

• U C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA
FACULDADE de MEDICINA da UNIVERSIDADE de COIMBRA

**Avaliação de conhecimentos e cuidados de saúde oral em crianças
com paralisia cerebral**

Aluna: Marília Freitas

Orientadora: Mestre Ana Costa
Coorientadora: Mestre Sara Rosa

Coimbra, 2013

Avaliação de conhecimentos e cuidados de saúde oral em crianças com paralisia cerebral

Freitas M, Rosa S, Costa A.

Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Av. Bissaya Barreto, Bloco de Celas

3000-075 Coimbra

Portugal

Tel: +351 239 484 183

Fax: +351 239 402 910

e-mail: marilia.f.freitas@gmail.com

ÍNDICE

RESUMO	4
1.INTRODUÇÃO	7
2.OBJETIVOS	8
3. MATERIAIS E MÉTODOS	8
4. RESULTADOS	9
5. DISCUSSÃO	23
.	
6. CONCLUSÃO	29
7. AGRADECIMENTOS	29
8. BIBLIOGRAFIA	30
9. ANEXOS	32

RESUMO

Introdução: A Paralisia Cerebral é descrita como um conjunto de perturbações do desenvolvimento motor e postural com limitações a vários níveis, atribuídas a distúrbios não progressivos que ocorrem no cérebro fetal ou infantil em desenvolvimento. Alguns autores referem que as crianças com paralisia cerebral podem apresentar maior susceptibilidade a diferentes patologias orais, inerentes a condicionantes na relação direta ou indireta da doença, nomeadamente alterações anatómicas, fisiológicas, terapêuticas e comportamentais.

Objetivos: O principal objetivo deste trabalho residiu na recolha de informação sobre o grau de conhecimentos relativos à saúde oral em crianças com paralisia cerebral frequentadoras da Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra, de forma a contribuir para a optimização de cuidados preventivos específicos. Complementarmente, foi desenvolvida uma revisão bibliográfica acerca das patologias orais mais prevalentes nestas crianças, bem como da influência dos pais/tutores nos cuidados de saúde oral das mesmas.

Metodologia: Realizaram-se 41 inquéritos (baseados no modelo “*Child Oral Health Impact Profile*”) aos pais/tutores de crianças dos 2 aos 17 anos de idade com diagnóstico de paralisia cerebral frequentadores em permanência do jardim de infância e escola EB1APCC Coimbra Sul, bem como em regime ambulatorio. Os resultados obtidos, depois de inseridos em Microsoft Excel®, foram sujeitos a análise estatística descritiva através do programa IBM SPSS v.19.

A pesquisa bibliográfica foi realizada na PubMed/MEDLINE, complementada com consulta manual, utilizando as combinações de palavras-chave “*cerebral palsy and oral health*” AND “*cerebral palsy and quality of life*” AND “*cerebral palsy and pediatric dentistry*” AND “*cerebral palsy and oral manifestations*” AND “*cerebral palsy and disability*” AND “*cerebral palsy and access to dental care*” AND “*cerebral palsy and function impairment*” AND “*motor deficiency and oral hygiene*”, das quais são termos Mesh “*dental care*”, “*cerebral palsy / epidemiology*”, “*cerebral palsy / classification*”, “*cerebral palsy / physiopathology*”, “*quality of life*” e “*oral health*”, contemplando-se os seguintes critérios de inclusão: publicações de 2008-2013, escritos em inglês e português, com resumo disponível e após avaliação do respetivo conteúdo científico.

Resultados: Com maior relevância destaca-se que a totalidade dos pais/tutores consideraram importante a higiene oral das crianças; 82.9% referiram supervisionar a

escovagem, em 53.7% bi-diária. Cerca de 70% desconhece a existência de meios adaptados às necessidades de higiene oral, não usando qualquer meio complementar; 73.2% não os procuraram, no entanto, 90.6% se tivessem acesso, usá-los-iam. Paralelamente, 65.9% nunca teve experiência prévia de odontalgia e 88% referiu a inexistência de hemorragia gengival associada à escovagem.

Na revisão bibliográfica foram inicialmente obtidas 452 referências, selecionando-se 22 após eliminação de duplicados e aplicação dos critérios de inclusão; a estas acresceram 15 referências cruzadas destacando-se, em termos de resultados, a menção a uma ocorrência acrescida de manifestações orais que possam advir da paralisia cerebral.

Conclusão: É prioritária a instrução e orientação dos pais/tutores para uma melhoria dos cuidados de saúde oral no quotidiano destas crianças, com implementação de programas de promoção da saúde oral e divulgação da informação relativa aos cuidados em ambulatório. A atuação concertada de uma equipa multidisciplinar é essencial para a melhoria da sua qualidade de vida, impelindo a que sejam ultrapassadas todas as barreiras linguísticas, culturais e financeiras que possam impedir ou condicionar o desejável acesso aos cuidados devidos.

Palavras-chave: *“cerebral palsy”; “oral health”; “quality of life”; “pediatric dentistry”; “oral manifestations”; “disability”; “access to dental care”; “function impairment”; “motor deficiency” e “oral hygiene”.*

ABSTRACT

Introduction: Cerebral palsy describes a group of permanent disorders of the development of movement and posture, causing activity limitation, attributed to non-progressive disturbances that occurred in the developing fetal or infant brain. Some authors have reported that children with cerebral palsy may have greater susceptibility to different oral pathologies, constraints inherent in direct or indirect relation of the disease, including anatomical, physiological, therapeutic and behavioural changes.

Objective: The main objective of this work resided in the collection of information about the degree of knowledge related to oral health in children with cerebral palsy attending the Cerebral Palsy Association of Coimbra in order to contribute for the optimization of specific preventive care. In addition, it was developed a literature review about the most prevalent

oral diseases in these children, as well as the parents / tutors influence on their oral health care.

Methods: There were carried out 41 inquiries (based on the model "*Child Oral Health Impact Profile*") to parents / tutors of children aged 2 to 17 years old with cerebral palsy goes permanently in the kindergarten and school EB1APCC Coimbra Sul, as well as outpatient. The results obtained, after inserted into Microsoft Excel[®], were subjected to descriptive statistics analysis using the program SPSS V.19.

A literature search was performed in MEDLINE/PubMed, complemented with manual query, using combinations of keywords "*cerebral palsy and oral health*" AND "*cerebral palsy and quality of life*" AND "*cerebral palsy and pediatric dentistry*" AND "*cerebral palsy and oral manifestations*" AND "*cerebral palsy and disability*" AND "*cerebral palsy and access to dental care*" AND "*function impairment and cerebral palsy*" AND "*motor deficiency and oral hygiene*", which are Mesh Terms "*dental care*", "*cerebral palsy / epidemiology*", "*cerebral palsy / classification*", "*cerebral palsy / physiopathology*", "*quality of life*" and "*oral health*", covering the following inclusion criteria: publications 2008-2013, written in English and Portuguese, with abstracts available and after evaluation of the relevant scientific content.

Results: With greater relevance stands out that all parents / tutors considered important children oral hygiene, 82.9% reported supervise brushing, in 53.7% bi-daily. About 70% were unaware of the existence of resources adapted to the needs of oral hygiene, not using any additional means, 73.2% didn't search them however, 90.6% if they had access, they would use it. At the same time, 65.9% never had prior experience of toothache and 88% referred the absence of gingival bleeding associated with brushing.

In the literature review were initially obtained 452 references, after the elimination of duplicates and applying the inclusion criteria were selected 22; supplemented with 15 cross references, highlighting in outcomes, the mention of an increased occurrence of oral manifestations that may arise from cerebral palsy.

Conclusions: The instruction and guidance of parents / tutors it's a priority for the improvement of oral health care in daily life of these children, along with the implementation of programs to promote oral health and dissemination of information relating to outpatient care. The concerted action of a multidisciplinary team is essential for the improvement of their quality of life, urging that all barriers linguistic, cultural and financial that may prevent or restrict access to desirable due care are overcome.

Keywords: “cerebral palsy”; “oral health”; “quality of life”; “pediatric dentistry”; “oral manifestations”; “disability”; “access to dental care”; “function impairment”; “motor deficiency” and “oral hygiene”.

1. INTRODUÇÃO

A saúde oral é parte integrante da saúde geral, devendo esta premissa constituir uma prioridade transversal a qualquer indivíduo ⁽¹⁾. A paralisia cerebral (PC) é descrita como um conjunto de perturbações no desenvolvimento motor e postural atribuídas a distúrbios não progressivos que ocorreram no desenvolvimento cerebral fetal ou infantil, causando limitação na atividade. Os distúrbios motores da PC são muitas vezes acompanhados por distúrbios na cognição, sensação, comunicação, percepção e/ou comportamento, mas também por epilepsia ⁽²⁻¹²⁾. A sua etiologia tem sido atribuída a uma ampla gama de fatores pré, peri e pós-natais, podendo estes apresentar-se como únicos, isolados, ou como uma combinação de vários fatores de risco ^(4, 13).

Algumas crianças apresentam perturbações ligeiras, quase impercetíveis, que as tornam “desajeitadas”, parecendo pouco harmoniosas a andar, falar ou na realização de tarefas manuais; outras são severamente afetadas, com incapacidade motora grave, tornando-se dependentes nas suas atividades diárias ^(14, 15).

A PC pode manifestar os seus efeitos, direta ou indiretamente, na saúde oral; problemas neuromusculares inerentes à patologia podem resultar em alterações estruturais na região orofacial com desenvolvimento de hábitos parafuncionais, má oclusão (habitualmente classe II, mordida aberta e *overjet* aumentado), desgaste dentário, traumatismos, a par de dificuldades acrescidas na manutenção de níveis aceitáveis de higiene oral ^(8, 16, 17). A presença de uma tensão anormal dos músculos faciais com um baixo controlo dos lábios e língua possibilita a ocorrência de disfunções na mastigação, deglutição e salivação (sialorreia). As crianças com PC podem apresentar maior susceptibilidade à cárie dentária e patologias periodontais, não apenas decorrente da dificuldade em realizar um bom controlo de placa bacteriana, mas também pela alta ingestão de alimentos cariogénicos e medicação rica em sacarose ^(1, 3, 4, 7-9, 18).

A ocorrência de atraso na esfoliação dos dentes temporários e erupção dos primeiros molares definitivos, hipoplasias de esmalte, presença de dentes supranumerários, alta incidência de lesões de cárie com baixa taxa de tratamento e presença de doença periodontal encontram-se igualmente descritas na literatura ^(8, 18, 19).

A saúde oral pode, concomitantemente, ser afetada pela sua limitada valorização, atribuída a dificuldades de comunicação, receio relativo aos procedimentos orais, interações medicamentosas (e efeitos secundários), com consequências a nível da flora oral ou causando hiperplasia gengival ^(1, 7). Todas estas condições enfatizam a necessidade de cuidado profissional e familiar em regime intensivo nestes pacientes ⁽¹⁷⁾.

A designação “qualidade de vida” foi globalmente definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1993 e, em crianças, a qualidade de vida relacionada com a saúde inclui, não apenas os conceitos de doença, estado funcional, saúde mental e conforto, mas também o impacto nos cuidadores e no funcionamento familiar ⁽²⁰⁻²²⁾. Os pais/tutores elencam um papel decisivo nos processos de manutenção de níveis adequados de higiene oral e acesso a cuidados preventivos e curativos das doenças orais ^(3, 18).

A inclusão de um Médico Dentista na rede de cuidados para crianças com PC revela-se da maior importância numa perspectiva de intervenção global, detecção precoce, prevenção e tratamento adequado das patologias orais ^(23, 24).

2. OBJETIVOS

Considerando as possíveis alterações na cavidade oral inerentes à patologia em causa, os obstáculos na sua resolução clínica e a crescente necessidade e procura de cuidados de saúde especializados, este trabalho teve como objetivo a recolha de informação relativa ao conhecimento dos cuidados de saúde oral em crianças com PC por parte dos pais/tutores. Complementarmente foi realizada uma revisão da literatura referente ao tipo de patologias orais mais prevalentes nestas crianças, bem como a influência dos pais/tutores na prestação dos cuidados de saúde oral.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Seguindo os requisitos éticos e obtidas as autorizações necessárias (anexos 1, 2 e 3), realizaram-se 41 inquéritos baseados no modelo “*Child Oral Health Impact Profile*” (COHIP) (anexo 3) aos pais/tutores de crianças com diagnóstico primário de PC e frequentadoras da escola EB1APCC Coimbra Sul, jardim de infância e em regime de ambulatório, com idades entre os 2 e os 17 anos. Os resultados obtidos foram inseridos sob a forma de tabela em Microsoft Excel[®] 2011 (anexo 4) para posterior análise estatística com

o programa IBM SPSS v.19 numa vertente descritiva e apresentação sob a forma de tabelas, gráficos e dados percentuais.

A pesquisa bibliográfica foi realizada através do motor de busca PubMed/MEDLINE, complementada com consulta manual, utilizando a combinação de palavras-chave “*cerebral palsy and oral health*” AND “*cerebral palsy and quality of life*” AND “*cerebral palsy and pediatric Dentistry*” AND “*cerebral palsy and oral manifestations*” AND “*cerebral palsy and disability*” AND “*cerebral palsy and access to dental care*” AND “*cerebral palsy and function impairment*” AND “*motor deficiency and oral hygiene*”, das quais são termos Mesh “*dental care*”, “*cerebral palsy/epidemiology*”, “*cerebral palsy/classification*”, “*cerebral palsy/physiopathology*”, “*quality of life*” e “*oral health*”, respeitando os seguintes critérios de inclusão: publicações de 2008-2013, em inglês e português, com resumo disponível e após análise do conteúdo científico.

4. RESULTADOS

4.1 Inquérito baseado no modelo “*Child Oral Health Impact Profile (COHIP)*” aplicado aos responsáveis das crianças com PC frequentadoras do jardim de infância, escola EB1APCC Coimbra Sul e em regime ambulatorio.

Os resultados obtidos após análise de frequência foram expressos em formato de tabelas e gráficos, sendo cada pergunta sujeita a análise estatística descritiva, desenvolvida mais detalhadamente sempre que justificável.

4.1.1 Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 25 crianças do sexo feminino e 16 crianças do sexo masculino, sendo o inquérito respondido maioritariamente pelos pais/tutores do sexo feminino (Tabela I).

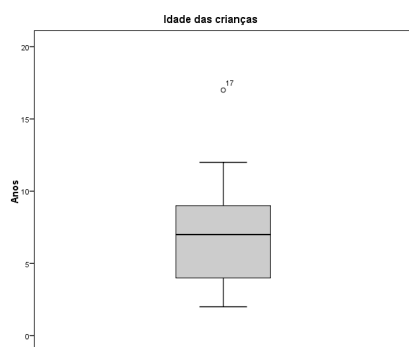
Tabela I – Definição geral da amostra

Número total de inquéritos		41
Crianças	♂	16
	♀	25
Pais/Tutores	♂	34
	♀	7

Verificou-se que a maioria das crianças se encontrava na faixa etária dos 5-9 anos, havendo apenas uma criança com a idade máxima de 17 anos (Tabela II e Gráfico I).

Tabela II / Gráfico 1- Idade das crianças incluídas na amostra

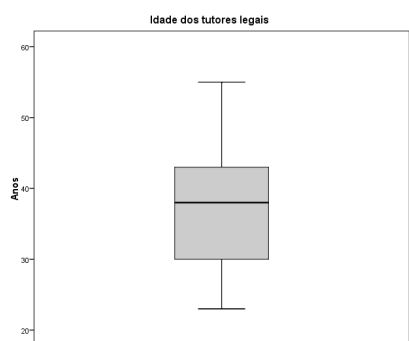
<i>Escalões etários</i>	<i>0 – 4</i>	<i>5 – 9</i>	<i>10 – 14</i>	<i>15 – 17</i>
%	41.46	41.46	14.63	2.44



Em relação aos pais/tutores, a idade média rondou os 38 anos, com a maioria (68.30%) entre os 30 e 49 anos (Tabela III e Gráfico II).

Tabela III / Gráfico 2 - Idade dos tutores legais das crianças incluídas no estudo

<i>Escalões etários</i>	<i>20 – 29</i>	<i>30 – 39</i>	<i>40 – 49</i>	<i>50 – 60</i>
%	26.83	34.15	34.15	4.88



Os resultados gerais da idade das crianças e pais/tutores encontram-se resumidamente na tabela IV.

Tabela IV – Resumos de idades das crianças e pais/tutores

	<i>média</i>	<i>mediana</i>	<i>dp</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
Idade das crianças	6.88	7.00	3.38	2	17
Idade dos tutores	37.68	38.00	8.08	23	55

Para complementar a caracterização geral da amostra foi perguntado aos pais qual o tipo de PC que a criança era portadora (Tabela V).

Tabela V – Tipos de PC de que as crianças eram portadoras

<i>Tipos de Paralisia Cerebral</i>	<i>Número de crianças portadoras</i>
Desconhece o tipo	17
PC espástica unilateral ou bilateral	16
PC profunda com tetraparésia	3
PC causada por hipóxia	1
PC associada a hidrocefalia	1
PC associada a síndromes	2
PC apenas com défice cognitivo	1

4.1.2 Resultados do inquérito

Os resultados obtidos no inquérito baseado no modelo “*Child Oral Health Impact Profile*” (COHIP) serão apresentados sob a forma de gráficos com correspondência direta às questões formuladas.

4.1.2.1. A questão “Acha que a higiene oral é importante para o seu filho?” obteve uma resposta afirmativa unânime por parte dos pais/tutores (Gráfico 3).



Gráfico 3 – Importância da higiene oral

4.1.2.2. Na pergunta “O seu filho escova os dentes sozinho?”, dos 41 inquiridos, 18 (43.9%) responderam que sim (Gráfico 4).

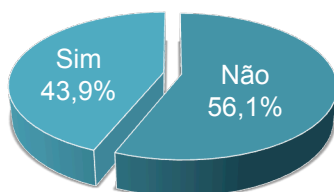


Gráfico 4 – Percentagem de crianças sem auxílio na higiene oral

4.1.2.3. Relativamente à questão “Supervisiona sempre a escovagem do seu filho?”, 34 (82.9%) responderam positivamente (Gráfico 5).

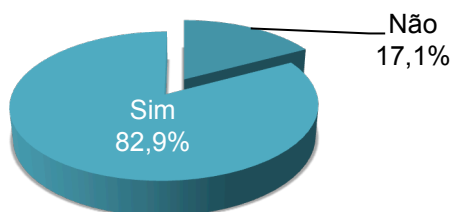


Gráfico 5 – Supervisão da escovagem dentária

4.1.2.4. Quando inquiridos sobre “Quantas vezes por dia escova os dentes do seu filho?”, a maioria 22 (53.7%) referiu que a escovagem era bi-diária. É de salientar que 1 dos inquiridos (2.4%) mencionou que não escovava os dentes do seu filho (Tabela VI).

Tabela VI – Número de escovagens diárias

<i>Escovagem por dia</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Nº (%)	1 (2.40)	12 (29.30)	22 (53.70)	5 (12.20)	1 (2.40)

4.1.2.5. Em relação à pergunta “Após cada refeição, o seu filho escova os dentes?”, apenas 13 (31.7%) dos pais/tutores responderam favoravelmente, havendo ainda uma grande percentagem de crianças que não efetuava a escovagem dentária após a ingestão de alimentos (Gráfico 6).

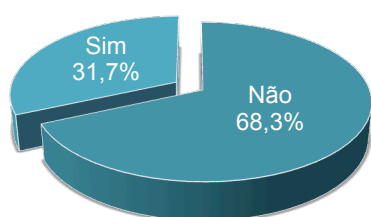


Gráfico 6 – Escovagem dentária após cada refeição

4.1.2.6. Na questão “Já consultou algum especialista sobre como cuidar da saúde oral do seu filho?” (subentenda-se Médico Dentista, Médico Estomatologista ou Higienista Oral) embora a maioria (53.7%) tivesse referido que sim, uma percentagem elevada ainda não o tinha feito (Gráfico 7).

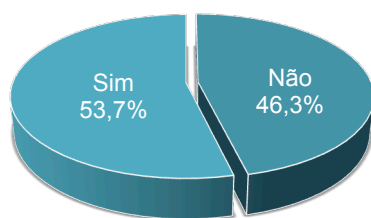


Gráfico 7 – Consulta de um especialista sobre cuidados de saúde oral

4.1.2.7. Quando questionados sobre se “O tipo de escova foi recomendada?”, 14 (34.1%) afirmaram que sim e, de entre estes, 10 (71.4%) referem que a compra da escova de dentes foi efectuada na farmácia, 3 (21.4%) no supermercado e 1 dos pais/tutores não respondeu a esta alínea. Dos 27 inquiridos (65.9%) que responderam que o tipo de escova

não foi recomendada, 11 (40.7%) afirmaram que a compra foi realizada no supermercado, 4 (14.8%) na farmácia e 12 (44.5%) desconheciam/não responderam a esta alínea (Gráfico 8).

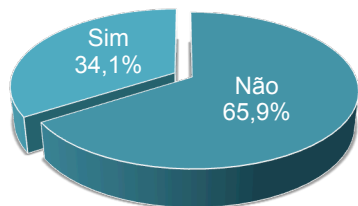


Gráfico 8 – Recomendação acerca da escova de dentes

4.1.2.8. Para a pergunta “Sabia que a escova de dentes deve ser trocada quando as cerdas “abrem”?”, dos 41 inquiridos, 32 (78.0%) declararam ter conhecimento da necessidade da troca da escova nestas condições (Gráfico 9).

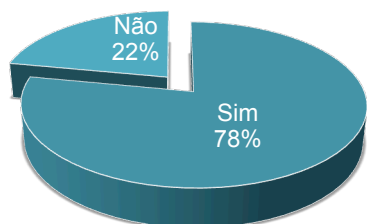


Gráfico 9 – Conhecimento acerca da troca da escova de dentes

4.1.2.9. Inquiridos sobre “Com que regularidade troca a escova de dentes do seu filho?”, 24 (60.0%) responderam de 3/3 meses, apenas 1 (2.5%) dos inquiridos referiu que a troca era efetuada 1 vez/ano e 1 dos inquiridos não respondeu à pergunta (Tabela VII).

Tabela VII – Frequência da troca da escova dentária

<i>Frequência de troca escova</i>	<i>1x /mês</i>	<i>2/2 meses</i>	<i>3/3 meses</i>	<i>6/6 meses</i>	<i>1x/ ano</i>
Nº (%)	1 (2.50)	2 (5.00)	24 (60.00)	12 (30.00)	1 (2.50)

4.1.2.10. Questionando se “Tem conhecimento da existência de meios de higiene adaptados às necessidades do seu filho?”, 12 (29.3%) afirmaram que sim, existindo ainda 29 inquiridos (70.7%) que desconheciam a existência de dispositivos adaptados a crianças com dificuldade em realizar de forma efetiva a higiene oral (Gráfico 10).

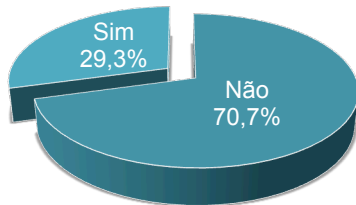


Gráfico 10 – Conhecimento de meios adaptados à higiene oral

4.1.2.11. Para a pergunta “Já procurou esses meios de higiene adaptados (em livros, internet...)?”, 11 (26.8%) responderam que sim, visando a facilitação e melhoria da higiene oral dos seus filhos; não obstante, 30 (73.2%) dos inquiridos afirmaram não o terem feito (Gráfico 11).

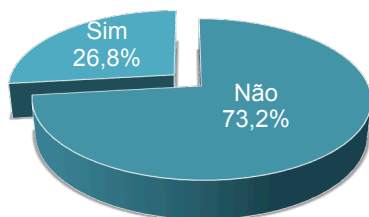


Gráfico 11 – Procura de meios de higiene adaptados

4.1.2.12. Na questão “Se tivesse acesso a esses meios, usá-los-ia?”, 40 (97.6%) declararam que sim e apenas 1 (2.4%) dos inquiridos não respondeu à questão (Gráfico 12).

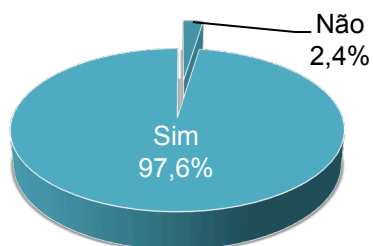


Gráfico 12 – Utilização de meios de higiene adaptados

4.1.2.13. Questionados sobre se “Na higiene oral do seu filho, utiliza alguma medida complementar?”, 12 (29.3%) responderam afirmativamente, 6 (50.0%) referiram usar elixir e o mesmo número suplementos de flúor; os restantes 29 (70.7%) inquiridos não utilizam medidas complementares (Gráfico 13).

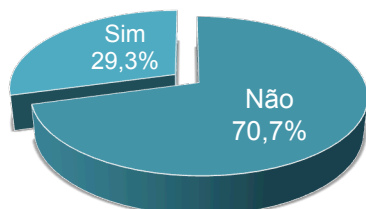


Gráfico 13 – Utilização de medidas complementares de higiene oral

4.1.2.14. Sobre se “Acha que tem ao seu dispor meios necessários à saúde oral do seu filho?”, dos 41 inquiridos, a maioria (73.2%) referiu que sim (Gráfico 14).

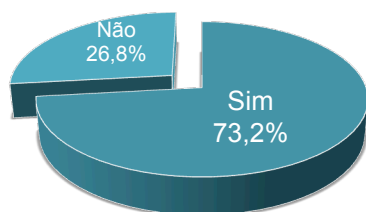


Gráfico 14 – Acesso aos meios de saúde oral

4.1.2.15. Quando questionados sobre “Qual o principal obstáculo a uma melhor saúde oral do seu filho?”, os resultados foram diversificados (Tabela VIII).

Tabela VIII – Principais obstáculos na melhoria da saúde oral

Principais obstáculos	Tempo	Preço dos tratamentos	Distância dos cuidados médicos	Poucos conhecimentos	Pouca informação	Outros
Nº (%)	5 (12.20)	18 (43.90)	4 (9.80)	5 (12.20)	8 (19.50)	1 (2.40)

4.1.2.16. Na questão “O seu filho já teve dor de dentes?”, 14 (34.1%) indicaram que sim, havendo 27 (65.9%) pais/tutores que referiram nunca ter sucedido nenhum episódio de prévio de odontalgia (Gráfico 15).

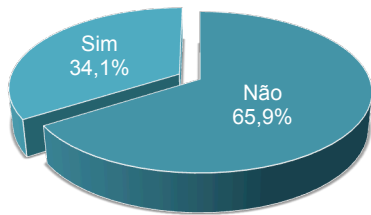


Gráfico 15 – Dor de dentes prévia nas crianças

4.1.2.17. Relativamente ao facto de se “O seu filho já teve alguma outra dor na cavidade oral?”, a maioria (26) respondeu que não, os restantes 15 (36.6%) indicaram que sim (Gráfico 16).

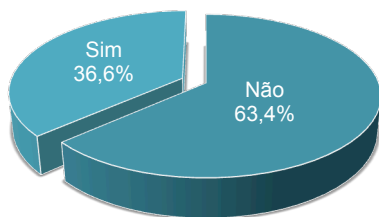


Gráfico 16 – Outro tipo de dor prévia na cavidade oral das crianças

4.1.2.18. Na pergunta “O seu filho já deixou de ir à escola devido a uma dor de dentes?”, dos 41 inquiridos, apenas 4 (9.8%) responderam afirmativamente (Gráfico 17).

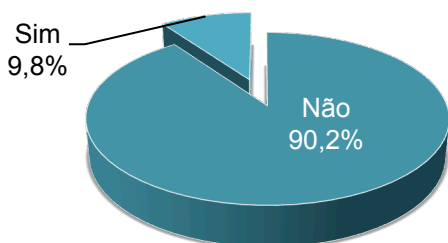


Gráfico 17 – Absentismo escolar devido a dor de dentes

4.1.2.19. Quando questionados sobre se “As atividades diárias do seu filho são condicionadas por algum problema dentário?”, dos 41 inquiridos, apenas 1 (2.4%) pai/tutor afirmou que sim, enquanto os restantes 40 (90.2%) referiram que essa limitação não ocorreu (Gráfico 18).

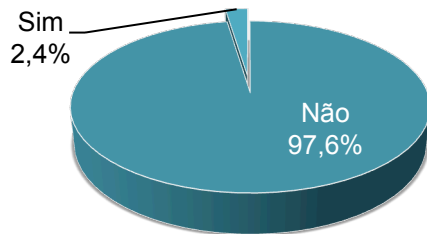


Gráfico 18 – Condicionamento das atividades diárias devido a problemas dentários

4.1.2.20. Na pergunta “O seu filho respira pela boca ou ressona?”, 29 (70.7%) responderam afirmativamente (Gráfico 19).

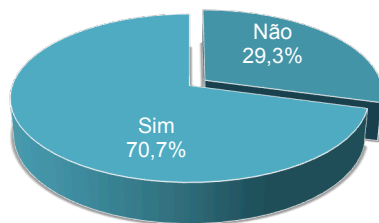


Gráfico 19 – Crianças respiradoras bucais ou que ressonam

4.1.2.21. Na questão “O seu filho já apresentou feridas na cavidade oral e/ou em redor desta?”, 8 (19.5%) indicaram que sim (Gráfico 20).

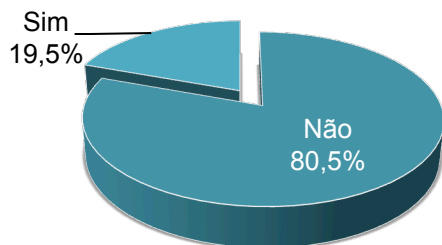


Gráfico 20 – Presença de feridas na cavidade oral ou em redor da mesma

4.1.2.22. Indagando sobre se “Acha que o seu filho tem mau hálito?”, dos 41 inquiridos, 15 (36.6%) responderam afirmativamente (Gráfico 21).

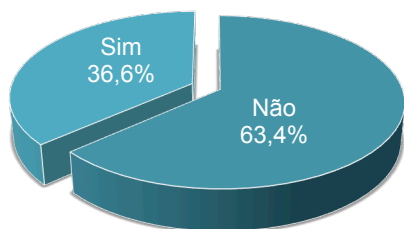


Gráfico 21 – Prevalência de mau hálito nas crianças

4.1.2.23. Questionados sobre se “O seu filho apresenta hemorragia das gengivas?”, dos 41 inquiridos, 9 (22.0%) assinalaram a existência de hemorragia gengival, sobretudo aquando da escovagem dentária (Gráfico 22).

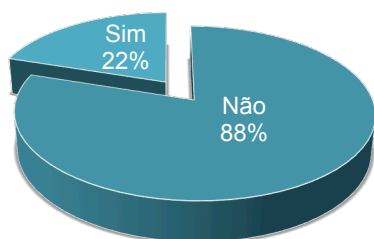


Gráfico 22 – Prevalência de hemorragia gengival

4.1.2.24. Para a pergunta “O seu filho alimenta-se sozinho?”, 26 (63.4%) indicaram que a criança apresentava destreza suficiente para se alimentar sem ajuda (Gráfico 23).

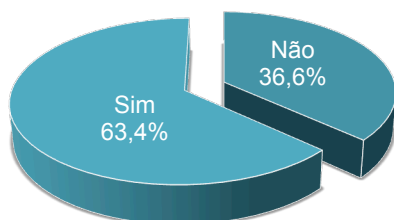


Gráfico 23 – Caracterização da autonomia da criança durante a alimentação

4.1.2.25. Quando indagados sobre se “O seu filho tem dificuldade em mastigar alimentos sólidos?”, 19 (46.3%) referiram esta ocorrência (Gráfico 24).

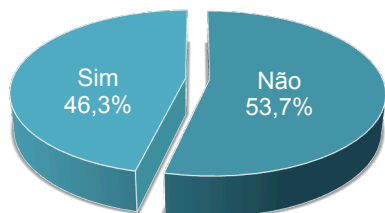


Gráfico 24– Avaliação da dificuldade das crianças em mastigar alimentos sólidos

4.1.2.26. Na pergunta “O seu filho apresenta dor ou sensibilidade quando ingere alimentos frios ou quentes?”, dos 41 inquiridos, 10 (24.4%) responderam afirmativamente (Gráfico 25).

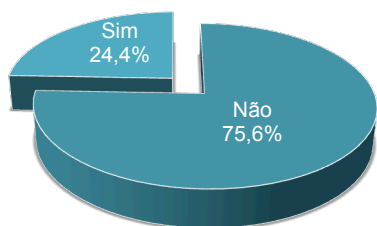


Gráfico 25 – Sensibilidade dentária na ingestão de alimentos frios ou quentes

4.2 Revisão da literatura

Na revisão bibliográfica complementar obtiveram-se, na pesquisa inicial, 452 referências e, após eliminação dos duplicados, 432. Aplicados os critérios de inclusão resultaram 22 referências (1 revisão sistemática, 1 *guideline* e 20 estudos do tipo observacional), utilizando-se complementarmente 15 referências “cruzadas” por consulta paralela (5 guias práticos, 8 artigos de revisão, 1 referência manual e 1 estudo tipo observacional).

Das referências integrantes desta revisão destacam-se alguns dos resultados mais relevantes:

As crianças com PC necessitam de cuidados especiais intensivos, não apenas inerentes à doença *per se*, mas também relativos à prevenção de fatores de risco paralelamente associados, de que são exemplo os problemas orais ^(3, 25).

As crianças com deficiência física e mental constituem o grupo principal de crianças com necessidade de cuidados especiais de saúde oral; nestas, os principais problemas orais relacionam-se com o incumprimento de cuidados de higiene (culminando numa maior incidência de lesões de cárie e periodontopatias), ocorrência de má oclusão, respiração bucal, deglutição atípica, bruxismo e anomalias de desenvolvimento e estrutura dentária ^(1, 3, 7-9, 16-18, 26, 27).

Para além das manifestações motoras, as crianças com PC apresentam frequentemente deficiências cognitivas e sensoriais, epilepsia, deficiências nutricionais, surdez e/ou estrabismo ^(3, 4, 28).

As patologias orais habitualmente diagnosticadas nestas crianças são basicamente as mesmas que afetam a população em geral; no entanto, estas podem ocorrer aqui com maior frequência devido a um conjunto de fatores, associados não apenas com a já referida má higiene oral, mas também pela condicionante do conteúdo, tipo e consistência dos padrões dietéticos (alimentos pastosos ou semi-sólidos e ricos em hidratos de carbono), tipo de formulações medicamentosas (à base de xarope, alguns deles com elevados níveis de sacarose), tonicidade da musculatura facial, espasticidade dos músculos mastigadores, carência de informações e acesso aos serviços especializados ^(3, 6, 16-18).

Lesões ulceradas da mucosa oral constituem igualmente achados clínicos comuns, eventualmente na relação com os hábitos parafuncionais descritos. Na avaliação da oclusão constata-se com frequência a presença de mordida aberta anterior e *overjet* aumentado, o que poderá advir dos movimentos ou posicionamento inadequados da língua, reflexo de deglutição diminuído e respiração bucal ^(3, 16).

A instabilidade motora e as convulsões podem predispor à ocorrência de traumatismos dentários e ao desenvolvimento de defeitos no esmalte ⁽¹⁴⁾. Lindqvist e Heijbel, observaram que o desgaste dentário anormal está intimamente relacionado com um baixo nível de desenvolvimento mental ^{(27) cit in (17)}.

De acordo com Du *et al.* (2010), a nível periodontal as crianças com PC apresentam tendencialmente mais alterações do que as saudáveis. Este fato é demonstrado no seu estudo realizado em 2010, onde aproximadamente uma em cada cinco crianças (19,2%, 14/72) com PC evidenciava hiperplasia gengival contrastando com as crianças sem PC ⁽¹⁶⁾. Este achado clínico poderá estar relacionado com o mau controlo neuromuscular das crianças, impedindo a sua capacidade de manter uma correta higiene oral. Subjacente à patologia sistémica, a medicação cumprida é um fator a ter em consideração uma vez que o grupo terapêutico que engloba os anticonvulsivantes poderá ter como efeito secundário a hiperplasia gengival ⁽¹⁶⁾.

A tabela IX sintetiza a prevalência de lesões de cárie e defeitos de esmalte descritos em algumas das publicações consultadas.

Tabela IX - Prevalência de lesões de cárie e defeitos de esmalte em crianças e adolescentes com PC

Autor	Ano do estudo	Tipo de estudo	Amostra	Resultados
Oredugba, F.A and Akindayomi, Y	2008	Observacional	54 indivíduos, 3 - 26 anos; diferentes patologias (21 com PC)	Elevada prevalência de lesões de cárie
Guerreiro, P. e Garcias, G.	2009	Observacional	41 crianças com PC	Elevados níveis de índice de cárie dentária
Santos, M.T <i>et al.</i>	2009	Observacional	65 indivíduos com PC entre os 2-21 anos e respetivos cuidadores + grupo controlo 58 saudáveis da mesma idade	Correlação negativa entre crianças com PC e presença de lesões de cárie e a qualidade de vida dos seus cuidadores
Du. R <i>et al.</i>	2010	Observacional	72 crianças com PC + grupo controlo com mesma idade e género	Não existem diferenças estatisticamente significativas na incidência de lesões de cárie dentária, em contraponto com a saúde gengival
LIN,X <i>et al.</i>	2010	Observacional	135 crianças com PC dos 1,5-6 anos	Elevada prevalência no desenvolvimento de defeitos de esmalte
Santo, M.T <i>et al.</i>	2010	Observacional	65 crianças com PC + grupo controlo de 58 indivíduos saudáveis, entre os 4 - 17 anos,	Crianças com PC apresentam índice de cárie mais elevado do que as saudáveis
Ferreira de Caramago, M. <i>et al.</i>	2011	Observacional	118 crianças e adolescentes com PC	Elevada incidência de lesões de cárie em crianças com PC, no entanto os fatores predisponentes são similares aos que afetam a restante população
Carvalho, R. <i>et al.</i>	2011	Observacional	52 crianças com PC dos 7 - 18 anos	O tipo de PC não está relacionado com o índice CPO, placa bacteriana, dieta ou frequência de escovagem

Estas crianças com deficiência neuromotora apresentam dificuldade em atos rotineiros e para os pais/tutores a falta de autonomia na vida diária tem demonstrado ser uma importante fonte de angústia, afectando este nível de dependência, tanto a qualidade de vida da criança, como dos mesmos ^(6, 29). Exceto os casos mais leves, a PC tem um impacto substancial sobre as famílias, quer em termos de bem-estar, mas igualmente nos custos adjudicados aos cuidados de saúde ⁽²⁸⁾.

Santos *et al.* (2010) referem que os pais/tutores de crianças com PC apresentaram uma maior carga relacionada com a prestação de cuidados, o que pode interferir com a sua qualidade de vida global. Os profissionais de saúde devem estar cientes da necessidade de estabelecimento de um bom relacionamento com os pais/tutores da criança, pois estes são um dos recursos mais importantes no estabelecimento de protocolos preventivos, cruciais para evitar o desenvolvimento de patologias orais. No mesmo estudo é referido ainda que quando os pais/tutores apresentam uma má saúde oral, as crianças pelas quais são responsáveis são mais suscetíveis a negligência nos cuidados orais ⁽¹⁸⁾.

Desta forma, o desenvolvimento de estratégias preventivas tendo por base o grau de susceptibilidade individual deve constituir uma prioridade na prestação de cuidados médico-dentários ⁽¹⁸⁾.

5. DISCUSSÃO

A PC não causa qualquer patologia oral específica; no entanto, existem condições que são mais comuns ou mais graves em crianças portadoras da doença comparativamente à população em geral ^(30, 31). Esta discussão centrar-se-á na explicação de cada pergunta referente ao Inquérito aplicado.

A PC foi, em termos de gravidade funcional, classificada há mais de uma década atrás por Palisano e seus colaboradores a partir do “*Gross Motor Function Classification System*” (GMFCS), que define cinco níveis de função motora a que correspondem a cinco diferentes “trajetórias” de desenvolvimento motor ^(28, 32). Segundo Tsoi *et al.* (2011), dependendo da idade e do nível funcional motor, as prioridades para os pais diferem ainda que, no geral, estes estejam preocupados com a melhoria funcional da criança com PC para a participação em atividades diárias ⁽⁵⁾.

Na generalidade das crianças com deficiência motora a higiene oral é perfeitamente possível e vivamente aconselhada, devendo a escovagem ser efetuada, sempre que possível, de forma rápida e eficaz e, em todos os casos, supervisionada ⁽²³⁾. De acordo com as “*Guidelines on Management of Dental Patients with Special Health Care Needs*” da

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), a educação dos pais/tutores da criança é fundamental para garantir essa supervisão. É igualmente referido que cabe a estes proporcionar uma higiene oral apropriada quando a criança é incapaz de o fazer adequadamente ⁽³³⁾.

No presente estudo, todos os pais / tutores que responderam ao inquérito (100%) revelaram considerar que a higiene oral é primordial para a saúde e bem-estar da criança.

Nesta amostra verificou-se que 18 das crianças, correspondente a 43,9%, conseguiam escovar os dentes sozinhas, tendo destreza física e mental para realizar a sua higiene oral, segundo a informação transmitida pelos pais/tutores; no entanto, 56,1% das crianças apresentavam carências físicas e/ou mentais o que restringe o ato de escovagem. Havendo esta dificuldade serão obrigatoriamente os pais/tutores a efetuar a escovagem e, simultaneamente, a supervisioná-la. Segundo a literatura, as crianças com paralisia cerebral com limitações moderadas a graves da auto-mobilidade (níveis de GMFCS IV e V) requerem um maior envolvimento por parte dos pais/tutores em todas as atividades diárias, incluindo higiene oral ⁽¹⁸⁾. Neste inquérito, constatou-se que 82,9% dos pais/tutores supervisionavam a escovagem dos seus filhos/educandos.

Conforme ocorre com a técnica, o número de escovagens diárias é um fator importante a ter em conta nos cuidados de saúde oral. Na amostra deste estudo, a escovagem bi-diária foi a mais frequente, com 53,7% dos pais/tutores a realizá-la; porém, não descurando este dado, existiu 1 pai/tutor que referiu a não realização da escovagem dentária à criança, assumindo paradoxalmente, de forma conscienciosa, a importância da higiene oral. Estes resultados reforçam a importância do atendimento dentário profissional em instituições para indivíduos com necessidades especiais ⁽⁹⁾. Nesta amostra verificou-se ainda que em 68,3% das criança a escovagem não era realizada após cada refeição.

As crianças com PC estão, frequentemente sujeitas a toma de medicação que pode ter como efeito secundário alterações gengivais, adicionalmente na sua dieta é comum o consumo de alimentos semi-sólidos e/ou pastosos ricos em sacarose, com elevado potencial cariogénico. Este efeito é ainda maior caso a sua ingestão seja feita no intervalo das refeições ou ao deitar ⁽²³⁾. A escovagem após cada refeição é uma medida fundamental na prevenção do aparecimento de lesões de cárie dentária (e patologia periodontal) , pelo que deve ser incitado o seu cumprimento após as refeições principais e, particularmente, ao deitar.

Nesta amostra foi constatado que a maioria, apesar de não significativa, dos pais/tutores já consultaram um especialista para saber como cuidar da saúde oral da criança. Este dado é importante e revela a compreensão dos pais sobre a necessidade da manutenção da saúde oral, otimizando a qualidade de vida. A literatura mostra que, tratando-se de crianças com necessidades especiais (PC incluída), urge intervir

precocemente em saúde oral, inclusivamente antes da erupção dos primeiros dentes. Esta intervenção traduz-se na informação sobre princípios de higiene oral, estimulação gengival, dieta e recomendação sobre o uso de chupetas e biberões ⁽²³⁾. De acordo com a literatura a procura de uma consulta de Medicina Dentária após os quatro anos de idade pode ser considerada tardia, diagnosticando-se com alguma frequência lesões de cárie abaixo desta idade ⁽¹⁰⁾. Camargo *et al.* (2005) atribuem este fato ao desconhecimento relativo à necessidade e importância da manutenção da saúde oral ^{(34) cit in (10)}.

Em relação à recomendação da escova de dentes, nesta amostra verificou-se que 34,1% dos pais/tutores teve aconselhamento profissional na compra da, supostamente, mais adequada à criança, face aos 65,9% que referiram que foi comprada sem recomendação médica. Consoante o desenvolvimento físico e/ou motor da criança, a sua habilidade e destreza manual, a escova deve promover a máxima remoção de placa bacteriana, sem causar lesões ou dor na cavidade oral e ser ajustada às suas limitações. O local da compra não parece constituir um fator relevante, mas sim a escolha de uma escova que possua todas as características anatómicas necessárias. Neste inquérito, 78% dos pais/tutores confirmaram saber que a sua troca deve ser feita quando as cerdas começam a abrir, indo de encontro ao preconizado na literatura. Para a pergunta sobre o período em que a troca da escova é efetuada, a maioria dos pais/tutores respondeu de 3/3 meses. Quando questionados sobre o conhecimento da existência de meios de higiene oral adaptados às necessidades da criança com PC, uma minoria (cerca de 29% dos pais/tutores) referiu saber da existência destes dispositivos e 27% afirmou que, efetivamente, os procurou. No entanto, apesar desta percentagem baixa a quase totalidade dos pais/tutores declarou que se tivessem acesso a esses meios usá-los-iam. Este desconhecimento poderá decorrer da falta de preocupação e/ou interesse por parte dos pais/tutores em adquirir informações e meios que possam auxiliar e facilitar a higiene oral da criança ou da escassez de esclarecimentos e dificuldade na transmissão de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde oral aos mesmos. Segundo as “*Guidelines on Management of Dental Patients with Special Health Care Needs*” e o “*Manual de Boas Práticas em Saúde Oral*” da Direção Geral de Saúde, a escova de dentes pode ser modificada para permitir que as crianças com deficiência física consigam fazer uso da mesma, podendo a escova elétrica ser utilizada para motivar a criança e aumentar a efetividade da escovagem ^(23, 33). Os pais/tutores de crianças que permanecem acamadas ou em cadeiras de rodas, por descoordenação motora, rigidez ou deficiência mental profunda, devem igualmente ser treinados na remoção da placa bacteriana ⁽²³⁾.

Quando inquiridos acerca da utilização de medidas complementares, 29,3% dos pais/tutores afirmaram que coadjuvam à escovagem dentária, um elixir ou suplementos de flúor; os restantes 70,7% não utilizam estas medidas complementares, justificando com as

limitações neuromusculares subjacentes à patologia. Este facto é bastante relevante visto que a sua utilização poderia porventura contribuir na desorganização mecânica (e química) da placa bacteriana, permitindo uma melhoria da manutenção da higiene oral da criança^(6, 7, 23).

Nestas crianças com necessidades especiais a utilização do fio dentário pode ser difícil e requerer destreza e paciência. A desorganização da placa interdentária pode ser feita, alternativa e/ou complementarmente, através de escovilhões e escovas unitufo. Perante dificuldades motoras muito severas, a higiene oral terá que ser assumida pelo cuidador em casa, na instituição ou em ambos os locais. A escovagem dentária feita com uma pasta dentífrica fluoretada constitui a forma preferencial de aplicação tópica de flúor^(6, 9, 23, 33).

Constatou-se neste inquérito que 73,2% dos pais/tutores mostraram satisfação em relação à disponibilidade de meios necessários à manutenção da saúde oral das crianças, referindo adicionalmente que dois dos principais obstáculos com que se depararam foram o preço das consultas e a escassez de informação. Os aspetos socioeconómicos podem refletir um baixo nível de escolaridade dos pais e de renda familiar, fatores que dificultam, conforme descrito na literatura, o acesso e continuidade de tratamentos dentários⁽³⁵⁾. Segundo Oredugba *et al.* (2008) e Guerreiro *et al.* (2009), os índices de doença e necessidade de tratamentos revelaram que a quase totalidade das crianças acometidas por lesões de cárie, doença periodontal e má oclusão não sofreram um tratamento adequado, indicando uma baixa intervenção na área da medicina dentária^(10, 26). Embora alguns estudos relatem uma incidência de lesões de cárie similar ou inferior nas crianças com patologia relativamente a crianças sem patologia, todos demonstraram uma necessidade mais elevada de tratamento nas crianças com PC, o que indica falta de acesso ou baixa qualidade nos serviços oferecidos a estas crianças. A infecção dos tecidos orais, o comportamento negativo e agravamento do quadro médico são algumas consequências da falta de cuidados de saúde oral^(10, 26, 36).

A manifestação de odontalgia ou qualquer outra sintomatologia dolorosa na cavidade oral pode, muitas vezes, ser mascarada, não apenas pelas dificuldades motoras e/ou físicas características da paralisia cerebral, bem como pela incapacidade de expressar essa dor⁽³⁷⁾. Cerca de 66% dos pais/tutores mencionou que a criança nunca apresentou odontalgia e cerca de 64% referiu que a criança nunca teve qualquer outro tipo de dor na cavidade oral. Apenas 36,6% dos pais/tutores confirmou que a criança apresentou algumas dores devido ao aparecimento de aftas e candidíase oral de acordo com os mesmos. Sabe-se que a cárie dentária é prevalente em crianças com paralisia cerebral, principalmente devido a uma higiene oral inadequada, podendo esta ser causadora de dor⁽³⁰⁾.

Em relação à presença de feridas na cavidade oral e/ou em redor desta, uma

percentagem elevada foi constatada, sendo a maioria resultante, segundo os pais, de pequenos mordilamentos involuntários e inconscientes que, devido à sua desordem motora, a criança inflige nela própria.

No entanto, apesar de todas os obstáculos encontrados para a realização e manutenção de uma boa condição oral, uma significativa percentagem dos pais/tutores referiram que a criança não deixou de ir à escola nem as suas atividades diárias foram condicionadas por problemas dentários, o que constituiu um dado importante face à saúde e bem-estar da criança no seu dia-a-dia, ainda que exista menção na literatura do condicionamento que pode constituir uma agudização de patologia oral ^(6, 8).

Outra das características inerentes à PC é a respiração bucal. Nesta amostra, cerca de 71% dos pais/tutores, afirmaram que a criança é respiradora bucal e rressona. Uma criança com PC respiradora bucal apresenta maior propensão ao aparecimento de periodontopatias, lesões de cárie e má oclusão. Para além destes problemas orais, a hipotonia muscular favorece a hipersalivação (sialorreia) e a incapacidade de selamento labial. Uma mordida aberta com *overjet* aumentado é comum e é tipicamente associada a interposição lingual nestas crianças ^(1, 3, 4, 7, 9, 16).

Cerca de 63% dos pais/tutores referiram que as crianças apresentavam halitose, sendo esta mais acentuada no período da manhã, não mencionando se se torna mais intensa após a ingestão de algum tipo de alimento ou medicação. Esta halitose pode ser eventualmente subjacente à toma de medicamentos, à respiração bucal, à dificuldade de minimizar os microrganismos não comensais da cavidade oral e à não utilização de meios complementares de higiene oral ⁽³⁰⁾.

Sabendo que as patologias periodontais são um problema frequentemente encontrado nestas crianças, ainda assim foi constatado que apenas 22% apresentava hemorragia gengival à escovagem. Esta baixa percentagem poderá estar relacionada com a falta de percepção dos pais aquando da escovagem ou o tempo de escovagem não ser suficiente para a ocorrência de hemorragia gengival. Estas alterações são comuns essencialmente devido a má higiene e complicações de hábitos orais, limitações físicas e má oclusão. Um outro fator é a já referida hiperplasia gengival causada por medicamentos anticonvulsivantes ^(30, 33). Segundo a “*Guideline on Management of Dental Patients With Special Health Care Needs*” datada de 2012, em casos de patologia periodontal mais severa devem ser realizados bochechos com soluções antibacterianas (por exemplo, clorhexidina) em crianças com capacidade de cuspir ⁽³³⁾. Crianças com patologias orais severas podem necessitar de ser monitorizadas a cada 2 a 3 meses (ou mesmo mais frequentemente, se indicado) ^(30, 33).

A destreza motora da criança está em muito relacionada com os seus hábitos na realização de tarefas diárias. Nesta amostra foi referido pelos pais / tutores que cerca de

63% das crianças revelava capacidade para se alimentar sozinha, contrastando com os 43,9% que autonomamente escovavam os dentes; talvez este resultado seja revelador da preocupação dos pais na realização de uma boa higiene oral da criança, optando por serem eles próprios a assegurá-la.

Na amostra que integrou o estudo verificou-se que apenas cerca de 46% das crianças eram capazes de mastigar alimentos sólidos, havendo por esta mesma razão necessidade de partir os alimentos em porções mais pequenas ou triturá-los de modo a facilitar a sua deglutição. Sabe-se da literatura que a dieta deverá incluir alimentos que estimulem a mastigação; não obstante, há crianças com dificuldades neste domínio que, geralmente comem papas. Deve sublinhar-se o cuidado de não ser adicionado açúcar a estas preparações e aconselhar os pais/tutores a oferecer alternativas aos alimentos cariogénicos, bem como instruí-los a remover resíduos alimentares ou de medicamentos assegurando a “limpeza” da cavidade oral^(23, 30).

Devido à deficiente higiene oral e defeitos de esmalte que podem resultar da PC, a sensibilidade dentária, não sendo uma característica oral major, pode ser diagnosticada nestas crianças^(16, 19). Neste inquérito, uma percentagem considerável, cerca de 76%, relatou não apresentar dor ou sensibilidade dentária aquando da ingestão de alimentos frios ou quentes.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Neste estudo alguns factores não foram tidos em consideração de forma particular, nomeadamente o tipo de PC, a existência de outras patologias associadas e tipo de medicação cumprida. Não foi considerada igualmente a condição socioeconómica da criança e respectivos pais/tutores, nem o seu grau de literacia, factores que poderão exercer influência no padrão de ocorrência de patologia oral.

Dos 41 inquéritos realizados, 17 foram enviados para a residência e respondido sem esclarecimento de qualquer dúvida que possa ter surgido.

Uma outra limitação relevante reside no facto do inquérito efectuado não ter sido submetido a processo de validação, sendo uma adaptação de um inquérito previamente aplicado, potenciando um possível enviesamento quer na interpretação das questões, quer dos próprios resultados.

6. CONCLUSÃO

As crianças com PC apresentam distúrbios na cognição, sensação, comunicação, percepção e/ou comportamento, havendo necessidade de adoção de medidas de saúde oral (particularmente higiene oral) especiais que se adequem ao seu desenvolvimento. Estas crianças requerem níveis elevados de cuidados, com óbvias condicionantes, não apenas em termos de qualidade de vida, mas no próprio quotidiano familiar.

É prioritária a instrução e orientação para uma monitorização precoce e contínua, a par de uma melhoria dos cuidados diários de saúde oral destas crianças, em ambiente doméstico, mas também em ambiente institucional, reconhecendo-se a necessidade da implementação de programas de promoção da saúde oral implicando pais / tutores, profissionais de saúde e de ensino especial. Uma equipa multidisciplinar é indispensável para o bem-estar das crianças com PC também a este nível, minimizando as condicionantes linguísticas, culturais e financeiras que possam impedir o acesso aos cuidados orais. Concomitantemente, o Médico Dentista deve estar familiarizado com os recursos existentes relativos à prestação deste nível diferenciado de intervenções, tanto a nível preventivo como curativo.

7. AGRADECIMENTOS

Às minhas Orientadora e Coorientadora, respetivamente, Doutoradas Ana Luísa Costa e Sara Rosa, pelos conselhos sempre úteis e precisos com que, sabiamente, orientaram este trabalho, bem como pelo incondicional apoio, dedicação, motivação e incentivo nas horas mais difíceis.

À APCC gostaria de demonstrar um reconhecimento especial, pela simpatia e solicitude de toda a sua equipa técnica e colaboradores, cujo auxílio foi essencial na recolha de dados de campo para a concretização deste trabalho.

Aos pais/tutores deixo uma palavra de agradecimento pela disponibilidade na realização dos inquéritos.

8. BIBLIOGRAFIA

1. 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(4):361-6. Epub 2010/10/06.
2. Bax M, *et al.* Proposed definition and classification of Cerebral Palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology.* 2005;47:571-6.
3. Ferreira de Camargo MA, Frias AC, Antunes JL. The incidence of dental caries in children and adolescents who have cerebral palsy and are participating in a dental program in Brazil. *Spec Care Dentist.* 2011;31(6):210-5. Epub 2011/11/11.
4. Moreno-De-Luca A LD, Martin CL. Genetic insights into the causes and classification of cerebral palsies. 2012 Mar;11(3):283-92. doi: 10.1016/S1474-4422(11)70287-3. Epub 2012 Jan 18.
5. Tsoi WS, Zhang LA, Wang WY, Tsang KL, Lo SK. Improving quality of life of children with cerebral palsy: a systematic review of clinical trials. *Child Care Health Dev.* 2012;38(1):21-31. Epub 2011/06/16.
6. Rodrigues dos Santos MT, Biancardi M, Celiberti P, de Oliveira Guare R. Dental caries in cerebral palsied individuals and their caregivers' quality of life. *Child Care Health Dev.* 2009;35(4):475-81. Epub 2009/07/30.
7. de Andrade Meyer A, de Mello TT, da Rocha J, Jardim M. Clinical and microbiological evaluation of the use of toothpaste containing 1% chlorhexidine and the influence of motivation on oral hygiene in patients with motor deficiency. 2010;30(4):140-5. doi: 10.1111/j.1754-4505.2010.00140.x.
8. Du RY, McGrath C, Yiu CK, King NM. Health- and oral health-related quality of life among preschool children with cerebral palsy. *Qual Life Res.* 2010;19(9):1367-71. Epub 2010/06/29.
9. de Carvalho RB, Mendes RF, Prado RR, Jr., Moita Neto JM. Oral health and oral motor function in children with cerebral palsy. *Spec Care Dentist.* 2011;31(2):58-62. Epub 2011/03/05.
10. Guerreiro PO, Garcias GL. Oral health conditions diagnostic in cerebral palsy individuals of Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Ciências e Saúde Coletiva* 2009;14(5):1939-46.
11. Dalvand H, Dehghan J, Hadian MR, Feizy A, Hosseini S. Relationship Between Gross Motor and Intellectual Function in Children With Cerebral Palsy: A Cross-Sectional Study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2012;93.

12. Gates P, Otsuka N, Sanders J, McGee-Brown J. Functioning and health-related quality of life of adolescents with cerebral palsy: self versus parent perspectives. *Dev Med Child Neurol*. 2010;52(9):843-9. Epub 2010/05/19.
13. Zonta MB, Júnior AR, Santos LHC. Impedimentos à função na hemiplegia espástica. In: *Pediatria SPd*, editor. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2011;42(2): 78-83.
14. *Neuropediatria SPd*. Paralisia Cerebral.
15. AC E, *et al*. Manual Ability Classification System for Children with Cerebral Palsy. 2005;48:549-54.
16. Du RY, McGrath C, Yiu CK, King NM. Oral health in preschool children with cerebral palsy: a case-control community-based study. *Int J Paediatr Dent*. 2010;20(5):330-5. Epub 2010/07/21.
17. Oliveira CA, de Paula VA, Portela MB, Primo LS, Castro GF. Bruxism control in a child with cerebral palsy. *ISRN Dent*. 2011;2011:146915. Epub 2011/10/13.
18. 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(5):206-10. Epub 2010/09/14.
19. Lin X, Wu W, Zhang C, Lo EC, Chu CH, Dissanayaka WL. Prevalence and distribution of developmental enamel defects in children with cerebral palsy in Beijing, China. *Int J Paediatr Dent*. 2011;21(1):23-8. Epub 2010/07/28.
20. Beckung E, White-Koning M, Marcelli M, McManus V, Michelsen S, Parkes J, *et al*. Health status of children with cerebral palsy living in Europe: a multi-centre study. *Child Care Health Dev*. 2008;34(6):806-14. Epub 2008/10/31.
21. Byrne MB, Hurley DA, Daly L, Cunningham CG. Health status of caregivers of children with cerebral palsy. *Child Care Health Dev*. 2010;36(5):696-702. Epub 2010/01/16.
22. Broder HL. Children's oral health-related quality of life. *Blackwell Munksgaard*. 2007;35(1):5-7.
23. Saúde DGd. Manual de Boas Práticas em Saúde Oral para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades de saúde especiais. In: *escolar Dds*, editor. 2002.
24. Plaza EA, *et al*. Oral Health Care for Children With Special Health Care Needs. In: *Directors AoSaTD*, editor.: Health Resources and Services Administration of the Maternal and Child Health Bureau; 2008.
25. American Academy of Pediatric Dentistry. Affairs Coc. Definition of Special Health Care Needs. 2008;33:11/2.
26. Oredugba FA, Akindayomi 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. Epub 2008/10/24.

27. Lindqvist BH, J. Bruxism in children with brain damage. *Acta Odontológica Scandinavica*. 1974;32(5):313-9.
28. O'Shea TM. Diagnosis, Treatment, and Prevention of Cerebral Palsy in Near-Term/Term Infants. NIH Public Access. *Clin Obstet Gynecol*2011. p. 816-28.
29. Collado V, Faulks D, Hennequin M. A survey of the difficulties encountered during routine hygiene and health care by persons with special needs. *Disabil Rehabil*. 2008;30(14):1047-54. Epub 2008/10/28.
30. Research NIODaC. Practical Oral for People with Cerebral Palsy. In: SERVICES USDOHAH, editor. *National Oral Health Information Clearinghouse*2008.
31. de Jongh A vHC, van der Schoof M, Resida G, Broers D. Oral health status, treatment needs, and obstacles to dental care among noninstitutionalized children with severe mental disabilities in The Netherlands. *Spec Care Dentist*. 2008 May-Jun;28(3):111-5. doi: 10.1111/j.1754-4505.2008.00022.x.
32. Palisiano R, *et al*. GMFCS - E & R Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised. In: *Cerebral FdAPdP*, editor. *Instituto Científico de Formação e Investigação*2007. p. 2-4.
33. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on management of dental patients with special health care needs. *Pediatr Dent*. 2012;34(5):160-5. Epub 2012/12/06.
34. Caramago M. Estudo da prevalência de cárie em pacientes portadores de paralisia cerebral (dissertação). Faculdade de Odontalgia. 2005.
35. Kane D, Mosca N, Zotti M, Schwalberg R. Factors associated with access to dental care for children with special health care needs. *J Am Dent Assoc*. 2008;139(3):326-33. Epub 2008/03/04.
36. Oredugba FA, Sote EO. Oral hygiene status of handicapped children on Lagos, Nigeria. *Nig J Gen Pract*. 2001(5):75-9.
37. Koneru A, Sigal MJ. Access to dental care for persons with developmental disabilities in Ontario. *J Can Dent Assoc*. 2009;75(2):121. Epub 2009/03/10.

9. ANEXOS

Anexo 1 – Carta de apresentação geral aos pais/tutores sobre o projeto a realizar



Chamo-me Marília Freitas, frequento o 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e encontro-me neste momento a preparar a realização de um Projeto de Investigação e revisão bibliográfica no âmbito da tese de final de curso subordinado ao tema geral “Crianças com Paralisia Cerebral”, sob orientação das Dras. Ana Luísa Costa e Sara Rosa, Médicas Dentistas e docentes da mesma Faculdade.

Este trabalho baseia-se na recolha de informação sobre crianças com paralisia cerebral com o intuito de avaliar o seu nível de cuidados de saúde e higiene oral, bem como a necessidade específica de criação de meios adaptativos para uma melhoria dos hábitos de higiene oral e, conseqüentemente, da sua qualidade de vida.

Para que este estudo seja possível torna-se imperativo a realização de um inquérito escrito, para posterior análise estatística.

Neste âmbito, venho solicitar a sua colaboração com o preenchimento do mesmo, obtendo assim as informações necessárias no que respeita à saúde oral do seu/sua filho/a. A participação neste estudo implica o consentimento informado por parte dos respectivos responsáveis legais que junto disponibilizamos.

Desde já agradeço toda a atenção prestada e tempo dispensado.

CONSENTIMENTO INFORMADO

TITULO DO TRABALHO

O trabalho realizado intitula-se por “**Avaliação dos conhecimentos e cuidados de saúde Oral em Crianças com Paralisia Cerebral**”.

LOCAIS ONDE DECORRERÁ

O mesmo terá lugar nas instalações do APCC – Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra – onde serão recolhidos todos os dados necessários ao estudo, sendo posteriormente todas as informações recolhidas, analisadas e tratadas no Departamento de Estomatologia e Medicina Dentária de Coimbra.

INVESTIGADORES

O trabalho será realizado pela aluna do 5º ano de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Marília Freitas, e Orientado pelas Dras. Ana Luísa Costa e Sara Rosa, Médicas Dentistas e docentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho passa pela realização um inquérito, para posterior análise estatística, junto dos pais/tutores da população infantil frequentadora da APCC. Objetivará ainda uma acção de sensibilização e promoção de saúde oral. Proceder-se-á, de forma complementar, a uma revisão da literatura acerca do mesmo tema.

CRITÉRIOS de INCLUSÃO de PACIENTES

Serão alvo de avaliação todos as crianças com idade igual ou inferior a 17 anos que frequentam a Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra pela presença da patologia.

BREVE DESCRIÇÃO

Este trabalho baseia-se na recolha de informação sobre crianças com paralisia cerebral com o intuito de avaliar o nível de cuidados de saúde oral, bem como a necessidade específica de criação de meios adaptativos para uma melhoria dos hábitos de higiene oral e, consequentemente, da sua qualidade de vida.

RISCOS para o PACIENTE

Não existem quaisquer riscos para o paciente na participação do estudo.

BENEFÍCIOS para o PACIENTE

Este trabalho possibilitará a aquisição de conhecimentos que permitiram melhorar a saúde oral da criança.

DIREITO a RECUSA

Os pacientes e seus responsáveis legais/tutores podem recusar a participação no estudo em qualquer altura, sem prejuízo próprio.

DIREITO a PRIVACIDADE

Os resultados deste estudo serão alvo de tratamento estatístico e posterior inclusão em tese de Mestrado Integrado, podendo ainda ser divulgados e publicados cientificamente; no entanto, a privacidade dos pacientes será sempre protegida uma vez que as identidades dos intervenientes não serão de forma alguma divulgadas. Todos os dados ou imagens obtidas não permitirão a identificação do mesmo.

_____ (Nome do Pai, Mãe ou Responsável) tendo sido devidamente informado sobre o conteúdo deste estudo, conduzido pela aluna Marília Freitas da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, _____ autorizo _____ que _____ (nome da criança) por quem sou legítimo/a responsável, seja nele incluída(o), respondendo a todas as questões e registo de dados relativos à sua cavidade oral.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo, tendo-me sido dada a

oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da “Declaração de Helsínquia”, a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual prejuízo.

Sei que posso abandonar o estudo sem qualquer penalização e que não terei de suportar quaisquer despesas pela participação no mesmo.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, consinto que o(a) meu(minha) filho(a)/educando participe neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pelas investigadoras responsáveis. Mais autorizo que os dados deste estudo sejam utilizados para outros trabalhos científicos, desde que irreversivelmente anonimizados.

Coimbra, _____ de _____ de 20__

Assinatura: _____

Investigadores Responsáveis: _____

Os Orientadores: _____

Anexo 3 – Declaração da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FMUC | Comissão de Ética

Of. Refª **015-CE-2013**

Date **29/Abril/2013**

DECLARAÇÃO

Assunto: Projecto de Investigação no âmbito da Medicina Dentária

Investigadores: Ana Luísa Moreira Costa, Sara Maria Fonseca Rosa e Marília de Fátima Figueiredo Freitas

Titulo do Projecto: "Avaliação dos conhecimentos e cuidados de saúde oral em crianças com paralisia cerebral".

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve: "**Parecer Favorável**".

Data de aprovação: 05/Novembro/2012

O Presidente,


Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

GC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Anexo 4 - – Inquérito realizado aos pais/tutores



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

DADOS DA CRIANÇA

Nome: _____
Idade: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL/TUTOR

Nome: _____
Idade: _____
Profissão: _____

1. Acha que a higiene oral é importante para o seu filho?
SIM NÃO
2. O seu filho escova os dentes sozinho?
SIM NÃO
3. Supervisiona sempre a escovagem do seu filho?
SIM NÃO
4. Quantas vezes por dia escova os dentes do seu filho?
0 1 2 3 +3
5. Após cada refeição, o seu filho escova os dentes?
SIM NÃO
6. Já consultou algum especialista sobre como cuidar da saúde oral do seu filho?
SIM NÃO
7. O tipo de escova foi recomendada?
SIM NÃO

Se sim, onde comprou e qual marca _____

8. Sabia que a escova de dentes deve ser trocada quando as cerdas “abrem”?

SIM

NÃO

9. Com que regularidade troca a escova de dentes do seu filho?

1x/mês 2/2 meses 3/3 meses 6/6 meses 1x/ano

10. Tem conhecimento da existência de meios de higiene adaptados às necessidades do seu filho?

SIM

NÃO

11. Já procurou esses meios de higiene adaptados (livros, internet...)?

SIM

NÃO

12. Se tivesse acesso a esses meios, usá-los-ia?

SIM

NÃO

13. Na higiene oral do seu filho, utiliza alguma medida complementar?

Elixir

Fio dentário

Suplementos de flúor

Outros: _____

14. Acha que tem ao seu dispor meios necessários à saúde oral do seu filho?

SIM

NÃO

15. Qual o principal obstáculo a uma melhor saúde oral do seu filho?

Tempo

Preço dos tratamentos

Distância dos cuidados médicos

Poucos conhecimentos sobre saúde oral

Pouca informação

Outros: _____

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

16. O seu filho já teve dor de dentes?

SIM

NÃO

17. O seu filho já teve alguma outra dor na cavidade oral ?

SIM

NÃO

18. O seu filho já deixou de ir à escola devido a uma dor de dentes?

SIM

NÃO

19. As atividades diárias do seu filho são condicionadas por algum problema dentário?

SIM

NÃO

20. O seu filho respira pela boca ou ressona?

SIM

NÃO

21. O seu filho já apresentou feridas na cavidade oral e/ou em redor desta?

SIM

NÃO

22. Acha que o seu filho tem mau hálito?

SIM

NÃO

23. O seu filho apresenta hemorragia das gengivas?

SIM

NÃO

24. O seu filho alimenta-se sozinho?

SIM

NÃO

25. O seu filho tem dificuldade em mastigar alimentos sólidos?

SIM

NÃO

26. O seu filho apresenta dor ou sensibilidade quando ingere alimentos frios ou quentes?

SIM

NÃO

Anexo 5 – Resultados do inquérito aplicado

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
id	idad	idac	profissao	import_higiene	escova_so	superv_escov	num_escov	apos_ref_escov	consul_espec	tipo_escov	onde_comprou	marca_escova	troca_escov	regula_escov	meios_higien_adapt	procur_m
1	9	41	auxiliar ação esp	1	1	1	2	2	1	2		colgate-Média	2	4	2	2
2	2	28	Pedreiro	1	2	1	1	2	2	2	não sabe	intermédia	1	4	2	2
3	4	32	Doméstica	1	1	1	2	2	2	1	farmácia		2	3	2	2
4	10	39	Operária Fabril	1	1	2	1	2	2	2			1	4	2	2
5	3	35	Empregada refei	1	1	1	2	1	2	2	farmácia		1	3	2	2
6	10	44	Veterinário	1	1	2	3	1	1	2	supermercado	colgate, média	1	3	2	2
7	12	43	Empregada fabri	1	1	2	2	2	1	2	supermercado	colgate	2	3	2	2
8	6	35	Pedreiro	1	1	1	2	2	1	2	supermercado		1	1	1	1
9	4	32	Economista	1	1	1	2	2	2	2		colgate	2	3	2	2
10	5	33	Desempregado	1	2	1	2	2	2	2	supermercado		1	3	2	2
11	8	54	Motorista pesad	1	1	2	1	2	1	1	farmácia	escova elétrica	1	3	2	2
12	11	42	Desempregado	1	1	2	1	2	1	2		colgate manual e	1	3	2	2
13	4	30	ajudante ação di	1	2	1	1	2	2	2	supermercado	aquafresh	1	3	2	2
14	3	26	Educadora	1	1	1	4	1	1	1	farmácia	dedal	1		1	1
15	11	55	Doméstica	1	2	1	1	2	2	1	supermercado	aquafresh	2	3	1	1
16	6	41	Contabilista	1	1	1	2	2	2	2	supermercado	pepsodent	2	3	2	2
17	17	49	Economista	1	2	1	3	1	1	1	farmácia	elétrica	2	3	2	2
18	11	49	Doméstica	1	2	1	1	2	2	2	farmácia		2	4	2	2
19	9	40	Doméstica	1	2	1	2	2	1	2	supermercado	colgate, macia	1	3	2	2
20	4	40	Engenheiro Civil	1	2	1	3	1	1	2	farmácia	macia	1	3	2	2
21	3	38	Empresário	1	2	1	3	1	1	2	supermercado	macia	1	3	2	2
22	11	40	Administrativa	1	1	1	1	2	1	2	supermercado	macia	1	4	1	1
23	4	26	Doméstica	1	2	1	2	2	1	1	farmácia	elétrica	2	3	2	2
24	3	28	Doméstica	1	1	1	2	2	2	2	farmácia	dedal	1	5	1	1
25	7	42	auxiliar ação edu	1	1	1	1	2	2	1	supermercado		1	4	1	1
26	10	48	Doméstica	1	2	1	2	1	1	2			1	3	1	1
27	3	28	Empregada balcã	1	2	1	2	2	2	1	farmácia	chicco	1	4	2	2
28	7	30	Desempregado	1	1	1	2	1	2	2			1	3	1	1
29	7	43	Funcionário públ	1	2	1	2	1	2	2	supermercado		1	3	2	2
30	8	42	ajudante ação di	1	2	1	2	2	2	1	farmácia		1	2	1	1
31	6	37	Empregada limpi	1	2	1	2	1	1	2			1	4	1	1
32	3	35	ajudante ação di	1	2	1	1	2	2	2			1	3	2	2
33	3	34	Contabilista	1	2	1	2	1	1	1	farmácia		1	3	2	2
34	8	29	Cabeleireira	1	2	1	1	2	1	1		escova elétrica	1	3	2	2
35	4	35	Empregada arma	1	2	1	2	1	2	2	supermercado		1	3	2	2
36	7	50	Chefe de mesa	1	1	1	2	2	1	2			1	2	1	1
37	11	44	Enfermeira	1	2	1	3	1	1	2			1	4	2	2
38	5	23	Desempregado	1	2	1	1	2	2	2			1	4	2	2
39	9	46	Doméstica	1	1	2	2	2	1	1	supermercado		1	3	2	2
40	5	30	Operadora espec	1	2	2	0	2	1	1	farmácia	chicco	1	4	1	1
41	9	29	Artesã	1	2	1	2	2	1	1	farmácia	elgidium	1	4	2	2

R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	dor
usar_meios	med_compl	outro_med	meios_necess	princ_obsta	obstac_outros	dor_dentes	dor_cavida	faltou_escola	activid_probident	respira_boca	ferida_cavid	mau_halito	hemorr_gen	alimenta_so	dific_mastiga	
1		não utiliza	2	2			1	2	2	1	2	1	2	1	2	2
1		não utiliza	1	2,4,5			1	2	2	1	2	2	2	1	1	1
1	3		1	2,5			1	2	1	2	1	1	2	1	1	1
1		não utiliza	1	2			2	2	2	2	2	1	1	1	1	2
1		não utiliza	1		não há obstácu		2	2	2	2	1	2	1	2	1	1
1		não utiliza	2	2			2	1	2	2	2	1	2	2	1	2
1		não utiliza	1	5			2	1	2	2	1	2	1	2	1	2
1		não utiliza	1	5			1	2	2	2	1	2	2	2	1	1
1		não utiliza	1	2			2	2	2	2	1	2	2	2	1	2
1		não utiliza	1	2			2	1	2	2	2	2	2	2	1	2
1		não utiliza	2	2			1	2	2	2	2	1	2	2	1	2
1	3		2	2,3			1	2	1	2	1	2	1	1	1	2
1		não utiliza	2	4			2	1	2	2	1	2	2	2	1	2
1		não utiliza	1	2			2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
1	1		2	2			2	1	2	2	1	2	1	1	1	2
1	1		1		não há obstácu		2	2	2	2	1	2	1	2	1	2
1		não utiliza	2	3			1	1	2	2	1	1	1	1	2	1
1		não utiliza	2	1,2			1	2	1	1	1	1	1	1	2	1
1		não utiliza	1	2			1	2	1	2	1	2	2	2	2	1
1		não utiliza	1	4,5			1	1	2	2	1	2	2	1	2	1
1		não utiliza	1		não há obstácu		2	1	2	2	1	2	2	1	1	2
1		não utiliza	1	3			1	1	2	2	1	2	2	1	2	1
1		não utiliza	1	2			2	1	2	2	1	2	2	2	1	2
1	3		1	1	não há obstácu		1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
1	1		1	1			2	2	2	2	2	1	1	2	1	2
1		não utiliza	1				1	2	2	2	1	2	2	2	2	1
1		não utiliza	1	5			2	1	2	2	1	1	2	2	2	2
1	1		1	2			2	2	2	2	1	2	2	2	1	2
1	3		1	2			2	2	2	2	2	1	2	2	2	1
1		não utiliza	1				2	2	2	2	1	2	2	2	2	1
1		não utiliza	2	1			2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
1		não utiliza	1	2			2	2	2	2	2	1	2	2	2	1
1	3		1	4			2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
1		não utiliza	2	2			2	2	2	2	1	2	2	1	1	2
1	3		1	4			2	2	2	2	1	2	2	2	2	1
1		não utiliza	2	5	falta de marca		1	1	2	2	1	2	2	2	1	1
1	1		1	5			2	1	2	2	1	1	2	2	2	2
1		não utiliza	1				2	2	2	2	1	1	2	2	2	1
1		não utiliza	1	3			1	1	2	2	1	2	1	2	1	1
1		não utiliza	1				2	2	2	2	1	2	2	2	2	1
1	1		1				2	2	2	2	2	2	2	2	1	2

Índice de gráficos e tabelas

Gráfico 1 – Idade das crianças incluídas na amostra

Gráfico 2 – Idade dos tutores legais das crianças incluídas no estudo

Gráfico 3 – Importância da higiene oral

Gráfico 4 – Percentagem de crianças sem auxílio na higiene oral

Gráfico 5 – Supervisão da escovagem dentária

Gráfico 6 – Escovagem dentária após cada refeição

Gráfico 7 – Consulta de um especialista sobre cuidados de saúde oral

Gráfico 8 – Recomendação acerca da escova de dentes

Gráfico 9 – Conhecimento acerca da troca da escova de dentes

Gráfico 10 – Conhecimento de meios adaptados à higiene oral

Gráfico 11 – Procura de meios de higiene adaptados

Gráfico 12 – Utilização de meios de higiene adaptados

Gráfico 13 – Utilização de medidas complementares de higiene oral

Gráfico 14 – Acesso aos meios de saúde oral

Gráfico 15 – Dor de dentes nas crianças

Gráfico 16 – Dor prévia na cavidade oral das crianças

Gráfico 17 – Absentismo escolar devido a dor de dentes

Gráfico 18 - Condicionamento das atividades diárias devido a problemas dentários

Gráfico 19 – Crianças respiradoras bucais ou que ressonam

Gráfico 20 – Presença de feridas na cavidade oral ou em redor da mesma

Gráfico 21 – Prevalência de mau hálito nas crianças

Gráfico 22 – Prevalência de hemorragia gengival

Gráfico 23 – Caracterização da autonomia da criança durante a alimentação

Gráfico 24 – Avaliação da dificuldade das crianças em mastigar alimentos sólidos

Gráfico 25 – Sensibilidade dentária na ingestão de alimentos frios ou quentes

Tabela I – Definição geral da amostra

Tabela II – Idade das crianças incluídas na amostra

Tabela III – Idade dos tutores legais das crianças incluídas no estudo

Tabela IV – Resumos de idades das crianças e pais/tutores

Tabela V – Tipos de PC de que as crianças eram portadoras

Tabela VI – Número de escovagens diárias

Tabela VII – Frequência da troca da escova dentária

Tabela VIII – Principais obstáculos na melhoria da saúde oral

Tabela IX – Prevalência de lesões de cárie e defeitos de esmalte