

O Perfil do Paciente da Consulta para Pessoas com Necessidades Especiais da FMD-UL

Maria Fátima Bizarra*; Sandra Ribeiro Graça**

*Higienista Oral, Mestre em Comunicação em Saúde. Assistente da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa no Curso de Higiene Oral,

**Higienista Oral, Mestre em Ciências da Educação - Área de Pedagogia do Ensino Superior. Assistente da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa no Curso de Higiene Oral

[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]

Key-words:

People with special needs;
Level of dependency;
Oral hygiene;
Adaptive techniques;
Assisted restriction for treatment.

Palavras-Chave:

Pessoas com necessidades especiais;
Dependência;
Higiene oral;
Técnicas adaptativas de higiene oral;
Técnicas de restrição assistida para tratamento.

Correspondência para:

Maria Fátima Bizarra
fatima.bizarra@sapo.pt

Abstract: The purpose of this study is to analyze the profile of the population who attends the outpatient Dental Hygiene Clinic for People with Special Needs at Lisbon Dental School, University of Lisbon (FMD-UL). The variables are based on patient records and included the number of patients, type of disability, medical history, age, place of residence, level of dependency, oral health and oral hygiene practices, as well as adaptive techniques used during the appointments.

Of the 1255 patients followed in the clinic the majority is in the age group between 20 and 30 years. The type of disability most frequently found is cerebral palsy. Regarding dependency more than 50% are dependent and a great majority has difficulties in establishing communication. The state of dentition showed a higher prevalence of decayed teeth in the 1st appointment compared to the last in which the missing teeth component prevails. In the evaluation of oral hygiene and periodontal disease there was a moderate accumulation of deposits and the presence of periodontal disease.

People with special needs present unique challenges to oral health professionals in treatment planning and dental management.

A greater number of skilled and motivated dental professionals, facilitated access to dental care and government support are urgently needed to ensure better oral treatment of this population.

Resumo: O objectivo deste estudo é analisar o perfil da população que frequenta a consulta de Saúde Oral para Pessoas com Necessidades Especiais (SOPNE) da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMD-UL). As variáveis estudadas baseiam-se nos registos dos pacientes e incluem o número de pacientes, tipo de incapacidade, história médica, idade, local de residência, grau de dependência, estado de saúde oral e cuidados de higiene oral, bem como as técnicas adaptativas utilizadas durante as consultas.

Dos 1255 utentes já abrangidos na consulta a maioria apresenta-se no grupo etário entre os 20 e os 30 anos. O tipo de incapacidade mais frequente é a paralisia cerebral. Em relação à dependência mais de 50% são dependentes e a grande maioria tem dificuldades de estabelecer comunicação. Quanto ao estado de dentição observa-se uma predominância de dentes cariados na 1ª consulta comparativamente com a última em que a componente dentes perdidos prevalece. Na avaliação da higiene oral e periodontal verifica-se uma moderada acumulação de depósitos e a presença de patologia periodontal.

As pessoas com necessidades especiais apresentam desafios únicos aos profissionais de saúde oral no planeamento e tratamento oral.

A existência de um maior número de profissionais especializados e motivados, locais sem barreiras e apoios estatais são urgentes para garantir um melhor tratamento oral desta população.

INTRODUÇÃO

A Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa tem desde 1987 uma consulta de serviço público destinada a pessoas com necessidades especiais (PNE). Entende-se por necessidades especiais “um conjunto de disfunções em diferentes níveis como deficiências, limitações na actividade de vida diária e restrições de participação”⁽¹⁾.

A saúde oral é importante para o bem-estar individual e saúde geral⁽²⁾. Assim a saúde oral deve ser considerada nos contextos ambiental, comportamental e sociocultural do indivíduo. Uma saúde oral deficitária pode ter efeitos sociais, económicos, comportamentais e na qualidade de vida, afectando negativamente a auto-estima, a auto-imagem e o bem-estar geral⁽³⁾.

As pessoas com necessidades especiais têm uma pior saúde oral e geral e conseqüentemente, uma pior qualidade de vida do que a população em geral⁽⁴⁾.

Segundo a OMS⁽⁵⁾ em relação às doenças orais, estima-se que 47% da população portuguesa aos 6 anos tem cárie dentária e 70% das pessoas com mais de 65 anos não têm dentes. Em Portugal não são conhecidos dados sobre as características orais das pessoas com necessidades especiais.

Existem enormes desafios na prestação de cuidados de saúde oral a pessoas com necessidades especiais. Estes desafios requerem que o profissional de saúde oral possua o treino, empatia, paciência e o desejo de ser bem-sucedido. Exige igualmente a familiaridade com uma diversidade de condições de saúde gerais e a capacidade de funcionar em equipas multidisciplinares. Os profissionais de saúde oral também precisam de compreender e usar a linguagem apropriada na interacção com as pessoas com necessidades especiais e os seus cuidadores. Os desafios são peculiares quando se trabalha com alguém em que a comunicação e diferentes procedimentos têm que ser levados a cabo por um cuidador, não abandonando a estimulação das capacidades das pessoas com necessidades especiais⁽⁶⁾.

O tratamento oral para pessoas com necessidades especiais integra cuidados de saúde oral adaptados às necessidades individuais dos pacientes que têm condições incapacitantes que vão além das condições de rotina requerendo abordagens mais específicas⁽⁴⁾. A utilização de técnicas específicas tem como objectivo conseguir a melhor cooperação possível durante o tratamento e ao mesmo tempo determinar a melhor posição garantindo a forma mais segura e eficiente de prestar cuidados na posição anatomicamente mais confortável e estável

para o indivíduo. A técnica tell-show-do, controlo da voz, a estabilização assistida, a pré-medicação sedativa ou uma combinação destas técnicas são recursos de controlo comportamental que podem ser implementadas de modo a permitir em ambulatório o tratamento de alguns pacientes que de outra forma teriam que ser submetidos a tratamentos sob anestesia geral^(8,9).

Vários estudos referem que pessoas com necessidades especiais têm maior dificuldade de acesso ao tratamento dentário do que a restante população^(10,11).

Em Portugal não existem muitos locais disponíveis e especializados para o tratamento oral desta população, por razões de ordem diversa, incluindo barreiras físicas, sociais e médicas, bem como as próprias atitudes dos profissionais que não tiveram durante na sua preparação académica treino no tratamento destes pacientes. Por outro lado esta população exhibe níveis elevados de dependência, é medicamente comprometida e polimedicada relegando muitas vezes para segundo plano a saúde oral.

Os pacientes que estão inseridos na consulta da FMD-UL são na sua maioria pessoas com multideficiências e com graus de incapacidade elevados, que frequentam instituições especializadas e são dependentes económica e socialmente das famílias e/ou instituições.

A Clínica de Saúde Oral para Pessoas com Necessidades Especiais (SOPNE) foi criada em 1987, na FMD-UL, para dar apoio a duas instituições para pessoas com necessidades especiais onde se desenvolviam estágios comunitários do curso de Higiene Oral.

Actualmente esta clínica recebe pessoas de todo o país sendo na sua maioria enviadas de instituições (presentemente 79) onde os alunos do Curso de Higiene Oral (CHO) desenvolvem/desenvolveram programas de saúde oral comunitária. As consultas funcionam uma manhã por semana, observando-se cerca de 30 utentes, tendo a duração de 90 minutos, e em que, para além da recolha da anamnese, é avaliado o grau de independência para as actividades de vida diária. É realizado o ensino teórico e prático da técnica de higiene oral mais adaptada a cada utente e em caso de necessidade ao acompanhante/cuidador, com o objectivo de manter uma boa saúde oral e para estimular o auto-cuidado. Procura-se estabelecer uma abordagem multidisciplinar com diferentes técnicos que acompanham diariamente o utente para realizar uma rotina de higiene oral mais personalizada.

Com este artigo pretende-se caracterizar o perfil dos utentes que frequentam a consulta de higiene oral de pacientes com necessidades especiais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para avaliar o perfil dos utentes da consulta de higiene oral da FMD-UL para pessoas com necessidades especiais desenvolveu-se um estudo descritivo observacional. Os dados recolhidos para o presente estudo foram baseados nas informações contidas nos processos clínicos dos utentes desta consulta desde 1987 até Julho de 2009. O processo clínico era específico para PNES e incluía variáveis como o tipo de deficiência, a história médica e antecedentes familiares, dependência para actividades de vida diária, comunicação, tipo de alimentação, entre variáveis de interesse clínico oral, nomeadamente, exame da dentição, exame do periodonto e índice de depósitos. Os dados apresentados são os da 1ª consulta de todos os utentes que já passaram por esta consulta. Em alguns utentes foi possível fazer uma comparação entre a 1ª e a última consulta relativamente ao índice CPO-d.

RESULTADOS

Caracterização da população

Durante estes 22 anos foram observados 1255 utentes sendo 533 (42,5%) do género feminino e 722 (57,5%) do género masculino. Os utentes na sua maioria provêm de instituições de apoio a pessoas com necessidades especiais (76,7%), estando 223 (17,8%) utentes integrados em escolas do ensino normal e 69 (5,5%) estão em casa com os familiares.

Em relação à área de residência a maioria da população é oriunda dos distritos de Lisboa e Setúbal havendo utentes também do centro e sul do país e ilhas.

As idades são bastantes variáveis sendo a máxima de 80 anos e a mínima de 1 ano, com uma média de 22,9 (± 12,3 anos). Apesar da esperança de vida deste segmento populacional ter vindo a aumentar nas últimas décadas, nesta população encontramos apenas 109 (8,7%) utentes com idades superiores a 40 anos. No entanto a idade cronológica e a idade biológica é na maior parte dos casos discrepante uma vez que as condições médicas e outras características típicas de algumas síndromas fazem com que estes utentes envelheçam precocemente.

Quanto à caracterização das patologias a paralisia cerebral aparece com maior frequência em 367 casos (29,2%). Todas as patologias e síndromas mais específicas foram agrupadas representando o segundo maior grupo com 237 (18,9%) casos, seguidas da deficiência intelectual com 225 (17,9%) (Gráfico 1).

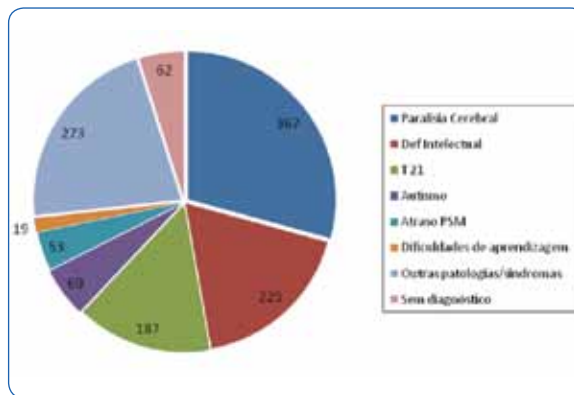


Gráfico 1 - Distribuição dos utentes por patologia

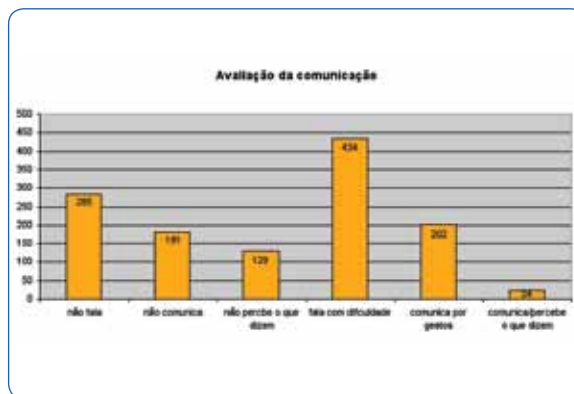


Gráfico 2 - Distribuição dos utentes pelo tipo de comunicação

Na recolha da anamnese a epilepsia é referida por 347 (27,6%) utentes, seguida dos problemas respiratórios, 612 (48,8%) utentes já estiveram hospitalizados e 504 (40,1%) sofreram pelo menos uma intervenção cirúrgica.

Em relação à comunicação que estabelecem 434 (34,6%) falam com dificuldades, 285 (22,7%) não estabelecem nenhuma comunicação e 160 (12,7%) não obedecem a ordens o que dificulta a cooperação no tratamento oral (Gráfico 2).

No que se refere ao grau de dependência para actividades de vida diária como lavar, vestir ou comer mais de metade, 55,5% da população (N=1255) precisa de uma destas ajudas e aproximadamente 10% desloca-se em cadeira de rodas.

Quanto ao tipo de mastigação 589 (46,9%) utentes fazem-na sem dificuldade, 587 (46,8%) tem dificuldade em mastigar e 79 (6,3%) não mastiga, sendo o tipo de alimentação mais frequente (87%) uma alimentação normal. Quando questionados acerca do consumo de papas ou bebidas açucaradas 233 (18,6%) referem ingerir com regularidade e 455 (36,3%) consome alimentos sólidos com açúcar, dos quais 10% são no intervalo das refeições.

Na análise dos hábitos viciosos identificaram-se 613 (48,8%) utentes com algum desses hábitos, nomeadamente,

215 (17,1%) utentes que chucham no dedo, 186 (14,8%) usam chucha, 127 (10,1%) chucham na língua e 85 (6,8%) tem outros hábitos de sucção tais como panos, bonecos etc.

Estado da Saúde Oral

Cárie dentária

Na avaliação do índice CPO-d⁽¹²⁾ na altura da 1ª consulta obteve-se um valor de 2,4 observando-se uma predominância de dentes cariados. O valor de CPO-d na última consulta foi de 2,9 sendo a componente dos dentes perdidos a que regista um valor mais elevado.

Quanto ao índice cpo-d na 1ª consulta foi de 1,04 e na última de 0,8 ambos os valores reflectindo uma predominância dos dentes cariados.

Em 488 (38,9%) utentes foi possível fazer uma comparação entre o CPO-d da 1ª consulta e o CPO-d da última consulta. As diferenças encontradas foram estatisticamente significativas para todos os componentes, tendo-se verificado uma diminuição do componente cariado e um aumento dos componentes perdido e obturado, o que reflecte uma melhoria no estado da dentição (Tabela 1).

COMPONENTES	Média (dp)	Diferença de média
C 1ª consulta	3,32 (±4,48)	- 1,045*
C última consulta	2,28 (±3,76)	
P 1ª consulta	2,23 (±4,43)	- 1,045*
P última consulta	3,84(±5,71)	
O 1ª consulta	1,29 (±2,62)	1,247*
O última consulta	2,54 (±3,54)	

*p<0,001 (teste de t emparelhado)

Tabela 1 - Média, desvio padrão (dp) e diferença entre médias de componentes do índice CPO-d

Avaliação periodontal

A observação do periodonto nem sempre é avaliada objectivamente, uma vez que pode não existir colaboração para realizar uma sondagem rigorosa. Denotam-se sinais de inflamação gengival com hemorragia à sondagem devido à presença de depósitos duros e moles. O índice de hemorragia à sondagem (BI-s) 13 registado nos dois momentos em 384 (30,6%) utentes foi de 1,46 (±0,75) na 1ª consulta e 1,21 (±0,76) na última sendo a diferença estatisticamente significativa a p <0,001.

A hiperplasia gengival, sendo um efeito secundário da medicação para a epilepsia e uma vez que 27,6% da população apresenta esta patologia associada à sua patologia de

base, é frequente aparecendo em 301 (86,7%) utentes com epilepsia.

Apesar de não se realizarem por rotina medições da perda do nível de inserção e exames radiográficos pela fraca colaboração dos utentes, o que condiciona a classificação da patologia periodontal, verifica-se a existência de bolsas e mobilidade dentária em 159 (12,7%) utentes, o que indica uma patologia periodontal severa.

A presença de placa bacteriana avaliada pelo índice de placa bacteriana (DI-s) 14 na 1ª consulta registou o valor de 2,03 (±0,76), o que corresponde a uma acumulação de placa em pelo menos 2/3 da superfície observada. Na última avaliação o valor médio observado foi de 1,71 (±0,78) o que corresponde entre 1/3 e 2/3 da superfície do dente com placa. A diferença foi de 0,324, que foi estatisticamente significativa a p<0,001.

Avaliação da Higiene Oral

Na avaliação de frequência de escovagem, 17,7% (222) dos cuidadores não respondem ou não sabem por não estarem diariamente com o utente. Dos que respondem (n=1033) observa-se uma frequência de escovagem bastante satisfatória. Destes, a grande maioria, 977 (94,6%) realiza a escovagem diariamente sendo a escovagem bidária a frequência mais relatada (47,1%) havendo ainda 3,9% que escova raramente e 1,5% nunca escova.

Esta população devido às suas condições físicas e mentais tem dificuldade executar o seu auto cuidado oral, necessitando da ajuda de outra pessoa para sua realização. Quando avaliamos esta técnica, são referidas grandes dificuldades à sua realização por falta de colaboração dos utentes. Na avaliação realizada na 1ª consulta, 534 (42,5%) utentes necessitam de ajuda para esta actividade e destes, 222 (41,6%) não colaboram nada. Dos que necessitam de ajuda 180 (33,7%) não conseguem agarrar a escova dos dentes, 231 (43,2%) trincam a escova dos dentes dificultando a sua realização por parte de outros. Do total da população avaliada de realçar ainda um grupo de 350 (27,9%) utentes que não conseguem bochechar e de 363 (28,9%) utentes que engolem a pasta de dentes. Apenas 41 (3,3%) utentes usam adaptadores na escova dentes (Gráfico 3).

Ajudas técnicas

Durante as consultas são utilizadas ajudas técnicas para estabilizar o utente e/ou para facilitar a sua observação e tratamento. A estabilização da cabeça através do seu controlo é a técnica usada com maior frequência em 333 (26,5%) utentes, manter a boca aberta durante a realização da consulta é



Gráfico 3 - Distribuição das dificuldades sentidas na execução da escovagem

difícil para 238 (18,9%) utentes, usando neste caso abridores de boca (feitos com compressas, rolos de algodão e espátulas de madeira). Na estabilização física para melhorar o conforto e estabilidade na cadeira dentária são usadas faixas e almofadas em 143 (11,4%) utentes. Em 24 (1,9%) utentes a consulta foi realizada ao colo e em 81 (6,5%) com o utente sentado na cadeira de rodas pela dificuldade de transferência para a cadeira da equipa ou por melhor estabilização na cadeira de rodas (Gráfico 4).

Foram registados 181 (14,4%) casos de colaboração nula para a observação dentária que, no caso de serem identificadas cáries visíveis, foi feito o encaminhamento para tratamento sob anestesia geral.

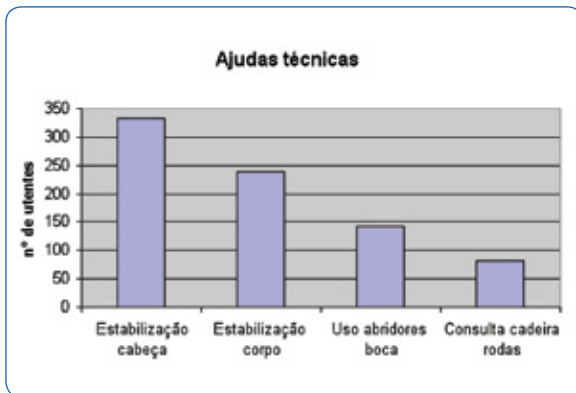


Gráfico 4 - Ajudas técnicas utilizadas durante a consulta

DISCUSSÃO

A capacidade de aceder a serviços apropriados de saúde oral desde sempre tem sido um aspecto importante para as pessoas com necessidades especiais. As barreiras no acesso são multifactoriais e incluem aspectos relacionados com os profissionais disponíveis, aspectos estruturais, comportamentais e socioculturais⁽¹⁵⁾.

Como esta consulta funciona apenas uma manhã por semana não existe capacidade imediata de resposta às solicitações. Em média são dadas cerca de 65 consultas de primeira vez por ano e um total de 450 consultas por ano.

De toda a população observada houve 154 (12,2%) utentes que só vieram uma vez à consulta por razões diversas incluindo a falta de cooperação, o encaminhamento para anestesia geral não tendo novamente recorrido à consulta, bem como a falta de condições económicas e a distância ao local de residência.

As pessoas com necessidades especiais de saúde têm maior prevalência de doença oral do que os seus pares saudáveis. A negligência na higiene oral ou atraso no tratamento podem levar a uma severidade agravada e maior morbidade⁽¹⁶⁾.

Quanto à análise do CPO, a recolha de dados nem sempre se consegue fazer com grande rigor devido à falta de colaboração dos utentes. Podemos constatar que mais de um terço da população (35,2%) já realizou tratamentos dentários. Podemos também verificar que a componente dos dentes perdidos é maior na última observação. Isto deve-se ao facto dos utentes serem pouco colaborantes e necessitarem de tratamentos muito extensos. Por outro lado, quando são enviados para anestesia geral, a extracção é o tratamento de preferencial dos hospitais civis.

Ao longo destes anos também verificamos que a substituição de dentes perdidos é muito escassa com 2 utentes a possuírem implantes e 29 utentes a usarem prótese dentária removível total ou parcial.

O baixo valor de dentes cariados encontrado (média= 2), na última consulta poderá dever-se ao facto de haver vários médicos dentistas que dão apoio a esta consulta, por haver alguns síndromas que caracteristicamente têm baixa incidência de cárie dentária e por haver um grande nº de utentes que são seguidos há muitos anos com regularidade.

A diminuição da função maxilo-facial motora leva a problemas de mastigação e deglutição o que condiciona a permanência de restos alimentares na cavidade oral por falta de auto limpeza. Acresce também a dificuldade de manter um nível de higiene oral razoável⁽¹⁷⁾. O diagnóstico deve incluir a avaliação do controlo de placa em casa/instituição e as capacidades específicas da pessoa com necessidades especiais para efectuar esse controlo proporcionando ao profissional uma base para estabelecer um programa diário adaptado às necessidades e capacidades do paciente. Por outro lado, sempre que o utente não tem capacidade de manutenção da higiene oral são motivados os cuidadores para serem eles a realizar o controlo de placa.

Apesar da redução dos valores do DI's e BI's serem estatisticamente significativos a sua relevância clínica é pequena. Contudo o que podemos observar nos utentes que vêm com regularidade à consulta é que a condição oral se mantém estável, sem cáries activas e com patologia periodontal controlada.

Da análise dos resultados podemos verificar que na generalidade os valores de doença não são elevados e a realidade é melhor do que à partida seria de esperar atendendo às limitações físicas, psíquicas e de acesso a serviços de medicina dentária pela população estudada. Porém os utentes/cuidadores que procuram a consulta são possivelmente os mais atentos e interessados nos aspectos relacionados com a saúde oral e os mais motivados para manter uma rotina de higiene oral diária.

CONCLUSÕES

Esta consulta tem vindo a crescer ao longo tempo e a sua divulgação muitas vezes passa pelo efeito bola de neve. Infelizmente em Portugal as iniciativas relativas às pessoas com necessidades especiais na área da saúde oral são escassas, quer seja a nível de prevenção, tratamento e manutenção da saúde oral, bem como ao nível da informação e formação dos cuidadores.

Assim, a dificuldade na manutenção da saúde oral nestes pacientes, reforça a importância dos profissionais de saúde oral integrados nas equipas inter e multidisciplinares de tratamento destes pacientes. Um sistema permanente, público e especializado capaz de tratar qualquer tipo de paciente com qualquer deficiência deve ser posto em prática.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - OMS. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional da Funcionalidade. 1º Plano de Acção para a integração das pessoas com deficiências ou incapacidades 2006-2009. OMS 2006.
- 2 - U.S.Department of Health and Human Service. Oral Health in America: Report of the Surgeon General. Rockville (MD): National Institutes of Health, National Institute of Dental and Craniofacial Research; 2000.
- 3 - Vargas CM, Arevalo O. How dental care can preserve and improve oral health. *Dent Clin N Am* 2009; 53:399-420.
- 4 - Koneru A, Sigal MJ. Access to dental care for persons with developmental disabilities in Ontario. *JCDA* 2009;75 : 121. Consultado em www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-2/121.html (acedido a 14 de Janeiro de 2010).
- 5 - WHO Oral Health Country/ Area Profile Programme. Consultado em <http://www.hhocollab.od.mah.se/index.html> (acedido a 29 de Novembro de 2009).
- 6 - Glassman P, Subar P. Planning Dental Treatment for people with special needs. *Dent Clin North Am* 2009; 53:195-205.
- 7 - Mochizuki K, Tsujino K, Ohtawa Y, Yakushiji M, Nomura K, Ichinohe T, Kaneko Y. Dental care for physically or mentally challenged at public dental clinics. *Bull Tokyo Dent Coll* 2007; 48:135-142.
- 8 - Santos MT, Manzano FS. Assistive stabilization based on the neurodevelopment treatment approach for dental care in individuals with cerebral palsy. *Quintessence Int* 2007; 38:681-687.
- 9 - Raposa KA. Behavioral management for patients with intellectual and developmental disorders. *Dent Clin N Am* 2009; 53:359-373.
- 10 - Dougherty NJ. A review of cerebral palsy for the oral health professional. *Dent Clin North Am* 2009; 53:329-338.
- 11 - Glassman P, Subar P. Improving and maintaining oral health for people with special needs. *Dent Clin North Am* 2008; 52:447-461.
- 12 - World Health Organization. Oral health surveys: Basic methods, 4th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1997
- 13 - Loe H. The gingival Index, the plaque Index, and the retention index. *J Periodontol* 1967; 38: 610-616.
- 14 - Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc* 1964; 68:7-13.
- 15 - Davis MJ. Issues in access to oral health care for special care patients. *Dent Clin N Am* 2009; 53:169-181.
- 16 - Thikkurissy S, Lal S. Oral health burden in children with systemic diseases. *Dent Clin North Am* 2009; 53:351-357.