



• U C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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

**Higiene oral em crianças com paralisia cerebral: conhecimentos e
atitudes dos cuidadores**

Aluna: Cristiana Cunha Ribeiro

Orientadora: Mestre Sara Rosa

Coorientadora: Mestre Joana Leonor Pereira

Coimbra, 2015

Higiene oral em crianças com paralisia cerebral: conhecimentos e atitudes dos cuidadores

Ribeiro C, Pereira J, Rosa S.

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: cristianacunharibeiro92@gmail.com

ÍNDICE

RESUMO	5
1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	12
3. MATERIAIS E MÉTODOS	13
4. RESULTADOS	15
5. DISCUSSÃO	29
6. CONCLUSÃO	34
7. AGRADECIMENTOS	35
8. BIBLIOGRAFIA	36
9. ANEXOS	40

RESUMO

Introdução: As crianças com Paralisia Cerebral parecem apresentar uma susceptibilidade aumentada a diversas patologias orais, decorrentes de condicionantes associadas direta ou indiretamente à doença, particularmente aspetos anatomo-fisiológicos, terapêuticos e comportamentais.

Objetivos: Este trabalho objetivou recolher informação sobre os conhecimentos, atitudes e percepção dos cuidadores relativamente à saúde oral de crianças com paralisia cerebral da Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra. Paralelamente, realizou-se uma avaliação do Índice de Higiene Oral das crianças da instituição e desenvolveu-se ainda uma revisão bibliográfica sobre a temática.

Metodologia: Aplicaram-se inquéritos aos cuidadores da instituição e os resultados obtidos foram sujeitos a análise estatística descritiva. O Índice de Higiene Oral Simplificado das crianças frequentadoras do Jardim de Infância foi determinado com recurso ao revelador de placa bacteriana Mira-2-Ton[®] (Miradent[®], Hager Werken, Alemanha). A pesquisa bibliográfica foi realizada através dos motores de busca PubMed/MEDLINE e EBSCO, complementada com consulta manual, respeitando os critérios de inclusão: publicações entre 2004-2015, em língua inglesa e portuguesa, com resumo disponível e em espécie humana. Foram utilizadas combinações das palavras-chave: “*cerebral palsy*”, “*dental caries/caries*”, “*preventive dentistry*”, “*oral hygiene*”, “*disabled children*”, “*children*”, “*dental plaque*” e “*oral health*” através do conector booleano AND.

Resultados: A unanimidade das 14 cuidadoras inquiridas reconhece a importância da higiene oral, no entanto 64,3% revelou desconhecer a existência de meios de higiene oral adaptados. Cerca de 78,5% afirma que na instituição são apenas usadas escovas convencionais manuais, sendo que apenas metade das inquiridas revelou que a escovagem é sempre supervisionada. A principal barreira à promoção da saúde oral apontada por 35,7% das cuidadoras é a limitação temporal, seguida por 14,3% indicando a escassez de recursos humanos. Na amostra de 12 crianças estudada verificou-se um nível de higiene oral globalmente insatisfatório, com um valor médio de $1,67 \pm 0,62$. Na revisão bibliográfica foram inicialmente obtidas 443 referências, selecionando-se 41 após eliminação de duplicados e aplicação dos critérios de inclusão, a estas foram adicionadas 8 referências cruzadas.

Conclusão: Verifica-se uma necessidade de instruir e motivar os cuidadores para uma prática de higiene oral mais efetiva e consciente, para isso devem ser implementados programas de promoção de saúde oral junto de pais e cuidadores. O estado de higiene oral insatisfatório encontrado na globalidade da amostra de crianças poderá ser revelador do desconhecimento e/ou das dificuldades encontradas por pais e cuidadores na execução de boas práticas de higiene.

Palavras-chave: *"cerebral palsy"; "dental caries"; "preventive dentistry"; "oral hygiene"; "disabled children"; "children"; "dental plaque" e "oral health".*

ABSTRACT

Introduction: Cerebral palsied children seem to present an increased susceptibility to various oral diseases arising from conditions associated directly or indirectly with the disease, particularly anatomical, physiological, therapeutic and behavioral aspects.

Objectives: This study aimed to gather information on knowledge, attitudes and perceptions of caregivers regarding the oral health of children with cerebral palsy attending the Cerebral Palsy Association of Coimbra. In addition, it was made an assessment of the Simplified Oral Hygiene Index of children in this association and it was also developed a literature review on the topic.

Methodology: Inquiries were applied to the institution caregivers and the results were subjected to descriptive statistical analysis. The Simplified Oral Hygiene Index of the children attending the kindergarten was determined using the plaque revealing Mira-2-Ton® (Miradent®, Hager Werken, Germany). A literature search was conducted through PubMed/MEDLINE and EBSCO search engines, complemented with manual query, respecting the inclusion criteria: published between 2004-2015, in english and portuguese with abstract available and in humans. Several combinations of the following keywords: "cerebral palsy," "dental caries / decay", "preventive dentistry", "oral hygiene", "disabled children", "children", "dental plaque" and "oral health" through AND boolean connector were used."

Results: All the 14 caregivers surveyed recognizes the importance of oral hygiene, however 64.3% revealed unaware of the existence of adapted means of oral hygiene. About 78.5% revealed that in this institution merely conventional manual toothbrushes are used, and only half of the respondents revealed that brushing is always supervised. The main barrier to the oral health promotion reported by 35.7% of caregivers was the limited time, followed by 14.3% indicating the shortage of human resources. In the sample of 12 children studied there was a overall level of poor oral hygiene, with a mean value of 1.67 ± 0.62 . In the literature review were initially obtained 443 references, selecting 41 after duplicate eliminating and applying inclusion criteria, they were added 8 cross-references.

Conclusion: There is a need to educate and motivate caregivers for a more effective and conscientious oral hygiene practice, therefore oral health promotion programs should be implemented for parents and caregivers. The unsatisfactory state of oral hygiene found in the

overall sample of children may be indicative of the unawareness and/or difficulties encountered by parents and caregivers in the implementation of good hygiene practices.

Keywords: *"cerebral palsy"; "dental caries"; "preventive dentistry"; "oral hygiene"; "disabled children"; "children"; "dental plaque" and "oral health".*

1. INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC) descreve um conjunto de perturbações no desenvolvimento motor e postural, causando limitação da atividade, que são atribuídas a distúrbios não progressivos ocorridos no cérebro fetal ou infantil em desenvolvimento^{1, 2}. Os distúrbios motores da PC são frequentemente acompanhados por distúrbios na cognição, sensação, comunicação, percepção e/ou comportamento, bem como por epilepsia^{1, 3-6}.

A PC possui uma incidência mundial entre 1,3 e 3,6 casos por 1000 nascimentos^{6, 7}. Embora se verifique uma escassez de estudos nacionais, a taxa global de incidência de PC até aos 5 anos de idade para crianças nascidas em Portugal entre 2001 e 2003 foi de 1,61‰ nados-vivos^{8, 9}.

A etiologia da PC é complexa e heterogénea, sendo atribuída a uma ampla gama de causas pré-natais, perinatais e pós-natais que se podem apresentar isoladas ou como uma combinação de múltiplos fatores potencialmente de risco. De entre os fatores etiológicos mais comumente referenciados na literatura, destacam-se a hipóxia pré ou pós-natal, isquémia perinatal, parto prematuro, baixo peso à nascença, exposição intrauterina do feto a infeção e inflamação materna, toxémia e causas genéticas^{7, 9-12}. Ainda que, em muitos casos, a etiopatogenia da PC seja difícil de estabelecer, estima-se que 70 a 80% dos casos sejam atribuídos a distúrbios pré-natais^{1, 9}.

As manifestações clínicas desta patologia diferem de acordo com a área neurológica afetada, a gravidade e extensão da lesão^{10, 13}. As crianças com PC podem apresentar perturbações ligeiras, como sendo alterações pouco significativas da fala, marcha ou destreza manual, ou ser afetadas de uma forma mais severa, com incapacidade motora grave, constituindo-se crianças totalmente dependentes nas suas atividades diárias^{3, 11}. Esta condição é, deste modo, classificada com base nas alterações da tonicidade muscular e no tipo de desordem do movimento enquanto PC espástica, discinética, atáxica e mista^{10, 13, 14} e, atendendo à localização do comprometimento motor, pode ainda ser subdividida em hemiplegia, diplegia e tetraplegia^{10, 13, 15}.

As crianças com PC parecem apresentar uma susceptibilidade aumentada a diversas patologias orais, decorrentes de condicionantes associadas direta ou indiretamente à doença, particularmente aspetos anatomo-fisiológicos, terapêuticos e comportamentais^{1, 9, 10}.

Alterações estruturais na região orofacial resultantes de problemas neuromusculares, em particular alteração da tonicidade muscular, reflexos e padrões anormais de movimento, parecem conduzir ao desenvolvimento de hábitos parafuncionais^{1, 7, 16}, como o bruxismo e a respiração bucal^{1, 7, 9, 10, 14, 16}, bem como a má oclusão, nomeadamente classe II, mordida

aberta e *overjet* aumentado ^{1, 7, 9, 11, 16}. Conseqüentemente, e dada a instabilidade motora e possível ocorrência de convulsões, estas crianças apresentam também uma maior propensão para a ocorrência de traumatismos dento-alveolares ^{1, 6, 9, 10, 17}.

Conjuntamente, o limitado controlo dos músculos orofaciais, lábios e língua parece propiciar o surgimento de distúrbios mastigatórios, de deglutição e sialorreia ^{1, 9}.

Verifica-se igualmente um aumento da incidência de cárie dentária e doença periodontal, sendo que diversos estudos sugerem este incremento se deve sobretudo a aspetos relacionados com um ineficaz controlo da placa bacteriana, a hábitos alimentares, à terapêutica e às dificuldades encontradas no acesso a cuidados médico dentários ^{3, 6, 11, 14, 15, 18-23}.

As alterações na tonicidade dos músculos faciais, o reduzido controlo dos movimentos da língua e a sialorreia limitam a capacidade de auto-limpeza na cavidade oral, favorecendo a acumulação e manutenção de placa bacteriana ^{3, 10, 13, 18, 21, 24, 25}. Não obstante, a dificuldade em realizar os cuidados de higiene oral, decorrente essencialmente da ocorrência de movimentos involuntários, da limitação motora e dos reflexos orais, é apontada como um fator de risco preponderante nestas crianças ^{5, 10, 20, 21, 25-30}.

Paralelamente, os hábitos dietéticos das crianças com PC também parecem desempenhar um papel relevante na susceptibilidade aumentada à cárie dentária e à patologia periodontal, uma vez que as dificuldades na mastigação e deglutição conduzem, com frequência, à ingestão predominante de alimentos com elevado potencial cariogénico e de consistência líquida a pastosa ^{5, 7, 12, 16, 18, 19, 31, 32}.

Adicionalmente, a terapêutica anticonvulsivante, anticolinérgica ou antiespasmódica a que são frequentemente sujeitos sob a forma de solução oral contém, por norma, um alto teor de sacarose e pode apresentar como efeitos secundários xerostomia ^{7, 27, 33-35}, hiperplasia gengival ^{10, 11, 33, 36} e bruxismo ³⁷.

Encontram-se ainda descritas outras alterações como a ocorrência de hipoplasia de esmalte ^{17, 33}, presença de dentes supranumerários ^{17, 33} e atraso na esfoliação dos dentes decíduos e da erupção dos primeiros molares permanentes ^{17, 33}.

Embora as patologias orais descritas em pacientes com PC não sejam específicas da doença, assemelhando-se às encontradas na população em geral, verifica-se contudo que se apresentam, com frequência, mais precocemente e com uma progressão mais célere em relação a crianças sem comprometimento neurológico ^{3, 23, 28, 38}.

O acesso e acompanhamento deste tipo de pacientes na consulta de medicina dentária é, muitas vezes, limitado devido a dificuldades inerentes ao seu atendimento, particularmente convulsões, movimentos involuntários e disfagia, a par das barreiras de

comunicação e de acessibilidade (como o posicionamento da criança na cadeira) ^{9, 12, 39}. Estes fatores traduzem-se num diagnóstico mais tardio com conseqüente agravamento do estado de saúde oral da criança, conduzindo à realização de tratamentos mais invasivos. Paralelamente, o acesso ao tratamento dentário adequado é eficaz na redução dos fatores de risco dos pacientes, além de evitar a dor, melhorando assim o seu estado funcional e a sua qualidade de vida ^{12-14, 29}.

Deste modo, o acompanhamento precoce por parte do médico dentista assume extrema relevância, uma vez que possibilita a implementação de estratégias preventivas adequadas às necessidades individuais de cada criança, no contexto da consulta e também no que concerne aos cuidados de higiene oral prestados em ambulatório ^{3, 6, 9, 13, 14, 18, 19, 28, 29, 32, 38, 40, 41}.

O grau de comprometimento neuromotor e cognitivo destas crianças conduz, geralmente, a dificuldades na prática de diversos atos rotineiros, ocorrendo com frequência uma dependência dos pais e cuidadores, em particular no que se refere à realização de uma escovagem dentária efetiva. É, assim, reconhecida a necessidade de conscientização, participação e envolvimento dos pais e cuidadores quanto à relevância da realização da higiene oral, com orientações individualizadas em relação à técnica e à utilização de meios de higiene oral adaptados. Embora a existência destes meios se encontre referenciada na literatura sobre a temática, verifica-se, ainda, um limitado recurso a estes dispositivos, bem como, inclusivamente, um desconhecimento dos mesmos por parte da maioria dos responsáveis ⁴¹⁻⁴³.

2. OBJETIVOS

Tendo em consideração a susceptibilidade aumentada a diversas patologias orais, decorrente de condicionantes associadas à doença, e as dificuldades encontradas na realização dos cuidados de higiene oral das crianças com PC, o presente trabalho objetivou recolher informação sobre as atitudes e grau de conhecimento relativos à saúde oral das crianças frequentadoras da Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (APCC) por parte dos seus cuidadores. Paralelamente, procedeu-se a uma avaliação do estado de higiene oral de crianças do Jardim de Infância da APCC, recorrendo ao registo do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

De modo complementar, conduziu-se uma revisão bibliográfica narrativa acerca das patologias orais mais prevalentes nestas crianças, bem como da influência dos cuidadores (auxiliares e tarefeiros) nos cuidados de saúde oral das mesmas.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Cumprindo os requisitos éticos e após obtenção das autorizações necessárias (anexo 3), procedeu-se à aplicação de um inquérito (anexo 4) baseado no modelo “Child Oral Health Impact Profile” (COHIP) ⁴⁴ aos cuidadores (auxiliares e tarefeiros) das crianças frequentadoras da APCC. Sendo constituído por 25 questões de resposta fechada, o questionário visava aferir o nível de conhecimentos e as atitudes dos cuidadores relativamente à saúde oral destas crianças.

Os resultados obtidos foram inseridos sob a forma de tabela no programa Microsoft Excel[®] 2011 (anexo 6) para posterior análise estatística com o programa IBM SPSS[®] v.19 numa vertente descritiva e analítica e apresentação sob a forma de dados percentuais.

No que se refere à avaliação do estado de higiene oral através do IHOS, respeitando o cumprimento integral de todos os requisitos éticos e após obtenção das autorizações necessárias, foram incluídas crianças com diagnóstico primário de PC, frequentadoras do Jardim de Infância da APCC em regime de ambulatório, cujos tutores legais tinham autorizado e assinado o consentimento informado (anexos 1, 2 e 3).

A observação oral das crianças foi realizada nas instalações da APCC, com recurso a espelhos intraorais descartáveis, sob luz natural, tendo decorrido durante o período da manhã. Todos os procedimentos foram realizados por um observador e sujeitos à confirmação por parte de um segundo observador experiente, por forma a assegurar a validade interna da metodologia. Foram ainda adotadas todas as medidas de controlo de contaminação e infeção cruzada preconizadas.

A determinação do IHOS envolveu a aplicação prévia de vaselina (Aga[®], Portugal) na mucosa labial das crianças, tendo-se aplicado de seguida a solução reveladora de placa bacteriana Mira-2-Ton[®] (Miradent[®], Hager Werken, Alemanha), sobre as superfícies dentárias utilizando um cotonete. Perante a impossibilidade da criança bochechar após a aplicação do revelador, optou-se por se aguardar 1 minuto até à determinação do IHOS. O registo do IHOS foi realizado de acordo com o preconizado por Greene e Vermillion ⁴⁵, no que se refere ao componente placa bacteriana, pelo que se registaram os seus valores com base em critérios quantitativos variáveis de 0 a 3, atendendo à extensão das superfícies nas quais persistiu a coloração.

Nas crianças em dentição decídua, avaliaram-se as superfícies vestibulares dos segundos molares superiores e do incisivo central superior direito (dentes 55, 65 e 51) e, a nível mandibular, as superfícies linguais dos segundos molares e a superfície vestibular do incisivo central esquerdo (dentes 75, 85 e 71). Por sua vez, nas crianças em fase mista da dentição, foram avaliados, sempre que presentes, os primeiros molares definitivos (dentes

16, 26, 36 e 46), incisivo central superior direito (dente 11) e incisivo central inferior esquerdo (dente 31). No caso de ausência dos dentes requisitados para o exame, estes foram substituídos pelo dente adjacente no caso dos molares e pelo contralateral no caso dos incisivos. Por fim, realizou-se a escovagem dentária a cada criança, de modo a remover os resíduos de solução reveladora e depósitos de placa bacteriana.

Os dados deste registo foram inseridos sob a forma de tabela em Microsoft Excel[®] 2011 (anexo 7) para posterior análise estatística com o programa IBM SPSS[®] v.19 numa vertente descritiva.

A pesquisa bibliográfica foi realizada através dos motores de busca PubMed/MEDLINE e EBSCO, complementada com consulta manual. Esta respeitou os seguintes critérios de inclusão: publicações entre 2004-2015, em língua inglesa e portuguesa, com resumo disponível.

A pesquisa inicial foi efetuada em Novembro de 2014 e atualizada em Março de 2015, tendo-se recorrido às seguintes combinações de palavras-chave: “*cerebral palsy AND dental caries AND children*”, “*cerebral palsy AND preventive dentistry*”, “*cerebral palsy AND dental plaque*”, “*cerebral palsy AND oral health*” e “*disabled children AND oral hygiene*”, dos quais são termos MeSH “*cerebral palsy*”, “*dental caries/caries*”, “*preventive dentistry*”, “*oral hygiene*”, “*disabled children*”, “*children*”, “*dental plaque*” e “*oral health*”.

4. RESULTADOS

4.1 Aplicação de inquérito aos cuidadores (auxiliares e tarefeiros) das crianças com PC frequentadoras da APCC.

Os resultados obtidos por este inquérito encontram-se apresentados sob a forma de tabelas e gráficos, tendo sido sujeitos a análise estatística descritiva e, sempre que justificável, desenvolvidos de modo mais detalhado.

4.1.1 Caracterização da amostra

O inquérito foi respondido por 14 dos 23 cuidadores da APCC, do sexo feminino, das quais 5 eram tarefeiras e 9 eram auxiliares (Tabela I).

Tabela I – Definição da amostra das cuidadoras

Número total de inquéritos	14
Auxiliares	9
Tarefeiras	5

A média de idades das cuidadoras rondou os 37 anos \pm 13, com a maioria (64,29%) entre os 30 e os 60 anos (Tabela II).

Tabela II – Idade das cuidadoras incluídas no estudo

Escalões etários	10 - <20	20 - <30	30 - <40	40 - 60
Nº (%)	1 (7,14)	4 (28,57)	3 (21,43)	6 (42,86)

Verificou-se que o grau de escolaridade da maioria destas profissionais (64,29%) diz respeito ao ensino secundário, apresentando as restantes frequência do ensino superior e do 3º ciclo (Tabela III).

Tabela III – Grau de escolaridade das cuidadoras

Grau de escolaridade	3º Ciclo	Ensino Secundário	Ensino Superior
Nº (%)	1 (7,14)	9 (64,29)	4 (28,57)

4.1.2 Resultados do inquérito

Os resultados obtidos no inquérito serão apresentados sob a forma de gráficos com correspondência direta às questões formuladas.

4.1.2.1. A questão “Considera a higiene oral destas crianças importante?” obteve uma resposta afirmativa unânime por parte das cuidadoras (Gráfico 1).



Gráfico 1 – Percepção da importância da higiene oral

4.1.2.2. Relativamente à questão “Na sua opinião, possui ao seu dispor todos os meios necessários à promoção da saúde oral destas crianças?”, 78,6% das inquiridas responderam positivamente (Gráfico 2).

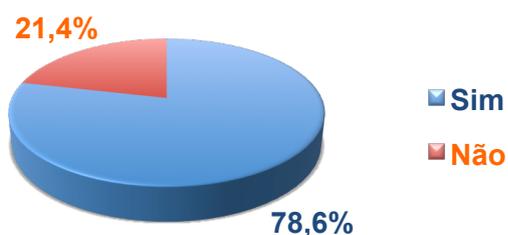


Gráfico 2 – Meios necessários à promoção saúde oral

4.1.2.3 Sobre a pergunta “Qual lhe parece constituir o principal obstáculo para uma melhor saúde oral destas crianças?”, os resultados foram diversificados, sendo que 35,7% da amostra fez referência ao fator tempo, 14,3% optaram pela hipótese poucos recursos humanos, 21,4% pelos custos dos meios de higiene oral (HO) adaptados, 7,15% escolheram o custo dos tratamentos, 7,15% optaram pela resposta outros e 14,3% das respostas foram consideradas inválidas (Tabela IV).

Tabela IV – Principais obstáculos à saúde oral

Principais obstáculos	Tempo	Poucos recursos humanos	Custos dos meios de HO adaptados	Custos dos tratamentos	Outros	Respostas inválidas
Nº (%)	5 (35,7)	2 (14,3)	3 (21,4)	1 (7,15)	1 (7,15)	3 (14,3)

4.1.2.4 Quando inquiridas acerca do “Conhecimento da proporção de crianças que é/já foi consultada por algum médico dentista/estomatologista?”, metade das profissionais revelou desconhecimento face a essa ocorrência (Tabela V).

Tabela V – Acompanhamento médico dentário das crianças

Acompanhamento por médico dentista/estomatologista	Nenhuma	Algumas (menos de 20%)	Sensivelmente metade (entre 40 a 60%)	A maioria (mais de 60%)	Não sabe/Não responde
Nº (%)	1 (7,15)	3 (21,4)	1 (7,15)	2 (14,3)	7 (50)

4.1.2.5 No que concerne a questão “Na APCC, que proporção de crianças escova os dentes de forma autónoma?”, verificou-se que metade das inquiridas referiu que, na instituição, somente uma percentagem inferior a 20% das crianças escovam autonomamente (Tabela VI).

Tabela VI – Autonomia na escovagem dentária

Autonomia na escovagem dentária	Algumas (menos de 20%)	Bastantes (de 20 a 40%)	Sensivelmente metade (entre 40 a 60%)	A maioria (mais de 60%)
Nº (%)	7 (50)	5 (35,7)	1 (7,15)	1 (7,15)

4.1.2.6 Na pergunta “A escovagem na APCC é supervisionada?”, a maioria das respostas confirmou a ocorrência de supervisão, sendo que 21,4% das cuidadoras revelou que a sua realização é muito frequente e 50% revelou que a escovagem é sempre supervisionada (Tabela VII).

Tabela VII – Supervisão da escovagem dentária

Supervisão da escovagem dentária	Pouco frequentemente	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
Nº (%)	1 (7,15)	3 (21,4)	3 (21,4)	7 (50)

4.1.2.7 Questionando sobre “Por dia, quantas vezes é realizada a escovagem na APCC a cada criança?”, a totalidade das inquiridas respondeu uma vez (Gráfico 3).

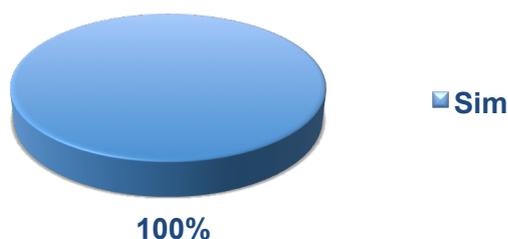


Gráfico 3– Número de escovagens diárias na APCC

4.1.2.8 Inquirindo se “Após cada refeição na APCC, é realizada a escovagem dentária às crianças?”, metade das participantes respondeu sempre (Tabela VIII).

Tabela VIII – Escovagem após refeições na APCC

Escovagem pós-refeição	Nunca	Pouco frequentemente	Frequentemente	Sempre
Nº (%)	1 (7,15)	1 (7,15)	5 (35,7)	7 (50)

4.1.2.9 Para a pergunta “Já tinha tido conhecimento que existem meios de higiene oral adaptados às necessidades das crianças com paralisia cerebral?”, 64,3% das inquiridas revelou desconhecer a sua existência (Gráfico 4).

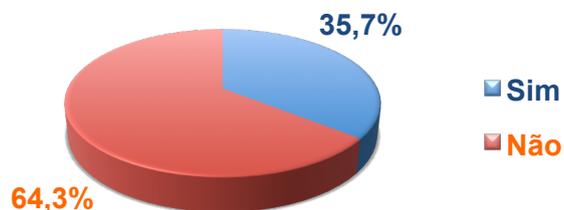


Gráfico 4 – Meios de higiene oral adaptados

4.1.2.10 No concernente à questão “Já procurou informação acerca desses meios de higiene adaptados (livros, internet....)?”, apenas uma (7%) das cuidadoras respondeu que já o tinha feito (Gráfico 5).

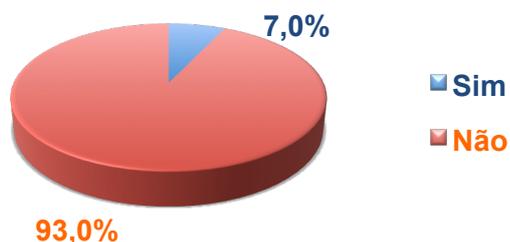


Gráfico 5 – Pesquisa de informação relativa a meios de higiene oral adaptados

4.1.2.11 Em relação à questão “Se na APPC tivesse acesso a esses meios, usá-los-ia?”, apenas uma das cuidadoras revelou que não sabia/não respondia, afirmando as 13 restantes que os utilizariam caso os tivessem ao seu dispor (Gráfico 6).

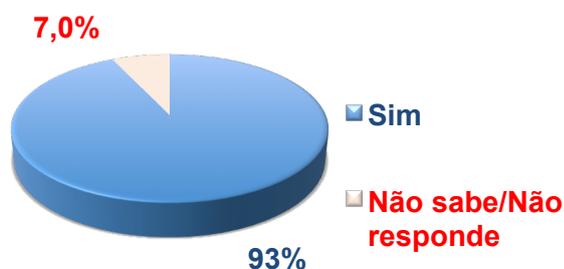


Gráfico 6 – Predisposição para uso de meios de higiene oral adaptados

4.1.2.12 No que se refere à pergunta “Na APCC as crianças usam escovas de dentes adaptadas?”, a maioria das cuidadoras (78,55%) afirmou que nenhuma das crianças usava escovas adaptadas, enquanto que 7,15% revelou que algumas (menos de 20%) as utilizavam e 14,3% não sabiam/não responderam (Tabela IX).

Tabela IX – Uso de escovas adaptadas

Uso de escovas adaptadas	Não, nenhuma	Sim, algumas (menos de 20%)	Não sabe / Não responde
Nº (%)	11 (78,55)	1 (7,15)	2 (14,3)

4.1.2.13 Quanto à questão “Selecione os tipos de escovas usados (nesta questão poderá assinalar mais do que uma opção)”, a maioria das profissionais (78,55%) respondeu que apenas eram utilizadas escovas de dentes manuais convencionais, tendo duas das inquiridas revelado a utilização de escovas eléctricas bem como de escovas manuais. Apenas uma das inquiridas referiu a utilização de escovas adaptadas com cabo mais largo (Tabela X).

Tabela X – Tipos de escovas utilizadas

Tipos de escovas utilizadas	Escova eléctrica	Escova com cabo mais largo	Escova de dentes manual convencional
Nº (%)	2 (14,3)	1 (7,15)	11 (78,55)

4.1.2.14 No respeitante à questão “Com que frequência são trocadas a maioria das escovas de dentes na APCC?”, verificou-se uma inconsistência quanto à sua periodicidade, tendo sido obtidas respostas diversificadas. Nesta pergunta, 3 respostas (21,4%) foram consideradas inválidas devido à escolha de mais do que uma opção (Tabela XI).

Tabela XI – Frequência de troca das escovas de dentes

Troca de escovas	Nunca são trocadas	Mensalmente	De 6 em 6 meses	Anualmente	Quando estão danificadas	Não sabe/Não responde	Respostas inválidas
Nº (%)	2 (14,3)	1 (7,15)	1 (7,15)	3 (21,4)	3 (21,4)	1 (7,15)	3 (21,4)

4.1.2.15 Na questão “Sabia que as escovas de dentes devem ser trocadas quando as cerdas “abrem”?”, as respostas afirmativas foram unânimes (Gráfico 7).



Gráfico 7– Conhecimento sobre a troca das escovas de dentes

4.1.2.16 Quando inquiridas acerca da questão “Utiliza alguma medida complementar na higiene oral destas crianças?”, a maioria das participantes (78,55%) respondeu que não era utilizada nenhuma medida adicional (Tabela XII). A única cuidadora que respondeu positivamente nesta questão afirmou, no entanto, desconhecer qual o meio utilizado.

Tabela XII – Utilização de medidas complementares

Utilização de medidas complementares	Nenhuma	A maioria (mais de 60%)	Não sabe / Não responde
Nº (%)	11 (78,55)	1 (7,15)	2 (14,3)

4.1.2.17 A questão “Se sim, qual ou quais?”, a assinalar apenas em caso de resposta afirmativa na pergunta anterior, não obteve nenhuma resposta considerada válida.

4.1.2.18 Em relação à questão “As crianças alimentam-se sozinhas?”, a maioria das respostas (57,2%) revelou que aproximadamente 20 a 40% das crianças se alimenta de forma autónoma (Tabela XIII).

Tabela XIII – Autonomia da criança na alimentação

Alimentação autónoma	Algumas (menos de 20%)	Bastantes (de 20 a 40%)	Sensivelmente metade (entre 40 a 60%)
Nº (%)	3 (21,4)	8 (57,2)	3 (21,4)

4.1.2.19 Indagando sobre se “Tem conhecimento se as crianças têm/já tiveram dor de dentes ou outra dor relacionada com a cavidade oral?”, 57,2% das inquiridas respondeu que não tinha conhecimento/não respondia, face a cerca de 42,8% das respostas que declararam que algumas (menos de 20%) já teriam experienciado (Tabela XIV).

Tabela XIV – Experiência prévia de dor

Experiência prévia de dor	Algumas (menos de 20%)	Não sabe/Não responde
Nº (%)	6 (42,8)	8 (57,2)

4.1.2.20 Para a pergunta “Têm dor/sensibilidade quando ingerem alimentos frios, quentes ou doces?”, cerca de 10 cuidadoras (71,45%) afirmou que não tinham conhecimento/não respondiam, sendo que 3 (21,4%) participantes relataram que algumas das crianças apresentavam dor/sensibilidade (Tabela XV).

Tabela XV – Dor/sensibilidade dentária

Dor/sensibilidade dentária	Nenhuma	Algumas (menos de 20%)	Não sabe/Não responde
Nº (%)	1 (7,15)	3 (21,4)	10 (71,45)

4.1.2.21 Relativamente à questão “As crianças apresentam hemorragia gengival?”, metade das inquiridas afirmaram que “Algumas (menos de 20%)” das crianças já teriam apresentado hemorragia gengival (Tabela XVI).

Tabela XVI – Ocorrência de hemorragia gengival

Hemorragia gengival	Nenhuma	Algumas (menos de 20%)	Bastantes (de 20 a 40%)
Nº (%)	4 (28,6)	7 (50)	3 (21,4)

4.1.2.22 Na pergunta “Considera que as crianças têm mau hálito?”, a maioria (71,4%) das inquiridas constatou que “Algumas (menos de 20%)” apresentavam mau hálito (Tabela XVII).

Tabela XVII – Mau hálito nas crianças

Mau hálito	Algumas (menos de 20%)	Bastantes (de 20 a 40%)	Sensivelmente metade (entre 40 a 60%)
Nº (%)	10 (71,4)	2 (14,3)	2 (14,3)

4.1.2.23 Quando indagadas sobre se “As atividades diárias de algumas destas crianças são/já foram condicionadas por algum problema dentário?”, 8 das cuidadoras (57,2%) não respondeu/não sabia a resposta a esta questão. Das restantes, 4 (28,6%) afirmaram que nenhuma das crianças teria faltado à escola por esse fator (Tabela XVIII).

Tabela XVIII – Limitação das atividades diárias por problemas do foro dentário

Limitação nas atividades diárias	Nenhuma	Algumas (menos de 20%)	Bastantes (de 20 a 40%)	Não sabe/não responde
Nº (%)	4 (28,6)	1 (7,15)	1 (7,15)	8 (57,2)

4.1.2.24 De forma a perceber se a idade e o nível de escolaridade dos cuidadores constituíam fatores de diferenciação no que respeita à percepção dos obstáculos à saúde oral (Questão 4 do Inquérito), a amostra foi dividida em subgrupos e submetida a análise estatística descritiva adicional.

Relativamente à relação entre a variável idade do cuidador e o principal obstáculo à saúde oral das crianças, constituíram-se dois grupos correspondentes a faixas etárias inferiores a 40 anos e a idade igual ou superior a 40 anos. Verificou-se que o tempo despendido foi a opção escolhida por 50% das cuidadoras que se encontram na faixa etária ≥ 40 anos (Tabela XIX).

No que se refere à dinâmica entre o nível de escolaridade do cuidador e a percepção em relação aos obstáculos à saúde oral das crianças, dividiu-se a amostra em 3 grupos: 3º ciclo, ensino secundário (Ensino sec.) e ensino superior (Ensino sup.). O tempo despendido foi o principal obstáculo referido por 4 (50%) das cuidadoras com o nível académico correspondente ao ensino secundário, sendo que o custo dos meios de higiene oral adaptados foi a opção escolhida por 3 (60%) das cuidadoras com ensino superior (Tabela XIX).

Tabela XIX – Relação entre o principal obstáculo mencionado e as variáveis idade e nível de escolaridade

		Faixa etária			Total	Grau de escolaridade			Total
		< 40 anos	>= 40 anos			3º ciclo	Ensino sec.	Ensino sup.	
Obstáculos à saúde oral	Respostas inválidas	N	1	1	2	1	1	0	2
		%	12,5	16,7	14,3	100	12,5	0,0	14,3
	Tempo despendido	N	2	3	5	0	4	1	5
		%	25,0	50,0	35,7	0,0	50,0	20,0	35,7
	Poucos recursos humanos	N	1	1	2	0	2	0	2
		%	12,5	16,7	14,3	0,0	25,0	0,0	14,3
	Custos de meios de higiene	N	3	0	3	0	0	3	3
		%	37,5	0,0	21,4	0,0	0,0	60,0	21,4
	Custos dos tratamentos dentários	N	1	0	1	0	1	0	1
		%	12,5	0,0	7,1	0,0	12,5	0,0	7,1
Outros	N	0	1	1	0	0	1	1	
	%	0,0	16,7	7,1	0,0	0,0	20,0	7,1	
Total	N	8	6	14	1	8	5	14	
	%	100	100	100	100	100	100	100	

4.1.2.25 A relação entre a idade dos cuidadores e o conhecimento acerca da existência de meios de higiene oral adaptados às necessidades das crianças com PC (Questão 10 do Inquérito) foi também explorada, tendo-se verificado que o desconhecimento da sua existência ocorre na maioria das cuidadoras (83,3%) na faixa etária ≥ 40 (Tabela XX).

Tabela XX – Relação entre a idade e o conhecimento dos meios adaptados

			Faixa etária		Total
			< 40 anos	≥ 40 anos	
Conhecimento relativamente a meios de higiene oral adaptados	Não	N	4	5	9
		%	50,0	83,3	64,3
	Sim	N	4	1	5
		%	50,0	16,7	35,7
Total		N	8	6	14
		%	100	100	100

4.2 Avaliação do IHOS das crianças do Jardim de Infância da APCC

4.2.1 Caracterização da amostra

Do universo de 17 crianças frequentadoras do Jardim de Infância da APCC em regime ambulatorio, foram incluídas as 12 cujos tutores legais autorizaram e assinaram o consentimento informado.

A amostra foi constituída por 6 crianças do sexo feminino e 6 do sexo masculino, com idade média de $4,25 \pm 1,14$ anos (Tabela XXI).

Tabela XXI – Definição da amostra

Número Total de Crianças	12
Sexo Masculino	6
Sexo Feminino	6

Verificou-se que a maioria das crianças (66,7%) se encontrava na faixa etária 4-6 anos (Tabela XXII).

Tabela XXII: Idade das crianças incluídas na amostra

Faixa etária	0 - 3	4 - 6
%	33,3	66,7

4.2.2 Determinação do IHOS

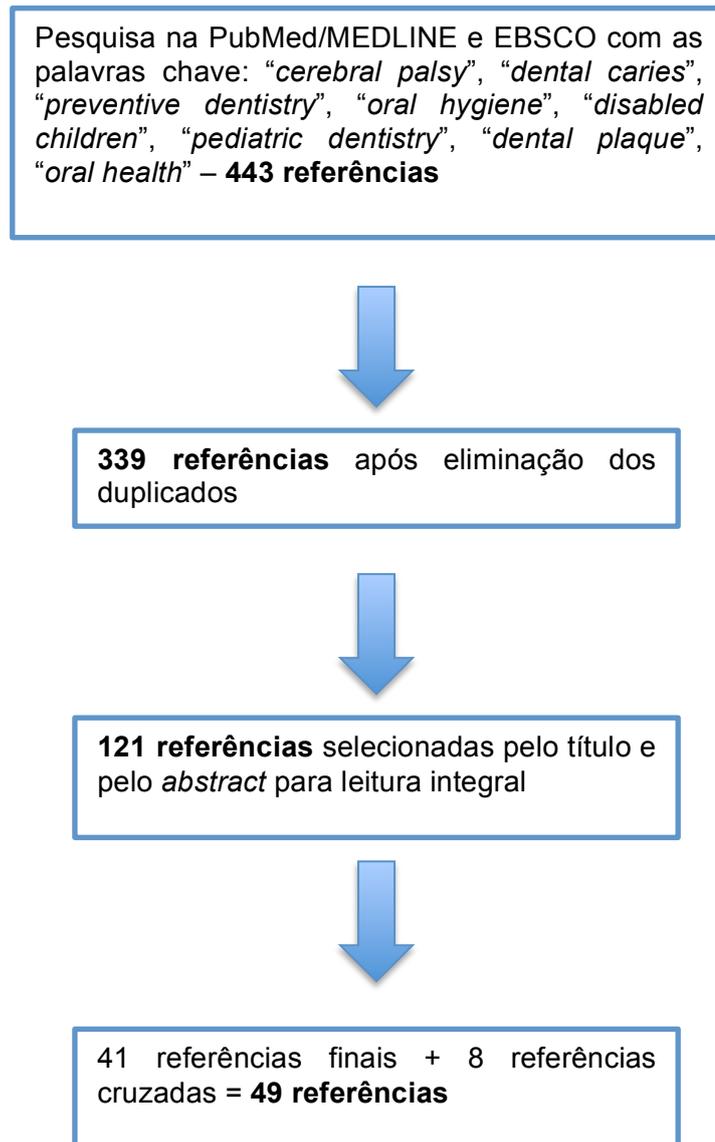
A tabela seguinte apresenta o valor médio e o desvio padrão do IHOS da amostra (Tabela XXIII).

Tabela XXIII: Valores médios do IHOS

IHOS da amostra	Média	Desvio padrão
	1,67	0,62

4.3 Revisão da literatura

Na revisão bibliográfica realizada ao longo deste trabalho, foram obtidas 443 referências, após eliminados os duplicados, 339. Aplicados os critérios de inclusão resultaram 41 referências, complementadas com 8 referências cruzadas.



Esquema I – *Prisma flow* ilustrando a metodologia de seriação da pesquisa bibliográfica realizada.

De seguida, são apresentadas algumas conclusões de maior relevância da bibliografia em estudo.

Tabela XXIV – Resultados mais relevantes dos estudos analisados

Autor	Ano	Tipo do Estudo	Amostra	Resultados
Camargo <i>et al.</i>	2008	Observacional	200 indivíduos com PC; idade 2-17 anos	Formas clínicas mais graves de PC não estão associadas a uma condição dentária pior.
Grzic <i>et al.</i>	2011	Observacional	43 crianças com PC + 43 grupo controlo; idade 7 – 16 anos	Prevalência de cárie dentária semelhante nos dois grupos.
Moreira <i>et al.</i>	2012	Observacional	76 crianças com PC + 89 grupo controlo; idade média 8,9 anos	Na PC, o défice cognitivo parece constituir um fator de risco para o desenvolvimento de cárie dentária.
Hedge <i>et al.</i>	2008	Observacional	113 crianças com PC; idade 5-18 anos	A ocorrência de sialorreia não parece conduzir a diferenças significativas no número de lesões de cárie ou índice de higiene oral (2.21 ± 0.71) em crianças com PC.
Carvalho <i>et al.</i>	2011	Observacional	52 crianças com PC; idade 7-18 anos	Não parece existir uma associação entre o tipo de PC e a função motora oral com o IHOS (média 1.67), número de dentes perdidos, obturados ou cariados (CPO), tipo de dieta ou frequência de escovagem.
Du <i>et al.</i>	2014	Observacional	72 crianças com PC e 72 grupo controlo; idade pré-escolar	Crianças com PC parecem ter significativamente menos acompanhamento dentário do que as crianças do grupo controlo.

5. DISCUSSÃO

De um modo geral, é amplamente reconhecido que as patologias orais representam um importante problema de saúde entre indivíduos com PC, ainda que se encontrem relatados dados contraditórios na literatura quanto à sua incidência e prevalência^{7, 21, 27}. É igualmente reportado o facto de crianças com PC apresentarem, com frequência, níveis de higiene oral precários, em grande parte relacionados com as suas limitações motoras e, eventualmente, cognitivas, conduzindo a diversas dificuldades na correta execução dos cuidados de higiene oral e requerendo a participação de terceiros²³. Revela-se, assim, indispensável a instrução de pais e cuidadores relativamente a boas práticas de saúde oral, particularmente no referente à higiene oral, uma vez que a manutenção da saúde oral destas crianças se encontra significativamente dependente do grau de conhecimentos, cooperação e empenho dos mesmos numa base diária³⁰.

O inquérito realizado no presente estudo objetivou recolher informação sobre as atitudes e grau de conhecimento das cuidadoras da APCC, auxiliares e tarefeiras, relativamente à saúde oral das crianças frequentadoras do Jardim de infância em regime de ambulatório. Embora desempenhem funções diferenciadas dentro da associação, tanto as auxiliares como as tarefeiras executam rotineiramente cuidados de higiene oral nas crianças.

No presente inquérito, a unanimidade das cuidadoras demonstrou considerar a higiene oral destas crianças importante, sendo que 21,4% da amostra reconheceu não dispor dos meios necessários para a promoção e manutenção de uma saúde oral satisfatória nestas crianças na APCC.

O obstáculo à saúde oral mais comumente referido pelas cuidadoras foi o tempo despendido na execução dos cuidados diários (35,7%), seguido do custo dos meios de higiene oral adaptados (21,4), o que não está em concordância com os dados obtidos num recente estudo, conduzido por Sahana *et al.* (2011), no qual as principais barreiras assinaladas pelos cuidadores foram a localização das clínicas de medicina dentária e o custo dos tratamentos⁴⁶.

Objetivando elucidar se a idade e nível de escolaridade das cuidadoras se assumiam como fatores de diferenciação no que concerne à percepção dos obstáculos à saúde oral, foi realizada uma análise estatística descritiva adicional após a divisão da amostra em subgrupos. Verificou-se, deste modo, que o tempo despendido foi a opção assinalada por 50% das cuidadoras que se encontram na faixa etária igual ou superior a 40 anos e com nível académico correspondente ao ensino secundário. Por sua vez, 50% das profissionais com grau de ensino superior afirmou que o custo dos meios de higiene oral adaptados constitui o principal obstáculo para uma saúde oral satisfatória.

Ainda no contexto da percepção das cuidadoras sobre a saúde oral das crianças da APCC, verificou-se igualmente que 50% das inquiridas optou pela resposta “Não sabe/não responde” na questão relativa à proporção de crianças que é ou já foi consultada por um médico dentista ou estomatologista, face uma percentagem de apenas 14.3% referindo que a maioria é ou já foi acompanhada.

Quando indagadas relativamente à experiência prévia de dor na cavidade oral, 42,9% declararam que “Algumas (menos de 20%)” das crianças já teriam experienciado dor. Este dado é concordante com o reportado pelo estudo publicado em 2012, por Abanto *et al.*, no qual a dor de foro oral foi reportada como o sintoma mais comum em crianças com PC⁵. No que respeita à ocorrência de sensibilidade dentária, a maioria das participantes (71,4%) selecionou a hipótese “Não sabe / não responde”.

Por sua vez, quanto à ocorrência de hemorragia gengival, metade das cuidadoras inquiridas no presente estudo revelou que algumas das crianças apresentavam hemorragia com frequência. Em 2010, um estudo conduzido por Chu *et al.*, verificou que, dos 65 adolescentes com PC sujeitos a observação oral, todos apresentavam alterações periodontais, com cerca de 57% dos participantes apresentando cálculos e os restantes hemorragia após sondagem¹¹.

Adicionalmente, 71,4% das cuidadoras assumiu ter a percepção que algumas (menos de 20%) das crianças com APCC apresentam mau hálito. No que concerne a limitação das atividades diárias das crianças por problemas dentários, cerca de 57,1% das cuidadoras não respondeu/não sabia, enquanto que 28,6% afirmou que nenhuma das crianças teria sido sujeita a esse tipo de condicionante.

Constatou-se deste modo que, embora uma percentagem não negligenciável de crianças pareça apresentar alterações do foro oral, a maioria delas não parece ser alvo de acompanhamento médico dentário frequente. Na literatura, é evidenciada em larga medida a necessidade de implementação atempada de cuidados preventivos individualizados e/ou curativos e de monitorização periódica por parte de um médico dentista^{22, 41, 49}. Este acompanhamento permite, igualmente, o aconselhamento no que concerne ao recurso a meios de higiene oral adaptados e a optimização dos cuidados prestados em ambulatório²³. É reconhecido que a realização de uma primeira visita ao médico dentista em idade precoce (aquando da erupção do primeiro dente ou até ao primeiro ano de vida) constitui uma parâmetro determinante para a instrução dos pais da criança relativamente a diversos aspetos de saúde oral¹⁹.

No presente estudo, atendendo à percepção de 50% das inquiridas, apenas uma percentagem inferior a 20% das crianças da APCC realiza a escovagem dentária de forma autónoma, semelhantemente ao constatado em relação à autonomia na alimentação. Estes dados encontram-se em concordância com o reportado pelo estudo de Carvalho *et al.*

(2011), no qual os cuidados de higiene oral de 73,1% dos indivíduos com PC incluídos no estudo eram realizados pelos cuidadores ⁴.

No entanto, apesar das inegáveis dificuldades encontradas no controlo mecânico da placa bacteriana em crianças com esta patologia, no presente estudo apenas 50% da amostra indicou que a escovagem é sempre supervisionada pelas cuidadoras. Este facto poderá decorrer não apenas de eventuais lacunas de informação e motivação por parte das cuidadores, mas igualmente do principal obstáculo à promoção da saúde oral por elas referido - as limitações temporais. A relevância da supervisão da escovagem tem sido amplamente referenciada na literatura, sendo que, no caso particular das crianças em estudo, o facto de se tratarem de crianças em idade pré-escolar constitui uma agravante adicional face a todas as condicionantes inerentes direta e indiretamente à doença, já oportunamente mencionadas ^{30, 47}. Por seu turno, crianças que apresentam algum grau de autonomia na realização da escovagem devem ser encorajadas a fazê-lo, com eventual recurso a adaptações dos meios de higiene oral, ainda que nunca descurando a supervisão destes cuidados por parte de um responsável ⁴⁸.

Quando inquiridas relativamente ao número de escovagens diárias no período em que as crianças se encontram na APCC, correspondente a 8 horas diárias, a resposta foi unânime para a opção uma vez por dia. Não obstante, na questão seguinte, metade das cuidadoras afirmou que a escovagem dentária é sempre realizada após cada refeição servida na APCC; um dado contraditório tendo em conta que pelo menos duas refeições são servidas ao longo do dia na instituição.

A monitorização das crianças que estão inseridas em instituições é dificultada pela falta de motivação, de tempo, de informação sobre saúde oral e pelas prioridades dos cuidadores, assumindo conseqüentemente um impacto relevante no estado de saúde oral destas crianças ⁴². Conforme demonstrado pelo estudo de Carvalho *et al.* (2011) envolvendo uma amostra de 52 crianças com PC, parece existir uma associação estatisticamente significativa entre a frequência de escovagem diária realizada pelos cuidadores e o índice de higiene oral das crianças ⁴.

A maioria das profissionais da APCC afirmou que em nenhuma das crianças eram utilizadas medidas de higiene oral complementar (78,55% das inquiridas) e, do mesmo modo, nenhuma das crianças usava escovas de dentes adaptadas. Neste âmbito, os resultados assemelham-se aos reportados pelo estudo de Carvalho *et al.* (2011), no qual o recurso a fio dentário se resumiu a cerca de 3,8% das crianças com PC, referindo 15,4% o seu uso apenas em caso de sintomatologia ⁴. Por sua vez, um estudo de Yitzhak *et al.* (2013) demonstrou que escovas de cabeça tripla possuem uma maior efetividade na redução de depósitos de placa bacteriana relativamente a escovas de cabeça simples, sendo que nas superfícies linguais essa redução é duas vezes superior, mesmo apesar da

dificuldade em alcançar estas superfícies em doentes com PC ²⁵. No que diz respeito ao tipo de escovas usadas na APCC, a maioria das cuidadoras admitiu o uso exclusivo de escovas de dentes manuais convencionais (78,55%), sendo que, das restantes inquiridas, duas revelaram que também eram usadas escovas eléctricas e apenas uma afirmou que se utilizam escovas com cabo alargado.

Questionadas sobre a frequência da troca da escova dentária, a totalidade das cuidadoras assumiu que tinha conhecimento que esta devia ocorrer quando as cerdas se encontram danificadas. No entanto, quando indagadas relativamente à frequência com que substituem as escovas das crianças na APCC, verificou-se inconsistência e grande diversidade nas respostas.

No que concerne o nível de conhecimento relativamente à existência de meios adaptados de higiene oral, 64% das inquiridas assumiu desconhecer estes recursos. Verificou-se ainda que, das cuidadoras que desconhecia estes recursos, aproximadamente 83,3% pertencia a faixas etárias iguais ou superiores a 40 anos. Cerca de 93% da amostra revelou nunca ter realizado nenhuma pesquisa de informação sobre a temática, contudo uma proporção semelhante de inquiridas afirmou que os utilizaria caso fossem disponibilizados.

A falta de conhecimento destes meios pode sugerir desinteresse ou falta de motivação por parte das profissionais, no entanto, parece existir igualmente falta de informação no que a esta temática se refere. Na pesquisa bibliográfica realizada apenas um artigo explora as possibilidades de adaptações dos meios de higiene oral adaptados. O “Manual de Boas Práticas em Saúde Oral”, publicado pela Direção Geral de Saúde, encoraja a realização de adaptações nas escovas de dentes convencionais, como sendo o alargamento do cabo da escova em crianças que possuam limitação do encerramento das mãos (com recurso a bolas de borracha e punhos de guiadores de bicicleta), aumento do tamanho do mesmo em situação de dificuldade de elevação da mão/braço (com uma régua) e colocação de fita de velcro ou banda elástica à volta da mão nos casos de dificuldade de preensão da escova, de forma a possibilitar uma escovagem mais efetiva ⁴⁸. Estes meios de adaptação são escassamente reportados na pesquisa realizada para este trabalho, contudo é de referir a sua extrema importância para uma melhoria na autonomia de escovagem e por consequente da saúde oral das crianças com PC.

Paralelamente, a implementação de programas de formação contínua e divulgação da informação válida e perceptível junto dos cuidadores de crianças com PC revelam-se altamente recomendáveis, particularmente se decorrentes da atuação concertada de uma equipa multidisciplinar ⁴⁹.

No presente estudo avaliou-se ainda o IHOS de 12 crianças frequentadoras do Jardim de Infância da APCC, tendo sido obtido um valor médio de $1,67 \pm 0,62$, o que representa uma condição de higiene oral globalmente insatisfatória, possivelmente atribuída à falta de efetividade dos cuidados prestados por parte dos pais e/ou cuidadores das crianças. Estes resultados estão, no entanto, em concordância com os dados relatados na literatura. Um estudo conduzido por Santos *et al.* (2005) reportou valores de IHOS significativamente mais elevados (média IHOS 1,67) em crianças com PC em dentição permanente, quando comparados ao grupo controlo²². Em 2011, um estudo de Cardoso *et al.* objetivando aferir o impacto de um programa de promoção de saúde oral em crianças com PC verificou uma redução média do IHOS de 2,63 para 0,91 após o término das ações educativas⁴¹.

No contexto dos dados obtidos através da aplicação do questionário e da determinação do IHOS foram realizadas, após o término da recolha de dados, duas ações de promoção de saúde oral destinadas aos pais e cuidadores das crianças da APCC, sob a forma de sessões educativas. As sessões foram idealizadas visando instruir para uma melhor prestação dos cuidados de higiene, possibilitando a prevenção de patologias orais e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida destas crianças.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação do presente estudo prende-se com a reduzida dimensão da amostra, sendo que, dos 23 inquéritos entregues à totalidade de cuidadores da instituição, apenas 14 foram devolvidos e puderam ser alvo de análise estatística descritiva.

Por outro lado, o inquérito aplicado constituiu uma adaptação de um questionário prévio, não tendo sido submetido a um processo de validação, o que terá limitado a validade externa dos resultados obtidos. Detetou-se ainda algum grau de dificuldade de compreensão das inquiridas quanto às instruções do inquérito, com conseqüente anulação de respostas a algumas questões, dada a seleção de múltiplas opções em questões sem essa possibilidade.

Relativamente à determinação do IHOS, o facto de a metodologia ter sido aplicada nas instalações da APCC, com limitadas condições físicas e de logística, particularmente no que se refere à ausência de cadeira de dentista e de fonte de luz artificial, poderá ter influído nos resultados obtidos. Paralelamente, a ocorrência de movimentos involuntários das crianças durante o exame oral traduziu-se num acréscimo de dificuldade na determinação da extensão das superfícies dentárias coradas. Neste contexto, a opção pelo IHOS revelou-se vantajosa face a outros índices, uma vez que se baseia na análise de apenas 6 dentes, potencialmente sugestivos do estado de higiene da restante cavidade oral⁴⁵.

6. CONCLUSÃO

As crianças com PC constituem pacientes de risco dadas as alterações da cavidade oral inerentes à patologia e aos obstáculos na manutenção de uma correta higiene oral. Existe uma necessidade de implementar medidas preventivas e o acompanhamento por parte do médico dentista desde cedo.

Ainda que as cuidadoras tenham conhecimento da importância da higiene oral, reconhecem que uma percentagem não negligenciável de crianças parece ter alterações da sua saúde oral. A maioria revelou desconhecer a existência de meios de higiene oral adaptados. Maioritariamente são usadas escovas convencionais manuais e nem sempre se verifica a supervisão da escovagem, sendo que a barreira à promoção da saúde oral apontada pela maioria é a limitação temporal. Verifica-se uma necessidade de instruir e motivar os cuidadores para uma prática de higiene oral mais efetiva e consciente, para isso devem ser implementados programas de promoção de saúde oral. É indispensável que o médico dentista seja parte integrante da equipa multidisciplinar que acompanha a criança. No entanto, na pesquisa bibliográfica efectuada verificou-se que, apesar de referenciar a existência de meios de higiene oral adaptados, escassas publicações abordam esta temática de forma detalhada.

Na amostra de crianças estudada verificou-se um estado de higiene oral insatisfatório, revelador do desconhecimento e/ou das dificuldades encontradas por pais e cuidadores na execução de boas práticas de higiene oral.

7. AGRADECIMENTOS

Às minhas Orientadora e Coorientadora, respectivamente, Doutoradas Sara Rosa e Joana Leonor Pereira, a quem dirijo uma palavra de apreço e sincero agradecimento por todo o apoio, disponibilidade constante, motivação e dedicação.

Ao Professor Francisco Caramelo pela ajuda no tratamento estatístico.

À APCC um agradecimento especial por toda a disponibilidade e simpatia dos seus colaboradores e equipa técnica, sem os quais a realização deste trabalho seria impossível.

Aos pais/tutores deixo o meu agradecimento pela autorização da observação oral dos seus filhos, assim como por possibilitarem a utilização dos dados destas mesmas observações para análise.

Aos meus pais, irmã, cunhado e namorado, o meu porto seguro e a minha bússola, pelo amor incondicional.

A todos os meus amigos e colegas do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, pelo apoio e motivação transmitida ao longo das nossas conversas.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Dougherty NJ. A review of cerebral palsy for the oral health professional. *Dental clinics of North America*. 2009;53(2):329-38, x.
2. N BMGMRPLAP. Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005.
3. Camargo MA, Antunes JL. Untreated dental caries in children with cerebral palsy in the Brazilian context. *International journal of paediatric dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*. 2008;18(2):131-8.
4. de Carvalho RB, Mendes RF, Prado RR, Jr., Moita Neto JM. Oral health and oral motor function in children with cerebral palsy. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 2011;31(2):58-62.
5. Abanto J, Carvalho TS, Bonecker M, Ortega AO, Ciamponi AL, Raggio DP. Parental reports of the oral health-related quality of life of children with cerebral palsy. *BMC oral health*. 2012;12:15.
6. Du RY, McGrath CP, Yiu CKY, King NM. Oral health behaviors of preschool children with cerebral palsy: a case-control community-based study. *Special Care in Dentistry*. 2014;34(6):298-302.
7. Al-Allaq T, DeBord TK, Liu H, Wang Y, Messadi DV. Oral health status of individuals with cerebral palsy at a nationally recognized rehabilitation center. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 2015;35(1):15-21.
8. Andrada GV, D; Folha, T; Gouveia, R; Cadete, A; Alvarelhão, JJ; Calado, E. *Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos - Crianças nascidas entre 2001 e 2003*. 2012.
9. Sehrawat N, Marwaha M, Bansal K, Chopra R. Cerebral palsy: a dental update. *International journal of clinical pediatric dentistry*. 2014;7(2):109-18.
10. Lewis D, Fiske J, Dougall A. Access to special care dentistry, part 8. *Special care dentistry services: seamless care for people in their middle years - part 2*. *British dental journal*. 2008;205(7):359-71.
11. Chu CH, Lo EC. Oral health status of Chinese teenagers with cerebral palsy. *Community dental health*. 2010;27(4):222-6.
12. Wei-Li J, Tong-Mei W, Tsang-Lie C, Chun-Pin L, Jjiang-Huei J. Strategies for oral health care for people with disabilities in Taiwan. *Journal of Dental Sciences*. 2009;4(4):165-72.

13. Camargo MAF, 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. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry.* 2011;31(6):210-5.
14. Grzic R, Bakarcic D, Prpic I, Jokic NI, Sasso A, Kovac Z, et al. Dental health and dental care in children with cerebral palsy. *Collegium antropologicum.* 2011;35(3):761-4.
15. Moreira RN, Alcantara CE, Mota-Veloso I, Marinho SA, Ramos-Jorge ML, Oliveira-Ferreira F. Does intellectual disability affect the development of dental caries in patients with cerebral palsy? *Research in developmental disabilities.* 2012;33(5):1503-7.
16. Alhammad NS, Wyne AH. Caries experience and oral hygiene status of cerebral palsy children in Riyadh. *Odonto-stomatologie tropicale = Tropical dental journal.* 2010;33(130):5-9.
17. Bhowate R, Dubey A. Dentofacial changes and oral health status in mentally challenged children. *Journal of the Indian Society of Pedodontics & Preventive Dentistry.* 2005;23(2):71-3.
18. Wyne AH. Oral health knowledge in parents of Saudi cerebral palsy children. *Neurosciences (Riyadh, Saudi Arabia).* 2007;12(4):306-11.
19. Wyne AH. Attitude of parents of disabled children towards dental visits in Riyadh, Saudi Arabia. *Odonto-stomatologie tropicale = Tropical dental journal.* 2007;30(118):17-23.
20. Santos MTBR, Guare RO, Celiberti P, Siqueira WL. Caries experience in individuals with cerebral palsy in relation to oromotor dysfunction and dietary consistency. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry.* 2009;29(5):198-203.
21. Hotwani K, Sharma K. Dental management of early childhood caries in spastic quadriplegia: a case report and clinical guidelines. *Journal of pediatric rehabilitation medicine.* 2013;6(4):243-9.
22. Santos MTBR, Nogueira MLG. Infantile reflexes and their effects on dental caries and oral hygiene in cerebral palsy individuals. *Journal of oral rehabilitation.* 2005;32(12):880-5.
23. Altun C, Guven G, Akgun OM, Akkurt MD, Basak F, Akbulut E. Oral health status of disabled individuals attending special schools. *European journal of dentistry.* 2010;4(4):361-6.
24. Hegde AM, Shetty YR, Pani SC. Drooling of saliva and its effect on the oral health status of children with cerebral palsy. *The Journal of clinical pediatric dentistry.* 2008;32(3):235-8.

25. Yitzhak M, Sarnat H, Rakocz M, Yaish Y, Ashkenazi M. The effect of toothbrush design on the ability of nurses to brush the teeth of institutionalized cerebral palsy patients. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry.* 2013;33(1):20-7.
26. Ivancic Jokic N, Majstorovic M, Bakarcic D, Katalinic A, Szivovicza L. Dental caries in disabled children. *Collegium antropologicum.* 2007;31(1):321-4.
27. Roberto LL, Machado MG, Resende VL, Castilho LS, Abreu MH. Factors associated with dental caries in the primary dentition of children with cerebral palsy. *Brazilian oral research.* 2012;26(5):471-7.
28. Santos MTBR, Biancardi M, Celiberti P, Guare RG. Dental caries in cerebral palsied individuals and their caregivers' quality of life. *Child: care, health and development.* 2009;35(4):475-81.
29. Subasi F, Mumcu G, Koksall L, Cimilli H, Bitlis D. Factors affecting oral health habits among children with cerebral palsy: pilot study. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society.* 2007;49(6):853-7.
30. Meyer ACA, Tera TM, da Rocha JC, Jardini MA. 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. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry.* 2010;30(4):140-5.
31. Alhammad N, Wyne A. Plaque and gingival health status among cerebral palsied children of riyadh city. *Pakistan Oral & Dental Journal.* 2011;31(1):116-9.
32. Santos MTBR, Biancardi M, Guare RO, Jardim JR. Caries prevalence in patients with cerebral palsy and the burden of caring for them. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry.* 2010;30(5):206-10.
33. Research USDOHAHSINioHINioDaC. *Practical Oral Care for People With Intellectual Disability.* 2008.
34. Nqobobo CB, Yengopal V, Rudolph MJ, Thekiso M, Joosab Z. Dental caries prevalence in children attending special needs schools in Johannesburg, Gauteng Province, South Africa. *SADJ : journal of the South African Dental Association = tydskrif van die Suid-Afrikaanse Tandheelkundige Vereniging.* 2012;67(7):308-13.
35. Fairhurst C. Cerebral palsy: the whys and hows. *Archives of disease in childhood Education and practice edition.* 2012;97(4):122-31.
36. Research USDOHAHSINioHINioDaC. *Practical Oral Care for People With Developmental Disabilities.* 2008.

37. Abanto J, Ortega AO, Raggio DP, Bönecker M, Mendes FM, Ciamponi AL. Impact of oral diseases and disorders on oral-health-related quality of life of children with cerebral palsy. *Special Care in Dentistry*. 2014;34(2):56-63.
38. Hernandez AE, Corral TH, Ruiz-Martin E, Sanchez JAP. Results of a dental care protocol for mentally handicapped patients set in a primary health care area in Spain. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*. 2007;12(7):E492-5.
39. Santos MTBR, Manzano FS. Assistive stabilization based on the neurodevelopmental treatment approach for dental care in individuals with cerebral palsy. *Quintessence international (Berlin, Germany : 1985)*. 2007;38(8):681-7.
40. Freitas M. Avaliação de conhecimentos e cuidados de saúde oral em crianças com paralisia cerebral 2013.
41. Cardoso AMR, Cavalcanti YW, Padilha WWN. Impacto de Programa de Promoção em Saúde Bucal para Cuidadores e Crianças com Paralisia Cerebral. (Portuguese). Impact of Oral Health Promotion Program for Caregivers and Children with Cerebral Palsy (English). 2011;11(2):223-9.
42. Almeida ADG, Filogônio CFB, Silva LCP, Fonseca MS, Penido CVSR, Cruz RA. Influência da Dieta e da Higiene Oral na Prevalência da Cárie Dentária de Crianças Com Paralisia Cerebral. (Portuguese). Influence of Diet and Oral Hygiene on Dental Caries Prevalence of Children with Cerebral Palsy (English). 2011;11(3):433-8.
43. Bhandary S, Shetty V, Hedge AM, Rai K. Knowledge of care providers regarding the oral health of visually impaired children. *The Journal of clinical pediatric dentistry*. 2012;36(4):411-5.
44. Broder HM, C; Cisneros, GJ. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile. 2007.
45. Greene JV, JR. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc*. 1964.
46. Sahana S, Shivakumar GC. Perceived Barriers To Access Oral Health Care For The Institutionalized Disabled Children. *Indian Journal of Dental Sciences*. 2013;5(4):22-5.
47. Das UM, Beena JP, Reddy D. Importance of Oral Hygiene Habits in Mentally Disabled Children. *International journal of clinical pediatric dentistry*. 2010;3(1):39-42.
48. DGd S. Manual de Boas Práticas em Saúde Oral para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades de saúde especiais. 2012.
49. Shun-Te H, Su-Ju H, Hsiu-Yueh L, Chun-Chih C, Wen-Chia H, Yi-Chia T, et al. The oral health status and treatment needs of institutionalized children with cerebral palsy in Taiwan. *Journal of Dental Sciences*. 2010;5(2):75-89.

9. ANEXOS

Anexo 1: Carta de apresentação ao diretor da APCC sobre o projeto a realizar

Anexo 2: Carta de apresentação geral aos pais/tutores sobre o projeto a realizar

Anexo 3: Consentimento informado

Anexo 4: Inquérito realizado aos cuidadores (auxiliares/tarefeiros)

Anexo 5: Modelo da História Clínica

Anexo 6: Resultados do inquérito aplicado

Anexo 7: Resultados da observação oral

Anexo 1: Carta de apresentação ao diretor da APCC sobre o projeto a realizar



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ex.mo Senhor Presidente da APCC

Chamo-me Cristiana Ribeiro, 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 “Promoção de saúde oral em crianças com paralisia cerebral”, sob orientação das Dras. Sara Rosa e Joana Leonor Pereira, Médicas Dentistas e docentes da mesma Faculdade.

Na sequência da colaboração iniciada com a V/Instituição no ano lectivo 2012-2013, com a dissertação de Mestrado Integrado intitulada “Avaliação de conhecimentos e cuidados de saúde oral em crianças com paralisia cerebral”, este trabalho terá como objetivo avaliar a eficácia de uma ação de promoção de saúde oral nos hábitos de higiene oral desta população. O presente projeto pretende levar a cabo um estudo comparativo do índice de higiene oral simplificado antes e 3 meses após a realização da referida ação.

Para que este estudo seja possível, torna-se imperativa a recolha de dados junto da população infantil frequentadora da V/Instituição, requerendo, para tal, autorização para realizar os seguintes procedimentos não invasivos: observação oral, determinação do índice de higiene oral simplificado através da aplicação de revelador de placa (substância que evidencia a placa bacteriana) e escovagem dentária para remoção do mesmo.

Solicita-se, ainda, autorização para a realização da ação de promoção de saúde oral aos pais e cuidadores, sob a forma de palestra, após a primeira observação oral das crianças. A palestra objetiva instruir para uma melhor prestação nos cuidados de higiene, possibilitando a prevenção de patologias orais e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida destas crianças.

A participação neste estudo implica o consentimento informado por parte dos respectivos responsáveis legais que junto disponibilizamos.

Desde já agradecemos toda a atenção prestada e tempo dispensado, disponibilizando os contactos pessoais da aluna responsável para quaisquer esclarecimentos:

Cristiana Ribeiro Tlf: 915233012 E-mail: cristianacunharibeiro92@gmail.com

A Aluna: _____

As Orientadoras: _____

Anexo 2: Carta de apresentação geral aos pais/tutores sobre o projeto a realizar



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Chamo-me Cristiana Ribeiro, frequente 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 “Promoção de saúde oral em crianças com paralisia cerebral”, sob orientação das Dras. Sara Rosa e Joana Leonor Pereira, Médicas Dentistas e docentes da mesma Faculdade.

Na sequência da colaboração iniciada com a APCC no ano lectivo 2012-2013, com o trabalho intitulado “Avaliação de conhecimentos e cuidados de saúde oral em crianças com paralisia cerebral”, este projeto terá como objetivo avaliar a eficácia de uma ação de promoção de saúde oral nos hábitos de higiene oral desta população. O presente trabalho pretende levar a cabo um estudo comparativo do índice de higiene oral simplificado antes e 3 meses após a realização da referida ação.

Para que este estudo seja possível torna-se imperativa a realização dos seguintes procedimentos não invasivos no vosso filho/a: observação oral, determinação do índice de higiene oral simplificado através da aplicação de revelador de placa (substância que evidencia a placa bacteriana) e escovagem dentária para remoção do mesmo.

Realizar-se-á também uma ação de promoção de saúde oral, sob a forma de palestra, após a primeira observação oral das crianças. A palestra, destinada aos pais e cuidadores, tem como objectivo instruir para uma melhor prestação nos cuidados de higiene oral do vosso filho/a, possibilitando a prevenção de patologias orais e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida.

Neste âmbito, venho solicitar a sua colaboração através da autorização da participação do vosso filho/a nas duas observações orais mencionadas, bem como da sua presença na palestra a decorrer na Instituição. 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

(Cristiana Ribeiro)

Anexo 3: Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

TITULO DO TRABALHO

O trabalho a realizar intitula-se “Promoção de saúde oral em crianças com paralisia cerebral”.

LOCAIS ONDE DECORRERÁ

Terá lugar nas instalações do *APCC* – Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra – onde serão recolhidos todos os dados necessários ao estudo, realizando-se posteriormente, a sua análise e interpretação na Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade Coimbra.

INVESTIGADORES

O trabalho será realizado pela aluna do 5º ano de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Cristiana Ribeiro, e Orientado pelas Dras. Sara Rosa e Joana Leonor Pereira, Médicas Dentistas e docentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

OBJETIVOS

Este trabalho incidirá sobre os cuidados de higiene oral em crianças com paralisia cerebral e tem como objetivo avaliar a eficácia de uma ação de promoção de saúde oral nos hábitos desta população.

CRITÉRIOS de INCLUSÃO de PACIENTES

Serão alvo de avaliação crianças com idade inferior a 16 anos, com diagnóstico de paralisia cerebral e que frequentam a Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra.

BREVE DESCRIÇÃO

O projeto envolve o estudo comparativo do índice de higiene oral simplificado antes e 3 meses após a realização de uma ação de promoção oral.

A determinação do índice de higiene oral simplificado constitui um procedimento não invasivo, envolvendo apenas observação oral, aplicação de revelador de placa (substância que evidencia a placa bacteriana) e escovagem dentária para remoção do mesmo.

Realizar-se-á uma ação de promoção de saúde oral destinada aos pais e cuidadores, sob a forma de palestra, após a primeira observação oral das crianças. A palestra objetiva instruir para uma melhor prestação nos cuidados de higiene, possibilitando a prevenção de patologias orais e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida das crianças.

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 permitirão melhorar a saúde oral da criança, bem como o diagnóstico e avaliação das suas necessidades de tratamento.

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 Cristiana Ribeiro 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 propostas e acedendo à observação 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/o meu educando 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 estudo, tal como me foi apresentado pelas investigadoras responsáveis. Mais autorizo que os dados deste estudo sejam utilizados com fim científico desde que irreversivelmente anonimizados.

Coimbra, _____ de _____ de 20__

Assinatura: _____

Investigadora Responsável: _____

Os Orientadores: _____

Anexo 4: Inquérito realizado aos cuidadores (auxiliares/tarefeiros)



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Saúde Oral em Crianças com Paralisia Cerebral

Caro(a) participante,

As seguintes questões incluem-se num estudo que pretende caracterizar aspetos relativos à saúde oral de crianças com paralisia cerebral. Demorará apenas alguns minutos a responder.

Os dados recolhidos têm uma finalidade académica e asseguramos que o anonimato de cada participante será mantido.

Antecipadamente grata pela colaboração,

Cristiana Ribeiro

Aluna do 5ºano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Idade: _____

Sexo: _____

Função (auxiliar / tarefeiro): _____

Assinale, por favor, apenas uma opção:

1. Indique o seu nível de escolaridade:

Nenhum	
1ºciclo (1º-4º ano)	
2ºciclo (5º-6º ano)	
3º ciclo (7º-9º ano)	
Secundário (10º-12º ano)	
Superior	

No que diz respeito à saúde oral das crianças com paralisia cerebral ao cuidado da APCC:

2. Considera a higiene oral destas crianças importante?

Não	
Sim	
Não sabe / Não responde	

3. Na sua opinião, possui ao seu dispor todos os meios necessários à promoção da saúde oral destas crianças?

Não	
Sim	
Não sabe / Não responde	

4. Qual lhe parece constituir o principal obstáculo para uma melhor saúde oral destas crianças?

Tempo despendido nos cuidados de higiene oral	
Poucos conhecimentos sobre saúde oral	
Poucos recursos humanos disponíveis na APCC	
Custos associados à compra de meios de higiene oral adaptados	
Custos associados e/ou acesso a tratamentos dentários	
Outros: _____	
Não sabe / Não responde	

5. Tem conhecimento da proporção de crianças que é / já foi consultada por algum médico dentista/estomatologista?

Nenhuma	
Algumas (menos de 20%)	
Bastantes (de 20 a 40%)	
Sensivelmente metade (entre 40 a 60%)	
A maioria (mais de 60%)	
Todas	
Não sabe / Não responde	

6. Na APCC, que proporção de crianças escova os dentes de forma autónoma?

Nenhuma	
Algumas (menos de 20%)	
Bastantes (de 20 a 40%)	
Sensivelmente metade (entre 40 a 60%)	
A maioria (mais de 60%)	
Todas	
Não sabe / Não responde	

7. A escovagem na APCC é supervisionada?

Nunca	
Pouco frequentemente	
Frequentemente	
Muito frequentemente	
Sempre	
Não sabe / Não responde	

8. Por dia, quantas vezes é realizada a escovagem na APCC a cada criança?

Nenhuma vez	
1 vez	
2 vezes	
3 ou mais vezes	
Não sabe / Não responde	

9. Após cada refeição na APCC, é realizada a escovagem dentária às crianças?

Nunca	
Pouco frequentemente	
Frequentemente	
Muito frequentemente	
Sempre	
Não sabe / Não responde	

10. Já tinha tido conhecimento que existem meios de higiene oral adaptados às necessidades das crianças com paralisia cerebral?

Não	
Sim	
Não sabe / Não responde	

11. Já procurou informação acerca desses meios de higiene adaptados (livros, internet....)?

Não	
Sim	
Não sabe / Não responde	

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

Não	
Sim	
Não sabe / Não responde	

Responda à questão 13 APENAS caso tenha assinalado “Não” na pergunta 12.

13. Por que motivo não utilizaria esses meios?

Falta de tempo durante expediente para utilizá-los	
Não tenho acesso a informação que me permita saber como utilizá-los	
Não tenho tempo para aprender a utilizá-los	
Outro motivo	
Não sabe / Não responde	

14. Na APCC as crianças usam escovas de dentes adaptadas?

Não, nenhuma	
Sim, algumas (menos de 20%)	
Sim, bastantes (de 20 a 40%)	
Sim, sensivelmente metade (entre 40 a 60%)	
Sim, a maioria (mais de 60%)	
Sim, todas	
Não sabe / Não responde	

15. Selecione os tipos de escovas usados (nesta questão poderá assinalar mais do que uma opção):

Escova de dentes manual convencional	
Escova de dentes com cabo mais largo	
Escova de dentes com cabo mais comprido	
Escova de dentes com dispositivo de prensão à mão da criança	
Escova de dentes com outro tipo de adaptação	
Escova de dentes eléctrica	
Não sabe / Não responde	

16. Com que frequência são trocadas a maioria das escovas de dentes na APCC?

Nunca são trocadas	
Mensalmente	
De 3 em 3 meses	
De 6 em 6 meses	
Anualmente	
Quando estão danificadas	
Não sabe / Não responde	

17. Sabia que as escovas de dentes devem ser trocada quando as cerdas “abrem”?

Não	
Sim	
Não sabe / Não responde	

18. Utiliza alguma medida complementar na higiene oral das crianças?

Nenhuma	
Algumas (menos de 20%)	
Bastantes (de 20 a 40%)	
Sensivelmente metade (entre 40 a 60%)	
A maioria (mais de 60%)	
Todas	
Não sabe / Não responde	

19. Se sim, qual ou quais?

Elixires	
Fio Dentário / aplicador de fio dentário	
Outro: _____	
Não sabe / Não responde	

20. As crianças alimentam-se sozinhas?

Nenhuma	
Algumas (menos de 20%)	
Bastantes (de 20 a 40%)	
Sensivelmente metade (entre 40 a 60%)	
A maioria (mais de 60%)	
Todas	
Não sabe / Não responde	

21. Tem conhecimento se as crianças têm / já tiveram dor de dentes ou outra dor relacionada com a cavidade oral?

Nenhuma	
Algumas (menos de 20%)	
Bastantes (de 20 a 40%)	
Sensivelmente metade (entre 40 a 60%)	
A maioria (mais de 60%)	
Todas	
Não sabe / Não responde	

22. Têm dor / sensibilidade quando ingerem alimentos frios, quentes ou doces?

Nenhuma	
Algumas (menos de 20%)	
Bastantes (de 20 a 40%)	
Sensivelmente metade (entre 40 a 60%)	
A maioria (mais de 60%)	
Todas	
Não sabe / Não responde	

23. As crianças apresentam hemorragia gengival?

Nenhuma	
Algumas (menos de 20%)	
Bastantes (de 20 a 40%)	
Sensivelmente metade (entre 40 a 60%)	
A maioria (mais de 60%)	
Todas	
Não sabe / Não responde	

24. Considera que as crianças têm mau hálito?

Nenhuma	
Algumas (menos de 20%)	
Bastantes (de 20 a 40%)	
Sensivelmente metade (entre 40 a 60%)	
A maioria (mais de 60%)	
Todas	
Não sabe / Não responde	

25. As atividades diárias de alguma destas crianças são / já foram condicionadas por algum problema dentário?

Nenhuma	
Algumas (menos de 20%)	
Bastantes (de 20 a 40%)	
Sensivelmente metade (entre 40 a 60%)	
A maioria (mais de 60%)	
Todas	
Não sabe / Não responde	

Muito obrigada pela sua participação!

Anexo 5: Modelo da História Clínica

História Clínica

Dados

Nome da criança:

Data de Nascimento: _____

Sexo: _____

Nome do pai/mãe/tutor:

Idade: _____

Tipo de dentição: _____

Índice de Higiene Oral Simplificado:

Valores	Características
0	Se a superfície do dente não está corada
1	Se 1/3 da superfície está corado
2	Se 2/3 da superfície estão corados
3	Se está corada toda a superfície

1ª Avaliação:

Data: / /

Dentes Definitivos/Temporários	Face	Valor do Índice
16/55	Vestibular	
11/51	Vestibular	
26/65	Vestibular	
36/75	Lingual	
31/71	Vestibular	
46/85	Lingual	

Anexo 6: Resultados do inquérito aplicado

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	Id	Idad	Sexo	Função	Nível_Escolaridade	Import_Higiene	Meios	Obstáculos	Consultadas	Escovag_autónoma	Escovag_Superv	Freq_Escova	Escova_pósref	Meios_adap	Proc_Info	Uso_Meios
2	I1	21	1	1	4	1	1	Anulada	0	4	4	1	4	0	0	1
3	I2	19	1	1	4	1	1	2	6	1	4	1	4	1	0	1
4	I3	26	1	1	5	1	0	3	1	2	3	1	2	0	0	1
5	I4	29	1	1	5	1	1	0	4	1	4	1	4	1	0	1
6	I5	21	1	1	5	1	1	3	6	1	4	1	2	0	0	1
7	I6	39	1	0	4	1	1	4	3	1	4	1	4	1	0	1
8	I7	42	1	0	4	1	1	0	6	1	3	1	4	0	0	1
9	I8	60	1	0	4	1	1	0	1	1	1	1	4	1	1	1
10	I9	37	1	0	5	1	0	3	6	3	4	1	2	1	0	1
11	I10	45	1	0	4	1	0	2	6	1	2	1	1	0	0	1
12	I11	30	1	0	4	1	1	0	6	2	2	1	2	0	0	1
13	I12	60	1	0	4	1	1	0	6	2	2	1	2	0	0	1
14	I13	41	1	0	5	1	1	5	1	2	3	1	0	0	0	2
15	I14	45	1	0	3	1	1	Anulada	4	2	4	1	4	0	0	1

	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC
1	Meios_mot	Escova_Adapt	Tipos_Escov	Freq_Troca	Troca_Escov	Med_Comp	Tipos_Med	Aliment_Autón	Dor_Dentes	Dor_sensib	Hemorr_Gen	Mau_Hálito	Ativi_Diárias
2			0	0	4	1	0		1	1	6	1	6
3	Sem efeito		0	0	6	1	0	Sem efeito	2	6	6	1	6
4			0	0	4	1	0		2	6	6	1	6
5			0	0	Anulada	1	0		2	6	6	2	0
6			6	0	5	1	6		1	1	6	0	6
7			0	0	Anulada	1	0		2	6	6	2	0
8			0	0	5	1	0		2	1	1	1	1
9	Sem efeito		0	1	1	1	4		1	1	1	1	2
10			1	0	Anulada	1	0		3	1	6	1	0
11			0	0	3	1	6	3	2	6	0	0	0
12			0	0	0	1	0		3	6	6	0	6
13			0	0	0	1	0		3	6	6	0	6
14			6	0 e 5	5	1	0		2	6	6	1	6
15			0	0 e 5	4	1	0		2	1	1	2	6

Anexo 7: Resultados da observação oral

	A	B	C	D	E
1	Código	Sexo	Idade	Fase da Dentição	Valores IHOS 1ª Observação
2	J1	M		3 Temporária	2,1,0,1,1,2
3	J2	F		3 Temporária	2,1,1,1,0,1
4	J3	M		5 Temporária	2,2,2,2,2,2
5	J4	M		6 Temporária	3,2,2,2,3,3
6	J5	F		4 Temporária	3,2,3,2,2,3
7	J6	M		3 Temporária	1,0,2,1,0,1
8	J8	F		4 Temporária	2,2,2,2,2,3
9	J9	M		3 Temporária	1,1,2,1,1,2
10	J10	F		6 Mista	3,3,3,2,3,1
11	J11	F		5 Temporária	2,1,2,1,1,2
12	J12	F		4 Temporária	2,1,2,2,0,2
13	J13	M		5 Mista	2,1,2,1,1,1

Índice de gráficos e tabelas

Gráfico 1 – Percepção da importância da higiene oral

Gráfico 2 – Meios necessários à promoção saúde oral

Gráfico 3– Número de escovagens diárias na APCC

Gráfico 4 – Meios de higiene oral adaptados

Gráfico 5 – Pesquisa de informação relativa a meios de higiene oral adaptados

Gráfico 6 – Uso dos meios caso tivesse acesso

Gráfico 7– Conhecimento sobre a troca das escovas de dentes

Tabela I – Definição da amostra das cuidadoras

Tabela II – Idade das cuidadoras incluídas no estudo

Tabela III – Grau de escolaridade das cuidadoras

Tabela IV – Principais obstáculos à saúde oral

Tabela V – Acompanhamento médico dentário das crianças

Tabela VI – Autonomia na escovagem dentária

Tabela VII – Supervisão da escovagem dentária

Tabela VIII – Escovagem após refeições na APCC

Tabela IX – Uso de escovas adaptadas

Tabela X – Tipos de escovas utilizadas

Tabela XI – Frequência de troca das escovas de dentes

Tabela XII – Utilização de medidas complementares

Tabela XIII – Autonomia da criança na alimentação

Tabela XIV – Experiência prévia de dor

Tabela XV – Dor / sensibilidade dentária

Tabela XVI – Ocorrência de hemorragia gengival

Tabela XVII – Mau hálito nas crianças

Tabela XVIII – Limitação das atividades diárias por problemas do foro dentário

Tabela XIX – Relação entre o principal obstáculo mencionado e as variáveis idade e nível de escolaridade

Tabela XX – Relação entre a idade e o conhecimento dos meios adaptados

Tabela XXI – Definição da amostra das crianças

Tabela XXII – Idade das crianças incluídas na amostra

Tabela XXIII – Valores médios do IHOS

Tabela XXIV – Resultados mais relevantes dos estudos analisados