

## Investigação original

# Estado de saúde oral duma população institucionalizada com deficiência profunda



Maria Grego Esteves, Sónia Mendes\*, Mário Bernardo

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, Portugal

### INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

#### Historial do artigo:

Recebido a 5 de Agosto de 2017

Aceite a 7 de Novembro de 2017

On-line a 17 de Novembro de 2017

#### Palavras-chave:

Cárie dentária

Higiene dentária

Paralisia cerebral

Pessoas com deficiência

### R E S U M O

**Objetivos:** Avaliar o estado de saúde oral de uma população institucionalizada com deficiência profunda e averiguar a sua relação com potenciais fatores determinantes.

**Métodos:** A população-alvo consistiu nos residentes do Centro de Apoio a Deficientes Profundos Luís da Silva (Borba). A recolha de dados foi realizada através de exame intraoral e aplicação de um questionário aos cuidadores responsáveis pela higiene oral dos residentes. Foram avaliados o índice CPOD, o índice gengival e o índice de higiene oral simplificado e obtidos dados sobre comportamentos relativos à higiene oral, acesso a cuidados de saúde oral, tipo de alimentação e nível de dependência. A análise estatística foi realizada no SPSS, com testes de Qui-quadrado, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis ( $\alpha=0,05$ ).

**Resultados:** A amostra foi constituída por 55 indivíduos, maioritariamente do sexo masculino (63,6%), com paralisia cerebral enquanto patologia mais prevalente que motivou a institucionalização (29,1%). Obteve-se um CPOD médio de 11,15 (dp=10,06), prevalência de cárie de 80%, índice gengival de 1,71 (dp=0,73) e índice de higiene oral simplificado de 1,61 (dp=0,70). A escovagem era maioritariamente realizada bidariamente (90%) com auxílio dos funcionários (80,4%) e 40% dos participantes nunca realizaram consultas de saúde oral. A maioria dos participantes apresentou alimentação de textura normal (50,9%). As variáveis que contribuíram significativamente ( $p<0,05$ ) para o estado de saúde oral foram o sexo, a idade, o tipo de alimentação e a capacidade funcional para a higiene oral.

**Conclusões:** As pessoas institucionalizadas com deficiência profunda apresentam um estado de saúde oral precário, necessidade de auxílio para a higiene oral e um escasso acesso a cuidados de saúde oral. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2017;58(3):146-152)

© 2017 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Publicado por SPEMD. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor correspondente.

Correio eletrónico: [sonia.mendes@fmd.ulisboa.pt](mailto:sonia.mendes@fmd.ulisboa.pt) (Sónia Mendes).

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.11.030>

1646-2890/© 2017 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by SPEMD.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Oral health status of an institutionalized population with profound disability

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Dental caries  
Oral hygiene  
Cerebral palsy  
Persons with disabilities

**Objectives:** To evaluate the oral health status of institutionalized persons with profound disability and to investigate its relationship with potential determinants.

**Methods:** The target population consisted of residents of the Centro de Apoio a Deficientes Profundos Luís da Silva (Borba). Data was collected through intraoral examination, and a questionnaire was applied to the caregivers responsible for the oral hygiene of the residents. The DMFT index, the Gingival Index and the Simplified Oral Hygiene Index were evaluated, as well as behaviors related to oral hygiene, access to oral health care, type of feeding and level of dependence. The statistical analysis was performed in the SPSS software, using chi-square, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests ( $\alpha=0.05$ ).

**Results:** The sample consisted of 55 individuals, mostly male (63.6%), with cerebral palsy as the most prevalent pathology that motivated institutionalization (29.1%). A mean DMFT of 11.15 (SD=10.06), caries prevalence of 80%, gingival index of 1.71 (SD=0.73) and simplified oral hygiene index of 1.61 (SD=0.70) were found. Toothbrushing was mostly performed twice a day (90.0%) with the help of caregivers (80.4%), and 40% of the participants never attended oral health appointments. Most of the participants ate normal texture food (50.9%). The variables that contributed significantly ( $p<0.05$ ) to the oral health status were gender, age, type of feeding and functional capacity for oral hygiene.

**Conclusions:** Institutionalized people with profound disability present poor oral health, a need for oral hygiene assistance and poor access to oral health care. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2017;58(3):146-152)

© 2017 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Published by SPEMD. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introdução

A Organização Mundial Saúde (OMS), definiu deficiência como qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatômica, de carácter temporário ou permanente.<sup>1,2</sup> A deficiência profunda corresponde ao nível de maior gravidade da deficiência,<sup>3,4</sup> estimando-se que os indivíduos com deficiência profunda constituam 1,5% dos casos de deficiência.<sup>4</sup> A legislação nacional define deficiência profunda como “a perda ou alteração prolongada de uma função psicológica, fisiológica ou anatômica, com grave compromisso de autonomia e difícil resposta a tratamento, correção e compensação”.<sup>5</sup>

O Centro de Apoio a Deficientes Profundos Luís da Silva (CLS) é o único centro do Alentejo que acolhe exclusivamente indivíduos com deficiência profunda.<sup>6</sup>

Estes indivíduos são considerados um grupo de elevado risco relativamente à sua saúde, incluindo a saúde oral, apresentando prevalências de cárie e de doenças periodontais bastante significativas.<sup>7</sup> Um dos aspetos que pode contribuir para esta situação é que, na grande maioria dos casos, não estão capacitados para remover adequadamente e autonomamente o biofilme dentário, ficando a higiene oral a cargo de cuidadores. No entanto e de um modo geral, tanto os cuidadores como alguns dos poucos indivíduos que executam a sua própria hi-

giene, não recebem instruções adequadas para realizar a higiene oral e não utilizam os meios de remoção da placa bacteriana adequados à sua incapacidade.<sup>8</sup>

Os indivíduos com deficiência podem apresentar dificuldades de deglutição, sendo nestes casos necessário adaptar a textura da alimentação. Nestes pacientes é possível recorrer a alimentação com textura pastosa ou, se necessário, até a sondas, como as nasogástricas, ou a gastrostomia endoscópica percutânea (GEP).<sup>9</sup> Está descrito que a textura pastosa e a deglutição atípica podem contribuir para um pior estado de saúde oral.<sup>10</sup>

O tratamento dentário é a maior necessidade de saúde oral de pessoas com deficiência, podendo diminuir a sua qualidade de vida e gerar complicações no estado de saúde geral.<sup>11,12</sup> Em Portugal não são conhecidos programas de saúde oral especificamente direcionados a estas populações. O “Cheque-Dentista” integrado no Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) abrange apenas as crianças com deficiência que frequentam algumas instituições de ensino.<sup>11</sup>

A implementação de medidas de prevenção e promoção da saúde oral requer um conhecimento prévio sobre as características e necessidades da população-alvo. Embora existam alguns estudos realizados em Portugal sobre o estado de saúde oral de pessoas com deficiência, estes são escassos e nenhum aborda especificamente os indivíduos portadores de

deficiência profunda. Ainda assim, através dos estudos realizados é possível verificar que as pessoas com deficiência apresentam um estado de saúde oral precário.<sup>13,14</sup>

O objetivo geral deste estudo é investigar o estado de saúde oral de uma população institucionalizada constituída por indivíduos com deficiência profunda e os seus principais fatores associados. Os objetivos específicos são:

1) Determinar a prevalência e a gravidade de cárie, o estado de saúde gengival e o nível de higiene oral; 2) Caracterizar os hábitos de higiene oral, o acesso aos cuidados de saúde oral e a capacidade funcional; 3) Relacionar o estado de saúde oral com características demográficas, hábitos de higiene oral, tipo de alimentação e a capacidade funcional para a higiene oral.

Esta informação poderá contribuir para o planeamento e para a implementação de eventuais programas de promoção de saúde oral nesta população.

## Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo observacional e transversal, com uma componente analítica, cuja população consistiu nos indivíduos institucionalizados no CLS, sendo obtida a autorização da direção da instituição e o consentimento informado dos participantes do estudo ou dos seus representantes legais. Desta forma, utilizou-se uma amostra não-probabilística de conveniência.

Uma vez que todos os residentes eram indivíduos com deficiência profunda, os únicos critérios de exclusão consistiram na ausência de consentimento informado ou na não colaboração durante o exame intraoral.

A recolha de dados foi realizada entre março e setembro de 2016 através de um questionário e de um exame intraoral. O questionário foi desenvolvido especificamente para este estudo, com base noutros estudos semelhantes<sup>(14, 15)</sup> e permitiu a recolha informação sobre hábitos de higiene oral e acesso a cuidados de saúde oral, tendo sido preenchido pelos cuidadores responsáveis pela higiene oral dos residentes. O exame intraoral foi realizado numa sala destinada a esse efeito pelo CLS ou no próprio quarto dos residentes que se encontravam acamados, mediante observação visual e inspeção tátil, com espelhos intraorais (ASA, ref.<sup>a</sup> 2200E-5) e sondas CPI (ASA ref.<sup>a</sup> 0702L-12S). Estes dados incluíram o registo de cárie dentária segundo os critérios da OMS,<sup>16</sup> o Índice Gengival (IG)<sup>17</sup> e o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).<sup>18</sup> O registo de cárie dentária foi realizado, tal como em outros estudos semelhantes, em 28 dentes, excluindo os terceiros molares.<sup>19,20</sup> O IG e o IHOS não foram avaliados em indivíduos cujos dentes índice ou os seus substitutos foram extraídos ou que a totalidade da coroa estava destruída por cárie. Foi também registada a Medida de Independência Funcional (MIF),<sup>21</sup> que permite apurar o nível de dependência para atividades diárias básicas, e o índice Activities of Daily Oral Hygiene (ADOH),<sup>22</sup> o qual permite avaliar o nível de capacidade funcional para a higiene oral. Adicionalmente foi obtida informação relativa ao tipo de alimentação dos participantes.

A análise descritiva dos dados foi realizada através do cálculo das frequências absolutas e relativas, da média, da moda e do desvio-padrão. A relação entre as variáveis foi efetuada

através de testes não-paramétricos (qui-quadrado, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis). Utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS, versão 23 (IBM Corp., 2015) e o nível de significância foi de 95%.

As observações foram realizadas por uma única examinadora, treinada e calibrada por uma investigadora com experiência em estudos epidemiológicos da cavidade oral. Durante o estudo foi estudada a variabilidade intraobservador através do teste Kappa, realizando-se a repetição do exame oral em cerca de 16% dos participantes no estudo (n=9). Obteve-se concordância quase perfeita para o índice CPOD (92,4%) e concordância substancial para o IHOS (73,4%) e para o IG (63,9%).<sup>23</sup>

## Resultados

Não foi possível obter o consentimento informado assinado para 11 dos 66 indivíduos residentes no CLS. Desta forma a amostra foi constituída por 55 participantes, correspondendo a 83% da população total (Figura 1).

A média de idades foi de 37,7 anos (dp=17,3). O grupos etários mais representados foram os de 31 a 45 anos (27,3%) e 46 a 60 anos (29,1%), a maioria dos participantes era do sexo masculino (63,6%) e a patologia mais prevalente que motivou a institucionalização foi a paralisia cerebral (29,1%), verificando-se também uma elevada prevalência de epilepsia nesta população (52,7%) (Tabela 1).

A prevalência de cárie (CPOD>0) na amostra estudada foi de 80%. A gravidade de cárie, correspondente ao valor médio do CPOD, foi de 11,15 (dp=10,06) (Tabela 2). O componente do CPOD que mais contribuiu para o mesmo, foi o componente “Perdidos” (56%) (Figura 2).

Obteve-se um IG de 1,71 (dp=0,73) e um IHOS total de 1,61 (dp=0,70) e o componente que mais contribuiu para o IHOS foi a “placa bacteriana” (Tabela 2).

A grande maioria dos participantes escovava os dentes duas ou mais vezes por dia (90,9%), com auxílio de um funcionário (80,4%) e apenas 5,5% utilizavam meios adicionais de higiene oral, sendo o único meio adicional referido o colutório (Tabela 3). Praticamente todos os participantes (94,5%) procuraram ajuda profissional apenas quando existia algum problema

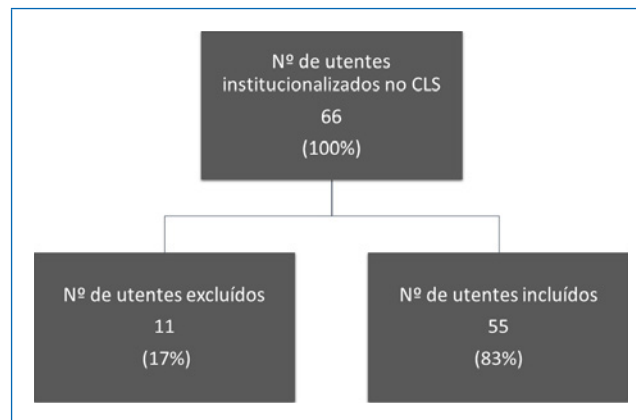


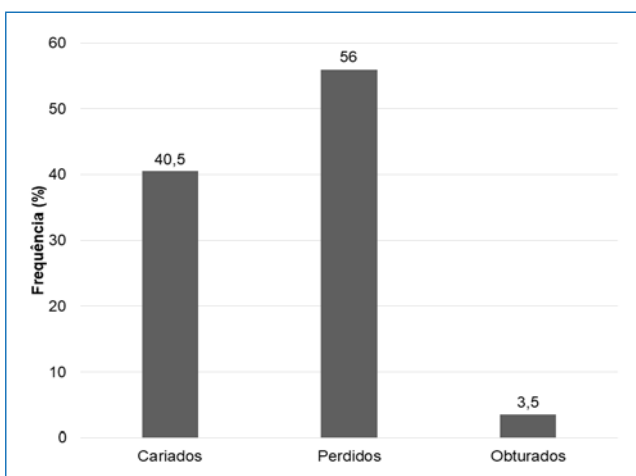
Figura 1. População e amostra do estudo.

**Tabela 1. Caracterização da amostra (n=55).**

	n	%
<b>Faixa etária (anos completos)</b>		
0 a 15	11	20,0
16 a 30	10	18,2
31 a 45	15	27,3
46 a 60	16	29,1
mais de 61	3	5,5
<b>Sexo</b>		
Feminino	20	36,4
Masculino	35	63,6
<b>Tempo de institucionalização (anos)</b>		
< 1	1	1,8
1	27	49,1
2	25	45,5
3	2	3,6
<b>Principal patologia que motivou a institucionalização</b>		
AVC	5	9,1
Défice cognitivo severo	15	27,3
Distrofia muscular	2	3,6
Hidrocefalia	2	3,6
Lesão medular	4	7,3
Paralisia cerebral	16	29,1
Síndrome rara	1	1,8
Tetraparésia	4	7,3
Traumatismo crânio encefálico	3	5,5
Tumor cerebral	1	1,8
Síndrome de Down	1	1,8
Encefalite	1	1,8
<b>Patologias associadas</b>		
Epilepsia	29	52,7
Diabetes	4	7,3
Hipertensão arterial	7	12,7
Outra patologia	31	56,4
Sem outra patologia associada	9	16,4

**Tabela 2. Índice CPOD (n=55), IG (n=48) e nível de higiene oral (n=48).**

	CPOD	IG	IHOS (placa bacteriana)	IHOS (cálculo)	IHOS (total)
Média (dp)	11,15 (10,06)	1,71 (0,73)	1,81 (0,74)	1,35 (0,74)	1,61 (0,70)
Mediana	8	1,56	1,83	1,2	1,54
Moda	0	1	2	1	1,50
Mínimo	0	0,25	0	0	0,25
Máximo	28	3	3	3	3

**Figura 2. Distribuição do valor do CPOD pelos seus componentes (n=605).****Tabela 3. Caracterização dos hábitos de higiene oral.**

	n	%
<b>Frequência da escovagem (n=55)</b>		
Não escova	4	7,3
1 vez por dia	1	1,8
2 vezes ou mais por dia	50	90,9
<b>Auxílio para a realização da escovagem (n=51)</b>		
Autônoma	10	19,6
Com auxílio	41	80,4
<b>Colaboração na escovagem dos dentes (n=41)</b>		
Colabora	18	43,9
Não colabora, mas escova	16	39,0
Não colabora e não escova	7	17,1
<b>Momento em que é realizada a escovagem</b>		
Antes do pequeno-almoço	49	89,1
Entre o pequeno-almoço e o almoço	2	3,6
Entre o almoço e o jantar	1	1,8
Depois do jantar	45	81,8
Antes de adormecer	4	7,3
<b>Utilização de meios adicionais de higiene oral (n=55)</b>		
Sim	3	5,5
Não	52	94,5
<b>Meios adicionais de higiene oral utilizados (n=3)</b>		
Colutório	3	100
Fio dentário	0	0
Escovilhão	0	0

ou dor e 40% nunca realizaram uma consulta de saúde oral, sendo a principal barreira referida as dificuldades no deslocamento (Tabela 4).

Cerca de metade (50,9%) dos participantes apresentava uma alimentação com textura normal, 40% consumiam alimentos de textura pastosa e os restantes (9,1%) alimentavam-se através de GEP.

Quanto à capacidade funcional, a média da MIF foi de 36,02 (dp=21,74) e no índice ADOH foi obtida uma média de 3,13 (dp=1,53). A vasta maioria dos participantes apresentava, segundo o ADOH, uma dependência total para a higiene oral (Figura 3).

**Tabela 4. Caracterização dos cuidados e acesso a serviços de saúde oral.**

	n	%
<b>Frequência de realização de consultas de saúde oral (n=55)</b>		
Pelo menos 1 vez por ano	3	5,5
Só quando existe algum problema ou dor	52	94,5
<b>Tempo decorrido desde a última consulta de saúde oral (n=55)</b>		
Menos de um ano	3	5,5
Entre 1 e 3 anos	2	3,6
Há mais de 3 anos	28	50,9
Nunca foi	22	40,0
<b>Motivo da realização da última consulta de saúde oral (n=55)</b>		
Consulta de urgência	4	7,3
Extraír ou tratar um dente	12	21,8
Conhecer o estado de saúde da boca	1	1,8
Realizar uma limpeza ou colocar selantes	2	3,6
Nunca foi ao dentista	20	36,4
Não sabe	16	29,1
<b>Motivo de não ter realizado consulta de saúde oral há menos de um ano (n=53)</b>		
Custo elevado	18	34,0
Dificuldade no deslocamento	20	37,7
Profissionais de saúde pouco recetivos	1	1,9
Não iria colaborar no tratamento	10	18,9
Outro	4	7,5

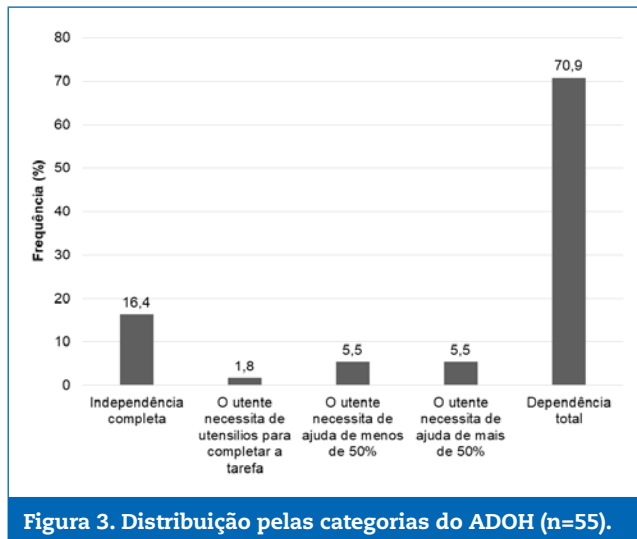


Figura 3. Distribuição pelas categorias do ADOH (n=55).

Na Tabela 5 apresentam-se os resultados da análise da relação entre diversas variáveis e o estado de saúde oral. Os participantes com alimentação por GEP apresentam uma prevalência de cárie menor ( $p=0,037$ ). O valor do índice CPOD foi menor nos participantes com dependência total ( $p=0,049$ ) e mais elevado nos participantes mais idosos ( $p<0,001$ ). O valor do índice IHOS foi maior no sexo feminino ( $p=0,002$ ) e nos participantes com alimentação de consistência pastosa ( $p=0,020$ ).

## Discussão

A população deste estudo foi constituída por pessoas institucionalizadas com deficiência profunda, dependendo de cuidadores para todas, ou praticamente todas, as atividades diárias, distinguindo-se neste aspeto da maioria dos outros estudos realizados em Portugal e realizados em pessoas com deficiência.

Apesar da amostra do estudo ser de conveniência e a recolha de dados se cingir apenas a uma instituição, este estudo é um importante contributo para o conhecimento da saúde oral em indivíduos com deficiência profunda. A taxa de participação foi elevada (83%) e os restantes indivíduos foram excluídos pela impossibilidade de se conseguir a assinatura do consentimento informado por parte do responsável legal. Como tal, não há motivos para se considerar que os indivíduos não incluídos no estudo fossem sistematicamente diferentes dos participantes do estudo, no que respeita aos aspetos investigados.

Considerando a elevada taxa de participação, que a grande maioria dos indivíduos com deficiência profunda se encontra institucionalizada e que o CLS é a única instituição da região do Alentejo que acolhe estes indivíduos, podemos extrapolar os resultados obtidos neste estudo para a região e para outras populações com características semelhantes.

A realização do exame intraoral de indivíduos com deficiência profunda é naturalmente dificultada pelas características inerentes à sua condição. No entanto, estas dificuldades ocorrem em todos os estudos realizados nestas populações.

Tabela 5. Fatores associados à saúde oral.

	Prevalência de cárie % (n)		CPOD		IHOS - Total	
<b>Sexo</b>						
Feminino (n=20)	75,0% (15)	$p=0,483$	9,60	$p=0,379$	2,01	$p=0,002^*$
Masculino (n=35)	82,9% (29)	•	12,06	••	1,37	••
<b>Faixa etária</b>						
0 a 15 anos (n=11)	63,6% (7)		2,82a		1,43	
16 a 30 anos (n=10)	60,0% (6)	$p=0,116$	3,00a	$p<0,001^*$	1,81	$p=0,819$
31 a 45 anos (n=15)	86,7% (13)	•	12,07b	•••	1,57	•••
46 a 60 anos (n=16)	93,8% (15)		18,63c		1,67	
≥ 61 anos (n=3)	100% (3)		24,67c		1,50	
<b>Frequência de escovagem</b>						
Não escova (n=4)	75,0% (3)	$p=0,795$	14,5	$p=0,673$	2,46	$p=0,160$
Escova (n=51)	80,4% (41)	•	10,9	••	1,57	••
<b>Auxílio para a realização da escovagem</b>						
Autónomo (n=10)	100% (10)	$p=0,082$	12,70	$p=0,411$	1,28	$p=0,102$
Com auxílio (n=41)	75,6% (31)	•	10,46	••	1,65	••
<b>Colaboração na escovagem</b>						
Colabora (n=18)	72,2% (13)	$p=0,778$	9,72	$p=0,869$	1,66	$p=0,806$
Não colabora, mas escova (n=16)	75,0% (12)	•	11,50	•••	1,56	•••
Não colabora e não escova (n=7)	85,7% (6)		10,00		1,84	
<b>Tipo de alimentação</b>						
Textura normal (n=28)	89,3% (25)	$p=0,037^*$	13,11	$p=0,142$	1,33a	$p=0,020^*$
Textura pastosa (n=22)	77,3% (17)	•	10,05	•••	1,97b	•••
PEG (n=5)	40,0% (2)		5,20		1,57a,b	
<b>Capacidade funcional para a higiene oral</b>						
Independência (n=9)	100% (9)		10,67a;b		1,22	
Necessita de utensílios (n=1)	100% (1)	$p=0,228$	27,00a;b	$p=0,049^*$	1,63	$p=0,362$
Necessita de ajuda - menos de 50% (n=3)	100% (3)	•	18,33a;b	•••	1,60	•••
Necessita de ajuda - mais de 50% (n=3)	100% (3)		24,67a		1,60	
Dependência total (n=39)	71,8% (28)		9,28b		1,71	

\* Valores estatisticamente significativos.

• Teste de Qui-quadrado; •• Teste de Mann-Whitney; ••• Teste de Kruskal-Wallis

As letras diferentes correspondem a grupos significativamente diferentes.



A prevalência e gravidade de cárie foram elevadas, sendo o componente “perdidos” o que mais contribuiu para o valor do CPOD, indicando a maior frequência de extrações do que tratamentos restauradores nestes indivíduos. Morgan e colaboradores<sup>24</sup> defenderam que o número de dentes perdidos pode aumentar neste tipo de população devido às dificuldades no tratamento, à fragilidade médica e ao difícil controlo do comportamento.

O valor médio do CPOD foi mais elevado do que o encontrado noutros estudos realizado em pessoas com deficiência,<sup>13,14,19,25-27</sup> refletindo uma maior predisposição dos indivíduos com deficiência profunda para o desenvolvimento de lesões de cárie.

O valor do IG médio (1,71) corresponde a um grau de inflamação moderado e o IHOS total (1,61) corresponde a um nível de higiene oral razoável. Num estudo realizado em pessoas com paralisia cerebral, verificou-se um valor médio de IG menor (1,56) mas um valor médio do índice IHOS superior (2,75).<sup>14</sup>

Tendo em conta que a população do estudo é, maioritariamente, dependente de funcionários para a realização da higiene oral (80,4%), os momentos e a frequência da escovagem não variam muito entre os indivíduos, pois são estabelecidos consoante o horário da higiene dos residentes. Neste estudo, 17,1% dos participantes não permitem a realização da escovagem pelo funcionário e nenhum utiliza qualquer método de remoção da placa interproximal. Seria importante considerar estas questões em estratégias preventivas que envolvessem os funcionários da instituição estudada.

Em comparação com o presente estudo, o estudo de Bizarra<sup>14</sup> apresentou uma percentagem mais baixa de pessoas que nunca realizaram consultas de saúde oral (12,9%), possivelmente devido a diferenças no tipo de deficiência entre as duas populações.

O transporte dos indivíduos com deficiência profunda exige carrinhas, equipamentos específicos e pessoal que acompanhe o transporte, constituindo assim uma barreira importante à realização de consultas de saúde oral.

Apesar da maioria dos participantes efetuar uma alimentação com textura normal, evidencia-se a elevada percentagem de indivíduos que fazem uma alimentação pastosa (40%). Um valor mais elevado que o verificado num estudo em pessoas com paralisia cerebral, em que 15,8% comiam apenas puré ou papa e 0,9% faziam alimentação líquida.<sup>14</sup>

A capacidade funcional, avaliada através da MIF, mostrou em média a necessidade de uma assistência de cerca de 50% da tarefa. Nos utentes que frequentam a consulta da FMDUL para pessoas com necessidades especiais, 10% desloca-se em cadeira de rodas.<sup>27</sup> No presente estudo, apesar de ter sido obtido apenas o valor final da MIF, verificou-se que praticamente a totalidade dos participantes se encontram acamados ou em cadeira de rodas, demonstrando uma elevada incapacidade e dependência. Esta dependência verificou-se também na capacidade para a realização de atividades de higiene oral. Num estudo realizado em idosos institucionalizados foi obtida uma média de 2,45 no ADOH, um valor inferior ao do presente estudo.<sup>28</sup> Apesar desta dependência elevada, verificou-se que os participantes com dependência total eram os que apresentavam menores valores de CPOD o que poderá ser explicado com o facto da sua higiene oral ser realizada por cuidadores e, desta forma, poder ser mais efetiva.

A maioria dos estudos refere um incremento da cárie dentária com o aumento da idade,<sup>13,14,19,24</sup> tal como verificado neste estudo, em que os participantes com mais de 30 anos apresentaram valores mais elevados do CPOD. Este facto pode explicar-se com base no maior tempo de exposição aos fatores etiológicos da cárie dentária mas também no agravamento da patologia de base do doente com o aumento da idade, o que pode contribuir para uma maior incapacidade em manter uma boa higiene oral.

A prevalência de cárie foi estatisticamente menor nos participantes que se alimentam por GEP, ou seja, sem ingerirem alimentos por via oral. Um resultado semelhante foi obtido em outro estudo realizado em indivíduos com paralisia cerebral<sup>(29)</sup>. Noutros estudos, realizados em indivíduos com paralisia cerebral, os participantes com sonda gástrica apresentaram valores do índice IHOS significativamente maiores que aqueles que se alimentam por via oral,<sup>14,29</sup> contrariando os resultados obtidos no presente estudo. Por outro lado, os participantes que efetuavam uma alimentação pastosa apresentaram maior valor do índice IHOS. Esta diferença poderá dever-se a um menor efeito de auto-limpeza decorrente da consistência dos alimentos consumidos e da atonia muscular da língua, lábios e mucosa jugal.

---

## Conclusões

As pessoas com deficiência profunda apresentam um estado geral de saúde oral precário, com elevada prevalência de cárie e elevado valor do índice CPOD, mas com um nível de higiene oral razoável e inflamação gengival moderada.

Trata-se de uma população extremamente dependente, necessitando frequentemente de auxílio para a escovagem. O acesso a cuidados de saúde oral é pouco frequente, ocorrendo maioritariamente apenas quando existe dor ou desconforto, mostrando uma população com falta de acesso e acompanhamento ao nível dos cuidados de saúde oral.

O valor do índice CPOD é mais elevado nos participantes mais idosos e menor nos participantes com dependência total para a higiene oral. A prevalência de cárie é menor nos participantes que se alimentam por PEG. O valor do índice IHOS é mais elevado nos participantes do sexo feminino e nos participantes com alimentação de consistência pastosa.

Os resultados obtidos reforçam a necessidade de desenvolver estratégias de promoção da saúde oral adaptadas às características destas populações, com especial atenção a ser dada ao papel dos cuidadores e às políticas internas das instituições.

---

## Responsabilidades éticas

**Proteção de pessoas e animais.** Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

**Confidencialidade dos dados.** Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes.

**Direito à privacidade e consentimento escrito.** Os autores declaram ter recebido consentimento escrito dos pacientes e/ou sujeitos mencionados no artigo. O autor para correspondência deve estar na posse deste documento.

## Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amiralian ML, Pinto EB, Ghirardi MI, Lichtig I, Masini EF, Pasqualin L. Conceituando deficiência. *Rev Saude Publica*. 2000;34:97-103.
- Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional para a Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2004.
- American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. 5<sup>th</sup> ed. American Psychiatric Association, 2013.
- Boat T, Wu J. *Mental Disorders and Disabilities Among Low-Income Children*. Washington, DC: The National Academies Press, 2015.
- Despacho conjunto n.º 861/99. *Diário da República* n.º 235 – II série, 1999.
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). *Carta Social*. Lisboa: MTSSS, 2015.
- Torres IAM. *Atitudes dos médicos dentistas no tratamento medico-dentário de pacientes com deficiência mental*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2009.
- Santos MT, Biancardi M, Guare RO, Jardim JR. Caries prevalence in patients with cerebral palsy and the burden of caring for them. *Spec Care Dentist*. 2010;30:206-10.
- Campos MA, Sousa R. *Nutrição e Deficiência(s)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2015.
- Souza S, Silva A, Guaré R, Santos MBR. *Qualidade de Vida do Cuidador e Saúde Bucal do Indivíduo com Necessidade Especial*. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2011;11:257-62.
- Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar*. Porto: OMD, 2010.
- Sharma A, Dileep CL, Mathur A, Batra M, Makkar DK, Aggarwal VP. Oral health status of intellectually disabled 3-5 years of children attending special schools in Rajasthan. *Int J Health Sci Res*. 2016;6:225-31.
- Rocha BEN. *Saúde oral em crianças e jovens com necessidades educativas especiais na APPACDM do distrito de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2009.
- Bizarra MF. *Estado de Saúde Oral das Pessoas com Paralisia Cerebral no Distrito de Lisboa*. Tese de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, 2016.
- Mendes S. *Prevalência, Gravidade e Fatores Associados à Cárie Precoce da Infância no Distrito de Lisboa*. Tese de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, 2014.
- World Health Organization (WHO). *Oral Health Surveys: basic methods*. Geneva: WHO, 2013.
- Loe H, Silness J. Periodontal Disease in Pregnancy I. Prevalence and Severity. *Acta Odontol Scand*. 1963;21:533-51.
- Greene JC, Vermillion JR. The Simplified Oral Hygiene Index. *J Am Dent Assoc*. 1964;68:7-13.
- Pradhan A, Slade GD, Spencer AJ. Factors influencing caries experience among adults with physical and intellectual disabilities. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37:143-54.
- Schulte AG, Freyer K, Bissar A. Caries experience and treatment need in adults with intellectual disabilities in two German regions. *Community Dent Health*. 2013;30:39-44.
- Granger C, Hamilton B, Keith R, Zielezny M, Sherwin F. Advances in functional assessment for rehabilitation. *Top Geriatr Rehabil*. 1986;1:59-74.
- Bauer JG. The index of ADOH: concept of measuring oral self-care functioning in the elderly. *Spec Care Dentist*. 2001;21:63-7.
- Landis R, Koch G. The Measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159-74.
- Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, Finkelman MD, Yantsides KE, Park A, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc*. 2012;143:838-46.
- Oredugba FA, Akundayomi Y. Oral health status and treatment needs of children and young adults attending a day centre for individuals with special health care needs. *BMC Oral Health*. 2008;8:30.
- Altun C, Guven G, Akgun OM, Akkurt MD, Basak F, Akbulut E. Oral health status of disabled individuals attending special schools. *Eur J Dent*. 2010;4:361-6.
- Bizarra MF, Graça SR. O Perfil do Paciente da Consulta para Pessoas com Necessidades Especiais da FMD-UL. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2010;51:69-74.
- Ruiz-Medina P, Bravo M, Gil-Montoya JA, Montero J. Discrimination of functional capacity for oral hygiene in elderly Spanish people by the Barthel General Index. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33:363-9.
- Previtali EF, Ferreira MCD, Santos MTBR. Profile of Special Needs Patients Assisted at a Private Higher Education Institution. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa*. 2012;12:77-82.