

**PROGRAMA MULTIINSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA  
SAÚDE – REDE CENTRO-OESTE**

**MESTRADO MULTIINSTITUCIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE –  
UnB/UFGO/UFMS**

**ANA PAULA PINTO DE SOUZA**

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DA PESSOA  
INSTITUCIONALIZADA COM DEFICIÊNCIA MENTAL**

**CAMPO GRANDE-MS**

**2006**

**ANA PAULA PINTO DE SOUZA**

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DA PESSOA  
INSTITUCIONALIZADA COM DEFICIÊNCIA MENTAL**

Dissertação submetida ao Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Rede Centro-Oeste, Convênio Universidade de Brasília, Universidade Federal de Goiás e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Zárate Pereira.

**CAMPO GRANDE-MS**

**2006**

Dedico este trabalho àqueles que, apesar da dificuldades, lutam para conquista de seus sonhos.

## AGRADECIMENTOS

Àqueles que nunca me abandonaram, nutrindo por mim o mais sublime amor, **Gerval e Aracy**.

À vocês, que em todos os momentos de minha vida, foram e serão os melhores amigos, parceiros, confidentes e meu apoio nos momentos difíceis, **Paulo César e Luciana**.

Àqueles que me ensinam, no dia a dia, a exercer a compreensão, o carinho, a dedicação e que ajudam a preencher minha vida, **Paula, Euclides, Camilla e Matheus**.

À você que chegou, trazendo a esperança no amanhecer e a alegria de viver, **Anna**.

À vocês que foram amigas, parceiras, companheiras, compreensivas, que tão bem supriram a minha ausência em sala de aula, que humildemente me proporcionaram a oportunidade de aprender **Cibele, Andréa, Gyselle, Raquel, Symonne, Mônica, Alberto, Paulo Rissato, Gláucia e Renata**.

À você que gentilmente me acompanhou durante quase toda a pesquisa e sem a qual nada teria acontecido, **Nair**.

À vocês que autorizaram e participaram da pesquisa e minha ação.

À você colega de profissão, amigo e orientador que em todos os momentos soube confiar e acreditar que tudo era possível, **Paulo Zárate**.

À você, minha mãe de profissão, que a todo dia apresenta uma visão nova da vida, que estimula, não esmorece, exemplo de humildade e competência, **Catarina Prado**.

À você, **Maria Elisa**, que no momento de desespero foi a voz tranqüila e serena, necessária para me acalmar.

Enfim à você que é a razão do meu viver, o perfume da flor e a luz da minha existência, **Rayanne**.

*O meu eterno muito obrigada a todos vocês.*

## RESUMO

Considerando a população de pacientes especiais, em particular, os deficientes mentais, verifica-se a necessidade de estudos epidemiológicos que sirvam de suporte para a implantação de programas preventivos-educativos e que contribua com o conhecimento da saúde bucal desta clientela. A partir desta necessidade, os objetivos do presente estudo foram avaliar as condições bucais de pacientes portadores de deficiência mental, matriculados na Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, e a valorização e percepção de saúde de seus pais/responsáveis frente à saúde bucal traçando também um breve perfil sócio-demográfico. Este estudo foi realizado com 85 deficientes mentais, de 7 a 38 anos de idade, sendo 32 do gênero feminino e 53 do masculino. O diagnóstico das condições de saúde bucal foi realizado através da prevalência de cárie, placa bacteriana e sangramento gengival. O questionário, composto de 3 partes, foi aplicado aos pais/responsáveis na presença do pesquisador. Os resultados mostraram que o deficiente mental apresenta uma higiene bucal pobre (PHP=3,33%); alto índice de sangramento gengival (ISG=68,82%), e quanto ao ataque de cárie também é alto, sendo 6,4 a média do CPO-D e 11,5 para CPO-S com poucos dentes e superfícies apresentando a doença, 1,06 e 2,10, respectivamente. Foram encontrados 17,65% de deficientes mentais livres de cárie. Tanto o CPO-D quanto CPO-S, placa bacteriana e sangramento gengival apresentaram um acréscimo conforme o deficiente mental avançou na idade. Concluiu-se que a saúde bucal da população pesquisada é precária; pais/responsáveis apresentaram uma boa percepção e valorização da saúde bucal de seus dependentes e há a necessidade de implementação de programas de atenção a saúde bucal para esta população.

Palavras chave: Deficiência mental. Saúde bucal. Promoção de saúde.

## ABSTRACT

Considering the population of special patients, especially, the mental retardation ones, it must be verified the necessity of epidemiological studies which can support the development and improvement of preventive and educative programs and also contribute with the knowledge of these subject's oral health. The aim of this study was to evaluate the oral health conditions of the mental retardation patient's, registered at Special School "Raio de Sol" from Associação Pestalozzi of Campo Grande-MS, and the oral health's valuation and perception from their relatives, drawing a brief social-demographic profile too. This study was carried out 85 mental retardation subjects, 32 female and 53 male, with age range of 7-38 years. The diagnosis of oral health's conditions was carried out the prevalence of caries, dental biofilm and gum bleeding. A questionnaire with 3 parts was applied to the relatives by the researcher. The results showed that the target sample presents a poor oral hygiene (PHP =3.33%), high index of gum bleeding (ISG=68.82%) and caries attack high as well, being DMFT 6,4 and DMFS 11.5 with few teeth and surfaces presenting the illness, 1.06 and 2.10 respectively. The DMFD as much as the DMFS, oral cleanliness and gum bleeding showed an increase according to the mental retardation grew up. There were found 17.65% mental retardation patients caries free. It can be concluded that the target population's oral health is precarious; relatives had presented a good perception and valuation of the oral health of their dependents and the necessity of development and improvement oral health's programs for this population.

Key words: Mental retardation. Oral health. Health's promotion.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Evolução e influência do movimento pestalozziano no Brasil e na estrutura governamental do País.....	16
QUADRO 2 - Comparativo entre a Classificação do DSM-IV e CID.10 .....	21
QUADRO 3 - Documentos referentes a Portadores de Necessidades Especiais ao longo do tempo .....	31
QUADRO 4 - Evolução da atenção odontológica à pacientes com necessidades especiais no Brasil, 2006 .....	33
QUADRO 5 - Classificatório de higiene bucal.....	61
QUADRO 6 - Descrição das regiões e arcos examinados para obtenção do Índice de Sangramento Gengival .....	68
QUADRO 7 - Estudos nacionais e internacionais sobre prevalência de sangramento gengival, segundo autor(es), ano de publicação, local, tamanho da amostra, idade e índice .....	95
QUADRO 8 - Estudos nacionais e internacionais sobre prevalência de placa bacteriana, segundo autor(es), ano de publicação, local, tamanho da amostra, idade e índice .....	96
QUADRO 9 - Estudos nacionais e internacionais sobre prevalência de cárie dentária a, segundo autor(es), ano de publicação, local, tamanho da amostra, idade e índice.....	97
QUADRO 10 - Metodologia do uso de vernizes de flúor e clorexidina na promoção de saúde bucal – dentição decídua, mista e permanente .....	101
QUADRO 11 - Situação do dente/superfície e código correspondente para cálculo .....	102

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição da frequência do Índice de Sangramento Gengival nos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (n=85).....	67
TABELA 2 - Índice de Sangramento Gengival de acordo com as diferentes regiões da cavidade bucal, por gênero e faixa etária, nos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (em %) (n=85) .....	68
TABELA 3 - Média de performance de higiene bucal do paciente, por faixa etária, nos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (n=85).....	69
TABELA 4 - Distribuição percentual do número de pessoas com deficiência mental e sua classificação de higiene bucal na Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande, MS – 2006 (n=85) .....	70
TABELA 5 - Distribuição percentual dos pesquisados, por gênero, segundo os valores de CPO-S .....	70
TABELA 6 - Média do CPO-D e CPO-S por faixa etária e gênero dos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (n=85) .....	71
TABELA 7 - Média dos componentes do CPO-D por faixa etária dos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (n=85) .....	72
TABELA 8 - Média dos componentes do CPO-S por faixa etária dos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (n=85) .....	72

TABELA 9 - Relação percentual de dentes examinados, atacados pela doença cárie, hígidos e com selante, conforme a faixa etária e o gênero dos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (n=85) .....	73
TABELA 10 - Relação percentual de superfícies examinadas, atacada pela doença cárie, hígidas e com selante conforme a faixa etária e o gênero dos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (n=85) .....	73
TABELA 11 - Índice de sangramento gengival de acordo com as diferentes regiões da cavidade bucal nos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (n=85).....	94

## LISTA DE SIGLAS

- AADMD – Academy of Developmental Medicine and Dentistry
- AAMR – Associação Americana de Retardo Mental
- APAE – Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
- CADEME – Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais
- CAOE – Núcleo de Capacitação do Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial
- CAPE – Centro de Atendimento a Pacientes Especiais
- CD – Cirurgião-dentista
- CENESP – Centro de Educação Especial
- CFO – Conselho Federal de Odontologia
- CID.10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças
- CIDID – Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
- CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde
- CONADE – Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência
- CORDE – Coordenação Nacional para Integração da Pessoa Deficiente
- DV – Deficiência Visual
- DI – Deficiência Intelectual
- DM – Deficiente Mental
- DSM-IV – Diagnóstico Estatístico das Perturbações Mentais
- FENASP – Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ISG	– Índice de Sangramento Gengival
MEC	– Ministério da Educação
NIAPE	– Núcleo Integrado de Atendimento Preventivo ao Paciente Especial
OMS	– Organização Mundial de Saúde
ONG	– Organização Não Governamental
ONU	– Organização das Nações Unidas
IHOS	– Índice de Higiene Oral Simplificado
OPAS	– Organização Pan-americana de Saúde
PHP	– Índice de Performance de Higiene Bucal
PNAD	– Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNE	– Pessoas com Necessidades Especiais
PC	– Paralisia Cerebral
PPD	– Pessoas Portadoras de Deficiência
QI	– Quociente de Inteligência
SB	– Saúde Bucal
SIPP	– Pesquisa de Renda e Participação em Programas
SUS	– Sistema Único de Saúde
THD	– Técnico em Higiene Dental
UNESP	– Universidade Estadual de São Paulo
UNIDERP	– Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
USP	– Universidade de São Paulo
CDC	– Centro de Prevenção e Controle das Doenças de Atlanta
CEPA	– Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais ()
FOP	– Faculdade de Odontologia de Piracicaba
UNICAMP	– Universidade de Campinas

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
2.1 CENSO DEMOGRÁFICO DO DEFICIENTE.....	17
2.2 DEFICIÊNCIA MENTAL .....	19
2.3 LEGISLAÇÃO RELACIONADA AO DEFICIENTE MENTAL.....	25
2.4 A ODONTOLOGIA E O DEFICIENTE MENTAL.....	32
2.5 LEVANTAMENTOS.....	38
2.6 PROGRAMAS .....	44
<b>3 PROPOSIÇÃO</b> .....	57
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	58
4.1 UNIVERSO AMOSTRAL.....	58
4.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	58
4.2.1 Índice de sangramento gengival .....	58
4.2.2 Índice para avaliação da condição de higiene bucal.....	59
4.2.3 Índice de ataque de cárie.....	61
4.2.4 Entrevista .....	62
4.3 SISTEMÁTICA DE EXAME.....	63
<b>5 RESULTADOS</b> .....	64
5.1 ENTREVISTA .....	64
5.2 ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL.....	66
5.3 ÍNDICE DE HIGIENE BUCAL DO PACIENTE .....	69
5.4 ANÁLISE DO ATAQUE DE CÁRIE .....	70
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	74

<b>7 CONCLUSÕES</b> .....	80
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	81
<b>APÊNDICES</b> .....	88
<b>ANEXOS</b> .....	100

## 1 INTRODUÇÃO

A preocupação com o paciente com necessidades especiais tem aumentado não só no Brasil como também no exterior. A luta pela inclusão social, o respeito a este paciente, campanhas de acessibilidade, acesso ao ensino e saúde com garantia a atenção no aspecto preventivo, curativo e reabilitador são temas que norteiam todos os documentos até agora emitidos em defesa do paciente portador de necessidades (PNE) e neste caso, à pessoa com deficiência mental.

O atendimento odontológico ao PNE evoluiu da boa intenção do cirurgião-dentista em atender esta população à inclusão da disciplina de Pacientes Especiais em Grades Curriculares e reconhecimento da especialidade de Odontologia em Pacientes Especiais pelo Conselho Federal de Odontologia, produzindo profissionais capacitados e com conhecimento técnico-científico aprimorado para melhor atuar na qualidade de vida da referida área (DUAILIBI, 2001).

Com isto barreiras como o preconceito e outras que caminham para a exclusão social vão diminuindo com o auxílio de políticas públicas destinadas a eliminar o estigma como barreiras de acesso no serviço de saúde e elaboração de ações que incluam a educação e capacitação do pessoal da saúde e de líderes comunitários (ACUÑA; BOLIS, 2005).

Entretanto, mesmo com tal evolução, a saúde bucal das pessoas com deficiência mental ainda apresenta uma prevalência alta de cárie dentária, doença periodontal e uma higiene bucal pobre o que pode ser observado nos trabalhos de Cumella et al. (2000), Magg e Meneses (2000), Aguiar et al. (2000), Rao, Hedge e Munshi (2001), Dávila et al. (2003), Pezzementi e Fisher (2005), entre outros.

A falta de interação e comunicação, entre o médico e o cirurgião-dentista, foi verificada por Hallberg e Klingberg (2005) e Fenton et al. (2003) salientando a importância do médico como defensor da saúde bucal e o cirurgião-dentista tornando-se um conhecedor das condições médicas que possam afetar a saúde bucal.

Outra situação também abordada por Tomita e Fagote (1999) é a escassez de literatura, levantamentos epidemiológicos, dados fidedignos e acompanhamento de ações educativas-preventivas desenvolvidas no Brasil, o que dificulta a comparação com dados científicos produzidos em países estrangeiros.

Mediante tais situações, este trabalho traz em seu bojo o respeito pela pessoa com deficiência mental, através da preocupação em levantar os documentos que relatem e defendam seus direitos fundamentais, programas que já foram desenvolvidos e conhecimento da realidade bucal desta população.

Para tanto, a Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS foi escolhida para se verificar a saúde bucal do DM, assim como o perfil sócio-demográfico e percepção de saúde bucal dos pais/responsáveis sobre seus filhos, avaliando-se para tanto, sangramento gengival, controle de placa bacteriana e ataque da doença cárie dentária, o que virá contribuir para o aumento de referências que discutam a abordagem odontológica, com a epidemiologia da área específica e futuras proposições de ações que possam ser desenvolvidas com o objetivo de melhorar a saúde bucal de pessoas com deficiência mental.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A preocupação com a saúde do PNE tem sido tema constante de discussões e pesquisas no mundo inteiro. Entretanto, as publicações científicas relacionadas ao deficiente mental e saúde bucal têm sido escassas. Para tanto, esta revisão agrega considerações históricas do movimento pestalozziano no Brasil, as Legislações existentes, dados epidemiológicos e programas já desenvolvidos.

Quanto a evolução do movimento pestalozziano e sua influência na estrutura governamental do País é mostrado no Quadro 1.

**QUADRO 1** - Evolução e influência do movimento pestalozziano no Brasil e na estrutura governamental do País

<b>Evolução e influências</b>	<b>Ano</b>	<b>Local</b>
Início do movimento pestalozziano no Brasil	1925	Porto Alegre
Criação do Instituto Canoas	Outubro de 1926	Canoas
Fundação da Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais sob orientação de Helena Antipoff	1934	Belo Horizonte
Fundação da Sociedade Pestalozzi do Brasil sob orientação de Helena Antipoff	1945	Rio de Janeiro
Início do movimento para a formação da Federação	1952	Brasil
Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficiente Mental (CADEME)	Decreto-lei n. 22 de setembro de 1960	Brasil
Criação da Federal Nacional das Sociedades Pestalozzi (FENASP)	1970	Rio de Janeiro
Início dos Encontros de Sociedades Pestalozzi do Brasil e fundação de novas Sociedades no Brasil	1971	Brasil
Centro de Educação Especial (CENESP)	Decreto-lei n. 72.425 de 3 de julho de 1973	Brasil

<b>Evolução e influências</b>	<b>Ano</b>	<b>Local</b>
Criação de Comitê para o estudo e apresentação de programas e ações prioritárias referentes a pacientes com necessidades especiais	Decreto-lei n. 91.872 de 4 de novembro de 1985	Brasil
Criação da Coordenação Nacional para Integração da Pessoa Deficiente (CORDE)	1986	Brasil
Secretaria de Educação Especial	1986	Brasil
Conselho Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência (CONADE)	Decreto-lei n. 3.076 de 1º de julho de 1999	Brasil

Fonte: Guarino et al. (2005).

Assim, segundo Guarino et al. (2005, p. 17):

A via educacional pestalozziana está em se propiciar que as comunidades adotem suas próprias condutas perante seus problemas específicos. A educação não deve ser impositiva, nunca devendo desconhecer as reais necessidades de um grupo social, e nunca sobrepondo a uma comunidade soluções que não aquelas fruto do crescimento e da criatividade dessa mesma comunidade.

E é com este pensamento que as Associações pestalozzianas, no Brasil, tem desenvolvido suas atividades de acompanhamento, apoio e assistência à PNE.

## 2.1 CENSO DEMOGRÁFICO DO DEFICIENTE

Em relação ao deficiente, o Censo Demográfico do Brasil sofreu uma evolução quanto a sua coleta de dados e análise dessa população. Pode-se observar nos inquéritos domiciliares realizados em 1872, 1900 e Censo Demográfico de 1920, que investigou apenas as pessoas com deficiência sensorial (cegos e surdos-mudos), que a taxa de cegos era maior nos três períodos analisados (15.848/11.595; 18.813/7.361; 29.874/26.214, respectivamente). Com o passar do tempo, no Censo Demográfico de 1940, além de investigar os cegos e surdos-mudos, procurou-se contemplar o motivo, causas das diferentes deficiências sensoriais e avaliar a fase da vida quando essas acometem os indivíduos. Já em 1981, através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), o universo das deficiências foi expandido e assim distribuído: cegueira, surdez, surdo-mudez, falta de membro(s), paralisia total, paralisia

de um dos lados do corpo, outro tipo de deficiência, pessoas com mais de um tipo de deficiência e retardamento mental (32,7%), calculando-se que 1,78% da população brasileira do referido ano era constituída de pessoas com deficiência. No Censo Demográfico de 1991, o universo de deficiência apresentava a mesma distribuição, com 39,5% da amostra com pessoas portadoras de Deficiência Mental, e cerca de 1,14% da população brasileira era de Pessoas Portadoras de Deficiência (PPD) (FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL, 2003).

Segundo a Organização das Nações Unidas (1982), o mundo abrigava cerca de 500 milhões de pessoas com deficiência, das quais 80% vivem em países em desenvolvimento.

Detalhando melhor o Censo Demográfico de 1991, Chagas (1998) verificou que o Brasil apresentava 1,14% de sua população com deficiência, sendo que na Região Centro-Oeste esta percentagem era de 1,09%, e em Mato Grosso do Sul, 1,06%, correspondendo a 18.832 PPD. Quando analisado o tipo de deficiência, observou-se que a mental, no Brasil, apresentava a maior percentagem (39,51%); na região Centro-Oeste a percentagem era de 38,63% e, em Mato Grosso do Sul, 38,80%. Quando analisado a distribuição regional das deficiências por tipo e por sexo o Brasil apresentava, em relação à deficiência mental, 21,67% em homens e 16,57% mulheres. Na região Centro-Oeste, esta relação era de 21,50% homens e 17,29% mulheres, e em Mato Grosso do Sul, 21,37% homens e 17,44% mulheres, sendo menor que a percentagem nacional. O rendimento familiar considerado no Censo de 1991 foi proveniente da soma de rendimentos dos componentes do domicílio (remuneração bruta). Do total de PPD, 46,77% estavam inseridas em famílias cujo rendimento mensal situava-se na faixa de até de 2 salários-mínimos, e 73% em famílias de até 5 salários-mínimos, denotando a precária situação econômica desta população específica. As famílias com rendimento *per capita* inferiores a  $\frac{1}{4}$  de salário-mínimo correspondiam a 18,88%, que teriam direito ao benefício de prestação continuada.

Ainda, segundo a American Psychiatric Association (1995), quanto à deficiência mental, estimava-se que a percentagem de portadores em sua população fosse aproximadamente de 10% para os países em desenvolvimento, e cerca de 3% em países típicos como os Estados Unidos, registrando-se maior prevalência na classe sócio-econômica menos privilegiada.

Segundo Romer, Dougherty e Amores-Lafleur (1999), através de uma Pesquisa de Renda e Participação em Programas (SIPP) realizada em 1992, estimou que havia 24,1

milhões de pessoas com severas incapacidades residindo no país (USA), e esta estimativa não incluía aqueles institucionalizados e, no mesmo ano, a Associação Americana sobre Retardo Mental (AAMR) calculou que aproximadamente 346.874 estavam acomodadas em instituições.

Diferente dos levantamentos anteriores, o Censo Demográfico de 2000 permitiu realizar uma análise mais ampla do universo das PPD como grau de severidade. Neste Censo, 14,5% dos brasileiros foram considerados portadores de pelo menos alguma deficiência e com relação à deficiência mental, a porcentagem apresentada foi de 11,5%. Mato Grosso do Sul apresentava 13,72% de PPD. Outros fatores relacionados às PNE são importantes e devem ser levados em consideração como a insuficiência do rendimento familiar: 29,05% dessas pessoas vivem abaixo da linha de miséria e renda *per capita* abaixo de meio salário mínimo. Nos Estados com o menor percentual de PPD, a renda média das pessoas com deficiência varia entre R\$ 570,00 e R\$ 903,00, e nos Estados com os maiores percentuais, a renda média varia entre R\$ 287,00 e R\$ 363,00. Constatou-se que 92,25% desta população moram em casa, sendo 9,65% em domicílios alugados, 72% em terreno próprio e 73,98% em domicílio próprio em aquisição, superior o encontrado na população total (64,5%). Com relação ao sistema de coleta de lixo, quase 68% desfrutam deste serviço e 92,01% residem em domicílio com iluminação elétrica. O número de pessoas na família de uma PPD é de 3,4 maior do que nas famílias da população total – 2,81 e a renda familiar *per capita* é de R\$ 208,98 inferior da população total – R\$ 297,44. No quadro nacional de miséria, 32,02% da população têm renda familiar *per capita* inferior a meio salário mínimo, sendo que na população de PPD é de 29,05% (FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL, 2006).

Através de *Relatório sobre a saúde mental no mundo* (2001) da Organização Mundial de Saúde (2006), a prevalência geral do retardo mental estava entre 1 a 3%, e com relação ao retardo mental moderado, grave e profundo, a taxa era de 0,3%, sendo sua ocorrência mais comum nos países em desenvolvimento devido à incidência maior de lesões, anóxia no recém-nascido e de infecções cerebrais na primeira infância.

## 2.2 DEFICIÊNCIA MENTAL

A Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, aprovada em Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 09 de dezembro de 1975, define em seu artigo 1º

o termo de “pessoas deficientes” como sendo qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência, congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais (DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS..., 2006).

Apoiando-se na Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) de 1989, o Decreto n. 3.298 de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei n. 7.853 de 24 de outubro de 1989, em seu artigo 3º, considera deficiência toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere uma incapacidade para o desempenho das atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano, sendo que a incapacidade é uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, necessitando a pessoa portadora de deficiência de equipamentos, adaptações ou outros recursos especiais para receber ou transmitir informações e desempenhar função ou atividade. Já no artigo 4º, o mesmo documento considera pessoa portadora de deficiência aquela que se enquadra nas categorias de deficiência física, auditiva, visual e mental, onde todas são definidas. No Inciso IV do mesmo artigo, esta deficiência é definida como um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas como a comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, utilização da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho. A diferença entre esse Decreto e a CIDID é que nesta, a deficiência pode ser temporária ou permanente sendo a incapacidade, resultante de uma deficiência que pode surgir como consequência direta ou resposta do indivíduo a esta. Os mesmos conceitos e definições são apresentados também pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística do Brasil (1991 apud FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL, 2003) e pelo *Relatório sobre a saúde mental no mundo 2001* da Organização Mundial de Saúde (2001).

Quando comparado a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID.10) (1993), que trabalha em critérios quantitativos, com o Diagnóstico Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-IV) (1994) ambos apresentam definições semelhantes o que pode ser observado no Quadro 2.

**QUADRO 2** - Comparativo entre a Classificação do DSM-IV e CID.10<sup>1</sup>

<b>Classificação</b>	<b>CID.10</b>	<b>DSM-IV</b>
Retardo mental leve	(F.70) – QI 50 e 69. Dificuldade de aprendizado na escola.  Adultos: trabalhar e manter relacionamento social satisfatório; contribui com a sociedade.	(F.79.9-317) – Categoria pedagógica dos educáveis <sup>(1)</sup> . Desenvolvem habilidades sociais e de comunicação durante a pré-escola. Mínimo prejuízo sensorio-motor.  Adolescência: habilidades de 6ª série escolar.  Adultos: adquire habilidade social e profissional adequada para custeio mínimo das próprias despesas. Podem viver sem problemas na comunidade, independente ou supervisionado.
Retardo mental moderado	(F.71) – QI entre 35 e 49. Maioria aprende a desempenhar algum grau de independência (cuidados pessoais); adquire habilidade de comunicação acadêmica.  Adulto: necessita de assistência para viver e trabalhar na comunidade.	(F71.9-318.0) – Categoria dos treináveis <sup>(2)</sup> . Adquire habilidade de comunicação nos primeiros anos da infância. Com moderada supervisão podem cuidar de si mesmos.  Adolescência: dificuldade nas convenções sociais.  Adulto: capaz de executar trabalhos não qualificados ou semi-qualificados sob supervisão. Boa adaptação na vida em comunidade, geralmente supervisionado.
Retardo mental grave/severo	(F.72 - Retardo mental grave) – QI entre 20 e 40. Necessidade de assistência contínua.	(F72.9-318.1 - Retardo mental severo).  3 a 4% dos indivíduos com retardo mental.  Infância: pouca ou nenhuma fala comunicativa.  Fase escolar: pode aprender a falar e ser treinado em habilidades básicas de higiene.  Adulto: executar tarefas simples sob supervisão. Adaptação boa à vida em comunidade.
Retardo mental profundo	(F73) – QI abaixo de 20. Limitações graves quanto aos cuidados pessoais, continência, comunicação e mobilidade.	(F73.9 – 318.2).  1 a 2% dos indivíduos com retardo mental. Condição neurológica como responsável pelo retardo mental.  Infância: prejuízos no funcionamento sensorio-motor. Habilidades de higiene e comunicação podem melhorar com treinamento apropriado. Conseguem executar tarefas simples em contextos obrigados – estreita supervisão. São os dependentes <sup>(3)</sup> .
Retardo mental inespecífico/outro retardo mental	Quando existe forte suposição de retardo mental, porém, não se pode utilizar o teste de maneira adequada.	

Fonte: Associação Americana de Psiquiatria (1995).

<sup>1</sup> (1) QI entre 76-89 – podem permanecer em classes comuns necessitando de acompanhamento psicopedagógico especial; (2) QI entre 25-75 – crianças em classes especiais poderão treinar várias funções; (3) QI abaixo de 25 casos graves – atendimento em instituições.

Tanto a AAMR quanto DSM-IV de 1994 caracterizam a DM como

[...] funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhadas de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais (interpessoais, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança [...]) (BALLONE, 2006; AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION, 2006).

Sendo que o início da DM deve ocorrer antes dos 18 anos de idade, a DMS-IV, recomenda que a DM não deva ser diagnosticada em um indivíduo com um Quociente de Inteligência (QI) inferior a 70, se não existirem déficits ou prejuízos significativos no funcionamento adaptativo. Vale ressaltar que o DSM-IV especifica níveis de gravidade, enquanto a AAMR padrões e intensidade dos apoios necessários.

Para Verdugo (1994), a classificação da DSM-IV juntamente com a AAMR, deve ser observada para o sistema de prestação de serviços direcionados a estas pessoas, pois atribui importância aos apoios necessários refletindo as possibilidades de crescimento e potencialidades das pessoas; nas noções de oportunidade e autonomia e determina dar o apoio necessário a todas as pessoas que fomentar a sua independência/interdependência, produtividade e integração na comunidade. Permite, ainda, que se tenha o conhecimento adequado para tratamento ou planejamento dos serviços, centrando-se na possibilidade de que o ambiente social tem de oferecer os serviços e apoios, objetivando o aumento de oportunidades para que os indivíduos possam levar uma vida pessoal satisfatória.

Vale salientar que, para Vigotski (2002), os testes de inteligência como métodos de avaliação, identificam apenas aspectos negativos do intelecto quando o ideal seria ressaltar a capacidade de aprender do indivíduo.

O QI, segundo Ballone (2003), deveria ficar em segundo plano, visto que a unidade de observação é a capacidade de adaptação do indivíduo ao meio aconselhando não mais considerar a classificação de retardo mental leve, moderado, severo ou profundo mas, o grau de comprometimento funcional adaptativo, pois o mais importante é saber se o DM necessita de apoio em habilidades de comunicação, sociais e higiene entre outras. Trata-se, portanto, de uma avaliação qualitativa da pessoa sob o ponto de vista das oportunidades e autonomias.

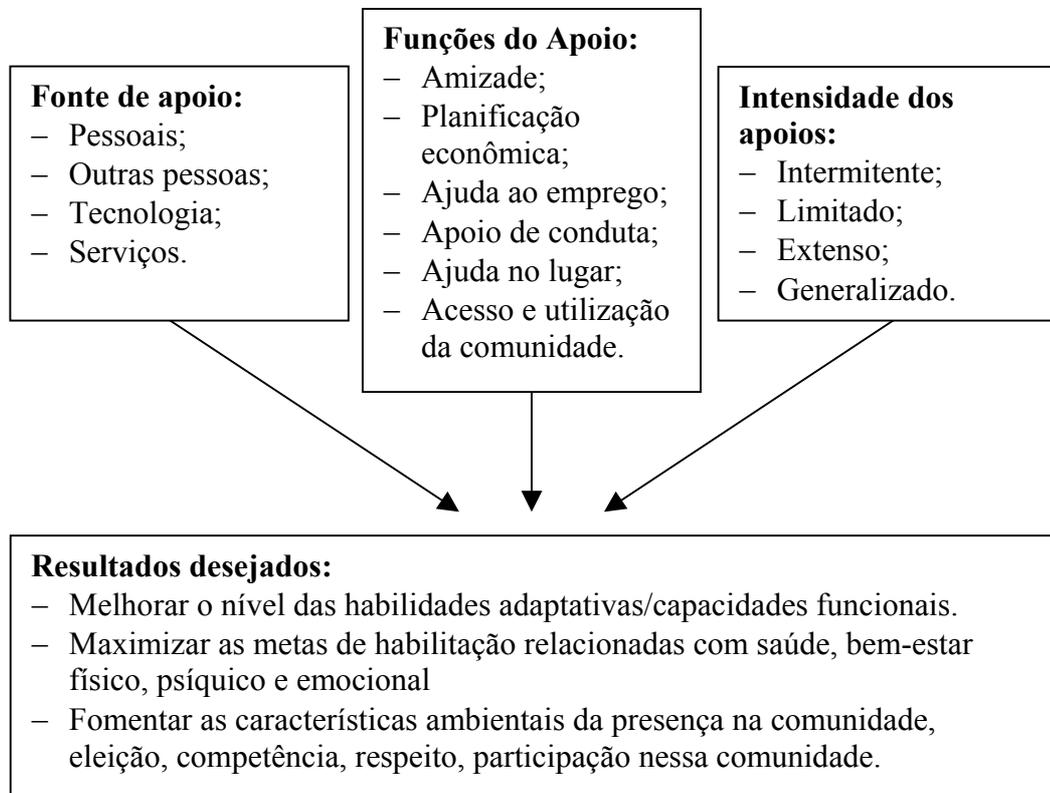
Para Dávila et al. (2003), a Deficiência Intelectual (DI) é um transtorno caracterizado por uma função intelectual inferior ao da média da população, com déficit ou anomalias na capacidade de aprendizagem e adaptação social.

Dentro da evolução em analisar e descrever estatisticamente funcionalidade, incapacidade e saúde na população, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF) da OMS, aprovada em maio de 2001, substituiu o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva por considerar as atividades que um indivíduo possa desempenhar, sua participação social dentro da alteração de funções e/ou estrutura do corpo. A avaliação da pessoa, então, evoluiu do modelo biomédico, centrado na etiologia da disfunção, para o modelo que incorpora 3 dimensões: a biomédica, psicológica (dimensão do indivíduo) e a social, pretendendo incorporar no futuro os fatores pessoais. É uma mudança de paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência/incapacidade na construção de instrumentos para avaliar as condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social, identificando o que uma pessoa pode ou não fazer na vida diária (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Varellis (2005) salientou que, atualmente, o diagnóstico do DM é realizado pela observação do funcionamento de suas habilidades adaptativas, levando-se em consideração, nesse processo, os prejuízos no funcionamento adaptativo e não o QI. Desta maneira, deixa-se de utilizar a terminologia leve, moderada, severa e profunda, para diagnosticar a necessidade de apoio que o indivíduo tem em alguma habilidade adaptativa, sendo esta observação importante para as pessoas envolvidas no tratamento e na prestação de serviços a estes pacientes. A importância da classificação quanto à necessidade de apoio possibilita o crescimento de acordo com suas potencialidades nas habilidades adaptativas que foram afetadas, possibilitando aplicar noções de “rejeição zero”. O funcionamento intelectual e o comportamento adaptativo são duas áreas avaliadas neste contexto, onde a primeira refere-se à capacidade do indivíduo em resolver problemas e adquirir conhecimentos e, a segunda, capacidade de se adaptar e interagir com seu ambiente de acordo com seu grupo etário e cultural.

O Sistema 1992 (FIGURA 1), abordado por Varellis (2005), analisa as possibilidades que o ambiente social tem em oferecer serviços e apoio que ajudarão o indivíduo a levar uma vida pessoal satisfatória, pois o mesmo considera a diversidade cultural e lingüística de cada pessoa; muda o enfoque sobre o deficiente; faz uma avaliação dinâmica; analisa o ajustamento

do deficiente ao meio; define o paradigma de apoios; descreve o indivíduo e busca melhora da qualidade de vida.



**FIGURA 1** - Sistema 1992.

Fonte: Varellis (2005, p. 153).

Alguns termos, entretanto, utilizados e traduzidos do inglês ou espanhol, devem ser analisados. Historicamente, o termo mais referendado tem sido deficiência (*disability*), o que resulta de um impedimento (*impairment*), o qual pode ser traduzido como impedimento, limitação, perda ou anormalidade, numa parte ou função do corpo humano, o que está de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF). O conceito de deficiência não pode ser confundido com o de incapacidade (*handicap*). Para Sasaki (2005, p. 9) incapacidade é “[...] um estado negativo de funcionamento da pessoa, resultante do ambiente humano e físico inadequado ou inacessível, e não em tipo de condição, ou seja, situação de desvantagem imposta às pessoas com deficiência.” Salientou ainda que a tendência mundial é a de utilizar o termo deficiência intelectual e não deficiência mental, o que, para o autor, é mais apropriado por dois motivos: o termo intelectual refere-se ao

funcionamento do intelecto e não ao da mente como um todo, e distingue melhor deficiência mental de doença mental. Vale ressaltar que a expressão deficiência intelectual foi oficialmente utilizada em 1995 pela Organização das Nações Unidas.

## 2.3 LEGISLAÇÃO RELACIONADA AO DEFICIENTE MENTAL

Vários são os documentos que demonstram a preocupação em assegurar ao DM uma vida digna, com direito a educação, saúde e convívio social.

Na Declaração dos Direitos da Criança, adotada pela Assembléia das Nações Unidas de 20 de novembro de 1959 e ratificada pelo Brasil, observa-se a preocupação em manter a dignidade e valor humano da criança, no seu Princípio 1º, no qual afirma que toda criança gozará de todos os direitos, sem distinção de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza e nascimento, e também com a criança especial o que é específico no Princípio 5º, que segue: “à criança incapacitada física, mental ou socialmente serão proporcionados o tratamento, a educação e os cuidados especiais exigidos pela sua condição peculiar” (DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA, 2006, p. 2-3).

Observando a necessidade de ajudar as pessoas com deficiência mental a desenvolver suas aptidões nas mais diversas esferas de atividades, proporcionar à medida do possível sua incorporação na vida social e ao mesmo tempo solicitar a adoção de medidas nacional e internacional que servissem de base e de referência comum para a proteção destes direitos, foi proclamada pela ONU, em 20 de dezembro de 1971, a Declaração de Direitos do Deficiente Mental, que com relação à saúde no seu artigo 2º salienta o direito a atenção médica e tratamento físico como também a educação, à capacitação profissional, à reabilitação e a orientação que irão permitir o desenvolvimento de aptidões e possibilidades.

Em 1975, a ONU, consciente de que determinados países, em seu atual estágio de desenvolvimento, podiam desenvolver apenas limitados esforços para a proteção do indivíduo com necessidades especiais, proclamou a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, como apelo à realização de ações, nacionais e internacionais, que assegurassem que esta Declaração fosse usada como base comum de referência para a proteção destes direitos. Verifica-se, em seu artigo 6º, que estas pessoas têm direito ao tratamento médico, psicológico

e funcional, aparelhos protéticos e ortóticos quando necessários, reabilitação médica e social, educação, treinamento vocacional e reabilitação, assistência, aconselhamento, serviços de colocação e outros serviços que possibilite o máximo de desenvolvimento da capacidade e habilidades e aceleração do processo de integração social (DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS..., 2006, p. 2).

Dentre elas, a Constituição da República Federativa do Brasil (1988), em seu Título III – Da Organização do Estado; Capítulo II – Da União em seu artigo 23 informa:

[...] é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

[...].

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.

No Título VIII – Da Ordem Social; Capítulo II – Da Seguridade Social; Seção II – Da Saúde e Seção IV – Da Assistência Social, observa-se os seguintes artigos vinculados ao PNE:

Art. 196- A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 203- A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente da contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

[...].

IV - A habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - A garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e [...].

No Brasil, em 1989, surge a Lei n. 7.853/1989 que dispõe sobre o apoio às PNE e sua integração social. Nela ficam definidas as responsabilidades do Poder Público, entre os quais cabe assegurar a essas pessoas, o pleno exercício de seus direitos básicos e de outros que decorrem da Constituição e das leis que propiciem bem estar pessoal, social e econômico, além de definir a competência da CORDE. A referida Lei salienta que dentre as responsabilidades relacionadas à saúde e aos recursos humanos estão:

- a) a promoção de ações preventivas;
- b) desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidentes do trabalho e de trânsito;
- c) garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde públicos e privados com adequado tratamento e condutas apropriadas;
- d) garantia de atendimento domiciliar;
- e) desenvolvimento de programas de saúde voltados para esta população, sendo desenvolvidos com a participação da sociedade;
- f) incentivo a pesquisa e desenvolvimento tecnológico em todas as áreas de conhecimento com pessoa portadora de deficiência.

Com o Decreto n. 3.298/1999, fica regulamentada a Lei n. 7.853/1989 que apresenta como uma das diretrizes da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, a inclusão da mesma em todas as iniciativas governamentais relacionadas à educação, saúde, trabalho, edificação pública, previdência privada, assistência social, transporte, habitação, cultura, esporte e lazer. Coloca como objetivo a integração de ações dos órgãos e entidades públicas e privadas nas áreas da saúde, educação, trabalho, transporte, assistência social, edificação pública, assim como desenvolvimento de programas setoriais destinados ao atendimento das necessidades especiais, formação de recursos humanos para atendimento a PNE e garante a efetividade de programas de prevenção, atendimento especializado e de inclusão social.

A limitada capacidade de resposta às necessidades da população brasileira, a situação ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolavam o país, faziam do modelo de saúde vigente no Brasil em 1993, elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação, segundo o Relatório Final de II Conferência Nacional de Saúde Bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993). Este mesmo documento solicitava, na época, que quando fossem realizadas reformas ou projetos nas Unidades Básicas de Saúde; deveria ser previsto a edificação de ambientes compatíveis com instalações de equipamentos segundo critérios ergonômicos e de racionalização do trabalho odontológico, adequação às

necessidades de locomoção, uso e acesso para PNE de qualquer ordem. Também solicitava a garantia de atendimento básico executado em qualquer Unidade Básica de Saúde da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) para os portadores de deficiência física, mental, motora ou múltipla, que deveria contar com concepção arquitetônica adequada, normas e rotinas de biossegurança e recursos humanos devidamente capacitados para tal fim.

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2000, o Brasil ainda não apresentava um modelo de atenção à saúde adequado, que atendesse aos problemas de saúde do País com equidade. Os existentes mantinham o caráter assistencialista, sendo obsoletos, curativistas e operados por profissionais despreparados. Na sua maioria eram voltados para a doença, gerando expectativa de que a única forma de resolver os problemas de saúde era tratar a doença por medicamentos. Também na mesma Conferência, foi solicitado dentro de Políticas Específicas Especiais – Saúde Bucal, a garantia de atendimento médico/odontológico para pacientes especiais (item 114) e o pedido de assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência (item 149), compreendendo todos os profissionais necessários, observando-se os princípios da descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003a).

A Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, salienta em seu artigo 2º, o direito do paciente a ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde que esteja relacionado às suas necessidades.

Com a Declaração de Madrid, em 2003, os países europeus declararam o referido ano como o Ano Europeu das Pessoas com Deficiência, cujo objetivo era contribuir para o aumento da consciência da opinião pública sobre os direitos dos mais de 50 milhões de europeus com deficiência. Em seu preâmbulo, a deficiência é vista como uma questão de direitos humanos, igualdade de oportunidades, de não caridade, de barreiras sociais que geram discriminação e exclusão social. Consideraram que a não discriminação juntamente com a ação positiva, resulta em uma inclusão social. Menciona a visão da sociedade inclusiva para todos que necessitam de medidas legais, mudança de atitudes, serviços que promovam vida autônoma, apoio às famílias, atenção especial às mulheres com deficiência, a integridade global da deficiência, o emprego como chave para a inclusão social e outras propostas.

Também em 2003, o Ministério da Saúde – Brasil publicou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, pois a situação da assistência a este grupo ainda apresentava um perfil frágil, desarticulado e descontínuo de ações tanto na esfera pública quanto privada. Os programas existentes eram extremamente centralizados e atendiam a um reduzido número de PNE, não contemplando experiências comunitárias e sem avaliação dos resultados. Vale ressaltar que fatores como o efetivo aproveitamento dos recursos financeiros, técnicos, materiais e humanos, entre os quais estavam a desinformação da população em geral, precária distribuição dos recursos financeiros, visão limitada dos serviços sobre como e em que poderiam contribuir para a independência e a qualidade de vida destas pessoas dificultavam o alcance de melhores resultados na atenção à saúde. A tal política, dentro do contexto das políticas governamentais, tem o propósito de reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a inclusão social, protegendo a saúde e prevenindo agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

Conscientes de que as pessoas com deficiências intelectuais são freqüentemente excluídas das tomadas de decisão sobre seus Direitos Humanos, Saúde e Bem Estar entre outras situações, reuniram-se na Conferência Internacional sobre Deficiência Intelectual da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e OMS, em outubro de 2004, em Montreal, pessoas com deficiências intelectuais, familiares, representantes de pessoas com DI, especialistas, trabalhadores da saúde e outras áreas, representantes de Estados, gerentes de serviços, ativistas de direitos, legisladores e advogados e lançaram a Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual, fortalecendo os documentos já existentes. Realizaram recomendações aos Estados, diversos agentes sociais e civis, às pessoas com DI e suas famílias e às Organizações Internacionais com relação ao exercício de seus direitos e acesso aos bens da sociedade.

No Brasil, para a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em julho de 2004, as condições da saúde bucal e o estado dos dentes eram, sem dúvida, um dos mais significantes sinais de exclusão social, pois, através das manifestações de doenças e necessidades de tratamento odontológico, pode-se registrar o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas de todo o país. Sendo assim, é importante salientar alguns pontos específicos para PNE como o apresentado no Eixo 1 – Educação e Construção da Cidadania no seu item 47:

[...] implantar no Programa da Saúde da Família (PSF) uma política de atendimento a pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas e de deficiência e incentivar as equipes a realizarem ações de educação e cidadania no ambiente domiciliar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 33).

No item 61, orienta a criação do prontuário de Saúde Bucal (SB), vinculado a Unidade de Saúde, que atenda as necessidades de PNE (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No Eixo 2, Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal, no seu item 34, salienta a articulação que deve existir nas ações conjuntas entre Conselhos de Saúde, Conselhos Tutelares, Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho de Segurança Alimentar, entidades como a Pastoral da Criança, SOS Criança, Varas da Infância e Adolescência e outros, nas três esferas de governo, buscando o compromisso de pais/responsáveis nos cuidados relacionados À saúde da criança através de apoio e suporte social com acompanhamento de famílias com crianças em situação de risco e PNE (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Sendo que no eixo 3.1 – Formação e Desenvolvimento em Saúde Bucal no seu item 37: “Capacitar profissionais para o atendimento odontológico a pacientes portadores de necessidades especiais e portadores de deficiências e transtornos mentais, [...]” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 65). No Eixo 4.1 – Financiamento em Saúde Bucal, em seu item 14-L tem-se: “[...] adotar como critério, a cobertura de grupos vulneráveis e especiais, tais como indígenas, idosos e pessoas portadoras de deficiências, doenças crônico-degenerativas e necessidades especiais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 94).

Por fim no Eixo 4.2 – Organização da Atenção em Saúde Bucal no seu item 45 tem-se:

[...] garantir que os usuários portadores de deficiência física, mental, motora, múltiplas ou de doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas tenham o seu atendimento preventivo-promocional através de procedimentos coletivos nos grupos programáticos, com entrega de kits contendo escova, pasta e fio dental, assim como atenção curativa individual executada na esfera SUS regional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 125).

Para esta Conferência, a exclusão social e a falta de garantia de acesso à atenção em saúde bucal ainda é preocupante, visto que o modelo de atenção ainda continua calcado no cirúrgico-restaurador, de alto custo e ineficiente, havendo a necessidade de mudanças imediatas onde, cada comunidade, de acordo com seu perfil epidemiológico, possa melhorar a sua qualidade de vida. O enfrentamento dos problemas nessa área além das ações assistenciais

realizadas por pessoas competentes, também requer políticas intersetoriais, a integração das ações preventivas, curativas e de reabilitação, enfocando a promoção de saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e compromisso do estado envolvendo as esferas Estadual e Municipal.

Almeida (2006) discorreu uma seqüência de fatos de criação de documentos através das décadas passadas, que foram elaborados e aprovados com o objetivo maior de garantir direitos iguais e dignidade humana para os pacientes portadores de necessidades especiais conforme pode ser observado no Quadro 3.

**QUADRO 3** - Documentos referentes a Portadores de Necessidades Especiais ao longo do tempo

<b>Década</b>	<b>Documento</b>	<b>Objetivo</b>
1950	Direitos da Criança (20/12/1959).	– Garantir tratamento, educação e cuidados essenciais frente a condições peculiares em caso de algum impedimento.
1960	Expansão das Associações dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs). Criação de Organizações Não Governamentais (ONGs).	– Beneficiar as pessoas especiais.
1970	Declaração dos Direitos das Pessoas Mentalmente Retardadas (1971). Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes (1975).	– Estimular o cumprimento dos direitos dessas pessoas à educação, à saúde e ao trabalho.
1980	Proclamação do Ano Internacional das Pessoas Deficientes (ONU – 1981). Lei-federal n. 7.853 (Brasil – 21/10/1989).	– Contribuiu para o estímulo e para a união de forças das pessoas deficientes do mundo e expansão dos movimentos organizados. – Dispõe sobre os direitos das PPD.
1990	Declaração Mundial sobre Educação para Todos (1990). Normas Uniformes sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Incapacidade (1993). Declaração de Salamanca (1994). Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil – 13/07/1990).	– Garantir o atendimento as necessidades básicas as crianças e adultos. – Conscientização de saúde, educação, trabalho, família. – Acomodação de todas as crianças em escolas independentemente das condições físicas, intelectuais, sociais e emocionais. – Assegura direitos aos deficientes por meio de seus artigos.

<b>Década</b>	<b>Documento</b>	<b>Objetivo</b>
	Lei n. 8.112 (Brasil – 11/12/1990).	– Reserva de até 20% de vagas para deficientes em concursos públicos.
	Lei n. 8.742 (Brasil – 07/12/93).	– Concessão de salário mínimo para os que não tem como manter a si e a família, e pela Lei Orgânica da Assistência Social garantir o atendimento às necessidades básicas.
	Lei n. 8.213 (Brasil – 24/07/1991)	– Reserva de 2% a 5% de vagas para deficientes em empresas privadas, de acordo com o número de empregados.
2000	Inclusão Social.	– Movimentos pela sociedade inclusiva.
	Campanha da Fraternidade.	– Movimento da Confederação de Bispos do Brasil.

Fonte: Almeida (2006).

Para a ONU (apud ALMEIDA, 2006), num contingente aproximadamente de sessenta milhões de brasileiros, 10% (16 milhões) podem ser considerados deficientes, onde 5% (oito milhões) correspondem aos deficientes mentais do total de habitantes do Brasil. Deve-se considerar que, mediante dados de diversos Órgãos, o atendimento aos 16 milhões de deficientes nunca chegou aos 10%, ficando aproximadamente 14 milhões e 400 mil pessoas à margem da sociedade, escondidas ou totalmente desconsideradas quanto aos seus direitos.

## 2.4 A ODONTOLOGIA E O DEFICIENTE MENTAL

O atendimento odontológico à PNE no Brasil iniciou-se com a boa vontade de profissionais, pois não havia formação acadêmica específica para este fim. Com o tempo, tal atendimento foi evoluindo e hoje, apresenta-se em Grades Curriculares de Cursos de Odontologia e em cursos de especialização. Esta evolução pode ser observada no Quadro 4 (DUAILIBI, 2001).

**QUADRO 4 -** Evolução da atenção odontológica à pacientes com necessidades especiais no Brasil, 2006

Ano	Local	Observações
1957-1985	Hospital Matarazzo (SP)	– Serviço de Odontologia Hospitalar com 01 cirurgião-dentista especialista em Cirurgia Buço Maxilo Facial e 1 médico.
1969	Rio de Janeiro (RJ)	– Serviço de Atendimento Domiciliar aos Excepcionais.
1972	São Paulo (SP)	– Criação do Centro Brasileiro para o desenvolvimento da Odontologia para Excepcionais pela Sociedade Pestalozzi, local onde eram ministrados cursos teórico-prático (08 h/a teóricas e 32 h/a práticas) incluindo anestesia geral.
	Hospital Heliópolis (SP)	– Criação do Setor de Odontologia com atendimento a PNE sob anestesia geral. Atualmente o atendimento é realizado com ou sem anestesia geral.
1974	Rio de Janeiro(RJ)	– Fundação do Serviço Hospitalar Cardoso Fontes ao PNE sob anestesia geral.
1973	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP – SP)	– Administração do conteúdo didático de Atendimento a PNE na Disciplina de Odontopediatria.
1978	Faculdade de Odontologia de Goiânia (GO)	– O conteúdo de Pacientes Especiais era ministrado na Disciplina de Odontopediatria e estágios extra muros.
1980	Faculdade de Odontologia de São José dos Campos (SP) Universidade de Taubaté (SP)	– Administração do conteúdo didático de Atendimento a PNE na Disciplina de Odontopediatria.
1980-1986	Universidade Federal do Rio de Janeiro (RJ)	– O conteúdo de Pacientes Especiais era ministrado na Disciplina de Odontopediatria.
1981	Faculdade de Odontologia do Triângulo Mineiro (Uberaba-MG)	– O conteúdo de Pacientes Especiais era ministrado na Disciplina Multidisciplinar a qual é curricular e obrigatória.
1984	Universidade Camilo Castelo Branco (SP)	– Administração do conteúdo didático de Atendimento a PNE através do serviço Multidisciplinar.
	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (MS)	– A Disciplina de Pacientes Especiais é inserida na Grade Curricular sendo obrigatória.
1985	Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP – SP)	– Início do funcionamento do Centro de Assistência a Excepcionais (CAOE) como Unidade Auxiliar apresentando como objetivos a pesquisa e ensino.

Ano	Local	Observações
1986	Universidade Camilo Castelo Branco (SP)	– Criação da Disciplina de Pacientes Especiais de forma autônoma e formal.
1989	USP (SP)	– Criação do Centro de Atendimento a Pacientes Especiais (CAPE). O atendimento era realizado com participação voluntária de acadêmicos e profissionais. Também tinha como objetivo a produção de pesquisa.
	Universidade Fluminense (RJ)	– Criação da Disciplina de Pacientes Especiais na Grade Curricular.
1990	Faculdade de Odontologia do Objetivo (Universidade Paulista – SP)	– Fundação do Núcleo Integrado de Atendimento Preventivo ao Paciente Especial (NIAPE). O conteúdo programático era desenvolvido na disciplina de Clínica Integrada.
	Universidade da Grande Rio (UNIGRANRIO – RJ)	– A disciplina de Pacientes especiais passa a ser autônoma e obrigatória.
1991	CAOE (UNESP – SP)	– Reconhecido como Núcleo de Capacitação do Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial.
1993	Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC – PR)	– Criação da Disciplina de Pacientes Especiais na Grade Curricular.
1997	Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP – MS)	– Criação do Curso de Odontologia o qual continha em sua Grade Curricular a Disciplina de Pacientes Especiais I e II distribuídas no 9º e 10º Semestres.
1999	Universidade Veiga de Almeida (RJ)	– A disciplina de Pacientes especiais passa a ser autônoma e obrigatória.

Fonte: Duailibi (2001, p. 219-224).

No Brasil, a Odontologia para Pacientes Especiais passou a ser considerada uma especialidade a partir de decisões tomadas em setembro de 2001 durante a II Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas, sendo homologada em 20 de dezembro de 2001, ficando sob sua responsabilidade, segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO), Resolução n. 22/2001 – título I – capítulo I – seção XI, diagnosticar, prevenir, tratar e controlar problemas de saúde bucal de PNE observando a complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social e a importância da relação transdisciplinar tendo, sua complementação de competência na Resolução CFO n. 25/2002 (art. 4º) a qual especifica a atuação profissional em pacientes com graves distúrbios de comportamento, emocionalmente

perturbados, estado de incapacidade temporária ou definitiva no âmbito ambulatorial, hospitalar ou domiciliar e ainda o aprimoramento constante na área de atuação.

Atualmente, dos 465 cursos de especialização credenciados pelo CFO apenas 2 são de Odontologia para Pacientes Especiais, e dos 344 reconhecimentos de cursos de especialização, 04 são de Pacientes Especiais.

Para Elias (1997), o tratamento do paciente especial como um todo e não apenas visualizando a Odontologia, apresenta ainda barreiras não ultrapassadas por preconceito no atendimento básico, o que agrava cada vez mais as condições de qualidade de vida desses pacientes. Além disso, são muitos os obstáculos encontrados para o tratamento odontológico, como a ansiedade do paciente e dos pais, baixa prioridade com campanhas voltadas a esses pacientes, pouco preparo técnico-científico do profissional de Odontologia e a necessidade de um trabalho multidisciplinar.

Com relação à Odontologia, Waldman e Perlman (2001b) relataram que muitas das variantes do estado de saúde bucal dos indivíduos com DM originam-se onde estes residem, na comunidade ou instituições, e a relutância da comunidade da área de saúde em fornecer estes serviços se deve a combinação de falta treinamento, experiência, interesse e incentivos financeiros inadequados. Salientaram, que os esforços devem ser direcionados no preparo de estudantes e comunidade para fornecer os serviços necessários; pressionar o incremento financeiro e reembolso de taxas pelo tratamento, trabalhar mais próximo às famílias e grupos da comunidade que cuidam de PNE.

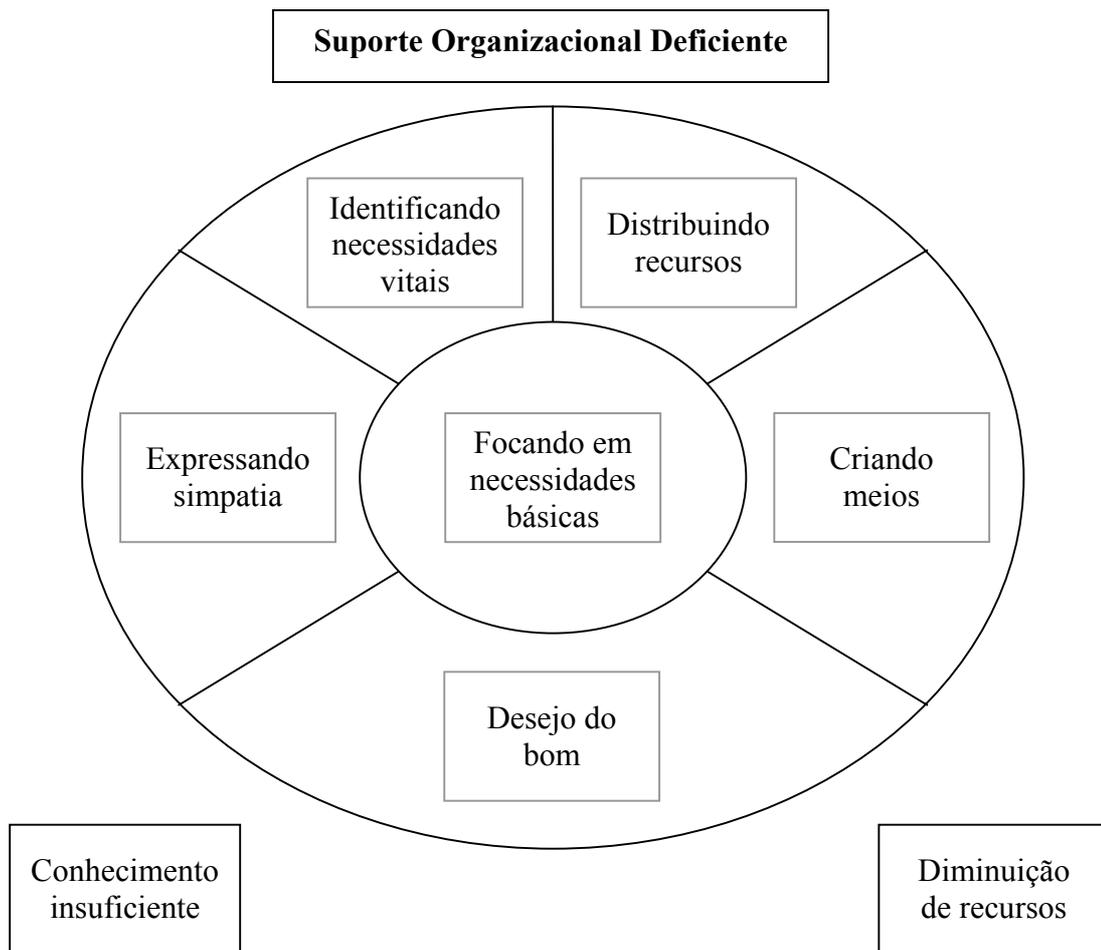
Edwards e Merry (2002), com o objetivo de identificar como era o acesso ao serviço odontológico e quais eram as barreiras para o cuidado de PNE, distribuíram 195 questionários para os Cirurgiões-dentista (CD) (n=67) que trabalhavam em Liverpool, (n=49) Sefton, (n=49) St Helens e (n=41) Knowsley, tendo retornado 157, o que correspondeu a 81% do total, observando que mais de 90% dos CD afirmaram estar atendendo esta população e desejavam atender cada vez mais, e identificaram barreiras físicas ao acesso, falta de tempo e de equipamentos domiciliar como as principais barreiras para promover para estes pacientes.

Segundo Fenton et al. (2003), a Academy of Developmental Medicine and Dentistry (AADMD) observaram que a interação de quatro fatores (tendência de desinstitucionalização de indivíduos com DM e incapacidades desenvolvidas; aumento da expectativa de vida desta população; aumento nos problemas de acesso aos cuidados com a saúde e as evidências

científicas da importância da interação saúde sistêmica e oral) que contribuíram para a reivindicação de treinamento na área médica e odontológica. Salientaram ainda que o acesso ao transporte, dificuldades comportamentais e medo do tratamento apresentam grande significado como fatores de risco para esta população sendo necessário uma maior atenção e colaboração multi-profissional, com o médico tornando-se um bom defensor da SB, e o CD sendo maior conhecedor das condições médicas que possam afetar a saúde bucal. Com relação ao preparo universitário do futuro profissional de saúde, a AADMD tem desenvolvido um modelo híbrido de educação-serviço direcionado a esta população, com os seguintes objetivos: proporcionar acesso de qualidade (médico/odontológico), universidade como local de capacitação e treinamento da área de saúde; desenvolver pesquisas que melhorem a qualidade de vida desta população, e incentivar parcerias entre profissionais da área médica e odontológica, universidades e comunidades, famílias entre outras parcerias. Vale ressaltar que na utilização de infra-estrutura pré-existente, o modelo assistencial pode ser mantido a baixo custo.

Segundo Wolff et al. (2004), durante a Surgeon General's Conference on Health Disparities and Mental Retardation – 2001, foram identificados quatro temas referentes aos cuidados com a saúde de pessoas com DM que necessitavam ser incrementadas a saber: aumento do acesso para cuidados com qualidade; melhorar os cuidados com a saúde oferecendo educação e treinamento; providenciar uma abordagem compreensiva na distribuição de cuidados através do tempo de vida; reduzir o estigma associado à DM com o aumento da consciência pública.

Uma boa colaboração entre cuidados médicos e odontológicos é essencial para providenciar não apenas cuidados para uma boa saúde bucal como uma melhor visão holística em crianças com deficiência. Com esse princípio, o objetivo da pesquisa desenvolvida por Hallberg e Klingberg (2005) foi explorar e descrever as avaliações dos cuidados de saúde dos profissionais médicos e considerações sobre problemas e necessidades de tratamento orofaciais em crianças com incapacidade e seus familiares. A entrevista foi realizada com 17 profissionais da área médica (4 médicos, 9 enfermeiras, 2 patologistas, 1 professor e 1 fisioterapeuta) que atuavam na Suécia. Os assuntos abordados foram: necessidades básicas (dividida em 5 categorias: identificando necessidades vitais, criando meios, desejo de fazer o bom, expressando simpatia e distribuindo recursos) e em 3 subcategorias: conhecimento insuficiente, suporte organizacional deficiente e diminuição de recursos conforme demonstrado na Figura 2.



**FIGURA 2** - Modelo das categorias.

Fonte: Hallberg e Klingberg (2005, p. 356).

Os autores concluíram que temas da saúde bucal não fazem parte da agenda médica, sendo de responsabilidade dos pais. Porém, estes não conseguem dissociar os cuidados médicos dos odontológicos, pois acreditam que o cuidado odontológico é parte integrante do tratamento global da criança. Ao mesmo tempo, relataram falta de conhecimento de algumas incapacidades, por conta da falta de tempo, de recursos financeiros e ausência de um devido suporte organizacional, pois a dificuldade de cooperação entre as disciplinas resulta em ineficiência, ausência de objetivos e de uma visão holística do paciente. Na identificação de necessidades vitais, a saúde bucal está restrita apenas à nutrição e comunicação. Profilaxias e tratamento odontológico não são mencionados e nem verificados, entendendo que deve haver maior comunicação entre CD e área médica. Porém, com relação à Odontologia, não existem estratégias consolidadas quanto à saúde bucal e os odontopediatras existentes nos hospitais

são específicos para tratar crianças que apresentam imunodeficiência, malignidades e condições médicas agudas. Logo, é de suma importância que profissionais da área odontológica tenham mais conhecimento na área médica, e este da odontológica.

Enfim, deve-se pensar no acesso e na estigmatização sofrida pelas pessoas portadoras de DM, conforme boletim elaborado pela OMS/OPAS e coordenado por Acuña e Bolis, no ano de 2005, que teve como objetivo estabelecer a importância do estigma como barreira de acesso aos serviços de saúde, e identificar os elementos que permitiam reduzir a exclusão em saúde finalizando com propostas de indicadores para análise da exclusão, contribuindo para fortalecer políticas de proteção social de saúde mental. Enfim, desenho e formulação de políticas destinadas a eliminar o estigma como barreira de acesso no serviço de saúde devem incluir educação e capacitação do pessoal da saúde de nível primário de atenção e de líderes comunitários na atenção adequada nos problemas de saúde destas pessoas assim como elaboração e distribuição de “Cartas de Direitos de Saúde” para este grupo.

## 2.5 LEVANTAMENTOS

Brown e Pharm (1976) realizaram uma revisão de literatura sobre cárie dentária, limpeza bucal, gengivite, doença periodontal e má-oclusão em pacientes com deficiência. Concluíram que quanto à cárie dentária, com algumas exceções, a média não apresenta tão diferente de uma população geral, mas grupos de deficientes institucionalizados têm menor incidência de cárie dentária, do que aqueles que vivem em casa provavelmente pelo controle da dieta. Em geral, a higiene bucal é pobre, havendo em paralelo, grande incidência de gengivite e doença periodontal, sendo maior em pacientes institucionalizados. Quanto à má-oclusão, esta é maior nos deficientes mentais e em paralisados cerebrais. Concluíram que devem ser realizadas mais pesquisas epidemiológicas na referida população; prioridade no tratamento e orientação preventiva quanto à doença periodontal, cárie dentária e má-oclusão e ainda, observaram a necessidade de adequação nos métodos preventivos à doença periodontal.

Rodrigues et al. (1997) realizaram um estudo para obtenção de dados para possíveis programas preventivos e de uma análise crítica da relação entre o ceo-d e CPO-D e as informações obtidas através de questionários sobre os hábitos alimentares e de higiene bucal de pacientes especiais (DM e SD), na faixa etária de 3 a 13 anos de idade, de ambos os sexos, da Escola Especial Ulisses Pernambuco, totalizando 73 crianças. Concluíram que mais da

metade das crianças (n=39) com dentição mista ou permanente, exibiram pelo menos 01 dente cariado; (n=3) ao menos 01 dente perdido e (n=11) ao menos 01 dente restaurado; não foi encontrada relação significativa entre os índices ceo e CPO e as variáveis higienização bucal após ingestão de guloseimas e o número de vezes que os mesmos escovam os dentes; o intervalo entre a ingestão de alimentos influencia o índice ceo-d e CPO-D, entretanto, a frequência de ingestão de carboidratos entre as refeições não mostrou relação com esses índices. As crianças apresentaram uma média de ceo-d de 2,49 e CPO-D de 2,90. Outro fator importante é a permissividade dos pais quanto à ingestão das guloseimas, mesmo sabendo dos efeitos provados.

Gizani et al. (1997) realizaram uma pesquisa com o objetivo de descrever, em 626 crianças, o nível de higiene bucal, experiência de cárie e restaurações num grupo de crianças com 12 anos de idade em Flandres (Bélgica), portadoras de DM e dificuldade de aprendizagem. Os autores concluíram que o atendimento odontológico a esta população não era regular, ocorrendo apenas em caso de dor ou sangramento; apresentaram como característica a anestesia geral; os cuidados odontológicos não faziam parte do sistema, sendo este baseado na iniciativa e motivação dos pais. Quanto à saúde bucal, observou-se que o CPO-D médio foi de 2,9 e o CPO-S de 5,4 mas 21% das crianças estavam livres de cárie; o índice de dentes restaurados foi de 48,7% e a média de experiência de cárie no primeiro molar permanente foi de 64,1% (média CPO-D). Aplicação de selante estava presente em 7,9% das crianças examinadas. Quanto à higienização bucal, aproximadamente 1 em cada 3 crianças examinadas apresentavam um alto acúmulo de placa bacteriana. Uma percentagem de crianças com DM média e crianças com dificuldade de aprendizagem não escovavam os dentes diariamente (22,1% e 20,9%, respectivamente), e os que não recebiam ajuda dos pais para tal tarefa eram 91,0% e 94,7%, respectivamente.

A avaliação de 51 pacientes portadores de síndrome de Down (APAE-Marília-SP), examinados utilizando-se o índice CPO-D (KLEIN; PALMER, 1937) e um questionário entregue aos pais por onde se obteve a renda familiar, idade do paciente e número de filhos por família, foi realizada por Battistini e Castro (1999). Dos fatores examinados, o número de dentes extraídos era o mais elevado (82), seguidos dos números de dentes restaurados (79), cariados (68) e com extração indicada (34). O índice CPO-D foi de 7,5 para o sexo feminino e 10,0 para o sexo masculino, perfazendo um CPO-D médio de 9,1. Quanto à renda familiar, esta oscilou entre 2 a 4 salários mínimos com uma média de filhos por família em torno de 5; a faixa etária que ocorreu maior predominância de cárie dentária foi entre 9 e 17 anos e os

métodos de higiene e profilaxia eram determinantes no processo de instalação da cárie dentária.

Cumella et al. (2000), analisando uma amostra de 115 pessoas, adultas com idade maior ou igual a 18 anos, com DI, em Warwickshire (Reino Unido) realizaram uma pesquisa cujo objetivo foi estudar o acesso e a extensão de necessidades clínicas não satisfeitas no grupo de adultos morando em comunidades sem contato com o Serviço Comunitário Odontológico, e explorar as percepções de saúde bucal e contato com CD para identificar como o cuidado bucal poderia ser realizado. Para tal, foi realizado exame odontológico completo e entrevistas com cuidadores e a população pesquisada. Sobre a amostra, 54% tinham a idade entre 25 e 44 anos, 49% viviam com seus familiares, enquanto 38% em casas de cuidados, 7% em casa própria, 3% em abrigos e 3% em clínica de repouso. Quanto às condições dentárias, 78% dos indivíduos eram dentados e 48% apresentaram de 21 ou mais dentes; a média de CPO-D foi de 16,3 e 58% dos indivíduos eram portadores de cárie dentária; grande proporção de dentes perdidos, sugerindo que esta população é mais susceptível à perda do que a população geral (8,4 e 7,51, respectivamente); 45% das pessoas tinham 1 ou mais dentes traumatizados, com uma média de 1,3 por pessoa. Em relação à condição gengival, 58% apresentaram pobre higiene bucal; 35% com condições gengivais saudáveis; 40% tinham alterações gengivais reversíveis e 25% necessitavam da intervenção do CD ou do técnico em higiene dental (THD). Verificou-se que os cuidadores tinham dificuldades em identificar problemas dentários. Em 22% dos casos, o cuidador realizava a higienização bucal por conta da incapacidade física do indivíduo, e 27% apenas receberam orientações quanto aos cuidados bucais.

O objetivo do trabalho de Mitsea et al. (2001) foi pesquisar a situação da saúde bucal, estimativa de tratamento de crianças e adolescentes com paralisia cerebral (PC), DM e deficiência visual (DV), além de compará-los entre si. Participaram da pesquisa 170 indivíduos que eram atendidos em quatro escolas especiais em Atenas-Grécia, na faixa etária de 6 a 15 anos de idade, sendo 100 do gênero masculino e 70 do feminino. Do total, 54 tinham PC; 70 DM e 46 DV. O exame clínico foi realizado sob boas condições de iluminação utilizando-se espelho bucal e sonda romba. Para tanto foram utilizados os índices CPO-D (KLEIN; PALMER, 1937) ceo-d, Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHOS) de Greene e Vermillion (1964). Após o exame foi realizada orientação de higiene bucal para as crianças e para o grupo educacional. Quanto à higiene bucal, o melhor grupo foi com DV (1,25) seguido do DM (1,6) e PC (1,8). Concluíram que a necessidade de tratamento nestas populações é

extremamente alta; que a higiene bucal em geral foi moderada para baixa. A média de dentes cariados no DM foi de 2,41; restaurados 1,33; perdidos 0,68 cujo CPO-D médio foi de 2,71 ( $\pm 2,96$ ) e 40% da população de DM pesquisada estava livre de cárie.

Rao, Hedge e Munshi (2001) realizaram uma investigação epidemiológica em 524 indivíduos na faixa etária de 3 a 30 anos de idade com incapacidades, atendidas em 08 escolas especiais não residenciais no distrito sul de Canara, Karnataka – Índia, as quais foram examinadas na própria escola, em carteiras escolares sob a luz natural utilizando espelho bucal e a sonda periodontal preconizada pela OMS. Os autores observaram que a prevalência de cárie dentária foi de 71,56%, sendo maior no grupo de DM. O ceo-d médio foi de  $3,06 \pm 3,14$ ; na dentição mista o ceo-d e CPO-D médio foram de  $3,32 \pm 2,82$  e  $1,14 \pm 1,08$ , respectivamente. O componenteariado constituiu a maior parte do índice de cárie dentária. Para os autores, alguns fatores contribuíram para o não tratamento das necessidades odontológicas de PNE como a falta de conhecimento sobre a boa prática de higiene bucal pelas autoridades; falta de motivação; baixa prioridade que a sociedade dá a este tipo de tratamento; falta de facilidades para a realização do tratamento precoce, baixo nível socioeconômico dos pais ou responsáveis e o custo do tratamento.

Donnel, Sheiham e Wai (2002) examinaram 309 crianças de 4 anos, 174 de 14 anos e 265 adultos no grupo de 25-35 anos de idades, todos de etnia chinesa para observação de experiência de cárie dentária e higiene bucal utilizando o índice da WHO e índice de placa de Silness e Løe (1964). Assim, a média ceo-d/CPO-D para 04 anos foi de 1,25 ( $\pm 2,72$ ); para 14 anos 2,27 ( $\pm 2,29$ ) e entre 25-35 anos de 5,23 ( $\pm 5,67$ ), com alta perda dentária, cuja média foi de 3,02. Quanto à necessidade de tratamento, no grupo de 4 anos foi de 25,9%, para restaurações e 5,2 para exodontia; aos 14 anos 31,0 e 7,5%, respectivamente, e para a faixa etária de 25-35 anos observou-se 24,5% para restaurações e 29,4% para exodontias sendo o grupo que mais apresentou esta necessidade. A placa visível foi verificada em 13,6 %, e de forma abundante em 1,4% da amostra. Entre as crianças de 14 anos, 52,3% não tinham placa; 30,5% placa visível e 17,2% placa abundante. Aos 25-35 anos, 36,2% sem placa visível, 47% com placa visível e 15,8% com placa abundante. A presença de cálculo foi observada em 20,2% de crianças com 14 anos e 56,3% entre 25-35 anos. Concluíram que não há considerações especiais quanto às necessidades da população pesquisada, porém, o governo de Hong Kong tem priorizado este tipo de grupo para um futuro planejamento, incluindo cuidados odontológicos com tratamento subsidiados e acesso facilitado ao hospital.

No estudo realizado por Reid, Chenette e Macek (2003b), os autores analisaram os dados de saúde bucal que foram coletados durante exame realizado em atletas que participaram das Olimpíadas Especiais em 2001, observando a prevalência e determinados preditores de cárie dentária e dor oral. Participou do estudo uma amostra de 9.620 atletas. O protocolo utilizado foi desenvolvido em conjunto pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e Divisão de Saúde Bucal. Utilizaram espelho bucal e lanternas. A idade média dos atletas examinados foi de 24 anos de idade, com 54,1% do sexo masculino. A maioria dos atletas afirmou limpar seus dentes diariamente e quase 14% relataram ter dor oral no dia do exame. Mais de 30% dos atletas tinham cárie dentária e mais de 60% tinham pelo menos 1 restauração; 4% não tinham todos os dentes; selantes, injúrias e fluorose foram observadas em 16%, 13% e 10% dos examinados, respectivamente. Houve presença de gengivite em quase 45% dos pesquisados. Atletas com cárie tiveram 1,70 vezes mais chance de reportar dor no dia do exame. Aqueles que limpavam menos seus dentes tiveram mais presença de dor e lesões de cárie. Atletas mais velhos tiveram mais cárie do que os jovens, e aqueles que tinham perda dentária afirmaram apresentar mais dor e lesões de cárie.

Em 2003, durante as Olimpíadas Especiais, realizaram-se exames em mais de 3.500 atletas em Dublin, Irlanda. Com relação a dentes cariados, em 35% dos atletas foi observado sinais de cárie em seus molares e, 12% destes relataram dor de dente no momento do exame. Importante salientar que os dados colhidos são importantes para planejar, realizar programas, ganhar suporte financeiro melhorando em políticas e pesquisas (SPECIAL OLYMPICS, 2006).

Reid, Chenette e Macek (2003a), em 2003, realizaram outro estudo agora comparando atletas americanos com outros que participaram das Olimpíadas Especiais durante o ano de 2002, utilizando para tal os mesmos critérios e instrumentos. Fizeram parte deste estudo, 2220 atletas internacionais, sendo 878 da China, 50 do Líbano, 370 da Polônia, 496 da África do Sul e 426 da Turquia e dos Estados Unidos 12.099. A necessidade de tratamento (cárie dentária) localizava-se, principalmente, em molares e pré-molares, tanto nos atletas estrangeiros quanto americanos (41,6 x 18,5 e 11,9 x 5,8, respectivamente). A perda dentária maior foi de molares (17,7 x 19,2), concluindo que os atletas estrangeiros apresentaram uma maior necessidade de tratamento e menor evidência de cuidados odontológicos passados, se comparados com os americanos. O mesmo acontecendo quando se compara a população americana e dos países analisados neste trabalho. A prevalência de cárie dentária foi de 50,1

para estrangeiros e 28,2 para os americanos; a média de dentes restaurados para a população pesquisada respectivamente foi de 19,6 e 62,9; de dentes perdidos 23,1 e 30,2; presença de selante de 1,8 e 13,5; presença de gengivite de 27,8 e 40,1 e escovação 1 ou mais vezes ao dia de 79,0 e 81,7.

Dávila et al. (2003), para determinar a saúde bucal de pessoas com DM, realizaram um diagnóstico bucal em quatro municípios do Estado de Lara (México), observando-se cárie dentária, gengivite, frequência de dentes perdidos ou extraídos, tipo de consulta odontológica e necessidade de tratamento. O estudo foi do tipo transversal com uma amostra de 15 escolas especiais totalizando 155 pessoas examinadas. Os critérios utilizados foram determinados pelo Centro de Prevenção e Controle das Doenças de Atlanta (CDC) e Departamento de Saúde Bucal. Os autores verificaram que a idade média das pessoas com DM foi de 14,67 ( $\pm$  7,11); 60,6% destas pessoas pertenciam a classe social trabalhadora, a saúde bucal muito mais precária que a população geral observando-se uma alta frequência de cárie dentária (58,7% em molares, 9,0% em dentes anteriores e 20,6% em pré-molares) e gengivite sendo 64,5% no total, 58,8% para indivíduos com retardo mental leve e 77,4% para retardo mental moderado. Quanto à perda dentária, 2,6% tinham dentes anteriores perdidos e 25,2% molares; 31,6% não utilizavam nenhum serviço de saúde e 36,10% necessitavam atendimento de urgência. Mediante estes resultados, os autores recomendaram como estratégia o diagnóstico das condições de atendimento desta população no serviço público e o grau de conhecimento da equipe de saúde odontológica sobre esta população; promover cursos de capacitação; criação de programas preventivos nos locais onde se encontram estas pessoas e a introdução de uma disciplina nos currículos universitários que capacite os alunos no atendimento.

O estudo de Pezzementi e Fisher (2005) teve o objetivo de coletar dados preliminares das disparidades de saúde bucal de indivíduos com DM, associado ao nível de pobreza na Região Sudeste dos Estados Unidos, considerada a região mais pobre do país. Foram examinados 12.099 atletas durante as Olimpíadas Especiais, sendo 1.891 de 7 estados do sudeste dos Estados Unidos (Alabama, Arkansas, Flórida, Lousiana, Carolina do Sul, Tennessee e Virgínia do Leste). Observou-se a presença de gengivite, dentes cariados, molares perdidos, selantes, restaurações e necessidade de tratamento de urgência. Os critérios utilizados foram os elaborados pelo CDC e Divisão de Saúde dos Estados Unidos. Os resultados obtidos foram: a média de idade foi de 20,9 anos de idade. A prevalência de gengivite foi maior nos estados mais pobres que a média nacional (Lousiana 44,9%; Alabama

47,2% Arkansas 40,4%; Carolina do Sul 53,1% e média nacional de 40,1%) Já os atletas dos estados considerados pobres (Tennessee, Flórida Virgínia do Leste) estavam abaixo da média nacional. Com relação a dentes cariados, a média maior foi da Região Sudeste (36,5%) sendo acima da nacional (28,2%); a prevalência de molares perdidos foi menor na região sudeste que em âmbito nacional 18,1% e 19,2%, respectivamente. Quanto a presença de selantes, caracterizando o acesso a cuidados preventivos, apenas 8,1% dos atletas o apresentavam, sendo menor que a média nacional (13,5%). Também foi menor a presença de restaurações (49,8%) se comparado à média nacional (58,1%). A necessidade de tratamento também foi menor na média nacional (8,4%) do que nos atletas da região sudeste. Quando comparado o quadro de saúde bucal com o estado de pobreza observou-se que atletas de estados muito pobres (Lousiana, Virgínia do Leste, Alabama e Arkansas) apresentavam 2 vezes mais chances de ter gengivite e três com relação à perda de molar permanente, como resultado da doença do que em atletas de estados pobres (Tennessee, Carolina do Sul e Flórida). O mesmo aconteceu quando se analisou a presença de selante e restaurações onde atletas de estados muito pobres apresentavam 3 vezes menos chance de tê-lo, e 1,6 vezes de ter pelo menos 1 restauração. Concluíram que poucas pesquisas são conduzidas para avaliar o impacto socioeconômico sobre o estado de saúde bucal de população com necessidades especiais, e que atletas de estados mais pobres foram significativamente mais susceptíveis de ter restaurações e menos trabalhos preventivos.

## 2.6 PROGRAMAS

Para Dever (1979), a prevalência de doença periodontal em crianças com incapacidade mental vivendo em instituições é muito alta. O autor observou o efeito do spray de digluconato de clorexidina aplicado diariamente em 32 crianças, com deficiência física e mental de moderada a profunda, residentes numa unidade de psiquiatria. O estudo foi duplo-cego transversal com duração de nove semanas. Os sprays utilizados para a pesquisa foram: 1 de solução com digluconato de clorexidina a 0,2% com sabor de morango e uma solução identificada como solução placebo. O autor concluiu que uma exposição diária à clorexidina foi inadequada e o problema pode ser resolvido com mais exposição ao dia. Ela foi de valor para diminuir a média de doença periodontal e vários daqueles que iniciaram o estudo com condições periodontais severas conseguiram algum benefício, embora o melhor resultado tenha sido naqueles que apresentaram uma severidade menor quanto à doença periodontal.

O propósito do estudo de Brayer, Goultschin e Mor (1985), foi verificar a eficácia dos bochechos de clorexidina no controle da placa numa população de DM e comparar com a escovação supervisionada com bochechos de clorexidina. O estudo foi realizado em uma instituição municipal (Swedesh Village) de Jerusalém, com 32 mulheres entre a idade de 16 a 28 anos com DM severa. Esta população alvo foi dividida em 04 grupos a saber: Grupo 1- bochecho com clorexidina a 0,2% e escovação descontinuada; Grupo 2- bochecho com solução placebo e escovação descontinuada; Grupo 3- bochecho com clorexidina a 0,2% e continuação da escovação usual; Grupo 4- bochecho com solução placebo e escovação continuada. A pesquisa teve duração de 21 dias. O bochecho era realizado duas vezes /dia durante 30 segundos, sempre no mesmo horário de manhã e à noite. Não foi realizada nenhuma orientação quanto à escovação. Os índices de placa e gengival foram coletados 4 vezes durante o estudo: início, primeira semana, segunda e terceira semanas. Comparando-se os dois grupos que utilizaram o bochecho de clorexidina (Grupos 1 e 3), o grupo 3, que realizou o bochecho e escovação, demonstrou um decréscimo maior nos níveis de placa e não apresentou manchas nos dentes. O decréscimo no índice gengival foi mais lento e menor. A clorexidina diminuiu a quantidade de microrganismo na superfície gengival porém, não na mesma eficácia que na estrutura dentária. Portanto, este método é mais efetivo no controle da placa do que apenas a escovação. Este esquema de ação deve ser pensado para DM que apresentam dificuldades de remover a placa por meios mecânicos.

Para determinar o benefício para a higiene bucal do uso de clorexidina spray a 0,2% num grupo de DM e DF adultos, Kalaga, Addy e Hunter (1989) realizaram um estudo duplo-cego transversal, com 47 participantes. Foram utilizadas duas soluções, uma de clorexidina a 0,2% e outra placebo (sulfato de quinina 1%), ambas com o mesmo paladar e cor. As soluções foram usadas uma vez ao dia, à noite, pelo menos uma hora após a escovação, e duas vezes ao dia nos finais de semana. No início e no final do período da pesquisa foram realizados os exames utilizando o Índice de Sangramento Gengival (ISG) (score + ou - quando se observou sangramento à sondagem); sondagem de bolsa nas papilas e índice de placa (Silness e Løe, 1964). O índice de placa inicial foi de 1,37 e de sangramento de 0,42. Os autores concluíram que houve, clinicamente e estatisticamente, uma diminuição da placa e sangramento gengival se comparado ao placebo. As bolsas também, após o uso da clorexidina, apresentaram-se menores. O uso da clorexidina pode ser sugerido em pequenas doses e pode ser considerada de grande valor em adição a higiene bucal em indivíduos com incapacidades.

A manutenção da higiene bucal de forma mecânica pode ser obtida por vários indivíduos, mas não para pacientes com incapacidades físicas ou mentais que frequentemente são dependentes de outras pessoas para auxiliá-los as quais podem não realizar a higiene bucal de forma adequada. Vale ressaltar, que os efeitos deste cuidado dependem da motivação e da capacidade pessoal da instituição. Para estes, o uso de agentes antimicrobianos torna-se uma medida de controle da placa bacteriana. Shapira et al. (1994), realizaram um estudo para determinar, clínica e microbiologicamente, os efeitos de um sistema de contínua liberação/distribuição de clorexidina e arginina sobre a placa bacteriana *in vivo* aplicada diariamente por 8 semanas nas superfícies lingual e vestibular dos dentes de 34 pacientes com gengivite e DM. Estes pacientes moravam em uma instituição em Jerusalém com idades entre 18 e 45 anos de idade. A população pesquisada foi dividida em 3 grupos: grupo 1 – clorexidina; grupo 2 – arginina; grupo 3 – placebo. Foram realizados os índices de Placa de Silness e Løe (1964) e gengival. Anteriormente e durante o estudo, não houve modificação dos hábitos de higiene bucal. Com a utilização de um pincel macio o verniz foi aplicado uma vez ao dia, 1 hora após a última refeição por 8 semanas. Durante 30 segundos após a aplicação, os dentes secos apresentavam um fino filme branco. Após 4 e 8 semanas de estudo, o índice de placa apresentou diferenças significativas entre os grupos, onde o grupo com clorexidina apresentou o menor resultado. Não houve diferença significativa quanto aos dados do índice gengival. Após 8 semanas apenas o grupo 1 apresentou significativa diminuição de placa bacteriana.

Os autores verificaram que agentes tópicos antimicrobianos não substituem totalmente a escovação, porém serve como importante adjunto a esta tarefa.

Castro (1995) afirmou que o profissional da área odontológica deve estar preparado para atender o paciente portador de necessidades especiais desde a primeira consulta, devendo-se ater às respostas dos responsáveis, levando-se em consideração sua relevância, especificidade, clareza, profundidade e extensão. Também, é no momento da entrevista que será analisada a seleção de profissionais necessários para determinados pacientes e procedimentos, assim como o conhecimento do ambiente familiar do paciente a ser tratado. É importante salientar que o CD deve perceber o paciente como um todo, em sua unicidade de ser pessoa, trabalhando o seu físico, mental e orgânico, onde a equipe multidisciplinar é imprescindível.

No mesmo ano, Elias (1995) mencionou que quando o paciente portador de

necessidade especial apresenta uma saúde bucal deficiente e descuidada, ocorre uma influência negativa no prognóstico das intervenções cirúrgicas e na progressão dos distúrbios. A prevenção da saúde bucal passa a ser um fator importante, sendo desenvolvida por uma equipe voltada para a promoção de saúde bucal. As instruções educativas passam a ser as mesmas desenvolvidas dentro da Odontologia como higienização bucal, cuidados com a dieta, fluoroterapia, prevenção ao traumatismo dento alveolar e visitas periódicas ao CD.

Para Van Grunsuen e Cardoso (1995), quanto ao tratamento odontológico, a ansiedade e apreensão dos pais quanto a aceitação, baixa prioridade frente aos outros problemas diários, incapacidade dos mais deficientes em comunicar um problema dentário, discrepância de opiniões entre pais e profissionais quanto a necessidade ou não do tratamento, problemas de acesso, altos custos do tratamento e relutância dos CD em proporcionar o tratamento, são os obstáculos mais frequentes enfrentados por famílias e indivíduos portadores de necessidades especiais. Salientaram também que os principais cuidados no tratamento dentário devem estar vinculados ao alívio da dor, controle de infecções, tratamento de doenças bucais que dificultem a relação social com os outros; melhorar as funções estéticas da dentição e identificação de anomalias oro-faciais e dentais que possam estar relacionadas com a deficiência. Para tanto, o controle efetivo da placa bacteriana é fundamental, pois, segundo os autores, esta população faz uso de uma dieta pastosa, alta ingestão de alimentos ou bebidas contendo sacarose, tensão anormal dos músculos faciais, disfunção na mastigação e deglutição, má-oclusão, respiração bucal e diminuição do fluxo salivar devido à ansiedade, stress, disfunção das glândulas salivares e alta ingestão de medicamentos, faz com que os deficientes físicos, as pessoas com deficiência mental e mentais apresentem uma higiene bucal deficiente, grande acúmulo de placa, cálculos e diminuição do fluxo salivar, além da família e pacientes nem sempre ter recebido orientações para métodos de higiene bucal adaptados às possibilidades ou limitações de um deficiente.

Butner et al. (1996) tiveram o propósito de determinar qual dos dois métodos de aplicação de clorexidina seria mais aceito pelos indivíduos com DM e seus cuidadores. A clorexidina foi administrada diariamente sob duas modalidades de via, em 44 indivíduos. Aos cuidadores que administravam a medicação e realizavam a higiene bucal diária, foram questionados sobre a aceitação e aplicação de tal medicamento por eles e pelos participantes da pesquisa. No primeiro momento, os residentes tiveram seus dentes escovados, após as refeições, com creme dental. Em seguida ao enxágüe a clorexidina foi aplicada nos dentes e gengiva via escova dental mergulhada no Peridex<sup>TM</sup>. Esta etapa foi realizada durante 1 ano.

Após este período, as 44 pessoas receberam a clorexidina de outra forma, ao qual consistiu na aplicação do gel a 0,5% após a alimentação e escovação durante 3 meses, quando então os cuidadores foram questionados quanto a aplicação e aceitação do método. Quando comparado o sabor da clorexidina líquida e gel, 57% preferiram em forma de gel, assim como 55% dos residentes mostraram-se mais cooperativos durante esta aplicação; a orientação verbal também foi menor e o tempo utilizado na administração do gel foi menor, e 7% preferiram o procedimento de dois passos contra 93% para o de 1 passo. Portanto, os autores concluíram também que quando do uso de medicamentos que necessite da ajuda dos cuidadores, este deve ser aceito pelo paciente e cuidador; que o uso do gel de clorexidina teve como efeito um impacto sobre a equipe de cuidadores e mais investigações devem ser realizadas para comparar os benefícios dos 2 métodos usados.

Fonseca e Bianchine (1997), após analisarem 501 pacientes sendo 430 deficientes intelectuais, 59 deficientes físicos e 12 portadores de distúrbios de conduta, observaram que pacientes portadores de apenas DM são, em sua maioria, possíveis de tratamento com anestesia local, após preparo psicológico adequado e seus hábitos de higiene bucal podem se tornar razoavelmente satisfatórios, com orientação e treinamento dos pais. Quanto aos portadores de Síndrome de Down, estes apresentam menor incidência de cárie quando comparados aos outros subgrupos, porém, seus problemas periodontais são muito graves.

No trabalho desenvolvido por Magalhães, Becker e Ramos (1997), os pacientes portadores de paralisia cerebral atendidos no CAPE da Faculdade de Odontologia da USP foram submetidos a um programa de prevenção à cárie e doença periodontal. Participaram desse programa, 8 pacientes na faixa etária de 9 a 18 anos. O programa de prevenção constituiu-se de educação direcionada aos pais ou responsáveis pelos pacientes, intervenções ambulatoriais de evidenciação de placa e profilaxia. O índice utilizado foi o Índice de Higiene Oral Simplificado, descrito por Greene e Vermillion (1964). Com a aplicação desse programa de prevenção, houve uma redução de placa bacteriana estatisticamente significativa, de 2,51 para 1,37, tendo os pais participação fundamental na higiene bucal em casa. Também é de extrema importância o acompanhamento do profissional em períodos não muito distantes (3/3 meses) para a realização de profilaxia, aplicação tópica de flúor e controle de placa. A prevenção deve ser multiprofissional e envolver ações terapêuticas, estímulo e instrução junto aos familiares dos pacientes com paralisia cerebral.

O enfoque preventivo dado a Odontologia não deve excluir os pacientes portadores de

necessidades especiais, mesmo aqueles que não colaboram e que necessitam ser indicados para anestesia geral. Para isso, se faz obrigatório o conhecimento das condutas atípicas relacionadas com a natureza das deficiências físicas, intelectuais, emocionais e/ou sociais apresentadas, como também o conhecimento sobre a etiopatogenia das doenças bucais e dos recursos disponíveis para prevenção e controle. Além disso, que em qualquer período da infância, adolescência e vida adulta, os pacientes especiais devem sempre ser estimulados em seu desenvolvimento para que alcancem algum grau de independência e auto-suficiência (FOURNIOL, 1998).

Um aspecto relevante desse enfoque preventivo foi mencionado por Schmidt, ao ter em 1998, salientado a importância da abordagem odontológica precoce para os pacientes portadores de necessidades especiais, pois ocorre uma demora de seu encaminhamento para tratamento odontológico, além da idéia pré-concebida que cuidados odontológicos nesses casos são impossíveis, provocando um adiamento ou até mesmo, o esquecimento dos cuidados com a cavidade bucal.

Segundo a OMS, 10% da população brasileira apresentam alguma deficiência. Estima-se também que 2% da mesma população sejam portadoras de deficiência física. Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde, com a falta de ação do setor público, apenas 2% desses indivíduos têm acesso aos serviços de saúde e a assistência odontológica, e quando existe, caracteriza-se por procedimentos cirúrgicos e restauradores realizados sob anestesia geral. Vale ressaltar que as condições de saúde bucal dos portadores de paralisia cerebral e outras deficiências são preocupantes, pois a higiene bucal precária é um fator determinante das condições de saúde periodontal nesses grupos (ABREU; PAIXÃO; RESENDE, 1999).

Para Tomita e Fagote (1999), a situação atual da saúde bucal dos pacientes especiais tem sido pouco estudada levando a uma escassez de dados fidedignos no Brasil, assistência odontológica esporádica e em caráter de benemerência, falta de vivência clínica dos CD's, de recursos odontológicos e financeiros, o que culmina em soluções extremas como exodontias múltiplas. Observaram ainda a importância da implantação de programas de educação e prevenção através da integração dentista-paciente especial-pais. Com o objetivo de avaliar as condições de higiene bucal de pacientes portadores de deficiência mental foram examinados 52 alunos, na faixa etária de 5 a 17 anos de idade, da Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Bauru, realizando-se os índices CPO-S (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1979) e PHP (1968), além de um questionário aplicado aos pais que

abordava assuntos como noções de higiene bucal dos filhos, padrões de alimentação, grau de importância da saúde bucal em sua vida e principais dúvidas dos pais sobre saúde bucal. Os autores observaram o baixo nível de escolaridade dos pais; 70% das crianças tinham o hábito de alimentarem entre as refeições, que 53,6% escovavam os dentes às vezes após as refeições; 63% dos pais relataram dificuldades para escovar os dentes dos filhos; 40% das crianças escovavam os dentes sem o auxílio de outros; 40% dos casos este procedimento era realizado pela mãe ou responsável e 20% pelas professoras; 66,5% só vão ao CD em casos de urgências. Quanto ao índice PHP o valor inicial foi de 3,42 e após a introdução do programa preventivo-educativo houve a redução para 3,25 e, no terceiro momento para 2,9; a média do CPO-S foi de 9,46 e melhor conscientização dos pais quanto a melhor remoção da placa bacteriana em pacientes especiais.

Zarzar e Rosenblatt (1999) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar se a atenção odontológica, em crianças com Síndrome de Down, foi calcada dentro do princípio bioético da beneficência. A metodologia constou de um estudo comparativo com 30 crianças não portadoras da síndrome (grupo controle) e 30 portadoras da alteração, na faixa etária de 3 a 10 anos de idade de ambos os sexos e com a mesma situação socioeconômica, atendidas nos anos de 1997 e 1998 no Hospital Geral de Areias – Recife. O princípio da beneficência foi avaliado através da realização de exames clínicos, cujos indicadores utilizados foram o número de dentes cariados com cavitação, dentes restaurados e número de extrações precoces. A média de dentes cariados, no grupo controle foi de 3,47 e no grupo de estudo de 4,83; a média de dentes restaurados ou obturados no grupo controle foi de 3,67 e no de estudo 1,20; a média de extrações precoces no grupo controle foi de 0,80 e para o grupo de estudo 1,73. Verificou-se que a atenção odontológica aos portadores da Síndrome de Down parece falhar quanto ao princípio bioético da beneficência, em relação ao grupo controle, se considerado os aspectos curativos do modelo assistencial vigente, pois observou-se um maior percentual de extrações precoces e menor percentual de dentes restaurados.

O estudo de Abreu, Paixão e Resende (1999) avaliou, através de questionário, as opiniões de pais/responsáveis de 52 pacientes portadores de deficiência física que foram submetidos a um programa de controle mecânico e mecânico/químico de placa bacteriana, através da escovação com gel de gluconato de clorexidina a 1%, duas vezes ao dia, para indivíduos que apresentassem 25% de sangramento gengival à sondagem. Os pacientes foram examinados com intervalos mensais (51 dias, 81 dias e 111 dias), sendo que aqueles com necessidades de tratamento foram encaminhados para a sua realização, havendo retorno de

86,54% dos mesmos. Os autores concluíram que a totalidade dos pais/responsáveis considerou que as medidas de controle de placa melhoraram a saúde bucal de seus filhos e a maioria, apesar de relatar dificuldades para realizar ou auxiliar na escovação, conseguiram superá-las.

Em trabalho realizado por Amaral et al. (2000), utilizou-se como estratégia ações educativas-preventivas e curativas com a integração família-paciente especial-equipe de saúde através de mapeamento e captação de pacientes, sendo 30 casos no total. Foi avaliado o grau e o tipo de deficiência do paciente especial, estado de sua saúde bucal e geral além de encaminhamento para serviços especializados quando necessário. As famílias foram convidadas a participar de uma oficina com o objetivo de criar o vínculo entre paciente-família e equipe de saúde, com a construção de um boneco e o brincar de CD. Após esta etapa, os pacientes receberam o tratamento necessário levando-se em consideração risco à doença cárie e periodontal. Os autores concluíram que houve uma melhora na saúde bucal dos pacientes e sensíveis transformações na qualidade de vida, também.

O trabalho desenvolvido por Aguiar et al. (2000) teve como objetivo avaliar a eficiência de um programa para educação e a motivação para a higiene bucal, direcionado a pacientes portadores de necessidades especiais com disfunções motoras e deficiência mental internos e assistidos na Associação de Amparo ao Excepcional Ritinha Prates, Araçatuba (SP). Esse programa foi constituído de treinamento e capacitação dos enfermeiros quanto à placa bacteriana, técnica de escovação, uso do fio dental e motivação para a importância da higienização bucal. Para a higienização foram utilizados escova, creme dental e solução anti-séptica (Listerine) diluída em água. Para análise da higiene bucal foi utilizado o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), proposto por Greene e Vermillion (1964). A evidenciação de placa bacteriana foi realizada com fucsina básica a 2% antes da implementação, seguidos de intervalos de 30, 60 e 90 dias e, finalmente, após 1 ano do programa em atividade. Os autores concluíram que esse tipo de programa é efetivo para pacientes portadores de necessidades especiais, devendo ser contínuo e a remoção mecânica da placa bacteriana por meio de escovação dental associada ao anti-séptico bucal foi eficaz, pois, embora a higienização bucal consiga reduzir a placa bacteriana, geralmente não é suficiente para eliminar a fermentação de restos de placa localizados em lugares inacessíveis à escovação ou à limpeza do fio dental, por isso a importância da associação de soluções anti-sépticas como complementação da higiene buco-dental. Vale ressaltar que o índice inicial foi 59,6 e após 1 ano de programa 3,0.

Para Caetano e Moraes (2000), os comportamentos de saúde podem ser instalados através dos processos de imitação social, reforços e, principalmente, pelo planejamento de contingências ambientais que favoreçam sua ocorrência, tornando-se importante estabelecer bons hábitos o mais cedo possível, ou seja, fazer a prevenção primária. Em geral, a saúde bucal é tratada, enfatizando-se práticas curativas e desconsiderando-se o modelo comportamental. O Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (CEPA) e Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP)/Universidade de Campinas (UNICAMP) desenvolveu atuação preventiva através da avaliação do índice de placa, procurando estimular as mães a higienizar a boca da criança, de maneira regular assim como oferecer alternativas para comportamentos inadequados. Os autores ainda afirmaram que os procedimentos de prevenção que poderiam evitar as doenças são difíceis de serem incorporados e praticados, pois exigem que os profissionais sejam pacientes, persistentes e os tenham internalizados e executando-os como parte integrante de sua rotina. Para os autores “[...] trabalhar com saúde significa entendê-la como um processo onde o organismo e o ambiente atuam como determinantes, de forma que, garantindo comportamentos de saúde bucal, estar-se-á garantindo comportamento de saúde geral” (p. 42).

Magg e Meneses (2000) realizaram um trabalho na Escola Municipal Especial Ali Bark do Distrito Sanitário de Santa Felicidade – Curitiba (PR), junto a professores e 74 alunos portadores de deficiência mental de médio e baixo grau, com o objetivo de oferecer serviços de atenção odontológica integral, visando à recuperação e a manutenção da saúde bucal em 100% das crianças. Para isso, os professores, através da metodologia de problematização, tiveram conhecimento das enfermidades bucais e cuidados com a higiene, obtendo orientação prática de técnica de escovação e uso do fio dental, pois são eles que escovam os dentes das crianças, devido à dificuldade motora da grande maioria. O material informativo foi introduzido ao conteúdo programático de determinada disciplina e repassado aos alunos. Também foi introduzida escovação semanal com flúor gel, feitas por técnicos em higiene dental, além da avaliação odontológica realizada por CD, que identificou as possíveis necessidades de tratamento odontológico dos alunos. Foram atendidos um total de 72 alunos, sendo 50 encaminhados para atendimento em Unidades de Saúde, 10 livres de cárie, 39 com alta atividade e 12 com baixa atividade. Em 32 alunos foram diagnosticados cálculo visível e gengivite. As autoras concluíram que a metodologia da problematização para discussão com os professores foi de suma importância para o envolvimento dos mesmos no decorrer do processo, e que é possível o atendimento do aluno especial em clínica da rede municipal,

desde que se tenha o serviço estruturado para esse tipo de atendimento e profissionais dispostos a fazê-lo.

Waldman, Perlman e Swerdloff (2002) observaram que uma série de estudos realizados nos Estados Unidos e em outros países sobre o estado da saúde bucal de jovens e adultos com retardo mental, deficiência física e outras necessidades especiais, enfatizaram a higiene bucal insatisfatória, o que significa uma maior incidência de doença periodontal. Salientaram ainda que no plano de tratamento para pacientes portadores de necessidades especiais, deve-se considerar a motivação do paciente e higiene bucal, ressaltando a importância de sua manutenção e o manejo do comportamento. Os autores lembraram ainda que vários medicamentos usados por essa população podem causar a hiperplasia gengival e xerostomia, e que indivíduos com retardo mental podem não compreender a necessidade da higiene bucal. Além disso, há uma limitada preparação dos estudantes no atendimento de pacientes com necessidades especiais, assim como profissionais nos serviços públicos.

Para Raggio et al. (2001), os problemas bucais se agravam em pacientes portadores de necessidades especiais, pois muitas vezes marginalizados social e emocionalmente as famílias dificilmente recebem adequada educação quanto à saúde bucal, aumentando a probabilidade de desenvolver a doença cárie e negligência quanto aos cuidados de saúde bucal, devido ao excesso de cuidados gerais que estes pacientes apresentam. Inserir-los em um modelo de promoção de saúde bucal aliado a métodos educativos preventivos e reabilitadores, podendo ter como opção a associação do uso de medicamentos utilizados na remoção químico-mecânica da cárie dentária e cimento de ionômero de vidro no tratamento odontológico naqueles PNE que apresentem limitações e dificuldades na realização de tratamentos reabilitadores tidos como convencionais é uma proposta sugerida por estes autores.

A inibição do desenvolvimento da placa bacteriana é o principal objetivo no controle e tratamento das doenças periodontais, e quando os pacientes encontram-se incapacitados de realizá-la através do controle mecânico, utiliza-se controle químico. Machado et al. (2002), concluíram, através de uma revisão de literatura, que a doença periodontal é um fator de risco para diversas condições sistêmicas. A prevenção, o controle e a manutenção são as terapias de escolha para reduzir o risco de lançamento sistêmico de grandes quantidades de bactérias e seus produtos; a clorexidina a 0,12% tem demonstrado ser o anti-séptico mais efetivo no controle da placa bacteriana supragengival, onde o seu uso poderia ser de extrema valia em pacientes internados ou impossibilitados de realizá-lo através de métodos mecânicos.

Aquilante et al. (2003), com o objetivo de avaliar a eficácia de um Programa de Educação em Saúde Bucal em crianças da Pré-Escola em uma escola municipal em Bauru-SP, sendo no total 44 crianças, puderam observar que houve uma redução de 15,5% de índice médio de placa bacteriana e de 16% no aumento do nível de conhecimento sobre saúde, pois é durante a infância que a criança vai incorporando em sua vida os hábitos de higiene e está numa fase propícia ao aprendizado, sendo as pré-escolas locais importantes para o desenvolvimento de Programas de Educação em Saúde Bucal. Para este trabalho foram utilizados o PHP, proposto por Podshadley e Halley (1968), e um questionário com 15 perguntas sobre higiene e conhecimentos de saúde bucal.

Com o objetivo de verificar as mudanças de cuidados odontológicos que os pacientes com incapacidade de aprendizagem teriam quando liberados do hospital para a comunidade, Stanfield et al. (2003) aplicaram um questionário aos cuidadores da comunidade para determinar que tipos de atenção estas pessoas receberam desde a saída do hospital no período de abril de 1995 a abril de 1998, concluindo que enquanto estavam no hospital os indivíduos edêntulos eram examinados anualmente pelo CD e semestralmente aqueles que possuíam dentes. Porém, o padrão de atendimento era menos regular na comunidade, assim como a realização de tratamentos, e apenas 37% dos cuidadores tinham recebido orientações de saúde bucal de profissionais da comunidade, evidenciando uma alteração no padrão de atenção e tratamentos odontológicos realizados.

Já Swerts e Medeiros (2003), na revisão de novas tendências de prevenção e tratamento da doença periodontal, frente aos fatores que modificam e interferem na evolução do processo saúde/doença, concluíram que o controle da placa bacteriana é de fundamental importância para se prevenir a doença peridontal; que fatores modificadores, dentre eles o tabagismo, infecção, doenças sistêmicas e síndromes, interferem nesta doença acelerando seu processo evolutivo, que uma vez instalada, medidas de prevenção e tratamento que visem ao controle microbiano local e sistêmico devem ser praticadas e que tal doença não controlada, pode ser considerada possível fator de risco a doenças cardiovasculares e coronarianas. Além disso o CD atual deve ter visão global do paciente, conhecimento das medidas preventivas e novos tratamentos.

Para Bussadori et al. (2004), a prevenção das doenças bucais é definitivamente mais significativa que o tratamento de suas conseqüências. Dentre as medidas preventivas encontram-se o controle mecânico da placa dental e a utilização de agentes quimioterápicos

bactericidas e bacteriostáticos, onde tanto o flúor quanto clorexidina possuem efeito significativo sobre as bactérias bucais, principalmente *S. mutans*. Esses agentes interferem na colonização, no crescimento e no metabolismo bacteriano, promovendo a desestruturação do biofilme. Ressaltaram que a frequência de utilização dos vernizes de flúor e clorexidina devem ser efetuadas de acordo com a atividade de cárie de cada paciente, levando em consideração a erupção dos molares permanentes e a manutenção da higiene bucal. Para o protocolo de prevenção, a apresentação em verniz tanto de flúor quanto de clorexidina é a primeira escolha devido ao contato prolongado entre agente e o local de ação, demonstrando resultados mais efetivos. Segundo os autores, para o sucesso deste protocolo, é primordial que se faça controle mensal ou bimestral para uma parceria efetiva com o núcleo familiar fazendo parte de uma estratégia de motivação e educação no sentido de supervisionar o controle de higiene dos pacientes. A clorexidina, quando usada em altas concentrações tem efeito bactericida imediato, porém, não tem capacidade de manter supressão significativa de *S. mutans* por um período superior a seis meses após sua última aplicação. O protocolo proposto pelos autores encontra-se no (ANEXO A, QUADRO 10).

Outro trabalho importante que é realizado no Brasil, em Curitiba está documentado no Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Curitiba (2004), o qual apresenta os seguintes pontos importantes:

- a) atendimento do PPNE na Unidade de Saúde sendo esta a porta de entrada para atendimento odontológico;
- b) busca ativa em domicílios através das unidades de saúde e programa de saúde da família;
- c) educação em saúde bucal para pais, cuidadores e professores de instituições;
- d) atendimento domiciliar quando necessário;
- e) caso o paciente não seja colaborador é encaminhado para a Unidade de Saúde Amigo Especial, referência no atendimento odontológico de PNE não colaboradores e orientação aos familiares, porém, não é porta de entrada para o atendimento odontológico de PNE;
- f) quando necessário o paciente é encaminhado para o atendimento hospitalar sob anestesia geral.

Assim, Horta (2004) avaliou o Programa Amigo Especial desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Curitiba após 5 anos de implantação, de 1999 a 2003, concluindo que o referido programa mostrou-se eficiente, havendo um significativo aumento no número de atendimentos de 1999 a 2003, 3.146 e 5.366, respectivamente. Quanto a recursos financeiros, houve viabilidade permitindo um aumento de atendimentos com redução proporcional dos custos. Demonstrou ser possível PPNE serem atendidos em Unidades Básicas de Saúde, pois em 2002, 55% dos procedimentos foram realizados no referido local e em 2003, 73% dos mesmos e não houve alteração quanto ao número de tratamentos sob anestesia geral em ambiente hospitalar.

Uemura et al. (2004), em atendimento a paciente de 21 anos, sexo masculino, portador de deficiência mental e auditiva devido a rubéola congênita, com comportamento autista e fazendo uso de medicação anticonvulsivante, através de orientações sobre alimentação adequada, necessidade de higienização e visitas ao CD, além de motivação e educação com a mãe, observaram que se é possível estabelecer vínculo, motivar e educar em saúde bucal, quando o profissional se propõe a individualizar sua abordagem a cada paciente fazendo com que este se sinta compreendido em suas dificuldades e valorizado naquilo que é capaz de fazer.

### **3 PROPOSIÇÃO**

Este estudo tem como proposta:

- a) avaliar as condições de saúde bucal de pacientes portadores de deficiência mental;
- b) verificar a percepção e valorização da saúde bucal de seus dependentes;
- c) verificar a necessidade de subsídios para o planejamento e avaliação de ações em saúde bucal desenvolvidas junto a esta população.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 UNIVERSO AMOSTRAL**

A população alvo desse estudo é o grupo de alunos da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, que possui 110 alunos matriculados com deficiência mental. Dos 110 indivíduos que estavam regularmente matriculados, no ano de 2006, apenas 85 concordaram em participar da pesquisa, independente do gênero e idade. Participaram como voluntários apenas aqueles indivíduos que são portadores de deficiência mental, que não apresentam outras necessidades ou síndromes cujos pais/responsáveis aceitaram a participação na pesquisa através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

### **4.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Os dados foram obtidos através da aplicação dos índices CPO-D (KLEIN; PALMER, 1937), CPO-S (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1979), PHP (PODSHADLEY; HALEY, 1968), ISG (AINAMO; BAY, 1975), e realização de uma entrevista junto aos pais/responsáveis.

#### **4.2.1 Índice de sangramento gengival**

Para este fim foi utilizado o ISG proposto por Ainamo e Bay (1975), para os quais a gengivite é o início da reação inflamatória na gengiva marginal sendo, o tratamento precoce da formação da placa bacteriana e gengivite, importante meio para a manutenção da saúde bucal.

Para a aplicação do índice utilizou-se de uma sonda milimetrada leve com esfera na

ponta de 0,5 mm a qual foi introduzida levemente no sulco gengival e ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular, deslizando da face distal, passando por vestibular, mesial e lingual com uma força de sondagem inferior a 20 gramas (PEREIRA, 2003).

O critério (+) ou negativo (-) foi atribuído a cada dente sondado frente à presença ou ausência de sangramento até 10 segundos após sondagem (AINAMO; BAY, 1975).

O valor do índice do sangramento é obtido pelo seguinte cálculo:  $IS = \frac{DRP \times 100}{DT}$ , onde DRP = número de dentes com resultado positivo na sondagem e DT = número total de dentes sondados.

A aplicação e mensuração do ISG antecederam às do PHP para que os resultados não fossem mascarados pela presença de substância evidenciadora. O formulário para anotação do ISG encontra-se no Anexo B.

#### 4.2.2 Índice para avaliação da condição de higiene bucal

A avaliação da condição de higiene bucal foi realizada através do PHP, proposta Podshadley e Haley (1968), pois é específico para placa (QUADRO 5). A necessidade, entretanto, por uma mensuração da higiene bucal de forma mais simples e que pudesse ser realizada tanto pelo cirurgião-dentista quanto seus auxiliares, estimularam o desenvolvimento do referido índice. Para a obtenção deste índice foram obedecidos os seguintes critérios:

- a) utilizou-se para a coloração das superfícies dentárias a solução evidenciadora de Fucsina Básica a 2% (Replac – Dentisply), em solução aquosa, a qual foi aplicada com o auxílio de hastes de algodão flexível (cotonete);
- b) após a aplicação da solução evidenciadora, o paciente realizou um bochecho e os dentes, indicados para o índice, foram examinados. Quando não era possível o paciente realizar o bochecho, a água era removida com o auxílio do sugador;
- c) os dentes e respectivas faces utilizados para a realização do exame foram: 16 (superfície vestibular), 11 (superfície vestibular), 26 (superfície vestibular), 36 (superfície lingual), 31 (superfície vestibular) e o dente 46 (superfície lingual);

- d) quando o primeiro molar permanente estava ausente, com grandes destruições ou com apenas  $\frac{3}{4}$  da coroa erupcionada, foi substituído pelo segundo molar, na dentição permanente. No caso dos incisivos, permanentes, esses foram substituídos pelo incisivo do lado oposto;
- e) quando o dente foi substituído, colocou-se a letra S e, se excluído, a letra E e, quando não havia presença do dente indicado “A” (ausente) no espaço destinado ao referido dente no formulário de anotação (ANEXO C);
- f) neste índice as superfícies dentárias a ser examinadas são divididas em cinco áreas conforme diagrama abaixo:

1/3	1/3	1/3
	1/3	
	1/3	

- g) para cada uma das cinco subdivisões é anotado, segundo a presença de detritos pigmentados, o código 0 para ausência e 1 para a presença;
- h) o grau de placa bacteriana atribuída a cada superfície examinada foi anotado no formulário de anotação e a somatória deles foi dividida pelo número de dentes examinados, fornecendo o grau de higiene bucal de cada paciente;
- i) para saber o grau de higiene bucal de determinada população somou-se os graus de higiene bucal de cada paciente e dividiu-se pelo número de pessoas examinadas. Para fim de identificação da situação de higiene bucal de um grupo ou individualmente, comparam-se os resultados obtidos com um quadro classificatório definido previamente e estabelecido para este índice.

**QUADRO 5** - Classificadorio de higiene bucal

Valores	Classificação
0	Higiene Excelente
0,1 – 1,7	Higiene Boa
1,8 – 3,4	Higiene Regular
3,5 – 5,0	Higiene Pobre

Fonte: Carvalho e Araújo (2004).

#### 4.2.3 Índice de ataque de cárie

Para o levantamento de cárie dentária na população pesquisada foi utilizado o índice de Dentes Cariados, Perdidos e Restaurados (Obturados) tendo como unidade o dente (CPO-D) proposto por Klein e Palmer (1937), onde dente cariado é representado pela letra C; perdido P sendo este subdividido em E (extraído) e Ei (extração indicada) e restaurado por O. Também foi realizado o índice o CPO-S, alternativa proposta pela Organização Mundial de Saúde (1979), onde os 32 dentes permanentes são divididos em 148 superfícies a saber: molares e pré-molares em 5 superfícies cada (oclusal, mesial, distal, vestibular e lingual); incisivos e caninos com 4 superfícies cada (mesial, distal, vestibular e lingual), salientando que nos casos de extração ou extração indicada anotar todas as faces nesta condição, critério este adotado para o levantamento desta pesquisa.

Os critérios que foram considerados para a realização deste índice encontram-se no Anexo D.

Os critérios de diagnóstico da coroa dentária para definição da situação dentária frente à doença cárie e os quais foram seguidos nesta pesquisa estão apontados no Anexo E.

Para o cálculo do Índice CPO-D e CPO-S, com base no formulário da Organização Mundial de Saúde (1999) e exame de diagnóstico da coroa dentária, encontram-se no Anexo A, Quadro 11.

A experiência individual de cárie é o total de dentes atacados e o CPO-D médio de um grupo é obtido pela divisão de todos os dentes atacados pelo número de indivíduos examinados. O mesmo raciocínio é seguido para o CPO-S, porém, deve-se contabilizar a

quantidade de superfícies atacadas. O formulário utilizado para a anotação do levantamento de cárie dentária encontra-se no Anexo F.

#### 4.2.4 Entrevista

Os pais/responsáveis responderam, sob a forma de entrevista, a um questionário semi-estruturado (APÊNDICE B). A entrevista foi realizada pela pesquisadora responsável, Ana Paula Pinto de Souza, e constou de perguntas a respeito de:

- a) situação sócio-demográfica (renda per capita, moradia, emprego, meio de transporte, habitação, saneamento básico) da família do PNE;
- b) acesso ao serviço odontológico (utilização e avaliação de atendimentos odontológicos já realizados);
- c) percepção e valorização da saúde pelos pais/responsáveis (visita ao cirurgião-dentista, independência e material utilizado para a higiene bucal, hábitos alimentares cariogênicos, participação em atividades educativas, percepção dos pais/responsáveis quanto à mastigação, fala, estética, dor, aparência da saúde bucal do participante da pesquisa).

Com relação aos hábitos alimentares cariogênicos, a quantidade e a frequência de ingestão de açúcar foram observadas no seguinte aspecto (PARIZOTTO, 2004):

- a) quantidade: pouco (ingestão de açúcar até 3 vezes ao dia), média (até 5 vezes) e muito (mais de 5 vezes ao dia);
- b) frequência: após as refeições (ingestão de açúcar ou derivados logo após o almoço) e entre (ingestão nos intervalos entre as principais refeições do dia).

Na análise da forma de avaliação dos pais/responsáveis quanto à percepção da saúde e aparência cavidade bucal do participante da pesquisa seguiu-se os mesmos critérios utilizados pelo levantamento epidemiológico SB Brasil - condições de saúde bucal da população brasileira - resultados principais, de 2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

### 4.3 SISTEMÁTICA DE EXAME

Os exames bucais, para obtenção dos índices descritos anteriormente foram realizados no consultório odontológico, com a utilização de refletor de luz, seringa tríplice e sugador, do Serviço de Saúde da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, no período de janeiro a julho de 2006. Todos os instrumentais utilizados na pesquisa foram autoclavados (Autoclave Dabi Atlante) e separados em pacotes contendo cada um: uma sonda periodontal com as características descritas anteriormente (sem marca), um espelho bucal (Probem) e uma pinça clínica. Os pacientes que apresentaram, no momento do exame, necessidade de tratamento odontológico imediato foram encaminhados para o Serviço Odontológico da Associação Pestalozzi ou para a Disciplina de Clínica de Pacientes Especiais da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal, sem ônus nenhum para o mesmo. Ao final do exame clínico foi entregue um tubo de creme dental, uma escova de dentes e um folheto explicativo.

## 5 RESULTADOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), sob o Protocolo n. 666 (ANEXO G) em conformidade com a Resolução n. 196/1996 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

### 5.1 ENTREVISTA

Em relação à entrevista apenas 62 pais/responsáveis aceitaram participar.

Analisando-se a situação socioeconômica da população pesquisada, observou-se que a renda familiar apresenta como valor mínimo R\$ 300,00, e máximo de R\$ 1.800,00. Destes 70,2% recebe entre R\$ 300,00 a R\$ 700,00, ou seja, apresentam como teto máximo de proventos dois salários mínimos. Em 33,9% (n=21) das famílias, é quatro o número de pessoas que dividem a mesma renda bruta, sendo o benefício uma complementação de renda em 37,1% (n=26) das famílias e, como única fonte de renda em 24,2% (n=15) das mesmas. Quanto a pessoa responsável por cuidar do indivíduo com DM, em 67,7% (n=42) dos casos não trabalham. Dos 32,3% que apresentam alguma atividade geradora de renda 60% (n=12) trabalham em período integral sendo que 63,5% (n=33) como empregado e 30,8% (n=16) na economia informal. Em 80,6% (n=50) das situações é a mãe que cuida mais tempo do filho (a) com DM. Foi verificado que, em 54,8% (n=34) das famílias não se observa pessoas desempregadas sendo que, em 29% (n=18) a mãe não possui emprego e em 75,8% (n=47) delas vive com companheiro.

Quanto à moradia, 41,9% (n=26) possuem casa própria; 19,4% (n=12) em aquisição ou alugada e, em 17,7% (n=11) a residência é cedida. O material utilizado para a construção em 75,8% (n=47) é o tijolo e, em 21% (n=13) a madeira.

Em relação ao saneamento básico, as casas possuem água encanada em 96,8% (n=60);

sendo, o sistema de esgoto mais utilizado a fossa (85,5%, n=53), seguido da rede de esgoto em apenas 12,9% (n=8) das residências. A coleta de lixo é realizada em 98,4% (n=61) das moradias.

O ônibus é o meio de transporte mais utilizado, 77,4% (n=48), seguido do carro próprio por 8,1% (n=5) e bicicleta 6,5% (n=4). Porém, 82,3% (n=51) dos entrevistados não possuem automóvel.

Na segunda parte da entrevista foi verificado o atendimento odontológico já vivenciado pelo indivíduo com DM. Neste aspecto, 58,1% (n=36) tinham comparecido ao consultório odontológico há menos de um ano e do total pesquisado, apenas 19,4% (n=12) não tinham visitado o CD a mais de três anos. O local de atendimento para 51,6% (n=32) foi o serviço odontológico da Associação Pestalozzi, seguido do Serviço Público para 25,8% (n=16) e, em terceiro lugar as Universidades, com 19,4% (n=12). Em 48,4% (n=30) dos casos, o atendimento odontológico restringiu-se à consulta de rotina e, analisando-se, de forma isolada, os motivos que levaram o indivíduo ao atendimento odontológico estão: a cárie dentária em 37,1% (n=23); dor em 32,2% (n=20); sangramento gengival em 22,6% (n=14) e prevenção para 32,3% (n=20). Quando questionados sobre a qualidade do atendimento, 45,2% (n=28) o consideraram bom e 50% (n=31) ótimo, sendo realizado em 80,6% (n=50) apenas procedimentos preventivos (profilaxia, aplicação de selantes, aplicação de flúor entre outros); em 67,7% (n=42) restaurações; em 30,6% (n=19) exodontias. Em 54,8% (n=34) dos atendimentos necessitou-se apenas de anestesia local. Porém, em 9 (14,5%) pacientes a opção foi a anestesia geral. Quanto ao uso de medicamentos, no momento da entrevista, 62,9% (n=39) não faziam uso de qualquer medicação.

A visita odontológica é realizada em 90,3% (n=56) da população, sendo que em 30,6% (n=19) dos casos, apenas quando sente dor; 27,4% (n=17) uma vez ao ano e 21% (n=13) mais de duas vezes ao ano. Os 9,7% (n=6) que relataram não ir ao CD, não o fazem porque em 6,5% (n=4) alegou-se que o indivíduo fica muito nervoso.

Analisando-se a higiene bucal dessa população, 58,1% (n=36) realizam a escovação sem auxílio, e 37,1% (n=23) dos casos, em parceria com a pessoa responsável. Quanto à frequência da escovação, 77,4% (n=48) a realizam de duas a três vezes ao dia, com escova e dentífrico. Em 50% (n=31) das situações, o sangramento gengival é percebido pelo responsável do PNE – DM.

A alimentação sólida é a preferência de 85,5% (n=53) dos pesquisados, consumindo quantidade média de açúcar em 58,1% (n=36), e entre as refeições em 69,4% (n=43).

Quando analisado a preocupação que o responsável apresenta referente aos cuidados com a saúde bucal, 95,2% (n=59) acreditam ser importante o tratamento dos dentes decíduos e 85,5% (n=53) examinam freqüentemente a cavidade bucal do (a) filho (a). Também 62,9% (n=39) receberam orientações a respeito da saúde bucal através do CD (38,7%). Porém, 37,1% (n=23) não informaram de quem receberam informações.

A percepção que o responsável tem sobre a saúde bucal do (a) filho (a) quanto à aparência, 37,1% (n=23) consideram regular, porém, 16,1% (n=10) e 8,1% (n=5) a consideram ruim e péssima, respectivamente; 43,5% (n=27) consideram que a saúde bucal do (a) filho (a) regular; 27,4% (n=17) boa e 11,3% (n=7) ruim. Não souberam informar 9,7% (n=6) dos pesquisados.

Quanto à mastigação também foi classificada, como regular (n=27) em 43,5% das situações e, em 19,4% (n=12) ruim. Para os responsáveis, os dentes e gengiva não têm interferido na fala dos filhos, haja vista que 30,6% (n=19) a consideram boa, e 21,0% (n=13) regular. Mas 17,7% (n=11) a consideram ruim e 22,6% (n=14) não souberam informar.

Quando questionados se a saúde bucal do (a) filho (a) afeta as relações pessoais, foi afirmado por 43,5% (n=27) que não afetava mas, em 12,9% (n=8) afetava muito. Também nesse caso, 22,6% (n=14) não souberam informar.

## 5.2 ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL

Considerando a população pesquisada (n=85), 92,94% apresentaram sangramento gengival. Quando observado por gênero, encontrou-se no feminino uma percentagem de 96,88% (n=31) com sangramento gengival e, no masculino 90,57% (n=48). Nota-se, mediante a descrição acima, que quase a totalidade da referida população encontra-se com a saúde gengival alterada, ou seja, os resultados apontam para uma alta prevalência de gengivite (92,94%), uma vez que 79 indivíduos mostraram sangramento em algum ponto do sulco gengival durante a sondagem. Somente em 5,88% (n=5) dos pesquisados foi observado a ausência da doença. O índice da distribuição de sangramento, de acordo com gênero, é mostrado na Tabela 1.

**TABELA 1** - Distribuição da frequência do Índice de Sangramento Gengival nos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (n=85)

Índice de sangramento (%)	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
0  — 20	14	26,42	11	34,37	25	29,41
20  — 40	17	32,08	9	28,12	26	30,59
40  — 60	15	28,30	8	25	23	27,06
60  — 80	5	9,43	3	9,38	8	9,41
80  — 100	-	-	1	3,13	1	1,18
> 100	2	3,77	-	-	2	2,35
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,00</b>	<b>32</b>	<b>100,00</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

A média do ISG para o gênero masculino foi de 67,46 ( $\pm 14,07$ ), para o feminino de 70,31 ( $\pm 9,41$ ) e da população geral foi de 68,82 ( $\pm 11,78$ ).

O resultado do ISG por sextante de acordo com os gêneros, encontra-se no Apêndice C, Tabela 11.

De acordo com a faixa etária e gênero, observou-se que nos indivíduos do gênero feminino de 7 a 12 anos, a média foi de 32,36 ( $\pm 25,62$ ). Para as faixas etárias de 13 a 18 anos e 19 a 38 anos, essa média foi, respectivamente de 25,55 ( $\pm 11,19$ ) e 39,64 ( $\pm 23,88$ ). Já para o masculino as médias encontradas para a faixa etária de 7 a 12 anos foi de 16,40 ( $\pm 16,07$ ), de 13 a 18 anos 29,21 ( $\pm 20,11$ ) e para 19 a 38 anos 50,49 ( $\pm 21,55$ ).

Comparando-se, gênero por faixa etária para o ISG pelo teste t, notou-se que não há diferença entre os gêneros, quando são verificadas as médias, do feminino e masculino, 32,36%; 39,64% e 16,40% e 50,49%, respectivamente ( $p > 0,05$ ).

Com o objetivo de averiguar se haveria um sextante ou arco da cavidade bucal que estivesse mais afetado, cuja presença de sangramento gengival tivesse maior prevalência, realizou-se uma análise por gênero e faixa etária, dividindo-se a cavidade bucal em 6 regiões e 2 arcos (QUADRO 6, TABELA 2).

**QUADRO 6** - Descrição das regiões e arcos examinados para obtenção do Índice de Sangramento Gengival

Região	Local do Sextante	Dentes Examinados
Região 1	Região superior direita	17, 16, 15, 14
Região 2	Região superior anterior	13, 12, 11, 21, 22, 23
Região 3	Região superior esquerda	24, 25, 26, 27
Região 4	Região inferior esquerda	37, 36, 35, 34
Região 5	Região inferior anterior	33, 32, 31, 41, 42, 43
Região 6	Região inferior direita	44, 45, 46, 47
Arco Superior	Arcada superior	Todos os dentes superiores presentes
Arco Inferior	Arcada inferior	Todos os dentes inferiores presentes

**TABELA 2** - Índice de Sangramento Gengival de acordo com as diferentes regiões da cavidade bucal, por gênero e faixa etária, nos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (em %) (n=85)

Sextante	Masculino			Feminino			Total		Total geral
	A	B	C	A	B	C	M	F	M+F
Região 1	41,67	57,89	81,82	88,88	72,72	75	64,15	78,13	69,41
Região 2	50,00	68,42	81,82	77,77	54,54	75	69,81	68,75	69,41
Região 3	50,00	57,89	81,82	88,88	72,72	58,33	66,04	71,88	68,24
Região 4	41,67	31,05	63,64	33,33	63,63	75	43,40	59,38	49,41
Região 5	50,00	57,89	95,45	55,55	54,54	75	71,70	62,50	68,23
Região 6	41,67	52,63	63,64	55,55	54,54	75	54,72	62,50	57,65
Arco Superior	66,67	78,94	100,00	88,88	81,81	83,33	84,91	84,38	84,71
Arco Inferior	66,67	78,94	100,00	66,66	81,81	91,67	84,91	81,25	83,53
NS	25,00	5,26	–	–	–	8,33	7,55	3,13	5,88
IS	51,04	59,21	83,52	69,44	67,04	76,04	67,46	71,09	68,82

Legenda: A= faixa etária de 7- 12 anos de idade; B= faixa etária de 13 – 18 anos de idade; C= faixa etária de 19 – 38 anos de idade; NS= Nenhum sangramento; IS= Índice de sangramento.

Através do teste *t* verificou-se que não há diferença significativa, entre os sextantes no resultado geral e o mesmo ocorrendo na comparação por sextante entre os gêneros ( $p>0,05$ ).

### 5.3 ÍNDICE DE HIGIENE BUCAL DO PACIENTE

O índice de PHP foi analisado no aspecto geral e por faixa etária.

Analisando-se, no aspecto geral, a média total do PHP foi de 3,33 ( $\pm 0,95$ ) representando uma higiene bucal regular e o mesmo ocorrendo para os gêneros masculino ( $3,38 \pm 1,00$ ) e feminino ( $3,23 \pm 1,00$ ). Em relação a média do PHP por faixa etária e gênero é mostrado na Tabela 3.

**TABELA 3** - Média de performance de higiene bucal do paciente, por faixa etária, nos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (n=85)

Idade	Masculino		Feminino		Total	
	n	PHP Médio	n	PHP Médio	n	PHP Médio
A	12	3,06	9	3,26	21	3,16
B	19	3,17	11	3,29	30	3,23
C	22	3,74	12	3,16	34	3,45
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>3,38</b>	<b>32</b>	<b>3,23</b>	<b>85</b>	<b>3,33</b>

Legenda: A= faixa etária de 7 – 12 anos de idade; B= faixa etária de 13 – 18 anos de idade; C= faixa etária de 19 – 38 anos de idade.

Através da análise de comparação pelo teste t, no gênero feminino, não foi encontrada diferença significativa entre as faixas etárias ao nível de confiança de 5%. O mesmo ocorrendo para o masculino ( $p>0,05$ ).

Na confrontação dos gêneros, por faixa etária, através do teste t, verificou-se não há diferença significativa para um nível de 5% ( $p>0,05$ ).

A classificação da higiene bucal da população pesquisada, por gênero e faixa etária é mostrada na Tabela 4.

**TABELA 4 -** Distribuição percentual do número de pessoas com deficiência mental e sua classificação de higiene bucal na Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande, MS – 2006 (n=85)

Classificação	Masculino			Feminino			TOTAL			Total
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A+B+C
Excelente (0)	0(0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Bom (0,1 – 1,7)	16,67 (2)	5,26 (1)	0 (0)	0 (0)	9,10 (1)	16,67 (2)	9,52 (2)	6,66 (2)	5,88 (2)	7,06 (6)
Regular (1,8 – 3,4)	33,33 (4)	47,37 (9)	22,73 (5)	77,78 (7)	45,45 (5)	33,33 (4)	52,38 (11)	46,67 (14)	26,47 (9)	40,00 (34)
Pobre (3,5 – 5,0)	50,00 (6)	47,37 (9)	77,27 (17)	22,22 (2)	45,45 (5)	50,00 (6)	38,10 (8)	46,67 (14)	67,65 (23)	52,94 (45)
<b>Total</b>	<b>100 (12)</b>	<b>100 (19)</b>	<b>100 (22)</b>	<b>100 (9)</b>	<b>100 (11)</b>	<b>100 (12)</b>	<b>100 (20)</b>	<b>100 (30)</b>	<b>100 (34)</b>	<b>100,00 (85)</b>

#### 5.4 ANÁLISE DO ATAQUE DE CÁRIE

A análise de ataque de cárie foi realizada pelo índice CPO-D e CPO-S.

A distribuição da população pesquisada segundo valores de CPO-D por gênero, onde pode-se observar que a percentagem de indivíduos livres de cárie dentária, em sua totalidade, é apenas 17,65%. Quando analisado o ataque da doença cárie, notou-se que somando-se o número de indivíduos com CPO-D  $\geq 4$ ;  $\geq 7$  e  $\geq 10$  respectivamente, 57,65% (n=49) dessa população apresentou um alto risco e elevada experiência à doença cárie.

A mesma situação ocorreu quando se realizou a análise do CPO-S, o que pode ser observado na Tabela 5.

**TABELA 5 -** Distribuição percentual dos pesquisados, por gênero, segundo os valores de CPO-S

Gênero	n	CPO-S = 0	CPO-S $\geq 1$	CPO-S $\geq 4$	CPO-S $\geq 7$	CPO-S $\geq 10$	CPO-S $\geq 15$	CPO-S $\geq 20$	CPO-S > 20	Livre de cárie (%)
Masculino	53	8	0	11	9	5	4	6	10	15,10
Feminino	32	7	1	3	2	6	5	2	6	21,88
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>17,65</b>

A média do CPO-D para a população pesquisada foi de 6,40 ( $\pm$  5,40) e de CPO-S 11,50 ( $\pm$  12,20). Quanto a média dos referidos índices por gênero e faixa etária é mostrado na Tabela 6.

**TABELA 6** - Média do CPO-D e CPO-S por faixa etária e gênero dos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (n=85)

Grupo etário	Masculino		Feminino		Total	
	CPO-D	CPO-S	CPO-D	CPO-S	CPO-D	CPO-S
A	1,92	3,50	1,90	1,80	1,81	2,76
B	4,84	6,10	6,50	10,91	5,43	7,84
C	10,81	21,70	8,91	17,30	10,15	20,12
<b>Total</b>	<b>6,66</b>	<b>11,96</b>	<b>6,03</b>	<b>10,72</b>	<b>6,40</b>	<b>11,50</b>

Legenda: A= faixa etária de 7 – 12 anos de idade; B= faixa etária de 13 – 18 anos de idade; C= faixa etária de 19 – 38 anos de idade.

De acordo com a faixa etária e gênero, observa-se que nos indivíduos do gênero masculino de 7-12 anos a média de CPO-D foi de 1,92 ( $\pm$  1,80) e CPO-S 3,50 ( $\pm$  3,50). Para a faixa etária de 13-18 anos a média encontrada dos respectivos índices foi 4,84 ( $\pm$  3,80) e 6,10 ( $\pm$  4,80) e de 19-38 anos foi de 10,81 ( $\pm$  5,80) e 21,70 ( $\pm$  15,40). No total o gênero masculino apresentou um CPO-D e CPO-S de 6,66 ( $\pm$  5,7) e 11,96 ( $\pm$  13,2), respectivamente.

Quando realizada a comparação entre as faixas etárias do referido gênero, para o índice CPO-D através da análise de variância, indicou haver diferença significativa entre as medidas das faixas etárias A e C ( $p < 0,05$ ), cujo nível de confiança foi de 5%. Entre A e B e B e C a diferença não é significativa. o que pode ser comprovado pelas médias descritas anteriormente. Para o índice CPO-S a análise de variância, indicou haver diferença significativa entre as faixas etárias A e C e B e C, ( $p < 0,05$ ). Entre as faixas etárias A e B não houve diferença significativa ( $p > 0,05$ ).

No gênero feminino, observa-se que a média do CPO-D para a faixa etária de 7-12 anos é de 1,90 ( $\pm$  2,40) e CPO-S 1,80 ( $\pm$  2,50); para 13-18 anos os valores respectivamente apresentados foram de 6,50 ( $\pm$  4,90) e 10,90 ( $\pm$  9,30) e na faixa etária de 19-38 anos 8,92 ( $\pm$  4,10) e 17,30 ( $\pm$  10,0). No total este gênero apresentou um CPO-D 6,03 ( $\pm$  4,8) e CPO-S 10,72 ( $\pm$  10,2).

Através da análise de variância, comparando-se o CPO-D, por faixa etária do gênero feminino, em nível de confiança de 5%, observou-se que há diferença significativa apenas entre as faixas etárias A e C ( $p < 0,05$ ), cujas médias correspondentes são 1,9 e 8,92, respectivamente. O mesmo aconteceu quando analisado o CPO-S no mesmo intervalo de confiança. Entre os gêneros não foi observada diferença significativa ( $p > 0,05$ ).

Com relação ao estudo dos componentes do CPO-D e CPO-S individualmente, por faixa etária e gênero é mostrado na Tabelas 7 e 8.

**TABELA 7** - Média dos componentes do CPO-D por faixa etária dos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (n=85)

Grupo etário	Masculino			Feminino			Total		
	C	P	O	C	P	O	C	P	O
A	0,67	0,08	1,17	0,23	–	1,44	0,48	0,05	1,29
B	0,68	0,05	4,10	0,91	0,55	5,00	0,77	0,24	4,43
C	2,18	1,86	6,77	0,75	1,00	7,17	1,68	1,56	4,79
<b>Total</b>	<b>1,30</b>	<b>0,81</b>	<b>4,55</b>	<b>0,66</b>	<b>0,56</b>	<b>4,81</b>	<b>1,06</b>	<b>0,72</b>	<b>4,65</b>

Legenda: A= faixa etária de 7 – 12 anos de idade; B= faixa etária de 13 – 18 anos de idade; C= faixa etária de 19 – 38 anos de idade.

**TABELA 8** - Média dos componentes do CPO-S por faixa etária dos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (n=85)

Grupo etário	Masculino			Feminino			Total		
	C	P	O	C	P	O	C	P	O
A	1,50	0,42	1,58	0,34	–	1,45	1,00	0,24	1,52
B	1,150	0,26	4,63	1,18	1,82	7,90	1,17	0,84	5,84
C	4,50	8,86	8,32	1,75	4,92	10,58	3,53	5,88	5,94
<b>Total</b>	<b>2,62</b>	<b>3,87</b>	<b>5,47</b>	<b>1,16</b>	<b>2,47</b>	<b>7,10</b>	<b>2,10</b>	<b>3,34</b>	<b>6,08</b>

Legenda: A= faixa etária de 7 – 12 anos de idade; B= faixa etária de 13 – 18 anos de idade; C= faixa etária de 19 – 38 anos de idade.

A relação percentual de dentes examinados, atacados pela doença cárie, hígidos e que possuem aplicação de selante é mostrado na Tabela 9. A mesma análise foi realizada para superfícies examinadas (TABELA 10).

**TABELA 9 -** Relação percentual de dentes examinados, atacados pela doença cárie, hígidos e com selante, conforme a faixa etária e o gênero dos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (n=85)

Grupo etário	Masculino								Feminino								Total							
	NDE		NDAD		NDH		NDS		NDE		NDAD		NDH		NDS		NDE		NDAD		NDH		NDS	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	191	100	23	12,04	163	85,34	5	2,62	158	100	15	9,5	143	90,50	–	–	349	100	38	10,89	306	87,68	5	1,43
B	493	100	92	18,66	401	81,34	–	–	261	100	71	27,20	173	66,29	17	6,51	754	100	163	21,62	574	76,13	17	2,25
C	574	100	238	41,46	336	58,54	–	–	324	100	107	33,02	217	66,98	–	–	898	100	345	38,42	553	61,58	0	0
<b>Total</b>	<b>1258</b>	<b>100</b>	<b>353</b>	<b>28,06</b>	<b>900</b>	<b>71,54</b>	<b>5</b>	<b>0,40</b>	<b>743</b>	<b>100</b>	<b>193</b>	<b>25,97</b>	<b>533</b>	<b>71,74</b>	<b>17</b>	<b>2,29</b>	<b>2001</b>	<b>100</b>	<b>546</b>	<b>27,29</b>	<b>1433</b>	<b>71,61</b>	<b>22</b>	<b>1,10</b>

Legenda: A= faixa etária de 7 – 12 anos de idade; B= faixa etária de 13 – 18 anos de idade; C= faixa etária de 19 – 38 anos de idade; número de dentes examinados (NDE); número de dentes atacados pela doença cárie (NDAD); número de dentes hígidos (NDH); número de dentes com selante (NDS).

**TABELA 10 -** Relação percentual de superfícies examinadas, atacadas pela doença cárie, hígidas e com selante conforme a faixa etária e o gênero dos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (n=85)

Grupo etário	Masculino								Feminino								Total							
	NSE		NSAD		NSH		NSS		NSE		NSAD		NSH		NSS		NSE		NSAD		NSH		NSS	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	852	100	42	4,93	805	94,48	5	0,59	668	100	16	2,40	652	97,60	–	–	1.520	100	58	3,82	1457	95,85	5	0,33
B	2.206	100	115	5,21	2.091	94,79	–	–	1.195	100	120	10,04	1.058	88,54	17	1,42	3.401	100	235	6,91	3.149	92,60	17	0,49
C	2.616	100	477	18,23	2.139	81,77	–	–	1.477	100	207	14,0	1.270	86,0	–	–	4.093	100	684	16,71	3.409	83,29	–	–
<b>Total</b>	<b>5.674</b>	<b>100</b>	<b>634</b>	<b>11,17</b>	<b>5.035</b>	<b>88,74</b>	<b>5</b>	<b>0,09</b>	<b>3.340</b>	<b>100</b>	<b>343</b>	<b>10,27</b>	<b>2.980</b>	<b>89,22</b>	<b>17</b>	<b>0,51</b>	<b>9.014</b>	<b>100</b>	<b>977</b>	<b>10,84</b>	<b>8.015</b>	<b>88,92</b>	<b>22</b>	<b>0,24</b>

Legenda: A= faixa etária de 7 – 12 anos de idade; B= faixa etária de 13 – 18 anos de idade; C= faixa etária de 19 – 38 anos de idade; número de superfícies examinadas (NSE); número de superfícies atacadas pela doença cárie (NSAD); número de superfícies hígidas (NSH); número de superfícies com selante (NSS).

## 6 DISCUSSÃO

Através dos censos demográficos realizados no Brasil, desde 1872, observou-se a evolução no conceito e na preocupação em se construir um perfil do PNE que pudesse auxiliar em planejamento de saúde e educação. A população avaliada, apresentou uma renda mensal familiar correspondente a 2 salários mínimos (70,2%) da população, sendo o mesmo valor encontrado no Censo de 1991 (FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL, 2006), em 46,77% da população e por Battistini e Castro (1999). Já para o Censo de 2000, 29,05% do PNE viviam abaixo da linha de miséria. Semelhante também foi o número de dependente por família entre esta pesquisa, o Censo de 2000 e Battistini e Castro (1999) ficando entre 4, 3.4 e 5, respectivamente.

Com relação à moradia, tanto a população pesquisada quanto o Censo de 2000, grande parte das pessoas já possuem casa própria 41,9% e 72%, respectivamente e, em aquisição 19,4% e 73,98%, respectivamente (FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL, 2006). Outros dados interessantes foram fornecidos por Cumella et al. (2000) onde 7% dos pesquisados (n=115) moravam em casa própria, ou seja, moravam sozinhos; 49% viviam com seus familiares; 38% em casas de cuidadores e 3% ou em clínica de repouso ou abrigos. A coleta de lixo é realizada satisfatoriamente em ambos os levantamentos, na pesquisa (98,4%) e no Censo de 2000 (68%). Também se notou que a população pesquisada é servida de água encanada (96,8%) e rede de esgoto (12,9) (FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL, 2006).

Esses resultados demonstraram uma qualidade de vida melhor, haja vista a presença de água tratada, coleta de lixo e ausência de esgoto à “céu aberto” apresentando assim algumas condições saudáveis para a sobrevivência.

Quanto à avaliação do DM para o seu ingresso na Sociedade Pestalozzi, esta segue a filosofia citada por Vigotski (2002), Ballone (2003) e Varellis (2005), buscando dentro do pré-cadastro do serviço social e na sondagem médica, composta por um profissional de cada área, perceber no indivíduo os pontos positivos, a capacidade de aprender, possibilidades que

o ambiente social tem em oferecer serviços de apoio, melhorar o nível das habilidades adaptativas e maximizar as habilidades em cuidados pessoais.

Outros fatores também dificultam o atendimento odontológico de PNE como a ansiedade do paciente, baixa prioridade em campanhas, falta de experiência no atendimento e manejo, acesso ao transporte, dificuldades comportamentais, medo do tratamento, exclusão social (ELIAS, 1997; ROMER; DOUGHERTY; AMORES-LAFLEUR, 1999; FENTON et al., 2003; ACUÑA; BOLIS, 2005).

Nesta pesquisa, através dos dados relativos aos atendimentos odontológicos já realizados, notou-se a importância de existir um serviço odontológico no local que o DM estuda ou frequenta, pois 51,6% dos indivíduos já tinham passado pelo CD da Sociedade Pestalozzi ou pelo serviço público (25,8%), demonstrando uma forma de inclusão social. De forma surpreendente 32,3% dos pesquisados procuraram o serviço odontológico para prevenção, 37,1% por cárie dentária; 32,2% por dor e sangramento gengival 22,6%. Já na pesquisa de Gizani et al. (1997), o atendimento odontológico era realizado apenas em caso de dor ou sangramento gengival. O mesmo ocorreu para Tomita e Fagote (1999) em 66,5% dos casos analisados. A anestesia local mostrou-se suficiente para o tratamento odontológico em 54,8% e a geral foi utilizada em casos mais complicados (14,5%). Entretanto para Gizani et al. (1997), o procedimento de anestesia geral era a opção geral para a realização do atendimento odontológico.

Através destes resultados fica clara a importância de trabalhos que sejam desenvolvidos na área educativa, cujo objetivo seja a orientação e prevenção, sensibilizando pais e educadores na importância de higiene bucal, nos cuidados básicos para que o PNE consiga envelhecer apresentando uma cavidade bucal satisfatória, não necessitando da anestesia geral como única opção e nem da experiência de dor.

Pelos resultados da pesquisa observou-se que a escovação dentária era realizada em 58,1% dos casos pelo próprio indivíduo e em 37,1% com a ajuda do responsável. Resultados similares foram encontrados por Tomita e Fagote (1999) onde 40% de suas crianças escovavam os dentes sem auxílio, outros 40% com a ajuda do responsável, e 20% os professores executam esta tarefa. Já na pesquisa Gizani et al. (1997) 91,% dos DM e 94,7% daqueles com dificuldade de aprendizagem não recebiam ajuda para tal tarefa. Quanto à quantidade de vezes que a escovação dentária era realizada ao dia 77,4% (n=48) a executam de 2 a 3 vezes ao dia. Reid, Chenette e Macek (2003a) quando compararam a saúde bucal de

americanos e estrangeiros e, observaram que 81,7% e 79%, respectivamente escovavam de 1 ou mais vezes ao dia e, Gizani et al. (1997) referente a sua população estudada afirmou que 22,1% de DM e 20,9% daqueles com dificuldade de aprendizagem não escovavam os dentes diariamente. Estas observações tornam-se relevantes, pois em qualquer orientação sobre higiene bucal deve-se dar atenção especial aos pais/responsáveis/cuidadores, pois estes serão os multiplicadores da informação assim como o ponto de referência para a introdução ou modificação de hábitos saudáveis na residência ou no local que o DM possa freqüentar.

Mesmo 62,9% dos responsáveis tendo recebido orientação sobre saúde bucal e 95,2% demonstrando preocupação com o tratamento dos dentes de leite; a alimentação com relação ao açúcar é preocupante pois 58,1% da população pesquisada o ingerem em quantidade média e entre as refeições (69,4%). Resultados semelhantes foram observados Tomita e Fagote (1999) e Cumella et al. (2000). O fato é que, as orientações quanto à alimentação devem ser repassadas com maior freqüência, pois como relatado anteriormente, PNE nem sempre contam com a ajuda do responsável para realizar a higiene bucal.

Durante esses anos, vários levantamentos epidemiológicos e aplicação de programas foram realizados no sentido de se conhecer a realidade da saúde bucal do PNE e verificar formas de controle da doença gengival e cárie dentária. A epidemiologia neste sentido se faz obrigatória não só para o conhecimento da realidade como também serve de eixo fundamental para o planejamento de ações e avaliação.

Estudos epidemiológicos nacionais e internacionais sobre o sangramento gengival, dos últimos cinco anos estão mostrados no Apêndice C, Quadro 7.

A doença gengival caracteriza-se pelo sangramento no sulco gengival sendo este seu sinal inicial. Alguns levantamentos tiveram a preocupação de analisá-la pela importância de se manter uma gengiva saudável no PNE. Entretanto, nos trabalhos analisados a gengivite mostrou-se presente em altos índices conforme verificado no Apêndice C, Quadro 7. Nesta pesquisa o quadro gengival não se mostrou diferente pois 92,94% da população pesquisada apresentaram sangramento gengival, obtendo a média de 68,82% e quando analisado por faixa etária há um aumento no índice de 32,36 para 39,64% no feminino e de 16,40 para 50,49 no masculino. A percentagem de sangramento gengival em sua maioria (n=74), estão distribuídos entre 0 a 60%, ou seja, tem-se que 30,59% (n=26) do total de pesquisados com índice de sangramento entre 20 a 40%; 29,41% (n=25) entre 0 a 20 % e 27,06% (n=23) entre 40 a 60% (TABELA 1). Entretanto, do total de 85 pesquisados 2,35% (n=20) apresentam a

doença em 100% dos sítios pesquisados. Outro fator a considerar é que a doença distribuiu-se de maneira uniforme na cavidade bucal, não apresentando afinidade por sextante ou arcos específicos e, apenas 5,88% (n=5), do total da população pesquisada não apresentaram os primeiros sinais da doença. Importante salientar que o responsável apresenta uma boa percepção para a alteração gengival, pois 42,35% destes tiveram boa percepção.

Quanto à higiene bucal e controle de placa bacteriana, não há, dentro da literatura analisada um índice que seja o mais utilizado para esta situação odontológica. Porém, independente do índice os valores encontrados são altos representando uma higiene bucal pobre em sua maioria, o que pode ser observado no Apêndice C, Quadro 8.

A média do PHP na pesquisa foi de 3,33 considerada uma higiene bucal pobre. Da população geral analisada (n=85) 52,94% tinham higiene bucal pobre e 40% regular não havendo diferença significativa entre masculino (3,38) e feminino (3,23). Houve porém, um aumento paralelo ao aumento da idade chegando a 3,16 para o feminino e 3,74 para masculino.

Vale ressaltar que na faixa etária C (19-38 anos), o indivíduo adulto não apresenta tanto a ajuda do responsável em suas atividades diárias o que pode acarretar um aumento do índice haja vista que em muitas situações, como relatado anteriormente o PNE não recebe a ajuda do pai/responsável para estas tarefas.

Assim, como ressaltado por Brown e Pharm (1976), deve ser dada prioridade no tratamento e orientação preventiva quanto a doença periodontal, cárie dentária e má oclusão além de adequar os métodos de prevenção à doença periodontal. Também para Swerts e Medeiros (2003), o controle de placa bacteriana é de fundamental importância na prevenção da doença periodontal.

Melhorar a saúde bucal de PNE através da promoção de saúde, orientando pais/responsáveis/cuidadores, acompanhamento profissional periodicamente, ação multiprofissional, estímulo para o desenvolvimento de algum grau de independência e auto-suficiência, uso do princípio ético da beneficência para com estes pacientes, interação família – PNE – equipe de saúde, planejamento de contingência ambientais que favoreçam a escolha de bons hábitos foram observações importantes realizadas por Magalhães, Becker e Ramos (1997), Van Grunsuen e Cardoso (1995), Elias (1995), Fourniol (1998), Zarzar e Roseblatt (1999), Amaral et al. (2000) e Caetano e Moraes (2000).

Quanto ao ataque de cárie ao DM, notou-se que é a parte de alteração da cavidade bucal que mais se tem estudado em todas as faixas etárias conforme sintetizado no Apêndice C, Quadro 9.

O índice mais utilizado para a análise de ataque de cárie ainda continua sendo o CPO-D. Porém, alguns pesquisadores já apresentam a preocupação em avaliar esta situação através do índice CPO-S por ser mais sensível e extremamente importante quando se pretende implantar qualquer tipo de programa que tem como consequência a análise da incidência. Esta pesquisa optou pelo uso de ambos os índices para que fosse possível um quadro comparativo com outros locais e que se aumentasse a bibliografia com o uso do CPO-S o qual, é difícil de encontrar tanto na literatura estrangeira quanto nacional cuja aplicação seja em PNE.

O CPO-D média geral da população analisada foi de 6,4, e nos gêneros masculino e feminino de 6,66 e 6,03, respectivamente. Se comparado este valor com o encontrado na literatura, observa-se uma grande variação. Quando se analisou a faixa etária até 15 anos, o CPO-D apresentou-se menor como encontrado no trabalho de Rodrigues et al. (1997), 2,90; Gizani et al. (1997) 2,9; Mitsea et al. (2001) que observou um CPO-D médio de 2,83 para paralisados cerebrais, 3,24 para DM e 2,71 para deficientes visuais; Donnel, Sheiham e Wai (2002) 2,27. Para idades superiores, ou seja, na fase adulta, ocorreu um aumento na média do CPO-D como se pode observar nos relatos de Battistini e Castro (1999) 9,1 no geral, 10 para o masculino e 7,5 para o feminino; Cumella et al. (2000) 16,3; Rao, Hedge e Munshi (2001) 4,51 e Donnel, Sheiham e Wai (2002) de 5,23.

Na análise individual dos componentes de CPO-D, notou-se que o componente que mais contribuiu com o valor geral foi o componente restaurado ou obturado (4,65), o cariado apenas 1,06 e perdidos 0,72. Importante salientar que 17,65% dos pesquisados estavam livres de cárie e que a presença de selante foi observada em 1,10 (n=22) dos dentes examinados. Situação inversa foi encontrada nos trabalhos analisados, pois o componente que apresentava a maior média era o cariado, seguido de perdidos e extração indicada. Em todos, a necessidade de tratamento odontológico também foi significativa (TABELAS 7-8).

Os dados apontados vêm de encontro à percentagem de indivíduos que procuraram o CD, pois 51,6% dos pesquisados já tinham realizado algum tipo de procedimento odontológico na Associação Pestalozzi ou em serviço público (25,8%). A presença de selante retratou o acesso a procedimentos preventivos que muito ajudará ao longo do tempo no

controle da doença cárie, e isto vem de encontro com os dados encontrados, pois 32,3% dos pesquisados receberam algum tipo de procedimento preventivo.

Importante salientar que tanto a média do CPO-D quanto dos componentes individuais (TABELAS 7-8) aumentavam com a idade sendo o componente restaurado ou obturado o que mais aumentou, confirmando assim, o acesso ao serviço odontológico e a preocupação da referida com o bem estar de seus filhos. Todavia é uma população que tem sofrido grande ataque de cárie e não conseguindo a introdução e manutenção de procedimentos preventivos.

Ao se analisar o CPO-S apenas dois autores trabalharam com este índice (APÊNDICE C, QUADRO 9). O CPO-S médio, da população de DM da Escola Especial Raio de Sol foi de 11,5 apresentando aumento gradativo quando foi analisado por faixa etária, sendo novamente a faixa etária mais velha a com maior ataque da doença cárie em ambos os gêneros (TABELA 6). Na análise individual dos componentes do CPO-S, o componente restaurado ou obturado foi o que apresentou maior percentual de superfícies (6,08), seguido de perdidos (3,34) e cariados (2,1) (TABELA 9). A faixa etária menor foi a menos atingida e a maior mais afetada pela doença. Resultados similares foram encontrados por Gizani et al. (1997) (5,4) e Tomita e Fagote (1999) (9,46), porém ambos não apresentaram um estudo dos componentes do CPO-S.

Interessante verificar a percentagem de dentes e superfícies que se apresentaram hígdas (TABELAS 9-10), onde foi observado que do total de dentes examinados (n=2.001) apenas 27,29% (n=546) apresentaram-se afetados pela doença permanecendo 71,61% hígdos. Já para CPO-S, do total (n=9.014) 10,84% (n=977) das superfícies foram atacadas e 88,92% (n=8.015) estavam hígdas no momento do exame. Sendo assim, quanto ao ataque de cárie esta população encontra-se sob controle, sendo seu maior problema o controle de placa bacteriana e conseqüentemente o sangramento gengival.

Em relação à população pesquisada esta se encontra inserida dentro de um contexto de construção de um ambiente saudável. Entretanto, a presença de medidas preventivas-educativas definidas são necessárias para a manutenção da saúde e o despertar da necessidade e importância de procedimentos preventivos que sejam realizados tanto na Escola quanto pela família. Trabalhar com PNE não é tarefa fácil, portanto se faz necessário estudo, dedicação e trabalho de equipe.

## 7 CONCLUSÕES

A análise dos resultados deste estudo permite concluir que:

- a) a condição de saúde bucal dos pacientes com deficiência mental é precária, pois a higiene bucal é insatisfatória (3,33%), o ISG é alto (68,22%), o mesmo acontecendo com o CPO-D (6,4%) e CPO-S (11,5);
- b) pais/responsáveis apresentam uma boa percepção da saúde bucal de seus dependentes;
- c) mediante a situação identificada, é eminente a necessidade de elaboração de programas de atenção à saúde bucal, através de instrumentos de planejamento e avaliação que atenda as necessidades desta população.

## REFERÊNCIAS

Abreu, MHNG, Paixão HH, Resende VLS. Controle de placa bacteriana em portadores de deficiências físicas: avaliação de pais e responsáveis. Arch Odont. 1999; 35(1-2):2-37.

Acuña C, Bolis M. La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2005. Disponível em: URL: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/leg-estigmatizacion-esp.pdf>. [2005 jul 15].

Aguiar SMHCA, Barbieri CM, Louzada LPA, Saito TE. Eficiência de um programa para a educação e a motivação da higiene buço-dental direcionado a excepcionais com deficiência mental e disfunção motora. Rev Faculdade Odontol Lins. 2000; 12(1-2):16-23.

Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. Int Dent J. 1975; 25(4):229-35.

Almeida DB. Pessoas com deficiência e/ou necessidades especiais à luz dos Direitos Humanos. Disponível em: URL: [http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/def/pessoas\\_deficientes.html](http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/def/pessoas_deficientes.html). [2006 abr 14].

Amaral AM, Silva, AM, Araújo ES, Seniuk,F, Santos IR, Maciel IC, et al. Trabalhando com a família do amigo especial. Revista Divulgação em Saúde para Debate. 2000; 19:64-6.

American Association on Mental Retardation. Disponível em: URL: <http://www.aamr.org/Policies/pdf/definitionofMR.pdf>. [2006 abr 14].

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>a</sup> ed. Washington, DC; 1995.

Antunes JLF, Peres MA, Peres MADA, Aurélio Peres M, Frazão P. Cárie dentária. In: Antunes JLF, Peres MA. Fundamentos de odontologia: epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 49-67.

Aquilante AG, Almeida BS, Martins RF, Xavier CRG, Sales Peres SHC, Bastos JRM. A importância da Educação em Saúde Bucal para pré-escolares. Rev Odontol UNESP. 2003; 32(1):39-45.

Associação Americana de Psiquiatria. *DSM III e IV*: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Ballone GJ. Deficiência mental. Disponível em: URL: <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/dm1.html>. [2006 abr 14].

Ballone GJ. Retardo mental - DSM.IV. Disponível em: URL: [http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm\\_cid/dsm.php](http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php). [2006 abr 14].

Battistini C, Castro AL. Levantamento epidemiológico de cárie dental em pacientes portadores de síndrome de Down. *Rev Assoc Paul Cir Dent Reg Araçatuba*. 1999; (19/20):38-41.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 33ª ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva; 2004.

Brasil. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: URL: [http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/LEIS_2001/L10216.htm). [2006 16 abr].

Bratthall D, Petersson GH. Avaliação do risco de cárie – uma abordagem atual. In: Buischi YP. *Promoção em saúde bucal na Clínica Odontológica – EAP – APCD*. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 147-68.

Brayer L, Goultchin J, Mor C. The effect of chlorhexidine mouthrinses on dental plaque and gingivitis in mentally retarded individuals. *Clin Prev Dent*. 1985; 7(1):26-8.

Brown JP, Pharm SB. A review of controlled surveys of dental disease in handicapped persons. *ASDC J Dent Child*. 1976; 43(5):313-20.

Bussadori SK, Silva PE, Oliveira TC, Motta LJ. Uso de vernizes de flúor e de clorexidina na promoção de saúde bucal. *Rev Assoc Paul Cir Dent Reg Araçatuba*. 2004; 58(5):359-62.

Butner AP, Smith RG, Tiefenbach S, Walker C. Administration of chlorhexidine to persons with mental retardation residing in an institution: patient acceptance and staff compliance. *Spec Care Dentist*. 1996; 16(2):53-7.

Caetano MES, Moraes ABA. Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes especiais – CEPAE: contribuição da psicologia para um tratamento de prevenção e formação profissional. *Rev Bras Odontol*. 2000; 57(1):39-42.

Carvalho EMC, Araújo RPC. A saúde bucal em portadores de transtornos mentais e comportamentais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2004; 4(1):65-75.

Castro MO. Aspectos psicológicos no tratamento odontológico com pacientes especiais. In: Elias R. *Odontologia de alto risco*. Rio de Janeiro: Revinter; 1995. p. 1-7.

Chagas AMR. *O portador de deficiência no Brasil, 1991*. Brasília: CORDE; 1998.

Cumella S, Ransford N, Lyons J, Burnham H. Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with Community Dental Services. *J Intellect Disabil Res*. 2000; 44(part I):45-52.

Dávila ME, Daza D, Bullones X, Ugel E. Salud oral de lãs personas con retraso mental em cuatro minicipios del estado Lara, 2003. Acta Odontol Venez. 2003; 43(3).

Declaração de Madrid. Disponível em: URL:

[http://www.crbg.pt/links/documentos/DECLARACAO\\_DE\\_MADRID.pdf#search=%22DECLARA%C3%87%C3%83O%20DE%20MADRID%22](http://www.crbg.pt/links/documentos/DECLARACAO_DE_MADRID.pdf#search=%22DECLARA%C3%87%C3%83O%20DE%20MADRID%22). [2006 abr 14].

Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual. Disponível em: URL:

[http://www.adefi.org.br/decla\\_16.php](http://www.adefi.org.br/decla_16.php). [2006 abr 14].

Declaração dos Direitos da Criança. Disponível em: URL:

<http://www.culturabrasil.pro.br/direitosdacriança.htm>. [2006 abr 14].

Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes. Disponível em: URL:

[http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec\\_def.pdf](http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_def.pdf). [2006 abr 14].

Declaração dos Direitos do Deficiente Mental. Disponível em: URL:

<http://www.ama.org.br/declaracãodosdireitosdfm.htm>. [2006 abr 14].

Dever, JG. Oral hygiene in mentally handicapped children. A clinical trial using a chlorhexidine spray. Aust Dent J. 1979; 24(5):301-5.

Donnel DO, Sheihan A, Wai YK. Dental findings in 4-, 14-, and 25- to 35- year-old Hong Kong residents with mental and physical disabilities. Spec Care Dentist. 2002; 22(6):231-4.

Duailibi, SE. Pacientes Especiais. In: Rosenthal, E. A Odontologia no Brasil no século XX. São Paulo: Santos Livraria; 2001. p. 219-24.

Edwards DM, Merry AJ. Disability Part 2: Access to dental services for disabled people. A questionnaire survey of dental practices in Merseyside. Br Dent J. 2002; 193(5):253-5.

Elias R. A importância da saúde oral em pacientes especiais. In: Elias R. Odontologia de alto risco – pacientes especiais. Rio de Janeiro: Revinter; 1995. p. 9-11.

Elias R. Pacientes especiais e seu atendimento na Odontologia. J Bras Odontol Clín. 1997; 1(1):61-4.

Farias N, Buchalla, CM. A classificação internacional de funcionalidade incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(2):187-93.

Fenton SJ, Hood H, Holderm, May PB, Mouradian WE. The American Academy of Developmental Medicine and Dentistry: eliminating health disparities for individuals with mental retardation and other developmental disabilities. J Dent Educ. 2003; 67(12): 1.337-44.

Fonseca LGN, Bianchine YR. Considerações sobre pacientes examinados no centro de assistência odontológica a excepcionais da Faculdade de Odontologia de Araçatuba de 1985 a 1987. Odontol Mod. 1997; 24(1):26-30.

Fourniol AF. Pacientes especiais e a Odontologia. São Paulo: Livraria Santos; 1998.

Fundação Banco do Brasil. Retratos da deficiência no Brasil. Disponível em: URL: [http://www.fgv.br/cps/deficiencia\\_br/PDF/PPD\\_Sumario\\_Executivo.pdf](http://www.fgv.br/cps/deficiencia_br/PDF/PPD_Sumario_Executivo.pdf). [2006 abr 14].

Gizani S, Declerck D, Vinckier F, Martens L, Marks L, Goffin G. Oral health condition of 12-year-old handicapped children in Flanders (Belgian). *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25(5):352-7.

Guarino L et al. (2005). Movimento pestalozziano no Brasil 1925-2005 – caminhos e diretrizes. Rio de Janeiro: Centroprint Impressões Digitais; 2005. p. 96-103.

Gunn ER, White DA, Brooks JA. A review of community dental service provision for children attending special day schools. *Community Dent Health*. 2002; 20(1):16-19.

Hallberg V, Klingberg G. Medical health care professionals assessments of oral health needs in children with disabilities: a qualitative study. *Eur J Oral Sci*. 2005; 113(5):363-8.

Horta MLS. Avaliação do programa amigo especial após 05 anos de implantação [monografia]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2004.

Kalaga A, Addy M, Hunter B. The use of 0,2% clorhexidine sprays na adjunct to oral hygiene and gengival health in physically and mentally handicapped adults. *J Periodontol*. 1989; 60(7):381-5.

Klein H, Palmer CE. Dental caries in American Indian children. *Public Health Bull* 1937;239:1-53.

Machado NAS, Sardenberg SEM, Kahn S, Alves J. A clorexidina no controle de placa em pacientes internados: estudo piloto. *Rev Bras Odontol*. 2002; 59(6):390-2.

Magalhães MG, Becker MM, Ramos MS. Aplicação de um programa de higienização supervisionada em pacientes portadores de paralisia cerebral. *RPG*. 1997; 4(2):109-13.

Magg MS, Meneses SM. Um trabalho realmente especial. *Divulg Saúde Debate*. 2002; (19):67-9.

Merry AJ, Edwards DM. Disability Part 1: The disability discrimination Act (1995) – implications for dentists. *Br Dent J*. 2002; 193(4):199-201.

Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 2003a. Relatório Final.

Ministério da Saúde. Legislação em saúde da pessoa portadora de deficiência. Brasília; 2003b. Manual.

Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 1993. Relatório Final.

Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal – acesso e qualidade superando a exclusão social. Brasília; 2004. Relatório Final.

Ministério da Saúde. SB Brasil - condições de saúde bucal da população brasileira - resultados principais. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes.php>. [2006 abr 14].

Mitsea AG, Karitis AG, Donta-Bakoyianni C, Spyropoulos ND. Oral health status in Greek children and teenagers, with disabilities. *J Clin Pediatr Dent*. 2001; 26(1):111-8.

Mugayar LRF. Apêndice final – guia de prevenção odontológica. In: Mugayar LRF. *Pacientes portadores de necessidades especiais*. São Paulo: Pancast; 2000a. p. 251-9.

Néri M. *Retratos da deficiência no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV; 2003.

Organização das Nações Unidas. Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência. Nova York; 1982.

Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. Relatório sobre a saúde mental no mundo 2001. Disponível em: URL: <http://www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html>. [2006 16 abr].

Organização Mundial de Saúde. *A guide to oral health epidemiological investigations*. Geneva: World Health Organization; 1979.

Organização Mundial de Saúde. *Levantamentos básicos em saúde bucal*. 4ª ed. São Paulo: Santos; 1999.

Parizotto, SPCOL. Prevalência de cárie dentária na dentição decídua de crianças da comunidade indígena Kaiowá-Guanari do Mato Grosso do Sul e Associação com fatores de risco [tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2004.

Pereira AC. Normas operacionais para execução de levantamentos em Odontologia. In: Pereira AC. *Odontologia em saúde coletiva: planejamento, ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 83-116.

Pezzementi ML, Fisher MA. Oral health status of people with intellectual disabilities in the southeastern United States. *J Am Dent Assoc*. 2005; 136(7):903-12.

Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 4ª ed. São Paulo: Livraria Santos; 2000.

Podshadley AG, Haley JV. A method for evaluating oral hygiene performance. *Public Health Rep*. 1968; 83(3):259-64.

Prefeitura Municipal de Curitiba. *Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal*. Curitiba; 2004.

Raggio DP, Takeuti ML, Guaré RO, Haddad AS, Imperato ICP, Ciamponi AL. Remoção químico-mecânica de tecido cariado em paciente portados de Síndrome de Down. Relato de caso clínico. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2001; 4(19):191-6.

Rao DB, Hedge AM, Munshi AK. Caries prevalence amongst handicapped children of South Canara district, Karnataka. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2001; 19(2):67-73.

Reid BC, Chenette R, Macek MD. Special olympics: the oral health status of V.S. athletes compared with international athletes. *Spec Care Dentist*. 2003a; 23(6):230-233.

Reid BC, Chenette R, Macek MD. Prevalence and predictors of untreated caries and oral pain among Special Olympic Athletes. *Spec Care Dentist*. 2003b; 23(4):139-42.

- Rodrigues MJ, Lima KTF, Carvalho MH, Farias TP. Estudo para avaliar a influência dos hábitos alimentares e de higiene bucal CEO e CPO-D em pacientes com deficiência mental e Síndrome de Down. *Rev Fac Odontol Pernambuco*. 1997; 15(1/2):25-30.
- Romer M, Dougherty N, Amores-Lafleur E. Education-Predoctoral education in special care dentistry: Paving the way to better access. *ASDC J Dent Child*. 1999; 66(2):132-5.
- Sasaki, RK. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: deficiência mental ou intelectual: doença ou transtorno mental. *Revista Nacional de Reabilitação*. 2005; (43):9-10.
- Schmidt MG. Pacientes especiais Portadores de Deficiências Neuropsicomotoras. In: Corrêa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Livraria Santos; 1998. 645-63.
- Secretaria Políticas de Saúde. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000 - manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Shapira J, Sgan-Cohen HD, Stabholz A, Sela MN, Schurr D, Goultchin J. Clinical and microbiological effects of chlorhexidine and arginine sustained-release varnishes in the mentally retarded. *Spec Care Dentist*. 1994; 14(4):158-63.
- Special Olympics. Changing attitudes changing the world: The health and health care of people with intellectual disabilities. Disponível em: URL: [http://www.specialolympics.org/NR/rdonlyres/e75okatixbknehtnruutheossutueniq7hsd6ev6bg3astpgwfmabbzfwy5ph2tbjojz3gnjuzum6hhbjgljh6nl36d/CACW\\_Health.pdf](http://www.specialolympics.org/NR/rdonlyres/e75okatixbknehtnruutheossutueniq7hsd6ev6bg3astpgwfmabbzfwy5ph2tbjojz3gnjuzum6hhbjgljh6nl36d/CACW_Health.pdf). [2006 16 abr].
- Stanfield M, Scully C, Davison MF, Porter S. Oral healthcare of clients with learning disability: changes following relocation from hospital to community. *Br Dent J*. 2003; 194(5):271-7.
- Swerts MSO, Medeiros UV. Novas tendências de prevenção e tratamento da doença periodontal frente aos seus fatores modificadores. *J Bras Odontol Clín*. 2003; 7(39):234-41.
- Tolini CAS. Paralisia cerebral: deficiência neuromuscular. In: Elias R. *Odontologia de alto risco – pacientes especiais*. Rio de Janeiro: Revinter; 1995. p. 71-93.
- Tomita NE, Fagote BF. Programa educativo de saúde bucal para pacientes especiais. *Odontologia & Sociedade*. 1999; 1(1/2):45-50.
- Uemura ST, Ramos L, Espósito D, Uemura AS, Boccia MF, Mugayar LR. Motivação e educação odontológica em paciente especial. *RGO*. 2004; 52(2):91-100.
- Van Grunsuen MF, Cardoso BT. Atendimento odontológico em crianças especiais. *Rev Assoc Paul Cir Dent Reg Aracatuba*. 1995; 49(5):364-70.
- Varellis MLZ. *O paciente com necessidades especiais na Odontologia: manual prático*. São Paulo: Santos; 2005.
- Verdugo MA. El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. *Ciclo Cero*. 1994; 25(3):5-25.
- Vigotski LS. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

Waldman HB, Perlman SP, Swerdloff M. Periodontics and patients with special needs. *J Periodontol*. 2002; 71(2):330-3.

Waldman HB, Perlman SP. A quarter of a million dollars to raise a child born in 2000: and if the child is disabled... . *ASDC J Dent Child*. 2001a; 68(5-6):366-9.

Waldman HB, Perlman SP. Children with both mental retardation and mental illnesses live in our communities and need dental care. *ASDC J Dent Child*. 2001b; 68(5-6):360-5.

Waldman HB, Perlman SP. Preparing to meet the Dental needs of individuals with disabilities. *J Dent Educ*. 2002a; 66(1):82-5.

Waldman HB, Perlman SP. Why is providing dental care to people with mental retardation and other developmental disabilities such a low priority? *Public Health Rep*. 2002b; 117(5):435-9.

Wolff AJ, Waldman HB, Milano M, Perlman SP. Dental students' experiences with and attitudes toward people with mental retardation. *J Am Dent Assoc*. 2004; 135(3):353-7.

Zarzar PMPA, Rosenblatt A. A beneficência e a atenção odontológica às crianças portadoras da Síndrome de Down na cidade do Recife. *Arq Odontol*. 1999; 35(1/2):39-49.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caros pais e/ou responsáveis pelo aluno: .....

Meu nome é Ana Paula Pinto de Souza, sou dentista e estarei realizando uma pesquisa na Sociedade Pestalozzi de Campo Grande (MS) com a autorização de sua Diretoria e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Esta pesquisa tem o objetivo de conhecer as condições de saúde bucal dos alunos e pacientes desta Instituição, ou seja, se tem cárie dentária e/ou doença da gengiva, para propor um programa de prevenção e educação em saúde bucal e também sua avaliação. Nesta pesquisa participarão apenas aqueles voluntários que apresentam deficiência mental.

Para que seu filho participe da pesquisa ele não precisa pagar nada, não sofrerá nenhum risco, e pode se retirar da pesquisa na hora que quiser. Caso você não queira que ele participe da pesquisa, seu(sua) filho(a) não sofrerá nenhum prejuízo ou constrangimento, basta você não assinar esse termo de consentimento. Caso você permita que ele(a) participe, ele(a) será examinado(a) por mim, terá orientações sobre saúde bucal e será reavaliado após 06 meses. Primeiro será realizado um exame dentário no voluntário, quando então iremos colorir os seus dentes, com um evidenciador de placa bacteriana chamado fucsina básica a 2% para sabermos se a sua escovação está boa ou não. Depois iremos orientá-lo como escovar melhor os dentes e também aos familiares. Depois será observado que há sangramento gengival. Todos os benefícios da pesquisa serão garantidos aos voluntários após o final da mesma.

Serão aplicados questionários aos responsáveis para saber o que eles percebem da saúde bucal bem como as experiências com tratamento odontológico que seus filhos tiveram.

Vale ressaltar que a elaboração de uma forma de atendimento de prevenção e educação beneficiará as pessoas portadoras de deficiência mental na manutenção da saúde bucal o que irá diminuir as indicações para anestesia geral para tratamento odontológico além de favorecer que esta pessoa chegue a idade adulta sem dor e sofrimentos relacionados à boca. Se quiser tirar alguma dúvida, você poderá entrar em contato comigo, que sou responsável pela pesquisa pelos seguintes telefones:

(067) 384-1719 e (067) 9912-6080.

*Muito obrigada, pela participação e colaboração.*

.....  
Ana Paula Pinto de Souza

Nome do voluntário: ..... RG: .....

Data de nascimento: ..... Sexo: .....

Nome do responsável: ..... RG: .....

Eu, ..... após ter lido, entendido este formulário e esclarecido todas as minhas dúvidas autorizo a participação de meu(minha) filho(a) ..... nesta pesquisa.

.....  
Assinatura do responsável

## APÊNDICE B

### Roteiro de Entrevista

<b>Parte 1 - Caracterização socioeconômica</b>
--

- 1) Qual a renda de toda a sua família? .....
- 2) Quantos indivíduos dependem dessa renda? .....
- 3) Fonte de renda (quem trabalha):  
 a ] mãe     b ] pai     c ] ambos     d ] outros
- 4) Quem cuida da criança trabalha?  
 a ] sim     b ] não  
*Se a resposta é **Sim** qual a jornada de trabalho:*  
 a ] ½ período     b ] período integral
- 5) A fonte de renda é?  
 a ] empregador     b ] empregado     c ] economia informal     d ] outro
- 6) Desempregados na família:  
 a ] pai     b ] mãe     c ] ambos     d ] nenhum
- 7) Situação conjugal do responsável:  
 a ] com companheiro     b ] sem companheiro
- 8) Moradia:  
 a ] própria     b ] própria em aquisição     c ] alugada  
 d ] cedida     e ] mora com parentes     f ] outros
- 9) Tipo de casa:  
 a ] material (tijolo)     b ] alvenaria (madeira)     c ] outros
- 10) Saneamento:  
 Água:  a ] encanada     b ] poço  
 Esgoto:  a ] fossa     b ] rede de esgoto     c ] outros  
 Destino do lixo:  a ] coleta     b ] queima     c ] enterra     d ] outros
- 11) Meio de transporte:  
 a ] ônibus     b ] bicicleta     c ] carro próprio
- 12) Posse de automóvel:  
 a ] não possui     b ] possui um automóvel     c ] possui 2 ou mais

13) Quem cuida mais tempo da criança em casa:

[ a ] pai     [ b ] mãe     [ c ] irmãos     [ d ] avós     [ e ] pessoa contratada para esta tarefa

<b>Parte 2 - Acesso ao serviço odontológico</b>
---

1) Última consulta odontológica de seu filho foi:

[ a ] nunca foi atendido     [ b ] menos de 1 ano     [ c ] de 1 a 2 anos     [ d ] 3 ou mais anos

*Caso responda **Nunca foi atendido** pule para a Parte 3.*

2) Local de atendimento (pode marcar uma ou mais alternativas):

[ a ] Universidades                       [ d ] Serviço Privado

[ b ] Pestalozzi                               [ e ] outros

[ c ] Serviço Público

3) Motivo do atendimento (*pode marcar uma ou mais alternativas*):

[ a ] dor     [ e ] sangramento na gengiva

[ b ] feridas ou mancha na boca     [ f ] inchaço da face

[ c ] consulta de rotina                       [ g ] prevenção/orientação

[ d ] cárie     [ h ] outros

4) Avaliação do atendimento:

[ a ] ótimo     [ b ] bom     [ c ] regular     [ d ] ruim

5) Que tipo de tratamento odontológico seu filho já recebeu (*pode marcar uma ou mais alternativas*):

[ a ] prevenção/orientação (limpeza, flúor, selante)                       [ e ] tratamento de canal

[ b ] restaurações     [ f ] ortodontia

[ c ] extrações     [ g ] outros

[ d ] prótese

6) Nos tratamentos necessitou (*pode marcar uma ou mais alternativas*):

[ a ] anestesia local                       [ d ] uso de contenção física

[ b ] anestesia geral                       [ e ] nenhuma das anteriores

[ c ] uso de sedação

7) Seu filho faz uso de algum medicamento?

[ a ] sim     [ b ] não

Quais? .....

.....

.....

<b>Parte 3 - Valorização e percepção da saúde</b>
---

- 1) Seu filho vai ao dentista?  
 a ] sim     b ] não
  
- 2) Em caso afirmativo, quantas vezes/ano.  
 a ] 1     b ] 2     c ] mais de 2     d ] quando sente dor
  
- 3) Em caso negativo quais são as razões? (*se você respondeu Sim na Questão 1, não responda esta questão*) (*pode marcar uma ou mais alternativas*)  
 a ] dificuldade de encontrar um cirurgião-dentista que atenda Paciente Especial  
 b ] ele fica ansioso e nervoso  
 c ] o serviço público não oferece este tipo de tratamento  
 d ] dificuldade de transporte  
 e ] outros
  
- 4) Quem escova os dentes do seu filho?  
 a ] ele próprio     b ] o(a) responsável     c ] ambos     d ] outros
  
- 5) Em caso afirmativo quantas vezes ao dia?  
 a ] 1     b ] 2 a 3     c ] mais de 3
  
- 6) Em caso negativo por quê? (*se você respondeu a Questão 4 não precisa responder esta questão*):  
 a ] ele não deixa     b ] apresenta outras dificuldades  
     Quais? .....  
     .....  
     .....
  
- 7) O que você usa para limpar a boca do seu filho? (*pode marcar uma ou mais alternativas*):  
 a ] creme dental     b ] escova     c ] fio dental     d ] anti-séptico     e ] outros
  
- 8) A gengiva do seu filho sangra?  
 a ] sim     b ] não
  
- 9) A doença cárie pode ser transmitida?  
 a ] sim     b ] não
  
- 10) A doença cárie pode ser prevenida?  
 a ] sim     b ] não  
     Em caso negativo por quê? .....  
     .....
  
- 11) Como é a alimentação do seu filho?  
 a ] líquida     b ] pastosa     c ] sólida

- 12) Ingestão de açúcar, doces, balas e derivados é:  
 a ] muito     b ] médio     c ] pouco
- 13) Ingestão de açúcar, doces, balas e derivados:  
 a ] após as refeições (logo que termina de almoçar já come um doce ou toma refrigerante ou outro alimento com açúcar)  
 b ] entre as refeições (no lanche da tarde, ou fica lambiscando)
- 14) É importante tratar os dentes de leite?  
 a ] sim     b ] não
- 15) Você examina a boca do seu filho com frequência?  
 a ] sim     b ] não
- 16) Você já participou de alguma orientação de saúde bucal?  
 a ] sim     b ] não  
 Quem ofereceu? .....
- 17) Como você classificaria a saúde bucal de seu filho?  
 a ] não sabe     b ] péssima     c ] ruim     d ] regular     e ] boa     f ] ótima
- 18) Como você classificaria a mastigação do seu filho?  
 a ] não sabe     b ] péssima     c ] ruim     d ] regular     e ] boa     f ] ótima
- 19) Para você, de que forma a saúde bucal de seu filho afeta o relacionamento dele(a) com outras pessoas?  
 a ] não sabe/não informou     d ] afeta mais ou menos  
 b ] não afeta     e ] afeta muito  
 c ] afeta pouco
- 20) Como você classificaria a aparência dos dentes e gengivas do seu filho?  
 a ] não sabe     b ] péssima     c ] ruim     d ] regular     e ] boa     f ] ótima
- 21) Como você classificaria a fala de seu filho devido aos seus dentes e gengivas? A forma dos dentes e gengiva do seu filho atrapalha ele para falar?  
 a ] não sabe     b ] péssima     c ] ruim     d ] regular     e ] boa     f ] ótima
- 22) O quanto de dor os dentes e gengivas de seu filho causaram nestes últimos 6 meses?  
 a ] nenhuma dor     b ] pouca dor     c ] média dor     d ] muita dor

## APÊNDICE C

### Tabela e Quadros complementares

**TABELA 11** - Índice de sangramento gengival de acordo com as diferentes regiões da cavidade bucal nos indivíduos com deficiência mental da Escola Especial “Raio de Sol” da Associação Pestalozzi de Campo Grande-MS, 2006 (n=85)

Região da boca	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
IS Região 1	34	64,15	25	78,13	59	69,41
IS Região 2	37	69,81	22	68,75	59	69,41
IS Região 3	35	66,04	23	71,88	58	68,24
IS Região 4	23	43,40	19	59,38	42	49,41
IS Região 5	38	71,70	20	62,50	58	68,23
IS Região 6	29	54,72	20	62,50	49	57,65
Arco Superior	45	84,91	27	84,38	72	84,71
Arco Inferior	45	84,91	26	81,25	71	83,53
Nenhum sangramento	4	7,55	1	3,13	5	5,88
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>67,46</b>	<b>32</b>	<b>71,09</b>	<b>85</b>	<b>68,82</b>

Legenda: Região 1= Sextante superior direito      Região 4= Sextante Inferior Esquerdo  
 Região 2= Sextante Superior Anterior      Região 5= Sextante Inferior Anterior  
 Região 3= Sextante Superior Esquerdo      Região 6= Sextante Inferior Direito  
 Arco Superior      Arco Inferior

**QUADRO 7** - Estudos nacionais e internacionais sobre prevalência de sangramento gengival, segundo autor(es), ano de publicação, local, tamanho da amostra, idade e índice

<b>Autor</b>	<b>Local</b>	<b>Amostra</b>	<b>Idade</b>	<b>Índice</b>	<b>Prevalência</b>
Cumella et al. (2000)	Warwickshire (Reino Unido)	115	≥ 18	Não especificou	– 35% com condições gengivais saudáveis – 40% com alterações gengivais; – 25% com necessidade de intervenção do CD
Magg e Meneses (2000)	Curitiba-PR (Brasil)	72	Variada	Não informou	– 44% apresentaram gengivite
Reid, Chenette e Macek (2003a)	Estados Unidos (USA)	9.620 atletas	Adulto	Próprio <sup>(1)</sup>	– 45% dos pesquisados apresentavam gengivite
Reid, Chenette e Macek (2003b)	Estados Unidos (USA)	2.220	Adulto	Próprio <sup>(1)</sup>	– atletas estrangeiros = 27,8% – atletas americanos = 40,1%
Dávila et al. (2003)	Lara (México)	155	1 a ≥ 29	Próprio <sup>(1)</sup>	– geral = 64,5% – RML <sup>(2)</sup> = 58,8% – RMM <sup>(3)</sup> = 77,4%

Legenda: (1) Índice desenvolvido pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e Divisão de Saúde Bucal; (2) Retardo Mental Leve; (3) Retardo Mental Moderado.

**QUADRO 8** - Estudos nacionais e internacionais sobre prevalência de placa bacteriana, segundo autor(es), ano de publicação, local, tamanho da amostra, idade e índice

<b>Autor</b>	<b>Local</b>	<b>Amostra</b>	<b>Idade</b>	<b>Índice</b>	<b>Prevalência</b>
Magalhães, Becker e Ramos (1997)	São Paulo-SP (Brasil)	8	9-18	IHOS	– inicial = 2,51 – após programa = 1,37
Tomita e Fagote (1999)	Bauru-SP (Brasil)	52	5-17	PHP	– inicial = 3,42 – após programa = 2,9
Aguiar et al. (2000)	Araçatuba-SP (Brasil)	33	variada	IHOS	– inicial = 59,6 – após programa (1 ano) = 3,0
Cumella et al. (2000)	Warwickshire (Reino Unido)	115	≥ 18	Não especificou	– 58% higiene bucal pobre
Mitsea et al. (2001)	Atenas (Grécia)	170 (DM = 70; DV = 46; PC = 50)	6-15	IHOS	– DM = 1,6 – DV = 1,25 – PC = 1,8
Donnel, Sheiham e Wai (2002)	Hong Kong (Japão)	309 (4 anos)  174 (14 anos)  365 (25-35 anos)	4, 14, 25-35	Silness e Løe	– placa visível – 13,6% – placa abundante = 1,4% – 14 anos: – 52,3% sem placa visível – 30,5% placa visível – 17,2% placa abundante – 20,2% com cálculo. – 25-35 anos: – 36,2% sem placa visível – 47% com placa visível – 15,8% com placa abundante – 56,3% com cálculo

**QUADRO 9** - Estudos nacionais e internacionais sobre prevalência de cárie dentária a, segundo autor(es), ano de publicação, local, tamanho da amostra, idade e índice

<b>Autor</b>	<b>Local</b>	<b>Amostra</b>	<b>Idade</b>	<b>Índice</b>	<b>Prevalência</b>
Rodrigues et al. (1997)	Pernambuco	73	3-13	ceo-d CPO-D	- Ceo-d = 2,49 - CPO-D = 2,90
Gizani et al. (1997)	Flanders (Bélgica)	626	12	CPO-D CPO-S	- CPO-D = 2,9 - CPO-S = 5,4
Battistini e Castro (1999)	Marília-SP (Brasil)	51	6-35	CPO-D	- Geral = 9,1 - Masculino = 10,0 - Feminino = 7,5 - Extraídos = 82 - Restaurados = 79 - Cariados = 68 - Extração Indicada = 34
Tomita e Fagote (1999)	Bauru-SP (Brasil)	52	5-17	CPO-S	- 9,46
Zarzar e Rosenblatt (1999)	Recife-PE (Brasil)	30 Síndrome de Down 30 grupo controle	3-10	CPO-D	- Síndrome de Down: - C <sub>média</sub> = 4,83 - O <sub>média</sub> = 1,20 - E <sub>média</sub> = 1,73 - Grupo Controle: - C <sub>média</sub> = 3,47 - O <sub>média</sub> = 3,67 - E <sub>média</sub> = 0,80
Cumella et al. (2000)	Warwickshire (Reino Unido)	115	≥ 18	CPO-D	- CPO-D = 16,3 - C <sub>média</sub> = 2,9 - P <sub>média</sub> = 8,4 - R <sub>média</sub> = 5,0
Mitsea et al. (2001)	Atenas (Grécia)	170 70 - DM <sup>(2)</sup> 54 - PC <sup>(3)</sup> 46 - DV <sup>(4)</sup>	6-15	ceo-d CPO-D	- ceo-d (DM) = 2,44 - ceo-d (PC) = 3,71 - ceo-d (DV) = 2,37 - CPO-D (DM) = 3,24 - CPO-D (PC) = 2,83 - CPO-D (DV) = 2,71

<b>Autor</b>	<b>Local</b>	<b>Amostra</b>	<b>Idade</b>	<b>Índice</b>	<b>Prevalência</b>
Rao, Hedge e Munshi (2001)	Distrito Sul de Canara (Karnataka – Índia)	524	3-30	ceo-d CPO-D	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Do total examinado 71,56% tinham cárie</li> <li>– Dent. Decídua: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ceo-d = 3,06</li> <li>– c(%) = 98,27</li> <li>– e(%) = 1,73</li> <li>– r(%) = 0</li> <li>– 48% com cárie</li> </ul> </li> <li>– Dent. Mista: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ceo-de = 3,32</li> <li>– C(%) = 89,46</li> <li>– E(%) = 7,95</li> <li>– R(%) = 2,59</li> <li>– 69% com cárie</li> </ul> </li> <li>– Dent. Permanente: <ul style="list-style-type: none"> <li>– CPO-D = 4,51</li> <li>– C(%) = 83,9</li> <li>– E(%) = 6,84</li> <li>– R(%) = 9,26</li> <li>– 74,77% com cárie</li> </ul> </li> </ul>
Donnel, Sheiham e Wai (2002)	Hong Kong (Japão)	309 (4 anos) 174 (14 anos) 365 (25-35 anos)	4; 14; 25-35	ceo-d CPO-D	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 4 anos: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ceo-d = 1,25</li> <li>– r(%) = 25,9</li> <li>– e(%) = 5,2</li> </ul> </li> <li>– 14 anos: <ul style="list-style-type: none"> <li>– CPO-D = 2,27</li> <li>– R(%) = 31,0</li> <li>– E(%) = 7,5</li> </ul> </li> <li>– 25-35 anos: <ul style="list-style-type: none"> <li>– CPO-D = 5,23</li> <li>– R(%) = 24,5</li> <li>– E(%) = 29,4</li> </ul> </li> </ul>
Reid, Chenette e Macek (2003a)	Estados Unidos (USA)	9.620 atletas	adultos idade média 24	Próprio <sup>(1)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Livres de cárie = 69,6%;</li> <li>– Cárie = 39,4%</li> <li>– Mais de uma restauração = 62,9%</li> <li>– Selantes = 16,2%</li> <li>– 36,3% dentes perdidos.</li> </ul>
Reid, Chenette e Macek (2003a)	Dublin (Irlanda)	3.500 atletas	adulto	Próprio <sup>(1)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 35% dos atletas apresentavam cárie dentária</li> </ul>

<b>Autor</b>	<b>Local</b>	<b>Amostra</b>	<b>Idade</b>	<b>Índice</b>	<b>Prevalência</b>
Reid, Chenette e Macek (2003b)	Estados Unidos (USA)	2.220 atletas	adulto	Próprio <sup>(1)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estrangeiros:</li> <li>– Cárie = 50,1%</li> <li>– Restaurados = 19,6%</li> <li>– Selante = 1,8%</li> <li>– Perdidos = 23,1%</li> <li>– Americanos:</li> <li>– Cárie = 28,2%</li> <li>– Restaurados = 62,9%</li> <li>– Selante = 13,5%</li> <li>– Perdidos = 30,2%</li> </ul>
Dávila et al. (2003)	Lara (México)	155	1 a ≥ 29	Próprio <sup>(1)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Geral = 65,20</li> <li>– Presença de cárie em:</li> <li>– Molares = 58,7%</li> <li>– Pré-molares = 20,6%</li> <li>– Anteriores = 9,0%</li> <li>– Perdidos:</li> <li>– Anterior = 2,6%</li> <li>– Posterior = 25,2%</li> <li>– Urgência = 36,10%</li> </ul>
Pezzementi e Fisher (2005)	Região Sudeste dos Estados Unidos (USA)	1.891	Média de 20,9	Próprio <sup>(1)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cariados = 36,5%</li> <li>– Perdidos – 18,1%</li> <li>– Restaurados = 49,8%</li> <li>– Nec tratamento = 8,4%</li> <li>– Selante = 8,1%</li> </ul>

Legenda: (1) Criado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e Divisão de Saúde Bucal; (2) Deficiente Mental; (3) Paralisado Cerebral; (4) Deficiente Visual.

## **ANEXOS**

## ANEXO A

## Quadros complementares

**QUADRO 10** - Metodologia do uso de vernizes de flúor e clorexidina na promoção de saúde bucal – dentição decídua, mista e permanente

Situação clínica	Procedimento adotado	Frequência de realização
<i>Fase Inicial (1º contato com o paciente)</i>		
Dentição decídua, mista ou permanente hígida e boa higiene	– Acompanhamento e avaliação da higiene bucal	Bimestral
Dentição decídua, mista ou permanente hígida e higiene regular ou ruim	– Acompanhamento de higiene bucal – Aplicação de verniz de flúor (1ª aplicação – 1ª semana) – Aplicação de verniz de clorexidina (1ª aplicação – 2ª semana) – Total de 2 semanas	Mensal
Dentição decídua, mista ou permanente com cavidades de cárie aberta (crônica e/ou aguda)	– Acompanhamento de higiene bucal – Aplicação de verniz de flúor (1ª aplicação – 1ª semana) – Aplicação de verniz de clorexidina (1ª aplicação – 2ª semana) – Aplicação de verniz de flúor (2ª aplicação – 3ª semana) – Aplicação de verniz de clorexidina (2ª aplicação – 4ª semana) – Adequação do meio bucal com material liberador de flúor – Total de 4 semanas	Mensal
<i>Fase Curativa</i>		
Dentição decídua, mista ou permanente com cavidades de cárie sendo restauradas (crônica e/ou aguda)	– Acompanhamento de higiene bucal – Aplicação de verniz de flúor (1ª aplicação – 1ª semana) – Aplicação de verniz de clorexidina (1ª aplicação – 2ª semana) – Realizar estas medidas durante a execução do tratamento restaurador	Mensal
<i>Fase Preventiva</i>		
Dentição decídua, mista ou permanente hígida e boa higiene	– Acompanhamento e avaliação da higiene bucal – Aplicação semestral ou anual de verniz de flúor (de acordo com o risco de cada paciente)	Bimestral
Dentição decídua, mista ou permanente hígida e higiene regular ou ruim	– Acompanhamento e avaliação da higiene bucal – Aplicação de verniz de flúor (1ª aplicação – 1ª semana) – Aplicação de verniz de clorexidina (1ª aplicação – 2ª semana) – Total de 2 semanas	Mensal
Dentição decídua, mista ou permanente com cavidades de cárie restauradas e boa higiene	– Acompanhamento e avaliação da higiene bucal – Aplicação semestral ou anual de verniz de flúor (de acordo com o risco de cada paciente)	Bimestral
Dentição decídua, mista ou permanente hígida e higiene regular ou ruim com cavidades de cárie restauradas	– Acompanhamento e avaliação da higiene bucal – Aplicação de verniz de flúor (1ª aplicação – 1ª semana) – Aplicação de verniz de clorexidina (1ª aplicação – 2ª semana) – Total de 2 semanas	Mensal

Fonte: Bussadori et al. (2004).

**QUADRO 11** - Situação do dente/superfície e código correspondente para cálculo

Situação do dente ou superfície	Códigos
Cariado (C)	Contagem dos dentes/superfícies classificados nos código 1 e 2. Os dentes com comprometimento pulpar e com “extração indicada” são computados, neste formulário como “cariados”.
Perdido (P)	Contagem dos dentes/superfícies classificados no código 4 quando o examinado tiver menos de 30 anos de idade. <sup>2</sup> ou Contagem dos dentes/superfícies classificados no código 4 e 5 quando o examinado tiver 30 ou mais anos de idade. <sup>3</sup>
Obturado ou Restaurado (0)	Contagem dos dentes/superfícies com código 3.

Fonte: Pinto (2000, p. 173) e Antunes et al. (2006, p. 52).

---

<sup>2</sup> Para indivíduos com menos de 30 anos recomenda-se que o cálculo de CPO exclua os dentes que tenham sofrido avulsão ou tenham sido extraídos por outros motivos que não a manifestação de cárie (como trauma ou tratamento ortodôntico).

<sup>3</sup> Para indivíduos com 30 anos ou mais todos os dentes “perdidos” devem ser computados como no cálculo dos índices de cárie, devido às dificuldades para obtenção de respostas seguras quanto à causa de cada perda dentária.

**ANEXO B**

## Levantamento do Índice de Sangramento Gengival (ISG) de Ainamo e Bay (1975)

Código: .....

Idade: .....

Gênero: [ ] feminino [ ] masculino

Dentes	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
Score														
Score														
Dentes	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		

## ANEXO C

## Modelo de ficha padrão para levantamento do PHP

CÓDIGO							
Depósitos	16 (V)	11 (V)	26 (V)	36 (L)	31 (V)	46 (L)	PHP
CÓDIGO							
Depósitos	16 (V)	11 (V)	26 (V)	36 (L)	31 (V)	46 (L)	PHP
CÓDIGO							
Depósitos	16 (V)	11 (V)	26 (V)	36 (L)	31 (V)	46 (L)	PHP

## ANEXO D

### Critérios utilizados para a realização do índice CPO-D e CPO-S, segundo Pinto (2000)

Um dente é considerado presente na cavidade bucal quando qualquer de suas partes é visível ou pode ser tocada com o explorador sem que seja preciso afastar tecidos moles.

Se um dente permanente e um temporário ocupam o mesmo espaço, anota-se apenas o permanente.

O exame deve ser realizado de maneira ordenada, dente por dente, ou espaço dentário por espaço dentário, iniciando pelo dente 18 – terceiro molar superior direito e terminando em geral pelo dente 48 – terceiro molar inferior direito.

## ANEXO E

Códigos e critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (1999) para o diagnóstico e registro de cárie dentária - adaptado

Cód.	Critério (dente ou superfície)	Descrição
0	Hígida	<p>Uma coroa/superfície é considerada hígida caso não apresente evidência de cárie tratadas ou não-tratadas. Os estágios de cárie que precedem a cavitação e outras condições semelhantes não devem ser considerados no diagnóstico de cárie. Uma coroa/superfície com as seguintes condições, na ausência de outros critérios positivos, deve ser codificada como hígida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– manchas brancas ou porosas;</li> <li>– manchas com alteração de coloração ou rugosidade que não sejam amolecidas ao toque pela sonda periodontal <i>ball point</i> ou CPI metálica usada nesses exames bucais;</li> <li>– fôssulas ou fissuras pigmentadas no esmalte sem sinais visíveis de esmalte socavado ou amolecido do assoalho ou paredes detectáveis com a sonda IPC;</li> <li>– áreas escuras, brilhantes, duras, pontilhadas de esmalte em um dente, apresentando sinais de fluorose moderada a severa;</li> <li>– lesões que, baseando-se em distribuição ou história clínica, ou ao exame visual-tátil, pareça ser devida à abrasão.</li> </ul>
1	Cariada	<p>A cárie é considerada presente quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– há lesão em uma fôssula ou fissura, ou em uma superfície lisa, com cavidade inconfundível, esmalte socavado, ou amolecimento detectável de assoalho ou parede;</li> <li>– um dente/superfície esteja com restauração provisória ou selante (código 6), mas também cariado;</li> <li>– casos em que a coroa tenha sido destruída por cárie e somente a raiz tenha restado, deve ser classificada como cárie coronária;</li> <li>– a sonda deve ser utilizada para confirmar as evidências visuais de cárie nas faces oclusal, vestibular e lingual;</li> <li>– casos de dúvida a cárie deve ser registrada como presente.</li> </ul>
2	Restaurado(a) com cárie	<p>Uma coroa/superfície é considerada restaurada quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– tiver uma ou mais restaurações permanentes e uma ou mais áreas que estão com cárie;</li> <li>– as lesões por cárie sejam ou não associadas à restauração.</li> </ul>
3	Restaurado(a) sem cárie	<p>Uma coroa/superfícies é considerada sem cárie quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– uma ou mais restaurações permanentes estão presentes e não existe cárie em ponto algum da coroa;</li> <li>– dente que tenha recebido coroa protética devido à cárie prévia deve ser codificado nesta categoria.</li> </ul>

<b>Cód.</b>	<b>Critério (dente ou superfície)</b>	<b>Descrição</b>
<b>4</b>	Ausente devido à cárie	Este código é utilizado para os dentes/superfícies permanentes que tenham sido extraídos devido à cárie e é registrado na condição coronária. O código 4 não deve ser utilizado para dente/superfície ausente por outra razão que não a cárie.
<b>5</b>	Ausente por outra razão	Este código é utilizado para dentes/superfícies permanentes considerados ausentes por outros motivos que não a cárie: ausência congênita, traumatismo, tratamento ortodôntico, doença periodontal entre outras.
<b>6</b>	Selante de fissura	Este código é utilizado para dentes/superfícies com: <ul style="list-style-type: none"> <li>– aplicação de selante de fissuras na superfície oclusal;</li> <li>– dentes/superfície em que a fissura oclusal foi amplamente aumentada por broca esférica “chama de vela” com aplicação de resina composta.</li> </ul> Dente/superfície com selante porém cariado, deve ser codificado como 1.
<b>7</b>	Suporte de prótese, coroa protética ou faceta.	Este código é utilizado para indicar: <ul style="list-style-type: none"> <li>– coroa de dente que faz parte de uma prótese parcial fixa, ou seja, são suporte de prótese;</li> <li>– coroas protéticas colocadas por outras razões que não a cárie;</li> <li>– recobrimento de facetas e laminados na face vestibular de um dente no qual não existam evidência de cárie ou de uma restauração;</li> <li>– dentes ausentes substituídos por próteses são codificados como 4 ou 5.</li> </ul>
<b>8</b>	Não erupcionado(a)	Esta classificação está restrita aos dentes/superfícies permanentes e é utilizada somente para os espaços dentários com dente permanente não-erupcionado e sem o dente decíduo. Os dentes classificados como não erupcionados devem ser excluídos dos cálculos relativos a cárie dentária. Esta categoria não inclui dentes com ausência congênita nem dentes perdidos por trauma ou outros motivos.
<b>T</b>	Traumatismo	Uma coroa é considerada fraturada quando parte de sua superfície está ausente como resultado de trauma e sem evidência de cárie.
<b>9</b>	Não-registrado(a)	Este código é utilizado para quaisquer dentes permanentes erupcionados que não possam ser examinados por qualquer razão (por exemplo, devido a presença de bandas ortodônticas, hipoplasias severas, entre outras).

Fonte: Organização Mundial de Saúde (1999 apud ANTUNES et al., 2006, p. 50-51).

## ANEXO F

## Modelo do formulário do índice CPO-S e CPO-D

Número de Identificação:    Dia / Mês / Ano:

---

**Manchas Brancas**  
 A - ausente  Quantidade:   
 P - presente

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
<input type="checkbox"/>													
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
<input type="checkbox"/>													

**Condição da superfície dental:**  
 0- sãda  
 1- cariada  
 2- restaurada com reincidência de cárie  
 3- restaurada  
 4- extraída por cárie  
 5- extraída por outra razão  
 6- selante ou verniz  
 7- apoio de ponte ou coroa especial  
 8- não irrompida  
 9- excluída do exame

CPO	C	P	O	S
SUP.				
INF.				
S				

## ANEXO G

Carta do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



**Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**  
**Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS**

*Carta de Aprovação*

*A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 666 da Pesquisadora Ana Paula Pinto de Souza intitulado "Saúde Bucal em pacientes portadores de necessidades especiais institucionalizados: Avaliação e proposta de Programa em atenção odontológica", e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião Ordinária no dia 15 de dezembro de 2005, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.*

*Prof. Odair Pimentel Martins*

*Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS*

*Campo Grande, 16 de dezembro de 2005.*

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>  
[bioetica@propp.ufms.br](mailto:bioetica@propp.ufms.br)  
fone 0XX67 3345-7187