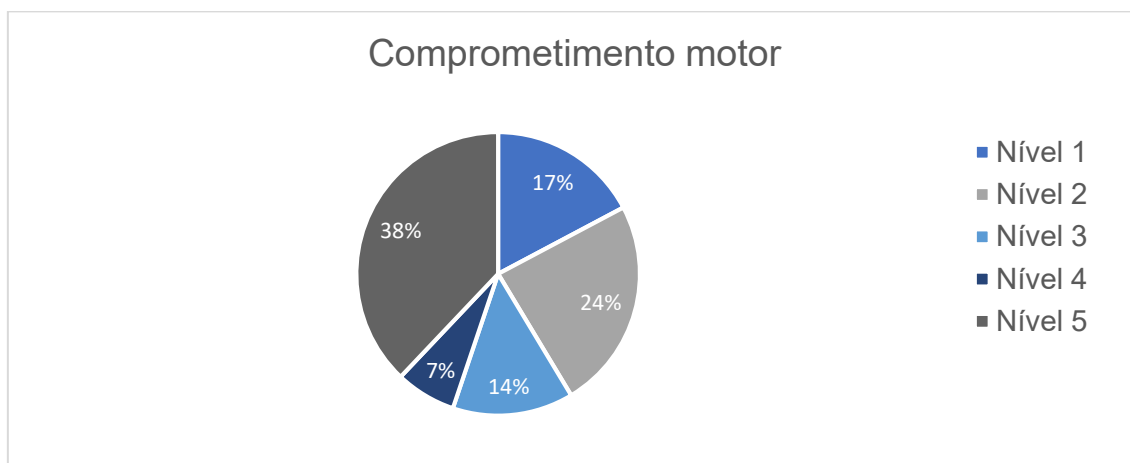


Gráfico 6 - Distribuição por comprometimento motor da amostra

O Gráfico 7 é relativo à medicação, dos 29 inquiridos, 7 (24,14%) não tomam qualquer tipo de medicação. 22 (75,86%) tomam medicação diariamente.

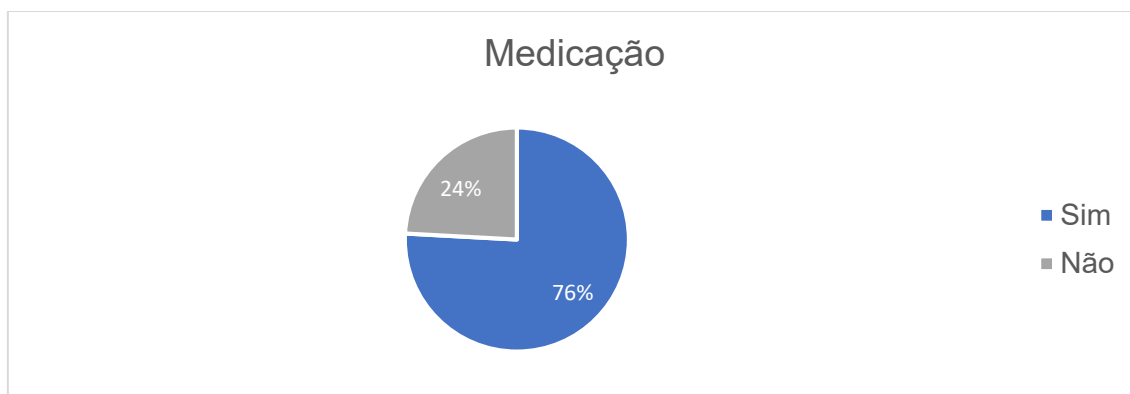


Gráfico 7 - Distribuição da toma de medicação por amostra

Relativamente à alimentação, 10 (34,5%) indivíduos têm uma alimentação do tipo pastosa, 3 (10,3%) do tipo fibrosa e 15 (51,7%) fazem uma alimentação consistente. Apenas 1 (3,4%) inquirido tem uma alimentação por sonda. (Gráfico 8)

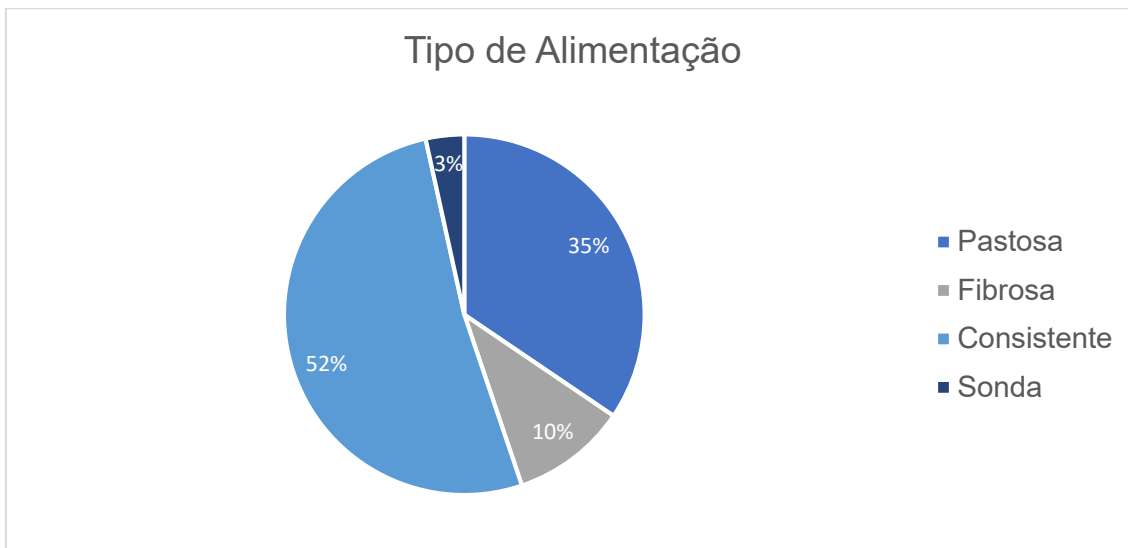


Gráfico 8 - Distribuição por tipo de alimentação da amostra

Quando questionados sobre a higiene oral, 11 (37,93%) pacientes escovam os dentes três vezes ao dia, 14 (48,25%) pelo menos duas vezes por dia, 2 (6,90%) pelo menos uma vez por dia e 2 (6,90%) deles não escovam os dentes diariamente. (Gráfico 9)

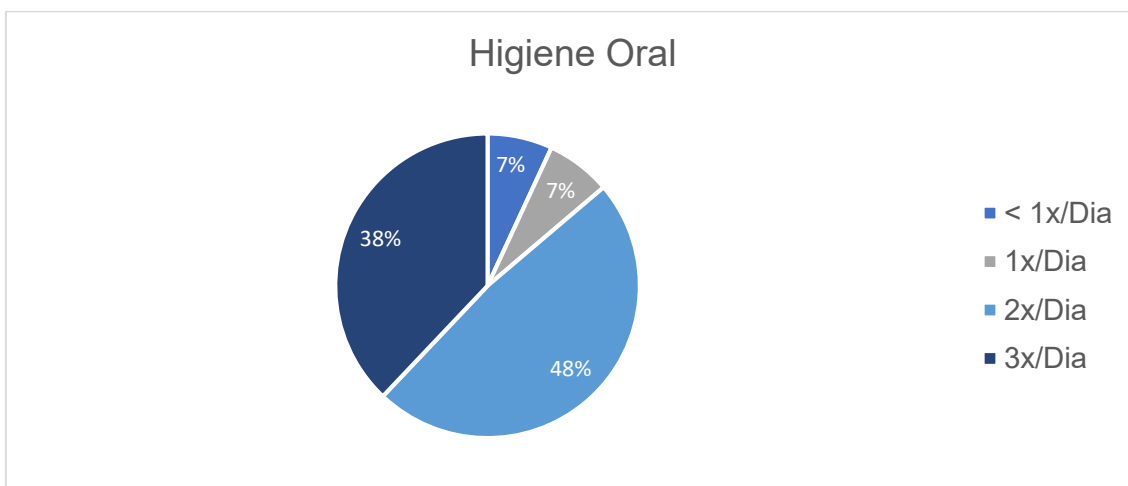


Gráfico 9 - Distribuição por hábitos de higiene oral da amostra

Dos 29 participantes no estudo, 9 (31,03%) não têm uma escova adaptada à deficiência motora. Os restantes afirmaram ter uma escova adaptada, como observado no Gráfico 10.

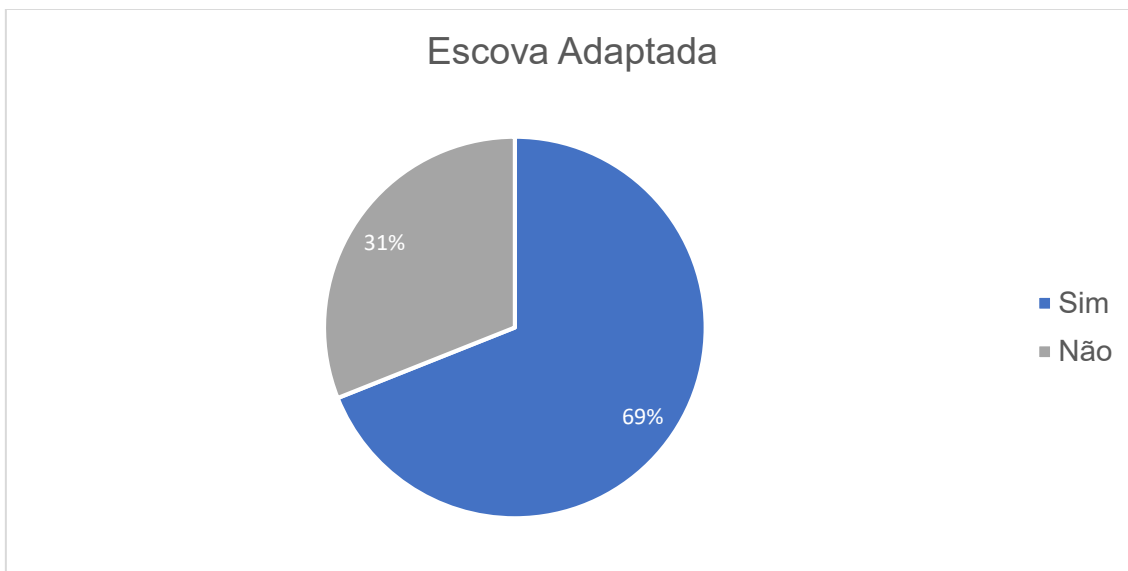


Gráfico 10 - Distribuição por obtenção de escova adaptada

O Gráfico 11, retrata o uso de dentífrico fluoretado. Apenas 1 (3,14%) não utiliza uma pasta com flúor.

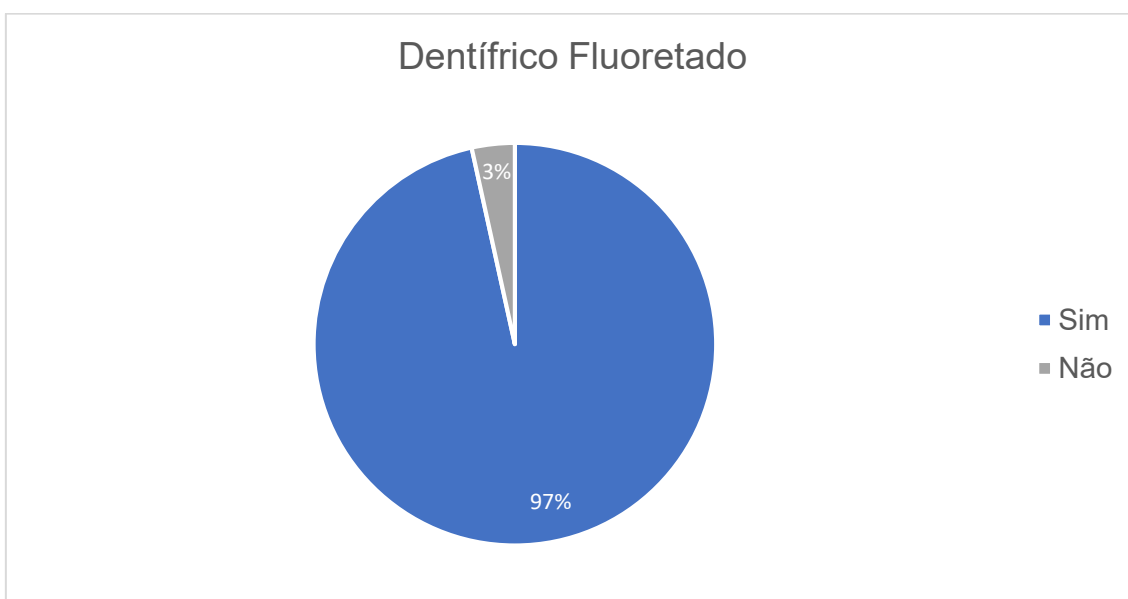


Gráfico 11 - Distribuição por utilização de dentífrico fluoretado

Relativamente à primeira consulta ao médico dentista, dividimos a amostra em menores de 6 anos, inclusivé, e maiores de 6 anos, como observado no Gráfico 12. Apenas 8 utentes (47,1%) realizaram a sua primeira consulta ao médico dentista com menos de 6 anos, 9 (52,9%) com idade superior a 6 anos e os restantes 12 pessoas não responderam a esta questão.

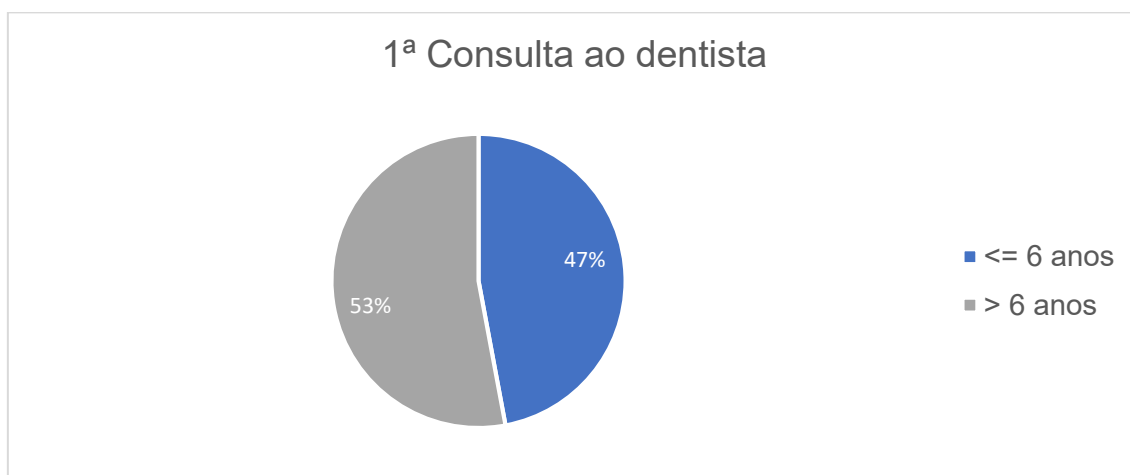


Gráfico 12 - Distribuição da idade em que consultaram pela primeira vez o médico dentista da amostra

Relativamente ao motivo da 1ª consulta ao médico dentista, apenas 8 (47,06%) consultaram o médico dentista para controlo, 7 (41,18%) devido a dores de dentes, 1 (5,88%) para realizar limpeza e apenas 1 (5,88%) deles utilizou o cheque dentista para realizar a sua primeira consulta. (Gráfico 13)

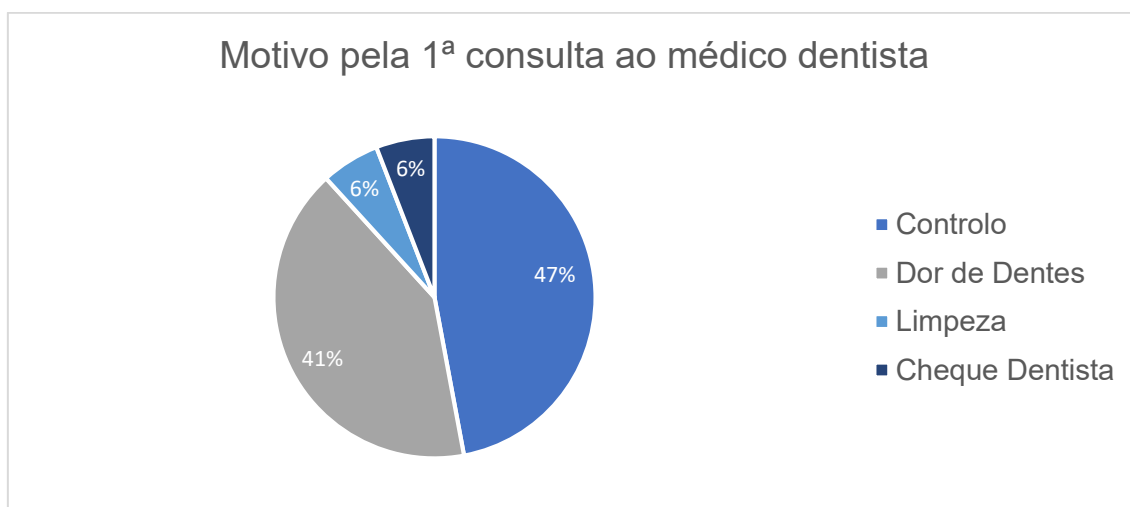


Gráfico 13 - Distribuição por motivo da 1ª consulta ao dentista da amostra

Relativamente à questão da consulta ao médico dentista nos últimos 12 meses, apenas 9 (31%) responderam positivamente. (Gráfico 14)

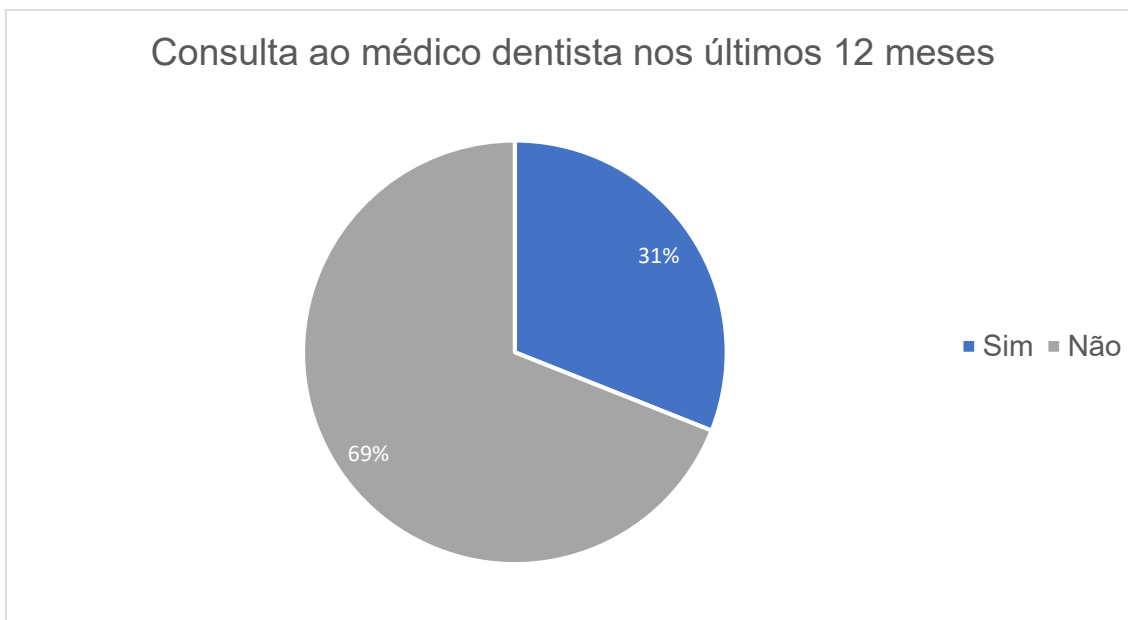


Gráfico 14 - Distribuição por consulta ao médico dentista nos últimos 12 meses da amostra

Relativamente ao motivo dessa consulta, como observado no Gráfico 15, apenas 3 (33,3%) foram para realizar controlo, 1 (11,1%) por dor dentária e 5 (55,6%) para realizar limpeza.

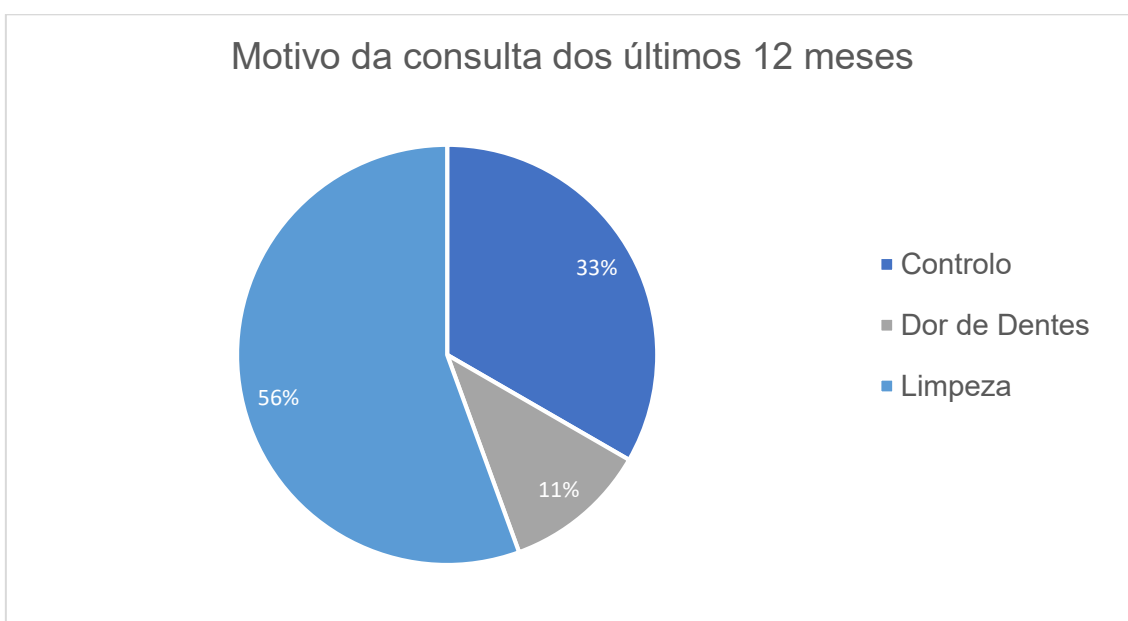


Gráfico 15 - Distribuição do motivo da consulta dos últimos 12 meses da amostra

Dos 20 que não realizaram uma consulta ao médico dentista no último ano, 6 não responderam à questão.

Dos 14 que responderam, 9 (64,29%) realizaram a sua última consulta há menos de 3 anos, inclusivé. Os restantes (35,71%) consultaram o médico dentista há mais de 3 anos. (Gráfico 16)

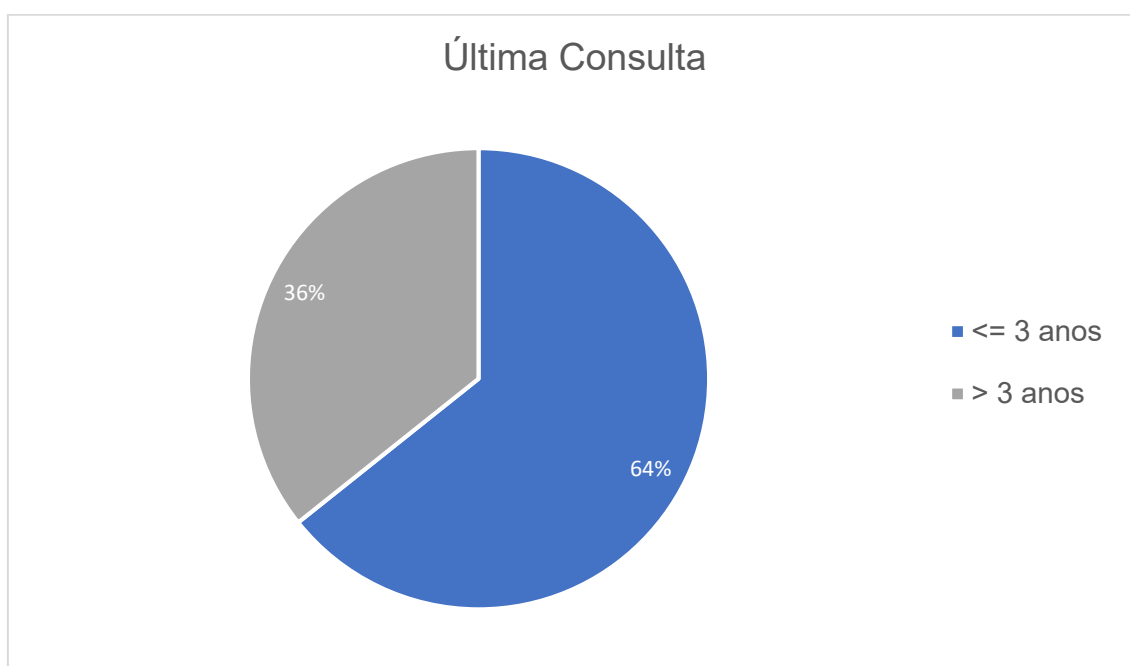


Gráfico 16 - Distribuição da última consulta ao médico dentista há mais de 12 meses da amostra

Quando questionados sobre as dificuldades em ir ao médico dentista, aqueles que não consultaram o médico dentista há mais de 12 meses apontaram como principais barreiras: os custos monetários, a dificuldade em encontrar um médico dentista especializado, a rejeição do tratamento por parte do paciente, a dificuldade na deslocação e a ausência de perceção da necessidade de consultar o médico dentista.

6 (25%) afirmaram que as consultas são caras, 10 (41,7%) têm dificuldade em encontrar um médico dentista especializado, 11 (45,8%) afirmaram que os

tutelados rejeitam o tratamento dentário, apenas 3 (12,5%) não sentem necessidade em consultar o médico dentista e 4 (16,7%) têm dificuldade na deslocação. (Gráfico 17)

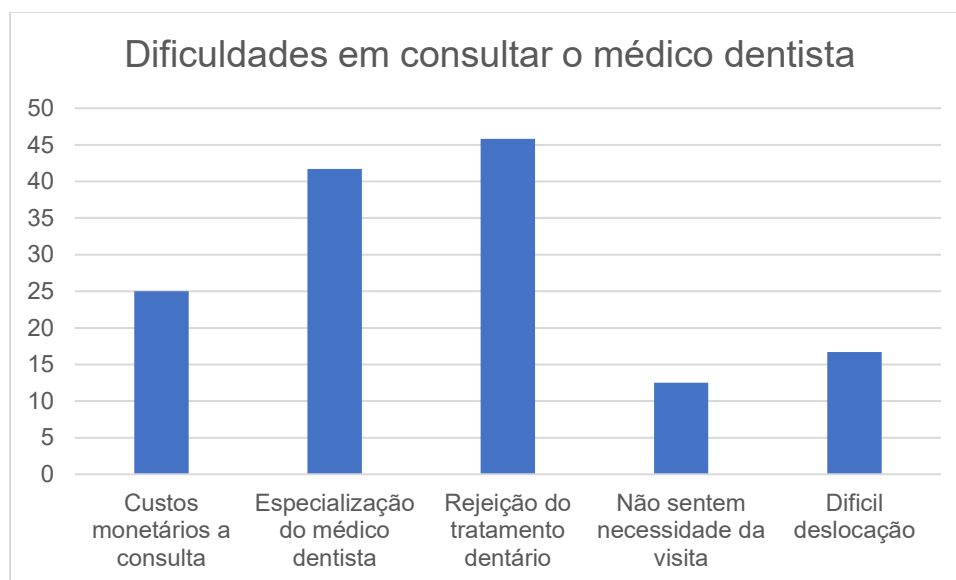


Gráfico 17 - Distribuição das principais dificuldades na consulta ao médico dentista da amostra

Relativamente à classificação da última consulta ao médico dentista, apenas 24 utentes a classificaram. Os 5 que não responderam pertencem à instituição. 4 (16,67%) utentes classificaram a sua última consulta como ótima, 18 (75%) como boa, 1 (4,17%) como má e outro (4,17%) como péssima. (Gráfico 18)

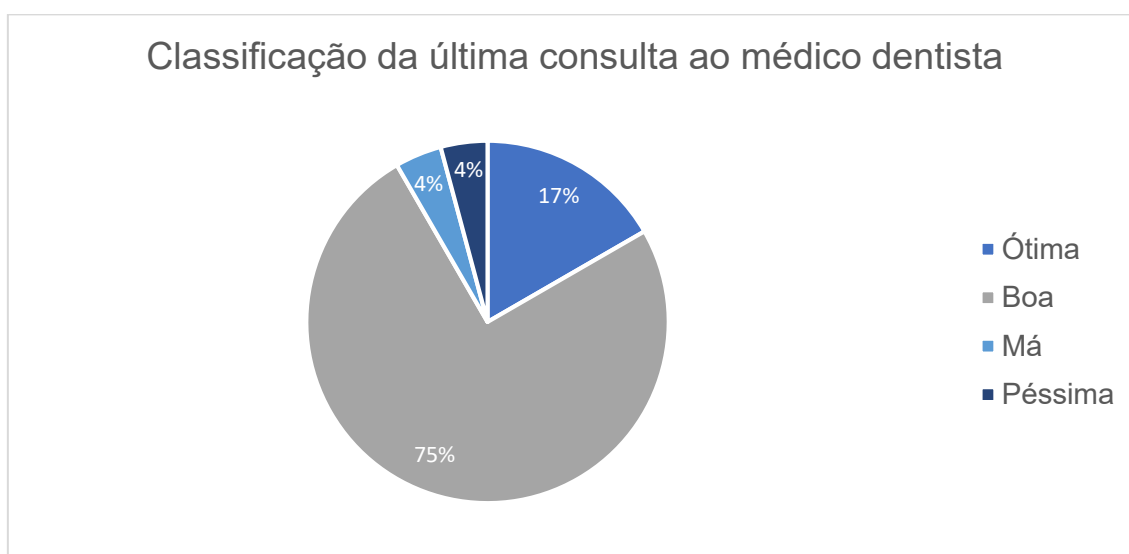


Gráfico 18 - Distribuição da classificação da última consulta ao médico dentista da amostra

Quando questionados sobre se tinham a boca seca, apenas 6 (20,7%) responderam positivamente. (Gráfico 19)

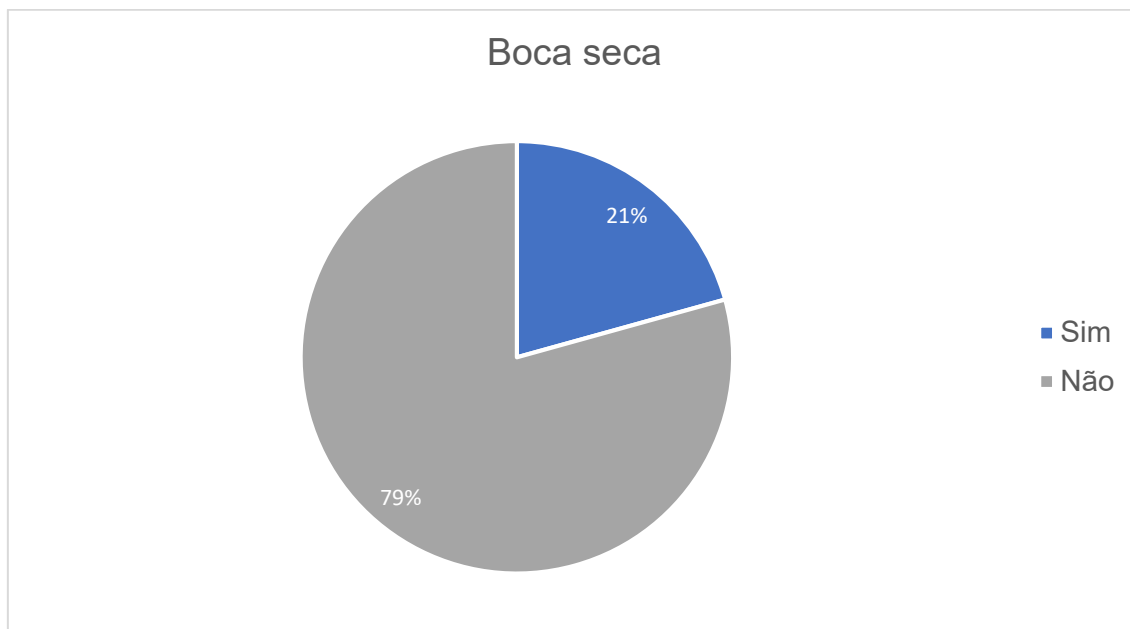


Gráfico 19 - Distribuição da sensação de boca seca da amostra

Dos 6 que afirmaram ter a boca seca, apenas 5 (55,6%) responderam compensar esse facto com consumo de água. (Gráfico 20)

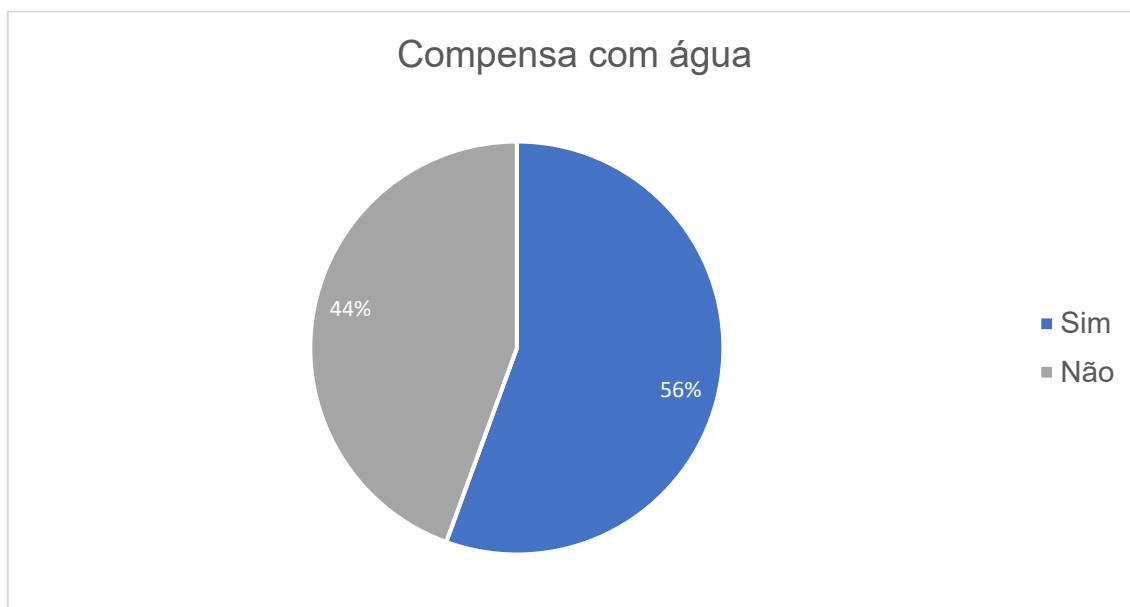


Gráfico 20 - Distribuição da compensação da boca seca com água da amostra

Quando questionados sobre o facto de rangerem os dentes, 12 (41,38%) responderam positivamente. (Gráfico 21)

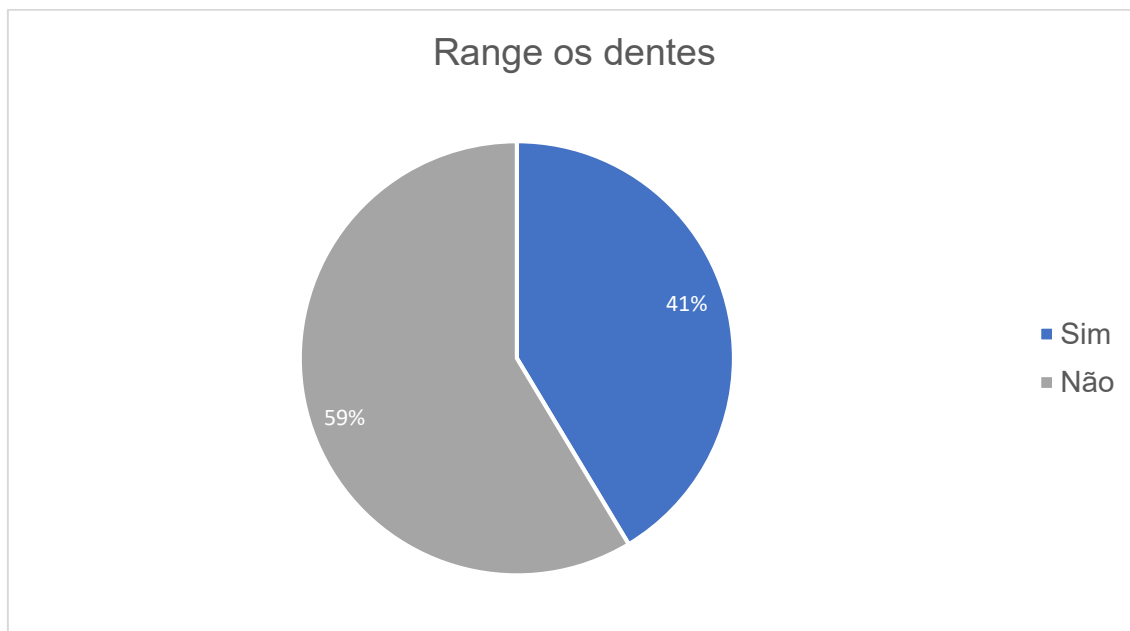


Gráfico 21 - Distribuição do hábito de ranger os dentes da amostra

O Gráfico 22 é relativamente ao facto de os utentes morderem os lábios e/ou bochechas. Apenas 3 (10,3%) responderam positivamente.

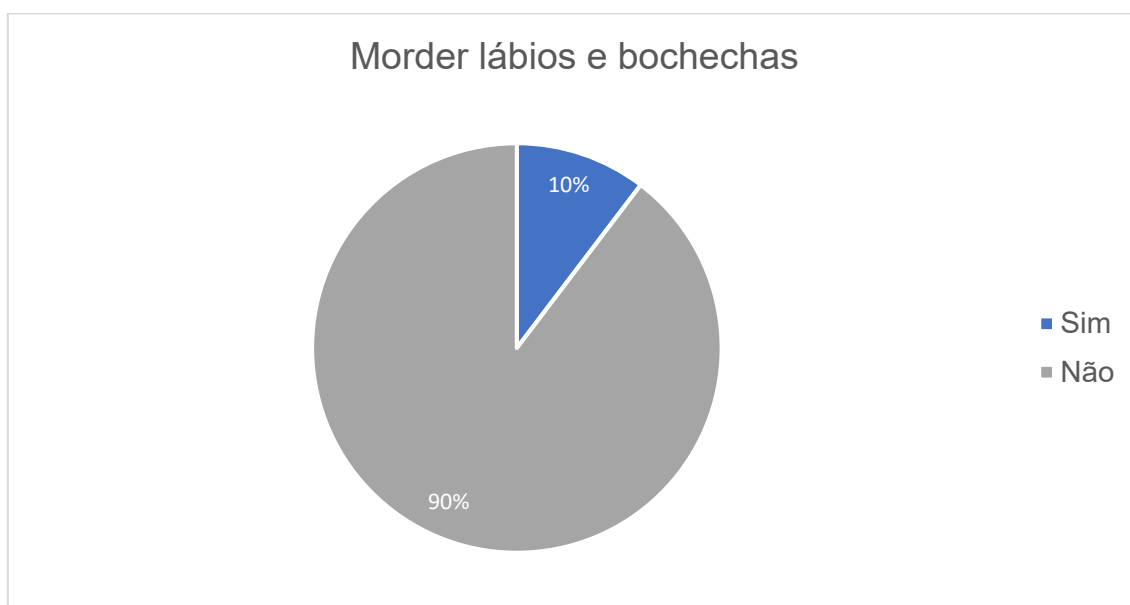


Gráfico 22 - Distribuição do hábito de morder lábios e bochechas da amostra

Relativamente ao uso de prótese, apenas 1 (3,45%) paciente tem prótese, como observado no Gráfico 23.

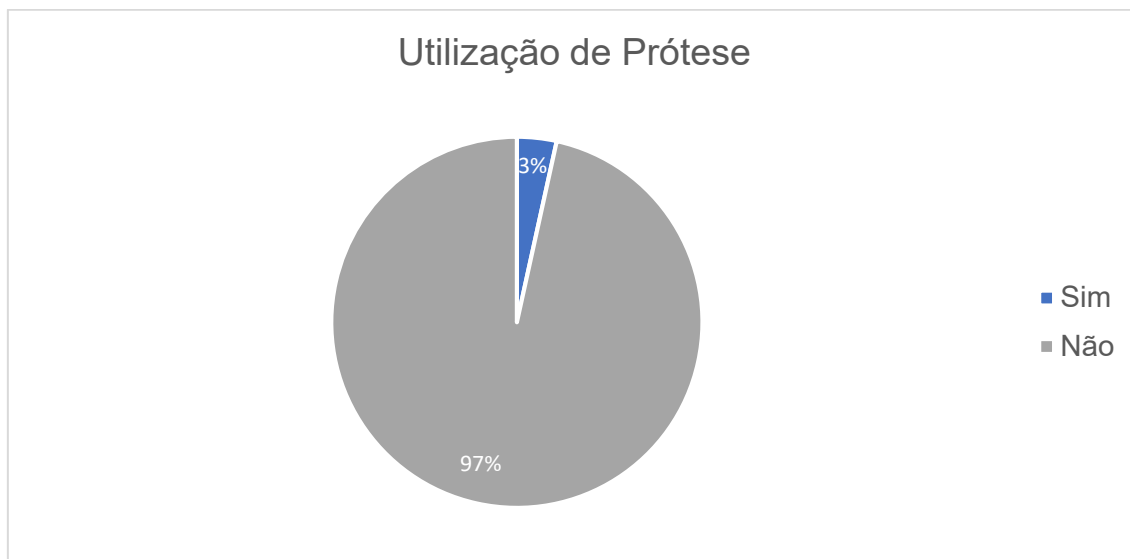


Gráfico 23 - Distribuição da utilização de prótese da amostra

Relativamente à observação propriamente dita, observámos se o paciente apresentava incapacidade de deglutição, bruxismo e lesões orais.

Dos 29 observados, 13 (44,8%) não conseguiam deglutir corretamente, os restantes 16 (55,2%) não tinham incapacidade de deglutição. (Gráfico 24)

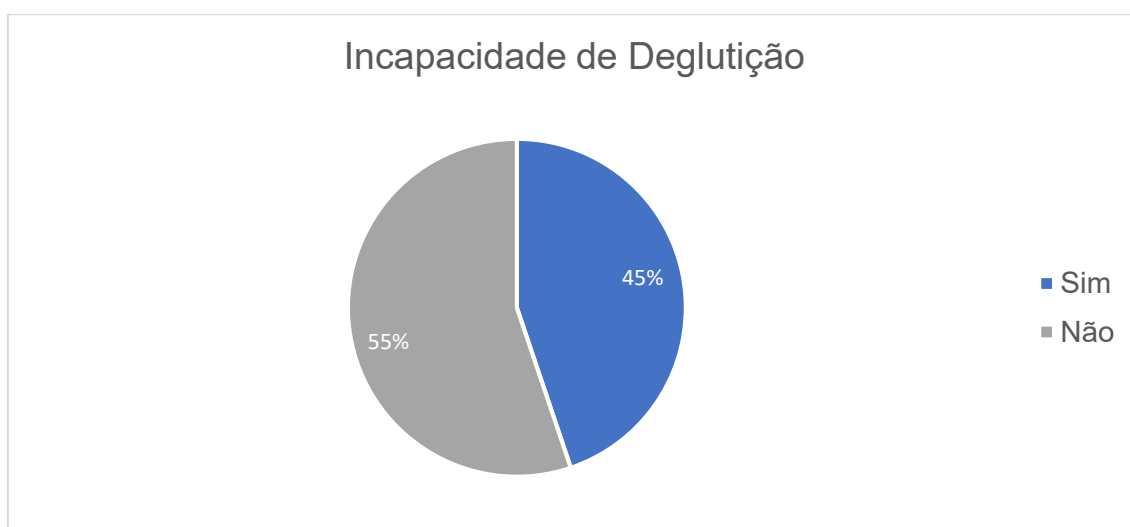


Gráfico 24 - Distribuição da incapacidade de deglutição da amostra

Relativamente ao bruxismo, dos 29 inquiridos, 15 (51,7%) apresentavam características dentárias desta patologia. Já os restantes 14 (48,3%), não tinham bruxismo. (Gráfico 25)

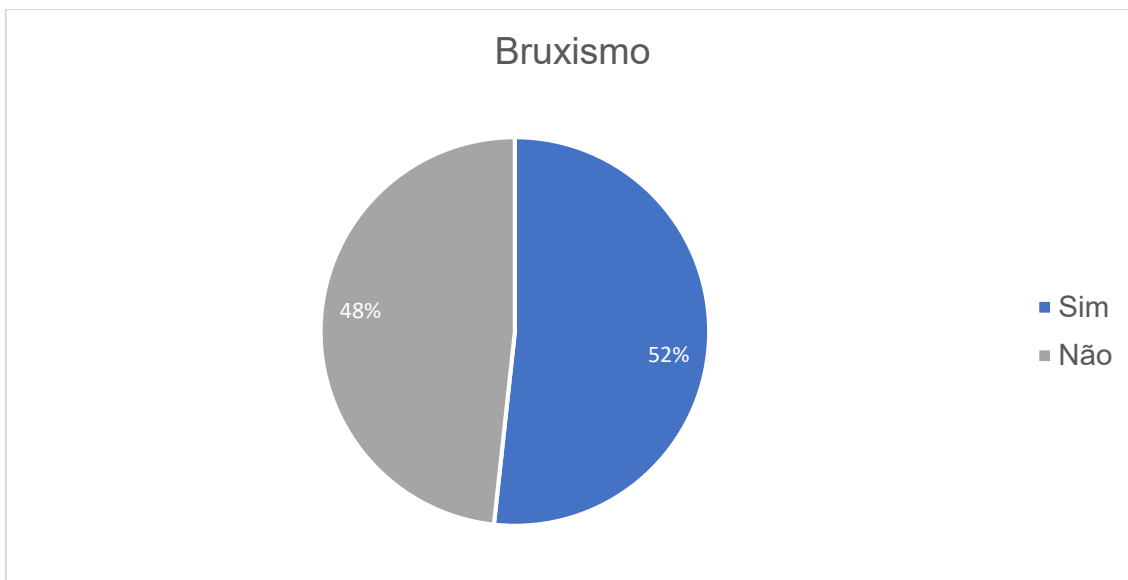


Gráfico 25 - Distribuição do hábito de bruxismo da amostra

Em relação às lesões orais, apenas 7 utentes (24,1%) apresentavam lesões de mordedura na cavidade oral. Os restantes 22 (75,9%) não tinham essas características. (Gráfico 26)

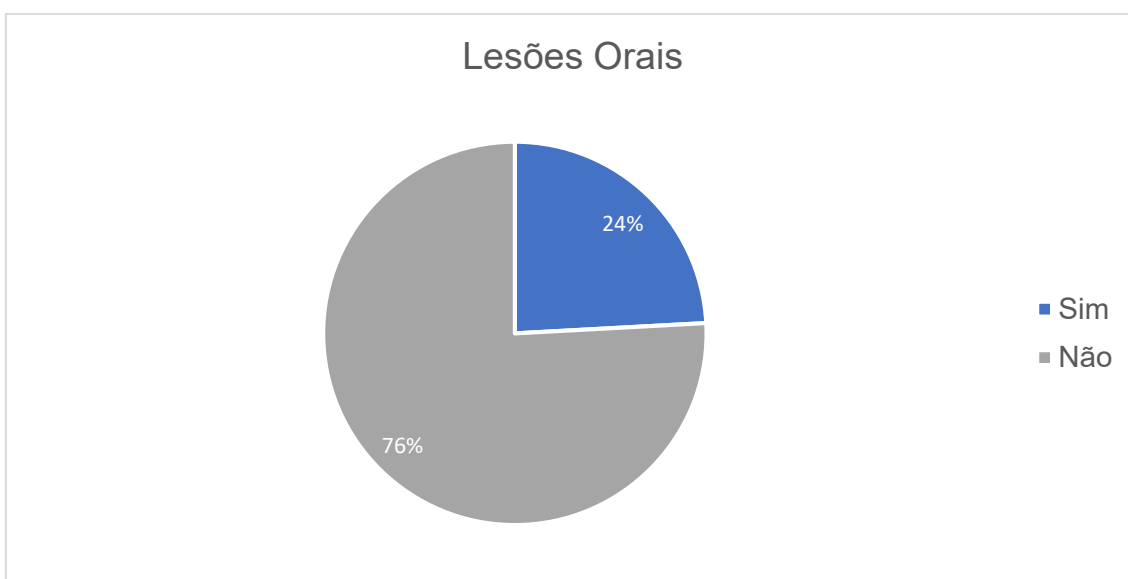


Gráfico 26 - Distribuição das lesões orais da amostra

4.1. Índice de CPOD e Índice de Placa de Silness e Loe

Após a recolha e respetiva análise dos dados, foi verificada a relação entre os mesmos. O índice CPOD e o índice de placa de Silness e Loe foi relacionado com:

- Género
- Idade
- Residência
- Comprometimento Motor
- Medicação
- Alimentação
- Frequência Escovagem
- Consulta ao médico dentista nos últimos 12 meses
- Última consulta ao médico dentista
- Bruxismo

Neste estudo, verificou-se que o valor médio de CPOD foi de $7,79 \pm 8,38$ variando entre 0 e 32. Relativamente ao índice de placa, a média foi $7,65 \pm 5,09$, sendo que os valores variaram entre 0 e 18.

4.2. Índice de Placa vs. Género

Relativamente à relação entre o índice de placa e o género, como observado na Tabela 1, há diferença estatisticamente significativa. Em média, os homens têm um índice de placa significativamente superior às mulheres ($p=0,014$).

Tabela 1 - Associação entre o índice de placa e o género da amostra

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Índice Placa	Feminino	12	5,21	2,06
	Masculino	17	9,37	5,90

4.3. Índice de Placa vs. Idade

Relativamente ao índice de placa verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas em função das diferentes faixas etárias ($p=0,311$).

4.4. Índice de Placa vs. Residência

Relativamente à residência, para aplicar o teste dividimos pelos institucionalizados e não institucionalizados. Seis (20,7%) habitam na instituição e os restantes 23 (79,3%) fora da instituição. (Gráfico 27)

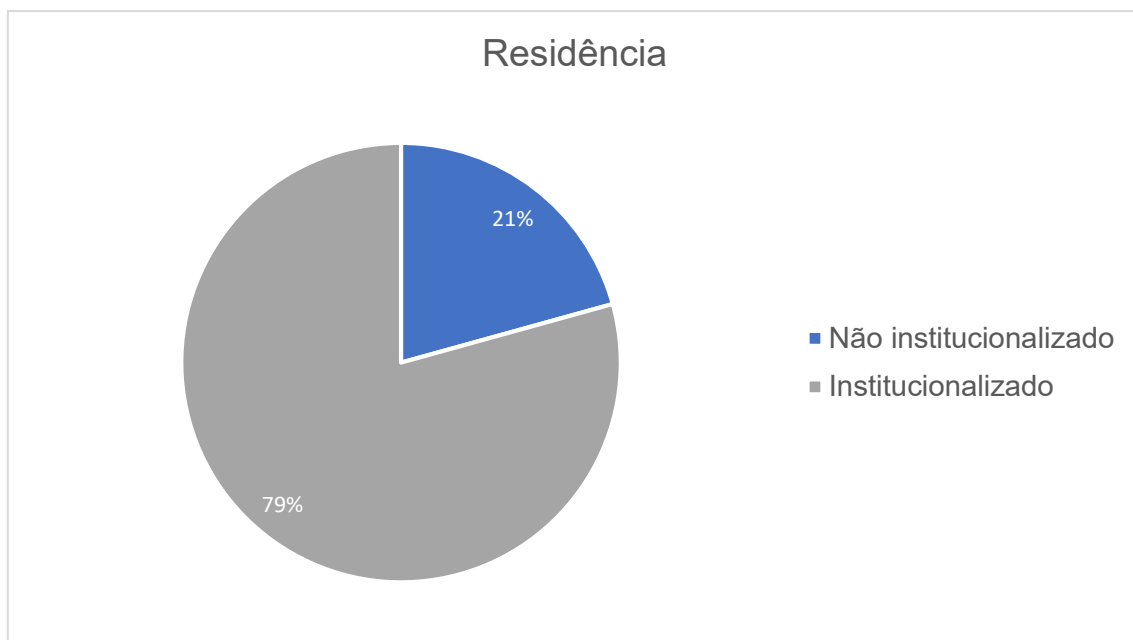


Gráfico 27 - Distribuição da residência por instituição da amostra

Comparando esta variável com o índice de placa, concluímos que os que vivem em instituição têm um índice de placa significativamente superior aos que não vivem ($p=0,030$). (Tabela 2)

Tabela 2 - Associação entre o índice de placa e a residência da amostra

	Residência	Média	Desvio Padrão
Índice de Placa	Não instituição	6,60	4,48
	Instituição	11,67	5,68

4.5. Índice de Placa vs. Comprometimento motor

Relativamente ao comprometimento motor, agrupámos os utentes no nível 1 e 2, no nível 3 e no nível 4 e 5.

Doze (41,4%) utentes foram incluídos no nível 1 e 2, 4 (13,8%) foram incluídos no nível 3 e os restantes 13 (44,8%) foram incluídos no nível 4 e 5. (Gráfico 28)

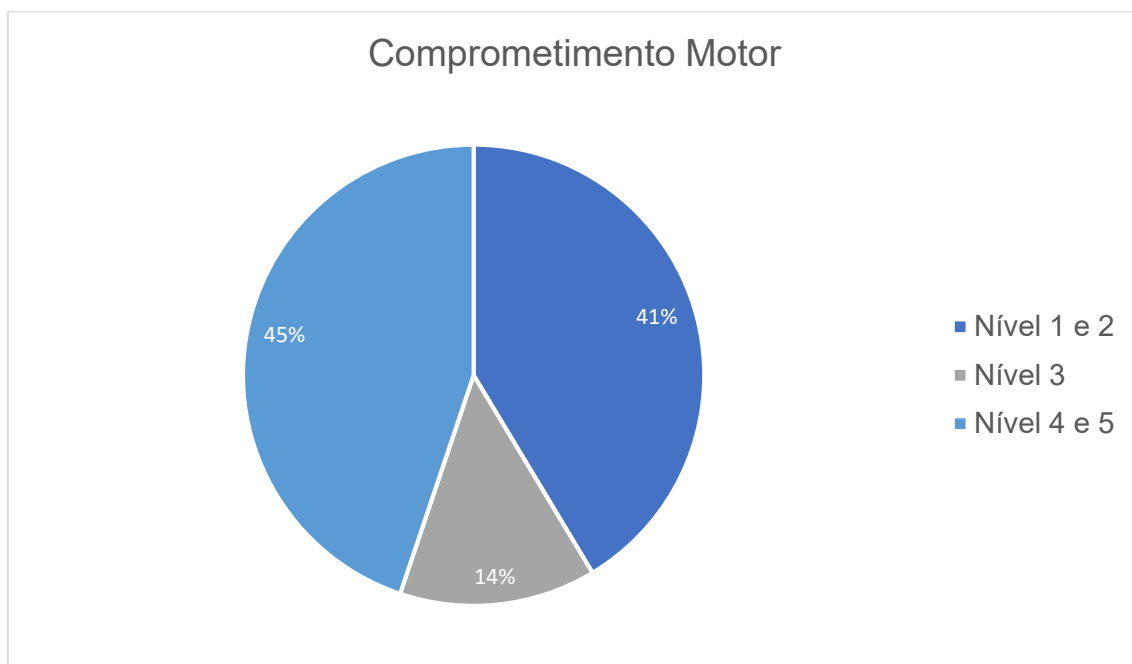


Gráfico 28 - Distribuição do comprometimento motor agrupado em 3 grupos da amostra

Relacionando os grupos de comprometimento motor com o índice de placa, concluímos que, apesar de não ser estatisticamente significativo, aqueles com

maior comprometimento (nível 4 e 5) apresentam maior índice de placa do que os restantes ($p=0,265$). (Tabela 3)

Tabela 3 - Associação entre o índice de placa e o comprometimento motor da amostra

	Comprometimento Motor	Média	Desvio Padrão
Índice de Placa	Nível 1 e 2	6,40	4,34
	Nível 3	5	3,37
	Nível 4 e 5	9,62	5,68

4.6. Índice de Placa vs. Medicação

Em relação à medicação, o índice de placa não foi estatisticamente significativo devido ao número de amostra ($p=0,106$), apesar de aqueles que tomam medicação terem um índice de placa superior aos que não tomam. (Tabela 4)

Tabela 4 - Associação entre o índice de placa e a toma de medicação da amostra

	Medicação	N	Média
Índice de Placa	Sim	22	16,43
	Não	7	10,50

4.7. Índice de Placa vs. Alimentação

Relativamente à alimentação, agrupámos também em alimentação consistente e em pastosa, fibrosa e sonda. Quinze (51,7%) utentes têm uma alimentação consistente. Os restantes 14 (48,3%) têm uma alimentação pastosa, fibrosa ou são alimentados por sonda. (Gráfico 29)

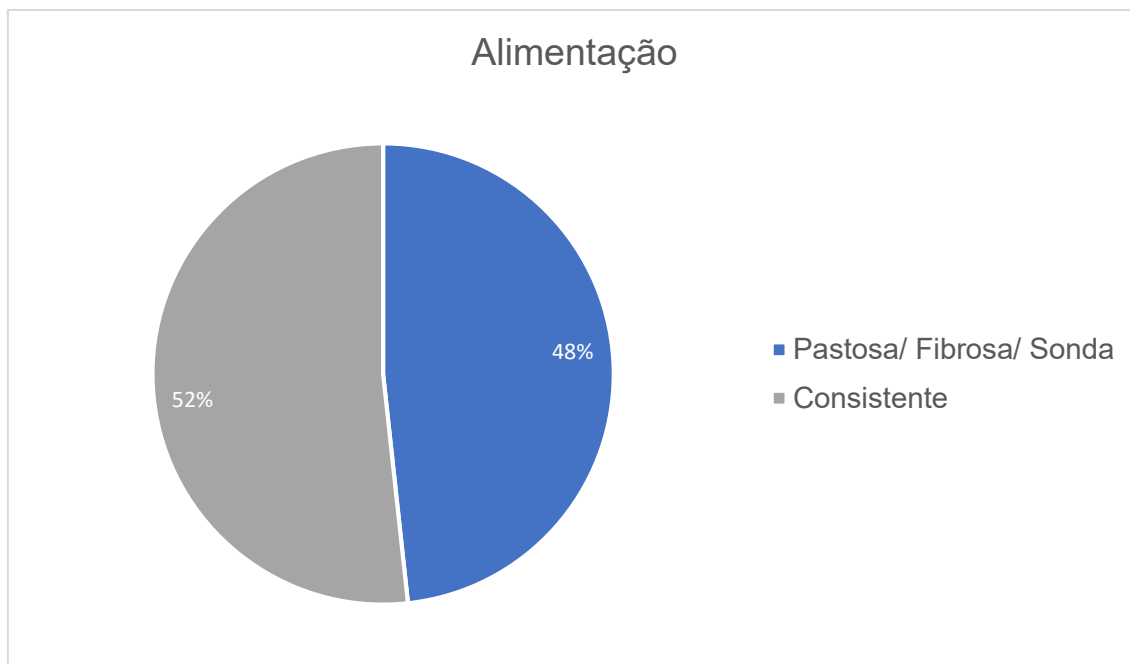


Gráfico 29 - Distribuição do tipo de alimentação agrupados em 2

Quando comparados esses dois grupos com o índice de placa, aqueles que têm uma alimentação consistente têm menor índice de placa do que os restantes. Apesar de esse valor não ser estatisticamente significativo ($p=0.07$). (Tabela 5)

Tabela 5 - Associação entre o índice de placa e o tipo de alimentação

	Alimentação	N	Média
Índice de Placa	Pastosa/Fibrosa/Sonda	14	17,93
	Consistente	15	12,27

4.8. Índice de Placa vs. Frequência de escovagem

Reagrupamos esta variável em utentes que escovavam os dentes menos de 2 vezes ao dia e aqueles que escovavam 2 ou mais vezes por dia. Apenas 4 (13,8) utentes escovam menos de 2 vezes ao dia. Os restantes 25 (86,2%) escovam 2 ou mais vezes por dia. (Gráfico 30)

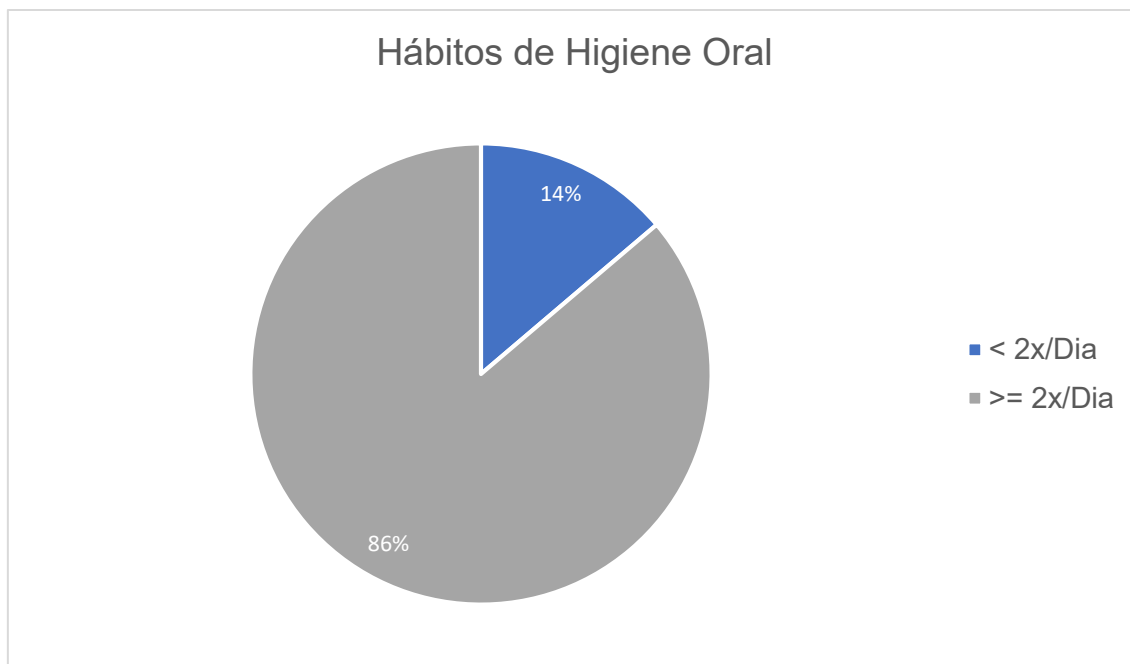


Gráfico 30 - Distribuição da frequência de escovagem agrupados em 2

Quando comparámos a frequência de escovagem com o índice de placa, apesar de o resultado não ser estatisticamente significativo ($p=0,309$), concluímos que quem escova com mais frequência tem menor índice de placa. (Tabela 6)

Tabela 6 - Associação entre o índice de placa e a frequência de escovagem

	Frequência de Escovagem	N	Média
Índice de Placa	< 2x/ Dia	4	19,00
	>= 2x/ Dia	25	14,36

4.9. Índice de Placa vs. Consulta ao médico dentista nos últimos 12 meses

Aqueles que consultaram o médico dentista nos últimos 12 meses têm, em média, um índice de placa menor do que aqueles que não consultaram, apesar de não ser estatisticamente significativo pois ($p=0,538$). (Tabela 7)

Tabela 7 - Associação entre o índice de placa e a consulta ao médico dentista nos últimos 12 meses

	Consulta últimos 12 meses	N	Média
Índice de Placa	Sim	9	13,56
	Não	20	15,65

4.10. Índice de Placa vs. Última consulta ao médico dentista

Relativamente aos que não consultaram o médico dentista no último ano, concluímos que aqueles que não consultam o médico dentista há mais de 3 anos têm um índice de placa superior àqueles que o fizeram., não sendo estatisticamente significativo devido à quantidade de amostra ($p=0,611$). (Tabela 8)

Tabela 8 - Associação do índice de placa e a última consulta ao médico dentista da amostra

	Última consulta	N	Média
Índice de Placa	≤ 3 anos	9	6,58
	> 3 anos	20	8,10

4.11. Índice CPOD vs. Género

Relativamente ao género e ao índice de CPOD, concluímos que não há diferenças estatisticamente significativas ($p=0,824$). Ainda assim o género feminino tem um índice de placa ligeiramente mais aumentado do que o género masculino. (Tabela 9)

Tabela 9 - Associação entre o índice de CPOD e o género da amostra

	Género	N	Média
CPOD	Feminino	12	15,42
	Masculino	17	14,71

4.12. Índice CPOD vs. Idade

Relativamente à comparação entre a idade e o índice de CPOD, verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ($p=0,025$), sendo que, em média, indivíduos com idades entre 18-35 anos têm um índice de CPOD inferior a quem tem >35 anos. (Tabela 10)

Tabela 10 - Associação entre o índice CPOD e a idade da amostra

	Idade	Média	Desvio Padrão
CPOD	18 – 35 anos	5,25	8,33
	36 – 45 anos	10,11	7,13
	> 45 anos	12,75	9,47

4.13. Índice CPOD vs. Residência

Relativamente à residência, e comparando os que residem na instituição e fora da instituição, concluímos que os institucionalizados têm um índice CPOD inferior aos que habitam com os tutores, havendo diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ($p=0,019$). (Tabela 11)

Tabela 11 - Associação do índice CPOD e a residência da amostra

	Residência	Média	Desvio Padrão
CPOD	Não institucionalizados	9,26	8,70
	Institucionalizados	2,17	3,49

4.14. Índice CPOD vs. Comprometimento Motor

Relativamente à comparação entre o índice de CPOD com o comprometimento motor, concluímos que aqueles com maior comprometimento, incluídos no nível 4 e 5, têm maior índice de CPOD do que os restantes. Tendo

em conta a pequena amostra, não são valores estatisticamente significativos ($p=0.360$). (Tabela 12)

Tabela 12 - Associação entre o índice CPOD e o comprometimento motor da amostra

	Comprometimento Motor	Média	Desvio Padrão
CPOD	Nível 1 e 2	7,08	6,97
	Nível 3	3,50	5,20
	Nível 4 e 5	9,77	10,08

4.15. Índice CPOD vs. Medicação

Quando comparado o índice de CPOD com a toma de medicação, concluímos que indivíduos que não tomam medicação têm um índice de CPOD superior àqueles que tomam. Não são valores estatisticamente significativos ($p=0,663$). (Tabela 13)

Tabela 13 - Associação entre o índice CPOD e a toma de medicação da amostra

	Medicação	N	Média
CPOD	Sim	22	14,61
	Não	7	16,21

4.16. Índice CPOD vs. Alimentação

Relativamente à alimentação quando comparada com o índice de CPOD, concluímos que os utentes que têm uma alimentação consistente têm um índice CPOD inferior aos que fazem uma alimentação pastosa, fibrosa ou por sonda. Ainda assim, esse valor não foi estatisticamente significativo ($p=0,412$). (Tabela 14)

Tabela 14 - Associação entre o índice CPOD e o tipo de alimentação da amostra

	Alimentação	N	Média	Desvio Padrão
CPOD	Pastosa/ Fibrosa/ Sonda	14	9,14	9,97
	Consistente	15	6,53	6,69

4.17. Índice CPOD vs. Higiene oral

Relativamente à frequência de escovagem e à sua relação com o índice CPOD, pudemos observar que os indivíduos que escovam os dentes menos de 2 vezes por dia, têm um índice CPOD superior aos que lavam pelo menos 2 vezes por dia. Apesar disso, os valores não são estatisticamente significativos ($p=0,546$). (Tabela 15)

Tabela 15 - Associação entre o índice CPOD e os hábitos de higiene oral da amostra

	Frequência de escovagem	N	Média
CPOD	< 2x/ dia	4	17,38
	\geq 2x/ dia	25	14,62

4.18. Índice CPOD vs. Consulta ao médico dentista nos últimos 12 meses

Relativamente à comparação entre o índice CPOD e a consulta ao médico dentista nos últimos 12 meses, concluímos que aqueles que não consultaram o médico dentista no último ano têm um índice CPOD superior aos que o fizeram. Apesar desse valor não ser estatisticamente significativo ($p=0,722$). (Tabela 16)

Tabela 16 - Associação entre o índice CPOD e a consulta ao médico dentista nos últimos 12 meses da amostra

	Consulta últimos 12 meses	N	Média
CPOD	Sim	9	14,17
	Não	20	15,38

4.19. Índice CPOD vs. Última consulta ao médico dentista

Quando comparámos o índice de CPOD e a última consulta ao médico dentista, verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis, obtendo-se um valor de $p=0,015$. Assim sendo, O CPOD difere, significativamente, com o facto de ter ido ou não ao médico dentista há mais de 1 ano. Em média, quem não vai há mais de 3 anos tem um CPOD significativamente maior do que quem foi há menos de 3 anos. (Tabela 17)

Tabela 17 - Associação do índice CPOD e a última consulta ao médico dentista

	Última consulta	N	Média
CPOD	<= 3 anos	9	5,44
	> 3 anos	20	17,80

4.20. Índice CPOD vs. Bruxismo

Relativamente à comparação entre os indivíduos observados com bruxismo e o índice de CPOD, apesar de não ser estatisticamente significativo ($p=0,601$), podemos constatar que aqueles que têm bruxismo, têm um índice CPOD ligeiramente superior àqueles que não têm. (Tabela 18)

Tabela 18 - Associação entre o índice CPOD e o hábito de bruxismo da amostra

	Bruxismo	N	Média	Desvio Padrão
CPOD	Sim	15	8,60	9,54
	Não	14	6,93	7,20

CAPÍTULO V

Discussão

5. Discussão

5.1. Dimensão da amostra

O nosso estudo inclui 29 indivíduos que frequentam a Associação de Paralisia Cerebral de Viseu (APCV). Sendo esta uma amostragem pequena, cria limitações em termos de análise estatística, contudo não deixa de ser uma avaliação de um grupo de risco importante e pode contribuir para melhorar estudos futuros e de maior dimensão. Dos 65 tutores abordados, apenas 29 permitiram que o estudo fosse feito. Deste modo, foram somente observados os indivíduos autorizados a participar no estudo, nas condições que encontrámos e que não eram possíveis de alteração.

5.2. Recolha de dados

A recolha de dados intra-oral quanto aos dentes cariados, perdidos e obturados foi feita através do índice de CPOD. Esta escolha foi realizada devido à rapidez e facilidade do método, uma vez que a observação e colaboração destes pacientes é difícil. Apesar do sistema pelo índice ICDAS ser mais eficiente e pormenorizado, a sua utilização é mais complexa.

5.3. Caraterização da amostra

Muitos estudos relatam que as condições de vida, flúor, dieta, higiene oral e fatores sociais são importantes para a prevalência de doenças orais em pacientes com deficiência. (32) No nosso estudo, comparámos diversos fatores com o índice CPOD e índice de placa.

De acordo com a literatura, a prevalência de deficiência no género masculino é superior à do género feminino. (7) Também os Censos 2001 e a Fiscalização de Paralisia Cerebral na Europa (SCPE) afirmam haver uma maior prevalência de Paralisia Cerebral no género masculino. (54,55) Sendo a relação dessa incidência de 1,33:1.(55)

Este estudo vai ao encontro da literatura, tendo sido observado uma maior prevalência do género masculino (58,62%) com Paralisia Cerebral do que do género feminino (41,30%).

Devido aos avanços da medicina nos últimos 20 anos, crianças que anteriormente morriam ao nascimento ou em idades precoces, agora sobrevivem até à idade adulta.(16) Ainda assim, a severidade da patologia afeta gravemente a esperança de vida dos utentes. Os indivíduos com Paralisia Cerebral leve têm uma taxa de mortalidade menor do que os mais severos.(56)

As necessidades de saúde oral aumentaram, pois, pessoas com incapacidade são mais propensas a desenvolver problemas orais e sobrevivem até idades mais tardias do que antigamente.(30,47)

Relativamente à idade, a média foi de 33,14±10,54, sendo que o mais novo tinha 19 anos e o mais velho 55 anos. O grupo com maior número de indivíduos é o grupo dos 18 aos 35 anos.

Nos censos 2001 sobre deficiência, verificamos que as faixas etárias mais baixas, até aos 24 anos, e as faixas etárias mais altas, acima dos 65 anos, têm uma maior prevalência de Paralisia Cerebral do que os restantes grupos. (54) Na nossa recolha, não se verificaram utentes acima dos 55 anos.

Em relação à residência, estatisticamente, o centro de Portugal tem uma taxa de incidência de deficiência superior às restantes regiões.(54)

Glassman *et al.* relatam que, aqueles que vivem em áreas rurais, têm uma maior percentagem de necessidades médicas não atendidas aumentando assim a prevalência de doenças orais. (57) A nossa amostra, maioritariamente reside em aldeias.

Adicionalmente, as habilitações literárias dos cuidadores são outra variável que faz diferença na saúde oral dos indivíduos. Hakhter *et al.* concluíram no seu estudo que, as habilitações literárias dos cuidadores afetavam a saúde oral dos utentes. Havia uma maior experiência de cárie nos indivíduos cujos cuidadores apenas apresentavam uma educação primária quando comparados com

cuidadores com ensino secundário ou superior. (28)

Relativamente à higiene oral, e como já referido anteriormente, o facto de crianças com Paralisia Cerebral apresentarem níveis de higiene oral precários, relacionado com as limitações motoras e, eventualmente, cognitivas, levam a grandes dificuldades na correta manutenção da higiene oral o que requer, muitas vezes, ajuda de terceiros. (47,58)

Assim sendo, estes pacientes, apresentam níveis de placa mais elevados do que a população em geral, o que é de esperar tendo em conta que uma higiene oral inadequada favorece a incidência de placa bacteriana. (41)

O facto de nenhum dos utentes utilizar fio dentário está de acordo com o estudo de Esteves *et al.* realizado numa instituição do Alentejo e ao de Minihan *et al.* (40,48)

Apesar disso, apenas um não utilizava dentífrico com flúor, o que significa que a maioria dos cuidadores, tem atenção à pasta dentífrica utilizada. Tal como verificado no estudo de Du *et al.* que confirmaram que o uso de dentífrico fluoretado era geral. (50)

É, portanto, indispensável que os pais e cuidadores sigam, criteriosamente as boas práticas de higiene oral e cuidados diários. (58)

Relativamente à nossa amostra, a higiene oral é uma preocupação na instituição e na grande maioria dos cuidadores. No geral, lavam pelo menos duas vezes ao dia, sendo que uma delas é efetuada depois do almoço na instituição.

As consultas ao médico dentista neste tipo de pacientes é, ainda, um dos grandes problemas. O tratamento de pessoas com deficiência não é diferente, mas, estes indivíduos têm problemas orais relevantes e têm muita dificuldade em encontrar serviços de saúde oral apropriados. Para além disso, a falta de colaboração durante o tratamento é uma barreira no acesso aos meios de saúde oral.

A incapacidade de colaborar durante o tratamento odontológico vai originar uma maior perda dentária. Quem é capaz de colaborar em tratamentos preventivos perde menos dentes comparativamente com aqueles que não colaboram.(41)

Em Viseu, especificamente, o tratamento dentário de pacientes não colaborantes é extremamente escasso. Os serviços públicos não têm, ainda, condições para acompanhar o tratamento destes pacientes pelo que são

reencaminhados para o Hospital dos Covões em Coimbra. Tendo em conta que estas deslocações envolvem possibilidades monetárias e disponibilidade do tutor, as consultas ao médico dentista tornam-se menos recorrentes.

A proporção de dentes obturados é mais baixa em comparação com dentes cariados e ausentes o que sugere que pessoas com incapacidade recebem menos tratamento restaurador do que a população geral. (59)

Relativamente às consultas ao médico dentista, a maior parte fez a sua consulta depois dos 6 anos por motivo de dor.

Muito poucos utentes realizam consultas anuais ao médico dentista e, tal como foi referido anteriormente, os procedimentos dentários têm por hábito ser mais invasivos e menos restauradores ou preventivos.

Várias são as barreiras no acesso aos cuidados de saúde oral. Na nossa amostra, assim como na de Pradhan *et al.*, um dos maiores obstáculos na consulta ao médico dentista denunciados pelos cuidadores foi a rejeição ao tratamento dentário por parte dos utentes seguido da dificuldade em encontrar um profissional especializado e dos custos monetários associados às consultas.(60)

Ainda assim, grande parte dos cuidadores classificaram a última consulta dos seus tutelados como boa.

Relativamente a algumas características orais dos indivíduos, a sialorreia é um problema comum em indivíduos com Paralisia Cerebral, no entanto, não pela produção abundante de saliva, mas por serem incapazes de deglutir devido à disfunção oromotora. (61)

Para além disso e, de acordo com o estudo de Sedky *et al.*, podemos associar a incompetência labial e mordida aberta à baba excessiva visível nestes pacientes.(62) Também é característica a existência de xerostomia, causada principalmente pelos medicamentos, o que aumenta o risco de cárie dentária.(30) Geralmente, as patologias orais em pacientes com Paralisia Cerebral estão aumentadas, ainda que se encontrem resultados contraditórios relativamente a estes aspetos. (58) Neste estudo, efetuou-se a observação e análise através do índice de placa de Silness e Loe e do índice CPOD para avaliar a severidade das patologias orais presentes.

Em concordância com o estudo de Bizarra *et al.*, o género masculino apresenta um índice de placa superior, no entanto, o género feminino apresenta

um maior índice de CPOD.(36) Contudo, estes resultados são diferentes dos encontrados no estudo de Esteves *et al.*, que concluíram que o índice CPOD era maior para o género masculino e que o índice de placa era maior para o género feminino. (40)

Na nossa amostra, não encontramos diferenças significativas relativamente ao índice de placa quando relacionado com a faixa etária. Comparando estes dados com os de Esteves *et al.* que concluíram que, a faixa etária com maior índice de placa era a do intervalo entre os 16 e os 30 anos. (40)

Relativamente ao índice CPOD e a idade, Santos *et al.*, tal como o nosso estudo, observaram que a taxa de cárie estava associada ao aumento da idade. Esteves *et al.* especificam ainda que, a faixa etária acima dos 45 anos têm um maior índice CPOD em comparação com as restantes faixas etárias.(40,47)

Os resultados deste trabalho concluíram que o índice de placa daqueles que habitam na instituição é superior em relação aos restantes. O que diverge do estudo de Rodrigues *et al.* e Bizarra *et al.* (32,36)

Vários fatores podem ter contribuído para este resultado. O facto de os utentes que residem na instituição terem um comprometimento motor e mental superior à restante amostra torna a higienização mais difícil. Para além disso, sendo a amostra reduzida, um utente que tenha um índice de placa muito elevado vai alterar significativamente os resultados da amostra.

Aqueles que residem na Associação de Paralisia Cerebral de Viseu, demonstraram um índice CPOD muito inferior relativamente aos que residem fora da instituição. Estes resultados são, provavelmente devido ao planeamento controlado da alimentação e pela preocupação que a associação demonstra face à higiene dos seus utentes.

Neste estudo, assim como Sedky *et al*, verificou-se que a maior parte dos pacientes apresentava o nível de comprometimento motor máximo (nível V). (62) Consideramos estes indivíduos de maior risco relativamente à sua saúde, incluindo saúde oral.(40)

Norwood *et al.* afirmam que aqueles com Paralisia Cerebral tetraplégica têm maior incidência de doença periodontal devido à dependência de um cuidador para realizar a higiene oral.(30)

Akhter *et al.* concluíram no seu estudo que crianças com Paralisia Cerebral menos funcional apresentavam um maior índice de cárie comparativamente aos mais funcionais.(28)

No nosso estudo confirmámos ambos, os utentes com um comprometimento motor mais elevado (Nível IV e V) apresentam realmente um maior índice de placa e um CPOD mais elevado que os que têm um menor comprometimento motor (Nível I, II e III). (28)

Relativamente à toma de medicação, Bizarra *et al.* verificaram no seu estudo e, de acordo com o nosso, uma grande parte da amostra tomava medicação diariamente.(36)

O estudo de Amaral *et al.*, conclui que a medicação tem efeitos negativos na saúde oral, nomeadamente com o aparecimento de hiperplasia gengival e xerostomia. Estas condições surgem, principalmente, naqueles que tomam anticonvulsivantes.(63)

No nosso estudo, concluímos que os que tomam medicação diariamente têm um índice de placa mais alto, mas, inesperadamente, apresentam um índice de CPOD menor pois, segundo a bibliografia e tendo em conta que a medicação tem teor açucarado e causa xerostomia, era de prever um maior índice de CPOD. (13,18,33,34)

Para além da medicação, a consistência dos alimentos, as dificuldades de mastigação e a redução do fluxo salivar são também fatores que propiciam o desenvolvimento de doenças orais.(47)

Relativamente à nossa amostra, aproximadamente 50% têm uma alimentação consistente. Os restantes apresentam uma alimentação mais pastosa ou por sonda.

Previtali *et al.* concluíram no seu estudo que, as pessoas que apresentam um comprometimento motor severo, mas se alimentam por via oral têm um maior risco de cárie dentária e que os que se alimentam por sonda têm um risco aumentado de doença periodontal por acumulação de tártaro.(30,38)

Na nossa amostra, os utentes apresentavam um maior índice de placa e CPOD quando alimentados por sonda ou quando tinham uma alimentação pastosa ou fibrosa. Tais resultados assemelham-se aos obtidos por Norwood *et al.* e Esteves *et al.* que verificaram que a dieta pastosa também é um fator de cárie. (30,40)

Nestes pacientes, uma eficaz higiene oral pode ser difícil. Carvalho *et al.*, tal como no nosso trabalho, compararam a frequência das escovagens com as condições de higiene oral. Em concordância com o nosso trabalho, aqueles que escovam os dentes menos de duas vezes ao dia têm menos saúde periodontal comparativamente àqueles que escovam mais que 2 vezes ao dia.(18)

Também a comparar a frequência de escovagem relativamente à prevalência de CPOD, tal como no nosso estudo, Akhter *et al.* concluíram que os que escovam menos vezes os dentes têm um maior índice de CPOD em comparação aos que escovam com mais frequência.

Du *et al.* concluíram no seu estudo que o problema maioritário não passava pela higiene oral mas sim pela dificuldade no acesso aos cuidados de saúde dentária.(50)

Jongh *et al.*, na sua pesquisa, verificaram que a sua amostra não fazia consultas regulares ao consultório dentário.(33) Tal como confirmámos na nossa amostra, a quantidade de pessoas que consultavam o médico dentista todos os anos era muito baixa.

Ainda assim, o índice de placa daqueles que consultaram o médico dentista no último ano e daqueles que não consultaram, não diferiu tanto como seria de esperar. Apesar de quem realizou pelo menos uma consulta no último ano ter um índice de placa mais baixo, os valores estavam próximos entre si. Relativamente ao CPOD, que também apresentava valores próximos, deve-se ao facto de este índice avaliar os dentes obturados, perdidos e cariados pelo que, aqueles que consultaram o médico dentista no último ano não apresentam, necessariamente uma elevada taxa de cárie, mas sim uma grande percentagem de dentes obturados e/ou perdidos.

Para além disso, semelhante à nossa pesquisa, Bizarra *et al.* referiram no seu estudo que, os motivos principais que levavam estes utentes ao médico dentista estavam relacionados com higiene oral, dor ou urgência. (33)

O bruxismo, ato de apertar ou ranger os dentes, é uma característica bastante comum neste tipo de pacientes.(17,64)

Abanto *et al.*, tal como no nosso estudo, mostraram uma grande prevalência de bruxismo relacionado com as alterações neurológicas e medicação que podem ter consequência negativas na cavidade oral como a destruição de tecidos dentários, fraturas ou distúrbios temporo-mandibulares.(65)

Através do questionário, percebemos que a maioria dos tutores afirmavam que os utentes tinham por hábito “ranger os dentes”. Através do exame intra-oral, confirmámos a existência de dados clínicos que evidenciavam a presença da patologia.

No nosso estudo verificámos que, aqueles que tinham sinais clínicos que evidenciavam bruxismo, apresentavam uma maior taxa de CPOD quando comparados com aqueles que não tinham bruxismo.

5.4. Limitações do Estudo

A principal limitação do estudo foi a reduzida dimensão da amostra. Foram enviadas 65 cartas a explicar o âmbito da realização do estudo e onde se inseria, consentimentos informados e inquéritos. Apenas 29 desses foram devolvidos. Dos inquéritos devolvidos, algumas das questões não foram respondidas, o que, inevitavelmente, pode ter influenciado os resultados do estudo.

As dificuldades de comparação com outros estudos devem-se à escassez de amostras semelhantes, às diferentes características das populações estudadas, às diferenças metodológicas de aplicação dos questionários (seja pelo método direto ou indireto), às distintas variáveis em estudo e ao uso de critérios não padronizados para o diagnóstico.

Adicionalmente, a recolha de dados foi feita nas instalações da APCV, com algumas limitações. Os movimentos involuntários dos utentes e a ausência de cadeira de dentista dificultou a observação intra-oral.

No registo das cáries dentárias utilizámos apenas critérios clínicos e não foram efetuadas radiografias para auxiliar o diagnóstico.

Para uma melhor avaliação e esclarecimento dos resultados observados neste estudo, é conveniente ter um método de comparação relativamente a crianças sem problemas.

CAPÍTULO VI

Conclusão

6. Conclusão

Após análise dos resultados obtidos podemos concluir que:

- A Associação de Paralisia Cerebral de Viseu, mostra uma grande preocupação na saúde geral e na saúde oral dos seus utentes.
- Todos os utentes, na instituição, realizam uma alimentação saudável e equilibrada.
- Os hábitos de higiene oral são, no geral, bastante satisfatórios. A grande maioria escova os dentes 2/3 vezes ao dia, sendo que uma delas é realizada após o almoço. Para além disso, os indivíduos institucionalizados realizam uma escovagem antes de deitar e contam com o auxílio de um auxiliar da instituição.
- Muito poucos tutores compareceram na sessão de apresentação e esclarecimento. Ainda assim, os que participaram demonstraram uma grande preocupação e cuidado relativamente à saúde oral.
- No geral, os tutores demonstram preocupação no agendamento de consultas ao médico dentista apesar de referirem algumas barreiras.
- Uma das principais barreiras diz respeito ao agendamento de consultas quando o utente necessita de sedação.
- Outra das barreiras e, provavelmente, uma das mais preocupantes, é a deslocação. Grande parte dos utentes, necessita de se dirigir ao Hospital de Coimbra para realizar tratamentos dentários.
- Nenhum deles utiliza o fio dentário nem nenhum tipo de material adaptado para o utilizar.
- Apesar da amostra, os indivíduos observados não demonstram uma grande percentagem de CPOD. A média foi $7,79 \pm 8,38$, sendo que o menor valor era 0 e o maior 32.
- O índice de placa demonstrou valores bastante elevados, sendo que a média foi $7,65 \pm 5,09$, tendo em conta que os valores variaram entre 0 e 18.

A realização de sensibilizações aos cuidadores de pessoas com necessidades especiais, permitiam que um maior número de pacientes recebesse uma higiene oral adequada e, para além disso, se desse a conhecer materiais adequados e adaptados às diferentes limitações motoras.

Efetivamente, o principal problema observado nestes pacientes, foram as escassas consultas ao médico dentista, que tornam os tratamentos mais rigorosos e o acesso muito limitado a cuidados de saúde oral em Viseu.

Concluimos, portanto, que é necessário desenvolver estratégias para o atendimento destes pacientes, de modo a aumentar a capacidade de colaboração no tratamento dentário. Para além disso, é necessário que um maior número de médicos dentistas tenha formação para o tratamento e prevenção de patologias orais nestes pacientes.

CAPÍTULO VII

Referências bibliográficas

7. Referências bibliográficas

1. Conceito de Saúde segundo OMS / WHO | C.E.T.I. [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 23]. Available from: <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>
2. FDI. OMD adopta definição universal de Saúde Oral [Internet]. 2016. Available from: <https://www.omd.pt/2016/09/saude-oral-fdi/>
3. FDI WDF. The Challenge of Oral Disease – A call for global action. The Oral Health Atlas. 2nd ed. Editions M, editor. Geneva; 2015.
4. Health Organization W. WORLD REPORT ON DISABILITY. New York; 2011.
5. Scannapieco F. Patients with Special Needs - American Dental Association. J Am Dent Assoc. 2005;136.
6. Crall JJ. Improving oral health for individuals with special health care needs. Pediatr Dent. 2007;29(2):98–104.
7. Nelson LP, Getzin A, Graham D, Zhou J, Wagle EM, McQuiston J, et al. Unmet dental needs and barriers to care for children with significant special health care needs. Pediatr Dent. 2011;33(1):29–36.
8. Neuropediatria SP. Paralisia Cerebral [Internet]. 2011 [cited 2018 Mar 23]. p. 1–11. Available from: <http://neuropediatria.pt/index.php/pt/para-os-pais/paralisia-cerebral>
9. Miller F, Bachrach SJ, The Cerebral Palsy Center at Nemours, duPont A. Cerebral Palsy: A Complete Guide for Caregiving. 3rd ed. Johns Hopkins university Press, editor. Baltimore; 2017.
10. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe. Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE). Dev Med Child Neurol. 2000;42(12):816–24.

11. Proença I da AA. Dificuldades e dúvidas de pais de crianças com Paralisia Cerebral [monografia]. Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional de Braga; 2011.
12. Gordon A, Krieger K, Geiger WK. Cerebral Palsy - Hope Through Research. Maryland; 2013.
13. Al-Allaq T, Debord TK, Liu H, Wang Y, Messadi D V. Oral health status of individuals with cerebral palsy at a nationally recognized rehabilitation center. *Spec Care Dent.* 2015;35(1):15–21.
14. Al Hashmi H, Kowash M, Hassan A, Al Halabi M. Oral health status among children with cerebral palsy in Dubai, United Arab Emirates. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2017;7(9):149.
15. Marcdante KJ, Kliegman RM. *Nelson Princípios de Pediatria.* 7th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
16. Murphy KP. The Adult with Cerebral Palsy. *Orthop Clin North Am.* 2010;41(4):595–605.
17. Serrano MEP, Posse JL, Feijoo JF. *Manual De Higiene Oral Para Personas Con Discapacidad.* 1st ed. Dios PD, editor. Santiago de Compostela; 2012.
18. de Carvalho RB, Mendes RF, Prado Jr RR, Neto JMM. Oral health and oral motor function in children with cerebral palsy. *Spec Care Dent.* 2011;31(2):58–62.
19. Stefanidis S, Dalbem G da S. *Pediatric Dentistry for Special Child.* 1st ed. Jaypee, editor. India: Jaypee; 2016.
20. Palisano R, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston M. *GMFCS - Gross Motor Function Classification System.* 2007.
21. Margre ALM, Reis MGL, Morais RLS. Characterization of adults with cerebral palsy. *Rev Bras Fisioter.* 2010;14(5):417–25.
22. Ohata K, Tsuboyama T, Ichihashi N, Minami S. Measurement of Muscle Thickness as Quantitative Muscle Evaluation for Adults With Severe Cerebral Palsy. *Phys Ther.* 2006;86(9):1231–9.
23. Sandström K, Alinder J, Öberg B. Descriptions of functioning and health and relations to a gross motor classification in adults with cerebral palsy. *Disabil Rehabil.* 2004;26(17):1023–31.

24. McCormick A, Brien M, Plourde J, Wood E, Rosenbaum P, McLean J. Stability of the Gross Motor Function Classification System in adults with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2007;49(4):265–9.
25. Donnelly C, Parkes J, McDowell B, Duffy C. Lifestyle limitations of children and young people with severe cerebral palsy: a population study protocol. *J Adv Nurs*. 2008;61(5):557–69.
26. Pinheiro H. PACIENTES PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS: IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE SAÚDE ORAL. Universidade do Porto; 2012.
27. NIDCR, NICHD, CDC, Association SCD. Practical Oral Care for People With Cerebral Palsy. Health Care (Don Mills). 2009;
28. Akhter R, Hassan NMM, Martin EF, Muhit M, Haque MR, Smithers-Sheedy H, et al. Risk factors for dental caries among children with cerebral palsy in a low-resource setting. *Dev Med Child Neurol*. 2017;59(5):538–43.
29. Jan BM, Jan MM. Dental health of children with cerebral palsy. *Neurosciences (Riyadh)*. 2016;21(4):314–8.
30. Norwood KW, Slayton RL, Council on Children With Disabilities, Section on Oral Health. Oral Health Care for Children With Developmental Disabilities. *Pediatrics*. 2013;131(3):614–9.
31. Pk G. Cerebral Palsy Oral Health : Impact of Drooling and Dental Caries. *Austin Dent Sci*. 2016;1(1):1–2.
32. Rodrigues dos Santos MTB, Masiero D, Novo NF, Simionato MRL. Oral conditions in children with cerebral palsy. *J Dent Child (Chic)*. 2003;70(1):40–6.
33. Ummer-Christian R, Iacono T, Grills N, Pradhan A, Hughes N, Gussy M. Access to dental services for children with intellectual and developmental disabilities – A scoping review. *Res Dev Disabil*. 2018;74(December 2017):1–13.
34. De Camargo MAF, Antunes JLF. Untreated dental caries in children with cerebral palsy in the Brazilian context. *Int J Paediatr Dent*. 2008;18(2):131–8.
35. Diniz MB, Guaré RO, Ferreira MCD, Santos MTBR, Diniz MB, Guaré RO, et al. Does the classification of cerebral palsy influence caries experience in children and adolescents? *Brazilian J Oral Sci*. 2015;14(1):46–51.

36. Bizarra M de FP. Estado de Saúde Oral das Pessoas com Paralisia Cerebral no Distrito de Lisboa [monografia]. Universidade de Lisboa; 2015.
37. Bárbara M. Pacientes com Necessidades Especiais de Atendimento em Medicina Dentária. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina; 2012.
38. Previtalli EF, dos Santos MTBR. Cárie dentária e higiene bucal em crianças com paralisia cerebral tetraparesia espástica com alimentação por vias oral e gastrostomia. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2009;9(1):43–7.
39. Ribeiro C. Higiene oral em crianças com paralisia cerebral: conhecimentos e atitudes dos cuidadores [monografia]. Universidade de Coimbra; 2015.
40. Esteves M, Mendes S, Bernardo M. Estado de saúde oral numa população institucionalizada com deficiência profunda. *Rev Port Estomatol Med Dentária e Cir Maxilofac*. 2017;58(3).
41. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. *Spec Care Dent*. 2010;30(3):110–7.
42. Desai M, Messer LB, Calache H. A study of the dental treatment needs of children with disabilities in Melbourne, Australia. *Aust Dent J*. 2001;46(1):41–50.
43. Davis MJ. Issues in Access to Oral Health Care for Special Care Patients. *Dent Clin North Am*. 2009 Apr;53(2):169–81.
44. Hall RK. *Handbook of Pediatric Dentistry*. 4th ed. Cameron AC, Widmer RP, editors. Australia: Mosby Elsevier; 2013.
45. Lima A. Cuidados a ter na saúde oral em pacientes com necessidades especiais [monografia]. Universidade do Porto; 2011.
46. Koneru A, Sigal MJ. Access to dental care for persons with developmental disabilities in Ontario. *J Can Dent Assoc*. 2009;75(2):121.
47. Santos MTBR, Biancardi M, Guare RO, Jardim JR. Caries prevalence in patients with cerebral palsy and the burden of caring for them. *Spec Care Dent*. 2010;30(5):206–10.
48. Minihan PM, Morgan JP, Park A, Yantsides KE, Nobles CJ, Finkelman MD, et al. At-home oral care for adults with developmental disabilities. *J Am Dent Assoc*. 2014;145(10):1018–25.

49. Maiya A, Shetty YR, Rai K, Padmanabhan V, Hegde AM. Use of different oral hygiene strategies in children with cerebral palsy: A comparative study. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2015;5(5):389–93.
50. Du RY, McGrath CP, Yiu CKY, King NM. Oral health behaviors of preschool children with cerebral palsy: a case-control community-based study. *Spec Care Dent.* 2014;34(6):298–302.
51. Direção-Geral da Saúde. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa; 2008. 126 p.
52. Moslehzadeh K. Silness-Löe Index [Internet]. Malmö University; 2010 [cited 2018 Apr 17]. Available from: <https://www.mah.se/CAPP/Methods-and-Indices/Oral-Hygiene-Indices/Silness-Loe-Index/>
53. 64th General Assembly. Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. World Medical Association. 2013;
54. Estatística IN de. Análise de População com Deficiência. Censos 2001. 2002;
55. Mandal A. Predominância da Paralisia Cerebral. *News Med.* 2017;1–3.
56. Mandal A. Prognóstico da Paralisia Cerebral. 2017.
57. Glassman P, Miller CE. Preventing dental disease for people with special needs: the need for practical preventive protocols for use in community settings. *Spec Care Dentist.* 2003;23(5):165–7.
58. Ribeiro C. Higiene Oral em Crianças com Paralisia Cerebral: conhecimentos e atitudes dos cuidadores. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2015.
59. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. *Spec Care Dent.* 2010;30(3):110–7.
60. Pradhan A, Slade G, Spencer A. Access to dental care among adults with physical and intellectual disabilities: residence factors. *Aust Dent J.* 2009;54(3):204–11.
61. Dougherty NJ. A Review of Cerebral Palsy for the Oral Health Professional. *Dent Clin North Am.* 2009;53(2):329–38.
62. Sedky NA. Assessment of oral and dental health status in children with cerebral palsy: An exploratory study. *Int J Health Sci (Qassim).* 2018;12(1):4–14.

63. Amaral COF do, Chagas JT, Rodrigues LC. Estudo da prevalência de bruxismo e avaliação de saúde bucal em pacientes com paralisia cerebral. *Colloq Vitae*. 2010;2(1):41–8.
64. Cabrita JP. *Bruxismo em Pessoas com Paralisia Cerebral*. Universidade de Lisboa; 2017.
65. Abanto J, Ortega AO, Raggio DP, Bönecker M, Mendes FM, Ciamponi AL. Impact of oral diseases and disorders on oral-health-related quality of life of children with cerebral palsy. *Spec Care Dent*. 2014;34(2):56–63.

CAPÍTULO VIII

Anexos

8. Anexos

Anexo I – Carta aos tutores



Estimado(a) senhor(a),

Eu, Sofia Duarte, aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, em conjunto com a APCV vimos por este meio pedir a sua autorização para o seu tutelado participar no estudo que me encontro a desenvolver para a obtenção do título de Mestre em Medicina Dentária. Este projeto, “Avaliação da saúde oral nos utentes da Associação de Paralisia Cerebral de Viseu”, visa o estudo do estado geral da cavidade oral do tutelado. Neste estudo vamos avaliar a presença de cáries, doença periodontal e hábitos parafuncionais. Será mantido o anonimato em todos os dados recolhidos que serão analisados estatisticamente.

O estudo envolve um questionário e posterior avaliação da cavidade oral do utente. Para tal, e caso esteja interessado/a em participar no estudo peço que assine o consentimento informado que segue em anexo nesta carta. Aproveitamos também para convidar V. Ex.^a a vir assistir à ação de sensibilização sobre saúde oral que irá realizar-se no próximo dia 5 de Dezembro, pelas 09 horas e 30 minutos na APCV.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e colaboração neste projeto.

Cordialmente,
Sofia Duarte

Anexo II – Consentimento Informado

Avaliação da saúde oral nos utentes da Associação de Paralisia Cerebral de Viseu (APCV)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado _____, portador do CC nº _____ fui informado, pelo investigador/clínico responsável, de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a avaliar a saúde geral e oral e o impacto na qualidade de vida do meu tutelado _____ (nome), portador do CC nº _____. Será realizado um questionário para avaliação de aspetos da vida, nomeadamente: pessoais, físicos/mentais, orais e sociais. Também será efetuada uma observação da cavidade oral para avaliação do estado de saúde oral. Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto. Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer questões e as minhas dúvidas foram esclarecidas. Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o total anonimato dos dados recolhidos.

Nome do responsável pelo participante no estudo.

Assinatura: _____ . Data: ____/____/____

Nome do investigador responsável.

Assinatura: _____ . Data: ____/____/____

Anexo III – Questionário e Ficha de avaliação intra-oral



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA·PORTO·VISEU

Código: _____

Avaliação da saúde oral nos utentes da Associação de Paralisia Cerebral de Viseu (APCV)

Eu, Sofia Duarte, aluna nº 500114001 do Mestrado Integrado em Medicina Dentária encontro-me a desenvolver um projeto para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária orientada pelo Professor Doutor Nélito Veiga. Programa esse que visa a promoção e caracterização da saúde oral dos utentes institucionalizados na APCV. Para tal, solicitamos a sua colaboração para o preenchimento do questionário e realização de algumas medições/avaliações. O questionário é individual. As respostas são confidenciais, servindo apenas para tratamento estatístico. Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que responda a todas as questões.

I – CARACTERIZAÇÃO E HÁBITOS

- Género:** Feminino ___ Masculino ___
- Data de Nascimento:** ___/___/___, ___ anos.
- Área de residência:** Aldeia ___ Vila ___ Cidade ___ Instituição ___
- Quem assume o papel de principal prestador de cuidados?**
Pai ___ Mãe ___ Avós ___ Irmãos ___ Outros familiares ___ Cuidadores da associação ___
- Habilitações literárias do encarregado de educação:**

Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever	
Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	
Frequentou a escola, mas não completou a 4ª classe	
Fez exame da 4ª classe	
Completou o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral do liceu/curso industrial/outro equivalente)	
Completou o 7º ano (curso complementar do liceu)	
Completou o ensino superior	
Nível de ensino completado na idade adulta (ex. programas novas oportunidades)	
Ensino especial	
Outro	

6. Classificação da função motora:

- O utente anda dentro e fora de casa sem limitações. Realiza atividades como correr ou saltar
- O utente caminha e sobe escadas com apoio mas tem dificuldades a andar em superfícies irregulares. O utente tem capacidade mínima para realizar habilidades motoras grosseiras
- O utente caminha em superfície nivelada mas com apoio de dispositivo de mobilidade assistida. Podem subir escadas dependendo dos membros superiores. Em algumas ocasiões utiliza cadeiras de rodas.
- O utente depende da cadeira de rodas para se movimentar. Tem auto-mobilidade usando uma cadeira de rodas motorizada.
- O utente não tem controlo voluntário dos movimentos e não consegue manter uma postura do tronco e da cabeça. Todas as áreas da função motora são limitadas. O utente é totalmente dependente para todas as atividades.

7. Toma medicamentos diariamente? Não Sim

Quais? _____

8. Costuma fumar ? Não Sim Ex-fumador

a) **Se sim, quantos cigarros fuma por dia?** _____.

9. Costuma ingerir bebidas alcoólicas? Não Sim

10. Que tipo de alimentação costuma fazer na instituição?

Pastosa (alimentos passados e cereais lácteos).

Fibrosa (frutas e legumes).

Consistente (carne, peixe).

II – SAÚDE ORAL

1. Lava todos os dias os dentes e/ou prótese? Não Sim

a) **Quantas vezes ao dia?** _____

2. Tem uma escova de dentes própria? Não Sim

a) **Está adaptada à limitação motora apresentada?** Sim Não

3. Usa pasta de dentes? Não Sim

4. Costuma utilizar o fio dentário?

Não

Sim, às vezes

Sim, todos os dias

5. Com que idade foi pela primeira vez ao médico dentista? _____ anos

Porque motivo?

Controlo

Dor de dentes

Limpeza

Prótese

Cheque Dentista

6. Efectuou uma consulta no médico dentista nos últimos 12 meses? Não Sim

Porque motivo?

Controlo

Dor de dentes

Limpeza

Prótese

Cheque Dentista

7. Se não consultou o médico dentista nos últimos 12 meses, quando foi a última vez que o consultou?
_____ meses.
8. Qual o principal motivo para não consultar o médico dentista?
As consultas são caras _____
Não encontro médico dentista especializado _____
Recuso o tratamento dentário _____
Não sinto necessidade de ir a uma consulta médico-dentária _____
A deslocação é difícil _____
Costumo consultar regularmente o médico dentista _____
9. Como classifica a sua última visita ao dentista?
Ótima _____
Boa _____
Má _____
Péssima _____
10. Tem a boca “seca”? Não _____ Sim _____
11. Se sim, tenta compensar este facto com maior consumo de água? Não _____ Sim _____
12. Tem por hábito ranger os dentes? Não _____ Sim _____
13. Costuma morder os próprios lábios/bochechas frequentemente? Não _____ Sim _____

II- PRÓTESES DENTÁRIAS (caso se aplique.)

1. Usa prótese(s) dentária(s)? Não _____ Sim _____

Se respondeu não, o questionário acaba por aqui. Obrigada pela colaboração

2. Quando usa a prótese?
a. Sempre _____
b. Às vezes _____
c. Só durante as refeições _____
3. Sente-se melhor desde que colocou a sua atual prótese dentária? Não _____ Sim _____ Não sei _____
4. Sente algum desconforto e/ou dor ao usar a prótese? Não _____ Sim _____
5. Consegue comer normalmente com a prótese?
Sempre _____
Às vezes _____
Raramente _____
Nunca _____
6. Sente-se satisfeito(a) com a prótese? Não _____ Sim _____
7. Costuma retirar a prótese para dormir?
Sempre _____
Às vezes _____
Raramente _____
Nunca _____

8. **Costuma fazer a higienização da prótese?**

Sim, todos os dias ____

Às vezes ____

Raramente, uma vez por semana ____

Nunca ____

a) **Se higieniza a prótese todos os dias, quantas vezes/dia higieniza a sua prótese?** _____
vezes.

9. **Há quanto tempo utiliza uma prótese dentária?** _____ anos.

10. **Há quanto tempo tem a actual prótese dentária?** _____ anos.

Obrigado pela sua colaboração!

Observação intra-oral
Índice de CPOD

Dente	hígido	cariado	Rest. c/ cárie	Rest. s/ cárie	Ausente p/ cárie	Ausente (outro)	Selante	Prótese, implante	Não erupcionado	Traumatismo	Não registrado
Permanente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	T	9
Temporário	A	B	C	D	E	-	F	G	-	T	-

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
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
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

$$C _ _ + P _ _ + O _ _ =$$

Avaliação da higiene Oral

Pontuação	Critério
0	Sem placa
1	Um filme de placa aderindo à margem gengival livre e à área adjacente do dente, A placa pode ser vista in situ usando a sonda na superfície do dente
2	Acumulação moderada de depósito macio dentro do bolso gengival, ou a margem dentária e gengival que pode ser vista a olho nu
3	Abundância de matéria macia dentro do sulco gengival e/ou no dente e margem gengival

	12	16	24	32	36	44
F. Vestibular						
F. Lingual						
F. Mesial						
F. Distal						

$$\text{Índice de placa} = (V+L+M+D)/4 = X$$

$$X^{12} + X^{16} + X^{24} + X^{32} + X^{36} + X^{44} = IP$$

Avaliação geral:

O paciente apresenta:	
Incapacidade de deglutição de saliva	
Bruxismo	
Desmineralização dentária	
Lesões orais (mordedura, lesões por objetos)	
Outras lesões	

Observações: _____

Avaliação das próteses dentárias (caso se aplique).

1. A que tipo de classificação de Kennedy corresponde a prótese que usa?
Classe I ___ Classe II ___ Classe III ___ Classe IV ___
Divisão: _____
2. Qual o tipo de prótese usada?
Total ___ Parcial acrílica ___ Parcial esquelética ___ Fixa ___
4. Como classifica a estabilidade e retenção da sua prótese?
Boa ___ Satisfatória ___ Insatisfatória ___
5. Existe a presença de restos alimentares na prótese?
Sim ___ Não ___