



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

DETERMINANTES E PREVALÊNCIA DE DOENÇAS ORAIS E
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE ORAL EM PACIENTES COM
NECESSIDADES ESPECIAIS

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

Por:

Carolina Sofia Pereira Ordens Costa Louro

Viseu, 2015



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

DETERMINANTES E PREVALÊNCIA DE DOENÇAS ORAIS E
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE ORAL EM PACIENTES COM
NECESSIDADES ESPECIAIS

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

Por:

Carolina Sofia Pereira Ordens Costa Louro

Orientador: Professora Doutora Andreia Figueiredo

Co-orientador: Mestre Nélio Veiga

Viseu, 2015

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por todo o amor e dedicação. Em memória do meu pai, ao esforço, sacrifício e perseverança da minha mãe.

À minha irmã lara, por seres o amor da minha vida e estares sempre comigo.

Aos meus primos, em especial à Ni ao Miguel à Madalena e agora ao Leonardo, por terem tornado este percurso mais fácil.

Ao meu Tio, pelos conselhos sábios e por estar sempre por perto, e à minha Avó simplesmente pelos mimos.

Ao Paulo, por todos os anos ao meu lado, apoiando-me sempre em cada momento.

À minha binómia Patrícia (Bi), por estes anos de partilha, trabalho e amizade.

Aos meus amigos e colegas de casa Zé e Diogo, assim como à Stefanie, por toda a amizade, todos os momentos vividos e por toda a ajuda ao longo destes anos.

Aos meus amigos de sempre e aos que vieram para sempre.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Andreia Figueiredo pela sua sabedoria comigo partilhada e espírito crítico.

Ao meu co-orientador, Mestre Nélio Veiga pelo seu apoio, colaboração e dedicação ao longo da realização desta dissertação.

À Mestre Mariana Seabra por toda a partilha de conhecimentos e ajuda prontamente disponibilizada.

À APPACDM e IVF na pessoa do Sr. Presidente Dr. António Lemos, e seus respetivos Diretores executivos Dra. Emília Dias e Dr. Américo Albuquerque assim como toda a direção, secretaria, auxiliares e funcionários, em especial ao enfermeiro Telmo que foi incansável na ajuda à realização deste trabalho, em conjunto com a enfermeira Isabel.

À Terapeuta da Fala, Mestre Diana Coutinho pela prontidão em toda a ajuda

A todos os utentes da APPACDM e IVF que de alguma forma contribuíram para este trabalho.

Índice

1. Revisão da Literatura	1
1.1 Saúde Oral	1
1.1.1. Determinantes em Saúde Oral	2
1.2 Medidas Preventivas	3
1.3 Classificação do Paciente Especial	6
1.4 Relação Médico-Paciente Especial	8
1.5 Relação Médico-Família	9
1.6 Perturbações Mentais	10
1.7 Incapacidade Intelectual	12
1.8 Défice Cognitivo	13
1.9 Autismo	14
1.10 Síndrome de Down	15
2. Objetivos	19
3. Metodologia	23
3.1 Tipo de Estudo	25
3.2 Amostra	25
3.2.1 Critérios de inclusão	25
3.2.2 Critérios de exclusão:	25
3.3 Instrumentos de colheita de dados	25
3.4 Análise estatística	28
4. Resultados	29
4.1 Caracterização da amostra	31
4.2 Índices de CPOD e de placa de Silness e Løe	36
4.2.1 Associação entre o género do paciente e os índices de CPOD e de Silness e Løe.....	46
4.2.2 Associação entre a idade do paciente e os índices de CPOD e de Silness e Løe.....	48
4.2.3 Associação entre o local de residência do paciente e os índices de CPOD e de Silness e Løe	50
4.2.4 Associação entre a toma de medicação e os índices de CPOD e de Silness e Løe.....	52

4.2.5	Associação entre o tipo de incapacidade apresentada e os índices de CPOD e de Silness e Løe	54
4.2.6	Associação entre a escovagem diária dos dentes e os índices de CPOD e de Silness e Løe.....	56
4.2.7	Associação entre a frequência da realização da higiene oral e os índices de CPOD e de Silness e Løe	57
4.2.8	Associação entre a existência de ajuda na realização da higiene oral e os índices de CPOD e de Silness e Løe	59
4.2.9	Associação entre o hábito de ir ao médico dentista e os índices de CPOD e de Silness e Løe	61
4.2.10	Associação entre o hábito de consumo de alimentos açucarados e os índices de CPOD e de Silness e Løe.....	63
4.2.11	Associação entre o motivo da última consulta ao médico dentista ser devido a dor e os índices de CPOD e Silness e Løe	65
4.2.12	Associação entre o motivo da última consulta ao médico dentista ser devido a dor e a escovagem diária dos dentes.....	67
5.	Discussão	69
5.1	Discussão de Material e Métodos	71
5.1.1	Dimensão da amostra.....	71
5.1.2	Recolha de dados.....	71
5.2	Caracterização da amostra	72
5.2.2	Idade.....	72
5.2.3	Tipo de incapacidade.....	72
5.2.4	Medicação	73
5.2.5	Escovagem diária	73
5.2.6	Ajuda na realização da higiene oral.....	73
5.3	Índices de CPOD e Placa de Silness e Løe	74
5.3.1	Amostra	74
5.3.2	Género.....	74
5.3.3	Idade.....	75
5.3.4	Local de residência.....	75
5.3.5	Medicação	76
5.3.6	Tipo de incapacidade.....	76
5.3.7	Patologias vs CPOD.....	77
5.3.8	Comorbilidade.....	78
5.3.9	Ajuda na realização da higiene oral.....	78

5.4 Hábitos de higiene oral	79
5.4.1 Escovagem	79
5.4.2 Frequência.....	79
5.4.3 Utilização de colutório.....	80
5.4.4 Utilização de fio dentário	80
5.4.5 Tempo de escovagem	81
5.4.6 Período de realização da higiene oral	81
5.4.7 Escovagem de manhã	81
5.4.8 Escovagem à noite	82
5.4.9 Material adaptado	82
5.4.10 Dentífrico fluoretado	83
5.4.11 Troca de escova	83
5.5 Consulta ao Médico dentista	83
5.5.1 Hábito de ir ao médico dentista	83
5.5.2 Motivo	84
5.5.3 Motivo vs Escovagem.....	84
5.6 Alimentação.....	85
5.6.1 Hábitos.....	85
6. Conclusão	87
6.1 Determinantes em Saúde Oral.....	89
6.2 Cuidados e tipo de apoio na higiene oral a nível das instituições.	90
7. Bibliografia.....	93
8. ANEXOS	101

Índice de Figuras

Figura 1 - Distribuição por género da amostra.	31
Figura 2 - Distribuição por idade da amostra.....	32
Figura 3 - Local de residência da amostra em estudo.....	32
Figura 4 - Tipo de incapacidade presente nos pacientes em estudo.	33
Figura 5 - Gráfico representativo da toma de medicação pela amostra.....	34
Figura 6 - Gráfico representativo da escovagem diária pela amostra.	34
Figura 7 - Percentagem de pacientes que necessita de ajuda durante a higiene oral.	35
Figura 8 – Distribuição do Índice de CPOD por instituições participantes.....	38
Figura 9 - Distribuição do índice de placa de Silness e Løe, por instituição..	39
Figura 10 - Distribuição da escovagem diária dos pacientes das instituições em estudo.	40
Figura 11 - Tempo médio de escovagem da amostra.	40
Figura 12 - Índice de CPOD, consoante a realização da higiene oral de manhã.....	42
Figura 13 - Índice de placa de Silness e Løe, consoante a realização da higiene oral de manhã.	43
Figura 14 - Índice de CPOD, consoante a realização da higiene oral à noite.	44
Figura 15 - Índice de placa de Silness e Løe, consoante a realização da higiene oral à noite.	44
Figura 16 - Associação entre o género do paciente e o Índice de CPOD.	47
Figura 17 - Associação entre o género do paciente e o índice de Silness e Løe.....	48
Figura 18 - Associação entre a idade do paciente e o Índice de CPOD.....	49
Figura 19 – Associação entre a idade do paciente e o índice de Silness e Løe.	50
Figura 20 - Associação entre o local de residência do paciente e o Índice de CPOD.	51
Figura 21 – Associação entre a idade do paciente e o índice de Silness e Løe.	52

Figura 22 - Associação entre a toma de medicação do paciente e o Índice de CPOD.	53
Figura 23 – Associação entre a toma de medicação e o índice de Silness e Løe.....	54
Figura 24 - Associação entre o tipo de incapacidade do paciente e o Índice de CPOD.	55
Figura 25 – Associação entre o tipo de incapacidade e o índice de Silness e Løe.....	55
Figura 26 - Associação entre a escovagem diária dos dentes e o Índice de CPOD.	56
Figura 27 – Associação entre a escovagem diária dos dentes e o índice de Silness e Løe.	57
Figura 28 - Associação entre a realização de higiene oral o Índice de CPOD.	58
Figura 29 - Associação entre a realização de higiene oral e o índice de Silness e Løe.	59
Figura 30 - Associação entre a ajuda na realização da higiene oral do paciente e o Índice de CPOD.	60
Figura 35 - Associação entre a ajuda na realização da higiene oral e o índice de Silness e Løe.	61
Figura 32 - Associação entre o hábito de ir ao médico dentista do paciente e o Índice de CPOD.....	62
Figura 33 – Associação entre o hábito de ir ao médico dentista e o índice de Silness e Løe.	63
Figura 34 - Associação entre o hábito de consumo de alimentos açucarados do paciente e o Índice de CPOD.	64
Figura 35 – Associação entre o hábito de consumo de alimentos açucarados e o índice de Silness e Løe.....	65
Figura 36 - Associação entre o motivo da última visita ao médico dentista estar associado a dor e o Índice de CPOD.	66
Figura 37 - Associação entre o motivo da última visita ao médico dentista estar associado a dor e o índice de Silness e Løe.	67
Figura 38 - Distribuição da associação entre o motivo da última consulta ao médico dentista ser devido a dor e a escovagem diária dos dentes.	68

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição de patologias dos pacientes da amostra.	36
Tabela 2 - Distribuição do Índice de CPOD por instituição participante.	38
Tabela 3 - Distribuição do Índice de placa de Silness e Løe por instituição participante.	39
Tabela 4 - Frequência da troca de escova de dentes.....	41
Tabela 5 - Distribuição do índice de CPOD por Patologia Mental.....	45
Tabela 6 - Distribuição do índice de placa de Silness e Løe por Patologia Mental.....	46

Lista de Abreviaturas

UCP	Universidade Católica Portuguesa
APPACDM	Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental
IVF	Internato Dr. Vítor Fontes
CPOD	Dentes Cariados Perdidos e Obturados
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMD	Ordem dos Médicos Dentistas
DGS	Direção Geral de Saúde
NSE	Necessidades de Saúde Especiais
Censos	Recenseamentos da População e Habitação
ICF	<i>International Classification of Functioning</i>
ONU	Organização das Nações Unidas
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
UE	União Europeia
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>

Resumo

Introdução: Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2014), 15% da população mundial padece de algum tipo de incapacidade. Os cuidados de saúde oral no paciente com necessidades especiais podem encontrar-se comprometidos devido às limitações físicas e mentais deste grupo específico da população.

Materiais e métodos: Efetuou-se um estudo epidemiológico observacional transversal numa amostra de utentes da APPACDM ou do IVF, com idades entre os 16 e os 72 anos. Realizou-se em 154 pacientes um exame clínico, para análise do Índice de CPOD e Índice de Placa de Silness e Løe, e aplicação de um questionário. Os dados recolhidos foram analisados recorrendo ao programa IBM SPSS Statistics.

Resultados: A idade média foi de 34 ± 12 anos. 51 dos indivíduos residiam na instituição e 103 dormem em casa, mas passam o dia na instituição. O índice de CPOD médio foi de 10 ± 9 , variando entre 0 e 28. Quanto ao índice de Placa de Silness e Løe, verificou-se um índice de 3 em 50% dos participantes. 86,9% dos participantes escova os dentes todos os dias e 13,1% não o faz. 28,1% dos participantes escova os dentes uma vez por dia, 32,9% duas vezes e 39% três vezes. Verificou-se que 77,9% dos participantes têm por hábito ir ao médico dentista. 98,6% dos participantes utilizavam dentífrico fluoretado; 8,9% utilizava colutório; 1,4% utilizava fio dentário e nenhum possuía material adaptado ou escova elétrica. Quanto ao consumo de alimentos açucarados, 5,9% dos pacientes referiram que não ingerir, 41,4% raramente ingerem, 36,8% às vezes ingerem e 15,8% ingerem todos os dias.

Conclusão: As instituições revelaram preocupações com a saúde oral dos utentes. Melhorias em relação a algumas práticas de higiene oral podem ser executadas, tais como a implementação da utilização de fio dentário, utilização de material adaptado, escovas elétricas, sessões de esclarecimento e demonstrações aos utentes.

Palavras-chave: pacientes especiais; deficiência; incapacidade; saúde oral; institucionalizados

Abstract

Introduction: According to the World Health Organization (2014), 15% of the world's population suffers from some form of disability. The oral health care in special needs patients may be impaired by the physical and mental limitations of this specific population group.

Methods: We conducted a cross-sectional observational epidemiological study on patients of the APPACDM or IVF, aged 16 to 72 years old. We held 154 patients in a clinical examination, analysing the DMF Index and Silness and Løe Plaque Index, and prepared a detailed statistical questionnaire. The collected data was analysed using the SPSS Statistics software.

Results: The average age was 34 ± 12 years. 51 individuals reside in the institution and 103 sleep at their own homes, while spending the day at the institution. The average DMF index was 10 ± 9 , and it ranged from 0 to 28. As for the Silness and Løe Plaque Index, the level 3 was present in 50% of the participants. 86.9% of the participants brushed their teeth daily and 13.1% didn't, 28.1% of the participants brushed their teeth once a day, 32.9% do it twice and 39% do it three times. It was found that 77.9% of the participants regularly went to the dentist, 98.6% used fluoride toothpaste, 8.9% used mouthwash, 1.4% used dental floss and none had adaptors or electric toothbrush material. Concerning their eating habits, 5.9% of patients reported not eating sugary foods, 41.4% rarely ingest, 36.8% sometimes ingest and 15.8% eat every day.

Conclusion: The institutions reveal some concern about the oral health of the patients. Improvements regarding some of the oral hygiene practices can be achieved, such as the implementation of the use of dental floss, the use of suited material, electric toothbrushes, information sessions, demonstrations to the patients.

Keywords: special patients; disabilities; incapacity; oral health; institutionalized

1. Revisão da Literatura

1.1 Saúde Oral

A saúde oral é essencial para a saúde geral e para o bem-estar do indivíduo, bem como para a sua qualidade de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) trata-se de um estado em que a pessoa está livre de dor crónica oro-facial, cancro oral ou orofaríngeo, infeção oral e úlceras, doença periodontal, cáries dentárias, perda de dentes, malformações congénitas e outras doenças e distúrbios que limitam a capacidade de um indivíduo de mastigar, sorrir, falar e de estar bem psicossocialmente⁽¹⁾.

Segundo dados também da OMS, na população mundial, 60% a 90% das crianças em idade escolar e cerca de 100% dos adultos apresentam cárie dentária. No entanto esta pode ser evitada, mantendo uma determinada e constante concentração de flúor na cavidade oral. A doença periodontal grave, que pode resultar em perda de dentes, é encontrada em 15 a 20% da população adulta entre os 35 e os 44 anos. As estatísticas indicam que 30% da população mundial com idade entre os 65 e os 74 anos não possui qualquer dente natural⁽¹⁾.

Os dados do relatório do Barómetro Nacional da Saúde Oral, promovido pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) indicam que 22,6% dos indivíduos com mais de 65 anos não têm dentes naturais; e 20% dos portugueses têm falta de mais de dez dentes naturais⁽²⁾.

As doenças orais têm maior prevalência em populações pobres e desfavorecidas, afetando crianças e adultos⁽¹⁾.

Os fatores de risco que predispõem para as doenças orais tais como o tabaco, o álcool e a prática de uma alimentação incorreta, são conhecidos pela população e também são manifestamente aceites como sendo os mesmos que estão implicados no aparecimento de doenças a nível geral⁽³⁾.

No sentido do combate às doenças orais, e portanto em prol da saúde oral é muito importante que se adotem corretos comportamentos de higiene oral. A placa bacteriana pode ser controlada e eliminada através de processos relativamente simples, como seja uma escovagem frequente e eficaz, juntamente com o uso de fio dentário e colutório. Para pessoas com algumas limitações, esta tarefa pode ser um verdadeiro desafio diário, muitas

vezes impossível de ultrapassar sem ajuda de material adaptado ou sem ajuda ou mesmo dependência de terceiros.

Por esta razão é de suma importância perceber o tipo de apoio que estes indivíduos têm para tentar prevenir este tipo de patologia e assim conseguir dar-lhes uma melhor qualidade de vida.

1.1.1. Determinantes em Saúde Oral

Determinantes são fatores/variáveis que influenciam direta ou indiretamente a saúde oral das populações.

Como determinantes de saúde oral, consideram-se:

- Aspectos sociodemográficos;
- Escovagem;
- Utilização de fio dentário;
- Aplicação de flúor tópico;
- Consultas ao médico dentista;
- Aplicação de selantes de fissuras;
- Consumo de alimentos cariogénicos⁽⁴⁾.

Relativamente aos determinantes previamente enumerados, sabemos que os aspetos sociodemográficos como sejam um baixo estatuto socioeconómico, um baixo nível de habilitações literárias e também a influências de fatores culturais, estão associados a um alto risco de desenvolvimento de doenças orais, como o são as lesões de cáries e a patologia periodontal⁽⁴⁾. Estas doenças orais levam a uma redução da qualidade de vida, sendo este facto mais evidente em países ditos em vias de desenvolvimento⁽⁵⁾.

A escovagem é o melhor método de remoção de placa bacteriana e de restos alimentares e é aquele que é utilizado mais frequentemente. Deve ser realizado três vezes ao dia com escova e um dentífrico fluoretado. As escovagens devem ser efetuadas após as refeições e antes de deitar, devendo durar no mínimo três minutos. Têm como objetivo, além de eliminar a placa bacteriana e os restos de alimentos, como referido anteriormente,

estimular os tecidos moles. As escovas devem ser trocadas a cada 3 meses ou sempre que as cerdas estejam danificadas⁽⁶⁾.

A utilização de fio dentário é muitas vezes um passo desconhecido ou esquecido. Este constitui um componente fundamental para uma correta higienização dos espaços interproximais prevenindo o aparecimento de cárie nestes locais, assim como ajuda na prevenção das doenças periodontais⁽⁶⁾.

A consulta ao médico dentista é outro ponto que também é fundamental. Esta consulta deve ser periódica, idealmente a cada seis meses a fim de controlar e detectar quaisquer alterações não só nos dentes, como também dos tecidos moles e também para tomar atitudes preventivas como sejam a colocação de selantes de fissuras ou aplicações tópicas de flúor^(6, 7).

Não menos importante é a dieta. Esta deve ser variada e com baixo consumo de alimentos cariogénicos, pois existe uma ligação provada entre a alimentação rica em açúcar e as lesões de cárie, pelo que deve ser evitada a ingestão do mesmo frequentemente, principalmente nos períodos entre as principais refeições⁽⁸⁾.

1.2 Medidas Preventivas

Os cuidados de higiene oral são fulcrais para uma boa saúde oral e consequentemente para a qualidade de vida de qualquer pessoa.

Quando falamos de pacientes especiais temos de se ter várias condicionantes em consideração, como é referido no Manual de Boas Práticas em Saúde Oral da Direção Geral de Saúde (DGS) para crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE). São elas:

- A patologia base;
- Os hábitos e rotinas diárias;
- O grau de autonomia;
- O nível de compreensão e de execução das técnicas de prevenção;
- A existência ou não de um adulto responsável pela vigilância ou pela execução dos cuidados orais⁽⁹⁾.

Segundo esta fonte, a escovagem dos dentes deve ser feita pelo menos duas vezes ao dia, sendo que uma deles tem de ser obrigatoriamente à noite. A escovagem deve ser executada preferencialmente pelo próprio a fim de promover a sua autonomia, nem que para isso se tenha de recorrer a materiais adaptados.

A escova deve ter um tamanho apropriado deve ter as cerdas macias, e pode ser manual ou elétrica. No caso de esta ser utilizada por exemplo em instituições, deve ser identificada com algum tipo de marcação específica, para que seja facilmente reconhecida como objeto pessoal que é⁽⁹⁾. Para a higiene oral ser realizada corretamente deve ser utilizada pasta de dentes com 1000 a 1500 ppm de flúor desde a erupção do primeiro dente decíduo⁽¹⁰⁾.

Para as pessoas com NSE pode ser difícil a utilização de fio dentário. Como tal e porque existem situações em que o seu uso é essencial, os pais e técnicos devem saber como utilizá-lo. O porta-fio nestes casos pode dar uma excelente ajuda, assim como os escovilhões e escovas unitufo⁽⁹⁾.

É essencial como medida preventiva ensinar como efetuar uma correta técnica de escovagem. Para tal, os macromodelos são um importante utensílio para a demonstração da técnica de escovagem mais eficaz⁽⁹⁾.

Assim, idealmente, deve pintar-se o macromodelo com três cores: superior e inferior direita, cor verde; superior e inferior anterior, cor amarela; superior e inferior esquerda, cor vermelha. A escovagem é simulada por zonas, seguindo as cores verde, amarelo e vermelho em todas as suas faces. Desta forma, tanto as crianças como os seus responsáveis aprenderão como efetuar uma correta técnica de escovagem, assim como, como utilizar corretamente o fio dentário e outros métodos⁽⁹⁾.

A fim de melhorar a perceção e a colaboração pode utilizar-se revelador de placa que vai permitir visualizá-la e assim aumentar a adesão do doente ao tratamento⁽⁹⁾.

Deve também ser feita uma sensibilização quanto à importância de ter cuidados com a forma como se consomem os alimentos cariogénicos. Estes cuidados devem ser tidos em conta a quando da elaboração das dietas alimentares nas instituições. Assim deve ser reduzido o consumo de alimentos açucarados e incluir outros que estimulem a mastigação⁽⁹⁾.

As consultas ao médico dentista e higienista oral devem ser regulares a fim de detectar qualquer problema que surja e trata-lo o quanto antes. É relevante alertar os cuidadores das crianças com NSE ainda antes da erupção dos primeiros dentes, para a importância da higiene oral, dieta, uso correto da chupeta e biberão, estimulação gengival, etc. Assim como em casos específicos pode ser necessário o uso de algum aparelho para melhorar o desenvolvimento dos maxilares⁽⁹⁾.

Por vezes é necessário adaptar as escovas de dentes, tanto manuais como elétricas para permitir que as crianças e jovens sem ou com pouca autonomia consigam efetuar a sua higiene oral corretamente. No caso dos dentes já utilizarem adaptações para comer, estas podem ser adaptadas para a escova. No caso dos que não conseguem fazer uma correta preensão da escova, pode ser colocada uma fita de velcro à volta da mão, com uma bolsa na zona da palma onde é posta a escova, ou adaptar-se um cabo de escova das unhas perpendicular à escova⁽⁹⁾.

Para quem tem dificuldades em levantar o braço ou a mão, pode aumentar-se o tamanho do cabo, por exemplo utilizando uma simples régua ou espátula. No caso de a limitação ser na abertura e fecho da mão, aumenta-se o volume do cabo da escova, através por exemplo de uma bola de borracha ou um punho de um guiador de bicicleta⁽⁹⁾.

Em alguns casos de incapacidade motora pode ser necessário ajuda e apoios no posicionamento global, tanto para controlar o corpo ou a cabeça, como a abertura da boca. Este controlo pode ter de ser feito na cadeira de rodas, deitado ou mesmo no chão⁽⁹⁾.

Para as crianças com incapacidade motora é importante que a sequência de escovagem siga a noção de plano central do corpo. Assim, deve ser iniciada na linha média superior em direção a posterior e em inferior, inicia-se em posterior até a linha média, só depois de escovar por palatino e lingual, sempre com movimentos circulares⁽⁹⁾.

Nos casos em que haja hiperplasia gengival é recomendado que seja feita massagem gengival. Esta massagem pode ser só mecânica ou acompanhada com aplicação de gel de clorhexidina quando indicado pelo médico⁽⁹⁾.

Ainda existem ao dispor dedeiras e borrachas com escova para escovar e estimular a gengiva dos bebés, assim como abre bocas para os casos em que seja mesmo necessário e nunca devem ser utilizados forçando, mas sim explicando o procedimento e procurando a colaboração⁽⁹⁾.

1.3 Classificação do Paciente Especial

A deficiência faz parte da condição humana, sendo que quase todas as pessoas terão em algum momento da sua vida, uma deficiência temporária ou permanente, e aquelas que sobreviverem ao processo de envelhecimento enfrentarão dificuldades cada vez maiores com as funcionalidades dos seus corpos⁽¹¹⁾.

Segundo os últimos dados da OMS, datados de Dezembro de 2014, mais de mil milhões de pessoas, ou seja, 15% da população mundial, padece de algum tipo de incapacidade. Entre 110 e 190 milhões de adultos têm dificuldades funcionais significativa⁽¹²⁾.

Também nos é dito que a taxa de incapacidade está a aumentar, devido ao envelhecimento da população, doenças crónicas, entre outros fatores^{(11),(12)}.

Em Portugal, 6,1% da população recenseada apresentava deficiência (6,7% masculina e 5,6% feminina), dados dos Recenseamentos da População e Habitação 2001 (Censos). Sendo que o valor mais elevado se encontra na Região Centro com 6,7%, e o valor mais baixo se localiza na Região Autónoma dos Açores com 4,3%. Ainda segundo esta fonte, dos 6,1% de pessoas com deficiência, 0,8% sofre de défice auditivo, 1,6% visual, 1,5% motora, 0,7% mental, 0,1% paralisia cerebral e 1,4% outras deficiências⁽¹³⁾.

Tanto no grupo da deficiência motora, mental como no das outras deficiências, verificou-se uma discrepância entre géneros. No grupo da deficiência motora o género masculino apresenta uma proporção de 1,8% e o género feminino de 1,3% perfazendo assim na população um valor médio de 1,5%; na deficiência mental, o género masculino apresenta 0,8% e o feminino

0,6%, sendo o valor na população de 0,7%; e nas outras deficiências o gênero masculino apresenta 1,6% e o feminino 1,2%, sendo o total de 1,4%.

A deficiência tanto afeta uma criança recém-nascida com uma alteração congênita como o é a paralisia cerebral; como um jovem soldado que perde a sua perna ao pisar uma mina terrestre ou uma mulher de meia idade que sofre de artrite severa, ou ainda o idoso que sofre de demência, entre muitas outras pessoas ⁽¹¹⁾.

A *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) caracteriza os problemas de funcionalidade humana em três áreas interconectadas:

- Alterações das estruturas e funções corporais: ou seja, problemas de função corporais ou alterações de estruturas do corpo, como por exemplo, paralisia ou cegueira;
- Limitações: quando há dificuldades para executar certas atividades; como por exemplo caminhar ou comer;
- Restrições à participação: em certas atividades podem afetar qualquer aspecto da vida: enfrentar discriminação no emprego ou nos transportes;

Segundo a ICF, o termo deficiência refere-se às dificuldades encontradas em algumas ou todas as três áreas da funcionalidade ^{(11),(14)}.

Os cuidados de saúde oral no paciente com necessidades especiais, podem encontrar-se limitados devido às limitações físicas e mentais deste grupo específico ^{(1),(15)}. Será importante definir aqui diferentes situações quanto à autonomia dos indivíduos para a realização da sua higiene oral.

Assim: temos indivíduos que apesar de portadores de deficiência não apresentam qualquer tipo de incapacidade na execução da sua higiene oral e devem ser encorajados a executarem autonomamente a sua própria higiene oral. Temos outros indivíduos que necessitam de ajuda para a execução da sua higiene oral, nomeadamente através de dispositivos adaptados à escova dentária, fio ou fita dentária, às embalagens de dentífrico ou às soluções para bochecho e que, perante essa situação conseguirão executar autonomamente ou com pequeno auxílio, a sua higiene oral. Podemos ter ainda indivíduos que não possuem autonomia para a realização da sua

higiene oral, devendo esta ser assegurada por uma terceira pessoa, mediante técnicas por vezes adaptadas ao indivíduo com deficiência.

Segundo dados da OMS, 15% da população mundial padece de algum tipo de incapacidade, e tendências como o envelhecimento das populações, o aumento das condições crônicas de saúde, mostram que a prevalência de deficiência está a aumentar⁽¹¹⁾.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), nos países com esperança média de vida maior que 70 anos, cada indivíduo viverá com uma deficiência em média 8 anos, o que representa 11,5% da sua vida. Estes dados mostram a importância de conhecer cada vez melhor esta que é “a maior minoria do mundo” ⁽¹⁶⁾.

1.4 Relação Médico-Paciente Especial

Nos dias de hoje a relação médico-paciente é muito mais abrangente que o mero diagnóstico e tratamento realizado no tempo de consulta. A relação médico-paciente é construída todos os dias, e muitas vezes é um desafio para ambos os intervenientes.

Para se construir uma boa relação, tem de haver comunicação entre ambos, para assim gerar confiança. Esta relação pode ser um desafio ainda maior, quando perante o médico se encontra um paciente especial, uma vez que é frequente encontrarem-se casos de dificuldades na comunicação com estes pacientes, o que torna mais demorado e complicado a criação de uma relação.

Nestes casos, a comunicação não-verbal (quinésia, proxémica, haptics e a cronémica) que é utilizada na comunicação com estes pacientes, é muito importante. Por exemplo o toque, que para muitos pacientes pode ser positivo, nalgumas patologias pode ser encarado de forma negativa, como por exemplo no autismo em que os indivíduos afetados regra geral não permitem essa proximidade^(17, 18).

Muitos médicos dentistas não se sentem habilitados a tratar este tipo de pacientes. No entanto esta realidade está a ser alterada, pelo facto de cada vez mais haver contato com este tipo de pacientes a nível universitário, o que prepara melhor os profissionais para futuramente efetuarem tratamentos dentários nestes pacientes.⁽¹⁹⁻²⁴⁾

1.5 Relação Médico-Família

Muitas vezes, a relação médico-paciente estende-se além do paciente e abrange a família ou o tutor do mesmo.

No caso dos pacientes especiais não podemos esquecer que, ao lado destes existe também uma família especial e que, com ela vamos estabelecer uma relação, relação esta que tem de ser firmada mais frequentemente.

A família tem um papel crucial na vida destas pessoas, muitas vezes, são os primeiros a verificar a necessidade de tratamento dentário e podem ser também peças chave para a comunicação e criação de uma boa relação médico-paciente na consulta de medicina dentária.

Muitas vezes, para além das informações relevantes para a história clínica, os familiares também nos podem fornecer informações sobre o paciente, que nos ajudem a melhorar a forma de lidar com este. Alguns pacientes podem ter movimentos involuntários ou não gostarem de ser tocados, e assim, podemos orientar a nossa conduta clínica ao encontro do bem estar do paciente. Também é muito importante alertar a família para estar atenta a qualquer sinal de patologia oral, como halitose, dor ou inchaço; para assim se poderem dirigir-se a um médico dentista numa fase precoce da doença e desta forma não deixar o problema agravar.

Para evitar estes problemas, também devem ser dadas instruções de como efetuar uma correta higiene oral, desde a escovagem ao uso de fio dentário, colutórios e escovilhões⁽²⁵⁾.

1.6 Perturbações Mentais

Existem muitos tipos de perturbações mentais, que se podem apresentar de várias formas.

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* na sua 5ª edição (DSM-5) “Uma perturbação mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito que reflete uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. As perturbações mentais estão geralmente associadas com significativo mal-estar ou défice social, ocupacional, ou noutras atividades importantes. Uma resposta expectável ou culturalmente aprovada a um fator de stress comum ou a uma perda, tal como a morte de um ente querido, não é uma perturbação mental. O comportamento socialmente desviante (por exemplo, político, religioso, ou sexual) e os conflitos que ocorrem primariamente entre o sujeito e a sociedade não são perturbações mentais, a menos que o desvio ou conflito resulte de uma disfunção do sujeito, conforme se descreve acima”⁽²⁶⁾.

Em termos epidemiológicos, estudos recentes demonstram que os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade para a atividade produtiva e uma das principais causas de morte prematura no mundo⁽²⁷⁾.

Segundo *Xavier et al.*, “Cinco das dez principais causas de incapacidade a longo prazo e de dependência psicossocial são doenças neuropsiquiátricas”⁽²⁸⁾.

O Conselho Europeu do Cérebro indica que na população da União Europeia (UE) com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, 27,4% da população sofre de algum problema de saúde mental⁽²⁹⁾. Dados mais recentes após a inclusão de dados relativos à infância e adolescência e depois do ingresso de novos membros na UE, indicam que o valor real é de 38,2%⁽³⁰⁾.

Segundo dados do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, a prevalência de perturbações psiquiátricas é de um quinto das pessoas

entrevistadas (22,9% da amostra) Portugal tem em conjunto com a Irlanda do Norte, a mais elevada prevalência na Europa. Ainda segundo o mesmo estudo, as doenças psiquiátricas apresentam grande comorbilidade entre elas, sendo que 5,3% dos entrevistados apresentava duas perturbações e 2,9% apresentava três ou mais perturbações⁽³¹⁾.

Como critério de diagnóstico geral de perturbação mental para a DSM-5, é exigida a presença de *“mal estar ou incapacidade para estabelecer limiares de perturbação, geralmente descritos como «a perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional, ou noutras áreas importantes do funcionamento»*⁽²⁶⁾.

Estão incluídos nas perturbações mentais:

- Perturbações do Neurodesenvolvimento
 - Incapacidade Intelectual (Perturbação do Desenvolvimento Intelectual)
 - Perturbações do Espectro do Autismo;
- Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas
- Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionados;
- Perturbações Depressivas;
- Perturbações de Ansiedade;
- Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas
- Perturbações Relacionadas com Trauma e Fatores de Stress
- Perturbações Dissociativas
- Perturbações de Sintomas Somáticos e Perturbações Relacionadas
- Perturbações da Alimentação e da Ingestão
- Perturbações de Eliminação
- Perturbações do Sono-Vigília
- Disfunções sexuais
- Disforia de Género
- Entre outras⁽²⁶⁾

No que diz respeito aos cuidados de higiene oral, devem ser fomentados os hábitos desde cedo, devem ser dadas corretas instruções de escovagem, indicar uso de dentífrico fluoretado, fio dentário, colutório, escovilhões, aconselhar uma dieta não cariogénica e consultas regulares ao médico dentista como já foi referido anteriormente⁽⁹⁾.

Há casos em que a higiene oral é feita pelo próprio indivíduo, pois este tem capacidade para a executar corretamente; noutros casos pode ter de haver uma supervisão e mesmo ajuda para que a higiene oral seja executada; e em casos mais graves ou profundos, há dependência completa de terceiros para a execução da higiene oral.

Aquando da ida destes pacientes ao consultório, também dependendo do nível de gravidade da perturbação mental, temos de adequar as técnicas de comunicação como referido anteriormente, e em casos que se justifique podemos ter de recorrer a medicação ou a sedação.

1.7 Incapacidade Intelectual

A Incapacidade Intelectual (Perturbação do Desenvolvimento Intelectual) pertence às Perturbações do Neurodesenvolvimento. Esta abrange défices de funcionamento intelectual e adaptativo nos domínios conceptual, social e prático e tem início durante o período de desenvolvimento⁽²⁶⁾.

Esta incapacidade pode ter vários níveis de gravidade, sendo eles: Ligeira, Moderada, Grave e Profunda, sendo que estes são definidos não pelo QI, mas sim pelo funcionamento adaptativo. São características base o défice nas capacidades mentais gerais e prejuízo no funcionamento adaptativo diário (independência pessoal e responsabilidade social), comparando com os outros indivíduos da mesma idade, género e contexto sociocultural⁽²⁶⁾.

O diagnóstico é feito tendo em conta os testes *standard* das funções intelectuais e adaptativas e a avaliação clínica. A idade em que é feito o diagnóstico pode variar, assim como as características iniciais dependem da etiologia e gravidade da disfunção cerebral. Assim quando estamos perante

um caso de incapacidade intelectual grave, podemos conseguir perceber aos dois anos que há afetação motora, da linguagem, e social; enquanto que se forem níveis mais ligeiros podem não ser identificados até à idade escolar⁽²⁶⁾.

No que concerne às etiologias da incapacidade intelectual, estas podem ser: pré-natais, perinatais e pós-natais. Nas pré-natais estão incluídos síndromes genéticos, erros congénitos do metabolismo, malformações cerebrais, doença materna e influências ambientais. As causas perinatais abarcam várias circunstâncias que podem ocorrer durante o trabalho de parto que levam a encefalopatia neonatal. As causas pós-natais compreendem lesões cerebrais traumáticas, infeções, lesões isquémicas hipóxicas, perturbações desmielinizantes, privação social grave e crónica, perturbações convulsivas, síndromes tóxicas metabólicas e intoxicações⁽²⁶⁾.

A incapacidade intelectual apresenta uma prevalência de 1% na população em geral, o nível Grave tem uma prevalência de 6 em 1000⁽²⁶⁾

1.8 Défice Cognitivo

É a “incapacidade caracterizada pela existência de limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo de um indivíduo, tal como expresso pelas suas competências conceptuais, sociais e adaptativas práticas. Esta incapacidade tem início antes dos 18 anos”⁽³²⁾.

Existem alguns problemas que se encontram associados ao défice cognitivo, tais como, problemas sociais, de desenvolvimento, emocionais, comportamentais, educacionais, sensoriais, doenças associadas, problemas de linguagem, problemas de empatia, personalidade, humor, ansiedade, problemas de adaptação e movimentos estereotipados⁽³²⁾.

1.9 Autismo

O autismo é uma perturbação mental que se encontra no grupo das Perturbações do Espectro do Autismo⁽²⁶⁾.

Caracteriza-se por desde a primeira infância, haver um défice constante na comunicação social recíproca, na interação social, pela existência de comportamentos repetitivos e restritos, assim como atividades e interesses. Também pode haver uma afetação da linguagem, desde um défice ou atraso, dificuldade de compreensão, fala em eco, linguagem pomposa e excessivamente literal, até uma ausência completa da fala, estando presente défice cognitivo. Frequentemente estão presentes juntamente com a perturbação do espectro do autismo, défices motores, tais como movimentos descoordenados, marcha estranha, entre outros sinais pouco comuns como por exemplo andar em bicos de pés⁽²⁶⁾.

Por norma os sintomas são reconhecidos por volta do segundo ano de vida (12-24 meses), podendo variar consoante a gravidade. Se os atrasos de desenvolvimento forem mais graves podem ser observados antes dos 12 meses e se forem leves, só depois dos 24 meses. Esta perturbação é quatro vezes mais frequente no sexo masculino do que no feminino⁽²⁶⁾.

As perturbações do espectro do autismo tem uma frequência próxima de 1% da população nos EUA⁽²⁶⁾.

Em relação à saúde oral, estudos indicam que existe uma menor prevalência de cárie em crianças com autismo^(33, 34). No entanto apresentam grande suscetibilidade à cárie devido aos gostos alimentares por comidas mais moles e doces, e tendência para acumular comida em vez de a engolir, devido à fraca coordenação da língua⁽³⁵⁾. Outra agravante é a dificuldade que estes apresentam em efetuar os cuidados de higiene oral, como a escovagem e a utilização do fio dentário⁽³⁴⁾.

As pessoas com perturbação do espectro do autismo não podem descurar os cuidados de higiene oral e têm de ser tidas em conta todas as características acima referidas. Assim devem ser criadas rotinas para a realização da higiene oral o mais cedo possível, para que esta não seja algo estranho. Devem ser sempre feitas o numero de escovagens recomendadas,

com um horário regular e nos casos em que seja necessário, o cuidador deve ajudar ou mesmo ser o próprio a efetuar-la.

Também devem ser feitas consultas regulares ao médico dentista para que se possa criar uma relação e para que haja uma ambientação ao espaço (luz, sons), mesmo que nas primeiras consultas não se efetue qualquer tratamento. Este laço tem de ser criado para que posteriormente seja possível realizar os tratamentos necessários. Em casos mais graves pode ser necessário algum tipo de sedação para a realização da consulta^(26, 36).

1.10 Síndrome de Down

A Síndrome de Down, assim denominada devido ao nome do médico que descreveu a doença, Dr. John H. Langdon Down, é a cromossomopatia mais frequente, e que afeta o cromossoma 21, tendo a pessoa um cromossoma extra⁽³⁷⁾.

Esta trissomia pode ocorrer de três formas: trissomia 21 livre (47 XX, +21) ou não disjunção meiótica em 96% dos casos; translocação (46 XX, t(14:21)) em 3-4% e mosaico (mos 46 XX/47 XX, +21) em 1-2%.

A sua incidência entre caucasianos é de 1:770 e a prevalência na população geral é de 1:3300 a 1:2000. Esta é independente da raça, nível económico/social. A incidência nos nascimentos aumenta com o aumento da idade da mãe (acima dos 35anos)⁽³⁷⁻⁴⁰⁾.

O diagnóstico da doença pode ser feito no bebé recém-nascido através de algumas características indicadoras da presença da trissomia, como os traços faciais e a hipotonia generalizada. Também estão presentes anomalias *minor* que ajudam no diagnóstico, tais como: o achatamento da região occipital; epicanto; fendas palpebrais oblíquas; nariz pequeno; manchas de Brushfield; clinodactilia; prega palmar única; macroglossia e pseudomacroglossia acompanhada por falta de força muscular o que a leva a estar muitas vezes fora da cavidade oral^(38, 39).

A suspeita da presença de Síndrome de Down deve ser sempre confirmada através da realização de um cariótipo para a confirmação da mesma. Os portadores desta doença têm além das características referidas anteriormente, atraso no desenvolvimento psico-motor; défice cognitivo; atraso no desenvolvimento da linguagem; defeitos cardíacos; malformações no sistema renal e/ou urinário e/ ou intestinais; hipotiroidismo; problemas auditivos; problemas de visão; problemas ao nível esquelético; alta incidência de epilepsia, diabetes, leucemia ⁽³⁹⁾.

A nível Dento-Maxilo-Facial estes pacientes apresentam algumas características. Para além das referidas anteriormente, como a pseudomacroglossia e a macroglossia; também apresentam normalmente atraso na erupção dos dentes de ambas as dentições (6 a 18 meses); alterações dentárias de forma, tamanho e estrutura; língua fissurada; movimento lingual impreciso e lento; fecho labial incompleto; hipodesenvolvimento do andar médio da face, com atresia palatina e abóbada palatina estreita; maloclusão classe III; bruxismo ^(39, 41).

A falta de tonicidade geral referida anteriormente tem influência na cavidade oral, levando a um desequilíbrio das forças das bochechas e dos lábios, levando frequentemente a mordida aberta anterior, sendo que também podem apresentar mordida cruzada posterior e anterior ^(39, 42). Esta falta de tonicidade leva também a uma mastigação menos eficaz, dificuldades em engolir e prejudica também a limpeza natural dos dentes, ficando assim mais alimentos na cavidade oral no fim das refeições ⁽³⁹⁾.

Quanto às anomalias da forma dentária referidas anteriormente, são mais frequentes os dentes conóides e a microdontia (35 a 55%) em ambas as dentições. É dez vezes mais frequente encontrar uma agenesia num portador de Síndrome de Down do que na população em geral; também é comum encontrar hipoplasia e hipocalcificação dentária; podemos encontrar também supranumerários, fusões e retenções dos dentes temporários ⁽³⁹⁾.

A doença oral mais frequente nos portadores de Trissomia 21 é a doença periodontal ao contrário do resto da população em geral em que é a cárie. Este facto pode ser explicado por vários fatores, desde a hipotonia muscular já referida; a alteração da função leucocitária; a flacidez da articulação dento-alveolar; sistema imunitário comprometido; não entender a

necessidade de executar a higiene oral; não ter capacidade para executar a higiene oral⁽³⁹⁾.

As pessoas com Síndrome de Down devem ser informadas no sentido de melhorar os seus cuidados de higiene oral, para aumentarem a sua qualidade de vida. Assim deve ser recomendado o uso de dentífrico fluoretado, devem ser dadas instruções da forma correta de escovagem e da possível necessidade de ajuda por parte do cuidador; assim como da possibilidade de utilizar material adaptado, fio dentário, escovilhões; e também a importância de ir regularmente ao médico dentista⁽⁹⁾.

2. Objetivos

Este estudo tem como objetivos:

- Conhecer e descrever os cuidados que são desenvolvidos nas instituições em que se encontram.
- Analisar o tipo de apoio que os pacientes com necessidades especiais têm por parte de auxiliares/profissionais/instituição, no que diz respeito à educação/apoio à sua higiene oral.
- Caracterizar os determinantes de patologia oral e determinar a prevalência de doenças orais numa amostra de pacientes com necessidades especiais.

3. Metodologia

3.1 Tipo de Estudo

Efetou-se um estudo epidemiológico descritivo, com uma abordagem quantitativa. Assim, definimos o tipo de estudo como sendo um estudo epidemiológico observacional transversal.

3.2 Amostra

Para a realização do nosso trabalho de investigação recorreremos ao método de amostragem não probabilística, por conveniência. A amostra foi constituída por 154 indivíduos. Os participantes foram observados na Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Viseu (APPACDM) e no Internato Dr. Vitor Fontes também em Viseu (IVF).

3.2.1 Critérios de inclusão

- Ser portador de algum tipo de incapacidade;
- Estar institucionalizado, seja em regime de internamento ou em regime parcial;
- Ambos os sexos estão incluídos na amostra.

3.2.2 Critérios de exclusão:

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

3.3 Instrumentos de colheita de dados

A recolha de dados foi efetuada através da aplicação de um questionário devidamente estruturado de modo a questionar ao utente e a auxiliares e funcionários das instituições, que tipo de cuidados de saúde oral são praticados em pacientes com necessidades especiais (ANEXO II).

Do questionário foram analisadas as seguintes variáveis:

- Idade
- Sexo
- Se toma medicação.
- O tipo de incapacidade de que apresenta (motora, psíquica, motora e psíquica).
- Qual a incapacidade que tem.
- Se escova os dentes todos os dias.
- Durante quanto tempo escova os dentes.
- Quando faz a sua higiene oral.
- Se tem ajuda para a realização da sua higiene oral.
- Se tem material adaptado para a realização da higiene oral.
- O que usa para a sua higiene oral.
- Se usa pasta de dente fluoretada.
- Com que frequência troca de escova de dentes.
- Se tem por hábito ir ao Médico Dentista.
- Se a última consulta foi por motivo de dor.
- Hábito de ingerir alimentos açucarados.

Foi também realizado um exame clínico intra-oral para obtenção do Índice de CPOD e Índice de Placa de Silness e Løe, com preenchimento de folha de registo.

Para a realização do exame clínico intra-oral foi utilizado espelho, sonda e material de proteção individual (mascara e luvas).

Os critérios para preenchimento do índice de CPOD foram os seguintes⁽⁴³⁾:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Os critérios para preenchimento do índice de Silness e Løe foram⁽⁴⁴⁾:

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

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

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

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

3.4 Análise estatística

Os dados recolhidos foram introduzidos no programa IBM SPSS Statistics (version 17.0), criando assim a base de dados necessária para o processamento e análise dos dados. Considerando que as variáveis em estudo são todas categóricas, foi utilizado o Teste do Qui-Quadrado da Independência para verificar a existência de associação estatisticamente significativa entre diversas variáveis. Em todos os testes efetuados, foi considerado um nível de significância de 5%.

4. Resultados

4.1 Caracterização da amostra

A amostra em estudo foi constituída por 154 indivíduos, 117 (76%) da (APPACDM) e 37 (24%) do (IVF), sendo 48 (31,2%) do género feminino, dos quais 36 (75%) da APPACDM e 12 (25%) do IVF, e 106 (68,8%) do género masculino, dos quais 81 (76,4%) da APPACDM e 25 (23,6%) do IVF (Figura 1).

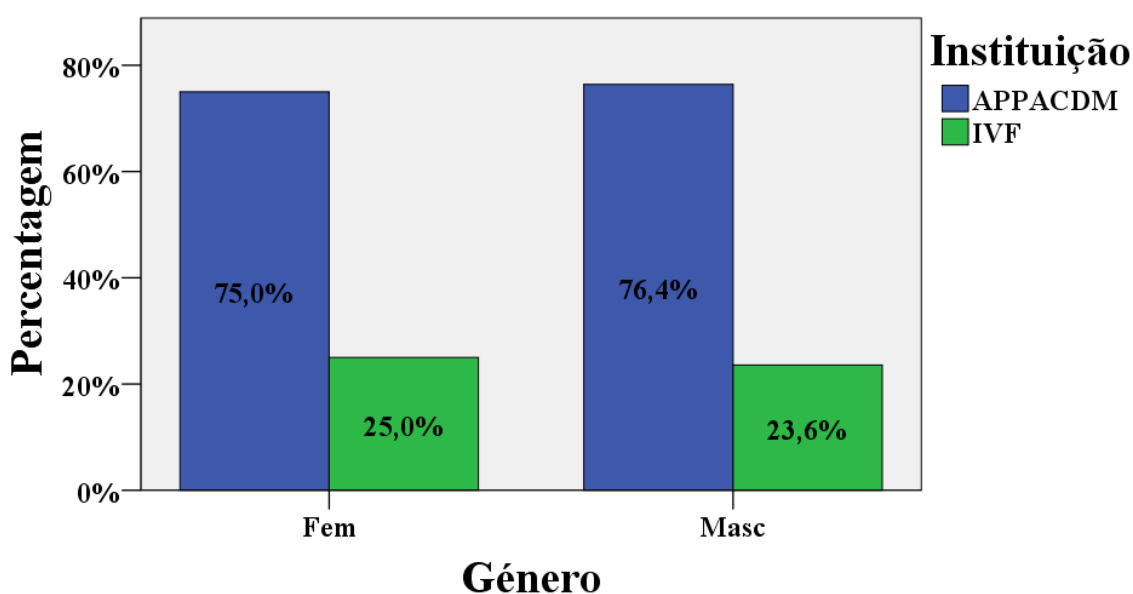


Figura 1 - Distribuição por género da amostra.

Relativamente à idade, a média foi de 34 ± 12 anos, variando entre os 16 e os 72 anos de idade. A amostra foi categorizada em 4 grupos etários: dos 10 aos 19 anos, dos 20 aos 29 anos, dos 30 aos 39 anos e idade superior ou igual a 40 anos. De acordo com esta divisão, a idade nos dois géneros está distribuída da seguinte forma: 16 (10,4%) com idade compreendida entre os 10 e 19 anos, 42 (27,3%) com idade entre os 20 e os 29 anos, 51 (33,1%) com idade compreendida entre os 30 e os 39 anos e 45 (29,2%) com idade igual ou superior a 40 anos (Figura 2).

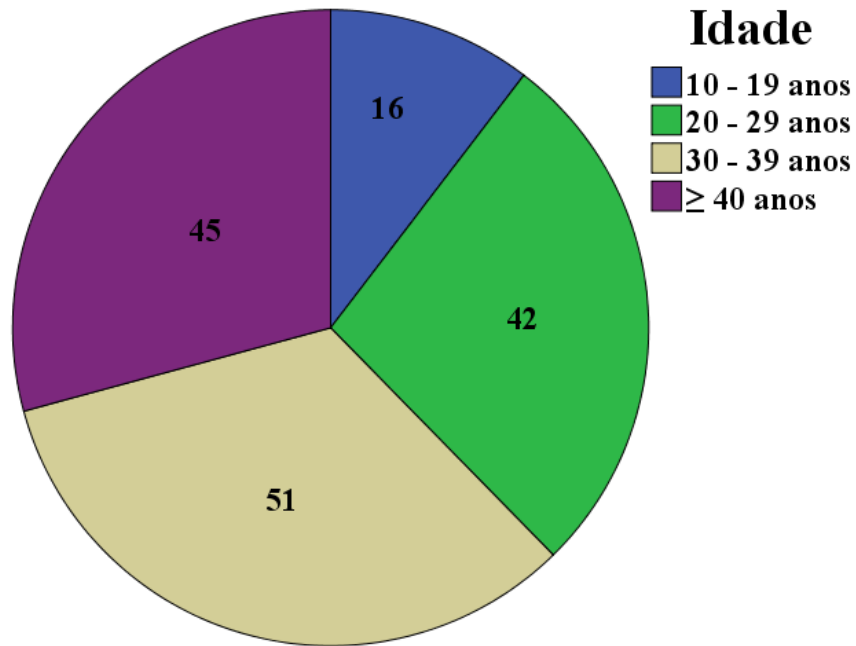


Figura 2 - Distribuição por idade da amostra.

Dos indivíduos que aceitaram participar no estudo, 51 (33,1%) residiam na instituição, dos quais 32 (62,7%) na APPACDM e 19 (37,3%) no IVF, e 103 (66,9%) residiam em casa e na instituição, dos quais 85 (82,5%) em casa e na APPACDM e 18 (17,5%) em casa e no IVF(Figura 3).

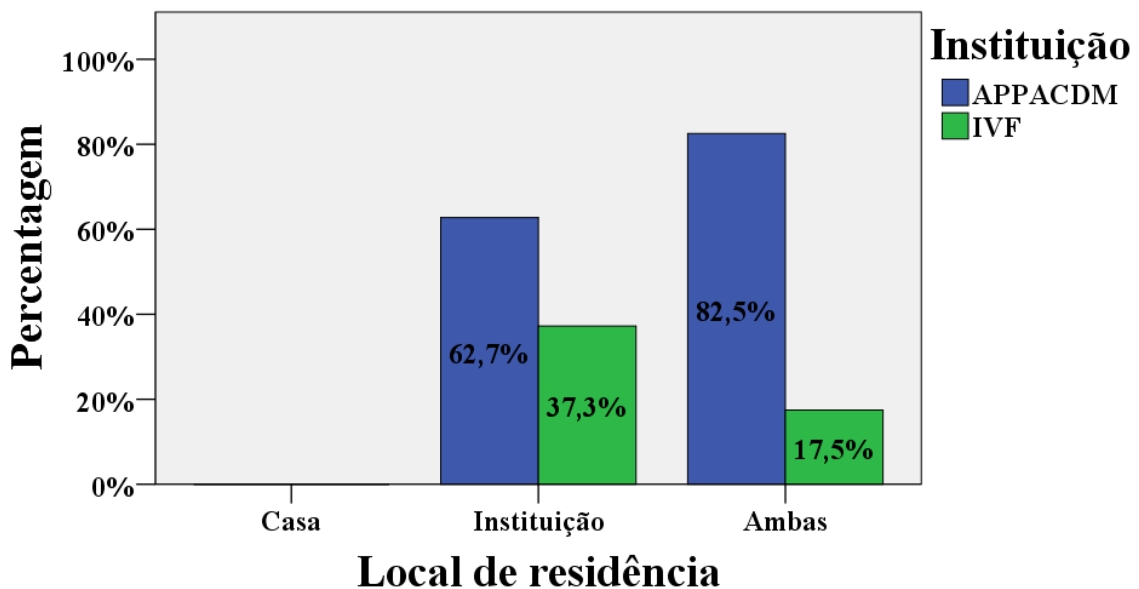


Figura 3 - Local de residência da amostra em estudo.

Quanto à incapacidade, 106 (71,6%) dos participantes apresentavam incapacidade psíquica, dos quais 77 (72,6%) da APPACDM e 29 (27,4%) do IVF, e 42 (28,4%) apresentavam incapacidade psíquica e motora, destes 35 (83,3%) pertenciam à APPACDM e 7 (16,7%) ao IVF. É de referir que nenhum dos participantes apresentava apenas incapacidade motora (Figura 4).

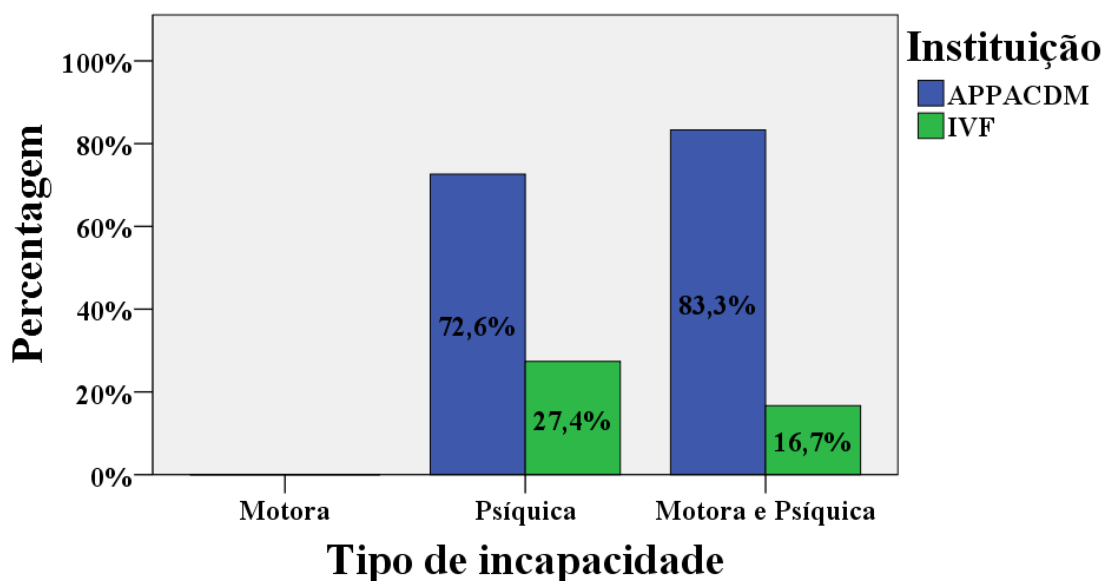


Figura 4 - Tipo de incapacidade presente nos pacientes em estudo.

Quanto à medicação, 41 (26,6%) dos participantes referem não tomar medicação e 65 (42,2%) admitem fazê-lo. Dos participantes pertencentes ao IVF não se registou informação relativa a esta questão e dos pertencentes à APPACDM não se registou informação de 11 participantes, perfazendo um total de 48 (31,2%) não respostas (Figura 5).

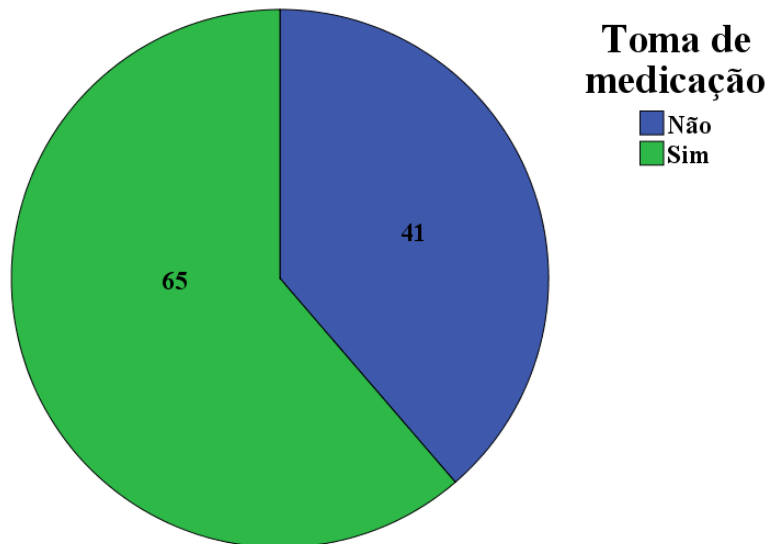


Figura 5 - Gráfico representativo da toma de medicação pela amostra.

Avaliou-se também a escovagem diária, sendo que 133 (86,9%) participantes referiram escovar os dentes todos os dias e 20 (13,1%) referiram não ter esse hábito. Verificou-se 1 não resposta a esta questão (Figura 6).

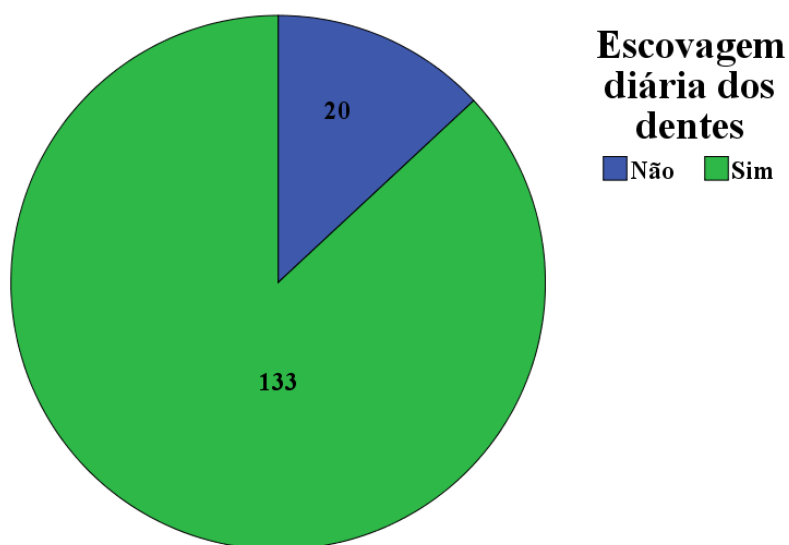


Figura 6 - Gráfico representativo da escovagem diária pela amostra.

Relativamente a terem ajuda para realizar a higiene oral, 61 (39,6%) responderam que sim, dos quais 49 (80,3%) pertencentes à APPACDM e 12 (19,7%) ao IVF, 73 (47,4%) responderam que não, sendo que destes 58 (79,5%) são da APPACDM e 15 (20,5) do IVF, e 9 (5,8%) referiram que por vezes têm ajuda na realização da higiene oral, sendo 3 (33,3%) da

APPACDM e 6 (66,7%) do IVF. Nesta questão registaram-se 11 (7,1%) não respostas (Figura 7).

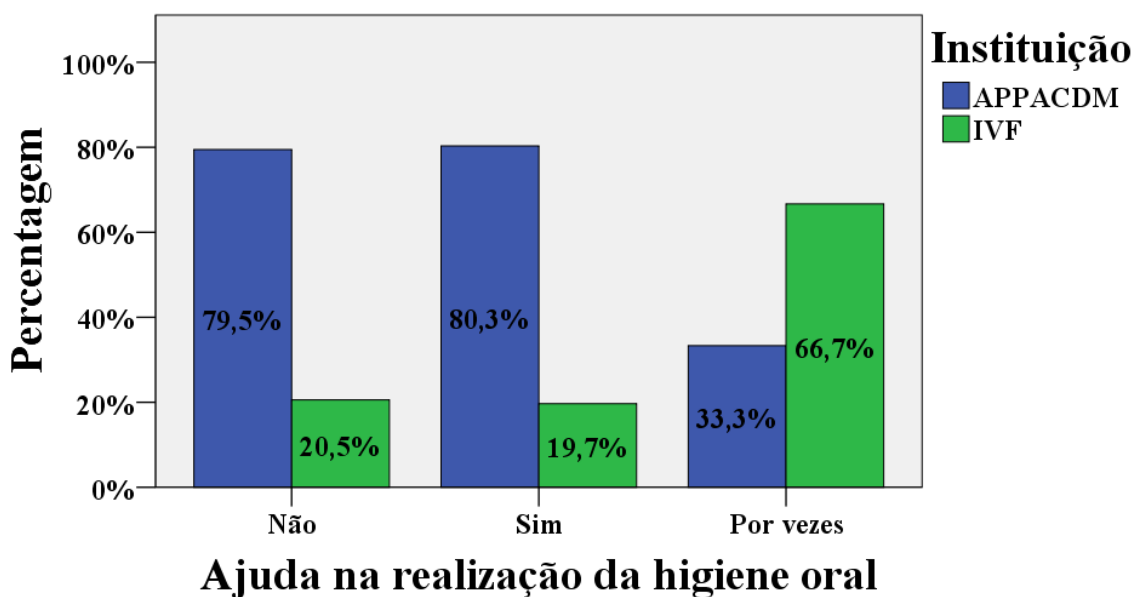


Figura 7 - Percentagem de pacientes que necessita de ajuda durante a higiene oral.

Na amostra em estudo foram observadas as seguintes patologias: incapacidade intelectual leve, incapacidade intelectual moderada/grave, incapacidade intelectual profunda, esquizofrenia, défice cognitivo, défice motor, défice psicomotor, autismo, trissomia 21, paralisia cerebral, microcefalia e outras patologias (epilepsia, défice visual, síndrome psicótico, linfoma de Hodgkin, comportamentos obsessivos, surdez, mudez, doenças degenerativas e tetraplegia). Foram observados 18 participantes com incapacidade intelectual ligeira, 53 com incapacidade intelectual moderada/grave, 4 pacientes com incapacidade intelectual profunda, 5 com esquizofrenia, 52 participantes com défice cognitivo, 6 com défice motor, 4 pacientes com défice psicomotor, 11 com autismo, 15 participantes com trissomia 21, 3 pacientes com paralisia cerebral, 5 com microcefalia e 27 doentes com outras patologias. É de referir, que alguns pacientes apresentavam mais do que uma patologia. De acordo com as instituições a que pertenciam, as patologias apresentadas distribuem-se de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de patologias dos pacientes da amostra.

Patologias	Instituição			
	APPACDM		IVF	
	N	%	N	%
Incapacidade intelectual ligeira	7	38,9%	11	61,1%
Incapacidade intelectual moderada/grave	34	64,2%	19	35,8%
Incapacidade intelectual profunda	4	100%	0	0%
Esquizofrenia	4	80%	1	20%
Défice cognitivo	51	98,1%	1	1,9%
Défice motor	3	50%	3	50%
Défice psicomotor	4	100%	0	0%
Autismo	5	45,5%	6	54,5%
Trissomia 21	11	73,3%	4	26,7%
Paralexia cerebral	2	66,7%	1	33,3%
Microcefalia	5	100%	0	0%
Outras patologias	18	66,7%	9	33,3%

4.2 Índices de CPOD e de placa de Silness e Løe

Esta secção apresenta uma análise dos resultados do estudo estatístico efetuado com os dados recolhidos. Foi avaliada a associação entre o índice de CPOD e o índice de placa de Silness e Løe dos pacientes em estudo com o género, idade, local de residência, toma de medicação e comportamentos de saúde oral (recolhidos através da aplicação de questionário). Deste modo, foram seleccionadas para estudo as seguintes variáveis:

- a) **Género**
- b) **Idade:** Segundo os quatro grupos etários já referidos (4.1)
- c) **Local de residência:** Casa, Instituição ou Ambas
- d) **Toma de medicação:** Dados obtidos através do questionário relativos à toma de medicação do paciente.
- e) **Tipo de incapacidade:** Através do questionário conseguimos identificar os tipos de incapacidade dos pacientes (motora, psíquica ou motora e psíquica)
- f) **Escovagem diária:** Dados obtidos através do questionário, que permitirão saber se o paciente escova os dentes todos os dias.

- g) **Ajuda na realização da higiene oral:** Dados obtidos através do questionário, que permitirão saber se o paciente tem ajuda na realização da sua higiene oral.
- h) **Hábito de ir ao médico dentista:** Através do questionário conseguimos verificar se os pacientes têm o hábito de ir ao médico dentista.
- i) **Hábito de ingerir alimentos açucarados:** Dados obtidos através do questionário, que permitiram saber se os pacientes têm o hábito de ingerir alimentos açucarados e em que períodos (antes das refeições, entre as refeições ou após as refeições).
- j) **Motivo da última consulta ao médico:** Dados obtidos através do questionário, permitindo saber se a última consulta ao médico dentista foi devida a uma situação de dor dentária (dor, cárie, desvitalização, extração, traumatismo, sangramento gengival e/ou infecção/cara inchada).

Verificou-se que a amostra apresentava um índice de CPOD médio de 10 ± 9 , variando entre 0 e 28. Para efeitos de estudo estatístico, os índices de CPOD foram agrupados em 6 grupos: igual a 0, entre 1 e 3, entre 4 e 6, entre 7 e 13, entre 14 e 27 e igual a 28. De acordo com esta categorização, o índice de CPOD nos dois institutos participantes encontra-se distribuído do seguinte modo: 15 (9,7%) pacientes apresentavam CPOD igual a 0, 26 (16,9%) com CPOD entre 1 e 3, 32 (20,8%) pacientes com CPOD de 4 a 6, 33 (21,4%) com CPOD entre 7 e 13, 28 (18,2%) pacientes apresentavam CPOD entre 14 e 27 e 11 (7,1%) pacientes com CPOD igual a 28. Não foi possível efetuar a avaliação em 9 (5,8%) pacientes, pelo que se têm 9 não respostas ao índice de CPOD.

Considerando as instituições participantes, o índice de CPOD distribuiu-se de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição do Índice de CPOD por instituição participante.

Instituição	CPOD						Total
	=0	1 a 3	4 a 6	7 a 13	14 a 27	=28	
APPACDM	10	20	22	27	23	7	109 (75,2%)
IVF	5	6	10	6	5	4	36 (24,8%)
Total	15	26	32	33	28	11	145 (100%)

Através do Figura 8 é possível observar que a distribuição do índice CPOD é semelhante em ambas as instituições, sendo que para a APPACDM a classe com maior prevalência (24,8%) é a com CPOD entre 7 a 13 e para o IVF a classe com CPOD entre 4 e 6 é preponderante (27,8%).

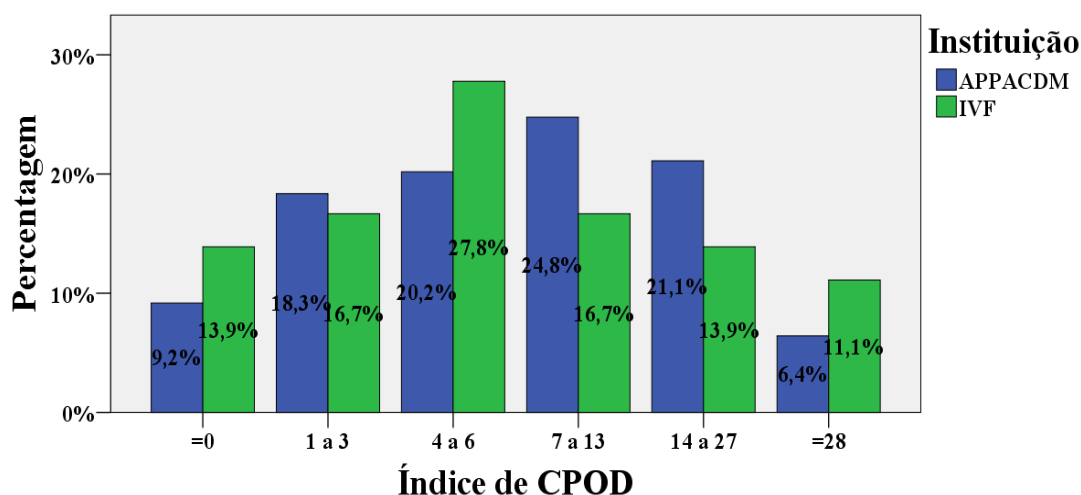


Figura 8 – Distribuição do Índice de CPOD por instituições participantes.

Quanto ao índice de Placa de Silness e Løe, verificou-se que 13 (8,4%) dos pacientes apresentavam um índice de 1, 56 (36,4%) um índice de 2 e 77 (50%) dos participantes apresentavam um índice de 3. Não foi possível efetuar a avaliação em 8 (5,2%) pacientes, pelo que se têm 8 não respostas ao índice de placa de Silness e Løe.

Relativamente às instituições participantes, o índice de placa de Silness e Løe distribui-se de acordo com a Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição do Índice de placa de Silness e Løe por instituição participante.

Instituição	Índice de Placa de Silness e Løe			Total
	1	2	3	
APPACDM	8	39	66	113 (77,4%)
IVF	5	17	11	33 (22,6%)
Total	13	56	77	146 (100%)

A figura 9 permite observar que a maioria dos pacientes da APPACDM (58,4%) apresenta um índice de placa de 3 e a maioria dos pacientes do IVF (51,5%) apresenta um índice de placa de 2.

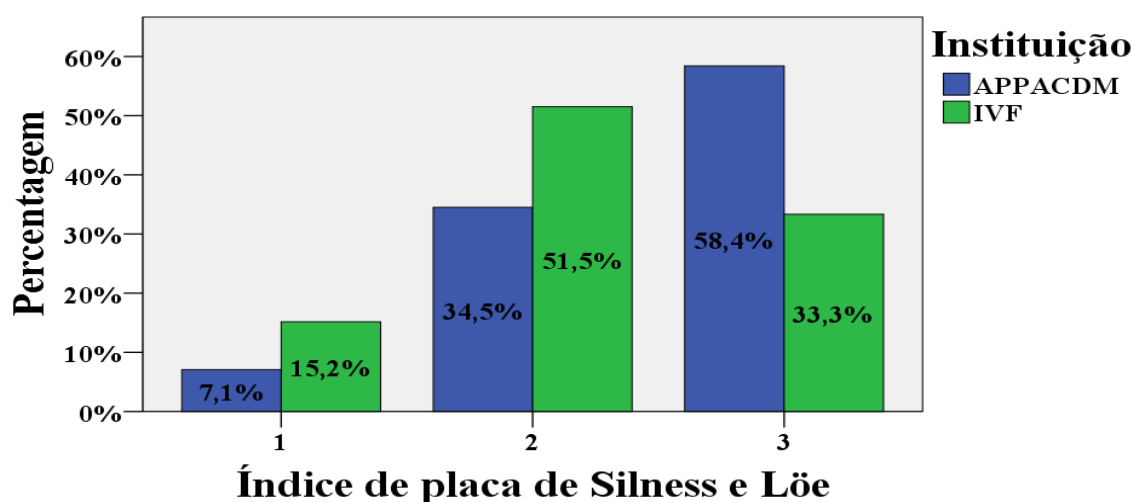


Figura 9 - Distribuição do índice de placa de Silness e Løe, por instituição.

Relativamente aos hábitos de higiene oral, através da aplicação do questionário, verificou-se que 20 (13,1%) pacientes referiram não escovar os dentes diariamente, dos quais 19 (95%) pertencentes à APPACDM e 1 do IVF (5%) e que 133 (86,9%) pacientes escovam os dentes diariamente, dos quais 97 (72,9%) da APPACDM e 36 (27,1%) pacientes pertencem ao IVF. Registou-se 1 não-resposta a esta questão (Figura 10).

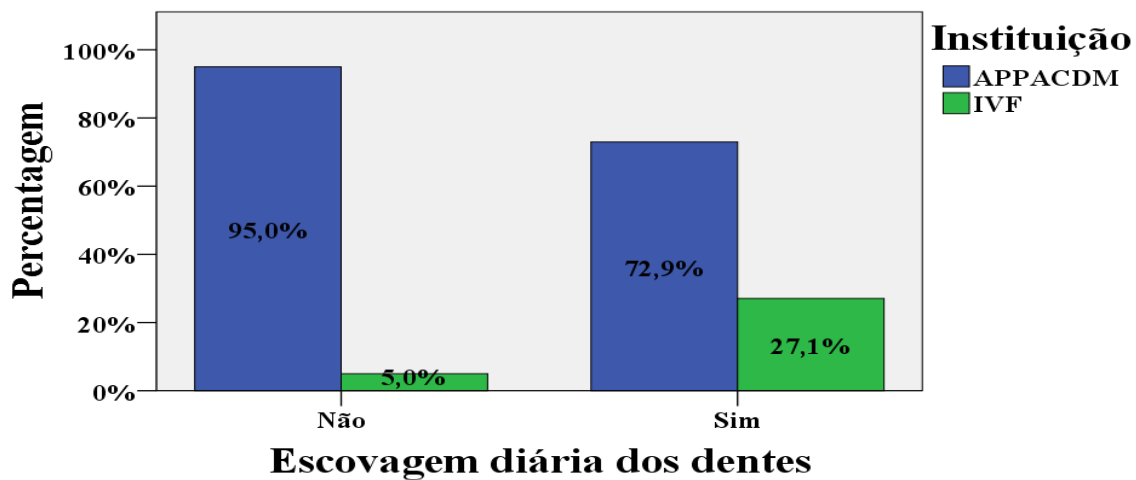


Figura 10 - Distribuição da escovagem diária dos pacientes das instituições em estudo.

Quanto ao tempo médio demorado na escovagem dos dentes, 13 (18,1%) pacientes referiram demorar cerca de 1 minuto, 10 (13,9%) demora em média 2 minutos, 46 (63,9%) pacientes demoram perto de 3 minutos a escovar os dentes e apenas 3 (4,2%) pacientes referiram demorar aproximadamente 5 minutos na escovagem dos dentes. A esta questão, registaram-se 82 não-respostas (Figura 11).

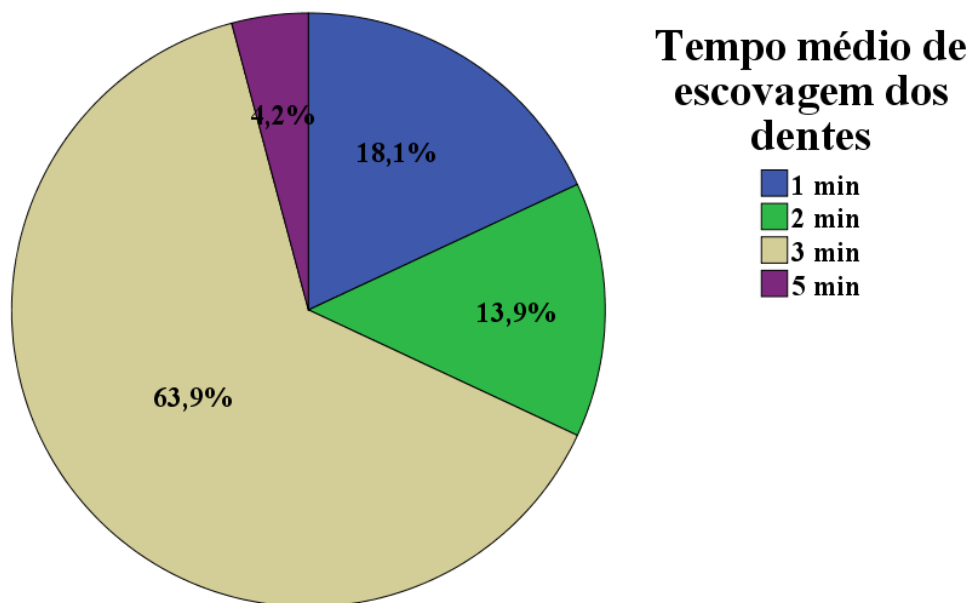


Figura 11 - Tempo médio de escovagem da amostra.

Verificou-se também que a grande maioria, 144 (98,6%), dos pacientes utilizam pasta de dentes com flúor e que não têm ao seu dispor

nenhum tipo de material adaptado para realizar a higiene oral. Observou-se ainda que nenhum paciente utiliza escova eléctrica nem escovilhão, que apenas 13 (8,9%) utilizam colutório na realização da higiene oral (registaram-se 8 não-respostas a esta questão) e que somente 2 (1,4%) usam fio dentário (nesta questão registaram-se 8 não-respostas).

A Tabela 4 apresenta a informação relativa à frequência de troca de escova de dentes. Verificou-se que 38 (26%) pacientes trocam a escova a cada 3 meses, apenas 3 (2,1%) trocam duas vezes por ano, 18 (12,3%) trocam a escova apenas 1 vez por ano e 87 (59,6%) referiram que não são eles os responsáveis pela troca da mesma. A esta questão registaram-se 8 não-respostas.

Tabela 4 - Frequência da troca de escova de dentes.

Frequência	N (%)
A cada 3 meses	38 (26%)
Duas vezes por ano	3 (2,1%)
Uma vez por ano	18 (12,3%)
Não sou eu que troco	87 (59,6%)
Total	146 (100%)

No que concerne aos períodos de realização da higiene oral, verificou-se que 103 (70,5%) dos pacientes realiza a sua higiene oral de manhã, 100 (68,5%) realiza também após o almoço, 101 (69,2%) efetua a higiene oral à noite e apenas 4 (2,7%) pacientes referiram realizar a higiene oral após o lanche. Para estas quatro questões registaram-se 8 não-respostas.

No que diz respeito à distribuição do índice CPOD e a realização da higiene oral de manhã, verificou-se o grupo de pacientes que não a realiza apresentou índice de CPOD mais elevado (Figura 12). Dos 40 pacientes que não realizam a higiene oral de manhã, 3 (7,5%) tinham CPOD igual a 0, 5 (12,5%) pacientes apresentaram CPOD entre 1 e 3, 13 (32,5%) tinham CPOD a variar entre 4 e 6, 11 (27,5%) pacientes apresentavam CPOD entre 7 e 13, 6 (15%) tinham CPOD entre 14 e 27 e apenas 2 (5%) apresentavam CPOD igual a 28. Quanto aos 97 pacientes que efetuem a higiene oral de

manhã, 12 (12,4%) pacientes apresentaram CPOD igual a 0, 20 (20,6%) tinham CPOD entre 1 e 3, em 18 (18,6%) pacientes o CPOD variava entre 4 e 6, 21 (21,6%) apresentavam CPOD entre 7 e 13, 20 (20,6%) pacientes tinham CPOD a variar entre 14 e 27 e 6 (6,2%) pacientes apresentavam CPOD igual a 28.

No teste do Qui-Quadrado da Independência, obteve-se um p-valor = 0,413 > 0,05, pelo que não existem evidências estatísticas que suportem a relação entre a realização da higiene oral de manhã e o índice de CPOD.

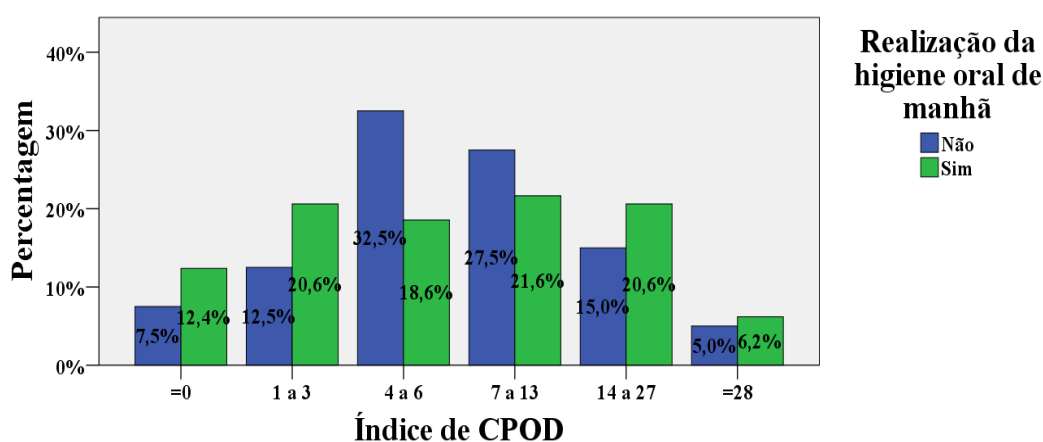


Figura 12 - Índice de CPOD, consoante a realização da higiene oral de manhã.

Relativamente ao índice de placa de Silness e Løe verificou-se que o grupo formado pelos pacientes que efetuam a higiene oral de manhã apresentou índice de placa ligeiramente superior aos restantes (Figura 13). Quanto aos 40 pacientes que não efetuam a higiene oral de manhã, em 4 (9,3%) o índice de placa era igual a 1, 18 (41,9%) apresentavam índice de placa igual a 2 e em 21 (48,8%) pacientes registou-se índice de placa igual a 3. Dos 97 pacientes que realizam a higiene oral de manhã, 7 (7,2%) pacientes apresentaram índice de placa igual a 1, 38 (39,2%) tinham um índice de placa de 2 e 52 (53,6%) pacientes apresentavam índice de placa igual a 3.

No teste do Qui-Quadrado da Independência, obteve-se um p-valor = 0,840 > 0,05, pelo que se conclui que a realização da higiene oral de manhã e o índice de placa de Silness e Løe são independentes.

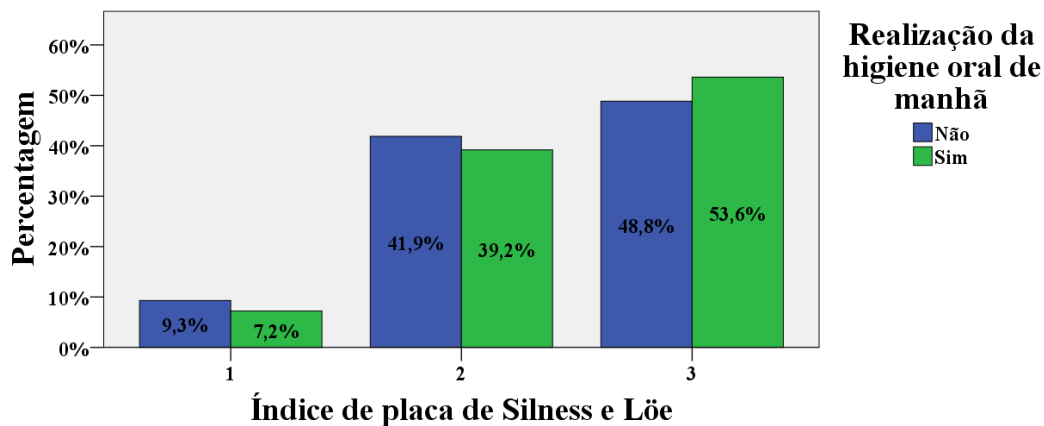


Figura 13 - Índice de placa de Silness e Løe, consoante a realização da higiene oral de manhã.

No que respeita a realização da higiene oral à noite, o grupo de pacientes que referiu efetuar a mesma apresentou índice de CPOD mais elevado (Figura 14). Dos 43 pacientes que não realizam a higiene oral à noite, 4 (9,3%) apresentaram CPOD igual a 0, 9 (20,9%) apresentavam CPOD entre 1 e 3, 11 (25,6%) apresentaram CPOD que variava entre 4 e 6, 12 (27,9%) pacientes tinham CPOD de 7 a 13, em 5 (11,6%) pacientes o CPOD variava de 14 a 27 e apenas 2 (4,7%) pacientes apresentavam CPOD igual a 28. Relativamente aos 94 pacientes que referiram realizar a higiene oral à noite, 11 (11,7%) tinham CPOD igual a 0, 16 (17%) pacientes apresentaram CPOD entre 1 e 3, 20 (21,3%) tinham CPOD a variar entre 4 e 6, 20 (21,3%) pacientes apresentavam CPOD entre 7 e 13, 21 (22,3%) tinham CPOD entre 14 e 27 e 6 (6,4%) apresentavam CPOD igual a 28.

Aplicado o teste do Qui-Quadrado da Independência, verifica-se que não existe relação entre a realização da higiene oral à noite e o índice de CPOD ($p\text{-valor} = 0,679 > 0,05$).

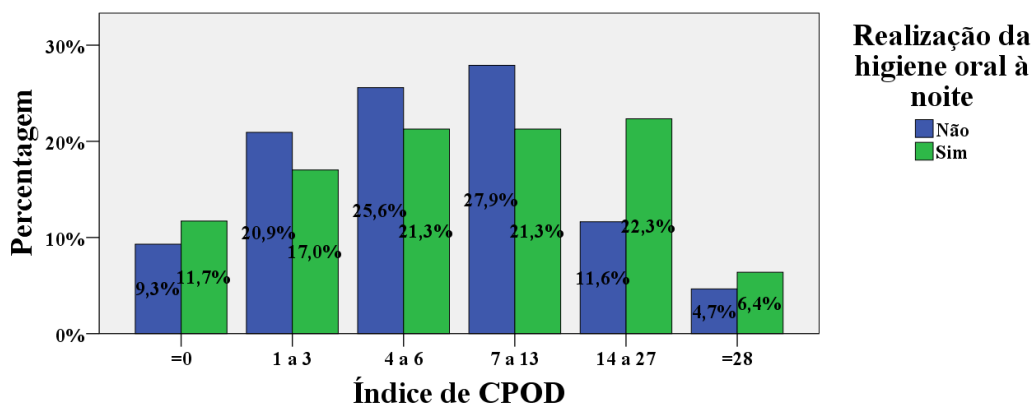


Figura 14 - Índice de CPOD, consoante a realização da higiene oral à noite.

Quanto ao índice de placa de Silness e Løe, verificou-se que os pacientes que realizam a higiene oral à noite apresentavam índice de placa mais elevado (Figura 15). Relativamente aos 43 pacientes que não realizam a higiene oral à noite, 4 (8,9%) apresentavam índice de placa igual a 1, 20 (44,4%) tinham índice de placa igual a 2 e 21 (46,7%) pacientes apresentaram índice de placa igual a 3. Dos 94 pacientes que efetuam a higiene oral à noite, em 7 (7,4%) o índice de placa era igual a 1, 36 (37,9%) apresentavam índice de placa igual a 2 e em 52 (54,7%) pacientes registou-se índice de placa igual a 3.

No teste do Qui-Quadrado da Independência, obteve-se um p-valor = 0,671 > 0,05, pelo que se conclui que a realização da higiene oral à noite e o índice de placa de Silness e Løe são independentes.

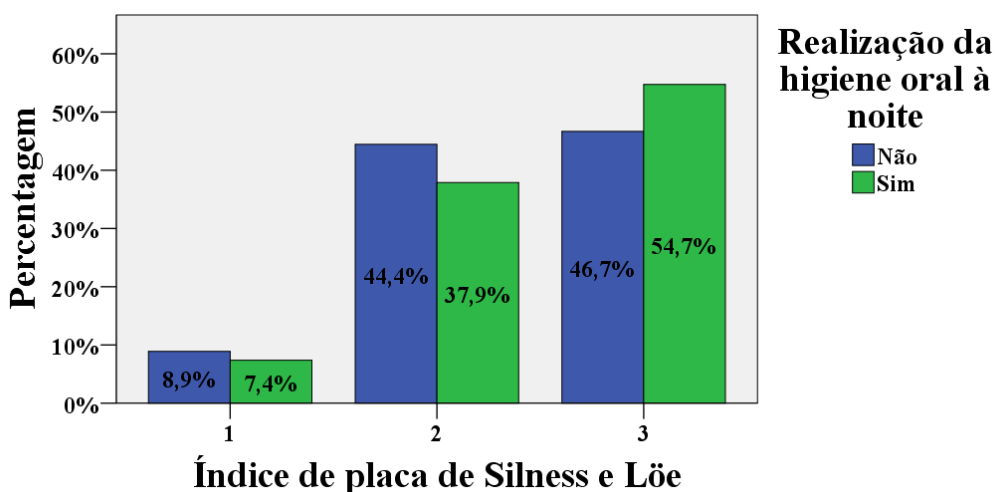


Figura 15 - Índice de placa de Silness e Løe, consoante a realização da higiene oral à noite.

No que concerne à comorbidade, verificou-se que 114 (74%) pacientes apresentavam apenas uma patologia mental, 29 (18,8%) pacientes apresentavam duas patologias, verificaram-se 3 patologias associadas a 8 (5,2%) pacientes e com 4, 6 e 7 patologias associadas verificou-se apenas 1 (0,6%) paciente, em cada caso. A Tabela 5 e a Tabela 6 apresentam a distribuição das patologias mentais e o índice CPOD e a distribuição das patologias mentais e o índice de placa de Silness e Løe, respetivamente.

Tabela 5 - Distribuição do índice de CPOD por Patologia Mental.

		CPOD						$\mu \pm \sigma$
		=0	1 a 3	4 a 6	7 a 13	14 a 27	=28	
		N	N	N	N	N	N	
Incapacidade intelectual leve	Não	13	23	26	29	26	10	9,9 ± 0,78
	Sim	2	3	6	4	2	1	7,5 ± 1,7
Incapacidade intelectual moderada/grave	Não	11	17	26	22	18	5	8,8 ± 0,8
	Sim	4	9	6	11	10	6	11,3 ± 1,43
Incapacidade intelectual profunda	Não	15	25	31	33	28	11	9,7 ± 0,72
	Sim	0	1	1	0	0	0	4 ± 1
Esquizofrenia	Não	15	26	31	31	26	11	9,4 ± 0,73
	Sim	0	0	1	2	2	0	13,2 ± 3,15
Défice cognitivo	Não	11	17	21	19	17	10	10 ± 0,96
	Sim	4	9	11	14	11	1	8,8 ± 1
Défice motor	Não	14	25	31	32	26	11	9,6 ± 0,73
	Sim	1	1	1	1	2	0	8,2 ± 3,44
Défice psicomotor	Não	13	25	32	33	27	11	9,7 ± 0,72
	Sim	2	1	0	0	1	0	6,5 ± 6,17
Autismo	Não	14	24	28	32	27	10	9,7 ± 0,74
	Sim	1	2	4	1	1	1	8,5 ± 2,96
Trissomia 21	Não	13	25	30	29	26	8	9,2 ± 0,73
	Sim	2	1	2	4	2	3	13,2 ± 2,87
Paralisia Cerebral	Não	14	25	32	33	27	11	9,6 ± 0,72
	Sim	1	1	0	0	1	0	6,3 ± 5,36
Microcefalia	Não	13	25	31	32	28	11	9,8 ± 0,73
	Sim	2	1	1	1	0	0	2,8 ± 1,59
Outras Patologias	Não	11	19	27	31	22	10	9,9 ± 0,78
	Sim	4	7	5	2	6	1	8,2 ± 1,81

Tabela 6 - Distribuição do índice de placa de Silness e Løe por Patologia Mental.

		Índice de Placa de Silness e Løe			
		1	2	3	$\mu \pm \sigma$
		N	N	N	
Incapacidade intelectual leve	Não	11	48	69	2,5 ± 0,06
	Sim	2	8	8	2,3 ± 0,16
Incapacidade intelectual moderada/grave	Não	9	38	52	2,4 ± 0,07
	Sim	4	18	25	2,4 ± 0,09
Incapacidade intelectual profunda	Não	12	55	75	2,4 ± 0,05
	Sim	1	1	2	2,3 ± 0,5
Esquizofrenia	Não	12	54	75	2,5 ± 0,05
	Sim	1	2	2	2,2 ± 0,37
Défice cognitivo	Não	11	41	43	2,3 ± 0,07
	Sim	2	15	34	2,6 ± 0,79
Défice motor	Não	12	53	75	2,5 ± 0,05
	Sim	1	3	2	2,2 ± 0,31
Défice psicomotor	Não	13	55	74	2,4 ± 0,05
	Sim	0	1	3	2,8 ± 0,25
Autismo	Não	11	52	72	2,5 ± 0,05
	Sim	2	4	5	2,3 ± 0,24
Trissomia 21	Não	10	48	74	2,5 ± 0,05
	Sim	3	8	3	2 ± 0,18
Paralisia Cerebral	Não	13	55	75	2,4 ± 0,05
	Sim	0	1	2	2,7 ± 0,33
Microcefalia	Não	13	52	76	2,5 ± 0,06
	Sim	0	4	1	2,2 ± 0,2
Outras Patologias	Não	10	48	62	2,4 ± 0,06
	Sim	3	8	15	2,5 ± 0,14

4.2.1 Associação entre o género do paciente e os índices de CPOD e de Silness e Løe

Dos 154 pacientes em estudo, 48 (31,2%) do género feminino e 106 (68,8%) do género masculino. Relativamente à distribuição do índice CPOD e o género do paciente, os pacientes do género masculino apresentam CPOD superior aos pacientes do género feminino. Dos pacientes do género masculino, 6 (5,9%) apresentaram CPOD igual a 0, 22 (21,6%) apresentaram CPOD entre 1 e 3, 22 (21,6%) apresentaram CPOD entre 4 e 6, 25 (24,5%)

tinham CPOD entre 7 e 13, 19 (18,6%) tinham CPOD de 14 a 27 e 8 (7,8%) apresentaram CPOD igual a 28. Dos pacientes do género feminino, 9 (20,9%) apresentaram CPOD igual a 0, 4 (9,3%) tinham CPOD entre 1 e 3, 10 (23,3%) apresentaram CPOD de 4 a 6, 8 (18,6%) tinham CPOD entre 7 e 13, 9 (20,9%) apresentaram CPOD entre 14 e 27 e 3 (7%) apresentaram CPOD igual a 28 (Figura 16).

Aplicado o teste do Qui-Quadrado da Independência, verificou-se que não existe relação entre o género do paciente e o índice de CPOD ($p\text{-valor} = 0,082 > 0,05$).

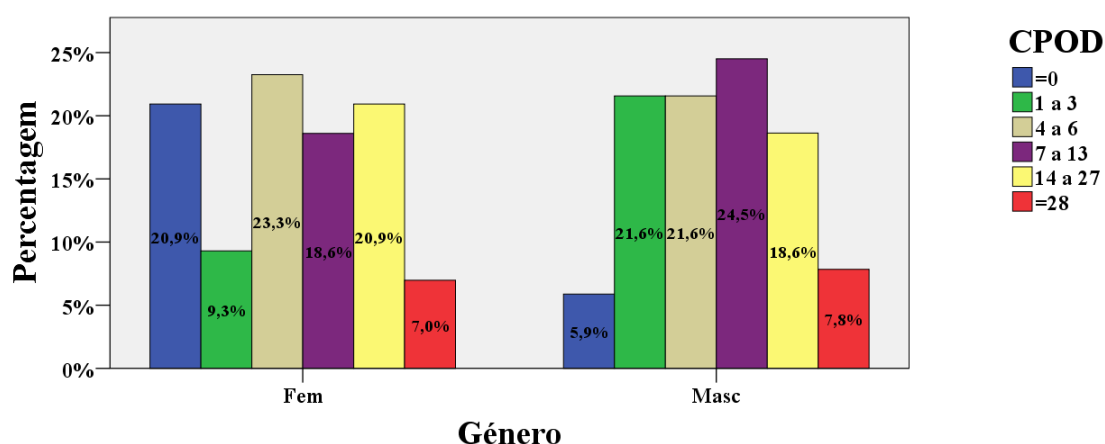


Figura 16 - Associação entre o género do paciente e o Índice de CPOD.

Quanto à distribuição do índice de placa de Silness e Løe e o género do paciente, verificou-se que os pacientes do género masculino apresentaram índice de placa ligeiramente superior aos pacientes do género feminino, sendo que no primeiro a classe preponderante é a de índice de placa igual a 2. Relativamente aos pacientes do género masculino, o índice de placa foi igual a 1 em 10 (9,8%), igual a 2 em 32 (31,4%) pacientes e 60 (58,8%) apresentavam índice de placa igual a 3. Por sua vez, do género feminino, apresentavam índice de placa igual a 1 apenas 3 (6,8%) pacientes, verificou-se índice igual a 2 em 24 (54,5%) pacientes e 17 (38,6%) pacientes apresentavam índice de placa igual a 3 (Figura 17).

No teste do Qui-Quadrado da Independência, obteve-se um $p\text{-valor} = 0,03 \leq 0,05$ pelo que se rejeita a hipótese nula (H_0) de independência entre as variáveis. Perante estes resultados, existem evidências estatisticamente

significativas relativas à associação entre o género do paciente e o índice de placa de Silness e Løe.

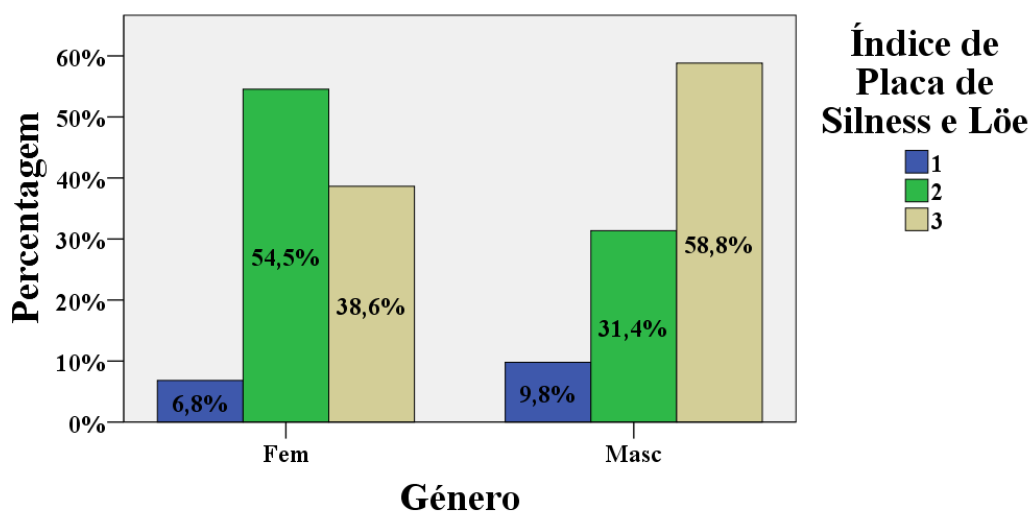


Figura 17 - Associação entre o género do paciente e o índice de Silness e Løe.

4.2.2 Associação entre a idade do paciente e os índices de CPOD e de Silness e Løe

Os pacientes foram agrupadas por faixas etárias, estes grupos foram constituídos por 16 (10,4%) pacientes com idade compreendida entre os 10 e 19 anos, 42 (27,3%) pacientes com idade entre os 20 e os 29 anos, 51 (33,1%) com idade de 30 a 39 anos e 45 (29,2%) pacientes com idade igual ou superior a 40 anos. Quanto à idade dos pacientes, verificou-se que o grupo etário de idade igual ou superior a 40 anos foi o que apresentou índice CPOD mais elevado e o grupo constituído pela idade compreendidas entre os 20 e os 29 anos o que apresentou menor CPOD. Dos pacientes com idade entre 10 e 19 anos, 4 (26,7%) apresentaram CPOD igual a 0, apenas 2 (13,3%) apresentaram CPOD entre 1 e 3, 5 (33,3%) apresentaram CPOD que variava entre 4 e 6, 4 (26,7%) pacientes tinham CPOD de 7 a 13, e nenhum paciente apresentava CPOD igual ou superior a 14. Relativamente aos pacientes com idade compreendidas entre os 20 e os 29 anos de idade, 8 (19,5%) tinham CPOD igual a 0, 13 (31,7%) pacientes apresentaram CPOD entre 1 e 3, 9 (22%) tinham CPOD a variar entre 4 e 6, 8 (19,5%) pacientes apresentavam CPOD entre 7 e 13, apenas 3 (7,3%) tinham CPOD entre 14 e

27 e nenhum apresentava CPOD igual a 28. Com idade entre os 30 e os 39 anos, 2 (4,3%) pacientes apresentaram CPOD igual a 0, 6 (12,8%) tinham CPOD entre 1 e 3, em 12 (25,5%) pacientes o CPOD variava entre 4 e 6, 10 (21,3%) apresentavam CPOD entre 7 e 13, 12 (25,5%) pacientes tinham CPOD a variar entre 14 e 27 e 5 (10,6%) pacientes apresentavam CPOD igual a 28. Relativamente aos pacientes com idade igual ou superior a 40 anos, apenas 1 (2,4%) tinha CPOD igual a 0, 5 (11,9%) pacientes apresentaram CPOD entre 1 e 3, em 6 (14,3%) pacientes o CPOD variava entre 4 e 6, 11 (26,2%) pacientes tinham CPOD entre 7 e 13, 13 (31%) apresentavam CPOD de 14 a 27 e 6 (14,3%) pacientes tinham CPOD igual a 28 (Figura 18).

Aplicado o teste do Qui-Quadrado da Independência, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas a respeito da associação entre os grupos etários e o índice de CPOD ($p\text{-valor} = 0.001 \leq 0,05$).

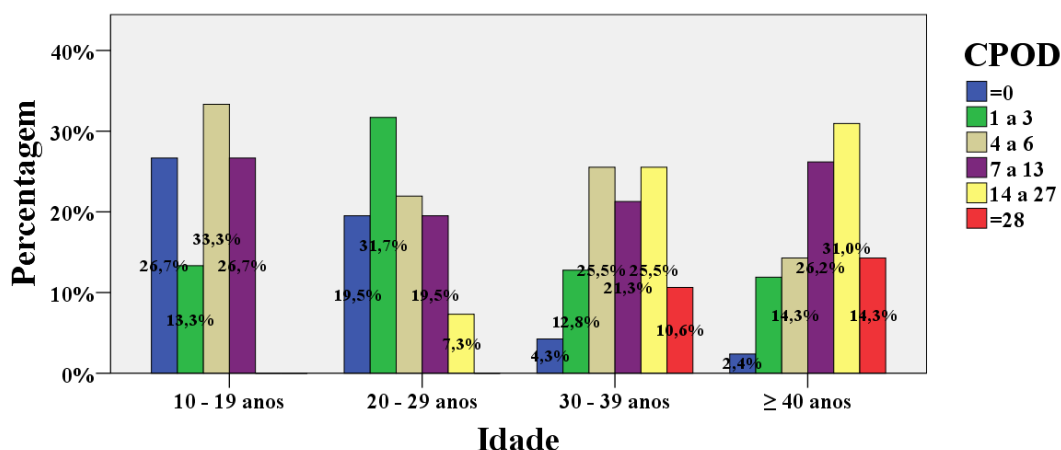


Figura 18 - Associação entre a idade do paciente e o Índice de CPOD.

Verificou-se que o grupo etário com idade entre os 10 e os 19 anos foi o que apresentou índice de placa de Silness e Løe mais elevado e o grupo com idade igual ou superior a 40 anos o que apresentou menor índice de placa. Relativamente aos pacientes com idade entre 10 e 19 anos, nenhum apresentava índice de placa igual a 1, 7 (46,7%) tinham índice de placa igual a 1 e 8 (53,3%) pacientes apresentaram índice de placa igual a 3. Dos pacientes com idade compreendidas entre os 20 e os 29 anos de idade, em 3 (7,1%) o índice de placa era igual a 1, 15 (31,9%) apresentavam índice de

placa igual a 2 e em 27 (57,4%) pacientes registou-se índice de placa igual a 3. Com idade entre os 30 e os 39 anos, 5 (10,6%) pacientes apresentaram índice de placa igual a 1, 15 (31,9%) tinham um índice de placa de 2 e 27 (57,4%) pacientes apresentavam índice de placa igual a 3. Quanto aos pacientes com idade igual ou superior a 40 anos, 5 (11,9%) tinham índice de placa igual a 1, em 19 (45,2%) pacientes registou-se índice de placa igual a 2 e 18 (42,9%) pacientes apresentavam índice de placa igual a 3 (Figura 19).

Aplicado o teste do Qui-Quadrado da Independência, verifica-se que não existem evidências de relação entre os grupos etários e o índice de placa de Silness e Løe (p-valor = 0,6 > 0,05).

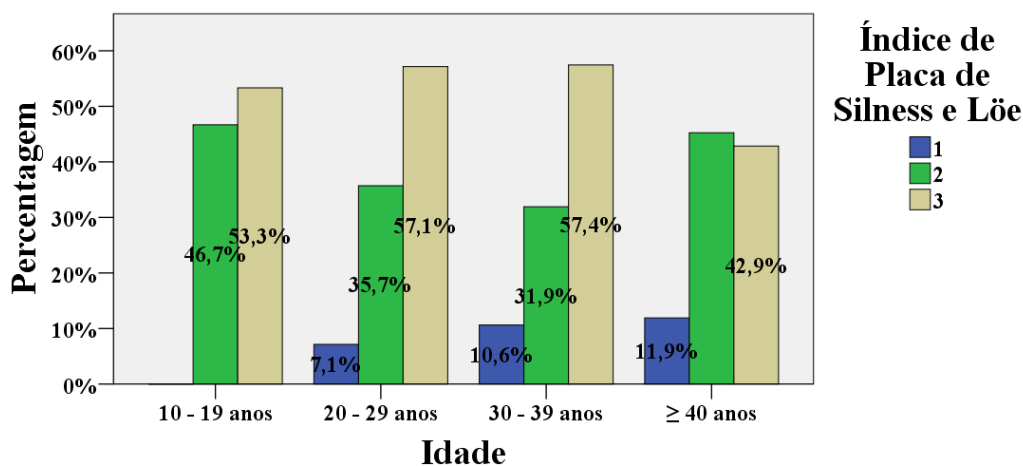


Figura 19 – Associação entre a idade do paciente e o índice de Silness e Løe.

4.2.3 Associação entre o local de residência do paciente e os índices de CPOD e de Silness e Løe

Relativamente ao local de residência dos pacientes, 51 (33,1%) residiam nas instituições participantes, 103 (66,9%) residiam em casa e nas instituições e nenhum paciente residia apenas em casa. No que concerne à distribuição do índice CPOD e o local de residência do paciente, verificou-se que um índice de o grupo de pacientes que residia apenas na instituição foi o que apresentou CPOD mais elevado. Dos pacientes que residiam apenas na instituição, só 2 (4,3%) apresentaram CPOD igual a 0, 11 (23,9%) tinham CPOD entre 1 e 3, em 6 (13%) pacientes o CPOD variava entre 4 e 6, também 6 (13%) pacientes apresentavam CPOD entre 7 e 13, 13 (28,3%)

pacientes tinham CPOD a variar entre 14 e 27 e 8 (17,4%) pacientes apresentavam CPOD igual a 28. Relativamente aos pacientes que residiam em ambos os locais, 13 (13,1%) tinham CPOD igual a 0, em 15 (15,2%) pacientes o CPOD variava entre 1 e 3, 26 (26,3%) apresentaram CPOD de 4 a 6, 27 (27,3%) pacientes tinham CPOD entre 7 e 13, 15 (15,2%) apresentavam CPOD de 14 a 27 e apenas 3 (3%) pacientes tinham CPOD igual a 28 (Figura 20).

No teste do Qui-Quadrado da Independência, obteve-se um p-valor = $0,001 \leq 0,05$ pelo que se rejeita a hipótese nula (H_0) de independência entre as variáveis. Perante estes resultados, existem evidências estatisticamente significativas relativas à associação entre o local de residência dos pacientes e o índice de CPOD.

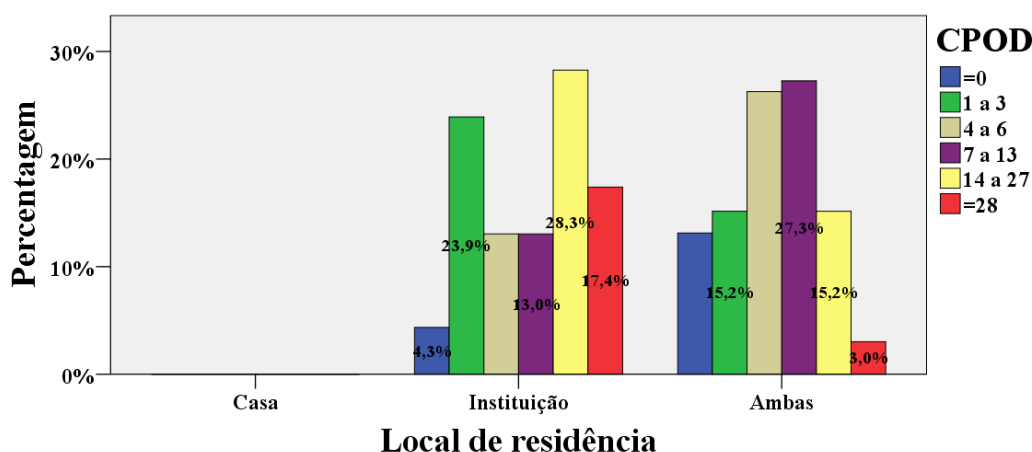


Figura 20 - Associação entre o local de residência do paciente e o Índice de CPOD.

Quanto à distribuição do índice de placa de Silness e Løe e o local de residência do paciente, verificou-se que o grupo de pacientes que residiam em ambos os locais apresentou índice de placa mais baixo. Quanto aos pacientes que residiam na instituição, apenas 4 (9,1%) apresentaram índice de placa igual a 1, 17 (38,6%) tinham índice de placa igual a 2 e 23 (52,3%) pacientes apresentavam um índice de placa de 3. Dos pacientes que residiam em casa e na instituição, 9 (8,8%) tinham índice de placa igual a 1, em 39 (38,2%) pacientes registou-se índice igual a 2 e 54 (52,9%) pacientes apresentavam 3 de índice de placa (Figura 21).

No teste do Qui-Quadrado da Independência, obteve-se um p-valor = 0,997 > 0,05, pelo que não existem evidências estatísticas que suportem a relação entre o local de residência e o índice de placa de Silness e Løe.

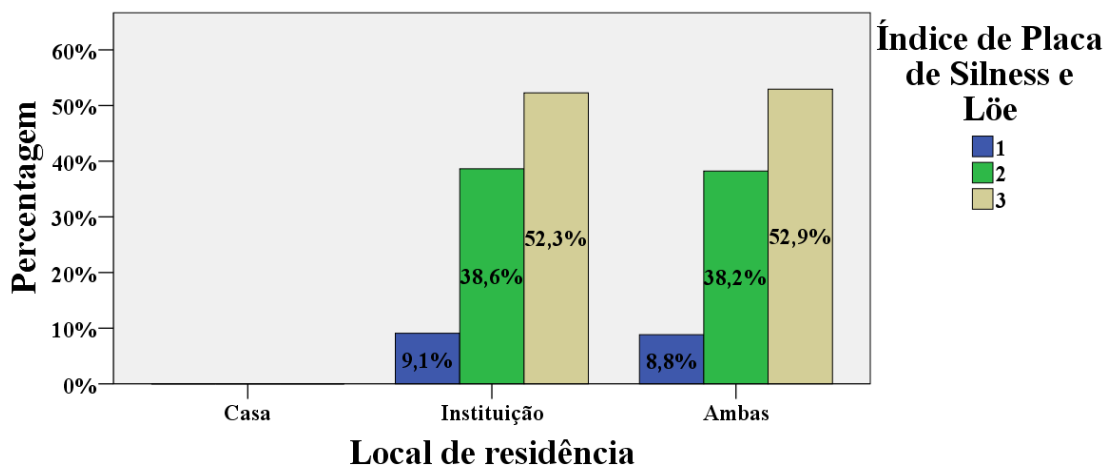


Figura 21 – Associação entre a idade do paciente e o índice de Silness e Løe.

4.2.4 Associação entre a toma de medicação e os índices de CPOD e de Silness e Løe

O registo de informação relativa à toma de medicação foi efectuado apenas para os pacientes da APPACDM, pelo que a análise será efectuada apenas com 106 pacientes (11 dos pacientes da APPACDM têm também esta informação em falta). Assim, destes pacientes, 41 (26,6%) dos participantes não tomava e 65 (42,2%) tomava medicação, tendo-se verificado que os pacientes que tomam medicação tinham CPOD mais elevado. Relativamente aos pacientes que não tomam medicação, 4 (10%) tinham CPOD igual a 0, 7 (17,5%) pacientes apresentaram CPOD entre 1 e 3, 8 (20%) tinham CPOD a variar entre 4 e 6, 12 (30%) pacientes apresentavam CPOD entre 7 e 13, 7 (17,5%) tinham CPOD entre 14 e 27 e apenas 2 (5%) apresentavam CPOD igual a 28. Dos pacientes que tomam medicação, 5 (8,6%) pacientes apresentaram CPOD igual a 0, 12 (20,7%) tinham CPOD entre 1 e 3, em 12 (20,7%) pacientes o CPOD variava entre 4 e 6, 10 (17,2%) apresentavam CPOD entre 7 e 13, 15 (25,9%) pacientes tinham CPOD a variar entre 14 e 27 e 4 (6,9%) pacientes apresentavam CPOD igual a 28 (Figura 22).

Aplicado o teste do Qui-Quadrado da Independência, verifica-se que não existem evidências de associação entre a toma de medicação e o índice de CPOD ($p\text{-valor} = 0,735 > 0,05$).

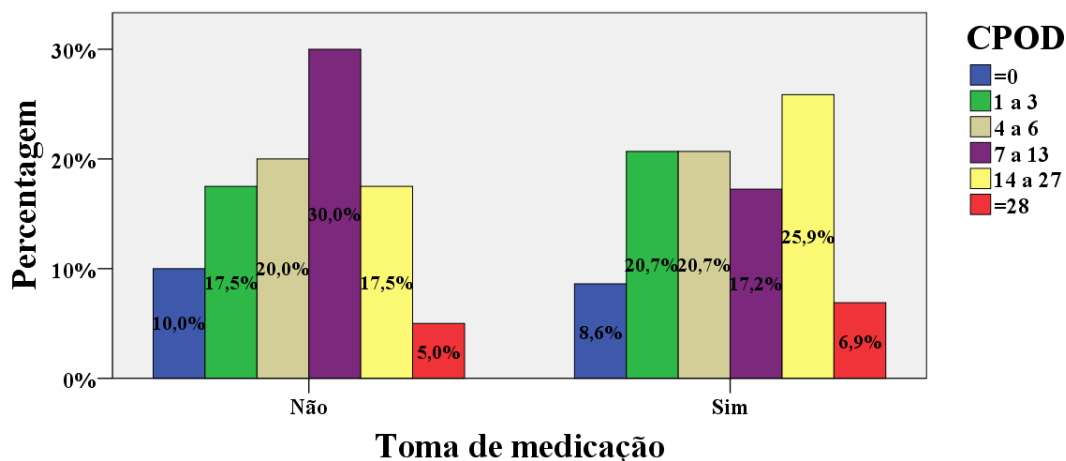


Figura 22 - Associação entre a toma de medicação do paciente e o Índice de CPOD.

Verificou-se que o grupo formado pelos pacientes que tomam medicação apresentou índice de placa de Silness e Løe mais elevado. Quanto aos pacientes que não tomam medicação, em 3 (7,5%) o índice de placa era igual a 1, 15 (37,5%) apresentavam índice de placa igual a 2 e em 22 (55%) pacientes registou-se índice de placa igual a 3. Dos pacientes que tomam medicação, 4 (6,5%) pacientes apresentaram índice de placa igual a 1, 18 (29%) tinham um índice de placa de 2 e 40 (64,5%) pacientes apresentavam índice de placa igual a 3 (Figura 23).

No teste do Qui-Quadrado da Independência, obteve-se um $p\text{-valor} = 0,625 > 0,05$, pelo que não existem evidências estatísticas que suportem a relação entre a toma de medicação e o índice de placa de Silness e Løe.

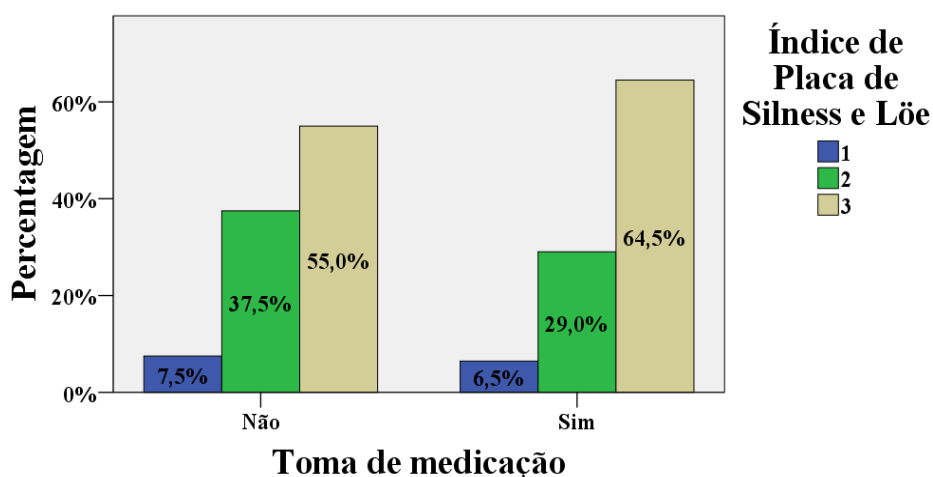


Figura 23 – Associação entre a toma de medicação e o índice de Silness e Loe.

4.2.5 Associação entre o tipo de incapacidade apresentada e os índices de CPOD e de Silness e Loe

Quanto à incapacidade apresentada, 106 (71,6%) dos participantes apresentavam incapacidade psíquica, 42 (28,4%) apresentavam incapacidade motora e psíquica e nenhum dos participantes apresentava apenas incapacidade motora. Registaram-se 5 não-respostas a esta questão. No que concerne à distribuição do índice CPOD e a incapacidade do paciente, verificou-se o grupo de pacientes com incapacidade motora e psíquica foi o que apresentou CPOD mais elevado. Dos pacientes com incapacidade psíquica, 11 (10,8%) apresentaram CPOD igual a 0, 16 (15,7%) tinham CPOD entre 1 e 3, em 25 (24,5%) pacientes o CPOD variava entre 4 e 6, também 25 (24,5%) pacientes apresentavam CPOD entre 7 e 13, 20 (19,6%) pacientes tinham CPOD a variar entre 14 e 27 e apenas 5 (4,9%) pacientes apresentavam CPOD igual a 28. Relativamente aos pacientes com incapacidade motora e psíquica, 4 (10,8%) apresentaram CPOD igual a 0, 8 (21,6%) tinham CPOD entre 1 e 3, em 7 (18,9%) pacientes o CPOD variava de 4 a 6, 4 (10,8%) pacientes tinham CPOD entre 7 e 13, 8 (21,6%) apresentavam CPOD de 14 a 27 e 6 (16,2%) pacientes tinham CPOD igual a 28 (Figura 24).

Aplicado o teste do Qui-Quadrado da Independência, verifica-se que não existe relação entre a incapacidade dos pacientes e o índice de CPOD ($p\text{-valor} = 0,167 > 0,05$).

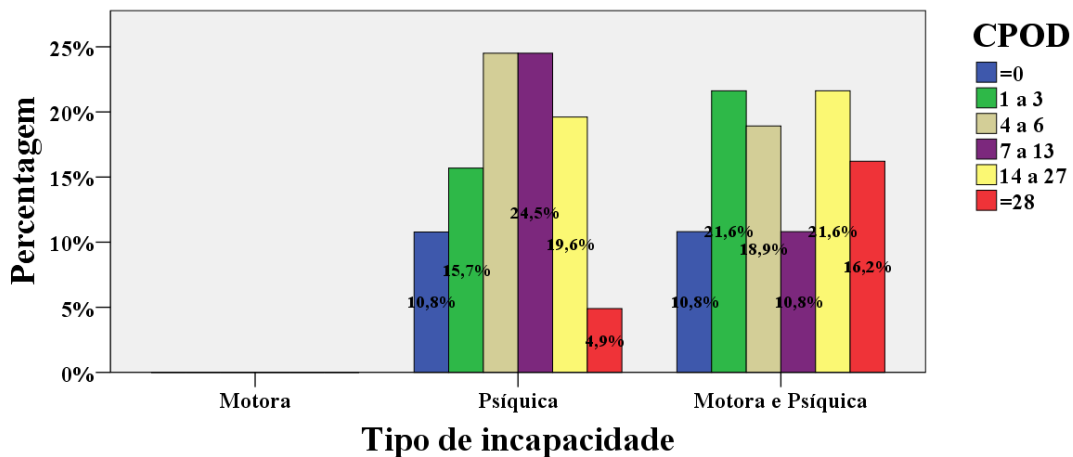


Figura 24 - Associação entre o tipo de incapacidade do paciente e o Índice de CPOD.

Quanto à distribuição do índice de placa de Silness e Løe e a incapacidade apresentada, verificou-se que o grupo de pacientes com incapacidade psíquica apresentou índice de placa mais elevado. Quanto aos pacientes com incapacidade psíquica, 8 (7,8%) apresentaram índice de placa igual a 1, em 42 (40,8%) pacientes registou-se índice igual a 2 e 53 (51,5%) pacientes apresentavam 3 de índice de placa (Figura 25).

No teste do Qui-Quadrado da Independência, obteve-se um p-valor = 0,552 > 0,05, pelo que não existem evidências estatísticas que suportem a associação entre a incapacidade dos pacientes e o índice de placa de placa de Silness e Løe.

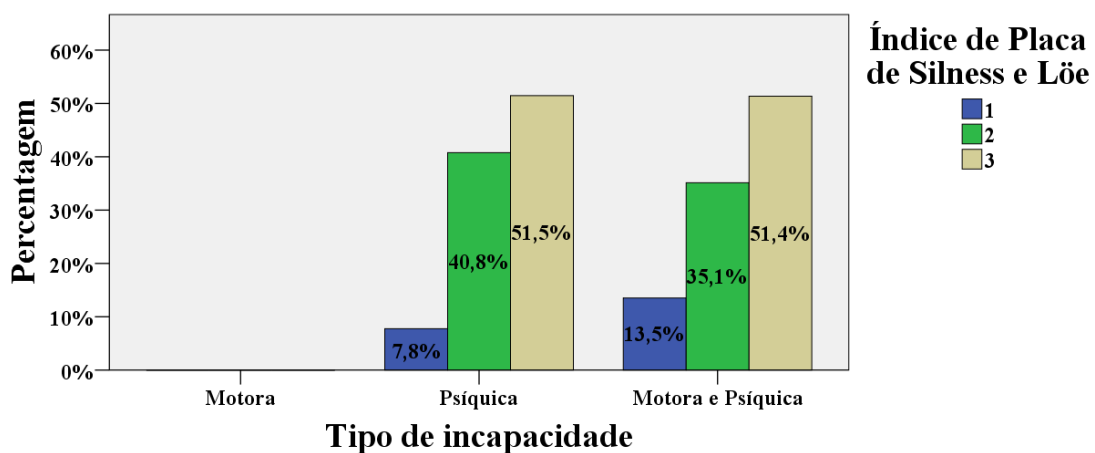


Figura 25 – Associação entre o tipo de incapacidade e o índice de Silness e Løe.

4.2.6 Associação entre a escovagem diária dos dentes e os índices de CPOD e de Silness e Løe

Quando participantes quanto à escovagem diária, 133 (86,9%) pacientes referiram escovar os dentes todos os dias e apenas 20 (13,1%) mencionaram não ter esse hábito. Registrou-se 1 não resposta a esta questão. Verificou-se que os pacientes que escovavam os dentes diariamente apresentaram índice CPOD superior face aos pacientes que não o faziam. Relativamente aos pacientes que não escovam os dentes diariamente, 0 tinham CPOD igual a 0, 4 (20%) pacientes apresentaram CPOD entre 1 e 3, 5 (25%) tinham CPOD a variar entre 4 e 6, também 5 (25%) pacientes apresentavam CPOD entre 7 e 13, 4 (20%) tinham CPOD entre 14 e 27 e apenas 2 (10%) apresentavam CPOD igual a 28. Dos pacientes que escovam os dentes todos os dias, 15 (12,1%) apresentaram CPOD igual a 0, 22 (17,7%) tinham CPOD entre 1 e 3, em 26 (21%) pacientes o CPOD variava entre 4 e 6, 28 (22,6%) apresentavam CPOD entre 7 e 13, 24 (19,4%) pacientes tinham CPOD a variar entre 14 e 27 e 9 (7,3%) pacientes apresentavam CPOD igual a 28 (Figura 26).

No teste do Qui-Quadrado da Independência, obteve-se um p-valor = 0,728 > 0,05, pelo que não existem evidências estatísticas que suportem a relação entre a escovagem diária dos dentes e o índice de CPOD.

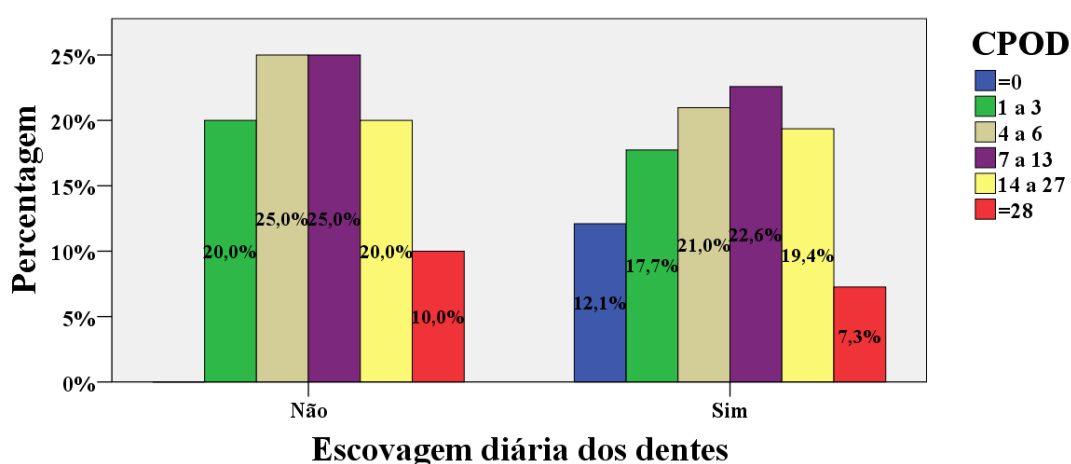


Figura 26 - Associação entre a escovagem diária dos dentes e o Índice de CPOD.

Verificou-se que os pacientes que não escovavam os dentes diariamente apresentaram índice de placa de Silness e Løe superior face aos pacientes que o faziam. Dos pacientes que não escovavam os dentes todos os dias, 2 (10,5%) o índice de placa era igual a 1, 3 (15,8%) apresentavam índice de placa igual a 2 e em 14 (73,7%) pacientes registou-se índice de placa igual a 3. Dos pacientes que escovavam os dentes diariamente, 11 (8,7%) pacientes apresentaram índice de placa igual a 1, 53 (42,1%) tinham um índice de placa de 2 e 62 (49,2%) pacientes apresentavam índice de placa igual a 3 (Figura 27).

No teste do Qui-Quadrado da Independência, obteve-se um p-valor = 0,086 > 0,05, pelo que se conclui que a escovagem diária dos dentes e o índice de placa de Silness e Løe são independentes.

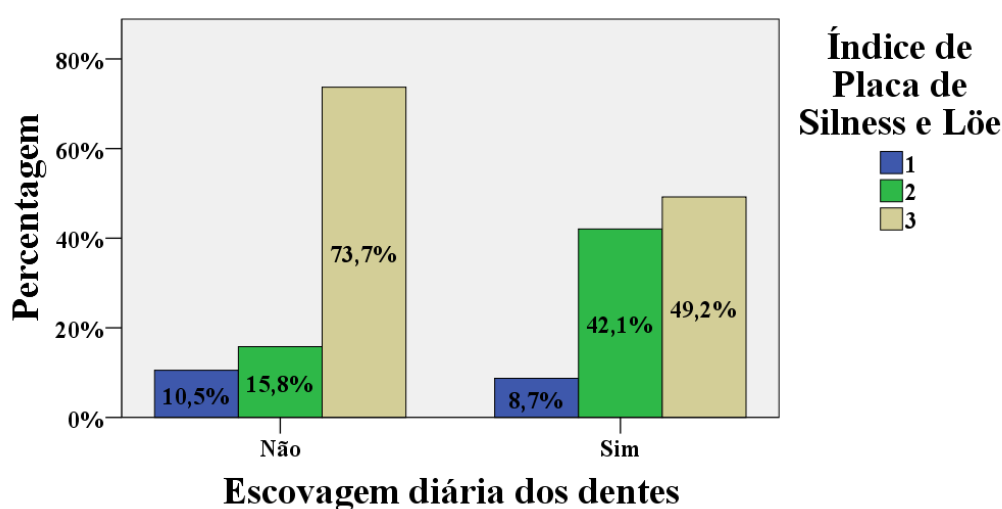


Figura 27 – Associação entre a escovagem diária dos dentes e o índice de Silness e Løe.

4.2.7 Associação entre a frequência da realização da higiene oral e os índices de CPOD e de Silness e Løe

Quanto à frequência da realização da higiene oral, 41 (28,1%) pacientes referiram efetuar uma vez por dia, 48 (32,9%) pacientes mencionaram efetuar a higiene oral duas vezes diariamente e 57 (39%) pacientes efetuam 3 vezes por dia a sua higiene oral. Verificaram-se 8 não-respostas relativas à frequência da realização da higiene oral. Verificou-se que os pacientes que realizam a higiene oral apenas uma vez por dia apresentavam índice CPOD superior face aos restantes pacientes. Dos

pacientes que realizam a higiene oral uma vez por dia, 2 (5,1%) apresentaram CPOD igual a 0, 7 (17,9%) apresentava CPOD entre 1 e 3, 9 (23,1%) apresentaram CPOD que variava entre 4 e 6, 12 (30,8%) pacientes tinham CPOD de 7 a 13, em 7 (17,9%) pacientes o CPOD variava de 14 a 27 e apenas 2 (5,1%) pacientes apresentavam CPOD igual a 28. Relativamente aos pacientes que efetuam duas vezes por dia a higiene oral, 6 (13%) tinham CPOD igual a 0, 9 (19,6%) pacientes apresentaram CPOD entre 1 e 3, 13 (28,3%) tinham CPOD a variar entre 4 e 6, 12 (26,1%) pacientes apresentavam CPOD entre 7 e 13, 6 (13%) tinham CPOD entre 14 e 27 e nenhum apresentava CPOD igual a 28. Quanto aos pacientes que realizam a sua higiene oral três vezes por dia, 7 (13,5%) apresentaram CPOD igual a 0, 9 (17,3%) tinham CPOD entre 1 e 3, em 9 (17,3%) pacientes o CPOD variava entre 4 e 6, 8 (15,4%) pacientes apresentavam CPOD entre 7 e 13, 13 (25%) pacientes tinham CPOD a variar entre 14 e 27 e 6 (11,5%) pacientes apresentava CPOD igual a 28 (Figura 28).

No teste do Qui-Quadrado da Independência, obteve-se um p-valor = 0,222 > 0,05, pelo que se conclui que a frequência de realização da higiene oral e o índice de CPOD são independentes.

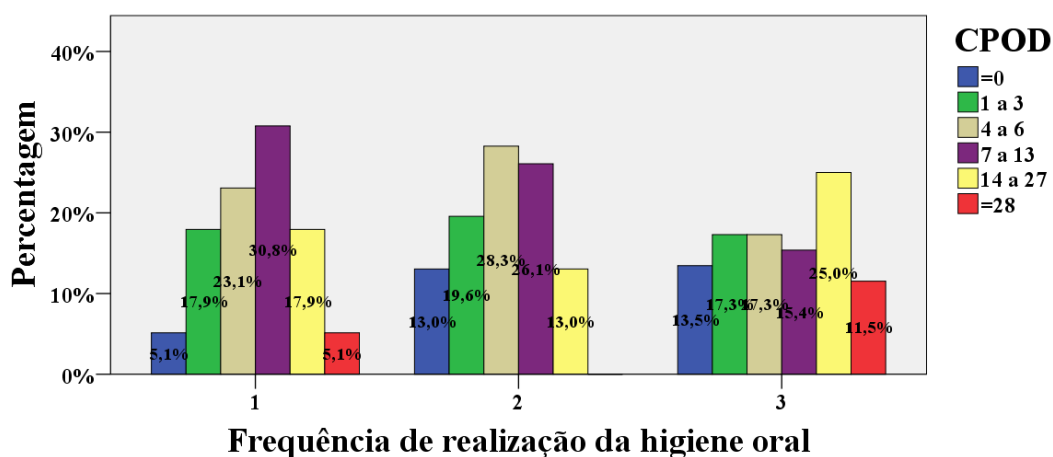


Figura 28 - Associação entre a realização de higiene oral o índice de CPOD.

No que respeita ao índice de placa de Silness e Løe, verificou-se que os pacientes que realizam a higiene oral apenas uma vez por dia apresentavam índice de placa mais elevado. Relativamente aos pacientes que realizam a higiene oral apenas uma vez por dia, 2 (4,9%) apresentavam

índice de placa igual a 1, 17 (41,5%) tinham índice de placa igual a 1 e 22 (53,7%) pacientes apresentaram índice de placa igual a 3. Dos pacientes que realizam a higiene oral duas vezes por dia, em 4 (8,5%) o índice de placa era igual a 1, 15 (31,9%) apresentavam índice de placa igual a 2 e em 28 (59,6%) pacientes registou-se índice de placa igual a 3. Quanto aos pacientes que efetuam diariamente três vezes a higiene oral, 5 (9,6%) apresentaram índice de placa igual a 1, em 24 (46,2%) pacientes registou-se índice igual a 2 e 23 (44,2%) pacientes apresentavam 3 de índice de placa (Figura 29).

Aplicado o teste do Qui-Quadrado da Independência, verifica-se que não existe relação entre a frequência de realização da higiene oral e o índice de placa de Silness e Løe ($p\text{-valor} = 0,539 > 0,05$).

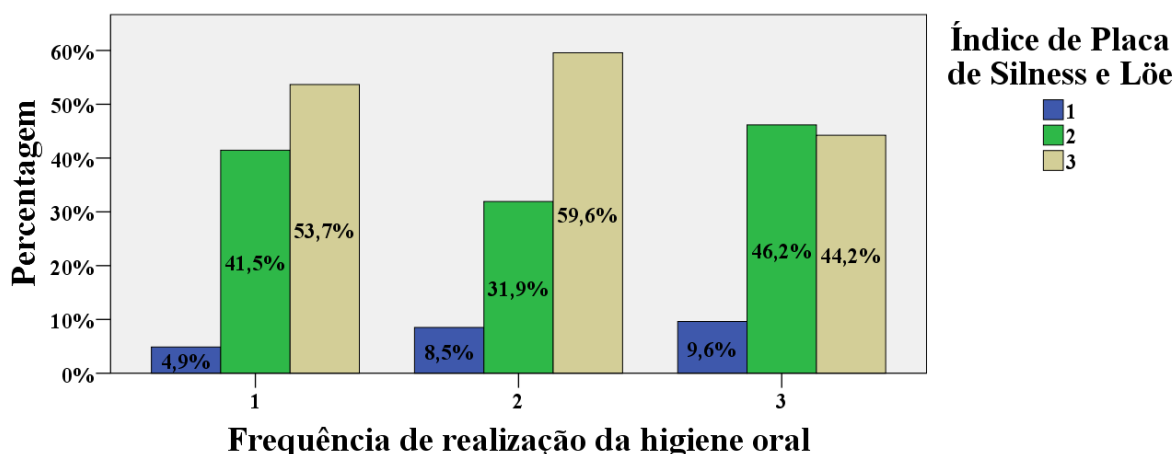


Figura 29 - Associação entre a realização de higiene oral e o índice de Silness e Løe.

4.2.8 Associação entre a existência de ajuda na realização da higiene oral e os índices de CPOD e de Silness e Løe

Quanto à ajuda na realização da higiene oral, 61 (42,7%) responderam que sim, 73 (51%) responderam que não e 9 (6,3%) referiram que por vezes têm ajuda na realização da higiene oral. Verificaram-se 11 não-respostas a esta questão. Comparando o facto de terem ou não ajuda na realização da higiene oral, verificou-se que os pacientes que têm ajuda apresentaram CPOD mais elevado do que os restantes pacientes. Dos pacientes que não têm ajuda para realizar a higiene oral, 6 (8,5%) apresentaram CPOD igual a 0, 12 (16,9%) tinham CPOD entre 1 e 3, em 18 (25,4%) pacientes o CPOD

variava entre 4 e 6, também 18 (25,4%) pacientes apresentavam CPOD entre 7 e 13, 16 (22,5%) pacientes tinham CPOD a variar entre 14 e 27 e apenas 1 (1,4%) paciente apresentava CPOD igual a 28. Relativamente aos pacientes que não têm ajuda, 8 (14,5%) apresentaram CPOD igual a 0, 10 (18,2%) tinham CPOD entre 1 e 3, em 9 (16,4%) pacientes o CPOD variava de 4 a 6, 11 (20%) pacientes tinham CPOD entre 7 e 13, 10 (18,2%) apresentavam CPOD de 14 a 27 e 7 (12,7%) pacientes tinham CPOD igual a 28. Quanto aos pacientes que responderam que por vezes têm ajuda, apenas 1 (12,5%) paciente apresentava CPOD igual a 0, 2 (25%) tinham CPOD entre 1 e 3, em 3 (37,5%) pacientes o CPOD variava entre 4 e 6, 2 (25%) apresentavam CPOD entre 7 e 13 e nenhum paciente apresentou CPOD igual ou superior a 14 (Figura 30).

Aplicado o teste do Qui-Quadrado da Independência, verifica-se que não existe relação entre a existência de ajuda na realização da higiene oral e o índice de CPOD (p -valor = 0,235 > 0,05).

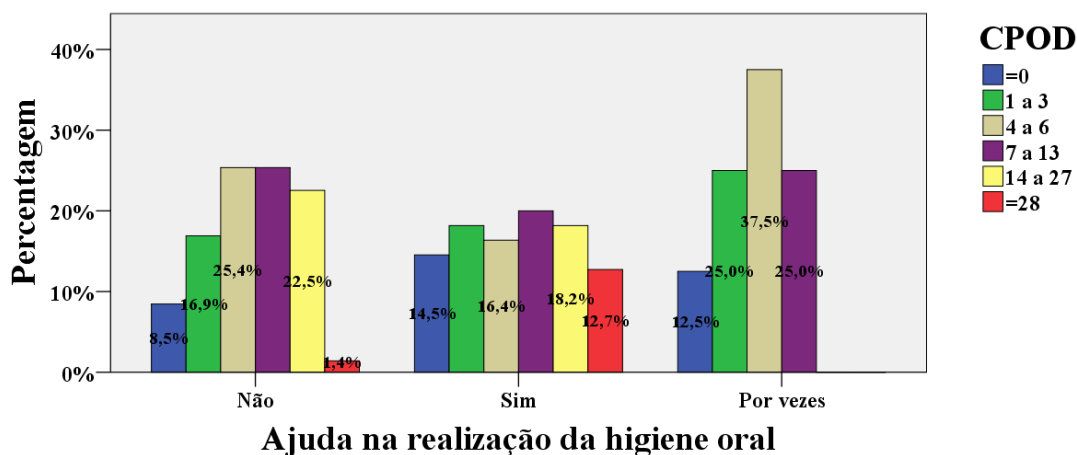


Figura 30 - Associação entre a ajuda na realização da higiene oral do paciente e o Índice de CPOD.

No que concerne o índice de placa de Silness e Løe e comparando o facto de terem ajuda na realização da higiene oral, verificou-se que os pacientes que não tinham ajuda apresentaram índice de placa mais elevado do que os outros pacientes. Quanto aos pacientes sem ajuda na realização da higiene oral, 2 (2,8%) apresentaram índice de placa igual a 1, em 28 (39,4%) pacientes registou-se índice igual a 2 e 41 (57,7%) pacientes

apresentavam 3 de índice de placa. Dos pacientes com ajuda, 6 (10,5%) pacientes apresentaram índice de placa igual a 1, 20 (35,1%) tinham um índice de placa de 2 e 31 (54,4%) pacientes apresentavam índice de placa igual a 3. Relativamente aos pacientes que por vezes têm ajuda, em 3 (33,3%) o índice de placa era igual a 1, 6 (66,7%) apresentavam índice de placa igual a 2 e nenhum paciente registou índice de placa igual a 3 (Figura 35).

Aplicado o teste do Qui-Quadrado da Independência, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas a respeito da associação entre a existência de ajuda na realização da higiene oral e o índice de placa de Silness e Løe ($p\text{-valor} = 0.002 \leq 0,05$).

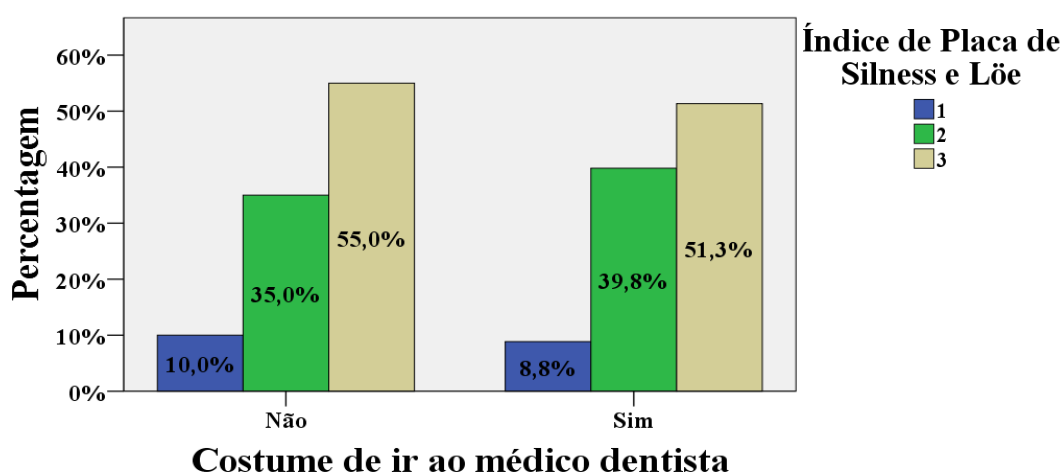


Figura 31 - Associação entre a ajuda na realização da higiene oral e o índice de Silness e Løe.

4.2.9 Associação entre o hábito de ir ao médico dentista e os índices de CPOD e de Silness e Løe

Quanto ao hábito de ir ao médico dentista, 20 (13%) pacientes referiram não terem esse hábito, 120 (77,9%) referiram terem e apenas 1 (0,6%) paciente mencionou nunca ter ido ao médico dentista. Verificaram-se 13 não-repostas a esta questão. Verificou-se que os pacientes que não costumam ir ao médico dentista apresentavam índice CPOD superior face aos restantes pacientes. Dos pacientes que não costumam ir ao médico dentista, 2 (10%) apresentaram CPOD igual a 0, apenas 1 (5%) apresentava CPOD entre 1 e 3, 4 (20%) apresentaram CPOD que variava entre 4 e 6, 8

(40%) pacientes tinham CPOD de 7 a 13, em 3 (15%) pacientes o CPOD variava de 14 a 27 e 2 (10%) pacientes apresentavam CPOD igual a 28. Relativamente aos pacientes que costumam ir ao médico dentista, 12 (10,7%) tinham CPOD igual a 0, 22 (19,6%) pacientes apresentaram CPOD entre 1 e 3, 24 (21,4%) tinham CPOD a variar entre 4 e 6, 22 (19,6%) pacientes apresentavam CPOD entre 7 e 13, 24 (21,4%) tinham CPOD entre 14 e 27 e 8 (7,1%) apresentavam CPOD igual a 28. O paciente que referiu nunca ter ido ao médico dentista, apresenta um CPOD entre 7 e 13 (Figura 32).

No teste do Qui-Quadrado da Independência, obteve-se um p-valor = 0,333 > 0,05, pelo que se conclui que o hábito de ir ao médico dentista e o índice de CPOD são independentes. De salientar que na execução deste teste não foi considerado o grupo que nunca foi ao médico dentista pelo facto do mesmo ser constituído apenas por 1 paciente.

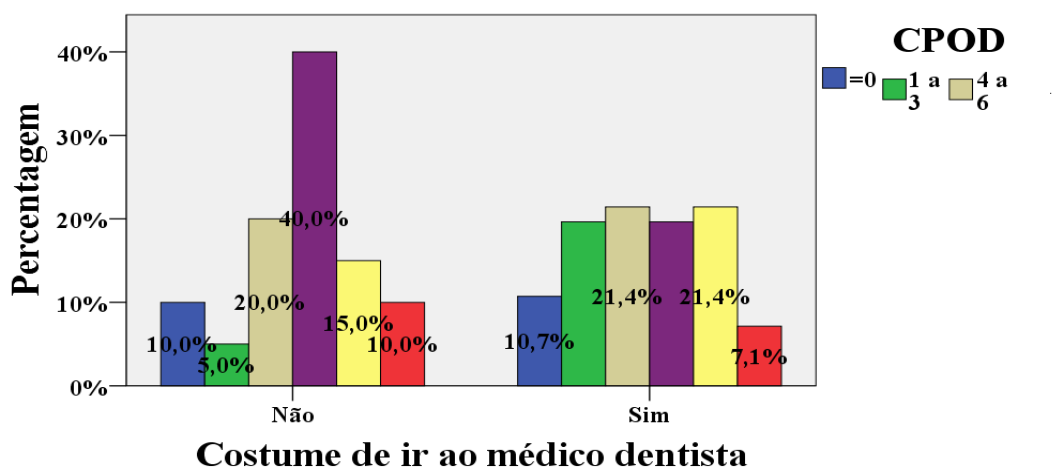


Figura 32 - Associação entre o hábito de ir ao médico dentista do paciente e o Índice de CPOD.

No que respeita ao índice de placa de Silness e Løe, verificou-se que os pacientes que não costumam ir ao médico dentista apresentavam índice de placa mais elevado. Relativamente aos pacientes que não costumam ir ao médico dentista, 2 (10%) apresentavam índice de placa igual a 1, 7 (35%) tinham índice de placa igual a 2 e 11 (55%) pacientes apresentaram índice de placa igual a 3. Dos pacientes que costumam ir, em 10 (8,8%) o índice de placa era igual a 1, 45 (39,8%) apresentavam índice de placa igual a 2 e em 58 (51,3%) pacientes registou-se índice de placa igual a 3. O paciente que

referiu nunca ter ido ao médico dentista apresentou índice de placa igual a 3 (Figura 33).

Aplicado o teste do Qui-Quadrado da Independência, verifica-se que não existe relação entre o hábito de ir ao médico dentista e o índice de placa de Silness e Løe (p -valor = 0,918 > 0,05). Também neste teste não foi considerado o grupo que nunca foi ao médico dentista pelo facto do mesmo ser constituído apenas por 1 paciente.

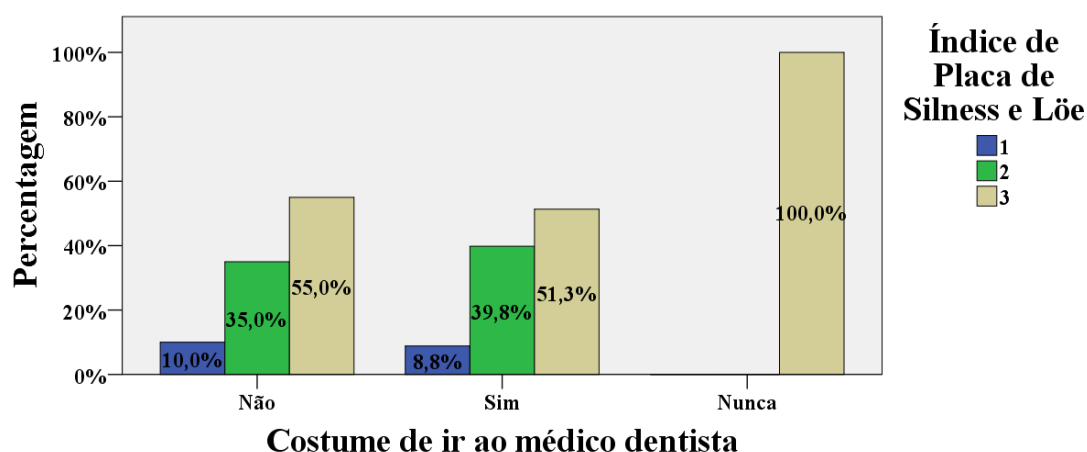


Figura 33 – Associação entre o hábito de ir ao médico dentista e o índice de Silness e Løe.

4.2.10 Associação entre o hábito de consumo de alimentos açucarados e os índices de CPOD e de Silness e Løe

No que concerne ao hábito de ingerir alimentos açucarados, 9 (5,9%) pacientes referiram não ingerir, 63 (41,4%) mencionaram que raramente ingerem, 56 (36,8%) responderam que às vezes ingerem e 24 (15,8%) pacientes ingerem todos os dias. Registaram-se a esta questão 2 não-respostas. Relativamente à distribuição do índice CPOD e o hábito de consumo de alimentos açucarados, os pacientes que referiram raramente ingerir apresentaram CPOD superior aos restantes. Dos pacientes que não ingerem alimentos açucarados, apenas 1 (11,1%) apresentava CPOD igual a 0, 2 (22,2%) apresentaram CPOD entre 1 e 3, 1 (11,1%) apresentava CPOD entre 4 e 6, 2 (22,2%) tinham CPOD entre 7 e 13, 3 (33,3%) tinham CPOD de 14 a 27 e nenhum apresentou CPOD igual a 28. Quanto aos pacientes que responderam que raramente ingerem alimentos açucarados, 6 (10,7%) apresentaram CPOD igual a 0, 11 (19,6%) tinham CPOD entre 1 e 3, 12

(21,4%) tinham CPOD de 4 a 6, 10 (17,9%) apresentaram CPOD entre 7 e 13, 8 (14,3%) apresentaram CPOD entre 14 e 27 e em 9 (16,1%) pacientes o CPOD era igual a 28. Dos pacientes que às vezes ingerem alimentos açucarados, 6 (10,9%) apresentaram CPOD igual a 0, 10 (18,2%) apresentaram CPOD entre 1 e 3, 12 (21,8%) apresentaram CPOD que variava entre 4 e 6, 15 (27,3%) pacientes tinham CPOD de 7 a 13, em 10 (18,2%) pacientes o CPOD variava de 14 a 27 e apenas 2 (3,6%) pacientes apresentavam CPOD igual a 28. Relativamente aos pacientes que costumam ingerir alimentos açucarados todos os dias, apenas 1 (4,3%) tinha CPOD igual a 0, 3 (13%) pacientes apresentaram CPOD entre 1 e 3, 6 (26,1%) tinham CPOD a variar entre 4 e 6, também 6 (26,1%) pacientes apresentavam CPOD entre 7 e 13, 7 (30,4%) tinham CPOD entre 14 e 27 e nenhum paciente apresentou CPOD igual a 28 (Figura 34).

Aplicado o teste do Qui-Quadrado da Independência, verifica-se que não existe relação entre o hábito de ingerir alimentos açucarados e o índice de CPOD (p-valor = 0,45 > 0,05).

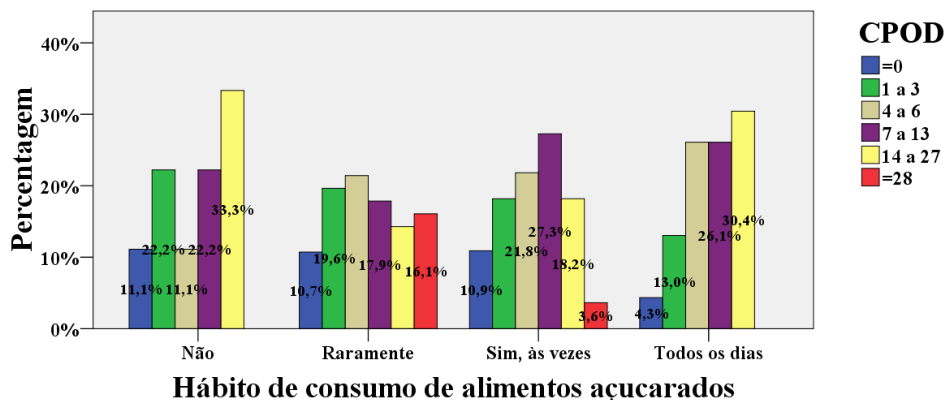


Figura 34 - Associação entre o hábito de consumo de alimentos açucarados do paciente e o índice de CPOD.

Verificou-se que os pacientes que por vezes ingerem alimentos açucarados apresentaram índice de placa de Silness e Løe superior face aos restantes pacientes. Quanto aos pacientes que não ingerem alimentos açucarados, o índice de placa foi igual a 1 em 2 (22,2%), igual a 2 em 55 (55,6%) pacientes e 2 (22,2%) apresentavam índice de placa igual a 3. Por sua vez, dos pacientes que raramente ingerem alimentos açucarados,

apresentavam índice de placa igual a 0 apenas 5 (8,8%) pacientes, verificou-se índice igual a 2 em 14 (24,6%) pacientes e 38 (66,7%) pacientes apresentavam índice de placa igual a 3. Relativamente aos pacientes que às vezes ingerem alimentos açucarados, 3 (5,5%) apresentavam índice de placa igual a 1, 27 (49,1%) tinham índice de placa igual a 2 e 25 (45,5%) pacientes apresentaram índice de placa igual a 3. Dos pacientes que costumam ingerir alimentos açucarados todos os dias, em 2 (8,7%) o índice de placa era igual a 1, 10 (43,5%) apresentavam índice de placa igual a 2 e em 11 (47,8%) pacientes registou-se índice de placa igual a 3 (Figura 35).

Da aplicação do teste do Qui-Quadrado da Independência, verifica-se que não existem evidências estatisticamente significativas a respeito da associação entre o hábito de ingerir alimentos açucarados e o índice de placa de Silness e Løe ($p\text{-valor} = 0.057 > 0,05$).

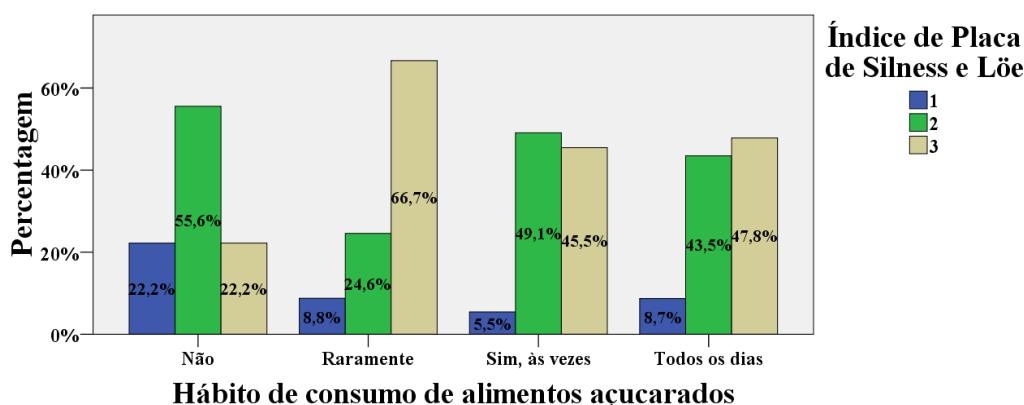


Figura 35 – Associação entre o hábito de consumo de alimentos açucarados e o índice de Silness e Løe.

4.2.11 Associação entre o motivo da última consulta ao médico dentista ser devido a dor e os índices de CPOD e Silness e Løe

Quanto ao motivo da última consulta ao médico dentista, em 84 (81,6%) pacientes estava associado a dor e em 19 (18,4%) não. Registaram-se 51 não-respostas a esta questão. Verificou-se que os pacientes que ultimamente consultaram o médico dentista por motivos associados a dor apresentavam índice CPOD superior relativamente aos restantes pacientes. Dos pacientes cujo motivo da última consulta estava associado a dor, 5 (6,3%) apresentaram CPOD igual a 0, 14 (17,5%) tinham CPOD entre 1 e 3,

em 18 (22,5%) pacientes o CPOD variava entre 4 e 6, 20 (25 %) pacientes apresentavam CPOD entre 7 e 13, também 20 (25%) pacientes tinham CPOD a variar entre 14 e 27 e apenas 3 (3,8%) pacientes apresentavam CPOD igual a 28. Relativamente aos pacientes cuja última consulta ao médico dentista não foi devida a dor, 4 (21,1%) apresentaram CPOD igual a 0, 3 (15,8%) tinham CPOD entre 1 e 3, em 3 (15,8%) pacientes o CPOD variava de 4 a 6, apenas 2 (10,5%) pacientes tinham CPOD entre 7 e 13, 3 (15,8%) apresentavam CPOD de 14 a 27 e 4 (21,1%) pacientes tinham CPOD igual a 28 (Figura 36).

No teste do Qui-Quadrado da Independência, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas a respeito da associação entre o motivo da última consulta ao médico dentista estar associado a dor e o índice de CPOD ($p\text{-valor} = 0.028 \leq 0,05$)

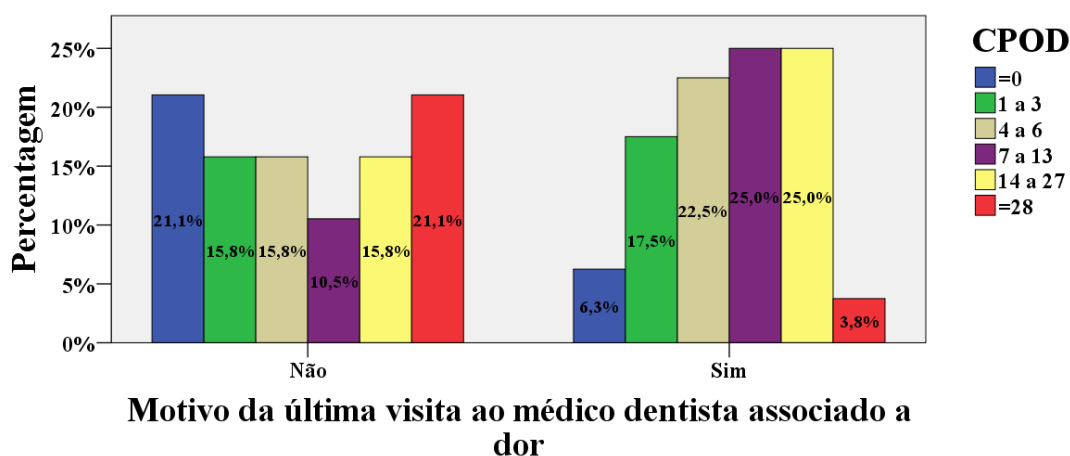


Figura 36 - Associação entre o motivo da última visita ao médico dentista estar associado a dor e o índice de CPOD.

Quanto ao índice de índice de placa de Silness e Løe, verificou-se que os pacientes cuja última consulta ao médico dentista foi devida a dor apresentavam índice de placa mais elevado do que os restantes pacientes. Relativamente aos pacientes que ultimamente consultaram o médico dentista por motivos associados a dor, 7 (8,9%) apresentavam índice de placa igual a 1 e 32 (40,5%) apresentavam índice de placa igual a 2 e 40 (50,6%) tinham índice de placa igual a 3. Quando aos pacientes cuja última consulta ao médico dentista não foi devida a dor, o índice de placa foi igual a 1 em

apenas 3 (15,8%) pacientes, 10 (52,6%) pacientes apresentavam índice de placa igual a 2 e 6 (31,6%) pacientes tinham índice de placa igual a 3 (Figura 37).

Da aplicação do teste do Qui-Quadrado da Independência, verifica-se que não existem evidências estatisticamente significativas a respeito da associação entre o motivo da última consulta ao médico dentista estar associado a dor e o índice de placa de Silness e Løe ($p\text{-valor} = 0.297 > 0,05$).

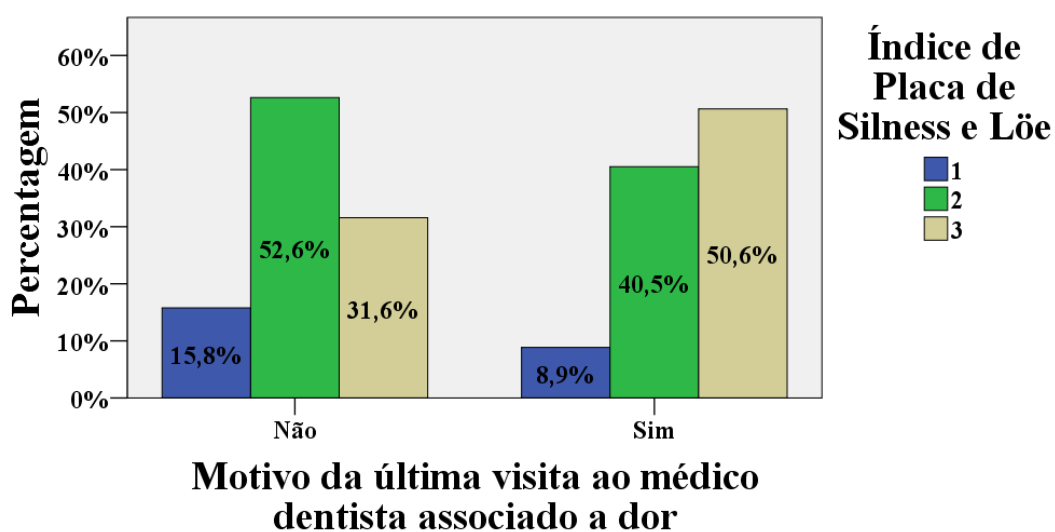


Figura 37 - Associação entre o motivo da última visita ao médico dentista estar associado a dor e o índice de Silness e Løe.

4.2.12 Associação entre o motivo da última consulta ao médico dentista ser devido a dor e a escovagem diária dos dentes

Todos os 18 (100%) pacientes que não escovam os dentes todos os dias consultaram ultimamente o médico dentista devido a uma situação de dor. Dos pacientes que escovam diariamente os dentes, 19 (22,6%) referiram não ter ido ultimamente ao médico dentista devido a uma situação de dor e verificaram-se 65 (77,4%) pacientes que foram devido a dor (Figura 38).

No teste do Qui-Quadrado da Independência, obteve-se um $p\text{-valor} = 0,025 \leq 0,05$ pelo que se rejeita a hipótese nula (H_0) de independência entre as variáveis. Perante estes resultados, existem evidências estatisticamente significativas relativas há associação entre o motivo da última consulta ao médico dentista ser devido a dor e a escovagem diária dos dentes.

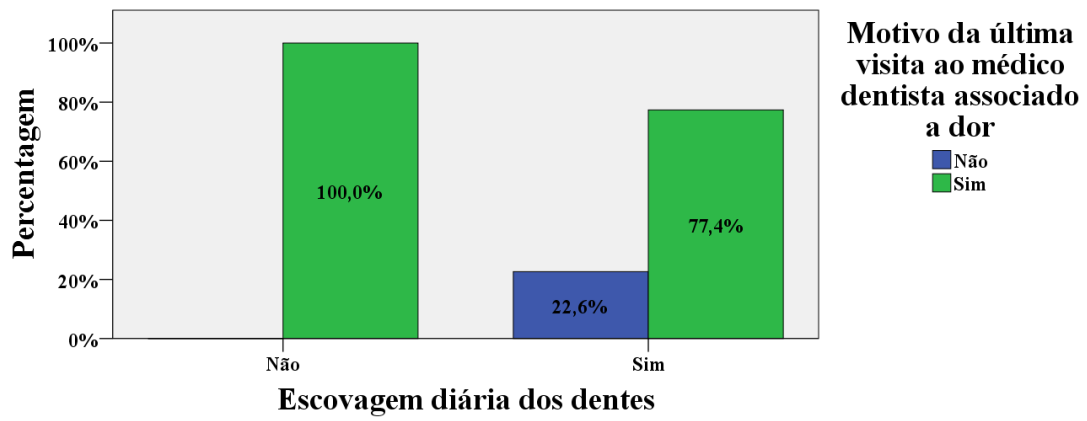


Figura 38 - Distribuição da associação entre o motivo da última consulta ao médico dentista ser devido a dor e a escovagem diária dos dentes.

5. Discussão

5.1 Discussão de Material e Métodos

5.1.1 Dimensão da amostra

A amostra é de 154 indivíduos, sendo 117 da APPACDM e 37 do IVF e é uma amostragem por conveniência. A disparidade numérica entre instituições deve-se ao facto de o IVF ser uma instituição mais pequena, tendo participado no estudo todos os utentes que cumpriam os critérios de inclusão, ficando de fora além dos que não cumpriam apenas os que não se encontravam na instituição nos dias do estudo. Assim como na APPACM não foi possível observar todos os utentes devido aos motivos acima referidos. A dimensão da amostra é semelhante aquela usada por outros investigadores nesta área: o estudo de *Giro et al.* sobre o consumo de carboidratos por parte de pacientes especiais institucionalizados e não institucionalizados utilizou uma amostra de 100 indivíduos, o de *Compos et al.* no seu estudo sobre prevalência de cárie e a utilização de medicamentos em pacientes especiais institucionalizados e não institucionalizados usa 101 indivíduos e o de *Macho et al.* estuda 224 indivíduos sobre a prevalência de cárie em crianças com trissomia 21 e os seus irmãos^(42, 45, 46). Em relação a estudos como os de *Lewis et al.* acerca da saúde oral em pacientes psiquiátricos com 469 indivíduos ou o de *Velasco et al.* sobre o status periodontal em pacientes psiquiátricos com 565, a nossa amostra é claramente mais reduzida^(47, 48). No entanto voltamos a frisar que a amostra que usámos é uma amostra de conveniência: observámos o máximo de indivíduos que pudemos, nas condições que encontrámos e que não eram possíveis de alteração.

5.1.2 Recolha de dados

A recolha de informação a nível intra-oral quanto aos dentes cariados, perdidos e obturados, foi feita através do índice de CPOD. Esta escolha teve em conta o facto de ser mais fácil e rápida de executar o que é uma mais valia nestes pacientes que nem sempre colaboram na recolha⁽⁴³⁾. O índice de ICDAS era a alternativa mais adequada e que daria mais informações, mas

para estes indivíduos não seria fácil conseguir efetuar a recolha de dados necessária para o seu correto preenchimento⁽⁴⁹⁾.

5.2 Caracterização da amostra

5.2.1 Género

Tal como descrito no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* na sua 5ª edição (DSM-5), onde se pode constatar que globalmente os homens apresentam maior probabilidade de ter Incapacidade Intelectual, tanto na forma ligeira como grave, também na nossa amostra podemos verificar uma maior percentagem de indivíduos do sexo masculino (68,8%) afetados em relação ao sexo feminino (31,2%)⁽²⁶⁾. Esta diferença de género também é visível nos dados do Censos 2001 que nos indica que 6,7% da população masculina e 5,6% da população feminina padecem de algum tipo de incapacidade⁽¹³⁾.

5.2.2 Idade

Relativamente à idade, a média foi de 34 ± 12 anos, tendo o indivíduo mais novo 16 anos e o mais velho 72. Os grupos com maior número de indivíduos são os grupos dos 30 aos 39 anos (33,1%) e o grupo que engloba os indivíduos com idade superior ou igual a 40 anos (29,2%). No grupo com idade igual ou superior a 40 anos encontram-se vários indivíduos com trissomia 21, o que vai de encontro ao descritor por *Andrade DJ*, que refere que a esperança de vida dos portadores de trissomia 21 tem aumentado significativamente nas últimas décadas⁽⁴⁰⁾.

5.2.3 Tipo de incapacidade

Quanto ao tipo de incapacidade é de referir que não existem participantes apenas com incapacidade motora. Todos apresentam incapacidade intelectual ou simultaneamente incapacidade intelectual e

incapacidade motora. Assim, 71,6% dos participantes apresentavam incapacidade intelectual e 28,4% apresentavam incapacidade intelectual e motora.

5.2.4 Medicação

Já no que diz respeito à toma de medicação, este valor só é relativo à APPACDM uma vez que dos participantes pertencentes ao IVF não se registou informação relativa a esta questão. Este facto é explicado pela impossibilidade de aceder aos registos relativos a este parâmetro. Assim, 26,6% dos participantes não tomava qualquer tipo de medicação e 42,2% admitia estar medicado. Os dados do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental referem um elevado consumo de psicofármacos a nível Nacional⁽³¹⁾.

5.2.5 Escovagem diária

Quanto aos hábitos de higiene oral, verificou-se que quanto à escovagem, 86,9% dos participantes refere escovar os dentes todos os dias e 13,1% diz não o fazer. Este valor fica aquém do indicado no *Barómetro Nacional*, que indica que 97,3% dos portugueses tem por hábito escovar os dentes⁽²⁾. Verificou-se uma não resposta a esta questão por resposta não coerente por parte do participante.

5.2.6 Ajuda na realização da higiene oral

Relativamente à existência de ajuda para a realização da higiene oral, segundo *Dogan Mc et al. e Martens L et al.* os indivíduos com incapacidade intelectual não têm capacidade de efetuar a sua higiene oral sozinhos. Essa é a principal razão para explicar o quadro clínico frequentemente observado nestes pacientes, que normalmente apresentam uma deficiente higiene oral^(50, 51). Dos participantes, 42,7% responderam que têm ajuda, 51% que normalmente não têm ajuda e 6,3% que por vezes têm ajuda.

5.3 Índices de CPOD e Placa de Silness e Løe

5.3.1 Amostra

Em relação ao índice de CPOD, a amostra apresenta uma média de 10 ± 9 , sendo o valor mais baixo 0 e o mais alto 28. Este valor elevado de CPOD está de acordo com o verificado por *Giro et al.* no seu estudo sobre prevalência de cárie em pacientes especiais⁽⁴⁵⁾. Verificaram-se nove não respostas a esta questão devido à não possibilidade de recolha de dados a nível do exame intra-oral, uma vez que estes participantes não permitiram a observação da cavidade oral com o pormenor que se exigia. Alguns tornaram-se mesmo agressivos. Quanto ao índice de Placa de Silness e Løe a maioria dos participantes apresentou um índice de 3. Verificaram-se oito não respostas, menos uma que no item anterior, devido ao facto de um dos participantes não ter deixado fazer exame intra-oral, mas ter sido possível visualmente durante o contacto com o mesmo observar a existência de placa bacteriana (visível a olho nu).

5.3.2 Género

O índice de CPOD é superior no género masculino em relação ao género feminino. A relação entre estas duas variáveis não apresenta significância estatística ($p\text{-valor}=0,082 > 0,05$), o que significa que as variáveis são independentes. No índice de placa de Silness e Løe verificou-se que os pacientes do género masculino apresentaram índice de placa ligeiramente superior aos pacientes do género feminino, existindo evidências estatisticamente significativas a respeito da associação entre os grupos etários e o índice de CPOD ($p\text{-valor} = 0,001 \leq 0,05$). *Ozgul et al.* no seu estudo em pacientes com atraso mental, concluiu que não há significância estatística entre o género e o índice de placa ou o CPOD, enquanto que no nosso caso temos significância estatística na associação género/índice de placa e não temos associação entre o género e índice CPOD⁽⁵²⁾.

5.3.3 Idade

Verificou-se que o índice de CPOD é mais elevado no grupo etário de idade igual ou superior a 40 anos. Este valor vai de encontro ao que era esperado, uma vez que os desdentados totais e portadores de prótese total se encontram maioritariamente neste grupo. O mesmo foi verificado por *Gibilini et al.* no seu estudo, sobre acesso a serviços de medicina dentária por parte de adolescentes, adultos e idosos, onde se obtiveram valores de CPOD mais elevados nos grupos de adultos (35 a 44 anos) e idosos (65 a 74 anos) comparativamente com o grupo dos adolescentes (15 a 19 anos)⁽⁵³⁾. O grupo com índice de CPOD mais baixo foi o dos 20 aos 29 anos. Existem evidências estatisticamente significativas a respeito da associação entre os grupos etários e o índice de CPOD ($p\text{-valor} = 0,001 \leq 0,05$). No grupo mais jovem, dos 10 aos 19 anos os valores do índice de CPOD obtidos são semelhantes ao encontrado por *Barata et al.*, que observou um índice de CPOD médio de $4,05 \pm 3,03$ em adolescentes do conselho de Mangualde dos 12 aos 15 anos e $4,05 \pm 3,86$ em adolescentes dos 16 aos 19 anos⁽⁵⁴⁾. Verificou-se que o grupo etário com idade entre os 10 e os 19 anos foi o que apresentou índice de placa de Silness e Løe mais elevado e o grupo com idade igual ou superior a 40 anos o que apresentou menor índice de placa. A relação entre estas duas variáveis não apresenta significância estatística ($p\text{-valor} = 0,6 > 0,05$), o que significa que as variáveis são independentes.

5.3.4 Local de residência

No que concerne à distribuição do índice CPOD e o local de residência do paciente, verificou-se que o grupo de pacientes que residia apenas na instituição foi o que apresentou valores de CPOD mais elevado. O mesmo verificou *Giro et al.*, no seu estudo, no qual os pacientes institucionalizados apresentam um índice de CPOD médio de 8,39 e os não-institucionalizados um índice de CPOD de 5,96⁽⁴⁵⁾. A associação entre as variáveis local de residência e índice CPOD apresenta o valor de $p\text{-valor} = 0,001 < 0,05$. Perante estes resultados, existem evidências estatisticamente significativas relativas a esta associação. Já quanto ao índice de placa de Silness e Løe

verificou-se que o mesmo grupo, (residentes apenas na instituição) apresentou índice de placa mais elevado. A relação entre estas duas variáveis já não apresenta significância estatística ($p\text{-valor}=0,997>0,05$), o que significa que as variáveis são independentes.

5.3.5 Medicação

Quanto à relação entre toma de medicação e índice de CPOD verificou-se que os pacientes que tomavam medicação tinham um índice de CPOD mais elevado. Segundo o verificado por *Campos et al.* no seu estudo sobre a correlação entre a prevalência de cárie e a utilização de medicamentos, a relação entre estas duas variáveis não é fundamental, havendo outros fatores mais importantes para a saúde oral⁽⁴⁶⁾. A relação entre estas duas variáveis não apresenta significância estatísticas ($p\text{-valor}=0,735>0,05$), o que significa que as variáveis são independentes. Verificou-se que o grupo formado pelos pacientes que tomam medicação apresentou índice de placa de Silness e Løe mais elevado. A relação entre estas duas variáveis não apresenta significância estatística ($p\text{-valor}=0,625>0,05$).

5.3.6 Tipo de incapacidade

No que concerne à distribuição do índice CPOD e a incapacidade do paciente, verificou-se que o grupo de pacientes que apresentavam simultânea incapacidade motora e psíquica foi o que apresentou valores de CPOD mais elevados. Estes facto pode ser explicado porque quando a parte motora está afetada para além das condicionantes que a incapacidade intelectual já acarreta, é mais difícil efetuar a higiene oral. Assim como podemos verificar nos estudos de *Xavier et al.* e *Wittchen e Jacobi*, também no nosso estudo a relação entre estas duas variáveis não apresenta significância estatística ($p\text{-valor}=0,167>0,05$), o que significa que as variáveis são independentes ^(28, 29). O mesmo se verifica quanto ao índice de Silness e Løe, em que se verificou que o grupo de pacientes com incapacidade

intelectual apresentou índice de placa mais elevado. Também neste a relação entre estas duas variáveis não apresenta significância estatística (p-valor=0,552>0,05).

5.3.7 Patologias vs CPOD

Relativamente à associação entre índice de CPOD e patologia, podemos verificar que o índice mais elevado se verifica nos pacientes com Esquizofrenia e com Trissomia 21, com um valor de 13,2. Os valores relativos ao CPOD na esquizofrenia são semelhantes aos obtidos por *Arnaiz et al.* no seu estudo sobre saúde oral e os sintomas da esquizofrenia, onde observou um valor de índice de CPOD de 13,5⁽⁵⁵⁾. Outros estudos indicam valores de CPOD mais elevados nestes pacientes, como *Velasco et al.* que obteve um índice de CPOD de 25,3 ou *Lewis et al.* com um índice de CPOD de 19,1, ambos em estudos sobre pacientes psiquiátricos^(47, 48). Em relação aos participantes com Trissomia 21 os resultados por nós obtidos não estão de acordo com o esperado. Segundo o estudo de *Macho et al.* sobre prevalência de cárie em crianças com trissomia 21 e nos seus irmãos, o valor de CPOD era igual a 0 no grupo de portadores do síndrome⁽⁵⁶⁾. Assim como *Vázquez et al.* no seu estudo sobre prevalência de cárie em adultos com incapacidade intelectual, observou que o grupo com índice de CPOD mais baixo foi o dos pacientes com Trissomia 21 com CPOD=3,96⁽⁵⁷⁾. Algumas características podem justificar o alto índice de CPOD obtido: o grupo de participantes com trissomia 21 foi constituído por catorze indivíduos, dos quais cinco estão a tempo inteiro nas instituições e nove só frequentam durante o dia. Os cinco que estão a tempo inteiro realizam a sua higiene oral três vezes ao dia, enquanto que os outros nove realizam em média 1,9 vezes ao dia sendo uma delas depois de almoço. Isto significa que a escovagem da noite (a mais importante) por vezes é esquecida. Dos catorze participantes apenas oito referem ter ajuda na execução da sua higiene oral, parâmetro que se revela muitas vezes fundamental para uma correta higienização como falado anteriormente. Metade dos participantes têm acima dos 30 anos, dois são portadores de prótese total e um é desdentado total O CPOD mais baixo é

encontrado na Microcefalia sendo de 2,8. Podemos também observar que há um maior número de indivíduos com CPOD 0 no grupo com Incapacidade intelectual moderada a grave e que o extremo oposto CPOD 28 também pertence a este grupo.

5.3.8 Comorbilidade

No que se prende com as comorbilidades, verificou-se que 18,8% dos participantes apresentavam duas patologias e 7% apresentavam três ou mais. Segundo dados do *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* a comorbilidade entre doenças psiquiátricas é de 5,3% dos entrevistados com duas perturbações psiquiátricas e 2,9% com três ou mais⁽³¹⁾. Verificamos assim que os valores observados na nossa amostra são superiores ao encontrados a nível nacional.

5.3.9 Ajuda na realização da higiene oral

Contrariamente aos estudos de *Dogan Mc et al.* e *Martens L et al.* que referem que os indivíduos com incapacidade intelectual não têm capacidade de efetuar a sua higiene oral sozinhos, o grupo com um índice de CPOD mais elevado é o dos pacientes que têm ajuda para realizar a higiene oral^(50, 51). A relação entre estas duas variáveis não apresenta significância estatística ($p\text{-valor}=0,235>0,05$), o que significa que as variáveis são independentes. Em relação ao índice de placa de Silness e Løe, verifica-se que o grupo que tem ajuda apresenta um índice de placa menor em relação aos restantes, como seria esperado segundo os autores *Dogan Mc et al.*, e *Martens L et al.* visto que com ajuda é possível efetuar uma técnica de escovagem eficaz^(50, 51). Verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas a respeito da associação entre a existência de ajuda na realização da higiene oral e o índice de placa de Silness e Løe ($p\text{-valor} = 0,002 \leq 0,05$).

5.4 Hábitos de higiene oral

5.4.1 Escovagem

Relativamente à escovagem dos dentes, verificou-se que os pacientes que escovavam os dentes diariamente apresentaram índice CPOD superior face aos pacientes que não o faziam. Este facto pode dever-se a um viés de informação, o qual podemos atribuir a vários fatores, tais como: o facto de estarmos a lidar com pacientes com défice cognitivo e portanto as respostas não serem fidedignas; devido ao facto dos auxiliares poderem não ter a certeza dos dados que estão a fornecer e também tanto os participantes como os funcionários poderem responder aquilo que acham ser o correto e não a verdade. A relação entre estas duas variáveis não apresenta significância estatística ($p\text{-valor}=0,728>0,05$), o que significa que as variáveis são independentes. Verifica-se a situação oposta relativamente ao índice de placa de Silness e Løe: os pacientes que não escovavam os dentes diariamente apresentaram índice de placa de Silness e Løe superior face aos pacientes que o fazem. O que está de acordo com o estudado por *Marsh*. no seu estudo sobre controlo de placa, no qual concluiu que uma pobre higiene oral aumenta o índice de placa⁽⁵⁸⁾. Também a relação entre estas duas variáveis não apresenta significância estatística ($p\text{-valor}=0,086>0,05$).

5.4.2 Frequência

No que respeita à frequência da realização da higiene oral, 28,1% dos participantes respondeu que a realiza uma vez por dia, 32,9% duas vezes por dia e 39% três vezes por dia. A amostra estudada comporta-se de forma análoga à população em geral, facto que está patente nos dados do Barómetro Nacional, que indicam que 25,5% dos Portugueses escova os dentes uma vez ao dia e 72,7% escova duas ou mais vezes ao dia⁽²⁾. Valores semelhantes foram também observados no Estudo Nacional de Prevalência

das Doenças Orais em crianças de 15 anos: 21% escovam os dentes uma vez ao dia e 69% escovam duas ou mais vezes⁽⁵⁹⁾. Também no estudo de Barata et al., podemos encontrar valores idênticos: 22,4% dos participantes escovam os dentes uma vez ao dia e 74,4% escovam duas ou mais vezes ao dia⁽⁵⁴⁾. Verificou-se que os pacientes que realizam a higiene oral apenas uma vez por dia apresentavam índice CPOD superior face aos restantes pacientes. A realização uma única escovagem não é o suficiente e não está de acordo com o indicado no *Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral* que refere que para uma boa higiene oral, devem ser efetuadas escovagens depois de cada refeição e obrigatoriamente deve ser realizada a escovagem antes de deitar⁽¹⁰⁾. Obteve-se um p-valor = 0,222 > 0,05, pelo que se conclui que a frequência de realização da higiene oral e o índice de CPOD são variáveis independentes.

5.4.3 Utilização de colutório

Quanto à utilização de colutório, apenas 8,9% o utilizam, valor muito inferior aos dados do *Barómetro Nacional*, que indicam que 45,4% dos portugueses utilizam colutório na realização da sua higiene oral⁽²⁾. Este baixo nível de utilização de colutório pode dever-se a vários fatores, como: desconhecimento dos produtos presentes no mercado, os mesmos, não estarem disponíveis, razões económicas, entre outras.

5.4.4 Utilização de fio dentário

A utilização de fio dentário só foi admitida por 1,4% dos participantes. Também este valor é muito inferior aos dados do *Barómetro Nacional*, que indicam que 23,3% dos portugueses utilizam fio dentário⁽²⁾. Esta falta de utilização deve-se muito em parte à falta de conhecimento do que é o fio dentário, sendo que aquando da aplicação do questionário deparámo-nos com a realidade de que muitos indivíduos nunca sequer tinham ouvido falar deste importante auxiliar para a higiene oral. Além deste facto também a falta

de conhecimento de como utilizar e o fatores económicos podem estar relacionados.

5.4.5 Tempo de escovagem

Também foi questionado o tempo médio de escovagem, sendo que na maioria dos casos não sabiam responder e outros a resposta foi dada pelas auxiliares responsáveis. Devem ser seguidas as recomendações descritas por *Harris et al.* e efetuar escovagem com uma duração no mínimo de três minutos⁽⁶⁾. A escovagem deve ser efetuada segundo a técnica de Fones, assim devem ser feitos movimentos circulares nas faces vestibulares e palatinas/linguais de todos os dentes, em lingual e palatino dos dentes anteriores a escova deve ser posicionada verticalmente em relação ao dente, na face oclusal os movimentos são efetuados antero-posteriormente(movimentos de vai-vem).

5.4.6 Período de realização da higiene oral

Verificou-se que 103 (70,5%) pacientes realizam a sua higiene oral de manhã, 100 (68,5%) realizam também após o almoço, 101 (69,2%) efetuam a higiene oral à noite e apenas 4 (2,7%) pacientes referiram realizar a higiene oral após o lanche. A estas quatro questões verificaram-se oito não respostas. Isto deve-se ao facto de doze dos vinte participantes que não escovam os dentes, terem respondido a esta questão, por escovarem os dentes sem um padrão de escovagem certo.

5.4.7 Escovagem de manhã

No que concerne à distribuição do índice CPOD e a realização de higiene oral de manhã, verificou-se que o grupo de pacientes que não a realiza apresentou índice de CPOD mais elevado. A relação entre estas duas

variáveis não apresenta significância estatística ($p\text{-valor}=0,413>0,05$), o que significa que as variáveis são independentes. Relativamente ao índice de placa de Silness e Løe verificou-se que o grupo formado pelos pacientes que efetuam a higiene oral de manhã apresentou índice de placa ligeiramente superior aos restantes. A relação entre estas duas variáveis não apresenta significância estatística ($p\text{-valor}=0,840>0,05$), o que significa que as variáveis são independentes.

5.4.8 Escovagem à noite

Quanto à escovagem dos dentes à noite, 60,4% dos participantes refere efetuá-la. Este valor é superior ao encontrado no *Estudo Nacional Prevalência das Doenças Orais* no qual foi verificado que em crianças com 12 e 15 anos a percentagem de escovagem era de 51% e 45%, respetivamente⁽⁵⁹⁾. Comparando estes resultados com os obtidos no estudo de *Barata et al.*, que observaram um valor de 15,4% de adolescentes que escovavam os dentes após o jantar, o valor obtido também é mais elevado⁽⁵⁴⁾. Como é referido no *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*, a escovagem antes de deitar é considerada obrigatória⁽¹⁰⁾.

5.4.9 Material adaptado

Nenhum dos participantes tem ao seu dispor material adaptado ou escova elétrica para a realização da sua higiene oral, o que em muitos casos poderia ser uma mais valia para o aumento da qualidade de vida. Simples adaptações faladas anteriormente e descritas no *Manual de Boas Práticas em Saúde Oral*, podem ajudar na autonomia, uma vez que grande parte destes indivíduos não tem habilidade/capacidade para fazer uma higienização correta e nem sempre tem ajuda em todos os momentos da sua higiene oral⁽⁹⁾. Segundo *Dogan MC et al.*, a escova elétrica é a melhor opção para indivíduos com incapacidade intelectual promovendo uma remoção mais efetiva da placa comparativamente com outros dois tipos de escovas estudados⁽⁵⁰⁾.

5.4.10 Dentífrico fluoretado

Verificou-se que a grande maioria dos participantes utiliza pasta de dentes com flúor (98,6%). Segundo as recomendações do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, os dentífricos devem conter entre 1000 e 1500ppm de flúor e devem ser utilizados desde a erupção do primeiro dente decíduo⁽¹⁰⁾.

5.4.11 Troca de escova

No que diz respeito à troca de escova de dentes, apenas 26% admite trocá-la a cada 3 meses. A maioria (59,6%) respondeu que não é responsável pela troca, sendo que desta percentagem a generalidade são indivíduos que residem nas instituições e lá a troca é feita de três em três meses por norma de conduta por parte da direção das próprias instituições. Esta troca de três em três meses está de acordo com o descrito por *Harris et al.*⁽⁶⁾. Também *Barros et al.* no seu estudo sobre escovas dentárias refere que a troca deve ser efetuada a cada três meses, podendo ser esta troca individualizada consoante as cerdas vão perdendo a função⁽⁶⁰⁾. Assim como a *American Academy of Pediatric Dentistry* recomenda a troca de escova a cada três meses ou mais cedo caso as cerdas estejam danificadas⁽⁶¹⁾.

5.5 Consulta ao Médico dentista

5.5.1 Hábito de ir ao médico dentista

Quanto às idas ao médico dentista, verificou-se que os pacientes que não têm por hábito ir a consultas apresentavam índice CPOD superior face aos restantes pacientes. Este facto pode dever-se a estes pacientes por não irem ao médico dentista, apresentarem altos níveis de cárie, devidos a uma incorreta higienização da cavidade oral, o que vai levar a um índice de CPOD

mais elevado. A relação entre estas duas variáveis não apresenta significância estatística ($p\text{-valor}=0,333>0,05$), o que significa que as variáveis são independentes. Já no que respeita ao índice de placa de Silness e Løe, verificou-se que os pacientes que não costumam ir ao médico dentista apresentavam índice de placa mais elevado. O facto de também o índice de placa ser elevado, reafirma a possível incorreta higiene oral por parte deste grupo de participantes, que poderia ser colmatada com instruções corretas na consulta de medicina dentária. Tal como *Mun et al.* observou no seu estudo sobre redução da placa dentária em pacientes especiais, em que através da visualização de um vídeo e distribuição de folhetos informativos regularmente, obteve uma redução do índice de placa dentária nos indivíduos em estudo⁽⁶²⁾. Também a relação entre estas duas variáveis não apresenta significância estatística ($p\text{-valor}=0,918>0,05$).

5.5.2 Motivo

Quanto ao motivo da última consulta ao médico dentista verificou-se que os pacientes que ultimamente consultaram o médico dentista por motivos associados a dor apresentavam índice CPOD superior relativamente aos restantes pacientes. Verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas a respeito da associação entre o motivo da última visita ao médico dentista estar associado a dor e o índice de CPOD ($p\text{-valor} = 0,028 \leq 0,05$). Quanto ao índice de placa de Silness e Løe, verificou-se que os pacientes cuja última consulta ao médico dentista foi devida a dor apresentavam índice de placa mais elevado do que os restantes pacientes. A relação entre estas duas variáveis não apresenta significância estatística ($p\text{-valor}=0,297>0,05$), o que significa que as variáveis são independentes.

5.5.3 Motivo vs Escovagem

No que respeita à associação entre o motivo da última consulta ao médico dentista ser devido a dor e a escovagem diária dos dentes, todos os participantes que não escovam os dentes todos os dias e foram ao médico

dentista, fizeram-no por motivo de dor. A relação entre estas duas variáveis apresenta significância estatística ($p\text{-valor}=0,025<0,05$). Há associação entre o motivo da última consulta ao médico dentista ser devido a dor e a escovagem diária dos dentes.

5.6 Alimentação

5.6.1 Hábitos

Em relação ao hábito de ingerir alimentos açucarados os pacientes que referiram raramente ingeri-los apresentaram um índice de CPOD superior aos restantes. A relação entre estas duas variáveis não apresenta significância estatística ($p\text{-valor}=0,45>0,05$), o que significa que as variáveis são independentes. Tal facto vem de encontro ao estudo de *Giro et al.* que verificou uma relação positiva entre o consumo de doces e o índice de CPOD⁽⁴⁵⁾. Verificou-se que os pacientes que por vezes ingerem alimentos açucarados apresentaram um índice de placa de Silness e Løe superior face aos restantes pacientes. O mesmo verificou *Mahajan et al.* no seu estudo sobre o efeito do consumo de bebidas açucaradas na placa bacteriana, onde refere que a ingestão destes alimentos são o fator chave na iniciação e desenvolvimento da placa bacteriana⁽⁶³⁾. A relação entre estas duas variáveis não apresenta significância estatística ($p\text{-valor}=0,057>0,05$), o que significa que as variáveis são independentes.

6. Conclusão

6.1 Determinantes em Saúde Oral

6.1.1 Aspectos sociodemográficos- Não foi possível analisar este parâmetro, uma vez que os participantes não sabiam responder às questões e não foi possível ter acesso aos dados para preenchimento dos campos do questionário.

6.1.2 Escovagem- Observou-se que 86,9% dos participantes refere escovar os dentes todos os dias e 13,1% não o faz. No que respeita à frequência, 28,1% dos participantes efetua-a uma vez por dia, 32,9% duas vezes por dia e 39% três vezes por dia. No que diz respeito à troca de escova de dentes, apenas 26% admite trocar a cada 3 meses. A maioria (59,6%) respondeu que não é responsável pela troca, sendo esta efectuada pela instituições e lá a troca é feita de três em três meses por norma de conduta por parte da direção das próprias instituições. Verificou-se que 98,6% dos participantes utilizavam dentífrico fluoretado. Também foi questionado o tempo médio de escovagem, sendo que na maioria dos casos não sabiam responder e outros a resposta foi dada pelas auxiliares responsáveis.

6.1.3 Utilização de fio dentário- Esta prática só foi admitida por 1,4% dos participantes.

6.1.4 Aplicação de flúor tópico- Esta questão não foi objeto de estudo.

6.1.5 Consulta ao médico dentista- Observou-se que 77,9% dos participantes têm por hábito ir ao dentista e apenas 0,6% nunca foi.

6.1.6 Aplicação de selantes de fissuras- O número de participantes observados com dentes protegidos com selantes de fissuras foi bastante reduzido e pertenciam todos aos grupos etários mais baixas.

6.1.7 Consumo de alimentos cariogénicos- Observou-se que 5,9% dos pacientes referiram não ingerir, 41,4% mencionaram que raramente ingerem,

36,8% responderam que às vezes ingerem e 15,8% pacientes ingerem todos os dias.

6.2 Cuidados e tipo de apoio na higiene oral a nível das instituições.

Podemos observar que em ambas as instituições existe preocupação com a saúde oral dos utentes. Para os que estão a tempo inteiro são seguidas as três escovagens por dia, sendo uma delas antes de dormir. Por norma têm a ajuda de uma auxiliar, mas esta poderá ter a sua ação limitada, ou pelos indivíduos, não quererem ser ajudados ou pelo facto da sua ajuda ser requerida a muitos utentes ao mesmo tempo. Os que só passam o dia na instituição efetuam uma escovagem no final de almoço. Tanto para os que estão a tempo inteiro como para quem só passa o dia na instituição existe escova de dentes e dentífrico que se encontra identificado e arrumado de maneira a que não haja trocas. Só alguns utentes é que dispunham de colutório, não nos tendo apercebido de nenhum a utilizar fio, assim como não existia nenhum tipo de material adaptado. Em ambas as instituições notámos a preocupação com a questão alimentar. Há a clara tendência para definição de uma alimentação equilibrada e não cariogénica, com a ementa semanal a conter fruta em substituição de doces.

Também são tidos cuidados no sentido de levar os utentes ao médico dentista, tanto referenciando às famílias o problema como levando a própria instituição os utentes às consultas.

Por parte da APPACDM foi nos pedido que fizéssemos uma pequena sessão de esclarecimento aos auxiliares sobre saúde oral, para ensinar técnicas de escovagem, como cuidar das próteses e esclarecer algumas dúvidas. Fizemo-lo com todo o prazer e ficámos muito agradados com o facto de os auxiliares serem bastante receptivos e participativos, mostrando-se preocupados e atentos à saúde oral dos utentes.

Podem ser feitas algumas melhorias quanto às práticas de higiene oral, como implementar a utilização de fio dentário, a utilização de material adaptado, escovas elétricas, sessões de esclarecimento e demonstrações aos utentes. Foi-nos pedido, por parte das administrações das instituições o *feedback* dos resultados do nosso estudo. Estaremos em contato com eles e

obviamente disponíveis para colaborarmos na implementação de algumas destas sugestões de melhorias, em particular as sessões de esclarecimento quer para os cuidadores, quer para os elementos familiares que mais de perto lidam com estes indivíduos. Foi para nós uma honra e um orgulho termos podido, dentro das nossas capacidades, melhorar um bocadinho a qualidade de vida destas pessoas, ajudando ao esclarecimento de algumas dúvidas e melhorando algumas das práticas já vigentes.

7. Bibliografia

1. Organization WH. Oral health, Fact sheet N° 318 [internet]. World Health Organization; 2012. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>.
2. OMD OdMD-. Barómetro Nacional Saúde Oral. Ordem dos Médicos Dentistas - OMD; 2014.
3. Petersen PE, Kwan S. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention--WHO recommendations for improved evidence in public health practice. Community dental health. 2004;21(4 Suppl):319-29.
4. Nicolau B, Marcenes W, Bartley M, Sheiham A. Associations between socio-economic circumstances at two stages of life and adolescents' oral health status. Journal of public health dentistry. 2005;65(1):14-20.
5. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community dentistry and oral epidemiology. 2003;31 Suppl 1:3-23.
6. Harris NO G-GF. Primary preventive dentistry. 6 th ed. New Jersey: Pearson-Prentice Hall; 2004.
7. Okullo I, Astrom AN, Haugejorden O. Influence of perceived provider performance on satisfaction with oral health care among adolescents. Community dentistry and oral epidemiology. 2004;32(6):447-55.
8. Daniel SJ HS, Wilder RS. Mosby's dental hygiene: concepts, cases and competencies. 2nd ed. St Louis: MosbyElsevier; 2008.
9. saúde D-Gd. Manual de boas práticas em saúde oral. In: escolar Dds, editor. Lisboa2002.
10. Saúde Md. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. In: Saúde DGd, editor. Lisboa: Ministério da Saúde; 2005.
11. Organization WH. World report on disability. Malta: World Helth Organization; 2011.
12. Organization WH. Disability and health, Fact sheet N°352 [Internet]. World Heald Organization; 2014. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>.
13. Estatística INd. CENSOS. Portugal2001.
14. Organization WH. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)2001.
15. DLS F. Estado Bucodental de un Grupo de Pacientes Psiquiátricos de Oaxaca México. España: Granada; 2010.
16. Unidas CRdIdN. Alguns Factores e Números sobre as Pessoas com Deficiência Brussels: URNIC; 2015. Available from: <http://www.unric.org/pt/pessoas-com-deficiencia/5459>.
17. Hicksn III S, D. W. & Moore, L. Nonverbal Communication: Studies and applications (5th edition). Los Angeles: Roxbury Publishing Company; 2004.
18. S W. Nonverbal communication: readings with commentary. USA: Oxford University Press; 1974.
19. Krause M, Vainio L, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. Dental education about patients with special needs: a survey of U.S. and Canadian dental schools. Journal of dental education. 2010;74(11):1179-89.
20. Dehaitem MJ, Ridley K, Kerschbaum WE, Inglehart MR. Dental hygiene education about patients with special needs: a survey of U.S. programs. Journal of dental education. 2008;72(9):1010-9.

21. Casamassimo PS, Seale NS, Ruehs K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. *Journal of dental education*. 2004;68(1):23-8.
22. Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. General dentists and special needs patients: does dental education matter? *Journal of dental education*. 2005;69(10):1107-15.
23. Gizani S, Kandilorou H, Kavvadia K, Tzoutzas J. Oral health care provided by Greek dentists to persons with physical and/or intellectual impairment. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 2012;32(3):83-9.
24. Macho V, Seabra M, Areias C, Ribeiro O, Andrade D. Comparação dos cuidados de saúde oral numa população com trissomia 21 e seus irmãos. 2008.
25. Hennequin M, Faulks D, Roux D. Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients. *Journal of dentistry*. 2000;28(2):131-6.
26. American Psychiatric A, American Psychiatric A, Force DSMT. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 2013*. Available from: <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>.
27. Mental PNpaS, Carvalho ÁAd. Portugal Saúde Mental em Números - 2013. In: Saúde D-Gd, editor. Lisboa2013.
28. Xavier M, Baptista H, Mendes JM, Magalhaes P, Caldas-de-Almeida JM. Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal - rationale, design and fieldwork procedures. *International journal of mental health systems*. 2013;7(1):19.
29. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe- a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2005;15(4):357-76.
30. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2011;21(9):655-79.
31. (PI) JMCdA, Xavier M. Estudo Epidemiológico nacional de Saúde Mental 1º Relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
32. By Robert L. Schalock SAB-D, Valerie J. Bradley, Wil H.E. Buntinx, David L. Coulter, Ellis M. (Pat) Craig, ; Sharon C. Gomez, Yves Lachapelle, Ruth Luckasson, Alya Reeve, Karrie A. Shogren, Martha E. Snell, Scott Spreat, Marc J. Tassé, James R. Thompson, Miguel A. Verdugo-Alonso, Michael L. Wehmeyer, and Mark H. Yeager. *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (11th Edition)*. Disabilities AAolaD, editor2010.
33. Loo CY, Graham RM, Hughes CV. The caries experience and behavior of dental patients with autism spectrum disorder. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 2008;139(11):1518-24.

34. Jaber MA. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. *Journal of applied oral science : revista FOB*. 2011;19(3):212-7.
35. Klein U, Nowak AJ. Autistic disorder: a review for the pediatric dentist. *Pediatric dentistry*. 1998;20(5):312-7.
36. Hughes JR. A review of recent reports on autism: 1000 studies published in 2007. *Epilepsy & Behavior*. 2008;13(3):425-37.
37. Lewis R. *Human Genetics Concepts and applications 7*, editor: McGraw-Hill International Edition; 2007.
38. Society NDS. *Broadway: National Down Syndrome Society*; 2012. Available from: <http://www.ndss.org/Down-Syndrome/What-Is-Down-Syndrome/>.
39. Macho VMP, Seabra M, Pinto A, Soares D, de Andrade C. Alterações craniofaciais e particularidades orais na trissomia 21. *Acta Pediatrica Portuguesa*. 2008;39:190-4.
40. Andrade D. *Trissomia 21 - Estudo Dento-Maxilar-Facial*. Porto: FMD-UP; 2000.
41. Desai SS. Down syndrome: a review of the literature. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 1997;84(3):279-85.
42. Macho V, Andrade D, Areias C, Coelho A, Melo P. Comparative study of the prevalence of occlusal anomalies in Down Syndrome children and their siblings. *British Journal of Medicine and Medical Research*. 2014;4(35):5604-11.
43. Organization WH. *Oral Health Surveys*. 4th ed. Geneva 1997.
44. Silness J, Loe H. PERIODONTAL DISEASE IN PREGNANCY. II. CORRELATION BETWEEN ORAL HYGIENE AND PERIODONTAL CONDITION. *Acta odontologica Scandinavica*. 1964;22:121-35.
45. Giro EMA, Orrico SRP, Campos J, Lorena SM, Cortez LMdS. Prevalência de cárie em pacientes com necessidades especiais institucionalizados ou não-institucionalizados: consumo de carboidratos simples. *Rev odontol UNESP*. 2004;33(2):75-9.
46. Campos J, Giro EMA, Orrico SRP, Oliveira APC, Lorena SM. Correlação entre a prevalência de cárie e a utilização de medicamentos em pacientes com necessidades especiais institucionalizados e não institucionalizados. *Salusvita*. 2006;25(1):35-42.
47. Lewis S, Jagger RG, Treasure E. The oral health of psychiatric in-patients in South Wales. *Special Care in Dentistry*. 2001;21(5):182-6.
48. Velasco E, Bullon P. Periodontal status and treatment needs among Spanish hospitalized psychiatric patients. *Special Care in Dentistry*. 1999;19(6):254-8.
49. Ismail AI, Sohn W, Tellez M, Amaya A, Sen A, Hasson H, et al. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2007;35(3):170-8.
50. Dogan MC, Alacam A, Asici N, Odabas M, Seydaoglu G. Clinical evaluation of the plaque-removing ability of three different toothbrushes in a mentally disabled group. *Acta odontologica Scandinavica*. 2004;62(6):350-4.
51. Martens L, Marks L, Goffin G, Gizani S, Vinckier F, Declerck D. Oral hygiene in 12-year-old disabled children in Flanders, Belgium, related to

- manual dexterity. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2000;28(1):73-80.
52. Ozgul O, Dursun E, Ozgul BM, Kartal Y, Coskunes FM, Kocyigit ID, et al. The impact of handicap severity on oral and periodontal status of patients with mental retardation. *The journal of contemporary dental practice*. 2014;15(2):218-22.
53. Gibilini C, Esmeriz CE dC, Volpato LF, Meneghim ZMdAP, Silva DDd, Sousa MdLRd. Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. *Arquivos em Odontologia*. 2010;46(4):213-23.
54. Barata C, Veiga N, Mendes C, Araújo F, Ribeiro O, Coelho I. Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2013;54(1):27-32.
55. Arnaiz A, Zumárraga M, Díez-Altuna I, Uriarte JJ, Moro J, Pérez-Ansorena MA. Oral health and the symptoms of schizophrenia. *Psychiatry research*. 2011;188(1):24-8.
56. Macho V, Palha M, Macedo AP, Ribeiro O, Andrade C. Comparative study between dental caries prevalence of Down syndrome children and their siblings. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 2013;33(1):2-7.
57. Rodriguez Vazquez C, Garcillan R, Rioboo R, Bratos E. Prevalence of dental caries in an adult population with mental disabilities in Spain. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 2002;22(2):65-9.
58. Marsh PD. Contemporary perspective on plaque control. *British dental journal*. 2012;212(12):601-6.
59. Saúde Md. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Ministério da Saúde; 2008.
60. Barros OB, de Almeida Pernambuco R, Tomit NE, Salgado MAC. Escovas dentais. *Brazilian Dental Science*. 2010;4(1).
61. Dentistry AAoP. Fast Facts 2014. Available from: <http://www.aapd.org/assets/1/7/FastFacts.pdf> - [xml=http://prdtsearch001.americaneagle.com/service/search.asp?cmd=pdfhits&DocId=519&Index=F%3a%5cdtSearch%5caapd%2eorg&HitCount=177&hits=1ec+284+2f2+2f8+312+319+31f+382+40d+418+50f+528+54f+57b+744+7bd+7cc+7e6+808+837+84f+864+884+8aa+8d7+8ed+902+924+994+9a7+9bb+9ca+a17+a49+a82+abc+b21+b28+b55+b57+b6b+bd7+be3+be8+c06+c19+c23+c3f+c44+c4d+c54+c6a+c6f+c76+c92+ca3+cc8+e17+e5d+e69+e7f+e85+f49+1021+1141+1171+1242+1254+127d+128c+129d+1b88+1b9a+1c2b+1c6a+1d2c+1d80+1f8e+1f](http://prdtsearch001.americaneagle.com/service/search.asp?cmd=pdfhits&DocId=519&Index=F%3a%5cdtSearch%5caapd%2eorg&HitCount=177&hits=1ec+284+2f2+2f8+312+319+31f+382+40d+418+50f+528+54f+57b+744+7bd+7cc+7e6+808+837+84f+864+884+8aa+8d7+8ed+902+924+994+9a7+9bb+9ca+a17+a49+a82+abc+b21+b28+b55+b57+b6b+bd7+be3+be8+c06+c19+c23+c3f+c44+c4d+c54+c6a+c6f+c76+c92+ca3+cc8+e17+e5d+e69+e7f+e85+f49+1021+1141+1171+1242+1254+127d+128c+129d+1b88+1b9a+1c2b+1c6a+1d2c+1d80+1f8e+1f).
62. Mun SJ, Chung WG, Min SH, Park JK, Kim CB, Kim NH, et al. Reduction in dental plaque in patients with mental disorders through the dental hygiene care programme. *International journal of dental hygiene*. 2014;12(2):133-40.
63. Mahajan N, Kotwal B, Sachdev V, Rewal N, Gupta R, Goyal S. Effect of commonly consumed sugar containing and sugar free fruit drinks on the

hydrogen ion modulation of human dental plaque. Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. 2014;32(1):26-32.

8. ANEXOS

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo**

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

Título do estudo: Determinantes e prevalência de doenças orais e comportamentos de saúde oral em pacientes com necessidades especiais.

Enquadramento: Investigação de âmbito académico a efectuar em Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, tendo como responsável a *Professora Doutora Andreia Figueiredo*, docente da Universidade Católica Portuguesa, e a aluna do 5ºAno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Carolina Sofia Pereira Ordens Costa Louro

Explicação do estudo: O presente estudo pretende conhecer os factores de risco e as características das patologias orais, bem como os cuidados de saúde oral que os pacientes com necessidades especiais apresentam e qual o nível de auxílio existente nas instituições que os acolhem. O estudo a realizar requer/envolve a recolha de dados, através da aplicação de um questionário, de um exame clínico intra-oral para obtenção do Índice de CPOD e Índice de Placa de Silness e Løe.

Condições: Este estudo não envolve procedimentos que não se enquadrem na prática clínica normal nem pretende testar novos produtos ou medicamentos.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos, podendo retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis e com total ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar.

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

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos para o presente estudo são de uso exclusivo do investigador e tratados de modo a garantir a sua confidencialidade. A informação recolhida será tratada com a máxima confidencialidade promovendo o seu anonimato. A análise dos dados recolhidos será efectuada em ambiente que garanta a privacidade dos mesmos, sendo os mesmos utilizados exclusivamente pelos investigadores envolvidos no projecto.

Assinatura/s dos responsáveis pelo projecto:

O Aluno: _____

O Docente/Orientador: _____

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

Nome: _____

Assinatura: _____

Viseu, ___ / ___ / _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE



Universidade Católica Portuguesa
 Centro Regional das Beiras
 Departamento de Ciências da Saúde
 Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Questionário

1- Idade: ____

2- Sexo: Feminino- Masculino-

3- Local de Residência: Casa- Instituição(3.1)-

3.1- Há quanto tempo?

4. Quais as habilitações literárias dos pais?

	Pai	Mãe
Sem habilitações literárias		
< 4º ano		
4º – 6º ano		
7º – 9º ano		
10º – 12º ano		
Bacharelato		
Licenciatura		
Mestrado		
Doutoramento		

5- Tem doenças sistémicas?

Sim- Não-

Quais:

6- Toma medicação?

Sim- Não-

Quais:

7- Apresenta incapacidade?

- Motora
- Psíquica
- Motora e Psíquica

7.1- Se apresenta incapacidade motora, é totalmente dependente de outros para realizar a sua higiene oral?

Sim- Não-

8- Qual o problema que tem?

9-Escova os dentes todos os dias?

Sim- Não-

9.1- Se sim, quantas vezes por dia?

0- 1- 2- 3- 4-

10- Durante quanto tempo escova os dentes? ___

11- Quanto tempo demora em média a fazer a sua higiene oral? ___

12- Quando faz a sua higiene oral?

- Manhã
- Depois de almoçar
- Depois de lanche
- Depois de jantar
- Antes de ir dormir

13- O que escova durante a sua higiene oral?

- Dentes, gengivas e língua
- Dentes e gengivas
- Dentes e língua
- Só os dentes

14- Tem ajuda para a higiene oral?

Sim- Não- Por vezes-

15- Tem ao dispor material adaptado (escova, fio dentário, escovilhões)?

Sim- Não-

15.1- Se sim, quais?

- Escova manual
- Escova elétrica
- Fio dentário
- Escovilhão
- Colutório

16-Quais destes usa na sua higiene oral?

- Escova manual
- Escova adaptada
- Escova elétrica
- Fio dentário
- Escovilhão
- Colutório

17- Usa pasta de dentes com flúor?

- Sim
- Não
- Não sei

18- Com que frequência costuma trocar a escova de dentes?

- A cada 3 meses
- Duas vezes por ano
- Uma vez por ano
- Não sou eu que troco

19- Quais as principais dificuldades quando escova os dentes:

- Falta de coordenação motora;
- Falta de material adaptado (escova, pasta, fio dentário, escovilhão)
- Não gosta de escovar os dentes;
- Não sabe escovar;
- Não sabe e não aceita ajuda para escovar os dentes;
- Tem dor ou sangramento gengival;
- Engole a paste de dentes;

20-Costuma ir ao Médico Dentista?

Sim- Não- Nunca-

20.1-Se sim, vai com quem?

Familiares- Instituição- Outros-

21- Qual o motivo da última consulta ao dentista?

- Rotina
- Dor
- Cárie
- Desvitalização
- Extração
- Traumatismo
- Aplicação de flúor
- Mau hálito
- Sangramento Gengival
- Selante
- Infecção/ cara inchada
- Prótese

22- Usa prótese dentária?

-Sim -Não

22.1- Sente-se bem com a prótese?

-Sim -Não

22.2- Prótese está bem adaptada?

- Sim -Não

23- Nos últimos 12 meses teve dor de dentes?

- Sim -Não

24- Tem boca seca (xerostomia)

- Sim -Não -Por vezes

24.1- Sente que tem a boca seca?

- Sim -Não -Por vezes

25- Costuma comer alimentos açucarados?

- Não
 -Raramente
 -Sim, às vezes
 -Todos os dias

26- Quando os come?

- Após as refeições
 -Entre refeições
 -Antes das refeições

Índice de CPOD

			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			

Código

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	-

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

Índice de Placa de Silness e Løe

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