

Raunan Martins Romanini

**AUTONOMIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE
ORAL NAS CRIANÇAS E JOVENS COM
NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS**



Porto, Julho de 2014

Raunan Martins Romanini

**AUTONOMIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE
ORAL NAS CRIANÇAS E JOVENS COM
NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, Julho de 2014

Autor: Raunan Martins Romanini

Título do trabalho: Autonomia nos Cuidados de Saúde Oral nas Crianças e Jovens com Necessidades de Saúde Especiais

Declaração

Eu, Raunan Martins Romanini, aluno n.º 20113 do 5.º ano do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, ministrado pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, atesto a originalidade da dissertação apresentada.

(Raunan Martins Romanini)

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção do grau de
Mestre em Medicina Dentária

Resumo

A saúde oral é um aspeto importante da saúde. A falta de higiene oral pode afetar a qualidade de vida de uma pessoa, sendo fundamental adquirir desde cedo hábitos corretos de higiene oral.

Este trabalho consiste num estudo observacional de corte transversal. Os resultados obtidos pautam-se num levantamento de dados adquiridos através da aplicação de um questionário direcionados aos Encarregados de Educação de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especial (NSE) que frequentam a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) da vila da Sertã.

Este estudo pretende tomar conhecimento se as crianças e jovens com NSE são autónomas nos cuidados de higiene oral e que fatores condicionam essa autonomia.

Com base na análise dos resultados pretende-se fazer uma reflexão sobre a importância da promoção da autonomia na saúde oral, tendo em conta que essas crianças e jovens apresentam maior risco de contrair doenças de foro oral.

Este estudo revelou que a maioria das crianças e jovens realizam a sua higiene oral no máximo uma vez por dia (71%), sendo que metade necessita de ajuda na realização da mesma, referindo a incapacidade motora como principal motivo (59%).

A maioria dos Encarregados de Educação considera que o seu educando não executa corretamente a sua higiene oral (67%) e que não necessitam de serem lembrados para realizar a mesma (53%), no entanto, existe pouca diferença relativamente aos que têm que ser lembrados (47%), sendo que 50% referem que necessitam de vigilância de um adulto/responsável. Grande parte dos Encarregados de Educação (62%) não tem conhecimento se já foi algum profissional do sector da saúde orientar sobre os cuidados de saúde oral.

Assim, considera-se importante realizar ações de formação dirigidas às crianças e jovens com NSE relativamente à saúde oral e investir na inclusão dos encarregados de educação nessas formações, articulando com os educadores da APPACDM.

Autonomia nos cuidados de saúde oral nas crianças e jovens com NSE

Palavras-chave: Saúde Oral. Autonomia nos cuidados de higiene oral. Crianças e Jovens com Necessidades de Saúde Especiais.

Abstract

Oral health is an important aspect of health. The lack of oral hygiene may affect the quality of life of a person, being of the utmost importance to achieve correct habits concerning oral hygiene as early as possible.

This work consists of an observational cross-sectional study. The results obtained are based on data collected through the application of a questionnaire directed to carers of children and young people with special health care needs (SHCN) that attend the Portuguese Association of Parents and Friends of the Mentally Handicapped (APPACDM) in the town of Sertã.

This study intends to enlighten if children and young people with special health care needs are autonomous concerning care and oral hygiene and which factors condition that same autonomy.

Based on the analysis of the results it is intended to reflect on the importance of promoting the autonomy of oral health not forgetting that these children and young people present a high risk of developing oral diseases.

This study revealed that the majority of children and young people perform their oral hygiene once a day maximum (71%), and half of them need help doing it, pointing out motor disability as the main reason (59%).

The majority of carers think that their children do not perform their oral hygiene correctly (67%) and that they do not need to be reminded to do it (53%). However, there is very little difference towards those who have to be reminded (47%), being that 50 % say they need the supervision of an adult/ carer. Most carers (62%) do not know if there has been any guidance from a health professional about oral health care.

Therefore it is considered important to conduct training activities about oral health regarding children and young people with special health care needs and to include the parents in these training activities, articulating them with the educators at APPACDM.

Keywords: Oral Health. Oral Hygiene Care Autonomy. Children and young people with Special Health Care Needs.

Dedicatória

Aos meus pais Júlio e Luzia, especial dedicatória, pelo papel fundamental que estes tiveram ao longo do meu desenvolvimento educativo, enriquecimento pessoal e principalmente pelos sacrifícios que fizeram para que nada me faltasse.

A minha irmã Rhaísa, dedico todo o meu carinho e gratidão pela paciência que demonstrou, e pelo apoio que sempre me proporcionou em todas as fases da minha vida.

Agradecimentos

Agradeço, de uma forma muito reconhecida, ao meu orientador, Mestre José Frias Bulhosa, por todos os ensinamentos, dedicação e apoios prestados tanto na realização desta monografia como ao longo do curso.

À direção da APPACDM da Sertã na pessoa da Dr.^a Paula Beirão, pela autorização e disponibilidade deste estudo na instituição.

A todos os meus professores pelas dicas, ajudas e conselhos ao longo destes anos.

A Tuna Académica da Universidade Fernando Pessoa, não só pela música e pela boémia, mas por me inculcaram valores de união, companheirismo e amizade, e principalmente por terem sido como uma família longe de casa, de onde tirei amigos para a vida.

Ao meu padrinho Jorge Laginhas, não só pela amizade mas também por todos os ensinamentos e valores que sempre me embutiu.

Ao meu amigo André Príncipe pela amizade, dicas e paciência que sempre me deu, mesmo após ter terminado o seu curso.

Aos meus amigos Luís Correia, Gonçalo Ramalho, Filipe Rodrigues, Pedro Neves e o meu binómio Francisco Zoio pelas amizades e ajudas sempre demonstradas.

Aos meus amigos de infância por todo o apoio incondicional que sempre me deram.

A todos os que colaboraram, de forma direta ou indireta, na concretização desta etapa da minha formação académica.

À Universidade Fernando Pessoa.

Índice:

Índice de Tabelas.....	VIII
Índice de Gráficos	IX
Índice de Figuras.....	X
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. DESENVOLVIMENTO.....	5
II.1 Enquadramento Teórico	5
1. Definição de Autonomia.....	5
2. Definição de Deficiência Mental/ Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental.....	8
3. Saúde Oral	12
i. Prevalência das doenças orais em Portugal.....	14
ii. Cuidados de Higiene Oral nas Crianças e Jovens com NSE	15
4. Políticas Internacional e Nacional da Saúde Oral em Crianças e Jovens com NES	18
II.2 Estudo Empírico	24
5. Tipo de Estudo.....	24
6. Procedimentos	24
7. Contexto do Estudo / Amostra.....	25
8. Recolha de dados/Instrumentos.....	26
9. Resultados	27
i. Questão 1. Quantas vezes por dia o seu filho(a) realiza a higiene oral?	28
ii. Questão 2. O seu filho(a) necessita de ajuda na sua higiene oral?.....	29
iii. Questão 2.1. Se respondeu sim, indique as razões.....	29
iv. Questão 3. Considera que o seu filho(a) executa corretamente a sua higiene oral? .	30
v. Questão 4. É preciso lembrar o(a) seu filho(a) para realizar a higiene oral?	30
vi. Questão 5. Necessita da vigilância de um adulto/responsável nos cuidados de higiene oral?.....	31
vii. Questão 6. Na escola já foi algum profissional do setor da saúde orientar sobre os cuidados da saúde oral?.....	31
viii. Questão 6.1. Se sim, qual?	32
ix. Questão 7. Como classifica a higiene oral do(a) seu filho(a)?.....	32

Autonomia nos cuidados de saúde oral nas crianças e jovens com NSE

x.	Questão 1 versus Questão 7	33
xi.	Questão 6 versus Questão 7	34
10.	Análise e Discussão	35
III.	CONCLUSÃO.....	41
	BIBLIOGRAFIA	
	ANEXOS	

Índice de Tabelas

Tabela 1- <i>Graus de DM</i>	10
Tabela 2 – <i>Cruzamento da Q1 – “Quantas vezes por dia o seu filho(a) realiza a higiene oral?” com a Q7 – “Como classifica a higiene oral do(a) seu filho(a)?”</i>	33
Tabela 3 – <i>Cruzamento da Q – 6 “Na escola já foi algum profissional do sector da saúde orientar sobre os cuidados da saúde oral?” com a Q7 – “Como classifica a higiene oral do(a) seu filho(a)?”</i>	34

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – <i>Encarregados de Educação a responder ao questionário segundo o género. .</i>	27
Gráfico 2 – <i>Crianças e jovens segundo o género.</i>	28
Gráfico 3 – <i>Percentagem de vezes que as crianças e jovens realizam a higiene oral por dia.</i>	28
Gráfico 4 – <i>Crianças e Jovens com NSE que necessitam de ajuda na sua higiene oral. ...</i>	29
Gráfico 5 – <i>Motivo pelos quais as crianças e jovens com NSE necessitam de ajuda na higiene oral.....</i>	29
Gráfico 6 – <i>Perceção dos Encarregados de Educação relativamente à correta higiene dos dentes do seu educando.....</i>	30
Gráfico 7 – <i>Necessidade do Encarregado de Educação lembrar o educando para realizar a higiene oral.....</i>	30
Gráfico 8 – <i>Necessidade de vigilância por um adulto/responsável nos cuidados de higiene oral.....</i>	31
Gráfico 9 – <i>Conhecimento dos Encarregados de Educação da ida à escola de um profissional do sector da saúde para orientar sobre os cuidados relativos à saúde oral. ...</i>	31
Gráfico 10 – <i>Conhecimento dos Encarregados de Educação relativamente os profissionais de saúde que foram à escola falar sobre higiene oral.....</i>	32
Gráfico 11 – <i>Classificação dos Encarregados de Educação da higiene oral do seu educando.....</i>	32

Índice de Figuras

Figura 1 – Idealização da relação dos Educadores de Educação Especial, Profissionais de Saúde e Encarregados de Educação na promoção da autonomia da saúde oral das crianças e jovens com NSE na APPACDM da Vila da Sertã.....	40
---	-----------

Índice de Abreviaturas

AAIDD- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

AAMR- Associação Americana de Retardo Mental

AAPD- American Association of Pediatric Dentistry

APA- American Psychiatric Association

APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

CEIC - Comissão de Ética para a Investigação Clínica

CIF- Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde

cpdo - número médio de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição temporária

CPOD - número médio de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente

DID – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Deficiência Mental

DSE – Divisão de Saúde Escolar

DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

DSO- Divisão de Saúde Oral

DSPPS- Direção de Serviços de Promoção e Proteção da Saúde

DCVAE- Divisão de Saúde do Ciclo de Vida e em Ambientes Específicos

ENPDO- Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais

IPSS - Instituições de Solidariedade Social

NEE – Necessidades Educativas Especiais

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

OMS – Organização Mundial de Saúde

OMD- Ordem dos Médicos Dentistas

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNPSO – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

PPSOCA- Programa de Promoção de Saúde Oral para Crianças e Adolescentes

QI – Quociente Intelectual

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UFP- Universidade Fernando Pessoa

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

UNICEF- United Nation Children’s Fund

I. INTRODUÇÃO

A saúde oral é indispensável para a saúde do indivíduo, bem como para o seu bem-estar e qualidade de vida. Um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil encontra-se relacionado com a doença oral, sendo a cárie dentária a doença crónica com maior prevalência na infância, tendo um importante impacto socioeconómico relacionado com o custo dos tratamentos, com as suas sequelas locais e gerais e forte contributo para o absentismo no trabalho e na escola (Mendes, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012) sustenta a afirmação acima, declarando que “a saúde bucal é parte da saúde total e essencial à qualidade de vida”. Segundo esta organização (2012) os objetivos do Programa Global da OMS de Saúde Oral, dá ênfase ao “desenvolvimento de políticas globais de promoção da saúde bucal e prevenção de doenças orais”, políticas essas, recomendadas pela Declaração Alma Alta, pela Carta de Ottawa e pela Declaração de Jacarta (documento que resultou da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários em 1978, documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986 e acordo internacional assinado na Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1997, respetivamente).

A OMS, através da Carta de Ottawa (1986) publica que:

Promoção de saúde é o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre como melhorar a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes. Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção de saúde não é apenas responsabilidade de um setor e vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem-estar.

Fleury-Teixeira et al. (2008, p. 2118) traduz esta proposta, afirmando que a “promoção da saúde é a atuação para a ampliação do controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde”, identificando aí “(...) o eixo das ações promotoras de saúde, o que nos permite localizar a autonomia como categoria norteadora da atuação em promoção da saúde. Podemos dizer, portanto, que a promoção da saúde busca ampliação da autonomia de indivíduos e comunidades (...)”.

Autonomia é um termo de origem grega cujo significado está relacionado com independência. Caracteriza-se pela liberdade que o indivíduo possui para tomar deliberações, pela capacidade de fazer escolhas e conduzir as suas próprias decisões. A autonomia constrói-se a partir da ação individual, na medida em que não se encontra isolada no indivíduo, implica sociabilidade, moralidade e escolha racional (Kant, 1948).

A Direção-Geral da Saúde (DGS) em Portugal, tem vindo a desenvolver o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), inicialmente integrado no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 (Circular Normativa nº 1/DSE/2005 de 18 de janeiro e aprovado por Despacho nº 153/2005 de 5 de janeiro, emanado pelo Ministério da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 3/2005, de 5 de janeiro), dirigido à população infantil e juvenil, que se baseia num plano de intervenção comunitário que prioriza a prevenção da cárie dentária e tratamento das doenças orais, assistindo essas crianças e jovens onde vivem e estudam. Atualmente encontra-se integrado no PNS 2012-2016, com alargamento do PNPSO, incluindo estratégias preventivas e curativas para as grávidas acompanhadas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e para os idosos beneficiários do complemento solidário, o qual foi denominado, cheque dentista.

De acordo com Manual de Boas Práticas em Saúde Oral da DGS-Divisão de Saúde Oral (DSO) (2002, p. 5):

As crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) têm, ou estão em risco acrescido de ter, doença crónica e/ou condições diferentes das outras crianças quanto ao desenvolvimento físico, comportamental ou emocional. Por isso, requerem cuidados e serviços de saúde mais específicos e mais frequentes que os requeridos pela generalidade da população.

Na mesma publicação, a DGS acrescenta que a saúde oral dessas crianças e jovens, por serem mais vulneráveis pode ser afetada por variados fatores, entre eles dietas especiais, remédios, tratamentos e a própria e/ou dificuldade de higienização dos dentes. Além disso, refere que a família e os profissionais que trabalham com essas crianças e jovens muitas vezes não estão preparados para orientá-los de forma a prevenir problemas de saúde oral.

Segundo o Portal da Saúde (2009):

Autonomia nos cuidados de saúde oral nas crianças e jovens com NSE

As doenças orais mais frequentes são facilmente evitadas desde que cada pessoa participe ativamente na promoção da sua própria saúde e na promoção da saúde das pessoas de quem cuida. A promoção da saúde oral passa, inevitavelmente, pela adoção de práticas de higiene oral eficazes e realizadas com a frequência desejável.

No folheto “Higiene Oral para Crianças e Jovens com Necessidades de Saúde Especial” elaborado pela DGS – DSE (2012), é referido que para a eliminação da placa bacteriana, a prevenção da cárie dentária e das doenças periodontais, a escovagem correta dos dentes é o principal método de eleição.

Assim, considerando a importância de uma eficaz escovagem dos dentes para uma boa saúde oral e, tendo em conta, como já foi referido, que as crianças e jovens com NSE apresentam maiores riscos de contrair doenças do foro oral, entendo ser de máximo interesse desenvolver uma investigação relativamente ao tema “Autonomia nos Cuidados de Saúde Oral nas Crianças e Jovens com NSE”.

Este trabalho tem por objetivo geral tomar conhecimento se as crianças e jovens com NSE são autónomas nos cuidados de higiene oral e que fatores condicionam esta autonomia

Os objetivos específicos são:

- Tomar conhecimento dos hábitos e rotinas diárias de higiene oral das crianças e jovens com NSE.
- Avaliar a autonomia nos hábitos de higiene oral das crianças e jovens com NSE.
- Avaliar o nível de compreensão e de execução das técnicas de prevenção.
- Tomar conhecimento se necessita de um adulto responsável pela vigilância ou execução dos cuidados de higiene oral.
- Obter conhecimento se na escola algum profissional realizou formação em cuidados de higiene oral e se isso influencia os hábitos de higiene oral.

Esta investigação consiste num estudo observacional de corte transversal. Para atingir os objetivos propostos será realizado um questionário destinado aos Encarregados de Educação dos alunos com NSE de uma escola de Ensino Especial frequentada por crianças e jovens com Deficiência Mental (DM).

O estudo está desenvolvido em três partes, sendo o primeiro capítulo composto pela introdução, onde se abordará sumariamente o objeto do estudo, o contexto, a motivação e os objetivos da investigação.

No capítulo seguinte, o desenvolvimento do estudo, encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte dedicado ao enquadramento teórico e a segunda parte ao estudo empírico, onde abordar-se-á o tipo de estudo, os procedimentos, bem como a estratégia de recolha de dados e o contexto. Serão também revelados os resultados do estudo, bem como a sua análise e discussão, através dos instrumentos aplicados.

Por fim, no terceiro capítulo, apresentam-se as conclusões, as limitações do estudo e as perspetivas para futuras investigações, sendo que as mesmas terão de ser analisadas no contexto específico deste estudo, no espaço e tempo a que se reporta a investigação.

II. DESENVOLVIMENTO

II.1 Enquadramento Teórico

1. Definição de Autonomia

Conforme descrevem Cabral et al. (1997), na Enciclopédia Luso Brasileira de Filosofia, a palavra autonomia, segundo a etimologia, “consiste em ter leis próprias, sendo aplicada inicialmente aos povos e Estados, veio posteriormente aplicar-se aos indivíduos, aos conhecimentos, às ciências e às próprias realidades” (p. 532).

Archer et al. (1996) no livro “Bioética”, refere que, de um modo geral, autonomia significa independência, ausência de ordens ou coações exteriores, bem como, ausência de limitações e incapacidades pessoais que impedem ou diminuem a capacidade de decisão, acrescentado, ainda, que agir autónomo implica intencionalidade, compreensão e ausência de influências que o determinem.

De acordo com Castro (2011, p. 5):

No conceito de autonomia duas condições são essenciais: a liberdade (independência do controle de influências) e a ação (capacidade de ação intencional). Desta forma, o indivíduo age livremente de acordo com o seu próprio plano de vida. Uma pessoa sem autonomia ou com autonomia diminuída ou fragilizada é incapaz de deliberar ou agir conscientemente.

No site da Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) um organismo independente constituído por individualidades ligadas à saúde e a outras áreas de atividade encontra-se publicado uma palestra designada, “Autonomia – um difícil um conceito”, Serrão (2009) onde é feita a referência de vários autores que definiram esta ideia, dos quais citaremos Immanuel Kant, Tom Beauchamp e Childress e Michael Gazzaniga.

Assim, Kant (2005, *cit.* in Serrão, 2009) descreve a autonomia como a “independência da vontade relativamente a todo o desejo e a capacidade de a vontade se determinar em conformidade com a razão” (p.1). Este autor refere que o Homem tinha desejo, vontade e razão, sendo estes “uma espécie de compartimentos que o Homem frequentava no seu viver quotidiano, como ser individual e como ser social” (p. 2). Assim, o ser humano

seria autónomo “sempre que as suas ações não dependessem da força redutora do compartimento dos desejos mas se submetessem à ponderadas e equilibradas ordens do compartimento da razão” (p. 2).

Beauchamp e Childress (1979, *cit.* in Serrão, 2009) dois pensadores americanos que publicaram em 1979 o livro “Princípios de Ética Médica”, referem que a “autonomia não é um princípio ético mas é uma qualidade dos seres humanos que lhes permite autogovernarem-se, decidirem por si próprios, fazerem as suas escolhas pessoais” (p. 10). Assim, referem que:

(...) primeiro a escolha terá de ser intencional, ser uma manifestação de vontade direcionada; depois terá de ocorrer numa situação bem compreendida pela pessoa; e, finalmente, não poderão existir influências que controlem a pessoa e por esta via determinem a decisão (p. 11).

Numa outra perspetiva, Gazzaniga (2005, *cit.* in Serrão, 2009), especialista de neurociências da cognição, antigo membro do Conselho Presidencial de Bioética dos Estados Unidos da América, no seu livro intitulado “The Ethical Brain”, publicado em 2005, dedica um capítulo ao tema autonomia, cujo título considerado provocatório é “My brain made me do it (p. 3). Nesse capítulo, o autor enfatiza que os estudos desenvolvidos relativamente aos mecanismos cerebrais têm ajudado a perceber o papel da:

Informação genética na estruturação do nosso cérebro e o papel dos sistemas de circuitos neuronais e mediadores químicos que nos permitem perceber, pelos órgãos sensitivos e sensoriais, o mundo natural que nos envolve e avaliar o papel destas experiências cognitivas, que se sucedem no tempo, na orientação das nossas ações futuras” (p. 3).

Desta forma, Gazzaniga (2005, *cit.* in Serrão, 2009) afirma, é possível compreender que “há alterações e ativações no nosso cérebro que são necessárias e suficientes para produzir alterações na nossa mente, na nossa expressão psíquica” (p. 4). Conclui, assim, que para a neuro ética, a autonomia abstrata é:

Uma ilusão e o que acontece nos humanos é o desenvolvimento de um processo decisório múltiplo e complexo, profundamente influenciado pela biografia cognitiva de cada um e pelo contexto em que cada um, efetivamente, decide (p. 9).

Para Campos e Campos (2006) a co-constituição de autonomia depende de um conjunto de fatores. Segundo os autores:

A co-produção de maiores coeficientes de autonomia depende do acesso dos sujeitos à informação, e mais do que isto depende de sua capacidade de utilizar este conhecimento em exercício crítico de interpretação” (p. 671).

Portanto, consideram que o sujeito autónomo é o sujeito de conhecimento e reflexão sobre si mesmo e o mundo.

Araújo et al. (2008) afirmam que a autonomia do indivíduo prevê a capacidade que as pessoas têm para a sua autodeterminação no que diz respeito às opções individuais de que dispõem, ressaltando que “as pessoas vulneráveis, deficientes, dependentes ou dotadas de necessidades especiais possuem autonomia reduzida (...)” (p. 120).

Segundo Denyes et al. (2001 *cit. in* Veiga 2011), no seu artigo sobre a teoria do autocuidado referem que a autonomia é constituída por três elementos conceptuais:

Autocuidado – envolvimento em ações para regular a funcionalidade e o desenvolvimento; agência de autocuidado – os poderes operativos ou capacidades específicas que permitem a prática de ações de autocuidado; requisitos de autocuidado – condições que guiarão a seleção, escolha e concretização de ações de regulação do cuidado do eu (p. 41-42).

Campos e Campos (1994, 2000, *cit. in* Campos, G. et al., 2006) no livro Tratado de Saúde Coletiva, incluem a autonomia como um dos objetivos centrais da política, gestão e trabalho em saúde, acrescentado que, aos sistemas de saúde caberia, para além de produzir saúde, contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas.

Segundo os autores, autonomia e saúde não são valores absolutos. Referem estes conceitos “não como estados estáticos, mas como processos dinâmicos em que saúde e autonomia implicam em perdas ou em aquisições sempre gradativas” (pp. 669-670).

Fleury-Teixeira et al. (2008) entendem que a promoção da saúde tem como objetivo o crescimento da capacidade orgânico-psíquica das pessoas, no que diz respeito ao propósito do desenvolvimento humano, identificando a autonomia como:

A categoria norteadora da promoção de saúde, porque vemos que ela é um determinante positivo fundamental para a saúde, sua ampliação é protetora à saúde assim como, inversamente, a restrição de

autonomia é fator de risco elementar na cadeia causal dos principais grupos de agravos e patologias (p. 2120).

O indivíduo com NSE de um modo geral, traz consigo uma condição de maior dependência, o que torna mais complexa a aquisição de autonomia.

No plano da intervenção especializada, é fundamental desenvolver uma atitude de “observação” para dar lugar à afirmação das vontades e capacidades de negociação para achar em conjunto com o indivíduo com NSE a solução mais satisfatória. Estimular a motivação e o prazer de encontrar alternativas para a superação das desvantagens pessoais, vai gerar sem dúvida, grande parte da energia necessária ao estabelecimento da autonomia.

2. Definição de Deficiência Mental/ Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental

Este estudo remeteu-se à saúde oral nas crianças e jovens com NSE, especificamente, a alunos de uma escola especial, todos com um diagnóstico em comum: DM. Considera-se apropriado definir a DM e identificar o novo modelo que traz a escolha do conceito Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID).

De salientar que, diante da mudança pela qual passa o conceito que se refere aos indivíduos com DM, novas possibilidades vêm sendo apontadas por pesquisas na área.

A DID é o novo termo que veio substituir a DM. A escolha do termo DID, em detrimento de DM, surge, desde abril de 2007, devido ao facto da mais antiga Associação Americana de Retardo Mental (AAMR), dedicada ao problema da DM, ter renovado a sua denominação para American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (Morato e Santos, 2007).

Em 2007, a AAIDD propõe como definição para a DID, caracterizada por significativas limitações do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo expressos em três domínios fundamentais: conceptual, social e prático e que manifesta-se antes dos 18 anos (Schalock et al., 2007, *cit. in* Morato e Santos, 2007).

Morato e Santos (2012), argumentam sobre uma proposta de renomeação da terminologia na língua portuguesa da Deficiência Intelectual/DM, para DID. Para estes investigadores, a palavra deficiência é mais estigmatizante e discriminatória, remetendo à ideia de imperfeição. Com a evolução das diferentes áreas do conhecimento, o objetivo primordial desta nova visão está assente no contexto do significado do termo dificuldade, que se torna, na realidade, mais adequado no seu emprego, por daí decorrer uma expectativa mais positiva quando comparado com o termo deficiência, uma vez que a mesma consagra a oportunidade de que, com os apoios adequados, o indivíduo possa responder com eficácia e assumir o papel que lhe é esperado pelos valores socioculturais vigentes.

A AAIDD (2013), compreende a DM com uma deficiência caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual como no comportamento adaptativo, que abrange habilidades sociais e práticas cotidianas.

Além desta associação, outras organizações definem e classificam a DM, tais como a Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF) (2004) e a American Psychiatric Association (APA), descrito no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) divulgada pela APA (2006), as quais, de um modo geral respeitam as definições propostas pela AAIDD (2013).

De acordo com a ideia definida no DSM-IV-TR (2006), a DM é:

Um funcionamento intelectual global inferior à média (Critério A) que é acompanhado por limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das áreas seguintes: comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrolo, competências académicas funcionais, trabalho, tempos livres, saúde e segurança (Critério B). O início deve ocorrer antes dos 18 anos (Critério C). A DM pode ter etiologias diferentes e ser considerada uma via final comum de vários processos patológicos que afetam o funcionamento do sistema nervoso central. O funcionamento intelectual global é definido por um quociente de inteligência (QI) obtido através de um ou mais testes de inteligência aplicados individualmente (p. 41).

Segundo o DSM-IV-TR (2006), para um indivíduo ter DM é fundamental a confirmação, de uma redução da capacidade intelectual e dificuldades no comportamento adaptativo, que é uma medida de capacidade de vida autónoma,

independência e responsabilidade pessoal, “esperadas de alguém do seu grupo de idade, origem sociocultural e inserção comunitária”(p. 42).

Embora existam diferentes correntes para determinar o grau de DM, as técnicas psicométricas se impõem, utilizando o Quociente Intelectual (QI). Antunes (2009), descreve que avaliar um indivíduo com DM é do conhecimento dos especialistas que trabalham nessa área.

De acordo com o DSM-IV-TR (2006, p. 49), podem ser distinguidos 4 graus DM que refletem uma redução do funcionamento intelectual:

	Referência Mínima	Referência Máxima
Ligeira	50 a 55	70
Moderada	35 a 40	50-55
Grave	20 a 25	35 a 40
Profunda		até 20-25

Tabela 1- Graus de DM

Segundo o mesmo Manual, a DM Ligeira constitui 85% dos indivíduos com este tipo de perturbação. Podem desenvolver aprendizagens sociais e de comunicação e têm capacidade de se adaptar e integrar no mundo do trabalho. Apresentam um atraso mínimo nas áreas perceptivas e motoras e, por vezes, não se diferenciam das crianças da sua idade na pré-escola. É na escola que as dificuldades escolares se manifestam e, alguns com apoio podem alcançar o 9.º ano de escolaridade ou frequentar cursos de profissionalização de acordo com os seus interesses e aptidões. Geralmente não apresentam problemas de adaptação ao ambiente familiar e social.

Conforme o DSM-IV-TR (2006), os indivíduos com DM Moderada constituem cerca de 10% da população com DM, podem adquirir hábitos de autonomia pessoal e social (com relativa supervisão). Apresentam frequentemente dificuldades na expressão oral e na compreensão dos convencionalismos sociais. Dificilmente chegam a dominar técnicas de leitura, escrita e cálculo. Em adultos, têm possibilidade para adquirir alguns conhecimentos especializados ou pré-especializados, em oficinas protegidas que lhe permitem realizar algum trabalho, adaptando-se bem à vida em comunidade em contextos supervisionados.

Os indivíduos com DM Grave, segundo o mesmo Manual, constituem uma frequência de 3% a 4% da população com DM. Necessitam geralmente de proteção e ajuda de um responsável adulto, pois o seu nível de autonomia social e pessoal é bastante limitado. Poderão desenvolver alguma comunicação, mas a sua linguagem verbal é muito deficitária. Na idade adulta podem realizar tarefas simples da vida diária. São dependentes da família ou vivem institucionalizados, necessitando de apoio e orientação constantes.

Por fim, os indivíduos com DM Profunda, constituem aproximadamente 1% a 2% da população com DM. Na sua maioria são identificadas situações neurológicas. Este grupo apresenta grandes problemas sensoriomotores e de comunicação e interação com o meio e são dependentes dos outros em todas as funções e atividades.

Neste estudo continuaremos a utilizar a terminologia DM uma vez que o termo DID ainda não foi formalmente aceite por toda a comunidade científica, embora considere pela leitura desenvolvida no decorrer deste estudo, ser DID, uma designação mais apropriada, uma vez que, além de apoiar indivíduos nas suas dificuldades (o que ainda não adquiriu), reforça o que o mesmo já adquiriu de forma positiva. Esta designação procura apoiar a dificuldade do indivíduo que, com os apoios necessários, pode responder de modo eficiente e adequado aos valores socioculturais vigentes.

Em Portugal, o atual regime jurídico de Educação Especial é regido pelo Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de janeiro. Este apresenta e define os apoios especializados a prestar nos diversos níveis educacionais. Segundo o artigo 1.º, um indivíduo com Necessidades Educativas Especiais (NEE) apresenta:

Limitações significativas ao nível da atividade 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 (p. 55).

As NEE são definidas recorrendo à linguagem da CIF (2004), da OMS. A CIF (2004) é uma classificação internacional que permite a avaliação do perfil de funcionalidade e ao mesmo tempo do perfil da incapacidade do indivíduo. Quer isto dizer que, através da CIF é possível avaliar-se não só os aspetos que se encontram afetados no indivíduo, que no que diz respeito às funcionalidades do corpo (desde as suas funções mentais,

sensoriais, da voz e da fala, à saúde física em geral, como as funções cardiovasculares, digestivas, neuromusculoesqueléticas, entre outras), quer nas dificuldades do indivíduo do seu dia-a-dia, como também todos os fatores que se encontram preservados, os aspetos positivos do seu funcionamento. Em relação à medicina dentária, os alunos com NEE avaliados através da CIF, nas escolas de ensino especial, na saúde oral são apenas avaliados e apoiados em terapia da fala.

A CIF (2004) visa ultrapassar a ênfase colocada ao termo deficiência (ser-se limitado para toda a vida) e, por outro lado, procura alcançar um meio-termo, tentando diminuir a incapacidade dos indivíduos, ou seja, aumentar a sua funcionalidade, vencendo as dificuldades presentes no meio.

Em síntese, a avaliação das NEE através da CIF para além de permitir aos especialistas que avaliam perceber qual a “deficiência” do indivíduo, possibilita avaliar o que um indivíduo com uma determinada “deficiência” faz ou pode vir a fazer.

3. Saúde Oral

A saúde oral é um aspeto importante da saúde. A falta de higiene oral pode alterar a qualidade de vida de uma pessoa, podendo interferir na alimentação, na fala, na autoestima e nas atividades diárias (Camparo et al., 2013).

As doenças orais constituem um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil. Uma saúde oral deficiente manifesta-se muitas vezes pelo aparecimento da cárie dentária e doença periodontal (Eusébio, 2009), sendo estas as mais notórias do ponto de vista da saúde pública em função da sua dimensão (OMS, 2002), sendo as principais doenças orais, segundo dados do Portal da Saúde (2006), “a cárie dentária, as doenças gengivais, os traumatismos, as desarmonias dento-faciais e o cancro oral”.

De acordo com Burnett e Conceição (2007), “os dados de alguns países desenvolvidos mostram que, nas últimas duas décadas, a prevalência de cárie dentária tem diminuído, apesar de ser ainda uma doença crónica na população” (p. 36).

De acordo com American Association of Pediatric Dentistry (AAPD) (2010), se estas patologias não forem tratadas, podem levar à dor, à infeção e à perda de funcionalidade, sendo que estes resultados indesejáveis podem afetar negativamente a aprendizagem, a comunicação, a nutrição e outras atividades necessárias ao crescimento e ao desenvolvimento normal de uma criança. Esta situação pode ter um efeito profundo na saúde oral e na saúde geral dos indivíduos. Neste contexto, a AAPD (2013) enfatiza a importância de iniciar a intervenção profissional em saúde oral na infância.

A cárie dentária é uma doença infecciosa que depende da interação simultânea de aspetos tais como a dieta, os microrganismos, os fatores socioculturais e ambientais, havendo uma condição de desequilíbrio e reequilíbrio, caracterizados pelo fenómeno de mineralização e remineralização, que não estando estas condições em equilíbrio, possibilitam o desenvolvimento de lesões na estrutura dentária (Lima, 2007).

De acordo com Bezzera e Toledo (*cit. in* Novais, 2004) este desequilíbrio acontece devido a interação entre hidratos de carbono e o biofilme da flora oral, como os *Streptococcus mutans*, que formam ácidos orgânicos reduzindo drasticamente o pH do meio oral. Isso pode provocar a insaturação do cálcio e fósforo e, conseqüentemente, a desmineralização do dente, o que significa a perda de cristais de hidroxiapatite, ou seja, início da perda da integridade estrutural do dente.

Como refere Rodrigues (2008) se a cárie dentária for diagnosticada precocemente, desde que se possa remover uma quantidade suficiente de biofilme, pode ser reversível (mesmo quando alguma dentina ou esmalte está destruída). Pelo contrário, se esta não for tratada, pode progredir até à destruição total da estrutura dentária.

A doença periodontal é a segunda maior causa de patologia dentária na população (Almeida et al. 2006). Segundo Carranza et al. (2007) a periodontite é definida como:

Uma doença inflamatória dos tecidos de suporte dos dentes, causada por microrganismos ou grupos de microrganismos específicos, resultando em uma destruição progressiva do ligamento periodontal e o osso alveolar, com formação de bolsa, retração ou ambas (p.104).

Pertensen (2005, *cit. in* Almeida et al., 2006) refere que esta é “uma infeção crónica, produzida por bactérias gram-negativas, com níveis de prevalência elevados”. Almeida et al. (2006) acrescentam que tem uma evolução contínua com períodos de intensidade e

de interrupção, resultando numa resposta inflamatória e imune do hospedeiro à presença de bactérias e seus derivados, podendo ser localizada ou generalizada (Almeida et al., 2006).

i. Prevalência das doenças orais em Portugal

De acordo com o Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (ENPDO) (2008), estudo elaborado pela DGS no ano letivo 2005/2006 no âmbito do PNPSO, a percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos passou de 10% em 1986, para 33% em 2000 e para 51% em 2006 e o número médio de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição temporária (índice cpod) de 1,1 passou para 0,07. Aos 12 anos, o número médio de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente (índice CPOD) passou de 3,97 em 1986, para 2,95 em 2000 e para 1,48 em 2006 (p. 84).

O ENPDO (2008), teve como objetivo avaliar a prevalência da cárie dentária, das doenças periodontais e de fluorose, bem como compreender alguns dos seus determinantes, nomeadamente os relacionados com hábitos alimentares e de higiene oral. Nesse estudo transversal foi selecionado uma amostra de aleatória de 2612 crianças de 6, 12 e 15 anos de idade, representativa de todas as regiões de saúde do continente e das Regiões autónomas, que frequentavam escolas públicas do ensino básico.

Segundo o ENPDO (2008), nos últimos anos o indicador de doença oral - índice cpod/CPOD, tem diminuído significativamente, ao mesmo tempo que a percentagem de crianças com os dentes tratados tem aumentado em todos os grupos etários (p. 73).

Num discurso do Sr. Ministro da Saúde Paulo Moita de Macedo, no encerramento da Conferência “Dentes saudáveis, vida saudável”, no dia Mundial da Saúde, que decorreu na Infarmed em Lisboa, a 20 de março de 2013, para assinalar o Dia Mundial da Saúde, afirmou:

Portugal tem sabido construir o seu caminho, de forma sustentada e eficaz, assente em programas e projetos adequados à sua realidade e necessidades. Em 20 anos, o panorama entre os grupos prioritários intervencionados, em especial entre as crianças e jovens inferiores aos 16 anos mudou radicalmente. Os resultados preliminares do III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, revelam-nos que os

níveis de doença entre esse grupo populacional são hoje substancialmente menores do que os registados anteriormente (Portal da Saúde, 2013).

ii. Cuidados de Higiene Oral nas Crianças e Jovens com NSE

Os indivíduos com NSE são aqueles que apresentam qualquer tipo de condição que os faça necessitar de atendimento diferenciado por um período de tempo ou por toda a vida. Estes podem manifestar dor nos dentes ou dor ao mastigar os alimentos e, muitas vezes não o conseguem expressar verbalmente, podendo-se passar despercebido por longos períodos de tempo (Camparo et al., 2013).

A qualidade da higiene oral está relacionada com o quadro clínico do indivíduo, sendo que os indivíduos com problemas motores e DM apresentam, muitas vezes, uma higiene oral comprometida (Sampaio et al., 2004).

O procedimento dentário com os portadores de NSE abrange o conhecimento das dificuldades específicas (dificuldades motoras, dificuldades devido à falta de comunicação, necessidades dentárias acumuladas, graus de limitação física, dentre outras) e inespecíficas (falta de profissionais preparados, barreiras arquitetónicas e a superproteção do indivíduo com NSE) que envolvem o tratamento (Guimarães et al., 2006). Também, de fundamental importância a envolvência e o comprometimento dos pais/Encarregados de Educação no planeamento das atividades que envolvem a prevenção, em conjunto com a equipa multidisciplinar na tentativa de minimizar a possibilidade de intervenções futuras (Haddad, 2007).

De acordo com Manual de Boas Práticas em Saúde Oral da DGS-DSO (2002), os cuidados diários de higiene oral são fundamentais para a manutenção da saúde oral e, ao mesmo tempo, melhoram a autoestima e o sorriso. A escovagem dos dentes, para ser eficaz, deve ser adaptada a cada criança e jovem, sendo essa adaptação de importância ainda maior nos que têm NSE. Pode haver necessidade de adaptar os materiais de modo a promover a sua autonomia.

Segundo Pereira et. al. (2013) independentemente da idade ou condição, a escovagem dos dentes deve ser efetuada pelo menos duas vezes por dia, após as refeições e incluirá lavagens das gengivas e da língua com a utilização de pastas dentífricas contendo fluor

em concentrações adequadas a idade, sendo também importante implementar o uso de fio dentário de modo a completar a higiene oral, pois permite a remoção de restos dos alimentos e da placa bacteriana nas superfícies interdentárias onde a escova não chega ou não é eficaz.

Embora haja uma grande variedade de métodos de remoção da placa bacteriana, a escovagem dos dentes tanto pode ser manual ou elétrica (Costa et al., 2001) pelo que uma correta higienização só será efetiva mediante o grau de motivação do indivíduo, a sua habilidade manual, tempo e pressão utilizados e o tipo de cerdas utilizados (Rebelo e Romão, 2002).

Existem diversos tipos de escovagem, mas segundo o autor Chiarelli et al. (2001) o método de escovação de Bass é superior às outras técnicas devido a ser mais eficiente na remoção da placa bacteriana e sangramento gengival. Esta técnica consiste em colocação da escova num ângulo de 45° em relação ao eixo do dente e aplicação de movimentos circulares e vibratórios, na direção da raiz para a coroa.

Entretanto, o método de escovação de Fones é mais fácil de ensinar e executar principalmente para crianças e jovens com NSE. Nesta técnica as cerdas da escova devem exercer alguma pressão sobre os dentes enquanto realizando movimentos circulares o mais amplos possível e nas faces linguais ou palatinas devem ser higienizadas com movimentos “vaivém” (Pereira, 1993).

Quando se utiliza uma escova elétrica, a sequência utilizada deverá ser a mesma que a escova manual. O movimento da escova é feito automaticamente (algumas têm movimento de rotação e outras oscilatórias) pelo que basta que a escova siga o movimento da arcada, escovando um só dente de cada vez (Chiarelli et al., 2001).

No Portal da Saúde (2012), a DGS/DSE, através do PNPSO, encontra-se disponível um folheto informativo, sobre “Higiene Oral para Crianças e Jovens com NSE”, onde orienta sobre: a escovagem dos dentes, a importância de promover a autonomia, a escova de dentes, o uso de dentífrico com flúor, a técnica da escovagem, a escovagem de dentes das crianças com deficiência motora, o uso do fio dentário e a massagem gengival. Sobre a escovagem dos dentes e o uso do fio dentário, informa que:

Autonomia nos cuidados de saúde oral nas crianças e jovens com NSE

Os dentes devem ser escovados 2 vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar. Sempre que possível deve-se ensinar a criança a executar a escovagem mesmo que seja preciso adaptar os instrumentos. No caso 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.

A utilização do fio dentário ou outro meio de limpeza interdentária, como os escovilhões é importante para remover a placa bacteriana das zonas onde a escova não chega.

Para além da escovagem dos dentes e o uso de flúor, a dieta representa também um papel fundamental na prevenção da cárie dentária. Segundo o Manual de Boas Práticas em Saúde Oral da DGS-DSO (2002, p.15) “deve-se reduzir o consumo de alimentos cariogénicos, o que implica não só reduzir a quantidade de ingestão de açúcares, mas sobretudo a sua frequência”.

Segundo o mesmo manual (2002), as visitas regulares a profissionais de saúde oral, são também de grande importância “numa perspetiva de intervenção global, deteção precoce e tratamento adequado das doenças orais” (p. 16).

O Manual de Boas Práticas em Saúde Oral da DGS-DSO (2002, p. 17) refere que “as crianças com deficiência física e mental constituem o grande grupo das crianças com necessidade de cuidados de saúde oral especiais” (p. 17), sendo que os principais problemas orais encontram-se relacionados com:

Uma deficiente higiene oral; maior incidência de cárie; maior incidência de periodontopatias; maior incidência de má-oclusão; respiração bucal; deglutição atípica; bruxismo; anomalias dentárias (p.17).

De salientar, que os mesmos, apresentam maior risco para o surgimento de doenças orais em decorrência do uso sistemático de medicamentos, dificuldade no controle de placa bacteriana e hábitos alimentares precários (Toledo, 2005).

Ainda, estes indivíduos normalmente não possuem habilidade para desenvolverem uma higiene oral adequada e muitas vezes não permitem que outros a façam, “ou a façam de maneira inadequada por possuírem comportamento agressivo ou mesmo por apresentarem movimentos involuntários que dificultam a higienização” (Resende et al., 2004, p. 1). Além disso, acrescenta Martens et al. (2000), os que possuem alguma autossuficiência e independência em relação à escovagem dos dentes têm, muitas vezes, a higiene oral negligenciadas pelos cuidadores.

Compreendendo que a escovação e o uso do fio dentário regulares eliminam bactérias cariogênicas e substâncias fermentáveis da superfície dos dentes, os adequados hábitos de higiene oral auxiliam a evitar algumas patologias, tais como as cáries dentárias e as doenças periodontais. Em diferentes idades na infância, os hábitos de escovagem dentária devem ser mostrados às crianças pelos seus pais e/ou encarregados de educação e efetuados diariamente (Blinkhorn, 1978). Assim, uma educação direcionada tanto para as crianças com NSE como para os seus encarregados de educação os possibilitaria a ter um número reduzido de cáries dentárias e a apresentar saúde bucal e qualidade de vida melhores (Mattila, 2000).

As práticas de cuidados às crianças, de higiene, hábitos alimentares, educacionais, entre outros, abrangem uma parte do tempo que a família dedica com a criança, sendo incorporados desde tenra idade pela criança e, apesar de serem encaradas atividades corriqueiras e repetitivas, constituem um domínio complexo e de grande importância para o desenvolvimento e saúde da criança (Ramos, 2004), evidenciado que as suas atitudes têm um impacto positivo sobre o estado de saúde oral dos filhos (Adair et al., 2004).

Os hábitos de higiene orais na infância são adquiridos principalmente em casa, sendo normalmente a mãe o primeiro modelo de comportamento (Blinkhorn, 1978).

Pode-se dizer que a informação e os comportamentos apropriados de saúde oral têm importância na manifestação, ou não, de doenças orais, uma vez que na maioria dos casos, são suscetíveis de serem prevenidas (Navarro, 2005).

4. Políticas Internacional e Nacional da Saúde Oral em Crianças e Jovens com NES

Na metade do século XX, surge uma preocupação pela proteção das crianças que se traduziu pelo documento, Declaração Universal dos Direitos das Crianças – United Nation Children’s Fund (UNICEF) (1959), em Novembro de 1959, que refere no princípio V o “direito à educação e a cuidados especiais para a criança física ou mentalmente deficiente”, acrescentando que “a criança física ou mentalmente deficiente

ou aquela que sofre de algum impedimento social deve receber o tratamento, a educação e os cuidados especiais que requeira o seu caso particular ”.

Em 1978, surge a Declaração da Alma-Ata (1978) que resultou da Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, realizado no atual Cazaquistão, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Esta declaração é considerada um marco histórico na promoção da saúde, sublinhando “a necessidade de ação urgente por parte de todos os governos” (p. 3), o que resultou na construção de políticas de saúde em diversos países com o objetivo de melhorar o nível de saúde das comunidades.

Esta Conferência define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (p.1), afirmando claramente que a saúde “é um direito humano fundamental, e a consecução do mais elevado nível de saúde é a mais importante meta social mundial” (p.1).

Em Novembro de 1986 surge a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), realizada em Ottawa, Canadá, que se traduz na Carta de Ottawa. Desta Conferência surge um documento onde é apresentado a sua “Carta de Intenções” que acredita seguramente na sua contribuição para atingir a Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes.

Nesta Carta, é referido que Promoção da Saúde “é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (p. 1).

Acrescentam que “a política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais” (p. 2), requerendo “a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde” (p. 2).

Em Julho de 1997 ocorreu a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1997) em Jacarta, República da Indonésia, da qual surgiu a “Declaração de Jacarta - Promoção da Saúde no século XXI”. O documento resultante desta Conferência refere

que “a saúde é um direito fundamental do ser humano e um fator indispensável para o desenvolvimento económico e social” (p. 1).

Assim, proporciona “uma visão e um enfoque na promoção para a saúde” (p.1), para o presente século, onde define as suas prioridades:

Promover a responsabilidade social no que respeita à saúde; reforçar os investimentos para o desenvolvimento em saúde; consolidar e expandir as parcerias em saúde; aumentar a capacitação da comunidade e do indivíduo; garantir uma infraestrutura para a promoção da saúde (p. 3).

Tendo em conta estes objetivos, consideram essencial o papel da OMS em comprometer os governos, as organizações não-governamentais, os bancos de desenvolvimento, as agências das Nações Unidas, os órgãos inter-regionais, as agências bilaterais, o movimento sindical e as cooperativas, assim como o sector privado, a estabelecer as prioridades de ação na promoção da saúde.

Todas estas conferências foram marcos que influenciaram a visão dos profissionais de saúde e dos dirigentes dos governos de diversos países, resultando na alteração de atitudes dos profissionais e das populações face à saúde, bem como na construção de políticas com o objetivo de atingir os ideais propostos pelas organizações internacionais, já referidas.

Para além dos programas que surgiram aplicados à saúde global do indivíduo/população, na qual encontra-se incluída a saúde oral, surgiu um documento, direcionado especificamente à Saúde Oral, o qual se intitula “The objectives of the WHO Global Oral Health Programme” da OMS (2012), que evidencia esta ideia afirmando que “a saúde bucal é parte da saúde total e essencial à qualidade de vida...”.

Os objetivos do Programa Global da OMS de Saúde Oral (2012), dão ênfase ao desenvolvimento de promoção da saúde bucal e prevenção de doenças por via oral. Este programa trabalha na construção de políticas de saúde oral com o objetivo de controlar eficazmente os riscos para a saúde oral, baseando-se na abordagem comum dos fatores de risco. A implementação do Programa desperta o desenvolvimento e demonstração de projetos direcionados para a comunidade com o intuito de promover a saúde bucal e prevenir doenças orais que vão desde a administração de flúor às práticas de

autocuidado em relação à higiene oral, incentivando a formulação de políticas nacionais e comunitárias.

Em 1986, o Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar (OMD, 2010), elaborado pela DGS passou a ser desenvolvido em Portugal para crianças do ensino básico e pré-escola, em articulação com professores e educadores, sendo revisto em 1999 e publicado na Circular Normativa n.º 6/DSE/1999, de 20 de maio, denominado Programa de Promoção de Saúde Oral para Crianças e Adolescentes (PPSOCA). Este programa aponta uma intervenção em saúde oral direcionado para a prevenção primária e secundária das doenças orais, em especial na cárie dentária nas escolas através da saúde escolar para crianças do ensino básico e pré-escolar. Os cuidados dentários, não realizados no SNS, às crianças e jovens incluídos no programa, serão ministrados através de contratualização.

A Circular n.º13/DSE/2000, de 01 de agosto, procura definir os procedimentos na implementação do Programa de Intervenção Médico-Dentária, estando prevista a avaliação da contratualização dos profissionais de saúde oral (estomatologistas e médicos dentistas) e acordado a operacionalização do mesmo. Para isso, a DSE elaborou um documento de apoio/orientação, denominado de “Termos de Referência para a Contratualização na área da Saúde Oral”, conduzido pela Administração Regional de Saúde (ARS) de cada região do país e dado conhecimento à DGS. A Circular Normativa N.º 1/DSE/2002, de 08 de janeiro, faz referência à contratualização no âmbito do PPSOCA.

A DGS – DSE, em 2002, elaborou o Manual de Boas Práticas em Saúde Oral (2002), criado para auxiliar os profissionais que trabalham com crianças e jovens com NSE e os seus pais, “no sentido de melhorar algumas medidas preventivas que se querem mais eficazes” (p. 6). Este Manual refere que:

As crianças e jovens com NSE têm, ou estão em risco acrescido de ter, doença crónica e/ou condições diferentes das outras crianças quanto ao desenvolvimento físico, comportamental ou emocional. Por isso, requerem cuidados e serviços de saúde mais específicos e mais frequentes que os requeridos pela generalidade da população. (...) Os pais e técnicos que trabalham com crianças com NSE nem sempre estão devidamente informados sobre os problemas orais destas crianças nem sobre a melhor forma de os prevenir. Com o objetivo de reduzir as doenças mais prevalentes na cavidade oral das crianças e jovens

com NSE e proporcionar melhores cuidados preventivos e melhor acessibilidade a cuidados de saúde, nasceu o projeto «Saúde Oral na Deficiência» (p. 5).

Em 2005, entrou em vigor o PNPSO, incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (2004), através da Circular Normativa n.º 1/DSE/2005 de 18 de janeiro, aprovado pelo Despacho n.º 153/2005, de 5 de janeiro, e publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 3, de 5 de janeiro de 2005, destinado aos profissionais e estruturas do Serviço Nacional de saúde e seus utilizadores, no qual declara “que as doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil” (p. 97).

De acordo com o mesmo Despacho, a intervenção de promoção da saúde oral, que se inicia durante a gravidez e desenvolve-se ao longo da infância, em Saúde Infantil e Juvenil, solidifica-se no Jardim-de-infância e na Escola, através da Saúde Escolar. Os cuidados dentários, não satisfeitos no SNS, às crianças e jovens em programa, serão prestados através de contratualização, com objetivos de reduzir o aparecimento das doenças orais, bem como instruir e levar a uma adequada postura sobre a saúde oral e expandir a igualdade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com NSE.

O mesmo Despacho refere que em Portugal, o PNPSO constitui o referencial de intervenção em saúde oral junto das crianças e dos jovens. As orientações gerais deste programa definem uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde em contexto familiar e escolar, na prevenção das doenças orais e no diagnóstico precoce e tratamento dentário.

Em 9 de janeiro de 2009, a DGS publica uma Circular Normativa n.º 02/DSPPS/DCVAE/2009 (Direção de Serviços de Promoção e Proteção da Saúde e Divisão de Saúde do Ciclo de Vida e em Ambientes Específicos) que assenta no “PNPSO em Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e Instituições de Solidariedade Social (IPSS): Normalização de procedimentos”. Esta circular remete como objetivo geral que:

Aos 15 anos, os jovens que frequentam as escolas públicas e IPSS do Continente devem: Ter todos os dentes permanentes devidamente tratados e/ou protegidos, nomeadamente molares e pré-molares; Ter

Autonomia nos cuidados de saúde oral nas crianças e jovens com NSE

adquirido saberes e competências suscetíveis de assegurar a manutenção da boca saudável, durante toda a vida.

Em 2009 é publicado no Diário da República a Portaria n.º 301/2009, de 24 de março, regularizando no artigo 1.º “o funcionamento do PNPSO no que respeita à prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, ministrados por profissionais especializados” (p. 1858), acrescentando no artigo 6.º que:

O acesso às consultas de medicina dentária das crianças e dos jovens com idade inferior a 16 anos faz-se através da sua unidade funcional, por indicação do gestor de saúde oral com a emissão de cheque-dentista individualizado (p.1859).

Em agosto de 2013 é publicado a Circular Normativa da DGS nº13/2013, de 01 de agosto, que apresenta como objetivos:

No final do ciclo de intervenção, as crianças de 15 anos completos devem: ter todos os dentes permanentes atingidos por cárie devidamente tratados; ter os molares e pré-molares são protegidos com selantes de fissuras; ter adquirido saberes e competências suscetíveis de assegurar a manutenção da boca saudável.

Tendo em conta os ideais de saúde dos organismos internacionais, pode-se afirmar que o governo português tem demonstrado ao longo dos anos interesse por atingir uma excelência nos cuidados de saúde no que diz respeito à promoção e prevenção da saúde oral. Como refere o PNS 2011-2016 - Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar:

É reconhecido o esforço que tem vindo a ser desenvolvido, nos últimos anos, pelo Ministério da Saúde, no sentido de começar a resolver a grave lacuna existente a nível da educação, da promoção e da prestação de cuidados de Saúde Oral à população no âmbito do SNS (OMD, 2010, p. 10).

No entanto, acrescenta que:

Mesmo assim, neste momento os serviços de saúde pública encontram-se com défice de recursos humanos e de infraestruturas, e incapazes de dar respostas à graves necessidades preventivas e curativas existentes na população no âmbito da saúde oral (OMD, 2010, p. 10).

II.2 Estudo Empírico

Nesta etapa do estudo proceder-se-á à descrição da metodologia efetuada e a apresentação do tipo de estudo, seguido dos procedimentos executados, contexto do estudo/amostra e aplicação do instrumento de recolha de dados.

Posteriormente, e já na parte do estudo relativa aos resultados, efetua-se a apresentação e análise dos dados obtidos no questionário.

5. Tipo de Estudo

O presente estudo caracteriza-se por um estudo observacional de corte transversal. Os estudos transversais apresentam um panorama ou uma descrição dos elementos num determinado período do tempo, analisando-os e sintetizando-os estatisticamente. (Hair Jr et al., 2005).

De acordo com Sampieri et al. (1991), no estudo transversal, a recolha de dados ocorre num momento preciso do tempo, ou período de tempo, planeando relatar e analisar o estudo de uma ou várias variáveis nesse momento preciso junto à amostra selecionada para representar a população alvo.

6. Procedimentos

Neste estudo, o primeiro passo consistiu na escolha do tema, recolha e revisão da bibliografia relacionada com a autonomia nos cuidados de saúde oral nas crianças e jovens com NSE.

Para a pesquisa bibliográfica, foram usadas as bases de dados bibliográficas PubMed, Scielo, B-on e Google Académico. Foi também realizada consulta em livros relacionados com o tema e uma pesquisa a vários documentos publicados na política internacional e nacional da saúde oral, entre eles, pela OMS, legislação em Circulares Normativas e Informativas da DGS e do Diário da República Eletrónico.

Efetuada as leituras iniciais, passou-se à organização da investigação iniciando os primeiros contatos.

Procedeu-se à constituição da amostra do estudo através da formalização das respetivas autorizações. Carta de autorização à direção da instituição (ANEXO A), após contato telefónico e pessoal com explicação sobre o estudo a desenvolver. A seguir enviou-se através dos alunos da instituição, cujos Encarregados da Educação foram convidados a participar deste estudo, uma explicação do objetivo do mesmo, seguido de uma recolha da Declaração de Consentimento Informado, de acordo com a proposta feita à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (UFP) (ANEXO B).

Para obter os dados, foi construído um questionário e o respetivo guião de aplicação (ANEXO C), procedendo-se à revisão/validação do mesmo com a colaboração do professor orientador. Seguidamente foram aplicados os questionários. A sua calendarização foi acordada com a direção da instituição (23/04 à 02/05/2014) e adotadas todas as normas e requisitos legais e éticos inerentes a uma investigação científica, tendo por base as mais recentes alterações à Declaração de Helsínquia, elaborado pela Associação Médica Mundial, em outubro de 2013 (2013).

7. Contexto do Estudo / Amostra

A amostra é constituída pelos Encarregados de Educação dos alunos integrados numa APPACDM que inclui alunos com NSE, com diagnóstico comum de DM, localizada na Vila da Sertã, Zona Centro-Delegação de Castelo Branco, com áreas de intervenção em três Conselhos (Sertã, Proença-a-Nova e Oleiros).

A APPACDM é uma instituição privada de solidariedade social sem fins lucrativos, destinada à providência de meios educativos, sócio cultural, profissional e reabilitação a crianças e jovens com NEE com o objetivo de lhes proporcionar uma maior integração na sociedade.

A população escolar no ano letivo 2013/2014, foi distribuída por três valências: Socioeducativo, Centro de Atividades Ocupacionais e Lar residencial. Estas valências

destinam-se a crianças e jovens com idade superior a 6 anos que apresentam limitações e restrições, decorrentes de alterações nas suas atividades e funções e na existência de barreiras no ambiente. Constituem-se como respostas sociais, que têm como objetivo principal promover e disponibilizar condições que contribuam para uma vida com qualidade e para uma plena integração social dos seus clientes através de um programa individual.

Nas diferentes valências realizam-se diversas atividades tais como: escolaridade, educação física, psicomotricidade, atividades de desenvolvimento sensorial (visual, auditiva, tátil, olfativa), atividades de expressão plástica, musical e dramática, atividades da vida diária, atividades de inclusão (na e com a comunidade), entre outras. Os recursos humanos são adaptados às necessidades dos clientes e das respetivas valências.

São a estas crianças e jovens que se reporta o questionário aplicado aos Encarregados de Educação, todas com um diagnóstico em comum de DM Moderada, especificamente as que frequentam as valências Socioeducativo e Centro de Atividades Ocupacionais, perfazendo um total de 41 alunos.

8. Recolha de dados/Instrumentos

A recolha de dados foi concretizada através de um questionário enviado aos Encarregados de Educação, dos alunos com NSE que frequentam a APPACDM da Vila da Sertã.

O questionário é uma técnica de investigação que permite com maior rapidez obter, por um lado, dados e informações sobre uma questão anteriormente considerada e, por outro lado, “a compreensão num dado momento, definido no tempo e no espaço” (Deshaies, 1992, p332). É constituído por um conjunto de perguntas claras e objetivas, dirigidas a um grupo de indivíduos, que traduzirão os objetivos do questionário, ou seja, “recolher a informação factual sobre um fenómeno existente, descrever problemas, apreciar práticas correntes e fazer comparações e avaliações” (Fortin et al., 2009, p240).

De acordo com Fortin et al. (2009), o questionário pode ser escolhido por uma entrevista frontal com a amostra, uma entrevista por telefone ou um questionário enviado à amostra. Neste estudo, optou-se por recolher as informações através de um questionário padronizado e uniformizado enviado à amostra.

9. Resultados

Os resultados obtidos emergiram das respostas aos questionários aplicados aos Encarregados de Educação de crianças e jovens com NSE que frequentam uma APPACDM sobre os seus hábitos e comportamentos de saúde oral.

O programa utilizado para efetuar o tratamento estatístico teve por base o Programa Estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) vs. 21, da IBM.

Foram entregues 41 questionários aos Encarregados de Educação, dos quais 34 consentiram e responderam ao mesmo.

Encarregado de Educação a responder ao questionário segundo o género:

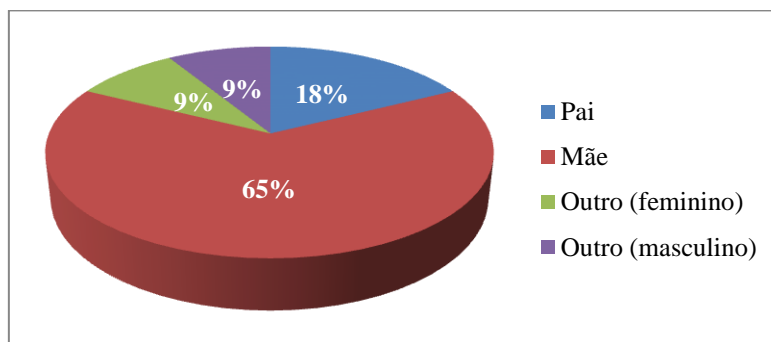


Gráfico 1 – Encarregados de Educação a responder ao questionário segundo o género.

A maioria dos Encarregados de Educação inquiridos é do sexo feminino, mais concretamente mães (65% da amostra), seguido dos pais que representam 18% da amostra e outros, sendo esse restante 9% do sexo feminino e 9% do sexo masculino.

Quanto às crianças e jovens em causa, 74% são do sexo feminino e 26% do sexo masculino.

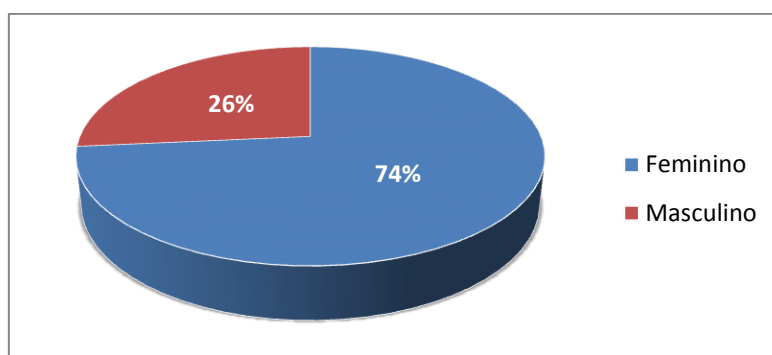


Gráfico 2 – Crianças e jovens segundo o género.

i. Questão 1. Quantas vezes por dia o seu filho(a) realiza a higiene oral?

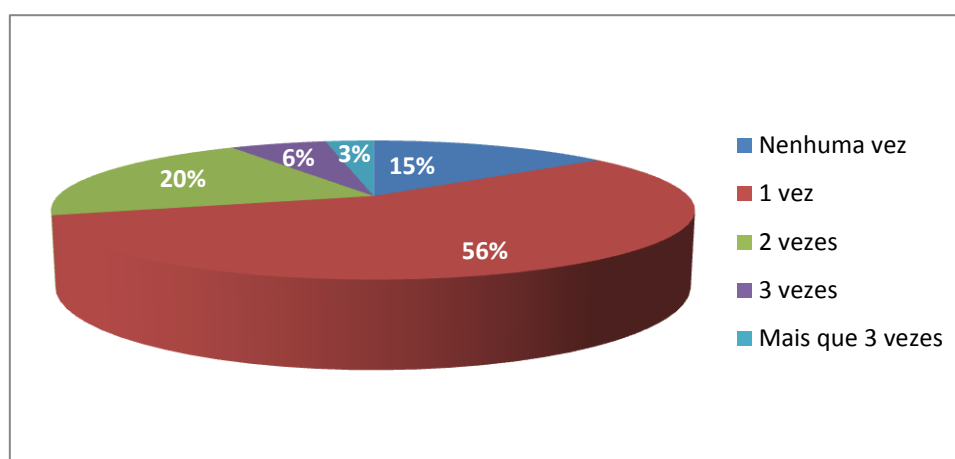


Gráfico 3 – Percentagem de vezes que as crianças e jovens realizam a higiene oral por dia.

Quando inquiridos relativamente ao número de vezes que o seu educando realiza a higiene oral por dia, 15% responderam nenhuma vez. Os que escovam os dentes 1 vez por dia, corresponde a 56% da amostra. Relativamente aos que escovam os dentes 2 vezes por dia, estes representam 21% da amostra. Os que escovam 3 vezes por dia equivalem a 6% da amostra e os que escovam os dentes mais de 3 vezes por dia representam 3% da amostra.

ii. *Questão 2. O seu filho(a) necessita de ajuda na sua higiene oral?*

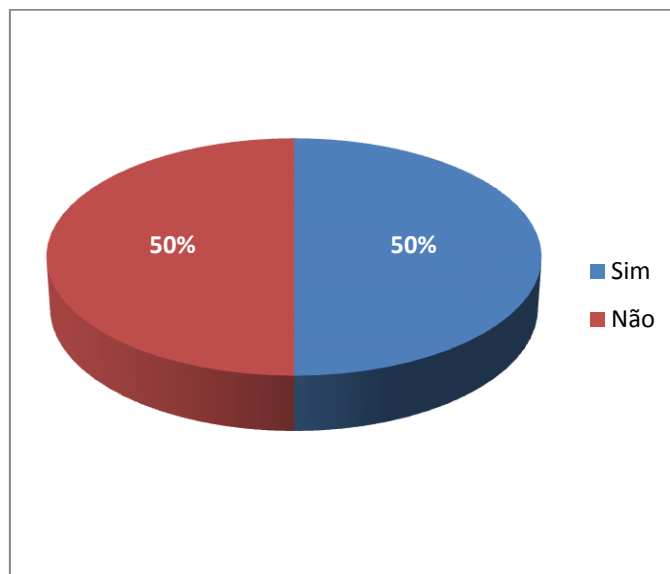


Gráfico 4 – Crianças e Jovens com NSE que necessitam de ajuda na sua higiene oral.

Relativamente à questão que diz respeito à necessidade de ajuda do seu educando na higiene oral dos dentes, 50% da amostra respondeu que necessita de ajuda e 50% não necessita de ajuda.

iii. *Questão 2.1. Se respondeu sim, indique as razões.*

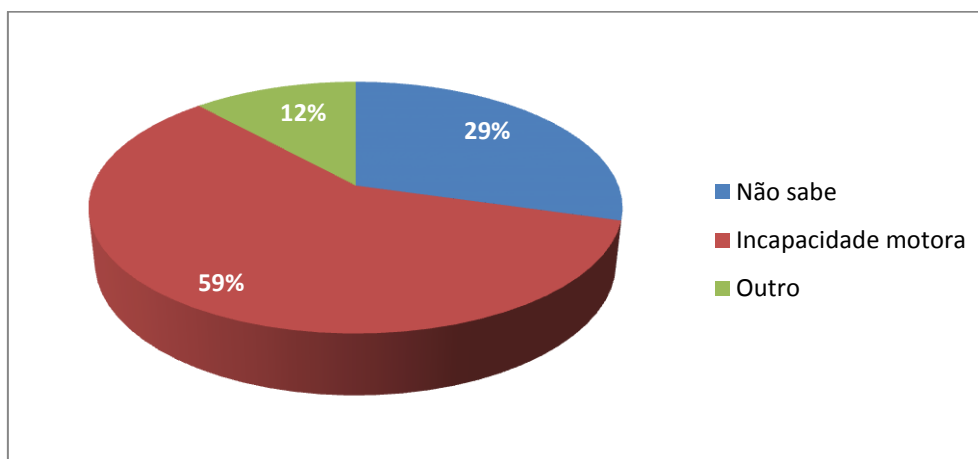


Gráfico 5 – Motivo pelos quais as crianças e jovens com NSE necessitam de ajuda na higiene oral.

Dos encarregados de educação que referiram que o seu educando necessita de ajuda na higiene oral, 29% desconheciam o motivo da necessidade de ajuda, 59% referiram a sua incapacidade motora e 12% referiram outros motivos.

iv. *Questão 3. Considera que o seu filho(a) executa corretamente a sua higiene oral?*

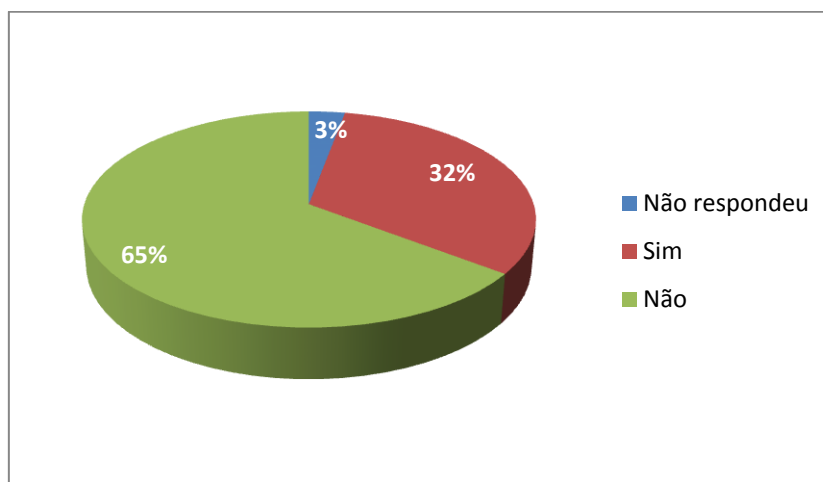


Gráfico 6 – Percepção dos Encarregados de Educação relativamente à correta higiene dos dentes do seu educando

Quanto à questão colocada aos Encarregados de Educação se consideram que o seu educando executa corretamente a sua higiene oral, 3% não respondeu à questão, 32% responderam que sim e 67% responderam que não.

v. *Questão 4. É preciso lembrar o(a) seu filho(a) para realizar a higiene oral?*

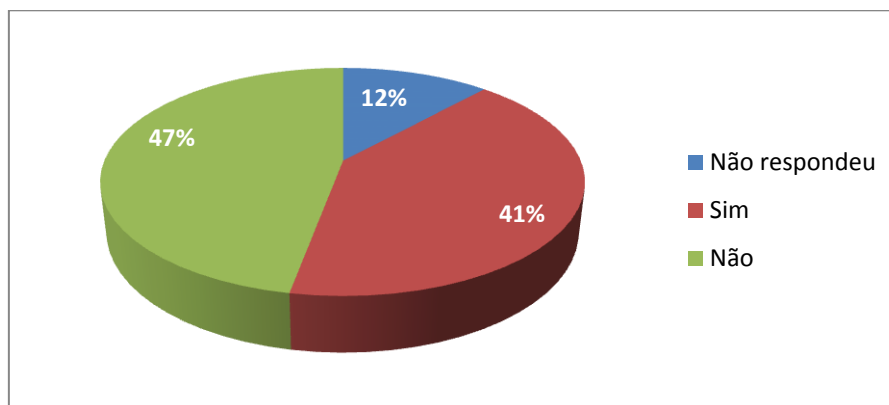


Gráfico 7 – Necessidade do Encarregado de Educação lembrar o educando para realizar a higiene oral.

Relativamente à questão colocada aos Encarregados de Educação, se é preciso lembrar o seu educando para realizar a higiene oral, 12% não respondeu. Dos que responderam, 41% afirmaram que sim e 47% afirmaram que não.

vi. *Questão 5. Necessita da vigilância de um adulto/responsável nos cuidados de higiene oral?*

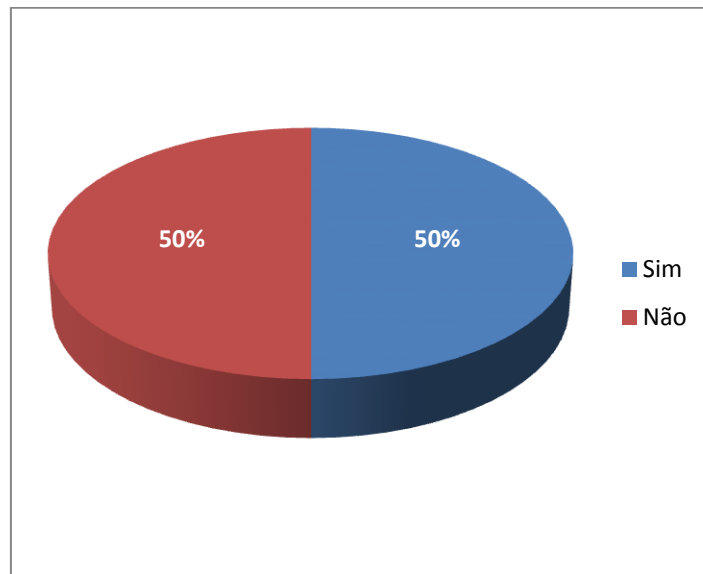


Gráfico 8 – Necessidade de vigilância por um adulto/responsável nos cuidados de higiene oral.

Quanto à necessidade de vigilância de um adulto/responsável nos cuidados de higiene oral, 50% referiram que necessitava de vigilância e 50% referiram que não necessitavam de vigilância.

vii. *Questão 6. Na escola já foi algum profissional do setor da saúde orientar sobre os cuidados da saúde oral?*

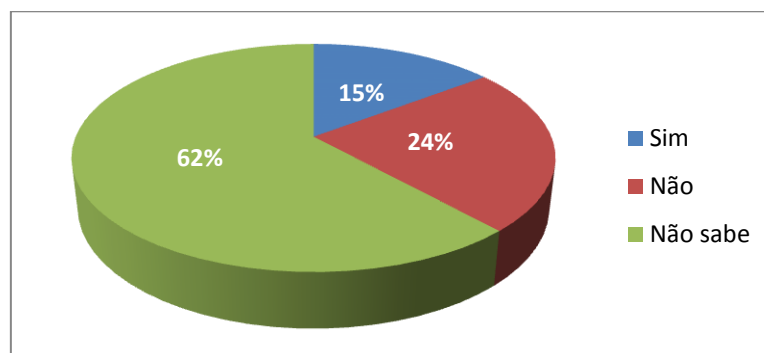


Gráfico 9 – Conhecimento dos Encarregados de Educação da ida à escola de um profissional do setor da saúde para orientar sobre os cuidados relativos à saúde oral.

viii. *Questão 6.1. Se sim, qual?*

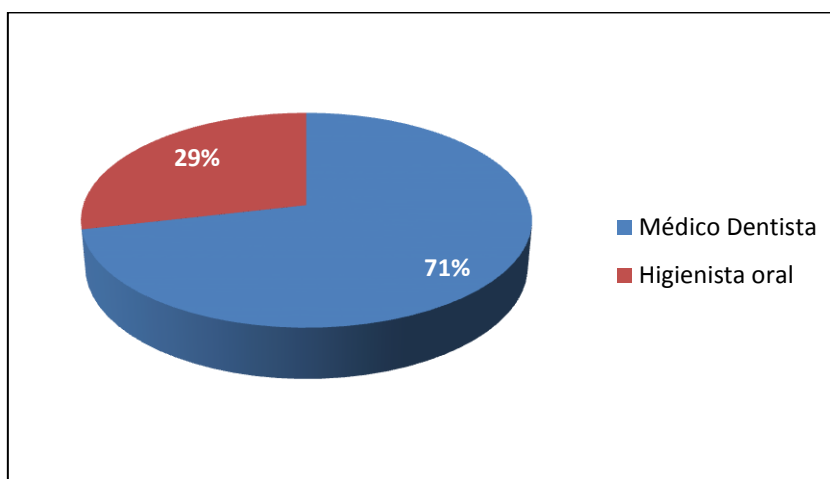


Gráfico 10 – Conhecimento dos Encarregados de Educação relativamente os profissionais de saúde que foram à escola falar sobre higiene oral.

Relativamente à questão colocada se na escola onde se encontra o seu educando já foi algum profissional do sector da saúde orientar sobre os cuidados de saúde oral, 15% responderam que sim, 24% responderam quem não e 62% responderam que não sabe.

Dos Encarregados de Educação que responderam que sim à questão supra citada, 71% responderam que o profissional de saúde que foi à escola foi o médico dentista e 29% responderam o higienista oral.

ix. *Questão 7. Como classifica a higiene oral do(a) seu filho(a)?*

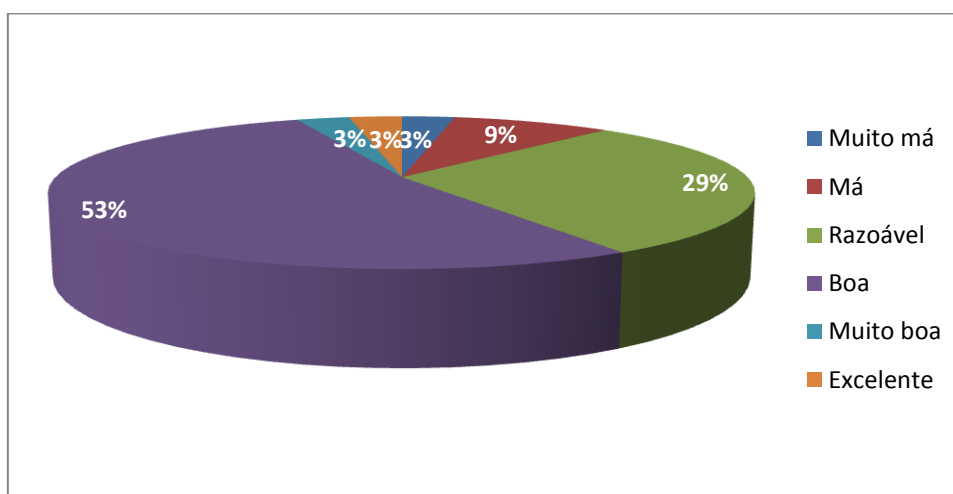


Gráfico 11 – Classificação dos Encarregados de Educação da higiene oral do seu educando.

No que diz respeito à questão colocada aos Encarregados de Educação “como classifica a higiene oral do(a) seu filho(a), foi pedido aos mesmos que classificassem a mesma entre o “muito má”, “má”, “razoável”, “boa”, “muito boa” e excelente”.

Das respostas obtidas, 3%, classificam a higiene oral do seu educando como “muito má”, 9% “má”, 29% “razoável”, 53% “boa”, 3% “muito boa” e 3% “excelente”.

x. Questão 1 versus Questão 7

Questão 1	Questão 7						Total
	Muito má	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente	
Nenhuma vez	1	2	1	1	0	0	5
1 vez	0	1	8	10	0	0	19
2 vezes	0	0	1	6	0	0	7
3 vezes	0	0	0	0	1	1	2
Mais que 3 vezes	0	0	0	1	0	0	1
Total	1	3	10	18	1	1	34

Tabela 2 – Cruzamento da Q1 – “Quantas vezes por dia o seu filho(a) realiza a higiene oral?” com a Q7 – “Como classifica a higiene oral do(a) seu filho(a)?”

Fazendo um cruzamento das respostas à questão 1 “Quantas vezes por dia o seu filho(a) realiza a higiene oral?” com as respostas à questão 7 – “Como classifica a higiene oral do(a) seu filho(a)?”, dos Encarregados de Educação que classificaram a higiene oral do seu educando como “muito má” (n=1), 1 não escova os dentes nenhuma vez por dia. Os que classificaram a higiene oral do seu educando como “má” (n=3), 2 não escovam os dentes nenhuma vez por dia e 1 escova 1 vez por dia. Relativamente aos que classificaram a higiene oral do seu educando como “razoável” (n=10), 1 não escova os dentes nenhuma vez por dia, 8 escovam os dentes 1 vez por dia e 1 escova os dentes 2 vezes por dia. Relativamente aos Encarregados de Educação que classificaram a higiene oral do seu educando como “boa” (n=18), 1 não escova os dentes nenhuma vez por dia, 10 escovam 1 vez, 6 escovam 2 vezes e 1 escova mais que 3 vezes. Os que classificaram a higiene oral do seu educando como “muito boa” (n=1), 1 escova os dentes 3 vezes por dia e dos que classificaram a higiene oral do seu educando como “excelente” (n=1), 1 escova os dentes 3 vezes por dia.

xi. Questão 6 versus Questão 7

Questão 6	Questão 7						Total
	Muito má	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente	
Sim	0	1	0	4	0	0	5
Não	1	0	2	5	0	0	8
Não sabe	0	2	8	9	1	1	21
Total	1	3	10	18	1	1	34

Tabela 3 – Cruzamento da Q – 6 “Na escola já foi algum profissional do sector da saúde orientar sobre os cuidados da saúde oral?” com a Q7 – “Como classifica a higiene oral do(a) seu filho(a)?”

Cruzando as respostas à questão – 6 “Na escola já foi algum profissional do sector da saúde orientar sobre os cuidados da saúde oral?” com as respostas à questão 7 – “Como classifica a higiene oral do(a) seu filho(a)?” verificamos que, dos Encarregados de Educação que referiram que já foi um profissional de saúde à escola orientar sobre os cuidados de higiene oral (n=5), 1 classifica a higiene oral do seu filho como “má” e 4 como “boa”. Os Encarregados de Educação que referiram não ter ido um profissional de saúde à escola (n=8), 1 classifica a higiene oral do seu educando como “muito má”, 2 como “razoável” e 5 como “boa” os que referem não saber se alguma vez um profissional de saúde foi à escola orientar sobre a saúde oral, 2 classifica a higiene oral do seu educando como “má”, 8 como “razoável, 9 como “boa”, 1 como “boa” e 1 como “excelente”.

10. Análise e Discussão

Os dados obtidos neste estudo pautam-se num levantamento de dados obtidos através da aplicação de um questionário direcionado aos Encarregados de Educação de crianças e jovens com NSE inseridas na APPACDM da vila da Sertã com o intuito de obter dados relativamente à sua autonomia na higiene oral.

Dos 41 questionários distribuídos, um número elevado dos Encarregados de Educação (n=34), responderam ao mesmo, podendo-se concluir que consideram pertinente o estudo desta temática.

A maioria dos Encarregados de Educação inquiridos é do sexo feminino, mais concretamente mães. De acordo com Blinkhorn (1981), os hábitos de higiene oral na infância são adquiridos principalmente em casa, sendo a mãe o primeiro modelo de comportamento.

A higiene oral é o método mais eficaz para a remoção da placa bacteriana e, conseqüentemente, para a prevenção da cárie dentária. Como refere o folheto informativo, sobre “Higiene Oral para Crianças e Jovens com NSE”, elaborado pela DGS – DSE (2012), sobre a escovagem dos dentes e o uso do fio dentário. Este folheto refere que os dentes devem ser escovados duas vezes ao dia sendo uma delas antes de deitar. Deve-se ensinar a criança a fazê-lo e, se necessário adaptar os instrumentos. Não sendo possível a auto-escovagem dos dentes, um adulto responsável pela criança ou jovem deve realizar a higiene oral.

No presente estudo, quando questionados quantas vezes o seu educando realiza a higiene oral por dia, avaliando por sexo, verifica-se que a maioria das crianças e jovens do sexo feminino escovam os dentes apenas 1 vez por dia enquanto a maioria das do sexo masculino escovam os dentes 2 vezes por dia. Tendo em conta os dados colhidos através da aplicação do questionário não é possível saber o motivos pelo qual a maioria das crianças e dos jovens do sexo masculino escovam os dentes mais vezes por dia que as do sexo feminino.

No geral, sem especificar por sexo, a grande maioria (56% da amostra) respondeu que o seu educando executa a higiene oral uma vez no dia, sendo que uma percentagem

(15%), refere não escovar os dentes, ou seja, 71% das crianças e jovens referenciados pela amostra escovam os dentes menos vezes que o considerado o ideal. O estudo realizado por Flório et al. (2007) sobre a “Saúde Oral em Indivíduos Portadores de Múltiplas Deficiências”, revela-se muito diferente do resultado obtido neste estudo, onde a maioria dos Encarregados de Educação (40%) referem que o seu educando executam a sua higiene oral 3 ou mais vezes por dia.

Para Rodrigues (2008), cabe fundamentalmente aos pais/Encarregados de Educação a aquisição e desenvolvimento de hábitos de vida e de higiene dos seus filhos, sendo estes a base de todo o processo educativo. A educação e prevenção da saúde oral das crianças são influenciadas pelas atitudes, hábitos e comportamentos dos pais/Encarregados de Educação. Não foi questionado neste estudo o grau de instrução dos mesmos, no entanto, foi constatado pela diretora da APPACDM que a maioria possui uma instrução baixa, o que pode ter influência no nível de conhecimentos que estes possuem relativamente à importância dos corretos cuidados de higiene oral.

A educação para a saúde oral tem-se revelado de grande importância nas escolas. No PNPSO estão englobadas orientações educativas com o intuito de esclarecer as crianças e jovens relativamente à saúde oral. No entanto, tendo em conta a importância do papel dos Encarregados de Educação na orientação dos educandos, nomeadamente nas crianças e jovens com NSE, considera-se importante fazer-lhes também chegar informações relativamente a esta temática, convidando-os, por exemplo, a participarem em formações na escola, entregar-lhe folhetos informativos, etc.

Relativamente à necessidade de ajuda na realização da higiene oral, o estudo revela que metade das crianças (50%) necessita de ajuda. Se compararmos com um estudo realizado por Rodrigues (2008) sobre os “Comportamentos, Hábitos e Conhecimentos de Saúde Oral das Crianças: Perceção dos Pais/Encarregados de Educação” realizado com crianças e pais/Encarregados de Educação sem NSE, relativamente à mesma questão, este estudo afirma que 54,3% dos inquiridos, referem ajudar o seu educando na higiene oral, o que se torna contraditório uma vez que é sabido que as crianças com NSE necessitam de uma maior ajuda e orientação especial nas atividades de vida diária.

A autonomia, como já foi citado no desenvolvimento deste estudo, significa independência, ausência de ordens ou coações exteriores, bem como, ausência de

limitações e incapacidades pessoais que impedem ou diminuem a capacidade de decisão, acrescentado, ainda, que agir autónomo implica intencionalidade, compreensão e ausência de influências que o determinem (Archer et al., 1996). Assim, tendo em conta que metade dos Encarregados de Educação referem que o seu educando necessita de ajuda na escovagem dentária, pode-se afirmar que estas crianças e jovens não possuem autonomia no que diz respeito à higiene oral.

Dos Encarregados de Educação que responderam que o seu educando necessitava de ajuda na sua higiene oral, enunciaram como principal motivo a incapacidade motora. Segundo o Manual de Boas Práticas em Saúde Oral – DGS-DSE (2002), os Encarregados de Educação de crianças acamadas ou em cadeiras de rodas, por descoordenação motora, rigidez ou deficiência mental profunda, devem ser treinados na escovagem dos dentes. Para as crianças com destreza limitada podem proporcionar-se adaptações às escovas de dentes que possibilitem a execução da escovagem, acautelando algumas limitações de movimento, sendo que, muitas vezes, seja necessário que a auto-escovagem seja assistida por um adulto, no entanto, defendem que se deve incentivar a independência total ou relativa da criança ou jovem.

No que diz respeito à correta execução da higiene oral, a maioria dos Encarregados de Educação (65%) considera que o seu educando não a executa corretamente. Como já foi referido no estudo, as crianças e jovens com NSE normalmente não possuem habilidade para desenvolverem uma higiene oral adequada e muitas vezes não permitem que outros a façam, ou a façam de forma incorreta por apresentarem comportamentos agressivos e movimentos involuntários que dificultam a realização desta tarefa (Resende et al., 2004).

Analisando as respostas à questão se o educando necessita de ser lembrado para realizar a sua higiene oral, o estudo revela que mais de metade das crianças (47%) não necessita de ser lembrada para executar esta tarefa. Apesar de a maioria não necessitar de serem lembrados, ainda uma grande percentagem de crianças e jovens (41%) não toma iniciativa para realizar a sua higiene oral. Segundo a definição de autonomia supra citada por Archer et al. (1996), esta implica a ausência de ordens ou coações exteriores. Assim, pode-se afirmar que estas crianças e jovens que necessitam de serem lembradas para a realização da sua higiene oral não são autónomas.

No que concerne à necessidade de vigilância de um adulto/responsável nos cuidados de higiene oral, metade dos encarregados de educação (50%) consideram que os seus educandos necessitam de vigilância, podendo concluir-se que metade não é totalmente autónomo na realização da sua higiene oral. No entanto, conforme o DSM-IV-TR (2006), os indivíduos com DM Moderada, podem adquirir hábitos de autonomia pessoal e social com relativa supervisão.

Quando questionados se na escola já foi algum profissional do sector da saúde orientar sobre os cuidados de saúde oral, a maioria dos Encarregados de Educação (62%) refere não saber. Dos que responderam que sim (15%), indicaram o médico dentista e o higienista oral como o tipo de profissionais em causa. O desconhecimento da presença de um profissional de saúde na escola a orientar sobre esta temática demonstra a pouca articulação entre os educadores-profissionais de saúde e Encarregados de Educação.

Num estudo realizado por Martens et al. (2000) é revelado que 40% dos educadores e Encarregados de Educação nunca receberam instruções relativamente à saúde oral, acrescentando que, no que diz respeito aos parâmetros clínicos, quando comparado os pais e educadores que tiveram acesso à informação e programas de formação no serviço, ficou claro que as crianças e alunos apresentaram melhor saúde gengival, refletindo-se numa necessidade real para os pais e educadores de terem acesso a formações relativamente à saúde oral.

Em diferentes idades, os hábitos de higiene oral devem ser mostrados às crianças pelos seus pais e/ou Encarregados de Educação e efetuados diariamente (Blinkhorn, 1978). Os Encarregados de Educação que orientam e controlam a escovagem dos dentes e o consumo de açúcar dos filhos apresentam hábitos de saúde oral favoráveis, evidenciando que as suas atitudes têm um impacto positivo sobre o estado de saúde oral dos filhos (Adair et al., 2004). Assim, uma educação direcionada tanto para as crianças e jovens com NSE como para os seus encarregados de educação os possibilitaria de ter um número reduzido de cáries dentárias e a apresentar uma saúde oral e qualidade de vida melhores (Mattila, 2000).

Relativamente à última questão, em que os Encarregados de Educação são solicitados a classificar a higiene oral do seu educando, a grande maioria classifica-a como “boa” (53%), no entanto, fazendo um cruzamento das respostas à questão 1 – “Quantas vezes

por dia o seu filho(a) realiza a higiene oral?” e questão 7 – “Como classifica a higiene oral do(a) seu filho(a)?”, mais de metade dos Encarregados de Educação que classificam a higiene oral do seu filho como “boa”, escovam os dentes até uma vez por dia. Este tipo de resposta evidencia um desconhecimento de boas práticas de saúde no que diz respeito à higiene oral.

Quando comparado com o estudo realizado por Martens et al. (2000) no que diz respeito à perceção dos pais relativamente aos problemas dentários dos seus filhos, a maioria classifica a sua higiene oral como “boa” e “muito boa”, estando no entanto estas opiniões, em alguns casos, em contraste com os achados clínicos. Os autores referem que os resultados evidenciam que os pais não estão familiarizados com estratégias de higiene oral, sublinhando que existe uma necessidade para maiores esforços por parte dos pais, médicos dentistas e outros prestadores de cuidados de saúde para melhorar a saúde oral das crianças com NSE.

Cruzando as respostas à questão 6 – “Na escola já foi algum profissional do sector da saúde orientar sobre os cuidados da saúde oral?” e a questão 7 – “Como classifica a higiene oral do(a) seu filho(a)?”, verifica-se que a grande maioria dos Encarregados de Educação que referiram que os seus educandos não tiveram formação relativamente a esta área na escola, classificam a higiene oral do mesmo como “boa”, mas tal não deve ser tido em conta uma vez que se verificou uma classificação errada ao nível dos hábitos de higiene oral por parte dos Encarregados de Educação.

Assim, considera-se importante orientar os mesmos relativamente à relevância desta temática. Os Encarregados de Educação, como já foi mencionado, têm um importante papel de colaborar, vigiar, orientar ou até mesmo realizar os cuidados de higiene oral do seu educando. Realizar formações e orientações aos Encarregados de Educação sobre os corretos cuidados de higiene oral e importância dos mesmos, não esquecendo da promoção da autonomia das crianças e jovens, torna-se essencial para o sucesso desta intervenção.

Aos profissionais de saúde, cabe a importância de dar formação às crianças e jovens da APPACDM, bem como aos educadores e Encarregados de Educação, uma vez que ambos são intervenientes importantes para o sucesso desta intervenção.

Os educadores têm um papel fundamental nesta ação uma vez que são o principal elo de ligação entre as crianças e jovens com NSE, os Encarregados de Educação e os profissionais de saúde oral. Apesar de existirem profissionais de saúde que se interessam cada vez mais pela saúde das crianças e jovens com NSE, poucos são aqueles com experiência na educação especial. Assim, estes educadores, profissionais que direcionaram o seu trabalho para estas crianças e jovens e, conhecendo bem as mesmas visto passarem uma grande parte do dia com elas, podem contribuir para adaptar a informação e as técnicas de higiene oral a cada um, bem como colaborar com os Encarregados de Educação neste processo.

Assim pode-se falar numa tríade, em que no centro temos a autonomia na saúde oral das crianças e jovens com NSE e nos vértices deste triângulo os três princípios intervenientes: profissionais de saúde (nomeadamente, profissionais de saúde oral; médicos dentistas, higienistas orais), educadores de educação especial e Encarregados de Educação.

Pode-se resumir o que foi referido no seguinte esquema:

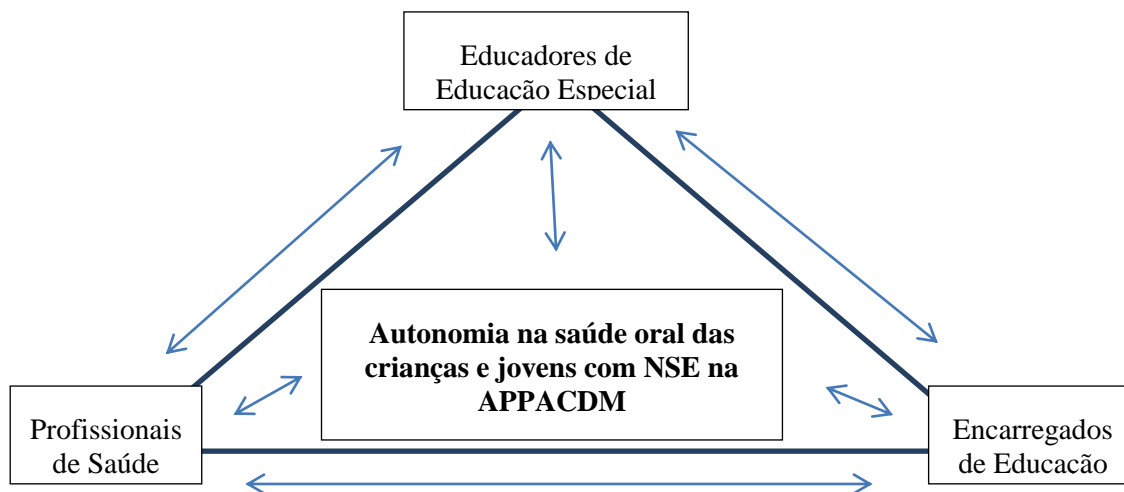


Figura 1 – Idealização da relação dos Educadores de Educação Especial, Profissionais de Saúde e Encarregados de Educação na promoção da autonomia da saúde oral das crianças e jovens com NSE na APPACDM da Vila da Sertã.

Os médicos dentistas têm um papel fundamental para impulsionar essas ações de formação de forma a desenvolver a autonomia das crianças e jovens com NSE promovendo a saúde oral e prevenindo o surgimento de doenças orais.

III. CONCLUSÃO

Após a realização deste estudo relativamente ao tema “Autonomia nos Cuidados de Saúde Oral nas Crianças e Jovens com Necessidades de Saúde Especiais” inseridas na APPACDM localizada na Vila da Sertã (zona centro) pode-se afirmar que foi possível atingir o objetivo geral proposto: tomar conhecimento se as crianças e jovens com NSE são autónomas nos cuidados de higiene oral e que fatores condicionam esta autonomia.

Este estudo revelou que a maioria das crianças e jovens realizam a sua higiene oral no máximo uma vez por dia, sendo que metade necessita de ajuda na realização da mesma, referindo a incapacidade motora como principal motivo.

A maioria dos Encarregados de Educação considera que o seu educando não executa corretamente a sua higiene oral e que não necessitam de serem lembrados para realizar a mesma, no entanto, existe pouca diferença relativamente aos que têm que ser lembrados, sendo que 50% referem que necessitam de vigilância de um adulto/responsável.

Assim, tendo em conta estes resultados, pode-se afirmar que, existem muitas crianças e jovens que não são autónomas na sua higiene oral, uma vez que, como já foi referido neste estudo, autonomia significa independência, ausência de ordens, ou coações exteriores, bem como ausência de limitações e incapacidades pessoais que impedem ou diminuem a capacidade de decisão, implicando intencionalidade, compreensão e ausência de influências que o determinem.

Além disso, demonstrou que a grande maioria dos Encarregados de Educação não têm conhecimento se alguma vez já foi um profissional de saúde à escola orientar sobre os cuidados de saúde oral, podendo-se afirmar que nenhuma informação e orientação foram dadas aos mesmos relativamente a esta temática.

A maioria dos Encarregados de Educação classifica a higiene oral do seu educando como “boa”, no entanto, a maior parte dos que fizeram essa classificação referem que os mesmos escovam os dentes no máximo uma vez por dia, ressaltando-se aqui a falta de conhecimento dos mesmos e a necessidade de formação e orientação para melhores práticas de saúde oral.

Os objetivos primordiais são a sensibilização destes adultos para a sua responsabilidade/comprometimento na saúde da criança e do jovem a curto, médio e longo prazo, e a difusão de um conceito de promoção da saúde que não se limita a evitar os acidentes e as doenças, mas deve alargar-se a um conjunto de aprendizagens que vão desencadear padrões de comportamento que estabeleçam o suporte adequado para um desenvolvimento saudável (Barros, 2003), sobretudo nas crianças e nos jovens com NSE.

É importante que haja uma melhor articulação entre os sujeitos intervenientes neste processo, nomeadamente dos educadores de educação especial, profissionais de saúde e Encarregados de Educação, não negligenciando as crianças e jovens com NSE, que neste processo, são os principais atores. Para melhorar a saúde oral destas crianças e jovens, é necessária a intervenção de todas as partes envolvidas. A DGS defende que todos devem trabalhar em conjunto para obter resultados mais satisfatórios.

Assim, sugere-se a realização de ações de formação pelos médicos dentistas dirigidas às crianças e jovens com NSE relativamente à saúde oral e um investimento na inclusão dos Encarregados de Educação nessas formações, articulando com os educadores da APPACDM.

Apesar das importantes conclusões deste estudo, este é muito limitativo uma vez que não possibilita ser generalizada para as restantes crianças e jovens com NSE. Se realizássemos o mesmo estudo noutra APPACDM ou noutras escolas com características semelhantes no país ou noutros países do mundo, os resultados poderiam ser diferenciados.

Durante a realização do estudo, sentiu-se a curiosidade de obter mais informações, como por exemplo, dados referentes ao tipo de deficiência e limitações físicas e mentais específicas das crianças e jovens envolvidas, bem como o grau de instrução dos Encarregados de Educação, com o objetivo de compreender se estes fatores têm influência na saúde oral dos sujeitos do estudo e como podem influenciar. No entanto, visto que este já se encontra concluído, fica como sugestão para posteriores estudos.

Autonomia nos cuidados de saúde oral nas crianças e jovens com NSE

Acreditamos que programas de educação para a saúde oral, com contínuas sessões de reforço às crianças e jovens, Encarregados de Educação e educadores na APPACDM, podem contribuir para o sucesso educativo/preventivo da saúde oral.

Os médicos dentistas devem trabalhar para que a promoção da saúde oral seja implantada nas escolas especiais, cercada sempre de campanhas orientadas para a promoção da autonomia destas crianças e jovens.

BIBLIOGRAFIA

1ª Conferência Internacional sobre promoção de Saúde (1986). Carta de Ottawa. [Em linha]. Disponível em <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf>. [Consultado em 15/04/2014].

4ª Conferência Internacional sobre promoção de Saúde (1997). Declaração de Jacarta. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/milestones_jakarta.pdf>. [Consultado em 15/04/2014].

Adair P.M. et al. (2004). Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health*, 21, pp.102-111.

Almeida, R.F. et al. (2006). Associação entre doença periodontal e patologias sistémicas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp. 379-390.

American Academy of Pediatric Dentistry (2010). Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Reference Manual*, 35 (6), pp. 163-166.

American Academy of Pediatric Dentistry (2013). Guideline on Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents. *Reference Manual*, 35 (6), pp. 114-122.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2013). [Em Linha]. Disponível em <<http://aaid.org/intellectual-disability/definition#.U2K8raIlaIA>>. [Consultado em 10/04/2014].

American Psychiatric Association. (2006). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR)*. Lisboa: Climepsi Editores, 4ªed.

Antunes, N. L. (2009). *Mal-entendidos*. 4a ed., Lisboa: Verso Kapa-Edição de Livros, Lda.

Araújo, A. et al. (2008). Saúde e Autonomia: Novos Conceitos são Necessários? *Revista Bioética*, 16(1), p. 120.

Archer, L. et al. (1996). *Bioética*. Lisboa/São Paulo, Editorial Verbo.

Barros, L., (2003). *Psicologia pediátrica*. Perspetiva desenvolvimentista. Climepsi. 2^a ed.

Blinkhorn A.S. (1978). Influence of social norms on toothbrushing behavior of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*, 6, pp. 222-226.

Burnett, L. J . e Conceição, E.N. (2007). Doença de Cárie: Manifestações Clínicas, Diagnóstico e Terapêutica. In: Conceição, E.N. *Dentística Saúde Estética*. Editora Artmed, 2.^a ed, p. 36.

Cabral, R. et al. (1997). *Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia - Logos I*. Rio de Janeiro, Editor: Verbo.

Camparo, M. et al. (2013). Facilitators and barriers to twice daily tooth brushing among children with special health care needs. *Spec Care Dentist*.

Campos, R. e Campos, G. (2006). Co-Construção de Autonomia: O Sujeito em Questão, In: Campos G. et al. (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva: demarcando e ampliando conhecimentos*. S. Paulo, Rio de Janeiro, Editora: Hucitec/Fiocruz, pp. 669-688.

Carranza, F. A. e Takei, H. H. (2007). Classificação e Epidemiologia das Doenças Periodontais. In: Carranza, F. A. et al. (Ed.). *Carranza, Periodontia Clínica*. 10.^a ed, Rio de Janeiro, Elsevier Editora Lda, pp. 104-105.

Castro, O. (2011). Reflexões em Torno da Autonomização. *Revista/Ensino Superior* 41. *Revista do SNE*, Sup: julho-agosto-setembro. [Em Linha]. Disponível em: <<http://www.snesup.pt/cgi-bin/printpage.pl?htmls/EFkFEZyyVuKhVISOmg.shtml>>. [Consultado em 05/03/2014].

Chiarelli, M. et al. (2001). Avaliação da eficácia das técnicas de escovação dental de Bass e Fones em relação à remoção de placa, diminuição do sangramento gengival e quantidade de estreptococos mutans e lactobacilos na saliva. *ABO Nacional*, IX(2), pp. 2-17.

Circular Normativa N.º13/DGS, de 1 de agosto de 2013. Alargamento a Crianças e Jovens da rede pública e IPSS da coorte dos 15 anos completos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ond.pt/chequedentista/legislacao/dgs-circular-normativa-13-2013>>. [Consultado em 14/04/2014].

Circular Normativa N.º 1/DSE, de 08 de janeiro de 2002. Termos de Referência para a contratualização no âmbito do Programa de Promoção da Saúde Oral nas crianças e Adolescentes.

Circular Normativa N.º 1/DSE de 18 de janeiro de 2005. Programa Nacional de Promoção de Saúde oral.

Circular Normativa n.º 6/DSE, de 20 de maio de 1999. Programa Nacional de Saúde Oral em Crianças e Adolescentes.

Circular Normativa n.º13/DSE, de 01 de agosto de 2000. Comissão Paritária no Âmbito do Programa de Promoção de Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes. [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/areas-de-intervencao/saude-oral.aspx>>. [Consultado em 14/04/2014].

Circular Normativa n.º 2/DSPPS/PCVAE, 9 de janeiro de 2009. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS.

Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários (1978). Declaração de Alma-Ata. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf> [Consultado em 15/04/2014].

Costa, C. et al. (2001). Plaque removal by manual and electric toothbrushing among children. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 15(4), pp. 296-301.

Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2013). Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>>. [Consultado em 01/06/2014].

Decreto-Lei n.º3/2008, de 7 de janeiro. Diário da República, 1.ª série, n.º 4. Lisboa: Ministério da Educação.

Deshaies, B. (1992). Metodologia e Investigação em Ciências Humanas. Lisboa, Instituto Piaget. p. 322.

Despacho n.º 153/2005, de 5 de janeiro. Aprova o Programa Nacional da Saúde Oral. *Diário da República*, II(3), p. 97.

Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (2004-2010). [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/programas-e-projectos/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral.aspx>>. [Consultado em 17/03/2014].

Direcção-Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*. Lisboa.

Direção Geral da Saúde - Portal da Saúde (2012). Higiene oral para crianças e jovens com necessidades de saúde especiais. [Em linha]. Disponível em <www.dgs.pt/?f=3&id=9060>. [Consultado em 09/06/2014].

Eusébio, D. (2009). De pequenito se trata o dentito - o papel do Médico de Família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(4), pp. 429-437.

Fleury-Teixeira et al. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), p. 2118.

Florio et al. (2008). Saúde bucal em indivíduos portadores de múltiplas deficiências. *RGO, Porto Alegre*, 55(3), pp. 251-256.

Fortin, M. F. et al. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta, p. 240.

Governo de Portugal. Portal da Empresa. Ministério da Saúde (2013). [Em linha]. Disponível em <<http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-saude/mantenha-se-atualizado/20130320-ms-saude-oral.aspx>>. [Consultado em 09/06/2014].

Guimarães, A.O. et al. (2006). Medidas preventivas em odontologia para pacientes portadores de necessidades especiais. *Revista Ibero-Americana de Odontopediatria & Odontologia de Bebê*, 9(47), pp.79-84.

Haddad A. S. (2007). *Odontologia para pacientes portadores de necessidades especiais*. São Paulo: Santos.

Hair Jr. et al. (2005). *Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração*. Porto Alegre, Bookman, p.471.

Kant, I. (1948). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa. Edições Calouste Gulbenkian.

Lima, J.E.O. (2007). Cárie dentária: um novo conceito. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, 12(6), pp. 119-130.

Martens, L., et al. (2000). Oral hygiene in 12-year- old disabled children in Flandres, Belgium, related to manual dexterity. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28, Munksgaard, pp.73-80.

Mattila M.L. (2000). Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *Journal of Dental Research*, 79, pp. 875-881.

Mendes, A. P. (2012). Saúde Oral da Criança. [Em linha]. Disponível em <http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc6386.pdf>. [Consultado em 13/03/2014].

Morato, P. e Santos, S. (2007). Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. A mudança de paradigma na conceção da deficiência mental. *Revista de Educação Especial*, 14 (IV), pp. 51-55.

Morato, P. e Santos, S. (2012). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Por que? *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(1), pp. 3-16.

Navarro, L. M. C. et al. (2005). Estudio descriptivo de conocimientos y hábitos de salud bucodental en pacientes de una Zona Básica de Salud. *Medicina de família*, 1, pp.19-27.

Normalização de procedimento. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.omd.pt/chequedentista/legislacao/dgscircularnormativa022009.pdf>>.

[Consultado em 11/04/2014].

Novais, S.M.A. et al. (2004). Relação Doença Cárie-Açúcar: Prevalência em Crianças. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 4(3), João Pessoa, pp. 199-203.

Ordem dos Médicos Dentistas (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégia de Saúde Oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar. [Em linha]. Disponível em <pns.dgs.pt/files/2010/06/omd.pdf>. [Consultado em 14/04/2014].

Organização Mundial de Saúde (2002). The World Health Report: reducing risks, promoting healthy life. Genebra: WHO. [Em linha]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf>. [Consultado em 06/06/2014].

Organização Mundial de Saúde (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Direção Geral da Saúde. Lisboa. [Em Linha]. Disponível em <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_2004.pdf>. [Consultado em 09/04/2014].

Organização Mundial de Saúde (2012). The Objectives of the Who Global Oral Health Programme. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/oral_health/objectives/en/>. [Consultado em 13/03/2014].

Pereira, A., (1993). *Cáries Dentárias – Etiologia, Epidemiologia e Prevenção*. Porto, Edição Medisa.

Pereira et al. (2013). Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31, pp.158-65

Portal da Saúde (2006). Problemas e doenças orais a evitar. [em linha]. Disponível em <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/saude+oral/saudeoral.htm>>. [Consultado em 14/04/2014].

Portal da Saúde (2009). A escovagem é importante! A Escovagem é Fixe! [Em Linha]. Disponível em <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/saude+oral/higiendeficientes.htm>>. [Consultado em 13/03/2014].

Portaria n.º 301, de 24 de março de 2009. *Diário da República, 1ª Série, n.º 58*. Regula o funcionamento do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) no que respeita à prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, ministrados por profissionais especializados, pp. 1850-60.

Portugal. Direcção-Geral da Saúde – Divisão de Saúde Escolar (2002). Manual de Boas Práticas em Saúde Oral para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades de saúde especiais. [Em Linha]. Disponível em <<http://search.mywebsearch.com/mywebsearch/GGmain.jhtml?searchfor=manual+de+boas+práticas+em+saúde+oral&ts=13>>. [Consultado em 13/03/2014].

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. 2 v. - Vol. I - Prioridades, p. 88, Vol. II - Orientações estratégicas, p. 216

Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral – Direcção Geral de Saúde – Divisão de Saúde Escolar (2012). Higiene Oral para Crianças e Jovens com Necessidades de Saúde Especial. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007406.pdf>>. [Consultado em 13/03/2014].

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Rebello, H. e Romão, C. (2002). Método de escovagem e características das escovas manuais. In Mariano Sanz, *1º Workshop Ibérico*. Controlo de placa bacteriana e higiene oral, pp. 33-34.

Resende, V. L. S. et al. (2004). Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades especiais. In: Anais do 2.º Congresso Brasileiro de Extensão UFMG, Belo Horizonte.

Rodrigues, C. (2008). *Comportamentos, Hábitos e Conhecimentos de Saúde Oral das Crianças: Percepção dos Pais/Encarregados de Educação*. (dissertação). Lisboa.

Sampaio, E.F. et al. (2004). Perfil Odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no Instituto de Previdência do Estado do Ceará. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 17(3), p.134.

Sampieri, R. et al. (1991). *Metodología de la investigación*. México, McGraw-Hill.

Serrão, D. (2009). Autonomia – Um difícil Conceito: Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC). [Em Linha]. Disponível em: <http://www.ceic.pt/portal/page/portal/CEIC/Documentos/DOCUMENTOS_REFLEXAO> [Consultado em 03/03/2014].

Toledo A.O. (2005). *Odontopediatria – Fundamentos para a prática clínica*. 3ª ed. São Paulo: Editorial Premier.

UNICEF (1959). *Declaração Universal dos Direitos da Criança*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Crian%C3%A7a/declaracao-dos-direitos-da-crianca.html>>. [Consultado em 15/04/2014].

Veiga, J. (2011). Autonomia Pessoal e Cuidados de Enfermagem: Uma Revisão da Literatura Empírica e Teórica. *Pensar Enfermagem*, 15(1), pp. 41-42.

World Health Organization (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. [Em Linha]. Disponível em

Autonomia nos cuidados de saúde oral nas crianças e jovens com NSE

<<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. [Consultado em 13/03/2014].

ANEXOS

ANEXO A

Carta de autorização à direção da instituição

Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

APPACDM da Sertã

Rua Proença à Nova, Sertã

6100-751

Pedido de Autorização

Exm^a. Sra. Dra.

Diretora Pedagógica



Eu, Raunan Martins Romanini, aluno, a frequentar o último ano do Curso de Medicina Dentária, ministrado na Universidade Fernando Pessoa na cidade do Porto, encontro-me a realizar um trabalho final com o tema, “*Autonomia nos Cuidados de Saúde Oral nas Crianças e Jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE)*”.

Conforme anterior contacto informal, venho através desta carta, solicitar a Vossa Exa. o consentimento para o levantamento de dados necessários à execução deste estudo e da aplicação de um questionário aos encarregados de educação sobre a autonomia nos cuidados de saúde oral dos seus educandos, que tem por objetivo recolher informações que serão fundamentais na realização do trabalho de investigação sobre a temática acima exposta.

Informo que a recolha de dados e o tratamento dos mesmos, será feito de forma anónima e confidencial, sendo único e exclusivamente utilizado para fins de investigação.

Agradeço, desde já, a atenção e autorização, pois a colaboração solicitada é imprescindível para o êxito deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Sertã, 13 de março de 2014

O aluno: _____

Raunan Martins Romanini

Autorização: _____

ANEXO B

Carta explicativa seguida de Declaração de Consentimento Informado aos Encarregados de Educação

INFORMAÇÃO

Exmo. Srs. Pais / Encarregado(a) de Educação

Eu, Raunan Martins Romanini, aluno, a frequentar o último ano do Curso de Medicina Dentária, ministrado na Universidade Fernando Pessoa, encontro-me a realizar um trabalho final de curso com o tema, “*Autonomia nos Cuidados de Saúde Oral nas Crianças e Jovens com Necessidades de Saúde Especiais*”.

Para tal, venho solicitar a Vossa Excelência, para responder a um questionário sobre a autonomia nos cuidados de saúde oral do(a) seu(sua) filho(a), que tem por objetivo recolher informações as quais serão fundamentais na realização deste estudo sobre a temática acima exposta.

Informo que a recolha de dados e o tratamento dos mesmos será feito de forma anónima e confidencial, sendo único e exclusivamente utilizado para fins de investigação.

Agradeço, a sua atenção e realização do mesmo, pois a colaboração solicitada é imprescindível para o êxito deste trabalho.

Caso concorde em participar no estudo, agradeço que assine o documento DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, que se encontra anexado a esta informação, no espaço: **Assinatura do Responsável pelo participante no projeto**, para formalizar o referido questionário.

Com os melhores cumprimentos,

O aluno

Raunan Martins Romanini

Sertã, 23 de abril de 2014.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo

“Autonomia nos Cuidados de Saúde Oral nas Crianças e Jovens com Necessidades de Saúde Especiais”.

Eu, encarregado(a) de educação, abaixo-assinado compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte de papel serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: 23 de abril de 2014

Assinatura do Responsável pelo participante no projeto:

O Investigador responsável:

Nome: Raunan Martins Romanini

Assinatura:

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

ANEXO C

Guião de aplicação e questionário aos pais

GUIÃO DO QUESTIONÁRIO – ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

LOCAL: Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

DATA: 23/03/2014

Guião do Questionário

TEMA: “*Autonomia nos Cuidados de Saúde Oral nas Crianças e Jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE)*”

Objetivo Geral:

- Compreender a autonomia nos cuidados de higiene oral das crianças e jovens com NSE e que fatores condicionam esta autonomia

Objetivos Específicos:

- Tomar conhecimento dos hábitos e rotinas diárias de higiene oral das crianças e jovens com NSE.
- Avaliar a autonomia nos hábitos de higiene oral das crianças e jovens com NSE.
- Avaliar o nível de compreensão e de execução das técnicas de prevenção.
- Tomar conhecimento se necessita de um adulto responsável pela vigilância ou pela execução dos cuidados de higiene oral.
- Obter conhecimento se na escola algum profissional realizou formação em cuidados de higiene oral.

Autonomia nos cuidados de saúde oral nas crianças e jovens com NES

Blocos	Objetivos Específicos	Tópicos para o guião do questionário
A Legitimação do questionário	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Legitimar o questionário e motivar o Encarregado de educação 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Explicar com clareza a diretora da escola e aos professores os objetivos do questionário para orientar e passar a informação aos encarregados de educação feito pelo responsável pelo estudo. O questionário será entregue aos encarregados de educação pelo professor dos respetivos aluno e/ou pela diretora da escola (em mãos e/ou pelo responsável em entregar os alunos em casa). ➤ Informar os Encarregados de educação sobre as linhas gerais e o objetivo do trabalho através de informação escrita. ➤ Solicitar a colaboração do Encarregado de Educação, dando-lhe conhecimento da utilidade do contributo e cooperação para a concretização e êxito do trabalho. ➤ Assegurar o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos no questionário. ➤ Autorização da Direção da escola. ➤ Consentimento informado dos Encarregados de Educação.
B Parentesco do Encarregado de Educação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tomar conhecimento do grau de parentesco do Encarregado de educação com o aluno. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Grau de parentesco com o aluno: pai, mãe, outro.
C Caracterização do Aluno	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Caracterizar o aluno. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informações sobre o género: feminino ou masculino.
D Autonomia nos cuidados de higiene oral	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tomar conhecimento dos hábitos e rotinas diárias de higiene oral das crianças e jovens com NSE. ➤ Avaliar a autonomia nos hábitos de higiene oral das crianças e jovens com NSE. ➤ Avaliar o nível de compreensão e de execução das técnicas de prevenção. ➤ Tomar conhecimento se necessita de um adulto ou responsável pela vigilância ou pela execução dos cuidados de higiene oral. ➤ Obter conhecimento se na escola algum profissional realizou formação em cuidados de higiene oral. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber se o aluno tem rotina diária na sua higiene oral. ➤ Avaliar se o aluno necessita de ajuda na sua higiene oral. ➤ Analisar se aluno executa corretamente a sua higiene oral (<i>devem ser executados suaves movimentos de rotação sobre cada face dentária e em todas as faces, seguindo uma sequência de dente a dente</i>). ➤ Verificar se precisa ser lembrado para executar a higiene oral. ➤ Averiguar se é dependente de um adulto ou responsável nos cuidados de higiene oral. ➤ Saber se o setor de saúde tem orientado sobre os cuidados da saúde oral a comunidade educativa na escola.

AUTONOMIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE ORAL NAS CRIANÇAS E JOVENS COM NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS

ESTE QUESTIONÁRIO É PREENCHIDO PELOS
ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO REFERENTE AO SEU
EDUCANDO

Por favor, assinale com um “X” o que melhor se adequa à sua resposta:

Encarregado de Educação a responder o questionário: Pai Mãe Outro

Aluno: Género: F M

Questões sobre a Higiene Oral:

Questão 1. Quantas vezes por dias o seu (sua) filho(a) realiza a higiene oral?

Nenhuma vez 1 vez 2 vezes 3 vezes Mais vezes

Questão 2. O seu filho(a) necessita de ajuda na sua higiene oral?

Sim Não

2.1 Se respondeu sim, indique as razões:

Não sabe Incapacidade motora na utilização da escova Outro

Questão 3. Considera que o seu (sua) filho(a) executa corretamente a sua higiene oral?
(devem ser executados suaves movimentos de rotação sobre cada face dentária e em todas as faces, seguindo uma sequência de dente a dente).

Sim Não

Questão 4. É preciso lembrar o(a) seu (sua) filho(a) para realizar a higiene oral?

Sim Não

Questão 5. Necessita da vigilância de um adulto/responsável nos cuidados de higiene oral?

Sim Não

Questão 6. Na escola já foi algum profissional do setor da saúde orientar sobre os cuidados da saúde oral?

Sim Não Não sei

Se sim, qual?

Médico Dentista Enfermeiro Médico Higienista Oral Outros

Questão 7. Como classifica a higiene oral do(a) seu (sua) filho(a) numa escala de 0 a 5, sendo 0 muito má e 5 excelente?

	0	1	2	3	4	5	
--	---	---	---	---	---	---	--

Muito má Excelente

Agradeço a sua disponibilidade. A sua colaboração revelou-se de extrema importância para este estudo. Decerto que este projeto de investigação será uma mais-valia, para melhor compreender a autonomia nos cuidados de saúde oral nas crianças e jovens com necessidades de saúde especiais.