

Brígida Elisa Nobre Rocha

Saúde oral em crianças e jovens com necessidades educativas
especiais na APPACDM do distrito de Viana do Castelo

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009

Brígida Elisa Nobre Rocha

Saúde oral em crianças e jovens com necessidades educativas
especiais na APPACDM do distrito de Viana do Castelo

**Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura de Medicina Dentária.**

Brígida Elisa Nobre Rocha

RESUMO

Levantamentos epidemiológicos em saúde oral são ferramentas estratégicas que permitem conhecer a situação de determinada população para posterior avaliação e desenvolvimento de programas preventivos.

Para além duma revisão bibliográfica sobre o tema crianças e jovens com necessidades educativas especiais, foi realizada uma recolha de dados, quer através de um questionário administrado aos pais e/ou responsáveis legais das crianças/jovens especiais, quer através de inspecção clínica da cavidade oral de 31 crianças e jovens com necessidades educativas especiais que frequentam a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM), do distrito de Viana do Castelo, com o objectivo de caracterizar o estado de saúde oral destas crianças. Realizou-se ainda, acções de informação aos responsáveis e às crianças e jovens, bem como, oferta de diverso material didáctico à associação e às crianças.

A prevalência de indivíduos livres de cárie foi de 29,03%. Determinou-se um valor global de CPO de 3,48 (grau de severidade moderado) e verificou-se que a percentagem de dentes cariados, perdidos e obturados foi de 66,7%, 11% e 22,2% respectivamente. O valor médio do IHOS foi de 2 (higiene oral razoável). Observou-se, que existem diferenças significativas relativamente ao CPO com as diferentes patologias (ANOVA, $p=0,02$). Também se verificou, existir uma correlação positiva significativa, entre o IHOS e o CPO ($r_s = 0,462$; $p=0,009$), bem como entre o índice de cárie dentária e a idade das crianças e jovens observados ($r_s = 0,477$; $p=0,008$).

Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre o consumo de alimentos açucarados e os índices IHOS e CPO. Porém, observou-se existir uma correlação positiva significativa, a 95% confiança, entre o IHOS e o consumo de alimentos moles e duros ($r_s = 0,34$; $p=0,04$).

A maioria (51,6%) dos responsáveis considera que a área da Medicina Dentária não se encontra acessível às crianças com necessidades educativas especiais. A maioria (58,06%) dos pacientes especiais não escova os dentes sozinho.

ABSTRACT

On oral health, epidemiological surveys are strategic tools that allow the understanding of the situation of certain population for further evaluation and development of prevention programs.

In addition to a bibliographic review on the subject children and youth people with special educational needs, was a collection of data, either through a questionnaire administered to parents and / or legal guardians of children / young people special, either through clinical inspection of the oral cavity 31 children and young people with special educational needs who attend the Portuguese Association of Parents and Friends of the Disabled Citizen Mental (APPACDM), district of Viana do Castelo, in order to characterize the state of oral health of these children. There was still, actions of information for responsible the children and youth, and diverse supply of educational material for children and the association.

The prevalence of caries-free individuals was 29.03%. It was determined a total value of CPO of 3.48 (moderate degree of severity) and found that the percentage of teeth decayed, missing and filled was 66.7%, 11% and 22.2% respectively. The average value of IHOS was 2 (reasonable oral hygiene). It was observed that there are significant differences regarding the CPO with different pathologies (ANOVA, $p = 0.02$). There was still a significant positive correlation between the CPO and IHOS ($r_s = 0.462$, $p = 0.009$) and between the index of dental caries and age of children and young observed ($r_s = 0.477$, $p = 0.008$).

There wasn't a statistically significant association between the consumption of sugary foods and indices IHOS and CPO. However, it was noted there is a significant positive correlation, the 95% confidence between the IHOS and consumption of soft and hard foods ($r_s = 0.34$, $p = 0.04$).

The majority (51.6%) of responsible believes that area of Dental Medicine isn't accessible to children with special educational needs. The majority (58.06%) of patients shall not brush their teeth alone.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dra. Elsa Paiva, mestre de grande experiência clínica, meu reconhecimento e gratidão pelos conhecimentos transmitidos, pela confiança em mim depositada, pelo acompanhamento, esperança, simpatia e disponibilidade sempre demonstrada ao longo deste trabalho,

Ao meu pai por toda a sabedoria com que me ajudou na resolução desta monografia, generosidade e motivação.

À direcção da APPACDM de Viana do Castelo na pessoa do Dr. Manuel Domingos, pela autorização e disponibilidade deste estudo na instituição.

À Dra. Conceição Ponte; Dra. Sara; Dra. Armada Mota pela gentil disponibilidade, colaboração nas suas respectivas instituições.

À enfermeira Maria Maite Pereira e ao enfermeiro Carlos Rafael Paço, pela colaboração, acompanhamento e disponibilidade sempre demonstrada nas observações orais.

A todo o corpo docente da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa pela autorização deste estudo.

Às minhas amigas, Cristina, Rita Tigre, Ana Tigre, Joana Carvalho, Maria Luís e Rita Fernandes, pela força que me deram, pelo apoio, por dividirem comigo as angústias mas principalmente muitas alegrias no decorrer de todo este tempo.

O meu agradecimento às crianças e jovens que participaram neste estudo e o tornaram possível, assim como aos responsáveis.

DEDICATÓRIAS

Aos meus pais Patrício e Isabel, especial dedicatória, pelo papel primordial que estes tiveram ao longo do meu desenvolvimento educativo e enriquecimento pessoal. Sempre foi notório o papel crucial que tiveram nas principais fases e dificuldades da minha vida e toda a atenção despendida sobre mim.

Ao meu irmão e amigo Diogo, dedico todo o meu carinho e gratidão pela paciência que demonstrou, pelo apoio que me proporcionou durante todo o tempo despendido com a faculdade e com este trabalho.

Às minhas avós, por compartilharem comigo todos os momentos importantes da minha vida e pelo apoio que sempre me ofereceram.

Ao meu namorado Roberto, a quem eu tanto dedico pelo seu apoio, força e sobretudo amor. Sempre estando nos momentos em que precisei com toda a sua atenção. Mais que um namorado, um amigo, um laço criado para a vida toda.

Índice

Índice de figuras.....	iii
Índice de tabelas.....	v
Índice de quadros.....	vi
Índice de abreviaturas.....	vii
1ª PARTE –INTRODUÇÃO.....	1
2ª PARTE- DESENVOLVIMENTO.....	4
II.1- Revisão Bibliográfica.....	4
II.1.1-Definição de Pacientes com Necessidades Educativas Especiais...	4
II.1.2- Classificação de Pacientes Especiais.....	7
II.1.3- Defeitos congénitos e Genéticos.....	8
II.1.3.1- Síndrome de Down (Trissomia 21).....	8
II.1.3.2 Síndrome X Frágil.....	11
II.1.3.3- Hidrocefalia.....	12
II.1.4- Deficiência Mental.....	14
II.1.5- Deficiência Física.....	16
II.1.5.1- Paralisia Cerebral.....	17
II.1.6- Distúrbios de Desenvolvimento.....	20
II.1.6.1- Autismo.....	21
II.1.6.2- Síndrome de Asperger.....	25
II.1.7- Multideficiência.....	27
II.1.8- Deficiência Visual.....	29
II.2- Investigação Científica.....	31
II.2.1- Objectivos.....	31
II.2.2- Materiais e Métodos.....	31
II.2.3- Resultados.....	36
II.2.4- Discussão.....	54
II.2.5-Limitações do estudo.....	66
II.2.6-Conclusões do estudo.....	67
3ª PARTE-CONCLUSÃO.....	69
Referências Bibliográficas.....	72
Anexo I.....	90

Anexo II.....	91
Anexo III.....	92
Anexo IV.....	96
Anexo V.....	98
Anexo VI.....	100
Anexo VII.....	101
Anexo VIII.....	102
Anexo IX.....	103
Anexo X.....	104
Anexo XI.....	105

Índices de Figuras

Figura 1. Distribuição da amostra segundo o género.....	36
Figura 2. Distribuição etária dos pacientes da amostra estudada.....	37
Figura 3. Diagrama de caixa de bigodes para a distribuição etária dos pacientes observados de ambos os géneros. A caixa central representa a distribuição dos 50% das observações de valor central, sendo a linha horizontal dentro da caixa representativa do valor da mediana.....	37
Figura 4. Distribuição da amostra segundo o tipo de patologia.....	38
Figura 5. Distribuição da idade dos pacientes segundo o tipo de patologia.....	39
Figura 6. Distribuição dos pacientes segundo o Índice de Higiene Oral Simplificado.....	40
Figura 7. Distribuição dos pacientes segundo o CPO.....	41
Figura 8. Diagrama de dispersão representativo da relação entre o índice CPO e idades dos pacientes observados.....	41
Figura 9. Distribuição do CPO segundo o género.....	42
Figura 10. Distribuição do IHOS segundo o género.....	42
Figura 11. Distribuição do IHOS por tipo de patologia.....	42
Figura 12. Distribuição do CPO por tipo de patologia.....	43
Figura 13. Diagrama de dispersão representativo de relação entre o IHOS e o CPO dos pacientes observados.....	43
Figura 14. Distribuição dos responsáveis dos pacientes segundo as habilitações académicas.....	44
Figura 15. Opinião dos responsáveis pelos pacientes relativamente à acessibilidade das crianças com necessidades educativas especiais à área da Medicina Dentária...	45
Figura 16. Grau de satisfação dos pais e/ou responsáveis legais dos pacientes observados relativamente ao apoio prestado pela instituição APPACDM.....	45
Figura 17. Avaliação do estado de saúde oral dos pacientes pelos pais/responsáveis legais.....	46
Figura 18. Frequência dos pacientes observados que escovam os dentes sozinhos...	46
Figura 19. Distribuição dos pacientes segundo as razões para não escovar sozinhos	

os dentes.....	47
Figura 20. Frequência dos materiais utilizados na higiene oral.....	48
Figura 21. Distribuição dos pacientes por visita ao Médico Dentista.....	48
Figura 22. Distribuição dos pacientes segundo regularidade de consultas ao Médico Dentista.....	49
Figura 23. Frequência das visitas dos pacientes ao Médico Dentista.....	49
Figura 24. Frequência da colaboração com o Médico Dentista dos responsáveis dos pacientes.....	50
Figura 25. Distribuição dos pacientes segundo consumo diário ou não de alimentos açucarados.....	50
Figura 26. Frequência dos pacientes segundo consumo de alimentos duros e/ou moles.....	51
Figura 27. Frequência dos responsáveis legais dos pacientes que receberam formação/informação sobre consumo de açúcares.....	52
Figura 28. Distribuição do CPO segundo o consumo diário de alimentos açucarados.....	52
Figura 29. Distribuição do IHOS segundo o consumo diário de alimentos açucarados.....	53
Figura 30. Distribuição do IHOS segundo o consumo diário de alimentos moles e duros.....	53

Índice de Tabelas (em Anexos)

Tabela I. Distribuição da idade da amostra, por género e por tipo de deficiência.....	Anexo IX
Tabela II. Distribuição do cpod e CPOd da amostra segundo a idade.....	Anexo X
Tabela III. Distribuição da amostra, por género e tipo de patologia quanto ao IHOS.....	Anexo XI
Tabela IV. Distribuição da amostra, por género e tipo de patologia quanto ao CPO.....	Anexo XI

Índice de Quadros

Quadro 1- Características clínicas e fenotípicas presentes na Síndrome de Down...	9
Quadro 2- Classificação da Gravidade da Deficiência Mental.....	15
Quadro 3-Critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (2000) para a perturbação Autística.....	22

Índice de abreviaturas

AAF- Autismo de Alta Funcionalidade.

AAMR- Associação Americana de Deficiência Mental.

AAPD- American Academy of Pediatric Dentistry.

ADA- Associação dentária Americana.

APPACDM- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Viana do Castelo.

APIE- Associação Portuguesa de Investigação Educacional.

cpod - Índice de Cárie Dentária (Cariado, Perdido e Obturado) na dentição decídua.

CPOD – Índice de Cárie Dentária (Cariado, Perdido e Obturado) na dentição permanente.

DSM- IV- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

DGS- Direcção-Geral da Saúde.

IHOS- Índice de Higiene Oral Simplificado.

LCR- Líquido Céfalo-Raquidiano.

NEE- Necessidade Educativa Especial.

OMS- Organização Mundial da Saúde.

PC- Paralisia Cerebral.

SD- Síndrome de Down.

INTRODUÇÃO

1ª PARTE - INTRODUÇÃO

A redução de desigualdades a nível da saúde exige um reforço das acções de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação, dos serviços públicos e privados. Este aspecto ganha redobrada pertinência no caso das crianças e jovens com necessidades educativas especiais (NEE). Ademais, não obstante a importância do atendimento odontológico a pacientes portadores de deficiências, algumas vezes estes pacientes têm dificuldades em aceder a estes serviços (Agili et al., 2004).

Nos últimos anos, verificou-se não só um significativo aumento na sobrevivência dos pacientes portadores de necessidades especiais, como uma maior integração dos mesmos na sociedade, pelo que, tem grande pertinência e actualidade o estudo e a pesquisa das condições de saúde oral apresentadas por esses indivíduos. É de referir ainda, que o número de pessoas com necessidades especiais está a aumentar significativamente (Glassman, 2005).

Nos países industrializados, o acesso a programas preventivos escolares associado a uma maior sensibilização por parte das populações relativamente aos problemas dentários, tem resultado no decréscimo sustentado dos indicadores de doença (Sheiham, 1997; Vrbic, 2000). Desta forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999) centra as suas atenções nas zonas menos favorecidas, considerando que a cárie dentária é um problema de saúde pública que urge controlar. A sua etiologia multifactorial obriga à adopção de diversas medidas preventivas e terapêuticas específicas, fundamentais para o controlo da doença.

Se é certo que existem alguns trabalhos epidemiológicos de base populacional, também é verdade que em Portugal são bem menos frequentes os investigadores que, de forma sistemática, se têm envolvido no estudo da avaliação da saúde oral de grupos populacionais específicos, designadamente no domínio de crianças e jovens com NEE.

Por outro lado, sendo o grupo de pacientes com NEE, muito heterogéneo, um estudo epidemiológico nesta área permitirá, não só caracterizar os diferentes grupos presentes, como também, determinar relações entre a saúde oral destes grupos específicos e variáveis relacionadas com hábitos de higiene oral.

Assim, decidimos escolher como tema de investigação: “Saúde oral em crianças e jovens com necessidades educativas especiais na APPACDM do distrito de Viana do Castelo”.

O objectivo principal desta monografia foi elaborar uma pesquisa bibliográfica em [http://www.pubmed.com./](http://www.pubmed.com/) na qual se utilizaram as seguintes palavras chave: *children with special needs, oral health, dental caries, Down syndrome, cerebral palsy, mental retardation, autism, asperger*. Foi também realizada uma consulta de livros relacionados com o tema.

Os objectivos específicos foram: Caracterizar o estado de saúde oral de grupos específicos de crianças e jovens com necessidades educativas especiais; Conhecer os principais hábitos alimentares e de higiene oral das crianças e jovens com necessidades educativas especiais; Sensibilizar a população alvo para a higiene oral através de materiais didácticos / audiovisuais e motivar os responsáveis destas crianças e jovens, para a necessidade da manutenção de uma cavidade oral saudável.

O trabalho de campo consistiu na realização de um inquérito aos responsáveis das crianças/jovens com necessidades educativas especiais da APPACDM do distrito de Viana do Castelo, bem como, de uma observação oral destas crianças/jovens durante um período de 3 meses.

Os resultados obtidos foram analisados, discutidos e comparados com outros estudos realizados. Recorreu-se ao índice CPO para avaliar o índice de cárie dentária e ao índice de *Green and Vermillion* simplificado para a avaliação da higiene oral das crianças.

Verificou-se que a prevalência de crianças e jovens com necessidades educativas especiais livres de cárie foi de 29,03%, correspondendo o valor global do índice CPO, a um grau de severidade moderado e o de placa bacteriana a um estado razoável de higiene oral. Observou-se ainda que, as crianças têm dificuldade em escovar os dentes sozinhas e que a regularidade de visitas ao Médico Dentista ficam aquém do desejável. Estas crianças consomem diariamente alimentos açucarados e têm preferência por alimentos moles.

Estes resultados sugerem que é necessário desenvolver ações de sensibilização para os responsáveis, motivando-os para a necessidade de manutenção de uma cavidade oral saudável dos seus educandos. Conseguir motivar as crianças especiais para que adiram a iniciativas promotoras da melhoria da saúde oral, constitui um desafio, para todos os que com elas interagem, que urge ultrapassar.

DESENVOLVIMENTO

2ª PARTE – DESENVOLVIMENTO

II.1 Revisão Bibliográfica

II.1.1 Definição de Pacientes com Necessidades Especiais

O conceito de necessidades educativas especiais não é unívoco. Em Portugal, o conceito de crianças e jovens com necessidades educativas especiais (NEE), no domínio do sistema educativo, encontra-se descrito no recente Decreto-lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro. De acordo com este diploma, consideram-se crianças/jovens com NEE, os alunos “*com limitações significativas ao nível da actividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social*”. Esta normativa estabelece ainda que a referenciação deve ter por referência a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (vulgo CIF), da Organização Mundial de Saúde (Diário da República, 2008).

Segundo a *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) (2008), necessidades especiais de saúde incluem todo o desenvolvimento físico, mental, sensorial, comportamental, cognitivo, alterações emocionais ou condições que requerem procedimentos médicos, cuidados de saúde e/ou uso de serviços ou programas especializados. A condição pode ser desenvolvida ou adquirida e pode causar limitações no desenvolvimento diário de actividades de auto manutenção ou limitações substanciais na principal actividade diária. Os cuidados de saúde para indivíduos com necessidades especiais requerem conhecimentos especializados, aumentados pela sabedoria, atenção, adaptação e conciliação de medidas ultrapassando o que é considerado rotina.

Chaves et al. (1993), consideram que cada criança é especial, quer em termos de desenvolvimento, quer no que respeita a cuidados e necessidades educativas. Há crianças que, dadas as suas características, são simultaneamente semelhantes e

diferentes dos seus parceiros da mesma faixa etária. As características das diferenças assentam, essencialmente, na presença de factores diferenciais de ordem física, cognitiva, linguística, social e afectiva, os quais dificultam a realização do seu potencial de funcionamento. As crianças e jovens com necessidades educativas especiais são aquelas que apresentam alguma das seguintes características:

- Diferenças sensoriais, motoras e físicas (incluindo problemas auditivos e de linguagem, visuais e de ordem física).
- Diferenças cognitivas (incluindo deficiência mental e dificuldades de aprendizagem)
- Dificuldades de relação, problemas emocionais e de comportamento.
- Crianças cognitivas e artisticamente superdotadas, que também requerem uma intervenção educativa especial, para que seja conseguido um efectivo e total desenvolvimento do seu riquíssimo potencial.

A Organização Mundial de Saúde estima que a prevalência das deficiências no mundo é de uma pessoa em cada dez e afirma que desse total de deficientes, mais de 2/3 não recebem nenhum tipo de assistência odontológica (Ravaglia, 1997).

Segundo Guedes-Pinto (1993), pacientes com necessidades especiais são aqueles indivíduos que necessitam de cuidados especiais por um tempo indeterminado ou por parte da sua vida e o seu tratamento odontológico depende de eliminar ou de ultrapassar as dificuldades existentes em função de uma limitação, seja na área emocional, intelectual ou social.

A saúde oral dos pacientes portadores de necessidades especiais é muito importante, pois interfere na sua qualidade de vida. Para aumentar a sua qualidade de vida deve ser realizada uma educação relativamente a hábitos de higiene oral, desenvolvimento de técnicas específicas e escovas ajustadas às suas necessidades, instruções junto das instituições educativas e acções formativas junto dos pais (Christensem, 2005).

No caso dos pacientes com atraso mental e/ou com a síndrome de Down, os problemas dentários encontram-se entre as primeiras dez causas que limitam a actividade destes indivíduos, designadamente a cárie dentária (Dávila, 2006).

Nos pacientes portadores de necessidades especiais, a prevenção é extremamente necessária, pois os tratamentos curativos são na maioria das vezes de difícil execução (McDonald e Avery, 1995). Os procedimentos preventivos envolvem acções de rotina como: demonstrações explicativas sobre as formas efectivas de escovagem, a importância de hábitos alimentares saudáveis e menos cariogénicos possíveis, o uso de água fluoretada, profilaxia, aplicação de flúor, remoção de tártaro e selante em fossas e fissuras (Narvai, 1994).

A necessidade de uma alimentação mais pastosa, o uso prolongado do biberão, a higienização precária da cavidade oral, a deglutição atípica, a ingestão de medicamentos que contém sacarose ou que provocam xerostomia, são agravantes a que os pacientes especiais, de uma maneira geral, estão expostos levando ao comprometimento da sua saúde oral, contribuindo assim para o aumento da prevalência das doenças de cárie e periodontal (Fourniol Filho, 1998).

A abordagem de uma criança portadora de necessidades especiais deve basear-se na avaliação do efeito psico-social da doença e na importância das técnicas para se criar o vínculo entre profissional-pais-criança, antes da implementação efectiva do tratamento. (Corrêa et al., 2002).

Segundo Fourniol Filho (1998), na prática diária a grande maioria dos profissionais alega pouca prática clínica para tratar os pacientes especiais. Na verdade, a maioria tem receio de entrar em contacto com esse universo, onde os pacientes, de facto, exigem mais cuidados do profissional. Desta forma, o Médico Dentista não pode ficar indiferente a estas crianças e precisa de interagir com toda essa dinâmica para que obtenham bons resultados no tratamento dos portadores de necessidades especiais (Fourniol Filho, 1998; Elias, 1997).

II.1.2 Classificação de Pacientes Especiais

Segundo a *Internacional Association of Dentistry for Desabilites and Oral Health* (IADH) podemos classificar pacientes especiais em dez grupos, segundo os comprometimentos e/ou as áreas afectadas pela patologia que apresentam (Elias, 1995), tais como:

- Defeitos congénitos e genéticos.
- Deficiência mental.
- Defeitos físicos.
- Desvios comportamentais.
- Deficiências sensoriais e de audiocomunicação.
- Desvios psíquicos.
- Doenças sistémicas crónicas.
- Doenças endócrinas-metabólicas.
- Desvios sociais.
- Estados fisiológicos especiais.

II.1.3 DEFEITOS CONGÉNITOS E GENÉTICOS

As síndromes podem apresentar etiopatogenia desconhecida, como padrões recorrentes ou únicos; etiopatogenia conhecida, seguindo um padrão de herança mendeliana ou como cromossomopatias; decorrentes de factores ambientais adversos; como erros inatos do metabolismo; ou como multifactoriais (Haddad et al., 2003).

II.1.3.1 Síndrome de Down (Trissomia 21)

Características Gerais

A primeira descrição das características de crianças com trissomia do cromossoma 21 ocorreu em 1866, pelo Médico inglês Langdon Down, que na altura a denominou de idiotia mongoliana, devido às semelhanças físicas dos indivíduos portadores dessa síndrome com a raça mongólica. Nos anos subsequentes várias autoridades consideraram o Médico como o descobridor desta anomalia e designaram-na Síndrome de Down (Coelho e Loevy, 1982).

A Trissomia 21 é a cromossomopatia mais frequente, com uma incidência média entre os caucasianos de cerca de 1:600 a 1:1000 na população (Venail et al., 2004).

As causas que levam ao nascimento de crianças com Síndrome de Down são pouco conhecidas. Um dos factores endógenos mais frequentemente associados a esta síndrome é a idade da mãe, portanto, quanto mais velha a mãe, maior será a probabilidade de incidência da Síndrome de Down, mas não devemos excluir a possibilidade da incidência da desordem em crianças de mães jovens (Pereira Silva 2000).

Em qualquer idade é possível fazer um diagnóstico clínico do SD pela presença de aspectos comuns frequentemente apresentados nestes pacientes (Quadro 1) (Adaptado de Oliveira et al., 2007).

Quadro 1- Características clínicas e fenotípicas presentes na SD.

Características fenotípicas e clínicas	
Deficiência mental (Quociente de Inteligência - QI varia entre 25 e 50)	Estreitamento e volume reduzido de orofaringe e nasofaringe
Hipotonia muscular	Olhos amendoados
Hiperflexibilidade das articulações	Rosto arredondado - braquicefalia
Baixa estatura	Cabelo fino e esparso
Encurtamento das extremidades (dedos, pés, mãos orelhas, nariz)	Orelhas pequenas e de implantação baixa
Pescoço curto e largo	O crânio braquicefálico globuloso (a circunferência sub-occipito-bregmática é geralmente pequena, o crânio é curto e redondo e a fontanela anterior ampla)
Pés curtos, largos e grossos	Arco plantar acentuado entre 1º e 2º dedo dos pés

A perda auditiva é cerca de 40 a 60% nestas crianças, podendo afectar no atraso da linguagem e a realização educacional (Waldman e Perlman, 2001).

O quadro clínico apresentado por estas crianças pode ser muito complexo, uma vez que associado ao atraso no desenvolvimento da linguagem, encontra-se também uma “...instabilidade na produção vocal e organização gramatical pobre, ...” (Tristão e Feitosa 1998).

Características Oraís

Em relação aos aspectos orais é de salientar como características, a presença da maxila subdesenvolvida quando comparado com indivíduos normais; palato duro em forma oval, estreito e profundo (Coelho e Loevy, 1982; Cohen et al., 1970); macroglossia relativa, tonsilas e adenóides aumentadas, língua fissurada e hipertrofia papilar associada (Cohen, 2004), 4% dos portadores da síndrome apresentam úvula bífida (Berthold et al., 2004).

Segundo Elias (1995), estes pacientes apresentam distúrbios de articulação temporomandibular associado à hipotonicidade muscular generalizada e alterando o disco articular do complexo estomatognático através de desgaste.

Quanto às alterações dentárias, os portadores da SD apresentam: agenesias, hipodontias, oligodontias, dentes fusionados, geminados, microdontias, hipoplasias, dentes conóides atraso de erupção e esfoliação (dentição decídua e/ou permanente) (Guedes Pinto, 2003).

Os portadores da Síndrome de Down têm elevada prevalência de mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior (Cohen et al., 2004). Além da má oclusão de classe III de Angle, observa-se apinhamentos dentários. O aparecimento de prognatismo deve-se muitas vezes à constante pressão da língua sobre os dentes inferiores (Silva et al., 1997).

A presença de bruxismo nocturno é frequente e não só leva ao desgaste uniforme do esmalte dentário, como também provoca forças elevadas na ATM, acarretando distensões musculares (Avery e McDonald, 2001).

Cerca de 90% destes portadores apresentam doença periodontal (Silva et al., 1997) e a primeira indicação é a presença de gengivite severa, tendo como características ulcerações e necrose na margem gengival e nas papilas interdentárias. Nos portadores mais velhos é visível perda óssea, mobilidade dentária, presença de cálculo supra e subgengival (Berthold et al., 2004).

Um dos factores responsável pela alta incidência de doença periodontal severa deve-se à presença da gengiva com pobre potencial de cicatrização, factores higiénicos e dietéticos, anomalias bucofaciais, morfologia dentária e defeitos na oclusão (Silva et al., 1997).

Alguns estudos relatam que os pacientes com SD apresentam índice de cárie semelhante, ou menores, nesse grupo de indivíduos, em comparação com grupos não portadores de SD (Moraes et al., 2002). Esta evidência ocorre pelo aumento da capacidade tampão da saliva e também pela tendência desses indivíduos ao hábito de bruxismo. Assim, as superfícies oclusais susceptíveis à cárie são frequentemente lisas e desgastadas pelo ranger dos dentes (Oliveira et al., 2007).

II.1.3.2 Síndrome X Frágil

Características Gerais

A Síndrome X Frágil é uma condição genética herdada pela presença de uma alteração molecular ou mesmo de uma quebra na cadeia do cromossoma X dominante, associada a problemas de conduta e de aprendizagem, bem como a diversos graus de deficiência mental (Barbosa e Muller, 2003).

Segundo Barbosa e Muller (2003), a incidência desta síndrome é maior no sexo masculino, numa relação de 80% e 20% para o sexo feminino.

A criança com o género masculino pode apresentar como características: face alongada, orelhas grandes, problemas na capacidade de atenção, personalidade instável, pobre contacto visual, onicofagia, hipotonia, atraso intelectual de leve para profundo, em 20% dos casos ocorre crises de convulsões. No caso das mulheres é muito frequente encontrar portadoras clinicamente normais. Contudo, as portadoras mesmo assintomáticas, podem passar esse gene aos filhos homens, os quais têm grande probabilidade de manifestar a síndrome. De um modo geral, estes indivíduos apresentam dificuldades de aprendizagem e/ou de conduta. Não existe cura para a Síndrome X Frágil. Para maximizar as potencialidades das crianças afectadas, recorre-se a determinada medicação e à utilização de estratégias educacionais adequadas, iniciadas logo na idade pré-escolar (Ballone 2005).

Características Oraís

Segundo Barbosa e Muller (2003), os portadores da Síndrome X frágil apresentam falta de selamento labial em repouso, presença acentuada de sialorréia, hipofuncionalidade das bochechas, língua sem alterações, palato duro em forma de ogiva, overjet aumentado e presença de prognatismo.

Em relação às funções estomatognáticas, a criança portadora da Síndrome X frágil apresenta sinais de respiração bucal. Na mastigação, é visível uma velocidade acelerada, e na tentativa de manter o alimento na boca, o paciente interpõe os lábios inferiores (Barbosa e Muller, 2003).

Segundo Pinheiro (2008), as crianças com Síndrome X frágil apresentam má oclusão, palato oval e presença de cáries, no entanto, a incidência de cárie não é significativa.

II.1.3.3 HIDROCEFALIA

Características Gerais

A hidrocefalia é definida como sendo uma condição clínica decorrente de distúrbio da circulação do líquido céfalo-raquidiano (LCR) resultando em dilatação ventricular progressiva (Alan e James, 2002).

O tipo de hidrocefalia mais comum é designado por hidrocefalia não comunicante ou hidrocefalia obstrutiva, a qual resulta de um bloqueio na passagem de drenagem do LCR dos ventrículos para o espaço subaracnóideo. O tipo menos comum é a hidrocefalia comunicante, na qual há reabsorção deficiente do LCR nas vilosidades aracnóideas ao longo dos seios venosos; geralmente precipitada por infecção prévia ou sangramento no espaço subaracnóideo (Alan e James, 2002).

As características clínicas dependem se o processo da doença é agudo ou crónico ou se produz obstrução completa ou parcial. A apresentação aguda é usualmente acompanhada por cefaleia severa, náuseas e vômitos. Há comprometimento progressivo das funções cerebrais superiores com perda da memória, comprometimento da mobilidade e perda do controle do esfíncter (Charles e Willian, 1997).

Entre as principais causas da hidrocefalia obstrutiva encontra-se a hidrocefalia congénita, encontrada em aproximadamente 1:1000 nascimentos (Charles e Willian, 1997).

Estudos demonstram que as crianças portadoras de hidrocefalia congénita apresentam aumento progressivo do tamanho da cabeça, o desenvolvimento é retardado e o resultado final pode ser um atraso mental agravado por epilepsia e comprometimento motor (Alan e James, 2002).

Os efeitos da hidrocefalia dependem da velocidade de desenvolvimento da doença e da idade do paciente (Vieira et al., 2004).

Pode-se observar numa criança portadora de hidrocefalia, epilepsia, encefalocelo, mielomeningocelo lombar, malformações congénitas, cardíacas e pé torto congénito, sendo rara sua associação com patologias da cavidade bucal (Lopes e Nascimento, 1996).

O tratamento da hidrocefalia passa por uma derivação permanente para drenagem do LCR para a cavidade peritoneal. Contudo, na ausência do tratamento, a doença de longa duração provoca lesão axonal e gliose na substância branca, resultando muitas vezes para uma evolução de demência com características proeminentes de perturbações no andar e incontinência em adultos (Charles e Willian, 1997).

Características Oraís

Os portadores de hidrocefalia são considerados pacientes odontológicos especiais, por necessitarem de um atendimento diferenciado e que tenha em conta as suas necessidades (Baird et al., 2007).

Na literatura médica e odontológica têm sido escassos os estudos sobre a saúde oral em crianças portadoras de hidrocefalia e apenas casos isolados foram publicados (Lopes e Nascimento, 1996).

É visível a presença de gengivite moderada nas crianças portadoras de hidrocefalia congénita, aumentando a prevalência com a idade (Ferreira et al., 2001).

Para Silva et al. (2008), a deficiente saúde oral observada nestes pacientes, decorre não só da desmotivação, comportamento, pouca concentração e destreza manual, mas também da barreira ao atendimento criada por muitos profissionais, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

É visível a presença de alterações da língua, lábios e freios nas crianças portadoras de hidrocefalia congénita (Silva et al., 2008), assim como, língua geográfica e língua fissurada (Bessa et al., 2002).

II.1.4 DEFICIÊNCIA MENTAL

Características Gerais

De acordo com a *Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR)* e o *American Psychiatric Association (DSM-IV)*, define-se como deficiência mental o estado de diminuição do funcionamento intelectual significativamente inferior à média, que se inicia durante o período de desenvolvimento da criança e está associado a limitações em pelo menos dois aspectos do funcionamento adaptativo: comunicação, cuidados pessoais, actividades de vida diária, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, autonomia, aptidões escolares, lazer e trabalho (DSM-IV, 1996).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999), 10% da população em países em desenvolvimento, são portadores de algum tipo de deficiência, sendo que metade destes são portadores de Deficiência Mental, propriamente dita.

As crianças e adolescentes com deficiência mental apresentam alterações de humor, perturbações de hiperactividade com défice de atenção, elevada ansiedade ou impulsividade e auto-agressões (Dykens, 2000).

Segundo a OMS, 75% dos portadores de deficiência mental apresentam um grau leve, 20% apresentam um grau moderado a severo e 5% apresentam um grau profundo (Milano e Seybold, 2002).

A classificação da gravidade da deficiência é apresentada no quadro 2. (Adaptado Avery e McDonald, 2001).

Quadro 2- Classificação da Gravidade da Deficiência Mental.

Grau de deficiência Mental	Características dos portadores	Requisitos especiais para o tratamento odontológico
Leve	São casos perfeitamente educáveis. Podem chegar a realizar tarefas mais complexas com supervisão. São os casos mais favoráveis.	Tratar como uma pessoa “normal”, pode-se recorrer à sedação suave ou anestesia óxido nitroso-oxigénio.
Moderado	São pessoas que podem ser capazes de adquirir hábitos de autonomia. Quando os adultos podem frequentar lugares ocupacionais, mesmo que estejam necessitando de supervisão.	Pode-se recorrer a sedação suave a moderada. Por outro lado, pode-se indicar anestesia geral em caso de cárie dentária severa.
Agudo Grave	Fundamentalmente necessitam que se trabalhe para instaurar alguns hábitos de autonomia, já que há probabilidade de adquiri-los. A sua capacidade de comunicação é muito primária. Podem aprender de uma forma linear, são crianças que necessitam revisões constantes.	Tratar as crianças como o grau de deficiência moderada
Profundo	São pessoas com uma incapacidade total de autonomia. Os que têm um coeficiente intelectual inferior a 10, inclusive aquelas que vivem num nível vegetativo.	Tratar as crianças como o grau de deficiência moderada

Desta forma, segundo o quadro apresentado, é visível que as pessoas não são afectadas da mesma forma, pois o grau de comprometimento da deficiência mental é variado (Mugayar, 2003).

Características Oraís

No contexto da Medicina Dentária, os pacientes com deficiência mental são considerados especiais, devido ao desvio ao padrão de normalidade, necessitando de uma abordagem específica (Elias, 1995).

As crianças e jovens portadores de deficiência mental, são considerados como pacientes de alto risco para as patologias orais, prioritariamente para a doença periodontal e cárie dentária devido, à falta de higiene oral e consequente aumento de placa bacteriana (Velasco et al., 1997).

Os pacientes portadores de deficiência mental que se encontram em instituições apresentam uma prevalência de cárie dentária baixa, devido ao facto de realizarem hábitos higiénicos orais e cuidados dietéticos (Nicolaci e Tesini, 1982).

Nestes pacientes é visível uma escassa higienização da cavidade oral sendo muitas vezes atribuída à falta de coordenação motora (Whyman et al., 1995).

Alguns autores recomendam o uso de agentes anti-microbianos para prevenir a doença periodontal nestes pacientes (Bay e Russell, 1975). Assim, recomenda-se a aplicação de clorhexidina, no controlo químico da placa bacteriana (Holland e Mullane 1990).

II.1.5 DEFICIÊNCIA FÍSICA

A deficiência física refere-se a alterações do aparelho locomotor, como consequência de alterações no sistema ósteo-articular, sistema muscular e no sistema nervoso. Existem vários tipos de deficiência física tais como: lesão cerebral (paralisia cerebral, hemiplegias), lesão medular (tetraplegias, paraplegias), miopatias (distrofias

musculares), patologias degenerativas do sistema nervoso central (esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica), lesões nervosas periféricas, amputações, sequelas de politraumatismos, malformações congénitas, entre outros (Guedes-Pinto, 2003).

Segundo a OMS, 10% da população nos países desenvolvidos são constituídos por indivíduos com algum tipo de deficiência, nos países em vias de desenvolvimento estima-se de 12 a 15%. Destes, 20% seriam portadores de deficiência física (Guedes-Pinto, 2003).

Contudo, cerca 9,11% das deficiências físicas, correspondem à paralisia cerebral (Guedes-Pinto, 2003).

II.1.5.1 PARALISIA CEREBRAL

Características Gerais

De acordo com Candido (2004), foi Willian Little, ortopedista Inglês, quem descreveu pela primeira vez a paralisia cerebral após verificar nas crianças uma rigidez muscular com maior incidência nos membros inferiores.

A paralisia cerebral define-se como uma disfunção neuromotora, caracterizando-se por distúrbios no tônus muscular, postura e movimentação voluntária (Alberman e Peckam, 2006).

Vários estudos demonstraram que nos países desenvolvidos, houve um aumento de casos de paralisia cerebral, com um índice de prevalência dos casos moderados e severos entre 1,5 e 2,5 por 1000 nascimentos, apresentando uma incidência maior no sexo masculino (Rosenbaum, 2003).

Existem vários tipos de paralisia. Estas classificam-se de acordo com as disfunções neuromusculares em espástica, discenética, com movimentos involuntários, rígida,

atáxica, hipotónica e mista. Em relação à topografia, classificam-se em: díplegia, monoplegia, hemiplegia, triplegia, tetraplegia (Weddel et al., 2001; Maranhão, 2005).

Cerca de 65% dos portadores de paralisia cerebral sofrem de paralisia espástica. Esta contribui para alterações da função motora e complicações musculoesqueléticas (Mancini et al., 2002). A díplegia e a hemiplegia apresentam melhor progóstico do ponto de vista funcional (Maranhão, 2005).

As causas da ocorrência da paralisia cerebral são diversificadas, tais como: pré-natais, distúrbios pós-nascimento, traumas obstétricos, entre outras. Assim, conclui-se que a sua etiologia é multifactorial (Diniz, 1996; Maranhão, 2005).

Segundo Maranhão (2005), 6% das causas de paralisia cerebral são devido à ocorrência de hipóxia durante o parto.

A severidade da paralisia depende da extensão da lesão no sistema nervoso. Nos casos suaves podem só afectar os músculos, já nos casos severos, pode-se verificar perda total da coordenação (Turolla de Souza et al., 2006).

O quadro clínico destes pacientes é variado, desde uma leve monoplegia com capacidade intelectual normal até espasticidade intensa de todo o corpo associado ao atraso mental (Maranhão, 2005). Contudo, os portadores de paralisia cerebral têm em comum as disfunções sensório-motoras associadas a distúrbios visuais, auditivos, convulsões, entre outras características (Lamonica et al., 2001).

É visível nestas crianças sinais de distúrbios de aprendizagem, comportamento inadequado, alterações na coordenação motora e percepção de visão e espaço (Rosenbaum, 2003).

Nos casos de paralisia cerebral severa pode-se observar alterações na fala, ausência de movimentos voluntários dos membros, tronco e pescoço, daí que normalmente estes pacientes necessitam de ajuda de terceiros (Cury et al., 2006).

Em relação ao tratamento destas crianças sugere-se uma equipa multidisciplinar, não só no domínio dos serviços de saúde como no da educação e da assistência social (Cardoso et al., 2004; Gomes e Barbosa, 2006).

Características Orais

Nos estudos encontrados na literatura, observa-se que os portadores de paralisia cerebral, apresentam uma higiene oral insuficiente e um índice de placa bacteriana alto, relativamente às crianças ditas normais (Gouveia et al., 2005).

Segundo Aurelio et al. (2002), 39% a 56% das crianças com paralisia cerebral, apresentam distúrbios na deglutição, a qual contribuiu para uma maior dificuldade na deglutição da saliva. As crianças portadoras desta patologia têm tendência a recorrer a alimentos de consistência pastosa e rica em hidratos de carbono. Desta maneira, verifica-se um aumento da prevalência da cárie dentária e um aumento do índice de placa bacteriana.

Nas crianças com disfunção neuromotora, observa-se uma prevalência de 90% de alteração motora oral (Albermam e Peckam, 2006). Observa-se também alterações da libertação de saliva. Com a diminuição da secreção salivar, a cavidade oral não se encontra tão lubrificada, não há uma eficácia na protecção das estruturas da cavidade oral, nem na acção das bactérias promovendo o controlo do pH intra-oral (Rosa et al., 2006).

Devido à descoordenação dos músculos e menor destreza destas crianças para a realização da sua higienização oral, há maior prevalência de cáries dentárias relativamente às crianças normais (Santos, 2003).

É ainda de referir que as crianças com paralisia cerebral têm tendência a desenvolver bruxismo, o qual provoca desgastes oclusais (Shinkai, 1998).

Nestas crianças, observa-se uma desarmonia entre os músculos intra-orais e peri-orais, contribuindo assim, para a prevalência de uma má-oclusão. Geralmente, verifica-se protrusão nos dentes antero-superiores, mordida aberta e mordidas cruzadas unilaterais (Weddel et al., 2001).

Nos indivíduos com paralisia cerebral espástica geralmente encontramos classe II de Angle (2ª divisão), apinhamento anterior e mordida cruzada uni ou bilateral. Contudo, o indivíduo com paralisia cerebral atetóide frequentemente apresenta uma classe II de Angle (1ª divisão), palato alto e estreito podendo encontrar-se labioversão dos incisivos superiores e mordida aberta anterior (Elias, 1995).

No tratamento odontológico destes pacientes utiliza-se o abre bocas, aspiradores de saliva, cadeiras especializadas, auxiliares especializadas, entre outros materiais. Os materiais de higiene oral devem estar adequados às especificidades destas crianças. Assim, a escova dentária, o fio dentário, entre outros, devem ser passíveis de adaptação e modificação (Ribeiro et al., 2004).

Segundo Elias (1995), o ambiente da consulta odontológica deverá ser silencioso e sempre que possível o médico dentista deverá atendê-lo de frente. A baixa intensidade da luz é outro recurso que poderá ser utilizado pelo profissional para diminuir a excitabilidade do paciente.

II.1.6 DISTÚRBIOS DE DESENVOLVIMENTO

O distúrbio autista é enquadrado na classificação do DSM-IV como um distúrbio de desenvolvimento (DSM-IV, 1996).

A maioria dos estudos encontrados na literatura indicam que o autismo é caracterizado como uma perturbação no desenvolvimento que afecta a capacidade do indivíduo de comunicar, interagir com os outros e entender a linguagem. Caracteriza-se assim, como uma síndrome comportamental (Dunlap et al., 1999).

II.1.6.1 AUTISMO

Características Gerais

O autismo foi descrito, pela primeira vez, em 1943 por Kanner, quando começou a observar comportamentos aparentemente característicos de algumas crianças (Pereira, 1999).

Segundo Aarons e Gittens (1992), os portadores de autismo caracterizam-se por apresentar incapacidade para desenvolver relações com os outros indivíduos, atraso na aprendizagem da linguagem, uso não comunicativo da linguagem verbal, têm boa memória de repetição e aparência física normal.

Contudo, Braunwald et al. (1988) caracteriza o autista pela incapacidade da criança em desenvolver interações sociais normais ou uma língua comunicativa; são igualmente típicas a extrema obsessividade, preocupação, resistência a mudanças e as acções estereotipadas. Neste contexto, “embora de etiologia incerta, o autista é considerado um distúrbio do desenvolvimento cerebral”.

Uma das definições mais recentes atribuídas aos portadores de autismo é da DSM-IV (2000): O transtorno autista consiste na presença de um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de actividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do indivíduo.

Para Marques (1993), o autismo é manifestado uma vez em cada 1200 nascimentos. Por outro lado, em 1997, nos Estados Unidos da América, cerca de 5.000.000 pessoas seriam portadoras do autismo. A incidência do autismo é cerca de quatro vezes superior no sexo masculino, mas não há qualquer relação entre o autismo e as questões sociais, económicas e raciais. Contudo, há possibilidade de associação de determinadas formas de autismo com aspectos genéticos (Dunlop et al., 1999).

As crianças portadoras de autismo são distinguidas das crianças normais, não só pelas capacidades intelectuais e nível de distúrbio de contacto, mas também pela sua personalidade e interesses peculiares (Dunlop et al., 1999).

Algumas crianças e jovens autistas possuem um atraso mental, outras dispõem de capacidades superiores em áreas particulares como a Música, a Mecânica e a Matemática, enquanto noutras áreas apresentam um atraso significativo (Frith, 1996).

Pode-se verificar sinais precoces de autismo em bebés, pois estes apresentam comportamentos como: dificuldades em prestar atenção nas pessoas (manter contacto visual), défice na imitação de acções de outros, dificuldade em responder afectivamente e partilhar atenção (Aiello, 2002).

Para um melhor entendimento dos critérios de diagnóstico do Autismo apresentamos o quadro 3.

Quadro 3: Critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (2000) para a perturbação Autística.

- A. Um total de seis (ou mais) itens de (1), (2) e (3), com pelo menos dois de (1), e um de (2) e de (3).
- (1) Défice qualitativo na interacção social, manifestando pelo menos por duas das seguintes características:
- (a) Acentuado défice no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como, contacto ocular, expressão facial, postura corporal e gestos reguladores da interacção social;
 - (b) Incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, adequadas ao nível de desenvolvimento;
 - (c) Ausência da tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres, interesses ou objectivos;
 - (d) Falta de reciprocidade social ou emocional.
- (2) Défices qualitativos na comunicação, manifestados pelo menos por uma das seguintes características:
- (a) Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral;

- (b) Nos sujeitos com um discurso adequado, uma acentuada incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversação com os outros;
 - (c) Uso estereotipado ou repetitivo da linguagem idiossincrática,
 - (d) Ausência de jogo realista espontâneo, variado, ou de jogo social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento;
- (3) Padrões de comportamento, interesses e actividades restritas, repetitivos e estereotipados, que se manifestam pelo menos por uma das seguintes características:
- (a) Preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e repetitivos de interesses que resultam anormais, quer na intensidade quer no seu objectivo;
 - (b) Adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais;
 - (c) Maneirismo motores estereotipados e repetitivos,
 - (d) Preocupação persistente com partes de objectos.
- B. Atraso ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: (1) interacção social, (2) linguagem usada na comunicação social, (3) jogo simbólico ou imaginativo.
- C. A perturbação não é melhor explicada pela presença de uma Perturbação de Rett ou Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância.
-

As crianças autistas têm dificuldade em localizar a fonte de desconforto, daí que não tenham consciência da dor, calor e frio. Apresentam algumas alterações em relação aos sentidos como cheirar, sentir e tocar (Aarons e Gittens, 1992).

Na literatura são visíveis quatro variantes do transtorno do espectro do autismo (Marques, 1998):

- 1-Autismo infantil (Síndrome de Kanner) – uma com regressão (20%) a outra sem regressão (80%);
- 2-Transtorno de Asperger – Autismo de “Alto Funcionamento” (Síndrome de Asperger);
- 3-Transtorno Desintegrativo da Infância (Síndrome de Heller);
- 4-Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (PDD NOS) / Autismo Atípico (outras condições com características semelhantes ao autismo).

Características Orais

Em relação à saúde oral, as anomalias encontradas não são exclusivas de pessoas portadoras de autismo.

Shapira et al. (1989), verificaram que os autistas têm uma maior prevalência de problemas periodontais que os esquizofrénicos, por outro lado, não há diferenças significativas quanto à higiene oral quando se compara autistas e indivíduos “normais”.

Luscre e Center (1996), observaram que as crianças e jovens autistas apresentam maior prevalência de lesões de cárie, presença de uma fraca higiene oral e problemas periodontais com índices relativamente maiores que as crianças ditas normais. Estes autores, afirmam que o maior número de cáries está relacionado pela preferência de alimentos doces e pela pobre habilidade mastigatória.

Contrariamente, Kamen e Skier (1985), mencionou baixa incidência de cárie em pacientes autistas.

É visível a presença de placa bacteriana em crianças autistas, devido ao uso de medicação, ao hábito de manter os alimentos na boca e à inacessibilidade a serviços odontológicos especializados (Marega, 2001).

Guedes Pinto (2003) e Elias (1995), apontam como meio de motivação da higiene oral, o uso de escovas eléctricas, já que realizam movimentos automáticos vibratórios.

Segundo Shapira et al. (1989), o tratamento odontológico nas crianças autistas é, em regra, realizado em condições adversas. Normalmente, estes pacientes são submetidos à contenção física ou química e anestesia geral.

Segundo Ross-Rusell e Sloan (2005), estas crianças procuram o Médico Dentista quando se encontram com dor, dificuldade na abertura da boca, lesões orais, ou até mesmo casos de auto extracções e traumatismo dentários.

Os problemas encontrados pelos responsáveis destas crianças durante a higienização da cavidade oral passam pelo constante movimento da língua, aumento de tensão dos músculos faciais, aperto dos dentes, movimentos involuntários da cabeça e pescoço (Grunsvén e Cardoso, 1995).

II.1.6.2 Síndrome de Asperger

Características Gerais

A Síndrome de Asperger foi reconhecida como critério de diagnóstico no DSM-IV em 1994, apesar do termo "síndrome de Asperger" ter sido utilizado pela primeira vez por Lorna Wing em 1981. Assim, muitas crianças com esta patologia foram erradamente diagnosticadas com outras síndromes, tais como Autismo, Perturbação Obsessivo – Compulsivo, entre outras (Kopra et al., 2008).

O transtorno de Asperger ou desordem de Asperger (código CIE-9-MC: 299.8) é uma síndrome do espectro autista e diferencia-se do autismo por não apresentar nenhum atraso global no desenvolvimento cognitivo ou da linguagem do indivíduo (First, 2008).

A Síndrome de Asperger é definida na parte 299.80 do DSM-IV (DSM-IV, 2000) por seis critérios principais, que definem a síndrome como uma condição com as seguintes características:

- A não satisfação no preenchimento dos critérios para qualquer outro transtorno invasivo do desenvolvimento específico ou esquizofrenia;
- Desenvolvimento de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e actividades;
- Prejuízo severo e persistente na interacção social;
- A perturbação produz um défice clinicamente significativo da actividade social, laboral ou de outras áreas do funcionamento;

- Nenhum atraso significativo no desenvolvimento da linguagem;
- Não há atrasos clinicamente significativos no desenvolvimento cognitivo ou no desenvolvimento de habilidades de auto-ajuda apropriadas à idade, comportamento adaptativo e curiosidade acerca do ambiente na infância.

Vários estudos indicam que quase todas as crianças diagnosticadas com "Síndrome de Asperger" têm na realidade autismo e não Síndrome de Asperger tal como é definida pelo DSM-IV (Mayes et al., 2001). Assim, o estudo realizado em 2008, comparando quatro conjuntos de critérios (DSM, CID, Gillberg e Szatmari) concluíram que o diagnóstico apenas coincidia em 39% dos casos (Kopra et al., 2008).

Vários médicos referem que a Síndrome Asperger não é um distúrbio separado e distinto, mas sim, um autismo de alta funcionalidade (AAF). Contudo, os diagnósticos da Síndrome de Asperger e AAF são utilizados indistintamente. Desta forma, a mesma criança pode ter diferentes diagnósticos, dependendo do método aplicado pelo médico. Algumas crianças podem ser diagnosticadas com AAF em vez de Síndrome de Asperger e vice-versa (Bauer, 1995).

A prevalência do autismo é de 4 em 10.000 crianças e estima-se que a Síndrome de Asperger seja de 20 a 25 por 10.000. Isto significa que para cada caso de Autismo, as escolas devem encontrar diversas crianças com o quadro SA (Bauer, 1995).

Os estudos encontrados na literatura indicam que a Síndrome de Asperger é mais comum em rapazes que em raparigas (Bauer, 1995).

Algumas crianças e jovens portadoras da Síndrome de Asperger não têm capacidade de expressar o seu próprio estado emocional nem de identificar o que é socialmente "aceitável". Estas crianças precisam de aprender estas aptidões sociais de maneira clara e lógica como a Matemática, em vez de intuitivamente, por meio da interação emocional normal (Levanthal-Belfer et al., 2004).

As crianças portadoras do Síndrome de Asperger podem demonstrar egoísmo e egocentrismo. Na maioria dos casos, estas percepções são injustas porque os portadores da Síndrome são neurologicamente incapazes de entender os estados emocionais das pessoas à sua volta (Attwood, 1997).

Características Orais

Não existe concordância quanto à susceptibilidade das crianças com síndrome de Asperger à cárie dentária. Desta forma, é fundamental conhecer o hábito de higiene oral e os hábitos dietéticos de cada criança para caracterizar o grau de risco à cárie dentária.

Uma das características apresentadas por estas crianças é a falta de coordenação motora e a relativa exclusividade de interesses, o que contribui para aumentar a susceptibilidade para a cárie dentária e doença periodontal devido à dificuldade de controlar a placa bacteriana. (Gillberg e Gillberg, 1989).

Backman e Pilebro (2005) também referem que estas crianças apresentam dificuldades em colaborar numa consulta dentária, bem como uma higiene oral deficitária. Daí que apresentem uma tendência para a doença periodontal.

II.1.7 Multideficiência

Características Gerais

Uma criança portadora de multideficiência apresenta Necessidades Educativas Especiais de carácter prolongado com limitações no funcionamento cognitivo, associado a limitações no domínio motor e/ou sensoriais (visual e auditivo) com reflexos no desenvolvimento e aprendizagem requerendo apoio permanente (Associação Portuguesa de Investigação Educacional, 2006).

Segundo Nunes (2001), uma criança com multideficiência “É mais do que a mera combinação ou associação de deficiências, constituindo um grupo muito heterogéneo entre si, apesar de apresentarem características específicas/particulares”.

Embora se trate de uma população heterogénea é comum manifestarem acentuadas limitações ao nível de algumas funções mentais, bem como acentuadas dificuldades ao nível da comunicação, da linguagem e ao nível das funções motoras, nomeadamente na mobilidade (no andar, na mudança de posições do corpo, na movimentação de objectos e na motricidade fina). Contudo, podem apresentar, limitações nas funções visuais ou auditivas, sendo frequente coexistirem graves problemas de saúde física, nomeadamente epilepsia e problemas respiratórios (Associação Portuguesa de Investigação Educacional, 2006).

As crianças e jovens portadoras de multideficiências, normalmente, não usam a linguagem verbal, o que lhes dificulta significativamente a comunicação com os outros. A incapacidade para usar a fala tem um impacto muito forte no desenvolvimento das capacidades individuais (Associação Portuguesa de Investigação Educacional, 2006).

Características Oraís

Para Brasil (1993), o acompanhamento e tratamento das crianças com multideficiência deve estar a cargo de uma equipa multidisciplinar composta por diversas áreas: medicina dentária, medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, fonoaudiologia, psicologia, entre outras.

Os portadores de multideficiências apresentam doenças orais que comprometem seriamente os dentes, levando muitas vezes à sua perda. Estas crianças geralmente não têm uma higiene oral satisfatória e muitas vezes não permitem que outros o façam. Manifestam comportamentos agressivos ou movimentos involuntários que dificultam a higienização (Brasil, 1993).

Os indivíduos com multideficiência apresentam um comprometimento motor levando à incapacidade de segurar a escova de dentes, contribui desta forma, para o aumento da prevalência de cárie (Cabral et al., 2003).

II.1.8 Deficiência Visual

Características Gerais

A definição de deficiência visual adoptada pela OMS desde 1972 é:

- a) **Cegueira:** inclui os indivíduos que apresentam acuidade visual de 0 a 20/200 no melhor olho, após a correcção máxima; ou que tenham um ângulo visual restrito a 20 graus de amplitude.

- b) **Visão subnormal:** indivíduos que apesar de apresentarem uma diminuição grave da capacidade visual, possuem um resíduo visual e a possibilidade de correcção por meio óptico especiais.

Segundo Brasil et al. (2004), as crianças que nascem com deficiência visual ou perderam a visão muito cedo apresentam necessidades educativas especiais de aprendizagem diferentes das crianças ditas normais.

As causas de cegueira na infância variam de região para região, sendo, em parte, determinada pelo desenvolvimento socioeconómico e a disponibilidade de serviços de saúde. Deste modo, das 1,5 milhões de crianças cegas existentes no mundo, 75% apresentam causas que podem ser prevenidas ou curadas (Hoyt e Good, 2001).

A deficiência visual impõe restrições no desenvolvimento seguro e confiante da criança no ambiente e interfere no conhecimento do próprio corpo (Brasil, 2004).

As limitações das crianças com deficiência visual manifestam-se principalmente nas áreas de auto-cuidado e mobilidade (Malta et al., 2006).

Características Orais

Estudos na literatura indicam que as crianças e jovens com deficiência visual conseguem perceber a importância da boca e dos seus dentes. Porém, estas crianças afirmam ter dificuldade na utilização do fio dentário (Goulart e Vargas 1998). Este autor refere também que as crianças com deficiência visual mesmo informadas, ainda apresentam dificuldades para exercer uma higiene adequada.

Estas crianças geralmente não têm habilidade para promover uma higiene oral satisfatória e muitas vezes não permitem que os seus responsáveis a realizem, contribuindo dessa forma, para uma pobre higiene oral (Batista et al., 2003).

Estudos que avaliaram as condições da saúde oral nos portadores de deficiência visual referem uma higiene oral deficiente na maioria dos casos. Contudo, alguns autores observaram que as crianças com baixa visão apresentaram uma melhor higiene oral, quando comparados com as totalmente cegas (O'Donell, 1992; Goulart e Vargas, 1998).

O Médico Dentista deve transmitir segurança à criança por meio da fala e toques suaves, para estabelecer uma interacção, pois ela não poderá ver a sua face. Também deve deixar a criança tocar e cheirar os objectos para se familiarizar com o ambiente e os procedimentos odontológicos (Cameron, 2001).

Muitas crianças com deficiência visual podem apresentar fotofobia, sendo por isso importante usar os óculos de segurança (Cameron e widmer, 2001).

II.2 – Investigação Científica

II.2.1 Objectivos

- Caracterizar o estado de saúde oral de grupos específicos de crianças e jovens com necessidades educativas especiais.
- Conhecer os principais hábitos alimentares e de higiene oral de grupos específicos de crianças e jovens com necessidades educativas especiais.
- Sensibilizar a população alvo para a higiene oral através de materiais didácticos / audiovisuais e motivar os pais e/ou responsáveis dessas crianças e jovens, para a necessidade de manutenção de uma cavidade oral saudável.

II.2.2 Materiais e Métodos

Este estudo é do tipo observacional transversal de carácter descritivo e analítico.

A população alvo é constituída por um total de 40 crianças e jovens, portadores de patologias especiais (Autismo, Paralisia cerebral, Deficiência Mental Ligeira, Síndrome de Down, Multideficiência, Síndrome de Asperger, Hidrocefalia, Atraso no desenvolvimento, Síndrome X Frágil, Baixo índice de visão e Sem diagnóstico) que frequentam a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) do distrito de Viana do Castelo. Esta Associação tem instalações em Ponte de Lima, Ponte da Barca e nas freguesias de Darque (Cabedelo) e Areosa, ambas do concelho de Viana do Castelo.

Este estudo desenvolveu-se em pacientes de uma amostra por conveniência constituída por 31 crianças/jovens com idades compreendidas entre os 3 e 17 anos. Foram incluídas neste estudo todas as crianças e jovens cujos respectivos pais e/ou responsáveis legais autorizaram a sua participação (*Anexo I*). Como 9 pais e/ou responsáveis legais não autorizaram a participação dos seus filhos, de uma população alvo de 40 crianças e

jovens com necessidades educativas especiais, desenvolvemos o nosso estudo em 31 (77,5%) dos pacientes da população alvo. Tendo em conta o tamanho da amostra, ela é representativa da população alvo.

Numa primeira fase, foi estabelecido o contacto com a direcção da APPACDM do distrito de Viana do Castelo, no sentido de recolher a informação relativa à população de pacientes com necessidades educativas especiais e esclarecer os procedimentos para a realização deste estudo. Após o contacto estabelecido com a direcção fomos encaminhados para a Psicóloga, a qual nos informou sobre as principais características das patologias das crianças/jovens que iríamos observar.

Antes de iniciarmos a observação clínica, realizámos uma acção de sensibilização para os pais e/ou responsáveis dos pacientes especiais. Essa acção decorreu no Cabedelo e foi feita com projecção de uma apresentação especificamente desenvolvida para esse efeito. Nessa acção de informação também distribuámos um panfleto relacionado com saúde oral (*Anexo II*), bem como um questionário (*Anexo III*). Aos pais que não puderam estar presentes nesta acção, foi enviado, via correio, os questionários e panfletos para a sua residência.

A inspecção clínica foi realizada nas instalações da APPACDM sediadas em 4 locais (Ponte de Lima, Ponte da Barca e nas freguesias de Darque, lugar do Cabedelo e Areosa). Em Areosa, fomos auxiliados por uma enfermeira da APPACDM e nos restantes 3 locais por uma enfermeira particular. Antes de realizar as inspecções clínicas orais, no Cabedelo, projectámos uma apresentação para as crianças e nos restantes 3 locais, o vídeo “Doutor Dentolas” da Colgate®. Esta dupla abordagem deveu-se ao facto dos pacientes do Cabedelo serem crianças de 3 anos. Em cada um destes locais, também entregámos um jogo de dominó para a instituição (*Anexo IV*). Para além disso, no Cabedelo, como as crianças ainda eram muito jovens, também entregámos figuras com imagens alusivas ao tema para estas poderem colorir (*Anexo V*). No fim de cada observação clínica oferecemos a cada criança um Kit com escova/pasta da Colgate®, (*Anexo VI*) bem como um certificado de participação (*Anexo VII*).

Os dados desta investigação foram recolhidos através de uma inspecção clínica oral a cada uma das 31 crianças/jovens, bem como através de um questionário administrado aos pais e/ou responsáveis legais dessas crianças.

A inspecção clínica foi realizada nas salas, existentes nas instalações da APPACDM, com boa iluminação natural e iluminação artificial suficiente para efectuar o exame da cavidade oral, com o paciente sentado numa cadeira colocada para o efeito. A examinadora manteve-se de pé e à frente do paciente durante a realização de todo o exame.

Em cada exame clínico intra-oral, utilizou-se um espelho, uma sonda exploratória e pastilhas reveladoras da placa bacteriana (red-cote-Butler®). Todos os procedimentos referentes ao exame clínico seguiram as normas de biossegurança, com a finalidade de se evitar infecções cruzadas. Para isso, utilizou-se luvas descartáveis, máscaras, além de instrumentos esterilizados, por paciente examinado.

Não se utilizou bata branca. Tendo em conta a natureza dos pacientes deste estudo, designadamente as crianças com pouca idade, tal procedimento visou ganhar a confiança dos mesmos e reduzir eventuais medos e receios.

Registo de Cárie Dentária

Para registar a cárie dentária utilizou-se o índice de dentes cariados, perdidos por cárie e obturados (CPO), segundo as normas da OMS.

Os dados obtidos foram anotados em ficha clínica específica (*Anexo VIII*), contendo o número de identificação da criança, a data do exame, o sexo e a idade. As observações foram registadas num odontograma geométrico, com representação de todas as superfícies dos dentes, de acordo com o sistema proposto pela Federação Dentária Internacional (FDI).

Utilizou-se a escala proposta por Cypriano et al. (2005) para caracterizar o grau de severidade da cárie dentária em função do índice CPO: 0 a 1,1-Muito Baixo; 1,2 a 2,6-Baixo; 2,7 a 4,4-Moderado; 4,5 a 6,5- Alto e quando igual ou superior a 6,6, Muito Alto.

Registo de Placa Bacteriana

Os dados referentes aos níveis de placa foram registados de acordo com o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) criado por Greene e Vermillion. Este índice foi adoptado por ser de fácil utilização (*Anexo VIII*).

Os dentes observados foram: 1.6 (face vestibular), 1.1 (face vestibular), 2.6 (face vestibular), 4.6 (face lingual), 3.1 (face vestibular), 3.6 (face lingual). Foram utilizados 4 códigos (0,1,2,3) para os seguintes critérios: (0) Inexistência de placa, (1) Placa cobrindo menos de 1/3 da superfície dentária, (2) Placa cobrindo mais de 1/3 da superfície dentária, mas menos de 2/3 da superfície dentária e (3) Placa cobrindo mais de 2/3 da superfície dentária.

Para classificar o estado da higiene oral, com base no IHOS, utilizámos a seguinte escala (Pereira et al. 2008): de 0 a 1,5- Boa; de 1,51 a 2,5- Regular e acima de 2,5-Má.

Questionário

Foi administrado um questionário (*Anexo III*), aos pais e/ou responsáveis legais das crianças e jovens com NEE observadas no âmbito deste estudo. Antes da entrega da versão definitiva do questionário na amostra seleccionada, fez-se um pré-teste (estudo piloto) numa amostra de 10 pessoas, com o objectivo de proceder a reajustamentos e melhorar a formulação de alguns itens. O questionário encontra-se dividido em 3 partes. Enquanto a primeira parte visa recolher informações pessoais dos pais (idade, sexo, nível instrucional), na segunda parte recolhe-se dados pessoais do educando. A terceira e última parte, visa recolher a opinião dos pais, relativamente a vários aspectos dos hábitos alimentares, bem como da higiene oral dos seus filhos. Solicitou-se ainda a

opinião destes quanto à importância de programas de saúde vocacionados para crianças/jovens com NEE. A terceira parte do questionário apresenta perguntas fechadas dicotómicas, perguntas de escolha múltipla em leque fechado e perguntas de escolha múltipla na modalidade de avaliação ou estimação. Os graus de intensidade foram recolhidos através de uma escala tipo Likert que gradua as respostas em seis níveis. É de realçar que optámos conscientemente por uma escala com seis níveis de graduação, para evitar o chamado ponto neutro ou medida central (Pardal e Correia, 1995), já que, nas escalas com graduações ímpares existe uma tendência para o respondente assinalar a medida central.

Análise estatística

Os dados recolhidos no âmbito da inspeção clínica oral, bem como os decorrentes da aplicação do inquérito por questionário foram compilados numa folha de cálculo do programa informático Excel 2000©, sendo os procedimentos de análise estatística realizados utilizando a aplicação informática *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows* ©, versão 17.0.

Para a análise de dados considerou-se um nível de significância de 0,05 (correspondente a 95% de confiança), ou seja, foram identificadas diferenças significativas, em todas as situações em que a probabilidade associada à estatística de teste (p) for inferior a 0,05.

Na aplicação dos testes foi, por vezes, necessário a reclassificação da(s) variável(eis) tornando-a(as) dicotómicas.

Para relacionar o IHOS, com os diversos itens, foi efectuado um teste paramétrico, t de student para grupos independentes, após a verificação dos pressupostos de normalidade e de homogeneidade de variâncias. A comparação do IHOS e do CPO por patologia foi efectuado através do teste de inferência paramétrico ANOVA a um factor, após verificação dos pressupostos referidos.

Para relacionar o CPO, com os diversos itens, foram aplicados os testes não paramétricos: Mann-Whitney, após verificação de que o pressuposto de normalidade falhava (teste de Shapiro-Wilk), mas que o de homogeneidade de variâncias se verificava (Teste Levene).

A associação entre o IHOS e CPO foi investigada através do coeficiente de correlação de Spearman (r_s), bem como entre cada um desses dois índices e a variável idade.

II.2.3 Resultados

Para facilitar a compreensão dos resultados obtidos neste estudo, organizaram-se os resultados em duas partes, sendo que na primeira parte serão apresentados os resultados das observações orais efectuadas à amostra total de crianças/adolescentes com necessidades educativas especiais. Numa segunda parte, serão expostos os resultados obtidos a partir do questionário lançado aos pais e/ou responsáveis.

1ª PARTE

Caracterização da amostra

Verificou-se que de entre 31 pacientes observados, a maioria era do género feminino, representando 51,61% dos casos e 48,39% do género masculino (figura 1).

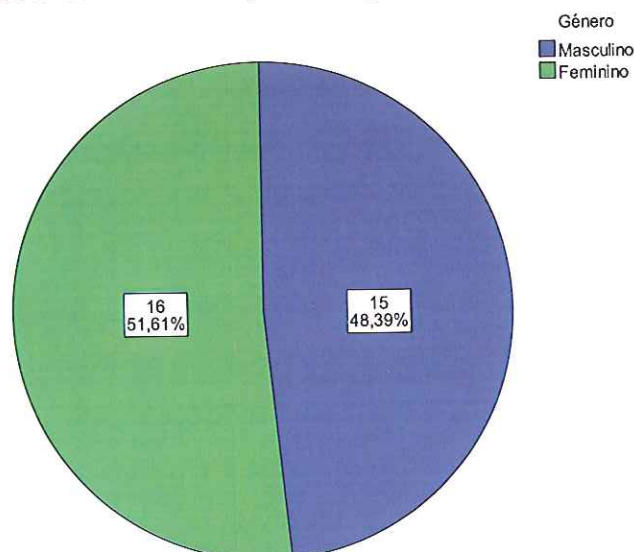


Figura 1. Distribuição da amostra segundo o género

A idade mínima dos pacientes observados foi de 3 anos e a máxima de 17 anos, como pode ser observado na figura 2, de onde ressalta que a idade média dos pacientes era de 10,29 anos, com um desvio padrão de 5,25 anos.

A figura 2 permite visualizar a distribuição etária dos pacientes.

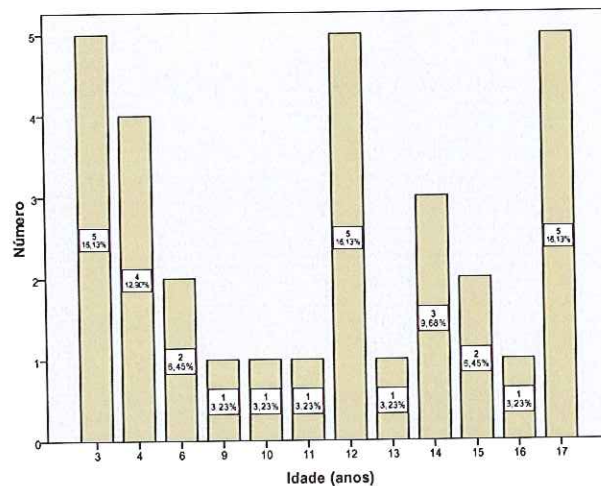


Figura 2. Distribuição etária dos pacientes da amostra estudada.

A distribuição etária para os pacientes do género masculino e feminino não é muito diferente, como facilmente se observa na figura 3, ainda que haja uma ligeira tendência para idades superiores nas pacientes femininas. As estatísticas mais relevantes para a distribuição etária, por género, podem também ser consultadas na tabela I (**Anexo IX**).

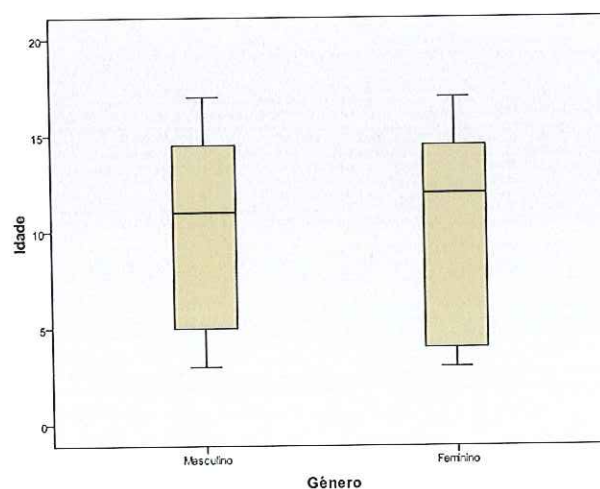


Figura 3. Diagrama de caixa de bigodes para a distribuição etária dos pacientes observados de ambos os géneros. A caixa central representa a distribuição dos 50% das observações de valor central, sendo a linha horizontal dentro da caixa representativa do valor da mediana.

A figura 4 mostra a distribuição dos 31 pacientes segundo o tipo de patologia.

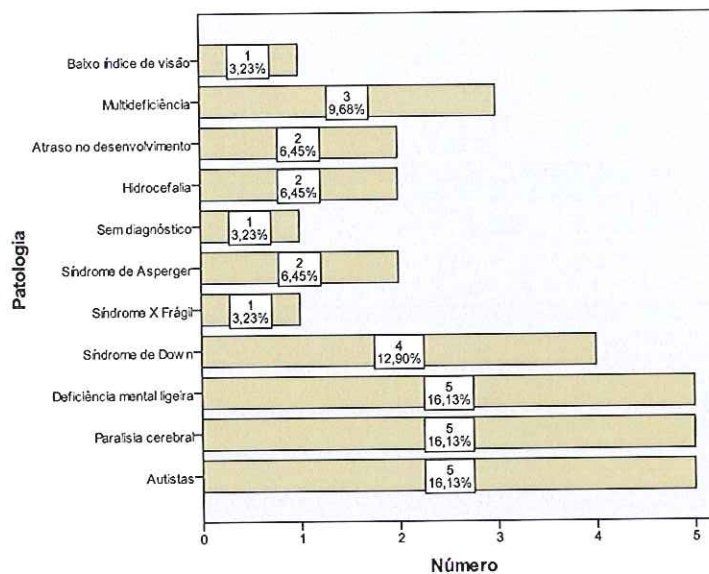


Figura 4. Distribuição da amostra segundo o tipo de patologia.

Da análise da figura 4, conclui-se que as patologias mais frequentes na amostra estudada são o Autismo, a Paralisia Cerebral e a Deficiência Mental Ligeira. Cada uma destas três patologias encontra-se presente em 16,13% (5) das crianças e/ou jovens da amostra. Por outro lado, 12,9% dos pacientes estudados eram portadores da Síndrome de Down e 9% da Multideficiência. Algumas patologias, tais como a Síndrome X frágil, Baixo Índice de Visão e Sem diagnóstico só foram evidenciadas por um paciente.

A distribuição da idade dos pacientes por tipo de patologia encontra-se na figura 5, sendo visível que a mediana das observações é ligeiramente superior na patologia deficiência mental ligeira.

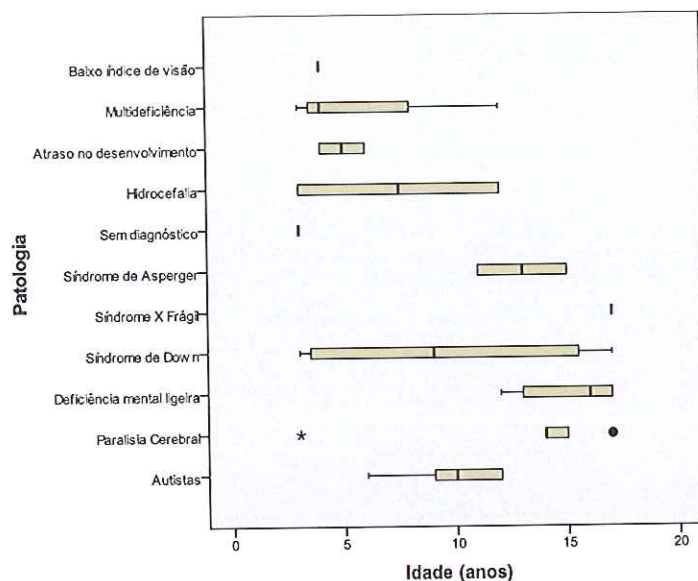


Figura 5. Distribuição da idade dos pacientes segundo o tipo de patologia

Na tabela I (*Anexo IX*) resume as principais características dos pacientes especiais observados. Da análise da tabela I conclui-se que, apesar da idade média dos pacientes do género feminino ser ligeiramente superior à do género masculino (mais 0,31 anos), não existem diferenças no valor médio da idade dos pacientes masculinos e femininos (Teste T, $p=0,875$). Já em relação à patologia, excluindo as patologias Síndrome X Frágil, Sem Diagnóstico e Baixo Índice de visão, que apenas apresentam uma observação e por isso não pode ser incluída na análise apresentada, conclui-se que existem diferenças significativas no valor médio da idade dos pacientes por patologia (ANOVA A a 1 factor; $p=0,03$). Assim, do conjunto de patologias estudadas, os pacientes com Deficiência mental ligeira, emergem como sendo o grupo com uma idade média mais elevada (15 anos). Ao invés, as crianças com Atraso no desenvolvimento são as que apresentam uma idade média mais baixa (5 anos), seguindo-se os pacientes com Multideficiência (6,3 anos).

Higiene Oral

No gráfico 6 apresenta-se a amostra segundo o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). Da análise do gráfico conclui-se que este indicador da placa bacteriana varia entre 1 e 3 e que na amostra estudada o valor 2 é a moda. Isto significa que do conjunto de valores do IHOS da amostra, o valor 2 é o mais frequente.

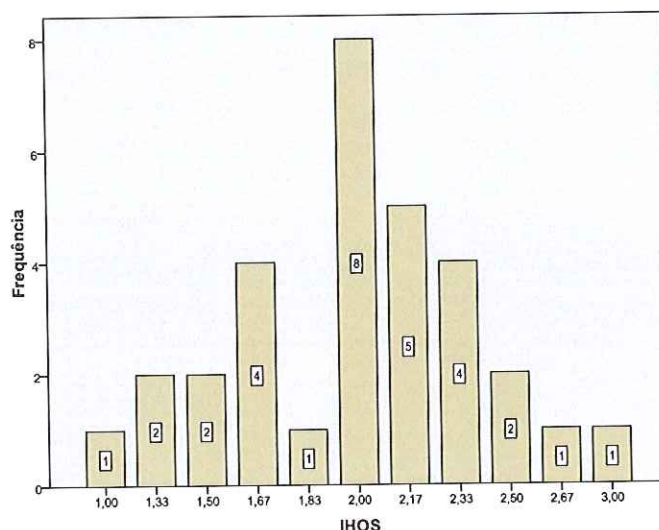


Figura 6. Distribuição dos pacientes segundo o Índice de Higiene Oral Simplificado

Cárie dentária

Na tabela 2 (*Anexo X*) expressam-se os valores dos índices cpod e CPOD em função da idade dos pacientes especiais observados, bem como a frequência dos três componentes destes índices. O valor médio do índice cpod na amostra estudada foi de 1,36, correspondente a 80% de dentes cariados, 6,7 % de perdidos e 13,3% de obturados. O valor obtido corresponde a um grau de severidade baixo (1,2 a 2,6). Na dentição permanentes o índice CPOD foi de 4,65, a que corresponde 64,5% de dentes cariados, 11,8 % de perdidos e 23,7% de obturados. Este valor corresponde a um grau de severidade alto (4,5 a 6,5). Para a totalidade dos pacientes especiais que compõem a amostra, o valor global do índice CPO foi de 3,48, correspondente a um grau de severidade moderado (2,7 a 4,4). No valor médio do CPO, verificámos que a proporção da cárie, de dentes perdidos e obturados é de 66,7%, 11% e 22,2% respectivamente.

A análise da figura 7 e da tabela IV (*Anexo XI*) permitiu verificar que o valor do índice CPO na amostra estudada varia entre 0 e 14. A média é 3,48 e o desvio padrão 3,78.

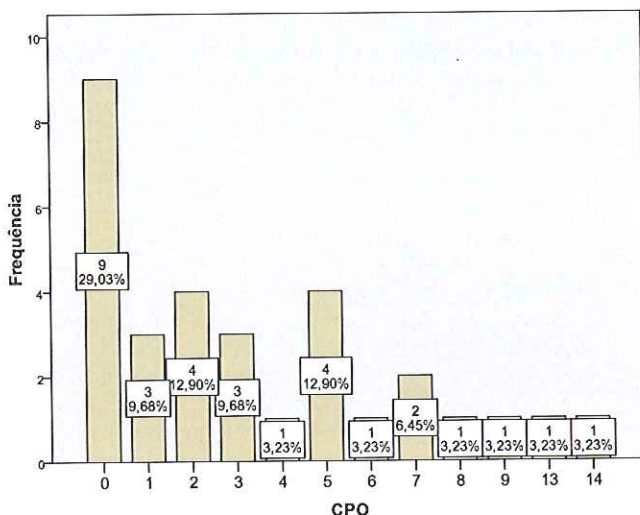


Figura 7. Distribuição dos pacientes segundo o CPO

Verificou-se, nesta amostra, existir uma correlação positiva, a 99% de confiança, entre o índice de cárie dentária e a idade das crianças e jovens observados ($r_s = 0,477$; $p = 0,008$) (figura 8).

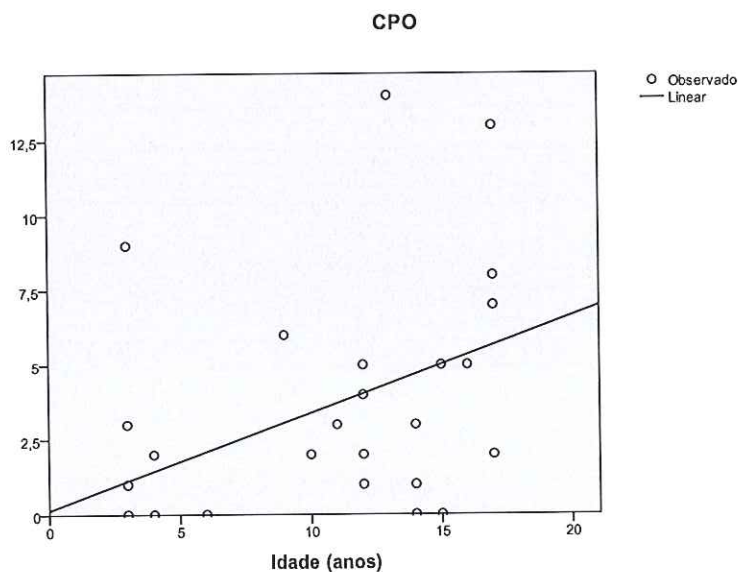


Figura 8. Diagrama de dispersão representativo da relação entre o índice CPO e idades dos pacientes observados.

Já em relação à associação entre a idade e o IHOS, verificou-se não existir uma correlação significativa ($p = 0,177$).

Da análise dos dados (representados nas figuras 9 e 10), conclui-se com 95% de confiança que não existem diferenças significativas para o índice CPO com o género (teste Mann-Whitney; $p = 0,434$), nem para o IHOS com o género (teste t; $p = 0,682$) (tabelas III e IV- *Anexo XI*).

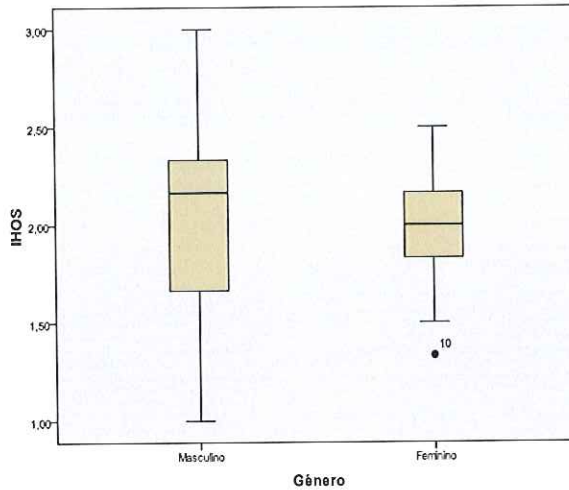
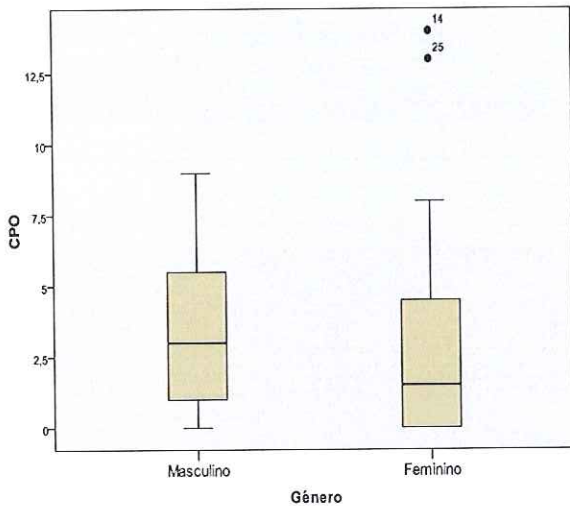


Figura 9. Distribuição do CPO segundo o género. Figura 10. Distribuição do IHOS segundo o género.

A análise estatística das observações (figura 11) permite afirmar, com 95% de confiança, que não há diferenças significativas para o IHOS com as diferentes patologias (ANOVA, $p=0,247$), excluindo da análise as patologias que só apresentam uma observação (tabela III- *Anexo XI*).

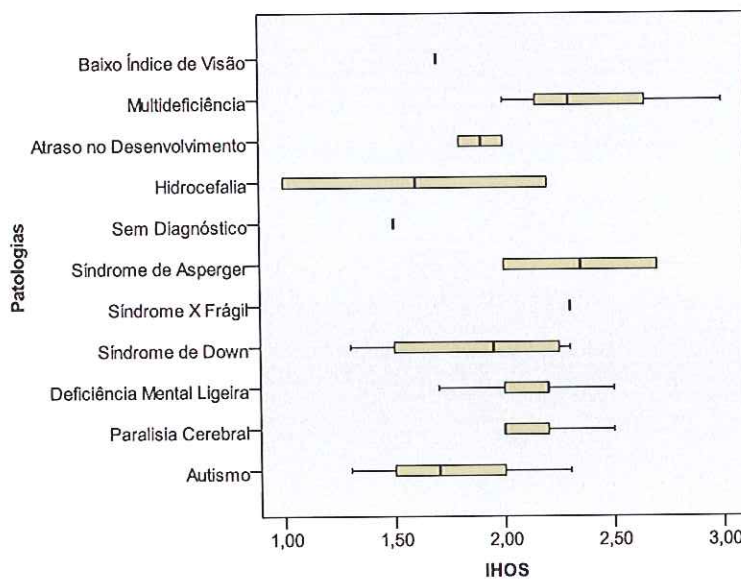


Figura 11. Distribuição do IHOS por tipo de patologia

Já em relação ao CPO, análise estatística das observações (figura 12) permite afirmar, com 95% de confiança, que há diferenças significativas para este índice com as diferentes patologias (ANOVA, $p=0,02$), excluindo da análise as patologias que só apresentam uma observação (tabela IV- *Anexo XI*). Assim, a Deficiência Mental

Ligeira emerge como sendo a patologia com maior valor médio de CPO [$9 \pm (4,301)$], seguindo-se a Multideficiência [$5 \pm (3,536)$].

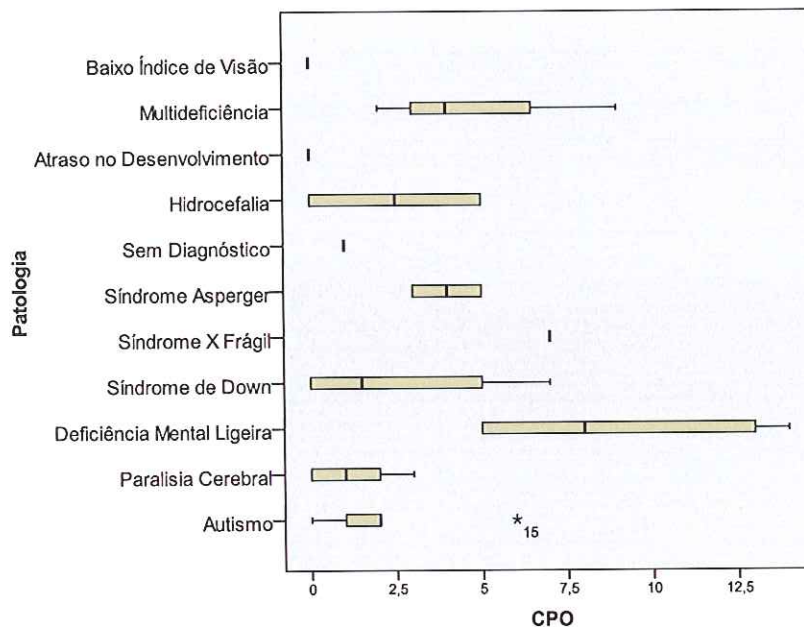


Figura 12. Distribuição do CPO por tipo de patologia

Verificou-se, nesta amostra, existir uma correlação positiva significativa, a 99% confiança, entre o Índice de Higiene Oral Simplificado e o Índice de Cárie Dentária ($r_s = 0,462$; $p=0,009$) (figura 13).

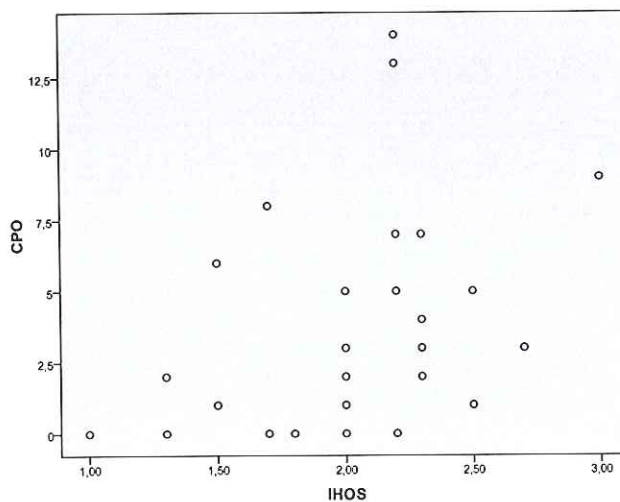


Figura 13. Diagrama de dispersão representativo de relação entre o IHOS e o CPO dos pacientes observados

2.ª PARTE

Características dos pais/responsáveis legais dos pacientes

A idade mínima dos 31 pais e/ou responsáveis legais dos pacientes observados foi de 25 anos e a máxima de 53 anos, ressaltando que a idade média é de 38,03 anos, com um desvio padrão de 8,17 anos. A maioria, 96,8% (28) é do género feminino.

O nível socioeconómico e profissional dos 31 pacientes foi avaliado com base nas habilitações académicas dos pais/responsáveis legais. A figura 14 expressa a distribuição dos pais/responsáveis legais dos pacientes segundo as habilitações académicas. Deste modo, verificou-se que 26 (83,9%) dos responsáveis pelos pacientes não possuíam curso superior (licenciatura) e que o 9.º ano é a habilitação predominante (29%). Na amostra apenas 5 (16,1%) eram licenciados.

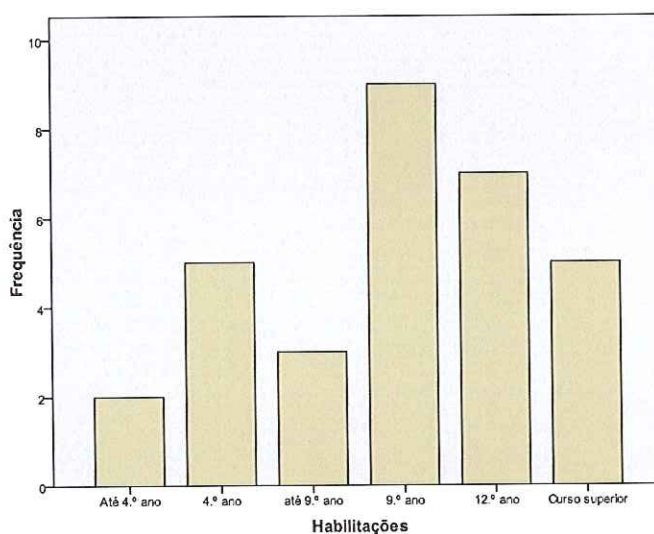


Figura 14. Distribuição dos responsáveis dos pacientes segundo as habilitações académicas.

Acessibilidade dos pacientes especiais à área da Medicina Dentária

Verificou-se que 51,6% dos responsáveis dos pacientes considera que a área da Medicina Dentária não se encontra acessível às crianças com necessidades educativas especiais (figura 15).

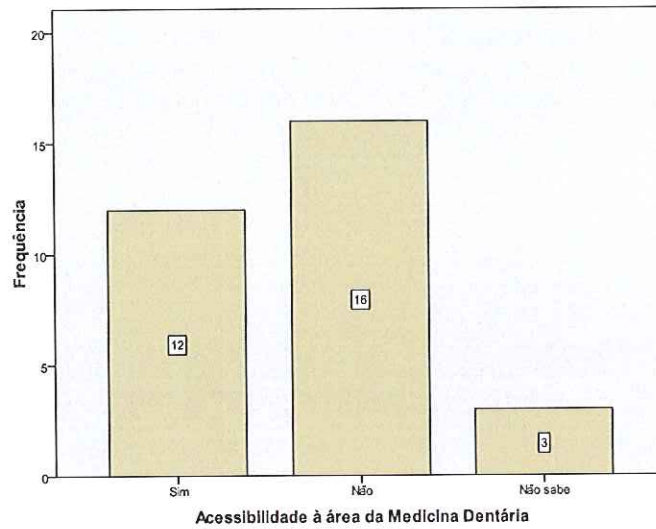


Figura 15. Opinião dos responsáveis pelos pacientes relativamente à acessibilidade das crianças com necessidades educativas especiais à área da Medicina Dentária.

Importância dos programas de saúde oral e grau de satisfação em relação ao apoio pela instituição na área da higiene oral

Todos os responsáveis (100%) pelos pacientes consideraram importante a execução de programas de saúde oral dirigidos a crianças com necessidades educativas especiais. Como se visualiza na figura 16, enquanto 22,58% dos pais/responsáveis dos pacientes especiais avalia de Muito Bom o grau de apoio da APPACDM em relação à higiene oral, 32,26% considera esse apoio de Bom.

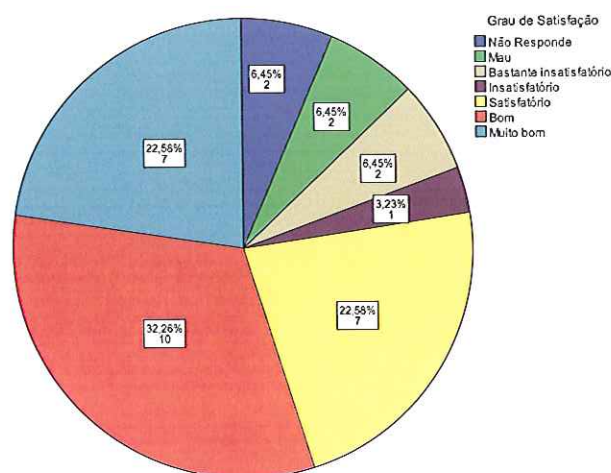


Figura 16. Grau de satisfação dos pais e/ou responsáveis legais dos pacientes observados relativamente ao apoio prestado pela instituição APPACDM.

Estado da saúde oral dos pacientes observados e importância da realização de higiene oral diária

A análise da figura 17 permite verificar que a maioria (87,1%) dos responsáveis avalia de forma positiva o estado de saúde oral dos pacientes.

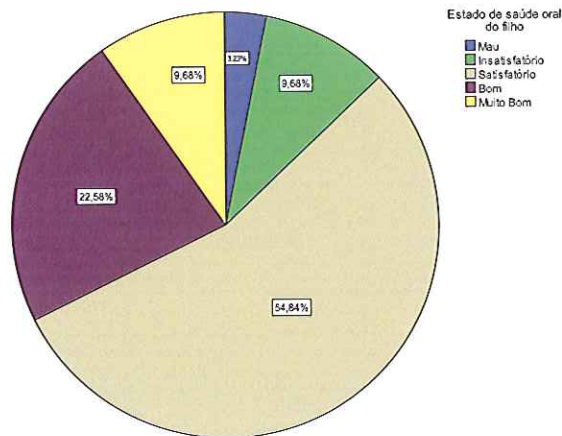


Figura 17. Avaliação do estado de saúde oral dos pacientes pelos pais/responsáveis legais.

Por outro lado, 100% dos pais/responsáveis consideraram ser importante que os seus filhos efectuem uma higiene oral diária.

Independência dos pacientes relativamente à escovagem dos dentes

A figura 18 representa a percentagem de pacientes que escova sozinho os dentes. Da análise desta figura conclui-se que 58,06% dos pacientes não escovam sozinhos os dentes. 1(3,23%) pai e/ou responsável legal mencionou não saber se o seu filho escova sozinho os dentes.

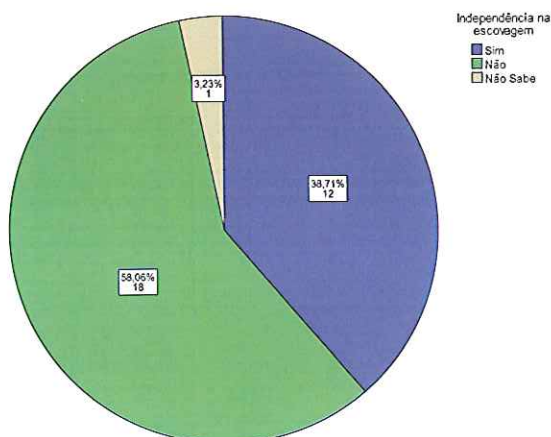


Figura 18. Frequência dos pacientes observados que escovam os dentes sozinhos

Motivos para escovar ou não os dentes sozinhos

Comparando os dados expressos na figura 18 com os da figura 19, conclui-se que do total de 19 pacientes que não escovam sozinhos os dentes, 15 (78,95%) têm incapacidade de utilização das escovas e 3 (15,79%) recusam-se a escovar sozinhos os dentes. Só 1 paciente não escova sozinho os dentes por recusar e simultaneamente apresentar incapacidade de utilização das escovas.

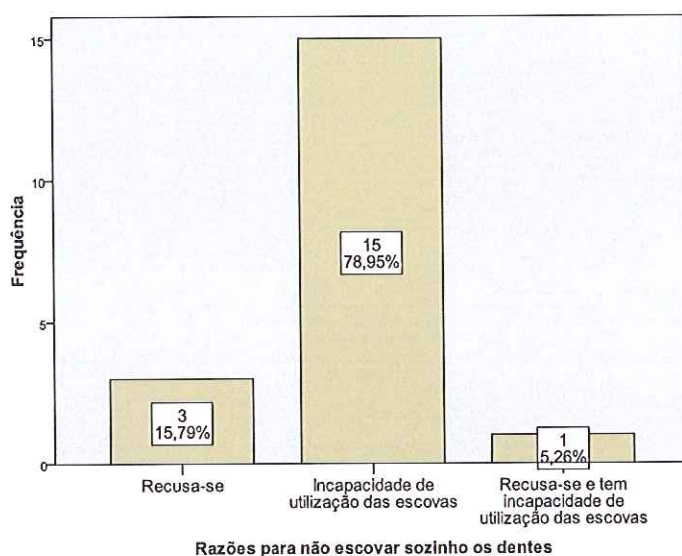


Figura 19. Distribuição dos pacientes segundo as razões para não escovar sozinhos os dentes.

Materiais utilizados na higiene oral

Na figura 20 expressam-se os materiais utilizados na higiene oral dos pacientes especiais. Da análise da figura conclui-se que 83,87% dos pacientes utilizam escova dentária e pasta dentífrica.

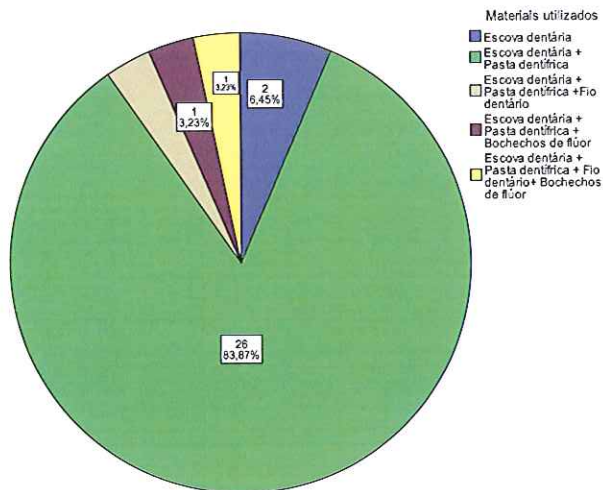


Figura 20. Frequência dos materiais utilizados na higiene oral.

Frequência das visitas ao Médico Dentista

Na figura 21 apresenta-se a percentagem de pacientes que alguma vez foi ao Médico Dentista. Da análise da figura conclui-se que, pelo menos, 45,16% dos pacientes com necessidades educativas especiais nunca foram consultados por um Médico Dentista.

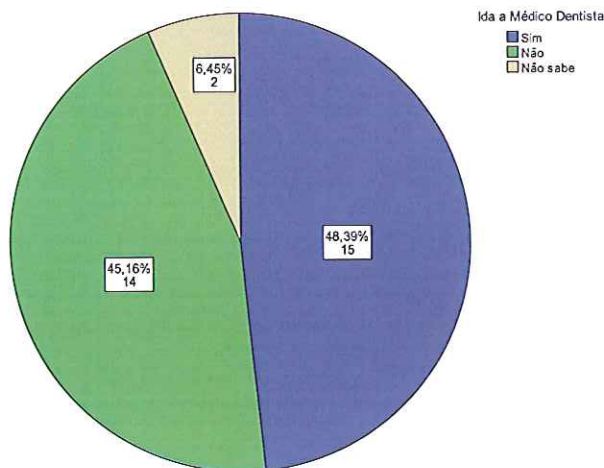


Figura 21. Distribuição dos pacientes por visita ao Médico Dentista.

58,06% dos pacientes especiais não efectua consultas regulares ao Médico Dentista. Só 32,26% dos pacientes com necessidades educativas especiais efectua consultas com regularidade.

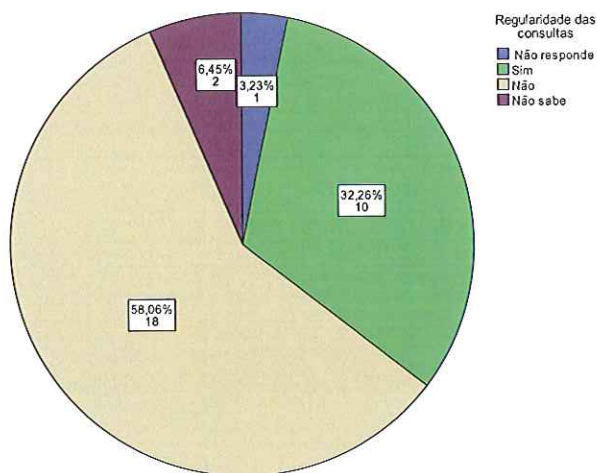


Figura 22. Distribuição dos pacientes segundo a regularidade de consultas ao Médico Dentista.

Do total de pais e/ou responsáveis legais dos pacientes analisados, só 12 (38,71%) indicaram a frequência das consultas dos pacientes especiais. Assim, conclui-se que 22,58% dos pacientes tem uma consulta uma vez por ano e 16,13% vai semestralmente ao Médico Dentista (figura 23).

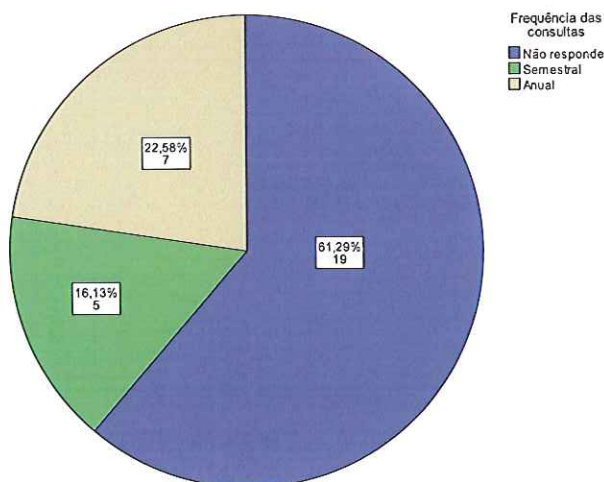


Figura 23. Frequência das visitas dos pacientes ao Médico Dentista

Colaboração dos pais/responsáveis legais com o Médico dentista

Apenas 35,48% dos responsáveis pelos pacientes especiais consideram colaborar com o Médico Dentista no sentido de motivar o paciente especial para a higiene oral (figura 24).

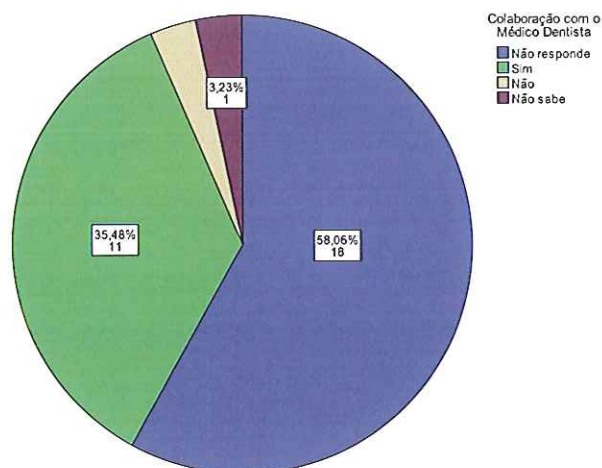


Figura 24. Frequência da colaboração com o Médico Dentista dos responsáveis dos pacientes.

Consumo de alimentos açucarados

Na figura 25 apresenta-se a percentagem de pacientes especiais que ingere diariamente alimentos açucarados. Da análise da figura conclui-se que a maioria (54,84%) dos pacientes ingere diariamente alimentos açucarados.

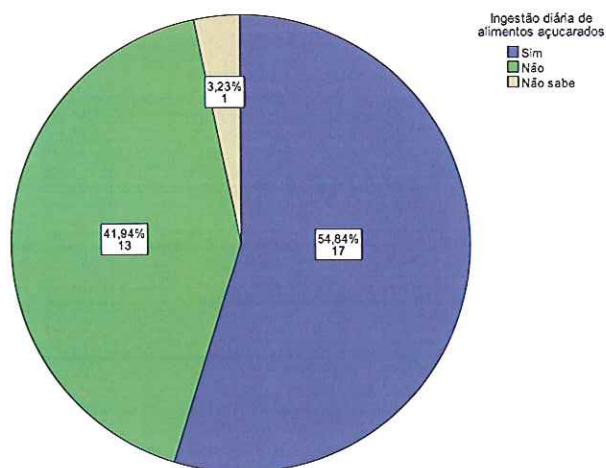


Figura 25. Distribuição dos pacientes segundo consumo diário ou não de alimentos açucarados.

Consumo de alimentos moles e duros

41,94% dos pacientes especiais preferem alimentos moles (figura 26).

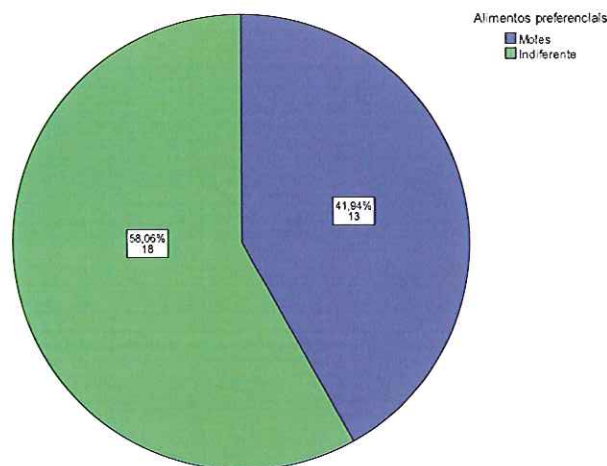


Figura 26. Frequência dos pacientes segundo consumo de alimentos duros e/ou moles.

Formação dos pais/responsáveis legais sobre consumo dos açúcares e a sua influência na cárie dentária

Na figura 27 representa-se a percentagem de pais e/ou responsáveis legais dos pacientes observados que já alguma vez foi informado que o consumo de açúcares pode estar relacionado com a cárie dentária.

Da análise da figura 27, conclui-se que a grande maioria (87,10%) dos pais/responsáveis legais dos pacientes observados, já recebeu, pelo menos, uma vez informação/formação sobre o consumo dos açúcares e a sua influência na cárie dentária.

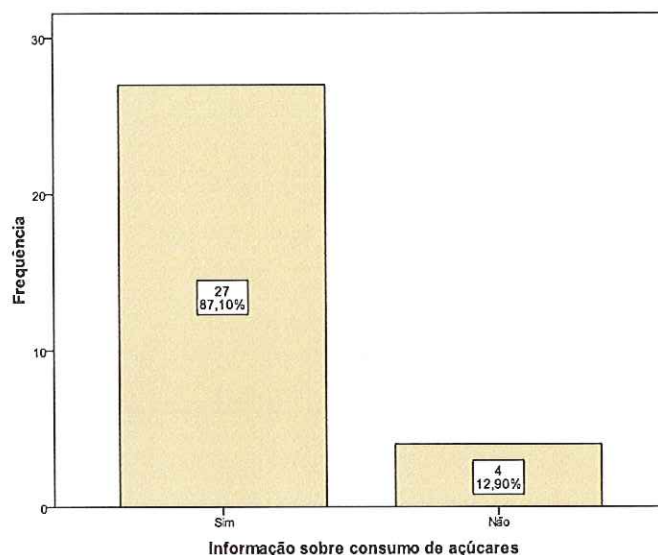


Figura 27. Frequência dos responsáveis legais dos pacientes que receberam formação/informação sobre consumo de açúcares.

Relação entre o CPO e o consumo diário de alimentos açucarados

Da análise dos dados (figura 28), conclui-se com 95% de confiança que não existem diferenças significativas para o índice CPO com o consumo de alimentos açucarados (teste Mann-Whitney; $p=0,106$).

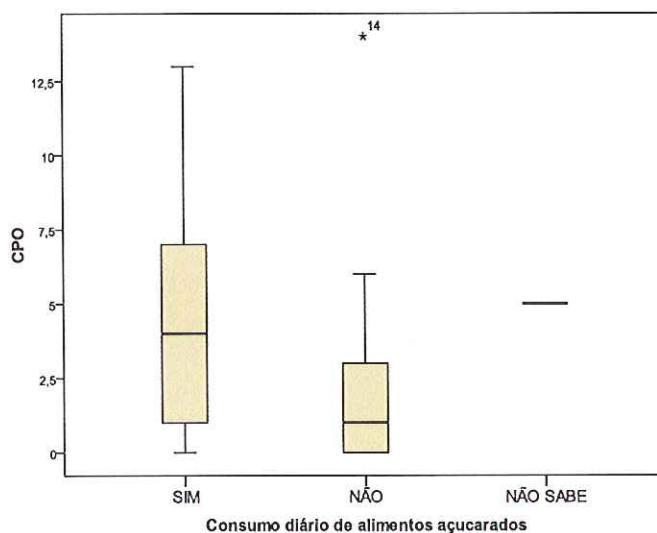


Figura 28. Distribuição do CPO segundo o consumo diário de alimentos açucarados.

Relação entre o IHOS e o consumo diário de alimentos açucarados

Da análise dos dados (representados na figura 29), conclui-se com 95% de confiança que não existem diferenças significativas para o IHOS com o consumo de alimentos açucarados (teste Mann-Whitney; $p=0,133$).

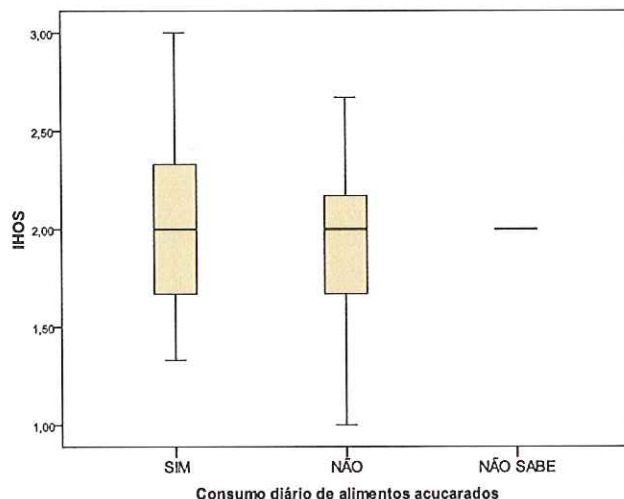


Figura 29. Distribuição do IHOS segundo o consumo diário de alimentos açucarados.

Relação entre o IHOS e o consumo de alimentos moles e duros

Verificou-se, nesta amostra, existir uma correlação positiva significativa, a 95% confiança, entre o Índice de Higiene Oral Simplificado e o consumo de alimentos moles e duros ($r_s = 0,34$; $p=0,04$) (figura 30).

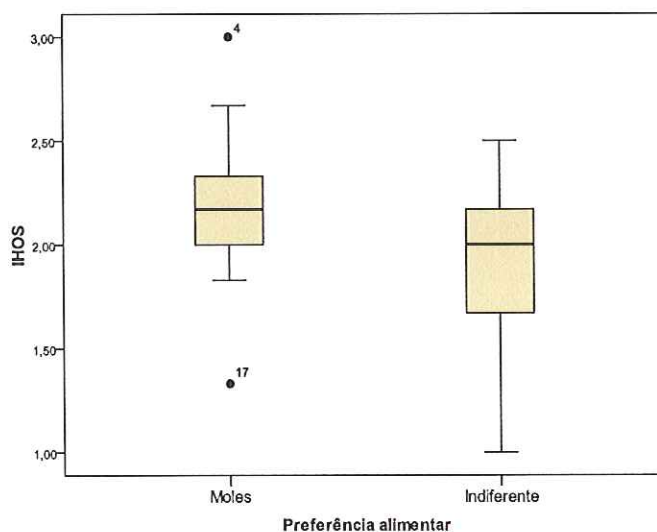


Figura 30. Distribuição do IHOS segundo o consumo diário de alimentos moles e duros.

II.2.4 Discussão

Experiência e prevalência de cárie dentária

A estratégia europeia e as metas definidas para a saúde oral, pela OMS, apontam para que, no ano de 2020, pelo menos, 80% das crianças com 6 anos estejam livres de cárie e, aos 12 anos, o CPO não ultrapasse o valor 1,5 (OMS, 1999).

A prevalência de indivíduos livres de cárie foi de 29,03%, obtendo-se um valor médio de CPO de 3,48, correspondente a um grau severo. Obteve-se um valor médio de cpod de 1,36 e de CPOD de 4,65.

Shaw et al. (1986), em Inglaterra, ao avaliarem a condição oral de 3423 crianças portadoras de deficiências verificaram que 36% destas eram livres de cárie, valor não muito acima ao por nós encontrado.

Comparando os resultados obtidos com outros existentes na literatura em populações de pacientes portadores de necessidades especiais, observa-se que a amostra estudada apresentou um índice de CPO global significativamente inferior à maioria dos autores consultados. Por exemplo, Hernandez e Amparo (1983), em 72 crianças deficientes mentais com idades compreendidas entre 7 e 18 anos, encontraram um valor de CPOD médio de 13,58. Maclaurin et al. (1985), em Inglaterra, compararam a prevalência de cárie dentária de pacientes especiais com crianças normais, com idades compreendidas entre os 2 e 19 anos. Uma análise aos componentes individuais do CPOD mostrou que os pacientes especiais apresentavam mais dentes perdidos e cariados e menos obturados que as crianças normais.

Em alguns estudos, tais como o de Holland e O'Mullane (1986) na Irlanda, Mitsea et al. (2001), na Grécia e Vignehsa et al. (1991), na Singapura o valor médio do CPOD é inferior ao por nós determinado. Contudo, o valor do cpod da nossa amostra é inferior aos valores apresentados pela maioria destes autores. O valor do CPO médio, bem como o do cpod pode ser explicado pelo facto da nossa amostra ser constituída por 11 pacientes com dentes decíduos e de 63,64% destes estarem livres de cárie.

Relação entre o género e a cárie dentária

Verificou-se que o índice de CPO é independente do género da criança. Resultado semelhante foi obtido por Declerck et al. (1995), em Flandres, Bélgica e por Santos (2003), em São Paulo, Brasil.

Embora a maioria dos estudos que relacionam a cárie dentária com o género não sejam conclusivos, Makowiecky (1985), numa amostra constituída por 196 pacientes especiais com idades de 6 a 20 anos, verificou que o valor médio do índice CPOD foi maior no género feminino do que no masculino. Também Lopes e Bastos (1988) após uma revisão da literatura, sobre a prevalência de cárie dentária em pacientes especiais, concluíram que a esta prevalência é maior no género feminino. Pelo contrário, Maurer et al. (1996), numa amostra de 83 pacientes especiais, observaram um maior desenvolvimento de cárie nos indivíduos do género masculino.

As diferenças existentes nos vários estudos podem ser explicadas a partir, quer da etiologia multifactorial de cárie dentária, quer pelas especificidades de cada grupo investigado. Assim, a erupção precoce dos dentes no género feminino, pode justificar uma maior prevalência de cárie dentária neste grupo. Ao invés, uma maior prevalência de cárie dentária no género masculino pode ser devida ao maior descuido e menor preocupação com a estética que, normalmente, o género masculino apresenta relativamente aos indivíduos do género feminino. As conclusões apresentadas por Sales-Peres e Bastos (2002), estão de acordo com a nossa última interpretação, pois estes autores, associam a menor prevalência de cárie no género feminino devido a ao facto de estes indivíduos apresentarem uma maior consciencialização de auto-cuidado, bem como um maior número de escovagens diárias.

Relação entre a idade e a cárie dentária

A maioria dos estudos demonstra que a prevalência e experiência de cárie tanto em dentes decíduos como em permanentes aumentam com o incremento da idade (Vignehsa et al., 1991; DGS, 2000; Barros et al., 2001; Dye et al., 2004; Volpato e Figueiredo, 2005).

Do total das crianças com 3 a 6 anos, 63,6% estavam livres de cárie dentária em dentição decídua e as restantes apresentavam um valor médio de cpod de 3,75, o qual corresponde a um grau de severidade moderado.

Só 10% das crianças/jovens especiais com idade superior a 6 anos, estavam livres de cárie. Para o grupo de crianças com idades superiores a 6 anos, obteve-se um valor médio de CPOD de 4,65, correspondendo a um grau de severidade alto.

Verificou-se existir uma correlação significativa entre a cárie dentária e a idade, relação esta concordante com a maioria dos estudos anteriormente referidos.

O incremento de cárie dentária com o aumento da idade pode ser explicado com base no maior tempo de exposição dos dentes aos agentes provocadores desta doença. Neste sentido, em regra, existe maior probabilidade de encontrar maior prevalência de cárie em indivíduos mais velhos do que em crianças. Contudo, é preciso sublinhar que outros factores com reflexos na cárie, também podem aumentar com a idade, pelo que, o aumento de cárie pode resultar do agravamento desses factores. Este último aspecto, ganha, a nosso ver, bastante pertinência no caso de grupos de pacientes especiais. Na realidade, com o aumento da idade costuma ocorrer um agravamento da patologia do doente, o que ao acontecer, poderá contribuir para um aumento de cárie, pois estes pacientes normalmente apresentam incapacidade de manter uma higiene oral adequada, decorrente da sua incapacidade motora. Ao agravar a doença, poderá também ocorrer um maior descuido com os dentes, quer por parte do paciente, quer dos seus pais e/ou responsáveis. É ainda de referir, que o tratamento de muitas patologias está associado à ingestão diária de medicamentos. Ora, os efeitos dessa medicação poderão repercutir-se também no aumento de cárie, uma vez que muitos deles provocam xerostomia, o que conduz a um maior tempo de permanência de resíduos alimentares na cavidade oral, uma vez que a saliva não efectua a sua função de limpeza.

Relação entre o tipo de patologia e a cárie dentária

Gullikson (1973) ao comparar 28 crianças portadoras de Síndrome de Down com 174 crianças com deficiência mental, concluiu que, 46% dos pacientes com Síndrome de

Down estavam livres de cárie e apenas 27% dos pacientes com deficiência mental eram livres de cárie. Estes resultados levaram este autor a sugerir que os portadores de Síndrome de Down são menos susceptíveis à cárie dentária comparativamente aos demais pacientes especiais. Também Moraes et al. (2002) e Dávila (2006) concluíram que a prevalência de cárie dos pacientes portadores do Síndrome de Down é baixa.

Gupta et al. (1993) observaram que o índice de cárie foi maior em crianças com atraso mental, seguindo-se, respectivamente, as crianças com paralisia cerebral, cegueira, epilepsia, deficientes físicos, Síndrome de Down e surdos-mudos.

Declerck et al. (1995), na Bélgica, observaram uma prevalência mais elevada nos pacientes com deficiência mental leve e a menor em pacientes com deficiência física.

Mitsea et al. (2001), na Grécia, compararam a experiência e prevalência de cárie de três grupos de pacientes especiais, com idades de 6 a 15 anos (54 com paralisia cerebral, 70 com deficiência mental e 46 tinham deficiência visual). Os cpod e CPOD médios no grupo com paralisia cerebral foram de 3,71 e 2,83, respectivamente. Nos portadores de deficiência mental, estes índices foram de 2,44 e 3,24. Já os portadores de deficiência visual apresentaram um valor cpod de 2,37 e de CPOD de 2,71. Verificaram ainda, que existia uma maior percentagem de indivíduos livres de cárie nos pacientes deficientes mentais e visuais.

Pereira et al. (2008) no Brasil, avaliaram as condições estomatológicas de 30 pacientes portadores de Hidrocefalia Congénita, na faixa etária de 2 a 7 anos. Observaram um cpod global de 1,53. Comparando as componentes deste índice nestas crianças com as de um grupo controlo de 34 crianças saudáveis, verificaram que as crianças especiais apresentavam uma maior percentagem de dentes cariados (97,83%) e nenhum obturado e as normais, uma maior percentagem de dentes obturados (65,30%) e menor percentagem de dentes cariados. Contudo, entre os dois grupos não foi observada uma diferença estatística significativa entre o índice total dos grupos.

Num estudo realizado na Arábia Saudita, numa amostra constituída por 20 crianças autistas com idade média de 9,6 anos, Murshid (2005) observou valores globais de

CPOD e cpod de 3,1 e 2,75, respectivamente. A média das idades dos pacientes autistas da nossa amostra é muito semelhante à deste estudo, sendo o CPOD da nossa amostra (2,2) inferior ao determinado por Murshid.

O facto das crianças e jovens observadas estarem a frequentar uma instituição promotora de hábitos de higiene e/ou o contexto socioeconómico e cultural das crianças portuguesas ser potencialmente maior do que o da Arábia Saudita, pode justificar, a nosso ver, o menor valor de CPOD observado na nossa amostra.

Também verificamos uma baixa prevalência de cárie nos pacientes com Síndrome de Down. Metade (2) destes pacientes estavam livres de cárie (pacientes mais novos). Nos pacientes que apresentam cárie observamos que apresentavam um aumento do fluxo salivar. Este facto, associado ao anterior (50% de indivíduos da amostra com CPO=0) poderá explicar baixo valor de CPO no grupo de pacientes com Síndrome de Down.

Verificou-se ainda existirem diferenças significativas para o CPO com as diferentes patologias. Estes resultados são semelhantes à maioria dos estudos revistos, os quais mostram que existe uma associação entre a patologia e o índice CPO.

A percentagem de pacientes com necessidades especiais livres de cárie foi de 29,03%, sendo este valor referente a 9 pacientes: 2 com Paralisia Cerebral, 2 com Síndrome de Down, 2 com Atraso no desenvolvimento, 1 com Autismo, 1 com Hidrocefalia e 1 com Baixo Índice de Visão.

Verificou-se que são os pacientes com Deficiência Mental Ligeira que apresentam maior valor de cárie dentária, seguindo-se os pacientes com Multideficiência. Ao invés, os valores mais baixos de CPO foram encontrados nos pacientes com Atraso no Desenvolvimento, seguindo-se a patologia Paralisia Cerebral.

Se é certo que o grupo de pacientes com Deficiência Mental Ligeira é o que apresenta maior valor de CPOD, também é verdade que são o grupo que apresenta idade média mais elevada e significativamente diferente da idade média das outras patologias. Neste

sentido, o elevado valor de CPOD destes pacientes corrobora com os estudos que associam o incremento do valor do CPOD ao aumento da idade.

Relação entre o índice de higiene oral simplificado e a cárie dentária

Segundo Köning et al. (2002) os microrganismos presentes na placa bacteriana agem de forma decisiva como agentes etiológicos na origem e desenvolvimento da cárie dentária e doenças periodontais.

A maioria dos autores consultados, refere que a quantidade de placa bacteriana é maior nos pacientes especiais que na média da população (Makowiecky, 1985; Gupta et al., 1993; Martens et al., 1995).

Com base nos resultados obtidos, pode afirmar-se que os indivíduos com maior índice de placa bacteriana têm tendência a ter uma maior probabilidade de desenvolver cárie dentária. Os nossos resultados corroboram os verificados por Sanz et al. (2003). Segundo este autor, a presença de placa bacteriana constitui um factor de risco elevado para o aumento da prevalência da cárie dentária. Ora, também observamos que as crianças com maior índice de placa, eram, em regra, as que apresentavam mais dentes cariados.

Não obstante a etiologia multifactorial da cárie dentária, o incremento desta variável com o aumento da placa bacteriana, pode ser explicado com base na destruição dos tecidos dentários causada pelos microrganismos e/ou acção dos produtos químicos que se originam no meio oral devido ao metabolismo bacteriano.

Por outro lado, a elevada prevalência de placa bacteriana nos pacientes com necessidades educativas especiais pode resultar da actuação isolada ou conjugada de factores diversos, dos quais destacamos a falta de destreza do paciente ou da sua família em entender e desempenhar as tarefas de higiene oral, a especificidade da patologia, hábitos alimentares desajustados, nível socioeconómico das famílias, falta de hábitos de higiene oral, entre outros.

Acessibilidade dos pacientes especiais à área da Medicina Dentária

Não obstante as condições de saúde oral terem melhorado na população mundial, os pacientes especiais ainda apresentam problemas significativos (Oliveira et al. 2004). Aguiar (2000) aponta alguns motivos para explicar a precariedade da saúde oral destes pacientes, destacando os poucos centros especializados na assistência a estes pacientes, o reduzido número de Médicos Dentistas que realizam tratamento a estes pacientes nos seus consultórios particulares, o preço elevado dos tratamentos e a falta de educação, motivação e interesse da família em relação à saúde oral destas crianças.

Segundo Stiefel (2002), existe uma associação relevante entre os aspectos socio-económicos desfavoráveis e os pacientes especiais, particularmente naqueles com deficiência severa de causa desconhecida.

Verificou-se que a maioria dos pais/responsáveis legais dos pacientes observados é da opinião que a área da Medicina Dentária não se encontra acessível às crianças com necessidades educativas especiais. Estes resultados estão de acordo com a maioria dos estudos consultados, designadamente com Tétreault et al. (1990), que também referem algumas dificuldades encontradas pelos pacientes especiais do Quebec, Canadá, na acessibilidade aos tratamentos odontológicos.

A acessibilidade dos pacientes especiais à área da Medicina Dentária encontra-se condicionada por vários factores. No sector privado, os elevados custos dos tratamentos odontológicos, bem como a diminuta existência de Médicos Dentistas devidamente informados sobre os problemas orais das crianças especiais, constituem factores que não só desmotivam os interessados a realizar com regularidade consultas, como tornam difícil a acessibilidade a cuidados de saúde oral. No sector público, a quase inexistência de especialistas no domínio da Medicina Dentária, bem como o longo período de tempo que os pacientes têm de esperar para obter uma consulta desmotivam os pais das crianças especiais a socorrer-se destes serviços.

Importância dos programas de saúde oral e grau de satisfação em relação ao apoio na área de higiene oral

Na área da Medicina Dentária o processo educativo visa, essencialmente, a mudança de comportamentos necessários à manutenção, aquisição e promoção de saúde. Segundo Petry e Pretto (1999), a educação em saúde deve ser capaz desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, simultaneamente, criar uma prontidão para actuar no sentido da mudança.

A eficiência de programas de educação e motivação de saúde oral direccionada para os pacientes com atraso mental foi comprovada em vários trabalhos, dos quais destacamos os estudos de Albino et al. (1979) e Aguiar et al. (2000). Contudo, Milori et al. (1994) confirmam a ineficácia das palestras e orientações pontuais. Tudo indica que o sucesso dos programas de saúde oral depende fortemente da comunicação e do envolvimento de todos (promotores, pacientes, organização, pais) e que se devem substituir os modelos ancorados em práticas de comunicação unidireccional, dogmática e autoritária com foco na transmissão de informação, pela discussão e reflexão, desencadeadas pela problematização de temas de saúde oral.

Em Portugal, o actual alargamento do Programa Nacional de Saúde Oral, através da medida conhecida por cheque-dentista para crianças com 7, 10 e 13 anos, constitui, a nosso ver, uma relevante iniciativa para melhorar a saúde oral das crianças e jovens, incluindo as com necessidades educativas especiais.

Todos os pais/responsáveis legais dos pacientes observados consideraram importante a execução de programas dirigidos a pacientes especiais. Este facto verificou-se na adesão imediata dos mesmos, aquando da realização de sensibilização.

Já em relação ao seu grau de satisfação quanto ao apoio prestado pela APPACDM aos seus filhos na área da higiene oral, verificou-se que 77,42% dos pais/responsáveis legais dos pacientes observados avaliaram positivamente esse apoio e destes, 22,58% classificaram-no de muito bom. O grau de satisfação manifestado pelos pais indicia que

a instituição APPACDM se preocupa com a higiene oral das crianças e jovens com necessidades educativas especiais e que promove hábitos de higiene oral nessas crianças.

Estado de saúde oral dos pacientes observados e importância da realização de higiene oral diária

A cárie dentária está fortemente associada à higiene oral e não só alguns pacientes especiais estão impossibilitados de realizar a sua própria higienização, como também muitos pais nem sempre se preocupam com a sua saúde oral (Aguilar et al., 1991).

Girgis (1985) investigou a prevalência da cárie dentária numa amostra de pacientes especiais de Ontário, Canadá. Segundo este autor, o baixo índice de cárie observado deveu-se ao controlo dietético e ao uso de água e dentífrico fluoretado utilizados por estes pacientes. Também Oliveira et al. (2004) sublinham a importância e o impacto dos programas de educação e motivação de higiene oral em crianças portadoras de necessidades especiais.

Gabre e colaboradores (cit. in Sanz 2003) seguiram 124 indivíduos com deficiência mental durante 8,5 anos e relataram que a maioria apresentava boa saúde oral, contudo à medida que as habilidades dos sujeitos eram piores, também o era o seu estado dentário. Também Santos et al. (2003) e Guará e Ciampioni (2004) referem que as alterações motoras e mentais, bem como os movimentos discinéticos, podem dificultar a higiene oral.

A maioria dos responsáveis legais avaliou positivamente o estado da saúde oral dos seus educandos. Por outro lado, a totalidade considerou ser importante que os seus filhos efectuem uma higiene oral diária. A percepção dos responsáveis das crianças e jovens com necessidades educativas especiais não reflecte totalmente o estado da saúde oral dos pacientes observados, já que obtivemos um valor médio do índice CPO de 3,48, correspondente a um grau de severidade moderado e um valor médio do índice de higiene oral simplificado de 2, correspondente a um estado de higiene oral regular.

Os pais de 19 crianças apresentaram motivos para os seus filhos não escovarem os dentes sozinhos. De entre os três motivos apontados, a incapacidade de utilização de escovas, foi a razão mais referida pelos pais dessas crianças.

Os resultados do nosso estudo corroboram os obtidos por Tomita e Fagote (1999). Na realidade, estes autores, numa amostra de 52 pacientes especiais com idades entre 5 e 17, observaram-se que 60% dos pacientes não escovam os dentes sozinhos. A principal dificuldade relatada para tal facto foi a falta de coordenação motora. Os resultados por nós obtidos são muito semelhantes, pois 58,06% dos pacientes não escovam sozinhos os dentes. Estes valores podem ser explicados não só pelas patologias presentes na nossa amostra, mas também pelo facto de ser constituída maioritariamente por pacientes com pouca idade.

Existe consenso entre os diversos autores em relação à importância da higiene oral na prevenção das doenças orais em pacientes especiais. Podem ser utilizados vários materiais e/ou várias técnicas, nomeadamente escovas dos dentes modificadas, fio dentário, bochechos fluoretados e pastas dentífricas com maior teor de flúor.

Verificou-se que a maioria dos pacientes utiliza na sua higiene oral escova dentária e pasta dentífrica. A utilização de bochechos de flúor e fio dentário foi residual. Na Bégica, também Martens et al. (1995), não encontraram adesão dos pacientes especiais ao fio dentário.

Visitas ao Médico Dentista e colaboração dos pais

Segundo a Academia Americana de Pediatria (2003), a primeira visita ao médico dentista deve ocorrer entre o primeiro e o terceiro ano de vida, com a ressalva de que algumas crianças podem necessitar de uma atenção mais precoce. No entanto, a Academia Americana de Odontopediatria (2004) e a Associação Dentária Americana (2002) recomendam que a criança deve ser avaliada após a erupção do primeiro dente decíduo e nunca após os 12 meses de idade. Os pais e/ou responsáveis deverão ser adequadamente informados e sensibilizados para a importância de uma boa saúde oral.

Verificou-se que 45,16% dos pacientes observados nunca foram consultados por um Médico Dentista e que apenas 32,26% efectuam consultas regulares.

Estes resultados assemelham-se aos de Gullikson (1969), que verificou numa amostra de 201 pacientes especiais, com idades entre os 3 e 14 anos, 47% nunca tinham visitado um Médico Dentista.

Contudo, outros autores, neste domínio apresentam resultados claramente superiores. Pomarico et al. (2003), ao avaliarem as percepções e atitudes dos responsáveis de crianças portadoras ou não de necessidades especiais, verificaram que 71,1% dos responsáveis das crianças com necessidades especiais já tinham realizado consulta com Médico Dentista.

A existência de uma percentagem significativa de responsáveis que nunca levou o seu filho ao Médico Dentista, pode decorrer de um factor ou da conjugação de vários, dos quais, destacámos os seguintes: as consultas médico-dentárias serem bastante onerosas, a percepção errada da saúde oral dos seus filhos, a desresponsabilização dos pais perante a saúde dos seus filhos e o baixo a médio nível instrucional da maioria dos pais.

Níveis reduzidos de comprometimento e a baixa implicação e colaboração dos pais dos pacientes especiais com o Médico Dentista na promoção da saúde oral, são relatados por vários autores, dos quais destacámos Aguiar et al. (1991), Aguiar (2000), Perlman (1994a, 1994b), Oliveira et al. (2007), entre outros. Os resultados do nosso estudo reforçam as conclusões dos trabalhos realizados por esses autores, pois a maioria dos pais, não colaboram com o Médico Dentista no sentido de motivar os seus filhos para a higiene oral.

O reduzido envolvimento e colaboração dos pais das crianças com o Médico Dentista no sentido de motivar os seus filhos para a higiene oral, pode ser explicado, a nosso ver, a partir de questões sociais e culturais (e.g., considerar as questões da saúde oral das crianças em segundo plano relativamente à patologia principal; que a problemática dos dentes é pouco importante e uma perda de tempo; a desmotivação e desresponsabilização).

Preferências alimentares dos pacientes e formação dos pais e/ou responsáveis legais sobre consumo de açúcares e a sua influência na cárie dentária

Se é certo que são escassos os estudos que relacionam a natureza da dieta com as pessoas portadoras de necessidades especiais (Nunes et al., 2006), também é verdade que muitos autores consideram que a redução do consumo de alimentos açucarados se traduz na melhoria dos índices de cárie (Harris, 1963; Roder, 1973; Rodrigues, 1999).

A ingestão de alimentos moles, dietas ricas em açúcares, a disfunção na mastigação e deglutição, a respiração bucal, a reduzida actividade dos músculos faciais e a diminuição do fluxo salivar, constituem factores, entre outros, responsáveis pela baixa higiene oral, formação de placa bacteriana e aparecimento de cárie dentária (Grunsvén e Cardoso, 1995).

Apesar da maioria dos pais inqueridos referirem que os seus filhos ingerem diariamente alimentos açucarados e dos valores médios dos índices CPO e IHOS destes pacientes serem superiores aos valores médios dos que não consomem diariamente alimentos açucarados, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis. Verificou-se ainda que a maioria dos responsáveis, já tinha recebido, pelo menos uma vez, informação sobre a influência dos açúcares na cárie dentária.

Estes valores podem ser explicados tendo como base a etiologia multifactorial da cárie dentária. Se é certo que existem evidências que o incremento do consumo de alimentos açucarados se traduz num incremento de cárie, também é verdade, que não só outros factores condicionam esta doença oral, como também a associação entre as variáveis consumo de alimentos açucarados e cárie não é linear.

II.2.5 Limitações do estudo

A amostra tem uma dimensão pequena e uma grande diversidade de patologias o que inviabiliza o tratamento de dados relativamente às distintas patologias presentes.

A amostra foi constituída por conveniência, podendo não representar completamente a população de crianças do distrito de Viana do Castelo, mas representando a população de crianças e jovens com necessidades educativas especiais da APPACDM do distrito de Viana do Castelo.

A fidedignidade das respostas ao questionário é questionável, pois está condicionada às percepções dos pais e/ou responsáveis das crianças, mais ou menos atentas e detalhadas.

II.2.6 Conclusão do estudo:

- A prevalência de indivíduos livres de cárie foi de 29,03%, sendo o valor global do índice CPO de 3,48, correspondente a um grau de severidade moderado. Verificou-se que o peso médio da cárie, de dentes perdidos e obturados foi de 66,7%, 11% e 22,2% respectivamente.
- O valor médio do IHOS foi de 2, correspondente a um estado razoável de higiene oral.
- Existe uma correlação positiva, entre o índice de cárie dentária e a idade das crianças e jovens observados. No entanto, não se verificou associação entre a idade e o índice de higiene oral.
- O índice CPO e o IHOS são independentes do género da criança.
- Observou-se que existem diferenças significativas para o índice de CPO com as diferentes patologias. A Deficiência Mental Ligeira foi a patologia com maior valor médio de CPO. O mesmo não foi observado entre o IHOS e as diferentes patologias
- Existe uma correlação positiva significativa, entre o Índice de Higiene Oral Simplificado e o Índice de Cárie Dentária.
- Não existem diferenças significativas entre os índices CPO/IHOS e o consumo de alimentos açucarados.
- 41,9% dos pacientes especiais prefere alimentos moles, existindo ainda, uma correlação positiva significativa, entre o IHOS e o consumo deste tipo de alimentos.
- A maioria (58,1%) das crianças e jovens com necessidades educativas especiais não escova os dentes sozinho e 78,9% tem incapacidade de utilização das escovas.
- 45,2% dos pacientes observados nunca foram consultados por um Médico Dentista.

- A maioria dos responsáveis considera a área da Medicina Dentária inacessível às crianças com necessidades educativas especiais e a totalidade dos mesmos considera importante a execução de programas de saúde oral específicos.

-São necessários mais estudos para validar algumas das conclusões encontradas.

CONCLUSÃO

3ª PARTE- CONCLUSÃO

As crianças e jovens com necessidades educativas especiais são indivíduos que apresentam desvios no padrão de normalidade da sua condição física, orgânica, mental e/ou socialização.

A saúde oral destes pacientes é muito importante, porquanto interfere na sua qualidade de vida. Neste contexto, a realização de uma correcta educação relativamente à saúde oral, nomeadamente a nível de hábitos correctos de higiene oral, assim como bons hábitos alimentares e visitas regulares ao Médico Dentista, emergem como questões fulcrais.

As recomendações propostas por Organizações de credibilidade inquestionável, tais como a Organização Mundial da Saúde, a Academia Americana de Pediatria, a Academia Americana de Odontopediatria e a Associação Dentária Americana, no domínio da saúde oral dos pacientes, deviam nortear não só as políticas educativas e de saúde, mas também constituir verdadeiros referentes de acção para os pais dos pacientes especiais.

Os pacientes com necessidades educativas especiais têm, normalmente, uma maior prevalência de cárie dentária do que os seus semelhantes saudáveis. Daqui decorre que estes indivíduos poderão ter uma maior necessidade de tratamentos médico-dentários.

A etiologia multifactorial de cárie constitui uma evidência científica que deve estar sempre presente quando se analisa a associação entre uma variável independente (e.g., consumo de açúcar) e a prevalência de cárie. De facto, a relação entre o consumo de alimentos açucarados e/ou alimentos pastosos e o aumento de cárie não é linear. Um aumento do consumo dos primeiros não se traduz necessariamente no incremento de cárie. Esta situação pode ser justificada pelo aumento de hábitos de higiene oral, incluindo escovagem diária e aplicação de suplementos de flúor.

As visitas regulares a profissionais de saúde oral ganham para estes indivíduos redobrada pertinência, numa perspectiva de intervenção, detecção precoce e tratamento adequado das doenças orais.

A sensibilidade dos profissionais de saúde oral para estes pacientes também é muito importante. Devem ser utilizados equipamentos especializados e técnicas que facilitem a execução do tratamento dentário.

A promoção da saúde oral não pode prescindir do saber, do saber fazer e do saber ser dos Médicos Dentistas. Tais competências ganham redobrada importância na interacção entre estes profissionais e os pacientes especiais, pelo que, é nossa firme convicção que os actuais currículos da licenciatura em Medicina Dentária devem contemplar uma disciplina na área dos pacientes especiais.

A evidência científica tem demonstrado que as mudanças observadas no padrão da doença cárie dentária ocorrem pela implementação de programas preventivos e terapêuticos de âmbito comunitário e por estratégias de acções específicas, dirigidas a grupos de risco. A implementação dos programas deve envolver não só as crianças e jovens com necessidades educativas especiais, mas todos os que com elas convivem diariamente e ainda as instituições por elas frequentadas.

É preciso estar alertado não só para a importância de estudos geradores de evidências científicas que suportem e tornem mais eficazes as medidas de promoção da saúde oral, como também para as dificuldades no acesso a tratamentos dentários cada vez mais caros.

A realização de estudos longitudinais e o desenvolvimento de programas dirigidos às crianças que frequentam a educação pré-escolar constitui uma prioridade.

Em Portugal, não obstante a existência de um programa nacional de saúde oral e de algumas políticas viradas para a promoção da saúde oral, tais como a recente medida cheque-dentista, a saúde oral dos pacientes especiais não se coaduna com medidas

avulsas e normalmente remediativas. Bem pelo contrário, a melhoria da saúde oral das crianças com necessidades educativas especiais, exige o desenvolvimento de estratégias de intervenção consistentes e transversais, envolvendo as famílias, os pacientes, os especialistas de saúde e de educação.

A cooperação entre diversas instituições locais, regionais e nacionais; o trabalho em rede entre os distintos especialistas; a quebra de rotinas instaladas há vários anos; a alteração de mentalidades e o respeito pelas diferenças próprias e específicas dos pacientes especiais emergem como factores-chave para a melhoria da saúde oral dos pacientes especiais.

Este estudo não tem, naturalmente, a preocupação de esgotar todas as questões que se podem colocar a propósito do tema escolhido; bem pelo contrário, ele pode e deve ser perspectivado como um estudo piloto que poderá impulsionar uma futura investigação, com representatividade nacional para avaliar o estado da saúde oral das crianças e jovens com necessidades educativas especiais.

É meu desejo que esta monografia contribua para aprofundar o conhecimento da saúde oral das crianças e jovens especiais e sensibilizar os pais e outros decisores para a importância de uma boa higiene oral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aarons, M., Gittens, T. (1992). *The handbook of autism: a guide for parents and professionals*. London: Routledge.

Agili, D.; Roseman, J.; Pass, M.; Thornton, J.; Chavers, L.(2004). Access to dental care in Alabama for children with special needs: parents' perspectives. *Journal of American Dental Association*, 135(4), pp.490-495.

Aguiar S.M.H.C.A., Vila, P., Santos, Pinto, R. (1991). Prevalência de cárie dental em paciente com retardo mental por lesão anóxia cerebral. *Âmbito Odontológico*, (6): pp.124-127.

Aguiar, S.M.H.C.A. et al. (2000). Eficiência de um programa para a educação e a motivação da higiene buco-dental direccionado a pacientes excepcionais com deficiência mental e disfunções motoras. *Revista Faculdade Odontologia Lins*, 12(1/2), pp.16-23.

Aiello, A.L.R. (2002). Identificação precoce dos sinais de autismo. Contribuições para a construção da teoria do comportamento: In: Guilhard, H. J. et al (orgs). *Sobre comportamento e cognição*. Santos André: Esetec- Editores Associados, v.9, pp.13-29.

Alan, S., James L. (2002). *Patologia*. 2ª Edição, pp. 444.

Albermam, E, Peckam C. (2006). Cerebral palsy and perinatal exposure to neurotropic viruses. *British Medical Journal*, pp. 63-64.

Albino, J. E. (1979). Results of na oral hygiene program for severely retarded children, *Journal of Dentistry for Children*, v.46, pp.25-28.

(AAP) Academia Americana de Pediatria(2003). *Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home Pediatrics*. 111:1113-6.

(AAPD) American Academy of Pediatric Dentistry (2008). *Definition of Special Health Care Needs*, p.15. [Em linha]. Disponível em http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/D_SHCN.pdf. Consultado em 03-03-2009.

(AAPD) American Academy of Pediatric Dentistry (2004). *Policy on the Dental Home*.

(ADA) Associação dentária Americana (2002). Baby's first teeth. *Journal of the American Dental Association*, pp.133-255.

(APIE) Associação Portuguesa de Investigação Educacional (2006). pp.1-38. [Em linha]. Disponível em <http://www.slideshare.net/andreadc/multideficincia-no-contexto-educativo-comunicacao-alternativa-para-o-multideficiente>.

Arch, L.M.; Jenner, A.M.; Wittle, J.G. (1994). The views and expectations regarding dental care of the parents of children with special dental needs: a survey in the County of Cheshire, England, *International Journal Paediatric Dentistry*, v.2, pp.123-155.

Aurelio, S.R., Genaro, K.F., Macedo Filho, E.D. (2002). Análise comparativa dos padrões de deglutição de crianças com paralisia cerebral e crianças normais. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68(2),pp. 167-173.

Attwood, Tony (1997). "*Asperger's Syndrome: A Guide for Parents and Professionals*". Jessica Kingsley, London.

Avery, D. R. e McDonald, R.E. (2001). *Odontopediatria*. 7ª Edição. Guanabara-Koogan.

Backman, B., Pilebro, C. (2005) Teaching oral hygiene to children with autism. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 15(1), pp.1-9.

Baird, W.O., McGrother, C., Abrams, K.R., Dugmore, C., Jackson, R.J. (2007). Verifiable CPD paper: factors that influence the dental attendance pattern and

maintenance of oral health for people with multiple sclerosis. *British Dental Journal*, 202(1), pp. 40-41.

Ballone GJ (2003). *Deficiência Mental*. [Em linha]. Disponível em <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/dm1.html>. [Consultado em 07/ 01/ 2009].

Ballone, G.J. (2005). Síndrome do X Frágil. Instituto de Saúde Mental. In. PsiqWeb. [Em linha]. Disponível em: www.psiqweb.med.br.

Barbosa, A.D.; Muller, M.P. (2003). Fragile X Syndrome: myofuncional and language alteration. *Revista CEFAC*, v.5, pp.309-312.

Batista, C.G., Turrini, C.A., Moraes, A.B.A., Rolim, G.S. (2003). A odontologia e as pessoas com deficiência visual. *Jornal brasileiro de clínica odontológica integrada*, 7(38), pp. 170-174.

Bauer, S. (1995). *Asperger Syndrome – through the lifespan*. New York, The developmental unit, Genesee Hospital Rochester.

Bay, L. M. e Russel, B. G. (1975). Effect of chlorhexidine on dental plaque and gingivitis in mentally retarded children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Copenhagen, 3(6), pp. 267-270.

Bessa, C.F.N., Santos, P.J.B., Carmo, M.A.V. (2002). Prevalência de alterações de mucosa bucal em crianças de 0 a 12 anos. *Jornal brasileiro de Odontopediatria e odontologia do bebê*, 5(25), pp. 251-258.

Berthold, T., Araujo, V., Robinson, W., Hellwig, I. (2004), Síndrome de Down: aspectos gerais e odontológicos. *Revista de ciências médicas e biológica*, 3(2), pp. 252-260. Disponível em : http://www.cienciasmedicasbiologicas.ufba.br/pdf3/2/vol_2_12pdf [Consultado em 06/ 01/ 2009].

Brasil. (1993). *Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, p.48.

Brasil. Ministério da Educação. (2004). *Saberes e práticas da inclusão: dificuldades de comunicação e sinalização. Deficiência visual. Educação Infantil*. Brasília: MEC/SEESP v.8.

Braunwald, E., et al. (1988). *Medicina Interna: Harrison*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan.

Cabral, J.C.M., Castilho, L.S., Resende, V.L.S. (2003). Determinantes sociais e comportamentais de doença bucal em pacientes portadores de necessidades especiais. *Revista Odontológica Brasileira*, v.17, p. 42.

Cameron A.C., Widmer R.P. (2001). *Manual de Odontopediatria*. 1ª Edição, pp. 261-262.

Cândido A.M.D.M. (2004). *Paralesia cerebral: abordagem para a pediatria geral e manejo multidisciplinar*. Brasília. Disponível em : <http://www.medico.org.br/especialidade/neonatologia/paralisiacerebra.doc>. [Consultado em 09/ 01/ 2009].

Cardoso, A.A., Magalhães, L.C., Amorim, R.H.C., Paixão, M.L., Mancini, M.C., Rossi, L.D.F. (2004). Validade preditiva do movement assessment of infants para crianças pré-termo brasileiras. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 62(4). pp.1052-1057.

Charles, D.F.; Willian, F. J. (1997). *Atlas colorido e Texto de Clínica Médica*. 2ª Edição. pp. 489-490.

Chaves, J. H., Coutinho, C. e Dias, M. (1993). A imagem no ensino das crianças com necessidades educativas especiais. Universidade do Minho. *Revista Portuguesa da Educação*, 6(3), pp. 57-66.

Christensen, G. (2005). Special oral hygiene and preventive care for special needs. *Journal American Dental Association*, 136 (8), pp.1141-1143. [Em linha]. Disponível em <http://jada.ada.Org/cgi/reprint/136/8/1141>. [Consultado em 27/09/2008].

Coelho, C.R.Z; Loevy, H.T. (1982). Aspectos odontológicos da síndrome de Down. *Ars Cvrandi Odontologia*, 8(3), pp.9-16.

Cohen, M., Arvystas, M. G, Baum, B. J. (1970). Occlusal disharmonies in trisomy G (Down's syndrome, mongolism). *American Journal of Orthodontics*, 58(4), pp. 367-372.

Cohen, M. Michael, Winer, Richard, A.(2004). Dental and facial characteristics in Down's. *Journal of dental research*, 3(2), pp. 252-260.

Corrêa M.S.N.P, Ciamponi A.L, Guaré R.O. (2002). A criança portadora de necessidades especiais. Aspectos psicológicos gerais. In: Corrêa MSNP. Sucesso *no atendimento odontopediátrico: Aspectos psicológicos*. 1ªEd. São Paulo: Santos, pp. 529-534.

Cury, V.C.R; Mancini, M.C, Melo, A.P, Fonseca, S.T.; Sampaio, R.F., Tirado, M.G.A. (2006). Efeitos do uso de órtese na mobilidade funcional de crianças com paralisia cerebral. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(1). pp. 67-74.

Cypriano, S.; Sousa, M.R.; Wada, R.S. (2005). Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária. *Revista de Saúde Pública*, 39(2), pp. 285- 377.

Dávila, M.E., te al. (2006). Caries Dental en Personas com Retraso Mental y Síndrome de Down. *Revista Salud Pública*, 8(3), pp.207-213.

Decreto-lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, publicado no *Diário da República*, 1.ª série — N.º 4 — 7 de Janeiro de 2008

Diniz, D. (1996). Dilemas éticos da vida humana: a trajetória hospitalar de crianças portadoras de paralisia facial grave. *Cadernos de Saúde Pública*, 12 (3), pp. 345-355. [Em Linha]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000300008&lng=en&nrm=iso

(DGS) Direcção-Geral da Saúde (2000). Divisão de Saúde Escolar. *Manual de Boas Práticas em Saúde Oral para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades de saúde especiais* Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Escolar.

Declerck, D.; Vinckier, F.; Gizani, S. (1995). État de la dentition et degré de soin chez les handicaps en Flandre, *Revue Belge de Médecine Dentaire*, Bruxelles, 50 (3), pp.9-24.

(DSM-IV) *American Psychiatric Association / Manual de diagnóstico e estatístico das perturbações mentais* (1996). Lisboa: climepsi. Editores. 4ª Edição.

(DSM-IV) *American Psychiatric Association / manual de diagnóstico e estatístico das perturbações mentais*. (2000). (4ªed.). Lisboa: climepsi. Editores.

Dunlop, Pierce, Kay, (1999). Autism spectrum Disorder (ASD). em: <http://www.eric.ed.gov>. [Consultado em 11/ 01/ 2009].

Dye, B.A.; Shenkin, J.D.; Ogden, C.L.; Marshall, T.A; Levy, S.M; Kanellis, M.J. (2004). The relationship between healthful eating practices and dental caries in children aged 2-5 years in United States. *Journal of the American Dental Association*, Chicago, 135(1), pp. 55-66.

Dykens, E.M. (2000). Annotation: Psychopathology in child Psychol with Intellectual Disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(4), pp. 407-417.

Elias, R. A. (1995). *Odontologia de alto risco: pacientes especiais*. Rio de Janeiro: Revinter, p.15-171.

Elias, R. A. (1997). Pacientes especiais e seu atendimento na odontologia. *Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica*. São Paulo, 1 (1), pp. 61-64.

Ferreira, Z.A., Castilho, C., Silvério, M.B. (2001). Epidemiologia da doença periodontal em crianças e adolescentes. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*, pp. 29-33.

First, M.B. (2008). Autism and Other Pervasive Developmental Disorders Conference. *American Psychiatric Association*.

Frith, U. (1996). *Autism: explaining the enigma*. Oxford, UK: Blackwell.

Fourniol Filho, A. (1998). *Pacientes especiais e a odontologia*. São Paulo: Santos.

Gillberg, I. C., Gillberg, C. (1989). Asperger syndrome-some epidemiological considerations: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(4), pp. 631-639.

Girgis, S.S. (1985). *Dental health of persons with severe mentally handicapping conditions*. *Spec Care Dent.*, Chicago, 5(6), pp.246-248.

Glassman, P. (2005). New models for improving oral health for people with special needs. *Journal of the California Dental Association*, 33(8):625-33.

Gomes, C., Barbosa, A.J.G. (2006). Inclusão escolar do portador de paralisia cerebral: atitudes de professores do ensino fundamental. *Revista Brasileira de Educação especial*, 12(1), pp.85-100.

Goulart, A.F.C., Vargas, D.A. (1998). Blind patients perception about oral health. *Arquivos em Odontologia*, 34(2), pp.107-174. [Em linha].Disponível em:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.Exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&sr=>

google&base=BBO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=8818&indexSearc=ID.[Consulta em 28 /02/ 2009].

Gouveia, M. A., et al. (2005). *Patologia Dentária no paciente com Paralisia Cerebral e Distrofia Muscular*. Stoma, 77, pp. 11-16.

Guaré, R. O.; Ciampioni, A. L. (2004). Prevalence of periodontal disease in the primary dentition of children with cerebral palsy. *Journal of dentistry for Children*, Chicago, 17(1), pp. 27-32.

Guedes-Pinto AC. (1993). *Odontopediatria*. 4 ed. São Paulo: Santos.

Guedes Pinto AC. (2003). *Odontopediatria*. 7ª ed. São Paulo: Ed. Santos. pp. 897-931.

Gullikson, J.S. (1973). Oral findings in with Down's syndrome. *Journal of Dentistry for Children*, 40(3), pp. 293-300.

Gullikson, J.S. (1969). Oral finding of mentally retarded children. *Journal of Dentistry for Children*, Chicago, 36(2), pp. 133-137.

Gupta, D.P.; Chowdhury,R.; Sarkar, S. (1993). Prevalence of dental caries in handicapped childrens of Calcutta. *journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, v.1, pp. 23-30.

Grunsvén, M.F.V., Cardoso, E.B.T. (1995). Atendimento odontológico em crianças especiais. *Revista de Associação Paulista de Cirurgiões Dentista*, São Paulo, 49 (5), pp.364-369.

Harris, R. (1963). Biology of the children of hopewood house, Bowral, Australia, Iv. Observations of dental caries experience extending over five years. *Journal of Dental Research*, v.42, pp.1387-1485.

Haddad, A.S., Ciamponi A.L., Guaré R.O. (2003). Pacientes especiais. In: Guedes–Pinto A.C. *Odontopediatria*. São Paulo: Santos, pp. 894-931.

Hernández,C. Amparo. (1983). General oral health conditions and dental anomalies in mentally handicapped patients. *Tese Apresentada a Fundação de Ensino Superior de Pernambuco. Faculdade de Odontologia de Pernambuco*, pp.1-87.

Holland, T.J.; O`Mullane, D.M. (1986). Dental treatment needs in tree institutions for the handicapped. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*; Copenhagen, 14, pp.73-78.

Holland, T.J.; O`Mullane, D.M. (1990).The organization of dental care for groups of mentally handicapped persons. *Community Dental Health*, 7(3), p. 285-293.

Hoyt, C.S., Good, W.V. (2001). The many challenges of childhood blindness. *British Journal of Ophthalmology*, 85(10), pp. 1145-6.

Kamen, S.; Skier, I. (1985). Dental management of the autistic child. *Spec Care Dentist*, v.5, p.20-23.

KÖning, J.; Storcks, V.; Kocher, T.; BÖssmann,K.; Plagmann, H.C.(2002). Anti-plaque effect of tempered 0,2% clorohexidine rinse: an in vivo study. *Journal of Clinical Periodontology*, 29(3), pp.207-217.

Kopra K, von Wendt L, Nieminen–von Wendt T, Paavonen EJ (2008). "Comparison of diagnostic methods for Asperger syndrome". *Journal of Autism developmental disorders*, 38(8), pp.1567–73.

Lamonica, D.A.C., Chiari, B.M., Pereira, L.D. (2001). Perda auditiva em indivíduos paráliticos cerebrais: discussão etiológica. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68(1), pp. 40-45.

Levanthal-Belfer, Laurie and Coe, Cassandra (2004). *"Asperger Syndrome in Young Children: A Developmental Approach for Parents and Professionals"*. London: Jessica Kingsley Publishers, p. 161.

Lopes, E.S. e Bastos, J.R.M. (1988). *Odontologia preventiva e social*. Faculdade de Odontologia de Bauru.

Lopes, W.C., Nascimento, Z.C.(1996). *Pacientes com distúrbios sistémicos na Clínica Odontológica*. *Revista Odontológica do Brasil-Central*, 6(18), pp. 29-34.

Luscre, D.M., Center, D.B. (1996). Procedures for reducing dental fear in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26(5), pp.547-556.

Maclaurin, E.T.; Shaw, L.;Foster, T.D. (1985). Dental Study of handicapped children attending special school in Birmingham. Dental caries experience of children living in a fluoridated area. *Community Dent health, Hampshire*, 2, pp. 249-257.

Martens, L.; Marks L.; Declerck, D. (1995). L'hygiène buccale des handicapés en Flandre. *Revue Belge de Médecine Dentaire*, 50(3), pp. 25-34.

Malta, J., Endriss, D., Rached, S., Moura, T., Ventura, L. (2006). Functional outcome of visually handicapped children cared for at the Department of Visual Stimulation - "Fundação Altino Ventura. *Arquivo Brasileiro de Oftalmologia*, 69(4), pp. 571-575.

Maranhão, M.V.M. (2005). Anestesia e paralisia cerebral. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 55(6), pp. 680-702.

Marega, T. (2001). *A Saúde bucal e o atendimento odontológico de indivíduos autistas*. Dissertações de Mestrado em Educação Especial. São Carlos. Universidade Federal de São Carlos.

Makowiecky, N. (1985). Índice COP-D de 196 excepcionais de 06 a 20 anos de idade de ambos os sexos, submetidos à anestesia geral para tratamento odontológico. *Revista Ciências da Saúde*, Florianópolis, v.3/4, (1/2).

Marques, M. (1993). *Autismo e Solidão*. Pais e Filhos, v.34, pp.62.

Marques, C. (1998). *Perturbações do espectro do autismo: ensaio de uma intervenção construtivista desenvolvimentista com mães*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da educação, Universidade de Coimbra.

Maurer, S.M.; Boggs, A.M.; Mourino, A. P.; Farrington, F.H. (1996). Recall intervals: effect on treatment needs of the handicapped patient: a retrospective study. *J Clin Pediatr Dent*, Birmingham, 20(2), pp. 123-126.

Mayes SD, Calhoun SL, Crites DL (2001). Does DSM-IV Asperger's disorder exist. *Journal of abnormal child psychology*, 29(3), pp.263–71.

McDonald, R.E., Avery, D.R. (1995). *Odontopediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

Milano, M.; Seybold, S.V. (2002). Dental care for special needs patients. *Journal of Dentistry for Children*, pp. 212-215.

Milori, A.S.; Nordi, P.P; Vertuan, V.; Carvalho, J. (1994). Respostas de um programa preventivo de placa dentária bacteriana. *Revista de Odontologia da Unesp*, 23(2), pp.231- 325.

Mitsea, A. G.; Karidis ,A. G.; Donta-Bakoyianni,C.; Spyropoulos N. D. (2001). Oral health status in Greek children and teenagers, with disabilitis. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, Birmingham,26 (1), pp. 111-118.

Moraes, M.E.L. et al. (2002). Dental caries prevalence in caries of Down's syndrome by the CPO-D index. *Revista Odontológica, Pós-Graduação*, 5(2), pp. 64-73, [Em linha]. Disponível em http://www.fosjc.unesp.br/cab/artigos/vsn2_10pdf [Consultado em 05/01/2009].

Mugayar, L. R.F. (2003). Planejamento e Viabilização do Atendimento de Pacientes com Necessidades Especiais In: Cardoso, R.J.A.; Machado, M.E.L. *Odontologia Artes e Conhecimento. Odontopediatria, Ortodontia, Ortopedia Funcional dos Maxilares, Pacientes Especiais*. 21ª Edição. Artes médicas.

Murshid, E. Z. (2005). O estado da saúde oral, dentista, veterinário, necessidades, hábitos e comportamentos atitude para tratamento dentário de um grupo de autistas crianças em Riade, Arábia Saudita. *Journal Arábia Dental Journal*. 17(3). [Em linha]. Disponível em <http://www.sdsjournal.org/2005/volume-17-number-3/2005-17-3-132-139-full.html>.

Narvai, P.C. (1994). *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec.

Nicolaci, A. B., Tesini, D. A. (1982). *Improvement in the oral hygiene of institutionalized mentally retarded individuals through training of direct care staff: a longitudinal study*. *Spec Care Dentist*, Chicago, 2(5), pp. 217-221.

Nunes, C. (2001). *Aprendizagem Activa na Criança com Multideficiência – guia para educadores*. Ministério da Educação. Núcleo de Orientação Educativa e Especial. Lisboa.

Nunes, M.F.; Freire, M.C.M.; Ferreira, R. (2006). O açúcar na dieta das instituições para pessoas portadoras de necessidades especiais do estado de Goiás. *Revista Odontológica do Brasil-Central*, 15(39), pp.15-23.

O'Donnell, D. (1992). *The prevalence of nonrepaired fractured incisors in visually impaired Chinese children and young adults in Hong Kong*. Quintessence International, 25(5), pp. 363-368.

Oliveira, A.C.B.; Paiva S.M.; Pordeus, I. A. (2004). Factores relacionados ao uso de diferentes métodos de contenção em pacientes portadores de necessidades especiais. *Revista Odontológica Brasileira*, v7, pp.52-61.

Oliveira, A.C.; Luz,C.L.F.; Paiva, S.M. (2007). The meaning of the oral health in the quality of life of the individual with Down syndrome. *Arquivos em Odontologia*, 43 (4), pp.162-168.

Oliveira, A.C.B.; Paiva S.M.; Pordeus, I. A. (2007). *Parental acceptance of restraint methods used for children with intellectual disability during dental care*. Spec Care Dentist, v.27, pp.222-228.

(OMS). Organização Mundial de Saúde. (1999). *Levantamento básico em saúde bucal*. 4. ed. São Paulo: Ed. Santos.

Pardal, L. e Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Areal Editores, Porto.

Pereira, E. (1999). *Autismo: O significado como processo central*. Lisboa: Secretariado de reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Pereira Silva, N. L. (2000). *Crianças pré-escolares com síndrome de Down e suas interações familiares*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Pereira, M.A.S.; Pereira, C.U.; Novais, S.M.A.; Pereira, J. C.; Carvalho, R.W.F.; Santos, C.N.A. (2008). Avaliação das Condições Estomatologias de Pacientes Portadores de Hidrocefalia Congénita. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa, 8(1), pp.15-20.

Perlman, S.P. (1994a). *Dental care for children with disabilities –techniques for oral hygiene*. *Exceptional Parent*, Oradell, 24(8), pp.38.

Perlman, S.P. (1994b). *Dental care for children with disabilities- brushing, flossing and rinsing*. *Exceptional Parent*, Oradell, 24(9), pp.57.

Pinheiro, C. (2008). *Avaliação Individual da Acção –X Frágil*. Associação Portuguesa de Investigação Educacional. [Em linha]. Disponível em: <http://cerfapie.blogs.sapo.pt/2008/03/>.

Pomarico, L. et al. (2003). Saúde bucal em crianças com e sem necessidades especiais: percepção e atitudes dos responsáveis. *Revista Brasileira Odontológica*, 60 (3), pp. 174-177.

Prety, P.C.; Pretto, S.M. (1999). *Educação e motivação em saúde bucal*. In: *Promoção de Saúde bucal*. 2ed. São Paulo: Artes Médicas, cap.15, pp.365-370.

Ravaglia C. (1997). El problema de la salud bucodental de los pacientes discapacitados y especiales en América Latina. *Revista Fola/Oral* , pp.162-165.

Ribeiro, G., Braga, M.B.P., Simões, R.A. (2004). Pacientes com desvios neurológicos: métodos alternativos de prevenção e atendimento. *Revista da Faculdade de Odontologia de Anápolis*, 6 (1), pp. 1-6.

Roder, D. M. (1973). The association between dental caries and the availability of sweets in South Australian school canteens. *Australian Dental Journal*, v.18, pp. 174-256.

Rodrigues, C.S. (1999). Guia alimentar e incidência de cárie dentária em crianças matriculadas em creches públicas do Recife, Brasil. *Revista da UPE*, 17 (1), PP.11-29.

Rosa, C.M.R., Lopes, R.A., Santos, F.F., Motta, A.R. (2006). A crioterapia como recurso para diminuir a sialorréia em crianças com disfunção neuromotora: relato de caso. *Revista CEFAC*, 7(3), pp. 300-306.

Rosenbaum, P. (2003). Cerebral palsy: What parents and doctors want to know. *British Medical Journal*, pp. 970-974.

Ross-Russell, M., Sloan, P. (2005). Auto extraction in a child with autistic spectrum disorder, *British Dental Journal*, 198(8), pp.473-474.

Sales-Peres, S.H.C. e Bastos, J.R.M. (2002). Perfil epidemiológico de cárie dentária em crianças de 12 anos de idade, residentes em cidades fluoretadas e não fluoretadas, na região Centro-Oeste do Estado de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 18(5), pp.1281-1288.

Santos, M.T.; Masiero, D.; Novo, N.F.; Simionato, M. R. (2003). Oral Condition in children with Cerebral Palsy. *Journal of Dentistry for Children*, v.7, pp.40-46.

Sanz, M. (2003). 1º Workshop Ibérico, *Control de Placa e Higiene Bucodental*. Editora Ergon.

Shapira, J., Mann, J., Tamari, I., Mester, R., Knobler, H., Yoeli, Y., Newbruw, E. (1989). *Oral health status and dental needs of an autistic population of children and young adults*. *Spec Care Dentist*, V.9, pp.38-41.

Shaw, L.; Maclaurin, E.T.; Foster, T.D. (1986). Dental study of handicapped children attending special schools in Birmingham, UK. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Copenhagen, 14, pp.24-31.

Sheiham, A. (1997). Impact of dental treatment on the incidence of dental caries in children and adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v.25, pp.104-12.

Silva, Flávia, Aline; Valladaresneto, José, Pires, Cerise de Castro Campos. (1997). Síndrome de Down: peculiaridades de interesse odontológico e possibilidades ortodônticas. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás*, Goiânia, 1(1), pp.55-61.

Silva, P.M., Umberto, P.C., Alves, N.S.M., Carlos, P.J., Feitosa, C.R.W., Albuquerque, S.C.N. (2008). Avaliação das Condições Estomatológicas de Pacientes Portadores de Hidrocefalia Congênita. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa, 8(1), pp. 15-20. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/232/239>. [Consultado em 21/002/2008].

Shinkai, R.S.A. Santos, L.M., Silva, F.A.E., Nobre dos Santos, M. (1998). Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade. *Revista Odontológica da Universidade de São Paulo*, 12 (1), pp.29-37.

Stiefel, D.J. (2002). *Dental Care considerations for disabled adults*, Spec Care Dent, Chicago, 22(3), pp.26-39.

Szoke, J. e Petersen, P. E. (2000). Evidence for dental caries decline among children in an East European country (Hungary). *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v.28, pp.155-215.

Tétreault, S. et al. (1990). Les soins dentaires pour la personne handicapée. *Scientifique Journal*. 56 (5), pp.433-435.

Tomita, N., Fagote, B. (1999). *Programa Educativo em Saúde Bucal para Pacientes Especiais*. *Odontologia e Sociedade*, 1(2), pp.45-50, [Em linha]. Disponível em <http://www.fo.usp.br/departamentos/social/legal/revista/9.pdf>. [Consultado em 28/12/2008].

Tristão, R. M., Feitosa, M. A. G. (1998). *Linguagem na síndrome de Down*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.14, 127-137.

Turolla de Souza, R.C., Ciasca, S.M., Maura, Ribeiro, M.V.L., Zanardi, V.A. (2006). Paralisia cerebral hemiparética: dados clínicos comparados à neuro-imagem. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10 (2), pp.157-162.

Velasco, E. et al., (1997). *Dental Health among Institutionalized Psychiatric Patients in Special Care in Dentistry*, 17(6), pp. 2031-276.

Venail F, Gardiner Q, Mondain M. (2004). *ENT and speech disorders in children with Down's syndrome: an overview of pathophysiology, clinical features, treatments, and current management*. *Clinical Pediatrics*, vol.43. pp. 783-91.

Vieira, W.M., Cavalcanti, D., Lopes, V. (2004). Importance of the clinical genetics evaluation on hydrocephalus. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, 62 (2b).

Vignehsa,H.; Soh,H.; Lo,G.L; Chellappah,N.K. (1991). Dental health of disabled children in Singapore. *Australian dental journal*, 36(2), pp.151-156.

Volpato, L.E.R.; Figueiredo, A.F. (2005). Estudo da clientela do Programa de Atendimento Odontológico Precoce em um serviço público do município de Cuiabá, Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde Infantil*, Recife, 5(1), pp. 45-52.

Vrbic V. (2000) Reasons for the caries decline in Slovenia. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v.28, pp.126-32.

Waldman, H.B.; Perlman, S.P. (2001). Preparing to meet the dental needs of individual with disabilities. *Journal of Dental Education*, 66(1), pp.82-85.

Weddel JA, Sanders BJ, Jones JE. (2001). Problemas dentários da criança deficiente. In: McDonald RE, Avery DR. *Odontopediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; pp.411-435.

Whyman, R. A. et al. (1995).The oral health of long-term residents of a hospital for the intellectually handicapped and psychiatrically ill. *New Zealand dental journal journal*, 91(6), pp. 49-56.

ANEXOS I

CONSENTIMENTO INFORMADO



Ex. ^{mo} Sr. Encarregado (s) de Educação:

Eu, Brígida Elisa Nobre Rocha, aluna do 6ºano do curso Medicina Dentaria na Universidade Fernando Pessoa, pretendo realizar um estudo sob o título “Estudo da saúde oral de crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais na APPACDM de Viana do Castelo”, que tem por objectivo avaliar o grau de higiene oral e a prevalência de cárie. Para tal, gostaria de contar com a participação do seu educando.

A necessidade de programas de intervenção precoce nos hábitos de higiene para a promoção da saúde oral, justifica a realização deste estudo.

Os exames clínicos a realizar são procedimentos indolores, inócuos e não evasivos. Os materiais são fornecidos pela pesquisadora.

Numa primeira etapa, serão efectuados inquéritos dirigidos aos pais para a avaliação dos hábitos de higiene oral. Posteriormente, será efectuada a observação da cavidade oral das crianças e jovens. Também serão efectuadas acções de motivação para a higiene oral.

Todos os dados e fotografias recolhidas no âmbito deste estudo são de carácter estritamente académico.

✂.....

Autorização

Autorizo o meu educando(a) _____ a participar no estudo a realizar por Brígida Elisa Nobre Rocha, aluna da Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde.

Tendo também tomado conhecimento de todos os procedimentos a realizar, concordo em colaborar no estudo e autorizo a sua publicação para fins científicos.

Viana do Castelo, ____ de Janeiro de 2009

(Assinatura do Encarregado de Educação)

ANEXOS II



Promover a Saúde
Prevenir as Doenças Oraís

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE
DIVISÃO DE SAÚDE ESCOLAR

Saúde oral

A Saúde Oral das crianças e jovens com necessidades de saúde especiais pode ser prejudicada, quer pela dificuldade em fazer uma boa higiene oral, quer pela medicação, dietas especiais e outros factores.



É essencial que os pais e/ou os cuidadores estejam devidamente informados sobre a melhor forma de prevenir as doenças orais e lhes proporcionar melhor qualidade de vida.

O principal método de remoção da placa bacteriana e, conseqüentemente, de prevenção da cárie dentária e das doenças periodontais é a escovagem eficaz dos dentes.

Escovagem dos dentes

Os dentes devem ser escovados 2 vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar.

Sempre que possível, deve-se ensinar e incentivar a criança a executar a escovagem, mesmo que seja preciso adaptar os instrumentos.

É importante promover a autonomia



Nos casos em que não seja possível fazer a auto-escovagem dos dentes, deve ser o adulto que cuida da criança ou jovem a executar a higiene oral.

Escova de dentes



É um objecto pessoal e intransmissível.

Pode ser manual ou eléctrica. As escovas eléctricas são especialmente úteis, pois, além de terem um cabo longo, têm rotação constante pelo que facilitam a auto-escovagem.

Deve ter tamanho adequado à boca e ser de textura macia ou média.

É importante que seja substituída logo que os pêlos comecem a ficar deformados.

Após a escovagem, deve ser colocada com os pêlos voltados para cima, em lugar seco e arejado.

Dentífricos com flúor



Conveniente utilizar uma porção de dentífrico com flúor semelhante ao tamanho da unha do 5º dedo (dedo mindinho) da criança. Caso não seja possível utilizar dentífrico, pode mergulhar-se a escova em solução fluorada própria para bochecho.

Copos

Nos casos em que as crianças ou jovens têm hiperextensão da cabeça ou dificuldades motoras, devem utilizar-se copos recortados.



Técnica da escovagem



Inclinar a escova e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares; com pressão adequada.

Se for difícil manter a inclinação, colocar os pêlos da escova perpendicularmente à gengiva e à superfície do dente.

Escovar, no máximo, 2 dentes de cada vez, fazendo cerca de 10 movimentos nas superfícies dentárias abrangidas pela escova.

Escovar as superfícies mastigatórias com movimentos de varrêr.

Cuspir o excesso de pasta.

Seqüência da escovagem

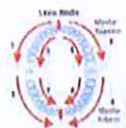


Para não ficarem "esquecidos" alguns dentes, a escovagem deve ser feita com uma seqüência. É preciso escovar todas as superfícies externas (do lado da bochecha), internas (do lado da língua) e as partes que mastigam.



Escovagem dos dentes das crianças com deficiência motora

Recomenda-se seguir a seqüência indicada na figura ao lado, que favorece a noção da linha média do corpo.



Posicionar a criança com a cabeça ligeiramente inclinada para a frente.

Se necessário, fazer "controlo da cabeça" e de "abertura da boca" até ao fim da escovagem dos dentes e do enxaguamento se não for possível de bochechar.



Dar a conhecer a textura da escova na mão da criança. Aproximar a escova devagar, de baixo para cima, para se manter o controlo do corpo e para a criança se ir familiarizando com ela.

Quando a criança não consegue bochechar ou cuspir, pode-se ajudar da seguinte forma:

- Colocar um recipiente por baixo do queixo;
- Pôr um pouco de água dentro da boca, utilizando um copo recortado e fazendo uma ligeira flexão da cabeça;
- Rapidamente, colocar a cabeça para baixo, fazendo com que dele a água saia.



Uso do fio dentário

A utilização diária do fio dentário ou de outro meio de limpeza interdentária, como os escovilhões,



é importante para remover a placa bacteriana das zonas onde a escova não chega. Existem portafios que podem ser uma excelente ajuda.

Massagem gengival

É aconselhada, sempre que exista inflamação gengival. Com o indicador e com o polegar fazem-se movimentos de massagem circulares, podendo utilizar-se uma compressa.



Escovar os dentes correctamente 2 vezes por dia

Usar um dentífrico com flúor

Utilizar o fio dentário ou outro método de limpeza interdentária, diariamente

A higiene oral é a forma mais eficaz para prevenir as doenças orais



ANEXOS III

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
Faculdade de Ciências da Saúde



Questionário para os Pais

Este questionário visa recolher a sua opinião relativamente à saúde oral. Não existem boas ou más respostas e os dados recolhidos são confidenciais sendo garantido o anonimato do respondente.

I -Identificação do Responsável

1- Idade (anos): _____

2- Sexo: M ; F

3- Nível Educacional:

- Analfabeto (a)
- Até 4ª Classe
- 4ª Classe
- Até 9º Ano
- 9º Ano
- Até 12º Ano
- 12º Ano
- Curso Superior Incompleto
- Licenciado(a)
- Mestre
- Doutorado (a)

II-Identificação do Educando

1- Idade (anos): _____

2- Sexo: M ; F

III- Recolha de informação sobre a saúde oral

1-Acha a área da medicina dentária acessível às crianças com necessidades educativas especiais?

- Sim
- Não
- Não Sabe

2-Acha importante a execução de programas de saúde oral dirigidos às crianças com necessidades educativas especiais?

- Sim
- Não
- Não Sabe

3- Como considera o grau de apoio da instituição frequentada pelo seu filho(a) em relação à higiene oral?

Exprima a sua opinião assinalando a sua resposta na quadrícula respectiva utilizando a escala que se segue:

Mau	Bastante insatisfatório	Insatisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom

4-Como considera o estado de Saúde oral do seu filho(a)?

Exprima a sua opinião assinalando a sua resposta na quadrícula respectiva utilizando a escala que se segue:

Mau	Bastante insatisfatório	Insatisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom

5-Considera importante que o seu filho(a) efectue uma higiene oral diária?

- Sim
- Não
- Não Sabe

6-O seu filho(a) escova sozinho os dentes?

- Sim
- Não
- Não Sabe

6.1-Se não, indique as razões?

- Não gosta
- Recusa-se
- Incapacidade de utilização das escovas

7- Dos materiais que se segue assinale os que utiliza na higiene oral do seu filho(a):

- Escova dentária
- Pasta dentífrica
- Fio dentário
- Bochechos de Flúor
- Não sabe

8-Alguma vez o seu filho(a) foi ao médico dentista?

- Sim
- Não
- Não sabe

9- O seu filho(a) efectua consultas regulares ao médico dentista?

- Sim
- Não
- Não sabe

9.1- Se sim, com que frequência?

- Mensal (mês a mês)
- Bimestral (dois em dois meses)
- Trimestral (três em três meses)
- Semestral (seis em seis meses)
- Anual (ano a ano)

9.2- Se sim, você colabora com o médico dentista na medida de motivar o seu filho(a) para a higiene oral?

Sim

Não

Não sabe

10- O seu filho(a) ingere diariamente alimentos açucarados?

Sim

Não

Não sabe

10.1- Dos alimentos que se segue, assinale os preferenciais do seu filho(a)?

Moles

Duros

Indiferente

10.2- Alguma vez foi informado que um consumo frequente de açúcares pode provocar cárie?

Sim

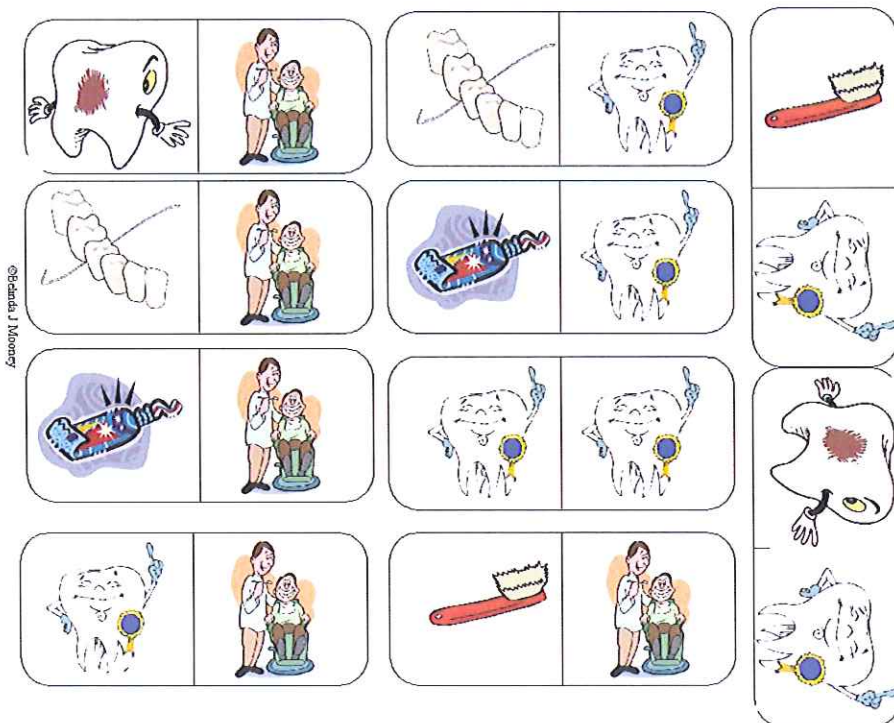
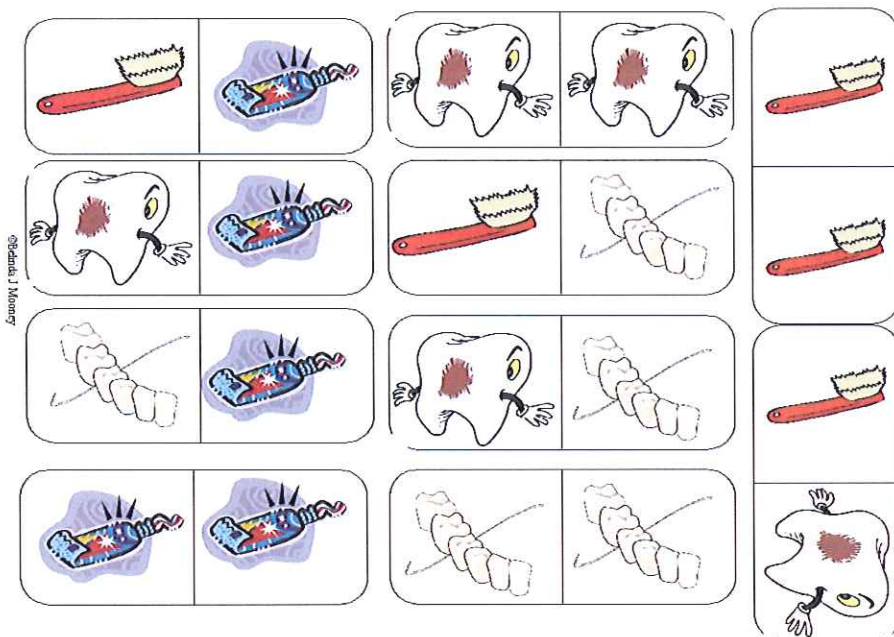
Não

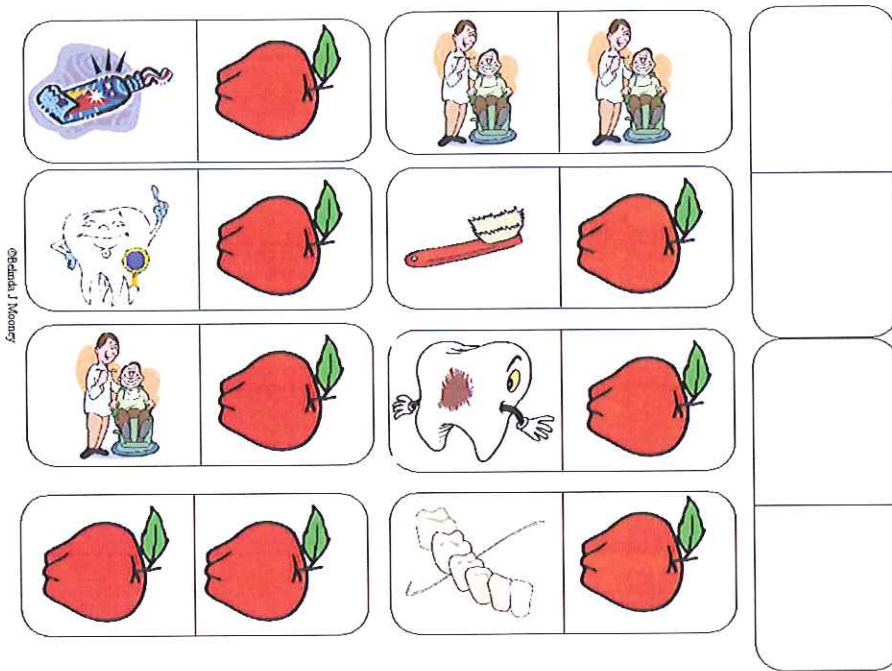
Não sabe

FIM

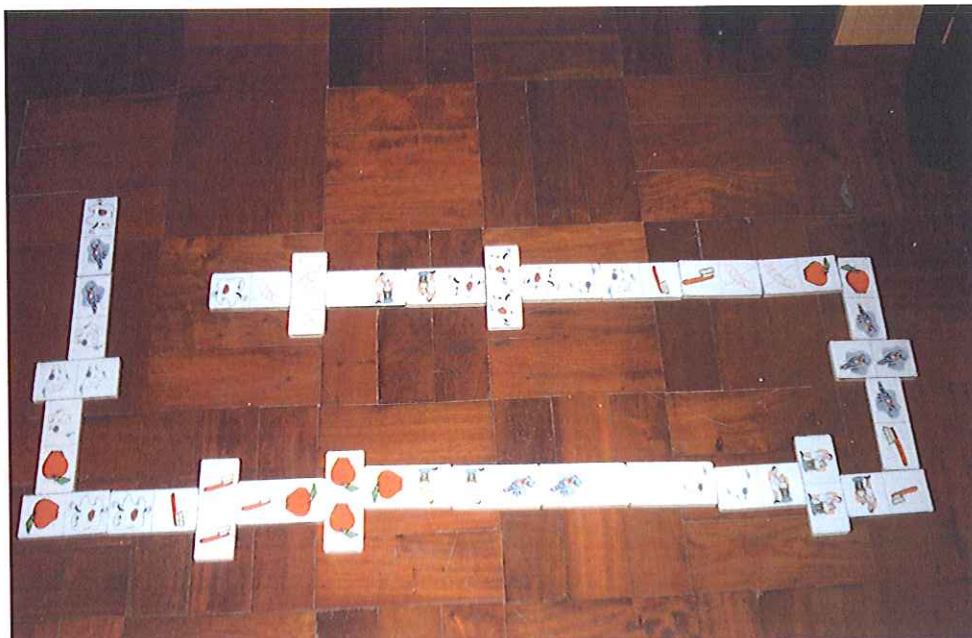
Obrigado pela colaboração

ANEXOS IV

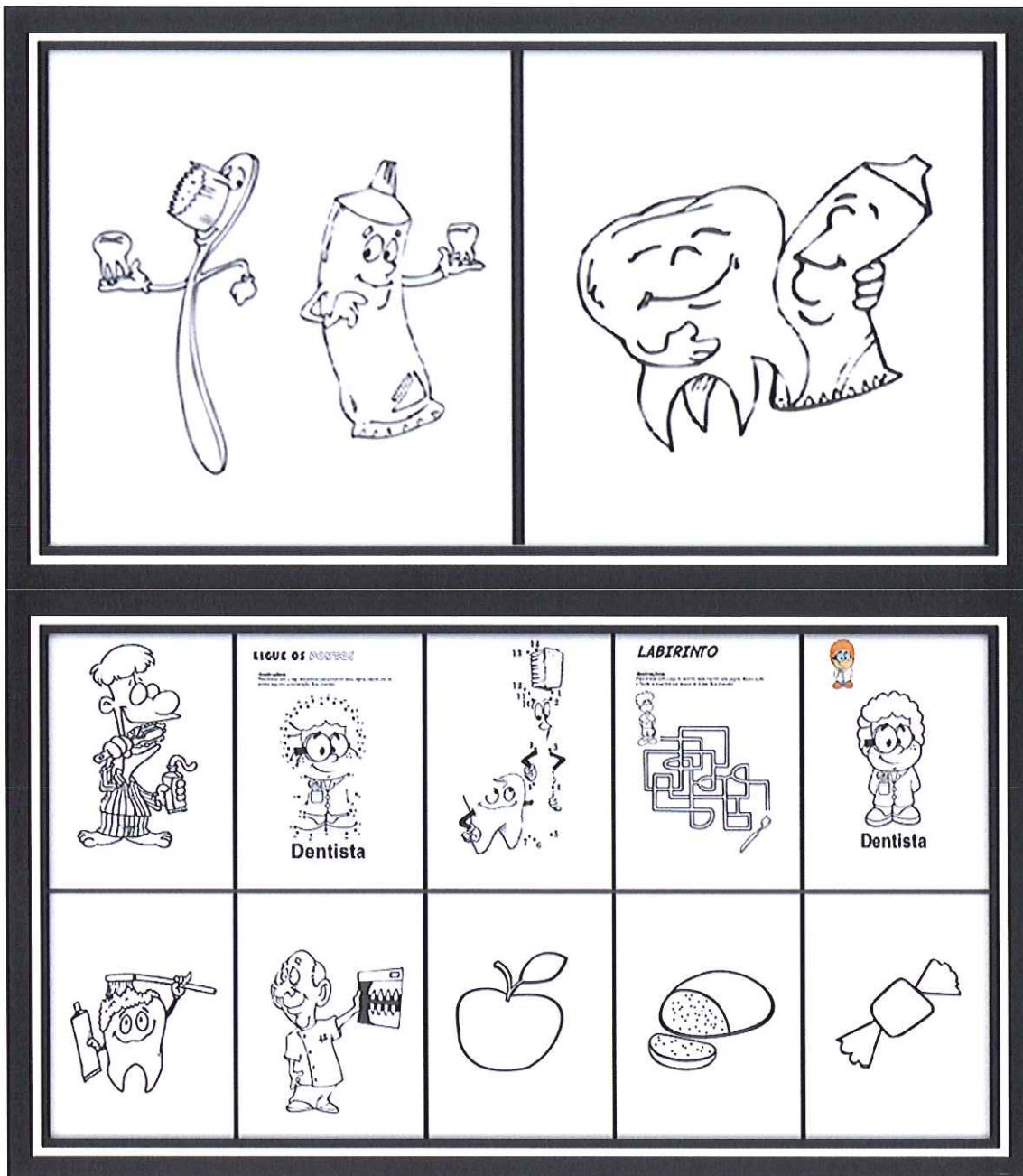


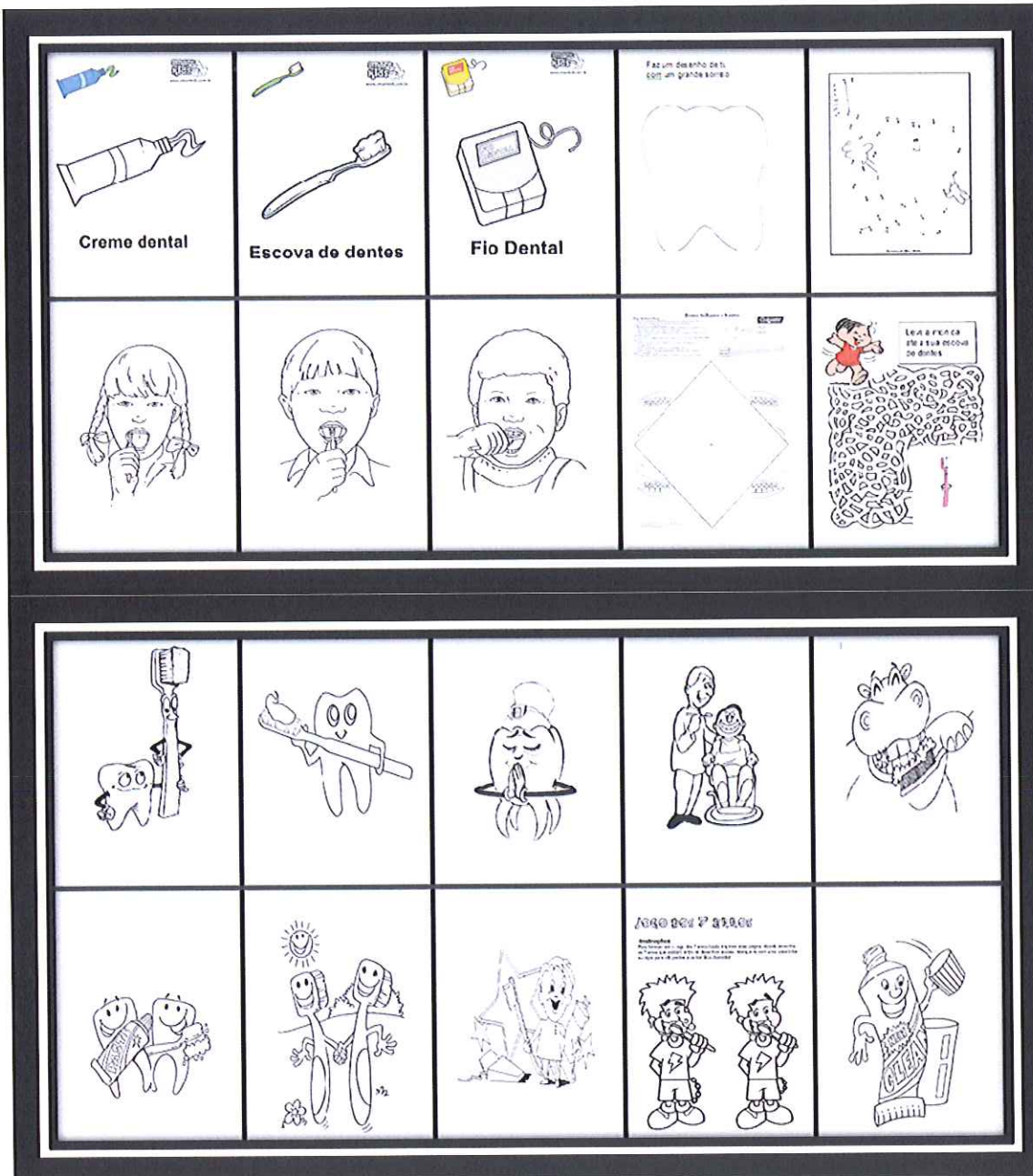


©Eduarda J. Moura



ANEXOS V





ANEXOS VI

ANEXOS VII



CERTIFICADO



Certifica-se que,

Teve um comportamento excelente durante a consulta.
Está de parabéns!

Profissional de Saúde Oral

Data

Podes jogar em www.pro-esmalte.pt

ANEXOS VIII

Registo do índice de cárie e índice de placa bacteriana



Data do exame: _____

Identificação do participante: _____

Idade: _____

Sexo: _____

1º Quadrante			55	54	53	52	51	61	62	62	64	65	2º Quadrante		
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
CPO															
IGVs	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-

4º Quadrante			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	3º Quadrante		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
CPO															
IGVs	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-

ANEXOS IX

Tabela I. Distribuição da idade da amostra, por género e por tipo de deficiência

		N (%)	Média (\pm DP)	Mediana	Mín-Max	p
Idade (anos)		31 (100%)	10,29 (\pm 5,25)	12	3-17	
Género	Masculino	15 (48,39)	10,13 (\pm 5,23)	11	3-17	p=0,875 (teste t)
	Feminino	16 (51,61)	10,44 (\pm 5,44)	12	3-17	
Patologia	Autismo	5(16,1%)	9,8 (\pm 2,49)	10	6-12	p=0,03
	Paralisia cerebral	5(16,1%)	12,6 (\pm 5,50)	14	3-17	
	Deficiência Mental Ligeira	5(16,1%)	15 (\pm 2,34)	16	12-17	
	Síndrome de Down	4(12,9%)	9,5 (\pm 7,04)	9	3-17	
	Multideficiência	3(9,7%)	6,3 (\pm 4,93)	4	3-12	
	Síndrome de Asperger	2(6,5%)	13 (\pm 2,82)	13	11-15	
	Hidrocefalia	2(6,5%)	7,5 (\pm 6,36)	7,5	3-12	
	Atraso no desenvolvimento	2(6,5%)	5 (\pm 1,41)	5	4-6	
	Síndrome X Frágil	1 (3,2%)	-----	-----	-----	
	Sem diagnóstico	1(3,2%)	-----	-----	-----	
Baixo índice de visão	1(3,2%)	-----	-----	-----		

ANEXOS X

Tabela II. Distribuição do cpod e CPOD da amostra segundo a idade.

Idades (anos)	Pacientes N.º	cpod	CPOD	Componentes do CPO (dentes)					
				Cariado		Perdido		Obturado	
				N.º	%	N.º	%	N.º	%
3	5	2,6	0	10	76,9	1	7,7	2	15,4
4	4	0,5	0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
6	2	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9	1	0	6	3	50,0	3	50,0	0	0,0
10	1	0	2	1	50,0	1	50,0	0	0,0
11	1	0	3	3	100,0	0	0,0	0	0,0
12	5	0	3,4	15	88,2	2	11,8	0	0,0
13	1	0	14	1	7,1	1	7,1	12	85,8
14	3	0	1,33	4	100,0	0	0,0	0	0,0
15	2	0	2,5	2	40,0	0	0,0	3	60,0
16	1	0	5	5	100,0	0	0,0	0	0,0
17	5	0	7,4	26	70,3	4	10,8	7	18,9

ANEXOS XI

Tabela III. Distribuição da amostra, por género e tipo de patologia quanto ao IHOS

		N (%)	Média (±DP)	Mediana	Mín-Max	p
IHOS		31 (100%)	2,0 (±0,423)	2,0	1-3	
Género	Masculino	15 (48,39)	2,03(±0,53)	2,17	1-3	p=0,682* (teste t)
	Feminino	16 (51,61)	1,96 (±0,29)	2,00	1,33-2,50	
Patologia	Autismo	5(16,1%)	1,76 (±0,40)	1,67	1,33-2,33	p=0,247**
	Paralisia cerebral	5(16,1%)	2,13 (±0,21)	2,00	2,00-2,50	
	Deficiência Mental Ligeira	5(16,1%)	2,10 (±0,30)	2,17	1,67-2,50	
	Síndrome de Down	4(12,9%)	1,87 (±0,45)	1,92	1,30-2,33	
	Multideficiência	3(9,7%)	2,44 (±0,50)	2,33	2,00-3,00	
	Síndrome de Asperger	2(6,5%)	2,33 (±0,47)	2,33	1,00-2,17	
	Hidrocefalia	2(6,5%)	1,58 (±0,82)	1,58	1,83-2,00	
	Atraso no desenvolvimento	2(6,5%)	1,91 (±0,12)	1,91		
	Síndrome X Frágil	1 (3,2%)	-----	-----	-----	
	Sem diagnóstico	1(3,2%)	-----	-----	-----	
	Baixo índice de visão	1(3,2%)	-----	-----	-----	

*Teste t (grupos independentes); ** ANOVA a 1 factor

Tabela IV. Distribuição da amostra, por género e tipo de patologia quanto ao CPO

		N (%)	Média (±DP)	Mediana	Mín-Max	p
CPOD		31 (100%)	3,48 (±3,785)	2,0	0-14	
Género	Masculino	15 (48,39)	3,6(±2,947)	3,00	0-9	p=0,434* (teste t)
	Feminino	16 (51,61)	3,38 (±4,530)	1,50	0-14	
Patologia	Autismo	5(16,1%)	2,2 (±2,280)	2	0-6	p=0,02**
	Paralisia cerebral	5(16,1%)	1,2 (±1,304)	1	0-3	
	Deficiência Mental Ligeira	5(16,1%)	9 (±4,301)	8	5-14	
	Síndrome de Down	4(12,9%)	2,5 (±3,317)	1,5	0-7	
	Multideficiência	3(9,7%)	5 (±3,536)	4	2-9	
	Síndrome de Asperger	2(6,5%)	4 (±1,414)	4	3-5	
	Hidrocefalia	2(6,5%)	2,5 (±3,536)	2,5	0-5	
	Atraso no desenvolvimento	2(6,5%)	0 (±0,00)	0	0-0	
	Síndrome X Frágil	1 (3,2%)	-----	-----	-----	
	Sem diagnóstico	1(3,2%)	-----	-----	-----	
	Baixo índice de visão	1(3,2%)	-----	-----	-----	

*T. Mann-Whitney; ** ANOVA a 1 factor