

**UNIVERSIDADE POSITIVO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA CLÍNICA**

**ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS**  
**COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

**CECIM CALIXTO JUNIOR**

**CURITIBA**

**2010**

**UNIVERSIDADE POSITIVO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA CLÍNICA**

**ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS**  
**COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

**CECIM CALIXTO JUNIOR**

Dissertação apresentada à Universidade Positivo  
como requisito parcial para obtenção do título  
de Mestre em Odontologia, pelo programa de  
Mestrado Profissional em Odontologia Clínica.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr. Eduardo Pizzatto

**CURITIBA**

**2010**

Dados Internacionais de catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca da Universidade Positivo – Curitiba – PR

C388 Calixto-Junior, Cecim.

Estudo das condições de saúde bucal em crianças com  
necessidades especiais/ Cecim Calixto-Junior. — Curitiba :  
Universidade Positivo, 2010.

50 p. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Positivo, 2010.

Orientador : Profº. Drº. Eduardo Pizzatto.

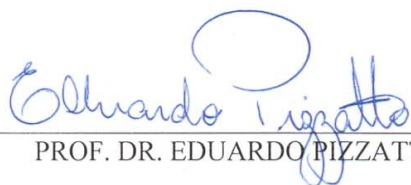
1. Saúde Bucal. 2. Epidemiologia. I. Título.

CDU 616.314



## Programa de Mestrado Profissional em Odontologia Clínica

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, em sessão pública realizada em 26 de fevereiro de 2010, considerou o candidato **CECIM CALIXTO JÚNIOR** aprovado.



---

PROF. DR. EDUARDO PIZZATTO



---

PROF. DR. EDGARD MICHEL CROSATO



---

PROFa. DRa ESTELA MARIS LOSSO

## EPÍGRAFE

### *A VOZ DO AMOR*

*Não acreditas num poder intenso  
capaz até de sacudir pilares.  
Nem acreditas que sozinho eu venço  
as tempestades que provêm dos mares.*

*Faço a alegria e a exatidão do senso  
e a melodia da canção dos pares.  
Faço clarear todo universo imenso  
e crio o Verbo que enobrece altares.*

*Esfrio a guerra congelando mágoas  
aqueço as almas como esfrio as águas  
em mutações que a própria mente enseja.*

*Abro caminho aos vegetais floridos  
e encho de vida os corações feridos  
porque sou tudo que o mortal deseja.*

Cecim Calixto

## AGRADECIMENTOS

*Ao meu saudoso e amado pai, pelo exemplo de vida e honestidade.*

*À minha mãe, pelo amor, carinho e dedicação.*

*À minha família, pelo apoio incondicional.*

*À Deus, pela oportunidade.*

*Aos meus amigos, pela amizade e companheirismo.*

*Ao meu orientador Professor Eduardo Pizzatto, pela paciência e dedicação.*

*Aos alunos e professores que me ajudaram e contribuíram para a realização da pesquisa.*

*Aos pacientes que confiaram e sem os quais não seria possível realizar este trabalho.*

*À todos que de alguma forma influenciaram positivamente e que me estimularam a continuar sempre em frente, sem nunca esmorecer.*

Calixto-Junior, C. Estudo das condições de saúde bucal em crianças com necessidades especiais [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Universidade Positivo; 2010.

## **RESUMO**

Na odontologia são classificados como pacientes portadores de necessidades especiais (PPNE) aqueles indivíduos que apresentam desvios no padrão considerado normal, necessitando assim, atenção diferenciada por parte do profissional. Contudo, muitas vezes este profissional não está apto para realizar um atendimento odontológico adequado, por não conhecer o perfil deste paciente. Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento das condições de saúde bucal de alunos portadores de necessidades especiais da Associação Paranaense de Reabilitação (APR) de Curitiba. Foi realizado um estudo transversal, exploratório, descritivo, com 87 crianças de 05 a 14 anos, regularmente matriculados na APR Curitiba, nas quais fora realizado exame clínico intrabucal, segundo normas da Organização Mundial da Saúde (OMS), e aplicação de questionário específico acerca das condições de saúde bucal. A média de idade foi de 9,0 anos, sendo que 57,5% eram do sexo masculino. O valor do CPO-D médio da amostra estudada foi de 1,4, e 54% das crianças examinadas apresentaram CPO-D igual a zero. O que permitem concluir as condições de saúde bucal da amostra estudada são muito semelhantes às condições das crianças ditas normais da mesma faixa etária. Mais estudos devam ser realizados afim de fomentar os esforços em prol da saúde bucal deste grupo específico de pacientes levando em consideração a sua condição de vulnerabilidade bio-psico-social, e objetivando uma melhor qualidade de vida.

Palavras chave: Saúde Bucal; Epidemiologia; Pacientes Especiais.

Calixto-Junior, C. Estudo das condições de saúde bucal em crianças com necessidades especiais [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Universidade Positivo; 2010.

## **ABSTRACT**

In dentistry, the patients with special needs (PSN) are individuals who exhibit deviations in normal standards considered, requiring distinguished special attention by the dentist. However, some professional seem not able to offer a proper attention in dental care, because they have less information and knowledge about patients with special needs. Under these conditions, this study has the objective of expose the health dental status of students with special needs in the Associação Paranaense de Reabilitação – APR (Rehabilitation Association of Parana / Curitiba-Brasil). A cross-sectional, exploratory and descriptive study performed with 87 children, between 05 to 14 years old, with regular registration in APR – Curitiba, with recent intra-oral clinical examination according to standards of World Health Organization (WHO), and it was applied a specific questionnaire about oral health conditions. The medial age stays in 9 years old (SD 2.5), and 57.5% were male. The medial standard of the DMFT (Decayed/Missing/Filled teeth) of the sample stays 1.4, and 54% of the examined children presented DMFT zero. The inference of results allows verify that the oral health conditions of children from the sample of the study are similar to oral conditions of normal children in the same age. Many more studies must be performed to grow efforts for healthy mouth care of the special group of PSN children, considering their bio-psycho-social conditions and vulnerability in order to promote a better quality of life.

**Keywords:** Oral Health; Epidemiology; Patients with special need.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|       |                                                                                                     |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| APAE  | Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais                                                       |
| APR   | Associação Paranaense de Reabilitação                                                               |
| CD    | Cirurgião Dentista                                                                                  |
| ceod  | Índice de dentes cariados com exodontia indicada e obturados/<br>restaurados (dentes decíduos)      |
| ceos  | Índice de superfícies cariadas com exodontia indicada e obturadas/<br>restauradas (dentes decíduos) |
| CFO   | Conselho Federal de Odontologia                                                                     |
| CPOD  | Índice de dentes cariados, perdidos e obturados/restaurados (dentes<br>permanentes)                 |
| CPOS  | Índice de superfícies cariadas, perdidas ou obturadas (dentes<br>permanentes)                       |
| DP    | Desvio Padrão                                                                                       |
| IBGE  | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                                                     |
| OMS   | Organização Mundial de Saúde                                                                        |
| PNEs  | Portadores de Necessidades Especiais                                                                |
| PPNEs | Pacientes Portadores de Necessidades Especiais                                                      |
| RM    | Retardo Mental                                                                                      |
| SD    | Síndrome de Down                                                                                    |
| TCLE  | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                                                          |

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

|           |                                                                                                                        |    |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1 | Distribuição percentual da amostra estudada quanto a idade.<br>Curitiba, 2009                                          | 21 |
| Gráfico 2 | Distribuição percentual da amostra estudada quanto ao gênero.<br>Curitiba, 2009                                        | 21 |
| Gráfico 3 | Distribuição percentual da presença de alteração gengival na amostra. Curitiba, 2009                                   | 22 |
| Gráfico 4 | Distribuição percentual da presença de alterações de tecidos mole na amostra estudada. Curitiba, 2009                  | 22 |
| Gráfico 5 | Distribuição percentual da amostra estudada quanto a situação oclusal. Curitiba, 2009                                  | 22 |
| Gráfico 6 | Distribuição percentual da amostra estudada quanto presença ou não de fluorose dental (Índice de Dean). Curitiba, 2009 | 23 |
| Gráfico 7 | Distribuição percentual da presença de placa visível na amostra estudada. Curitiba, 2009                               | 23 |
| Gráfico 8 | Distribuição percentual da amostra estudada quanto ao CPO-D. Curitiba, 2009                                            | 24 |
| Tabela 1  | Autopercepção em saúde bucal para um grupo de crianças/adolescentes especiais. Curitiba, 2009                          | 24 |

## **SUMÁRIO**

|                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b>            | <b>01</b> |
| <b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> | <b>04</b> |
| <b>3. PROPOSIÇÃO</b>            | <b>18</b> |
| <b>4. MATERIAL E MÉTODOS</b>    | <b>19</b> |
| <b>5. RESULTADOS</b>            | <b>21</b> |
| <b>6. DISCUSSÃO</b>             | <b>25</b> |
| <b>7. CONCLUSÃO</b>             | <b>29</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>              | <b>30</b> |
| <b>APÊNDICES</b>                | <b>34</b> |
| <b>ANEXOS</b>                   | <b>37</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

Todos os seres humanos são dotados de características particulares e únicas, por isso, todos de igual forma são especiais em muitos aspectos. No entanto, ter necessidades especiais, em algum ponto, está relacionado a inúmeras condições limitadoras, devido a alterações que ocorreram durante o período gestacional (hereditariedade ou congênita), durante o parto ou àquelas adquiridas ao longo da vida do sujeito (Brugnera, 2005).

Tomam-se como pacientes com necessidades especiais aqueles indivíduos que apresentem doenças ou condições que requeiram atendimento diferenciado por apresentarem alterações mentais, físicas, orgânicas, sociais ou comportamentais. Estima-se que entre 5 e 7% da população brasileira apresente algum grau de deficiência mental, requerendo estes pacientes tratamento individualizado, o estabelecimento de vínculo, motivação e educação em saúde bucal, elementos capazes de ajudar na superação dos obstáculos impostos pela ausência de comunicação devido a própria patologia (Mazzoni e Mazzoni, 2005).

A dinâmica de um consultório odontológico deve ser adequadamente compreendida pelo paciente. No entanto, pacientes com necessidades especiais, muitas vezes, apresentam algum tipo de comprometimento cognitivo, incapacitando-os em compreendê-lo na sua totalidade, requerendo do profissional compreensão e tratamento adequado (Oliveira et al., 2004a).

Desta maneira, o aprendizado está intimamente ligado à experiência prática, não sendo diferente quanto ao processo de iniciação ao tratamento odontológico. Até pouco tempo, os instrumentos aliados à abordagem do cirurgião dentista (CD) com seus pacientes eram fatores determinantes para o medo, caracterizando-se como mito no

prolongamento dos anos. Recentemente, a tecnologia tem elaborado equipamentos e instrumentos com *layouts* menos agressivos e modernizados, no sentido de melhorar a qualidade das emoções e das vivências dos pacientes durante o tempo que permanecem na clínica (Costa et al., 2007).

Hoje, a Odontologia concebe o paciente como um ser humano integral, fato que conduz o profissional à realização de investigações constantes, para observar quais os sentimentos envolvidos na relação paciente-dentista, identificando um comportamento no agir profissional, o melhor possível, que possa diminuir a ansiedade e aumentar a satisfação do paciente (Gamba, 2005).

O tratamento odontológico pede um olhar humano, caracteriza-se pelo cuidado físico e pelas relações afetivas. O tratamento dispensado à um paciente deve, prioritariamente, estabelecer vínculo de transferência entre paciente e profissional, tendo em vista que a impessoalidade no atendimento tem sido uma queixa que satisfaz a abordagem mecanicista apenas, jamais a prática humanista (Zorzi Mota, 2005).

O rigor no conhecimento, a prudência e a perícia no agir profissional, caracterizam-se como instrumentos singulares para o sucesso da prática odontológica, cujas reflexões constantes devem avaliar seus próprios conceitos e os conceitos novos que surgem acerca do trabalho odontológico realizado no paciente. O reconhecimento das limitações de cada indivíduo enquanto paciente é fundamental para traçar um plano de tratamento pré-estabelecido, que retardando ou executando-o, assegure controle médico-medicamentoso (Resende et al., 2007).

Portadores de necessidades especiais, normalmente, apresentam particularidades sistêmicas ou orais, que exercem influência direta ou indireta no tratamento desses indivíduos, por isso, o reconhecimento de peculiaridades para o

adequado tratamento de pacientes especiais é fator indispensável e comum nas diversas especialidades que abrangem a odontologia contemporaneamente (Buchala, 2005).

Entende-se que as ações em saúde, tanto educativa como curativa, visam proporcionar aos grupos humanos o mais elevado nível de saúde, não apenas em pacientes especiais, mas aos pacientes em toda sua generalidade, permitindo melhora e elevação da qualidade de vida. O processo educativo na odontologia, visando mudanças de comportamento, é essencial para a manutenção, aquisição e promoção de autocuidados em saúde bucal (Firoozmand et al., 2007).

No Brasil, a saúde bucal de pacientes especiais é muito precária devido à vários motivos, figurando entre eles a existência de poucos centros especializados relativos a assistência desses pacientes, ausência de profissionais habilitados para esse tipo de tratamento, seja em consultórios públicos ou privados. O tratamento curativo reabilitador é oneroso, a educação em saúde bucal é insuficiente e, muitas vezes, há desmotivação e desinteresse pela família em relação à saúde bucal desses indivíduos (Silva et al. 2005).

Neste sentido, o presente estudo tem por objetivo avaliar as condições de saúde bucal de um grupo de crianças com necessidades especiais.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

Na Odontologia, o paciente com necessidades especiais é o indivíduo que apresenta determinados desvios dos padrões de normalidade, identificáveis ou não, que necessitam de atenção, abordagem e atendimento especial diferenciado por um período de sua vida ou por toda sua vida. O paciente especial é uma unidade muito complexa: sua deficiência afeta determinados setores dessa unidade, repercutindo em outros e, conseqüentemente, na unidade como um todo. A classificação desse grupo é de acordo com a alteração que o mesmo apresenta deficiência mental, física, síndromes e deformidades craniofaciais, distúrbios comportamentais, sensoriais, transtorno psiquiátrico, doenças sistêmicas crônicas, infectocontagiosas e condições sistêmicas comprometidas e englobam também crianças com dependência tecnológica. Muitas manifestações bucais estão intimamente relacionadas com suas condições sistêmicas, tornando-se de extrema importância o cuidado com sua saúde bucal contribuindo para o tratamento de muitas malformações congênitas corrigidas cirurgicamente ou tratadas clinicamente. O descuido com a higiene bucal influencia negativamente no prognóstico das intervenções cirúrgicas e na progressão dos distúrbios (Mugayar, 2000).

Um trabalho conduzido por Rao et al. (2001) teve como objetivo de estudar a prevalência de cáries em crianças com limitações mentais Índia. No trabalho mostraram a prevalência de cáries ligeiramente superior a 66% e um valor de 2,48 para o CPOD (Índice de dentes permanentes cariados, perdidos ou obturados/restaurados). Os autores concluíram haver a necessidade de melhor organizar a prevenção de cáries para mensurar particulares desajustes entre estes pacientes.

Em estudo desenvolvido por Shyama et al. (2001), cujo objetivo fora avaliar a presença de cárie em crianças, jovens e adultos deficientes em uma escola especial no

Kuwait, os autores examinaram 832 sujeitos entre 3 e 29 anos de idade que apresentavam deficiências visuais, auditivas, físicas ou transtornos no desenvolvimento. Os resultados indicaram que a proporção de indivíduos livres de cárie na dentição decídua (3-12 anos) foi de 11,2%. O CPOD médio foi 5,4 sendo que o maior número de lesões de cáries foi encontrado em indivíduos que apresentavam Síndrome de Down (SD) e em deficientes auditivos. A proporção de indivíduos livres de cáries na dentição permanente, para indivíduos com mais de 5 anos de idade foi 24,2%. O menor percentual de indivíduos livres de cárie foi encontrado em deficientes auditivos (16,4%) e a maior porcentagem (35,5%) foi encontrada em indivíduos com deficiência física ou transtornos de desenvolvimento. A presença de cárie nos primeiros molares permanentes representaram maior proporção na composição do CPOD (53,6%). Na dentição permanente, aumento da idade, deficiência auditiva e má higiene bucal foram associados ao risco de cárie. Os autores concluíram que nesta população, os índices foram claramente superiores se comparado a uma pesquisa populacional realizada anteriormente. O estudo confirmou a necessidade de reforçar cuidados preventivos, e reabilitadores para essa população.

Mitsea et al. (2001) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o estado de saúde bucal e estimar as exigências de tratamento de crianças e adolescentes gregos com paralisia cerebral, retardo mental e distúrbios visuais, comparando a situação de saúde bucal desses grupos de indivíduos. A investigação envolveu o exame clínico de 170 indivíduos, entre 6 e 15 anos de idade de quatro escolas especiais em Atenas, nas quais os pesquisadores davam assistência. Como conclusão da investigação documentaram que o tratamento às necessidades de ambas as dentições são extremamente importantes para todos os grupos de indivíduos. Identificaram que o estado de higiene oral foi de baixa à moderada, especialmente, em indivíduos com



retardamento mental. No entanto, concluíram que a maior taxa de maloclusão foi observada em indivíduos com paralisia cerebral.

Um estudo foi desenvolvido por Saraiva e Nóbrega (2003), para avaliar a qualidade de vida em pacientes com Síndrome de *Down*. A coleta de dados envolveu um questionário, direcionado aos pais ou responsáveis, sobre a qualidade de vida de 14 alunos de uma APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) de João Pessoa. Concluíram que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal quando comparada com o atendimento na APAE e fora são estatisticamente diferentes, sendo superior na APAE. Com relação à atividade dentro da APAE, pode-se dizer que os pacientes sentem-se mais infelizes quando vão ao CD; fora da APAE, a maior infelicidade, em ordem decrescente, foi demonstrada quando o paciente está longe da família, seguida da internação hospitalar, ida ao CD e à consulta médica. A relação social também demonstrou um nível de infelicidade desses pacientes quando brincam sozinhos e dormem fora de casa. Neste sentido, os autores sugerem que existe a necessidade de uma campanha que torne a ida ao CD e o cuidado com a saúde bucal um fato com características positivas.

Cançado et al. (2003) estudaram o perfil de 378 pacientes PNEs, atendidos pelo Curso de Extensão Universitária da Faculdade de Odontologia com idades entre 2 meses e 60 anos 9 meses (de 0-9 anos 32,53%; 10-20 anos 41%; 21-30 anos 12,69%; mas de 30 anos 11,37%). O resultado demonstrou que as patologias de base mais frequentes eram: deficiência neuromotora 26,98%; Síndrome de *Down* 10,84%; epilepsia 7,40%; retardo mental sem outras alterações significativas 7,40%; hidrocefalia 3,44%; sem diagnóstico específico 19,84%. O tratamento odontológico do paciente com necessidades especiais deve ser iniciado precocemente, logo que o profissional tiver

identificado o problema sistêmico. Isto exige abordagem multidisciplinar desafiando a formação tecnicista do CD.

Casamassimo et al. (2004) estudaram as percepções educacionais e de tratamento que afetam tanto o cuidado em saúde bucal como o acesso dessas crianças com necessidades especiais à esse recurso, envolvendo crianças com paralisia cerebral, retardo mental e aqueles que estão medicamente comprometidos. O estudo teve como objetivo analisar um subconjunto de dados de uma pesquisa nacional de cirurgiões dentistas, realizada em 2001, para determinar os cuidados adotados pelo profissional em relação ao atendimento de crianças com necessidades especiais em saúde bucal. Na pesquisa os profissionais foram convidados a responder questões nas seguintes áreas: fornecem atenção e cuidados aos PPNEs; quais são suas percepções oriundas da formação que receberam em saúde bucal relacionadas à escola; qual é seu interesse na formação complementar para os PPNEs; quais os fatores que influenciaram na disponibilidade para prestar cuidados de PPNEs. Os resultados indicaram que apenas 1 em cada 4 entrevistados tinham experiência direta com PPNEs em saúde bucal. O nível de pós-graduação em clínica geral ou residência odontológica avançada não exerceu efeito sobre a disposição no cuidado de PPNEs. Cirurgiões dentistas mais velhos que aceitam trabalhar com todo tipo de criança, que praticam trabalhos em pequenas comunidades, foram mais propensos em cuidar e aceitar tratar PPNEs. Cirurgiões dentistas com experiências educacionais odontológicas com PPNEs em escolas foram menos propensos em considerar que o comportamento do paciente pode tornar-se obstáculo para ser atendido pelo profissional, e, ao contrário, despertaram maior desejo em ensinar cuidados em saúde aos PPNEs.

Carvalho e Araújo (2004) elaboraram um trabalho cujo objetivo foi conhecer a saúde bucal de pacientes com necessidades especiais. Relataram que as doenças bucais

mais prevalentes nestes pacientes são a cárie dentária e a doença periodontal, sendo esta última decorrente de problemas de ordem local e geral, podendo estar modulada pela utilização rotineira de medicamentos psicoativos, destacando os anticonvulsivantes. A saúde bucal desses indivíduos, independente do modelo assistencial psiquiátrico ao qual estão submetidos, deve ser avaliada criteriosa e periodicamente, haja vista que a condição bucal interfere na saúde mental.

Afirmam ainda que os programas de saúde bucal que são implementados para esses pacientes, visam sua motivação para um controle mecânico efetivo da placa bacteriana, pelos próprios pacientes, mas quando apresentam alguma deficiência motora, os pais, responsáveis ou o corpo de enfermagem das instituições especializadas, assumem tal responsabilidade. Determinados casos clínicos requerem ainda, a eliminação da placa bacteriana por meios químicos, através de substâncias antimicrobianas. As perspectivas futuras apontam para a possibilidade da atenção odontológica tornar-se rotina no contexto assistencial à saúde bucal, considerando-se não apenas as peculiaridades desta população especial, como ao paradigma de assistência manicomial, como uma opção de tratamento para indivíduos com patologias mentais (Carvalho e Araújo, 2004).

Silva et al. (2004) elaboraram um trabalho sobre “pacientes portadores de necessidades especiais, no sentido de revisar os conceitos de incapacidade, deficiência e desvantagem”. Na pesquisa tiveram como objetivo central divulgar a comemoração do ano de 2003 como o Ano Europeu das Pessoas com Deficiência, discutindo e revendo os conceitos adotados em saúde sobre o tema. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% das pessoas dos países do Terceiro Mundo, em tempos de paz, são portadoras de algum tipo de deficiência. Na área odontológica classifica-se a pessoa deficiente como pertencente ao grupo de PPNEs. A visão reducionista pensa no PPNE

como um paciente com doença grave ou com um *gap* mental. No entanto, o CD deve pensar no PPNE como um paciente que no momento do atendimento, por alguma razão está necessitando de atenção especial. Concluíram os pesquisadores que o “padrão normal é mais uma realidade mitológica que biológica”.

Oliveira et al. (2004a) abordaram os fatores relacionados ao uso de diferentes métodos de contenção em pacientes portadores de necessidades especiais. Visando a obtenção de dados quanto ao uso de técnicas de contenção durante atendimentos médicos ou odontológicos de portadores de necessidades especiais, foram pesquisados 209 pais e/ou responsáveis de crianças com deficiência mental e idade inferior a 15 anos, de duas instituições brasileiras. Verificou-se que 69% das crianças possuíam experiência com contenção física, 41% já tinham sido submetidas à sedação e 31% à anestesia geral. Não houve relação estatística entre o uso das técnicas de contenção e às variáveis: idade, gênero e classe econômica da família da criança. Baseado neste estudo percebe-se que a utilização das técnicas, na maioria das vezes, considera diferentes fatores, sendo a indicação para determinado método de controle comportamental baseado na análise individual de cada criança.

Oliveira et al. (2004b) pesquisaram o impacto de um programa de educação e motivação de higiene oral direcionado a crianças portadoras de necessidades especiais matriculadas e assistidas no Centro de Educação Especial na cidade de Aracaju, bem como ampliar a vivência e dedicação dos alunos de do Curso de Odontologia para lidarem com crianças PNEs. O envolvimento dos pacientes especiais, juntamente com o suporte e incentivo de seus responsáveis e educadores foi um trabalho de fundamental importância para o alcance da efetividade do programa. Os resultados foram altamente satisfatórios, houve uma diminuição estatisticamente significativa no índice de placa dental, decorridos dois meses de realização do programa, além da participação efetiva

da maioria do grupo de alunos voluntários, contribuindo para a obtenção dos resultados satisfatórios.

Ronald et al. (2004) verificaram o desenvolvimento de um plano de carreira dentro do campo da Odontologia voltado ao atendimento do profissional à PPNEs em países como Estados Unidos, Grã-Bretanha, Austrália e Nova Zelândia. Relataram como resultados que nos últimos 10 anos há um consenso sobre a necessidade de criar uma estrutura para melhor qualificar os profissionais que trabalham no campo de PPNEs em Odontologia. Concluíram que há evidência forte do alto risco para o desenvolvimento de doenças bucais em populações PNEs tendo em vista a variedade enorme de deficiências e barreiras que impedem o acesso à assistência odontológica.

Giro et al. (2004) realizaram um trabalho com o objetivo de avaliar a prevalência de cáries e o consumo de carboidratos. No estudo relataram que mesmo sabendo que entre os fatores de risco à cárie estão as condições de vida desenvolvidas pelo paciente, o consumo de carboidratos simples e a frequência de ingestão, elaboraram um trabalho no qual participaram 51 pacientes portadores de deficiência física ou mental institucionalizados (Grupo 1) e 49 não-institucionalizados (Grupo 2). Na pesquisa realizaram um exame clínico para a verificação do índice de cárie (ceo-d ou CPO-D) e, por meio de uma entrevista dirigida com os responsáveis pelo paciente, levantou-se a frequência de ingestão de carboidratos simples (frutas e doces). Os resultados demonstraram haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos no que se refere ao CPO-D, ao consumo de doces e à frequência de ingestão entre as refeições, tendo o Grupo 1 apresentado os piores resultados. Não foi encontrada correlação entre o consumo de frutas e a prevalência de cárie, ao passo que, para o consumo de doces, a correlação foi estatisticamente significativa. Os pesquisadores

concluíram que os pacientes institucionalizados apresentaram maior risco de desenvolver cárie dental.

Newacheck e Sue (2005) estudaram o perfil nacional de utilização dos gastos com cuidados em saúde para crianças PNEs em Bangladesh. A amostra compôs-se de um conjunto de 6.965 crianças menores de 18 anos. Os resultados indicaram que 949 crianças (15,6%) foram identificadas como PNEs em saúde. Os principais valores obtidos foram comparados à outras crianças não PNEs e resultou que os primeiros apresentavam três vezes mais gastos em saúde, ou seja, de U\$ 2099 para PPNEs contra U\$ 628 não PNEs. As despesas das famílias de PPNEs sempre são mais elevadas, sendo que, muitas vezes, apresentam rendimentos mais baixos. Os autores sugerem que mudanças nas políticas de saúde poderiam ampliar o entendimento a estes pacientes, visando melhorar a cobertura do seguro necessário à garantia de que todas as famílias de PPNEs sejam protegidos contra despesas extras.

Maureen et al. (2005) estudaram o perfil em saúde bucal de pessoas com déficit cognitivo no sudoeste dos Estados Unidos. O Relatório de Cirurgia Geral em Saúde daquele país, nesse mesmo ano, afirmou que pessoas que vivem abaixo do limiar de pobreza e aquelas com retardo mental e/ou deficiência física têm a saúde oral mais deficiente se comparada a saúde da população em geral. Concluíram assim que, pessoas com deficiência intelectual e disparidades em saúde bucal estão associadas com a pobreza.

Campos et al. (2005) estudaram o padrão de alimentação do paciente com necessidades especiais e seus reflexos na cavidade bucal. Deram ênfase que a dificuldade de alimentação e a má nutrição são comuns em pacientes com necessidades especiais. A ingestão de alimentos é dificultada, muitas vezes, por deficiências motoras e/ou mentais e podem também estar associadas a anorexia, vômitos, dificuldade ou

impossibilidade de mastigação e deglutição. A avaliação multidisciplinar destes pacientes é necessária para melhorar sua qualidade de vida e o CD encontra-se dentro deste contexto, visando não só o tratamento curativo, mas também orientando e educando seu paciente, principalmente, seus responsáveis. Embora os autores conhecessem que a má nutrição prejudica o crescimento e o desenvolvimento, podendo representar reflexos na cavidade bucal, realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de apontar as principais limitações que levam a um padrão alimentar específico e a influência deste no desenvolvimento de doenças bucais.

Waldman e Perlman (2006) estudaram a saúde de crianças PNEs, apresentando os resultados de um levantamento nacional feito em 2001, em Chicago. O objetivo desta Pesquisa Nacional de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde, foi oferecer uma visão geral destas crianças e jovens a partir da perspectiva dos pais. Os resultados da pesquisa revelaram que cerca de 13% (9,4 milhões) de crianças nos Estados Unidos possuem necessidades especiais, com prevalência maior para as que vivem na pobreza e entre crianças nativas. Foi relatado que esses indivíduos não recebem cuidados dentários necessários apesar dos convênios de saúde da rede pública disponíveis, em comparação com crianças portadores de convênios privados, ou seja, para indivíduos com necessidades especiais de baixa renda é de 2 a 3 vezes mais improvável de se obter serviços de saúde necessários.

Davila et al. (2006) estudaram a cárie dental em pessoas com retardamento mental e Síndrome de *Down*. Os critérios de inclusão envolveram o exame dentário de 60 alunos e seus pais ou a pessoa responsável por eles ao serem entrevistados. A prevalência de indivíduos com retardo mental foi de 53% para o sexo feminino e 46,2% para o sexo masculino. Os resultados indicaram que a idade média dos participantes foi entre 8,17 e 14,5 e 48% pertencem à famílias da classe de trabalhadores. Dos

participantes, 64,4% de pacientes com retardo mental e 31,9% com Síndrome de *Down* tiveram cárie, não apresentaram necessidade de tratamento odontológico de urgência e 45% usavam serviços públicos de saúde dentária. Os autores concluíram que pessoas que sofrem de retardo mental e Síndrome de *Down* apresentam estado precário de saúde bucal, motivo que induz à recomendar a criação de programas de saúde dirigidos especificamente à essas pessoas.

Guimarães et al. (2006) buscaram conhecer as medidas preventivas em odontologia para PPNEs. Neste trabalho de revisão, buscou identificar as medidas preventivas utilizadas para o controle e a manutenção da saúde bucal dos PPNEs. Além disso, fez uma breve retrospectiva da forma de atenção que foi conferida a esses indivíduos ao longo dos anos, mostrando a evolução que houve em relação ao tratamento que lhes era atribuído, de maneira a fornecer uma visão geral de como a História contribuiu para o reconhecimento da necessidade de uma atenção especial voltada para estes pacientes. Foi possível constatar que os PPNEs precisam ser avaliados de modo integral por uma equipe multidisciplinar capacitada, mediante um acompanhamento precoce, de maneira que as medidas preventivas, sobretudo, àquelas relacionadas com a educação em saúde, possam ser instituídas desde cedo, possibilitando-lhes maiores chances de qualidade de vida.

Resende et al. (2007) estudaram os fatores de risco para a cárie em dentes decíduos de PPNEs. Nesse trabalho os pesquisadores tiveram como objetivo investigar a influência do uso de mamadeira, idade, escolaridade dos pais, medicação de uso crônico, gênero, higienização realizada pelo paciente ou pelo responsável, prévia orientação de cuidadores sobre higienização e atendimento por profissionais de diversas áreas da saúde na presença de lesões cavitadas cariosas e restaurações em dentes decíduos em portadores de paralisia cerebral. Para isso, verificaram 141 prontuários de



crianças portadoras de paralisia cerebral atendidas pelo projeto Atendimento Odontológico à Pacientes com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Os resultados apontaram que houve associação da experiência de cárie segundo a idade e o uso de mamadeira. Apesar disso, 67,4% dos participantes deste projeto não apresentaram lesões cariosas nem restaurações. Os pesquisadores concluíram que a mamadeira e a idade são importantes fatores que predispõem ao portador de paralisia cerebral desenvolver lesões de cárie dentária.

Firoozmand et al.(2007) estudaram a prevalência de fraturas dentárias em PPNEs. Durante o trabalho realizaram minucioso exame clínico e *anamnese*, coletando dados referentes ao sexo, idade, tipo de fratura, número de dentes envolvidos e causa da fratura. Os resultados apontaram que das 57 crianças inquiridas, 22 (38,59%) possuíam dentes fraturados, sendo 27,2% do sexo masculino e 72,8% do sexo feminino. Os dentes mais afetados foram os incisivos centrais superiores representando 63.83% dos dentes fraturados. Em relação ao tipo de fratura verificou-se que 61,7% envolviam o esmalte e dentina, seguidas pelas fraturas de esmalte apenas 21,3% e aquelas com envolvimento do esmalte, dentina e polpa 17%. As causas mais frequentes de fraturas dentárias em pacientes síndrômicos relatadas neste estudo foram queda (36,4%), crise convulsiva (18,2%) e bruxismo (18,2%). A cárie representou 4,5% das causas de fratura dentária, sendo que em 22,7% dos casos não foi identificada a causa da fratura. Os pesquisadores concluíram que 38,59% das crianças com necessidades especiais apresentavam fraturas dentárias, sendo mais frequentes nos incisivos centrais superiores. A síndrome de Down e paralisia cerebral foram as síndromes mais encontradas, mas as quedas, convulsões, bruxismo e a cárie dental foram as principais causas relacionadas à fratura dentária.

Costa et al. (2007) desenvolveram um estudo intitulado perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um centro de

odontologia do Distrito Federal, cujo objetivo principal consistia em investigar o perfil clínico-epidemiológico dos 67 pacientes com Paralisia Cerebral, entre as faixas etárias de 2-38 anos, assistidos em 2005 no Centro de Treinamento, Pesquisa e Atenção em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais do Hospital Regional da Asa Norte, de Brasília. Os resultados indicaram que os pacientes pertencem a famílias de baixa renda, moram distantes do Centro de Assistência Odontológica, apresentam sequelas neuropsicomotoras comprometendo seu estado geral com repercussões na saúde bucal. São de moderado a severamente dependentes da mãe, sua cuidadora é de baixa escolaridade, tendo dificuldades de acesso aos serviços odontológicos. Para seu atendimento em nível ambulatorial fizeram-se necessários equipe odontológica treinada, utilização de técnicas de contenção física, manutenção do paciente na própria cadeira de rodas e participação ativa do cuidador durante procedimentos clínicos. Os pesquisadores concluíram ser necessário a implementação de políticas públicas de saúde bucal que contemplem a promoção, prevenção e melhoria dos serviços especializados para esses pacientes, conjuntamente com ações inter-setoriais que contribuam para a integralidade de sua assistência.

Kane et al. (2008) estudaram os fatores associados ao acesso em saúde bucal destinado à crianças com necessidades especiais. No trabalho tiveram como objetivo examinar a relação entre o recebimento de cuidados médico-odontológicos de rotina entre crianças com necessidades especiais de saúde (PPNEs) residentes nos distritos de Alabama, Geórgia e Mississippi. Como resultados obtiveram que 76% dos pais de crianças PNEs residentes em algum daqueles distritos tinham seu filho com alguma necessidade de atendimento odontológico nos últimos 12 meses. Destes, 13,1% não recebiam cuidado algum. As falhas na obtenção de cuidados em saúde bucal, necessários aos PPNEs esteve associada a falta de comparecimento aos serviços

médico-odontológicos de rotina devido a baixa renda dos pais. Os autores concluíram que a ausência em obter cuidados médicos de rotina pode ser um fator de risco resultando em falha na obtenção de atendimento odontológico. Concluem que urge a necessidade de analisar outros fatores envolvidos quanto aos obstáculos na oferta de atendimento odontológico para PPNEs. Assim, entendem que o desenvolvimento de estratégias que otimizem o acesso do PPNEs ao atendimento odontológico em todos os níveis de renda são necessários.

Jain et al. (2008) desenvolveram um estudo transversal para avaliar a prevalência de cárie e necessidades de tratamento em 127 pacientes institucionalizados com idade entre 5-22 anos frequentadores de uma escola especial para alunos com deficiência auditiva. O CPO-D médio foi de 2,61. Dos 127 sujeitos, 111 (87,4%) necessitaram de tratamento, houve alta prevalência de cáries (83,92%). A análise de regressão múltipla mostrou que o CPO-D teve estreita associação com a idade. Os resultados demonstraram que os jovens com problemas auditivos nessa região têm elevada prevalência de cárie dentária e má higiene oral, havendo a necessidade de tratamento odontológico, situação esta que é preocupante, requerendo atenção imediata por parte dos profissionais em saúde bucal.

De Jongh et al. (2008) desenvolveram um trabalho cujo objetivo foi avaliar o estado de saúde bucal, necessidade de tratamento e barreiras presentes no atendimento odontológico de PPNEs graves na Holanda. Foi avaliado o estado de saúde bucal de 61 crianças (38% do gênero feminino; 4-12 anos) selecionadas a partir de sete diferentes creches. Os CDs solicitaram aos cuidadores que preenchessem os questionários com informações demográficas, de higiene oral, frequência de visitas ao CD e possíveis barreiras para o cuidado oral diário das crianças. De todas as crianças 57,4% apresentaram cárie não tratada (CEOD/CPO-D=3,0; DP=3,1). A proporção de crianças

livres de cárie foi de 29,5%. Em comparação com as demais crianças holandesas, uma proporção significativamente maior de crianças com deficiência não recebeu cuidados de rotina dental (53,1% e 23,8%, respectivamente). Os autores concluíram que a comunicação representa um obstáculo importante no tratamento e que crianças PNEs institucionalizadas, devido à deficiência grave, recebem menor grau de cuidados odontológicos.

## **2. PROPOSIÇÃO**

O objetivo deste trabalho foi avaliar as condições de saúde bucal de crianças com necessidades especiais matriculadas em uma Escola de Educação Especial de Curitiba/PR.

#### **4. MATERIAL E MÉTODOS**

O presente estudo pode ser caracterizado como sendo um estudo transversal-exploratório-descritivo. Exploratório, pois constituiu-se em um aprofundamento sobre o tema - saúde bucal de pacientes com necessidades especiais - para em seguida planejar e executar a pesquisa do tipo descritiva, a qual objetiva descrever uma realidade através de seus fatos e fenômenos (Triviños, 1987).

A primeira fase deste trabalho foi realizada através de pesquisa documental e bibliográfica relativas ao tema abordado. Para a fase de pesquisa de campo foi utilizado um estudo do tipo transversal-descritivo, objetivando a caracterização, mais próxima da realidade, da população a ser estudada (Babbie, 1999; Marconi e Lakatos, 1999).

A moldura da amostra foi composta por alunos da Associação Paranaense de Reabilitação (APR) localizada no município de Curitiba/PR.

Para seleção do grupo amostral foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: possuir idade entre 05 e 14 anos, de ambos os gêneros, consentir com a realização do exame e entregar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo pai e/ou responsável (Apêndice I).

De um total de 205 crianças matriculadas na APR, foram examinadas 87, as quais enquadravam-se nos critérios acima relacionados e trouxeram o TCLE autorizando a realização do exame.

O exame clínico intrabucal, seguiu o modelo preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) onde foram avaliadas as seguintes variáveis: idade, sexo, cárie dentária, necessidade de tratamento, fluorose, oclusão, doença periodontal e alterações de tecido mole (OMS, 1999) os critérios classificatórios podem ser vistos no Anexo I.

O referido exame clínico fora realizado com auxílio de espátula de madeira, e os dados anotados em ficha clínica individual (Apêndice II).

Tais exames foram realizados nas sedes da própria APR, por examinador previamente calibrado ( $Kappa = 0,86$ ), sob iluminação artificial, estando o examinado sentado e examinador em pé.

Destaca-se que o diagnóstico, por ocasião do exame clínico intrabucal, de situações patológicas, principalmente desencadeadoras de processos algicos, receberam encaminhamento para tratamento clínico, ou na própria escola, ou na unidade de saúde responsável pelo território, ou mesmo na clínica odontológica da Universidade Positivo.

Cabe ressaltar que foi realizado contato prévio explicitando os objetivos do presente estudo e protocolo de realização dos exames aos diretores da APR, afim de obter autorização necessária para realizar a presente pesquisa (Apêndice III).

Vale lembrar que todas as fases deste estudo foram submetidas à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa conforme Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (Processo 155/2009 - Anexo II).

Os resultados obtidos no estudo foram expressos por médias e desvios padrões ou por frequências e percentuais, apresentados em tabelas e gráficos. Os dados foram organizados em planilha Excel e analisados com o programa computacional *Statistica 8.0*.

## 5. RESULTADOS

A média de idade foi de 9,0 anos (dp 2,5), ficando distribuída conforme Gráfico 1.

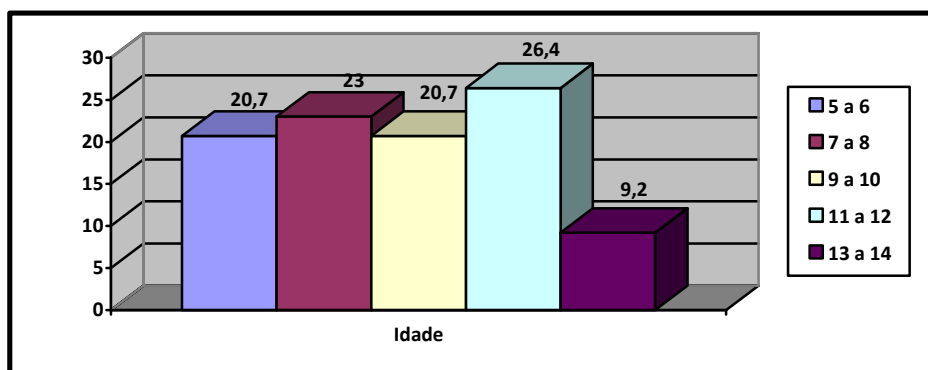


Gráfico 1 – Distribuição percentual da amostra estudada quanto a idade. Curitiba, 2009.

O Gráfico 2 mostra a distribuição da amostra por gênero.

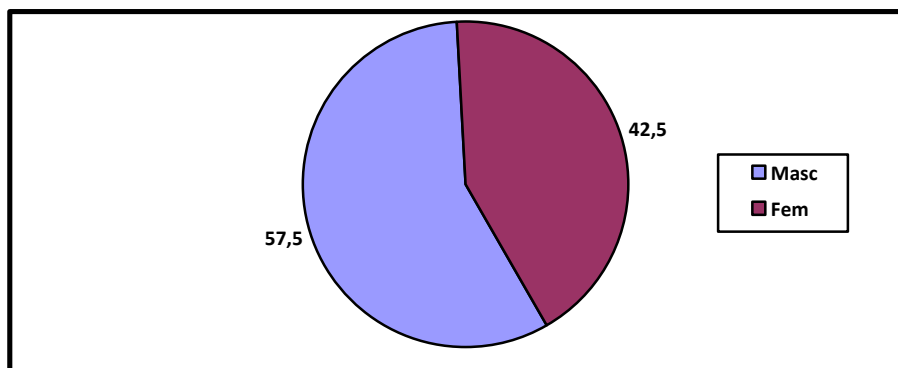


Gráfico 2 – Distribuição percentual da amostra estudada quanto ao gênero. Curitiba, 2009.

Já o Gráfico 3 mostra a frequência de alteração gengival na amostra estudada.



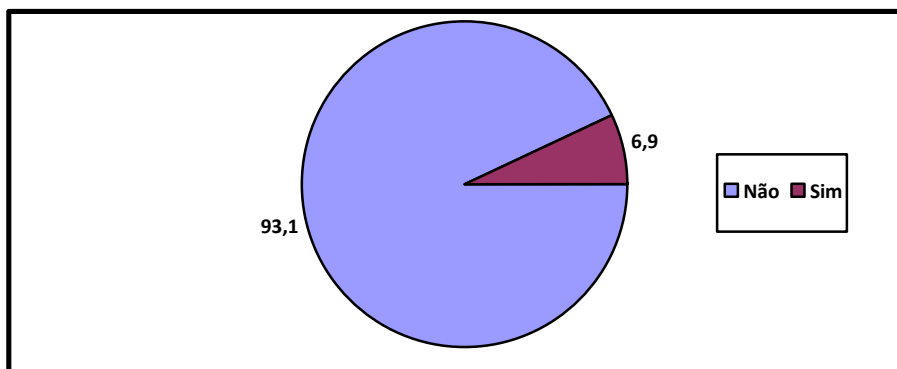


Gráfico 3 – Distribuição percentual da presença de alteração gengival na amostra. Curitiba, 2009.

O Gráfico 4 mostra a frequência de alterações em tecidos mole na amostra.

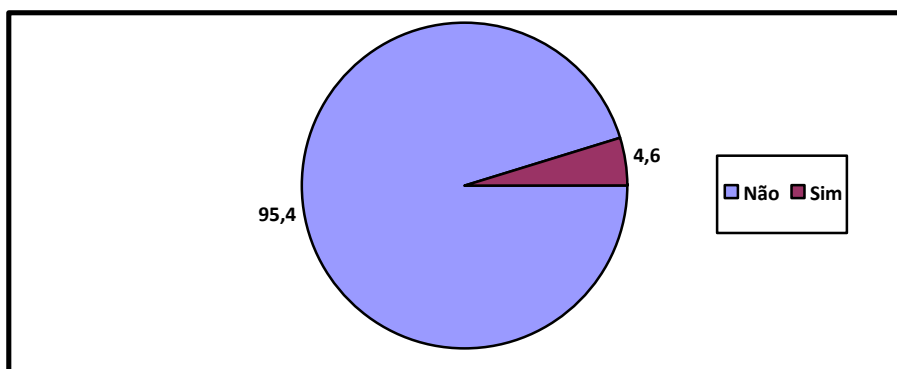


Gráfico 4 – Distribuição percentual da presença de alterações de tecidos mole na amostra estudada.  
Curitiba, 2009.

O Gráfico 5 mostra a situação oclusal da amostra estudada.

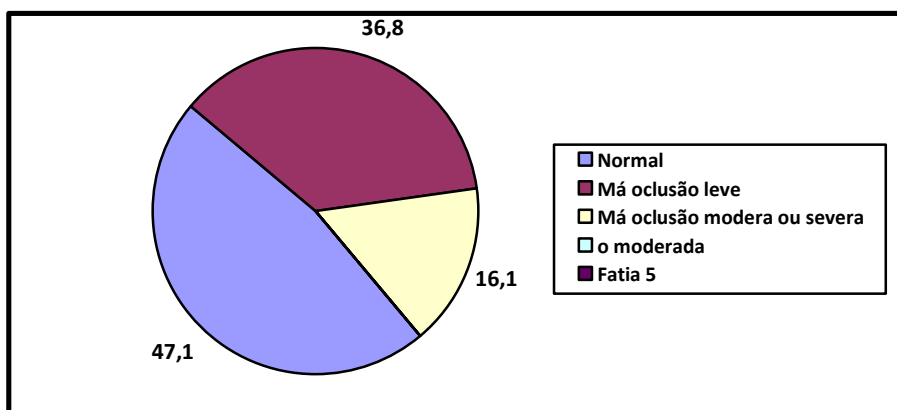


Gráfico 5 – Distribuição percentual da amostra estudada quanto a situação oclusal. Curitiba, 2009.

Já a situação das crianças avaliadas quanto a presença de fluorose dental pode ser verificada através do Gráfico 6.

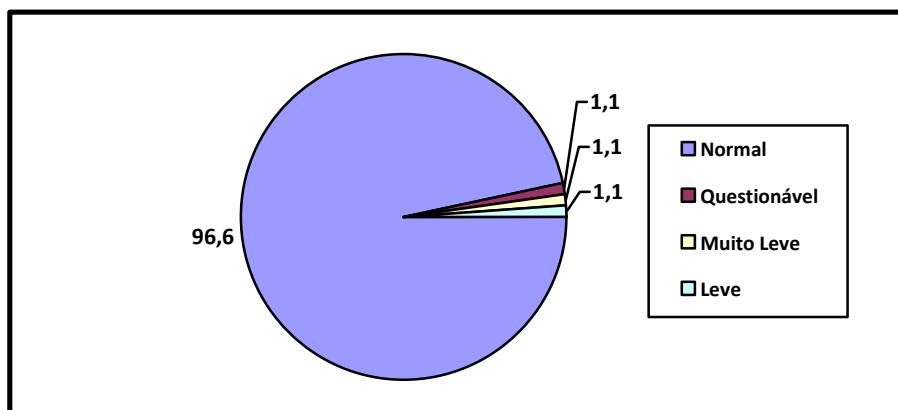


Gráfico 6 – Distribuição percentual da amostra estudada quanto presença ou não de fluorose dental (Índice de Dean). Curitiba, 2009.

O Gráfico 7 mostra a frequência da presença de placa visível na amostra.

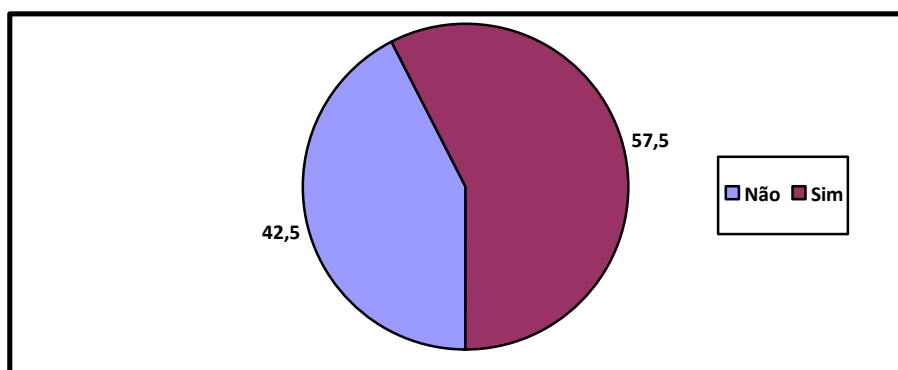


Gráfico 7 – Distribuição percentual da presença de placa visível na amostra estudada. Curitiba, 2009.

O valor do CPO-D médio da amostra estudada foi de 1,4 (dp 2,0), sendo que 54% das crianças examinadas apresentaram CPO-D igual a zero. A distribuição dos valores do CPO-D pode ser verificada no Gráfico 8.

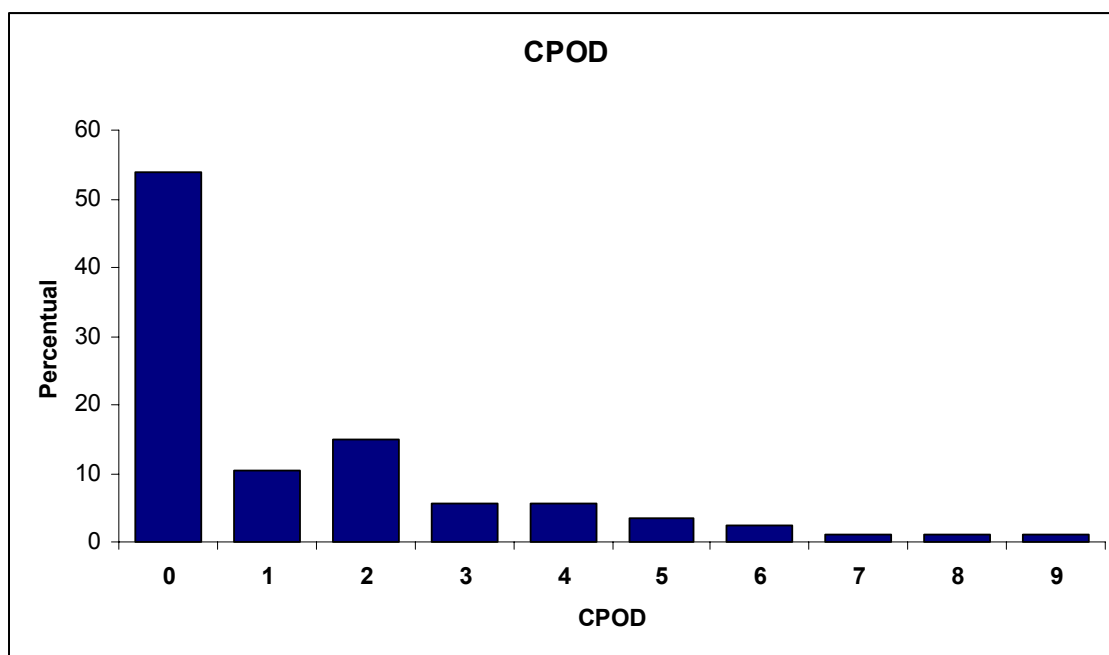


Gráfico 8 – Distribuição percentual da amostra estudada quanto ao CPO-D. Curitiba, 2009.

As questões sobre autopercepção em saúde bucal foram aplicadas apenas às crianças/adolescentes de 12 a 15 anos (n=11), e podem ser verificadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Autopercepção em saúde bucal para um grupo de crianças/adolescentes especiais. Curitiba, 2009.

| Pergunta                              | Respostas            | Frequência | Percentual |
|---------------------------------------|----------------------|------------|------------|
| Já foi ao dentista alguma vez na vida | 1-sim                | 9          | 81,8       |
|                                       | 2-não                | 2          | 18,2       |
| Há quanto tempo*                      | 2-menos de 1 ano     | 5          | 55,6       |
|                                       | 3-de 1 a 2 anos      | 4          | 44,4       |
| Onde*                                 | 2-serviço público    | 5          | 55,6       |
|                                       | 3-serviço particular | 4          | 44,4       |
| Por quê*                              | 2-consulta de rotina | 6          | 66,7       |
|                                       | 3-dor                | 3          | 33,3       |
| Considera que necessita de tratamento | 1-sim                | 3          | 27,3       |
|                                       | 2-não                | 8          | 72,7       |
| Como classificaria sua saúde bucal    | 1-não sabe           | 1          | 9,1        |
|                                       | 3-ruim               | 1          | 9,1        |
|                                       | 4-regular            | 2          | 18,2       |
|                                       | 5-boas               | 4          | 36,4       |
|                                       | 6-ótima              | 3          | 27,3       |

\* Perguntas restritas aos 9 pacientes que já foram ao dentista alguma vez na vida

## DISCUSSÃO

A preocupação com a qualidade de vida PPNE tem aumentado gradativamente, tanto no Brasil como no exterior. Campanhas em prol da acessibilidade, de uma educação de qualidade bem como de atenção integral à saúde são cada dia mais comuns. Neste sentido, a saúde bucal ganha espaço importante pois as patologias que afetam o sistema estomatognático alteram significativamente não apenas a função ou estética deste paciente, mas comprometem sua qualidade de vida como um todo.

Um importante avanço nesta área, tanto para o PPNE quanto para o CD, foi a regulamentação da especialidade de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) em dezembro de 2001, através da Resolução CFO 22/2001 a qual define em seu Art. 31 “Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais é a especialidade que tem por objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal dos pacientes que apresentam uma complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social, bem como percepção e atuação dentro de uma estrutura transdisciplinar com outros profissionais de saúde e de áreas correlatas com o paciente.” (Brasil, 2002).

Diversos estudos mostram que as doenças bucais mais prevalentes em PPNEs são a cárie e a doença parodontal, e que o controle de placa é um dos fatores preponderantes na atenção em saúde bucal destes pacientes (Cumella et al., 2000; Magg e Meneses, 2000; Carvalho e Araújo, 2004; Dávila et al., 2005; Pezzementi e Fischer, 2005).

Neste sentido, especial atenção deve ser destinada ao controle de placa realizado pelo próprio paciente ou pelo responsável/cuidador. Segundo Souza (2006) em qualquer

orientação sobre higiene bucal deve-se dar especial atenção aos pais e/ou responsáveis/cuidadores, pois estes serão os multiplicadores da informação.

No presente estudo, 57,5% dos examinados apresentavam placa visível, mas somente 6,9% apresentavam alterações gengivais (primeira manifestação clínica da ocorrência de doença periodontal).

Achados semelhantes foram descritos por Donnel, Sheiham e Wai (2002) que examinaram 174 indivíduos de 14 anos PNEs e observaram placa visível em 47,7% da amostra estudada. Em contrapartida, Souza (2006) relatou resultados totalmente distintos, tendo encontrado sangramento gengival em 92,94% da sua amostra.

Já Cumella et al. (2000) encontraram apenas 35% dos indivíduos que compuseram sua amostra (composta por 115 PPNEs menores de 18 anos de idade) com condições gengivais saudáveis. Relataram ainda que 58% apresentavam higiene bucal deficiente.

Um dado que chama a atenção no presente estudo refere-se ao CPOD médio da amostra (1,4) e ao elevado número de crianças com CPOD igual a zero (54%), isto porque a literatura mostra dados um pouco contrastantes.

Rao et al. (2001) encontrou um CPOD igual a 2,48 ao estudar a prevalência de cáries em crianças com limitações mentais, no mesmo trabalho encontrou apenas 33,8% de sua amostra livre de cáries.

Shyama et al. também em 2001, ao avaliar 832 indivíduos entre 3 e 29 anos de idade que apresentavam deficiências visuais, auditivas, físicas ou transtornos no desenvolvimento encontraram um CPOD médio de 5,4 sendo que a proporção de indivíduos livres de cáries na dentição permanente, para indivíduos com mais de 5 anos de idade representou 24,2% da amostra estudada.

Donnel, Sheiham e Wai (2002) examinaram 174 indivíduos de 14 anos PNEs no Japão e encontraram um CPOD médio de 2,27.

Davila et al. (2006) estudaram a cárie dental em pacientes com retardo mental e Síndrome de Down com idades médias entre 8,17 e 14,5 anos e verificaram que 35,6 dos pacientes do primeiro grupo e 68,1% do segundo grupo eram cárie zero.

Já Souza (2006), ao avaliar crianças de 7 a 12 anos PNEs encontrou um valor de CPOD bastante próximo (1,81) do valor encontrado no presente estudo.

Jain et al. (2008) ao avaliar 127 PPNEs na Índia, com idades entre 5 e 22 anos, encontraram um CPOD médio de 2,41. De Jongh et al. (2008) avaliaram o estado de saúde bucal de 61 crianças institucionalizadas com deficiência mental grave de 4 a 12 anos de idade na Holanda e encontraram CPOD igual a 3,0 com 29,5% da amostra estudada livre de cárie.

Não foi objetivo deste estudo efetuar nenhuma comparação entre o grupo de PPNEs e outros grupos de indivíduos mas, em tratando-se desta variável em especial, cabe aqui um paralelo: o valor médio do CPOD encontrado ficou bastante próximo da média de CPOD para crianças de 12 de Curitiba/PR (1,27) segundo dados do último levantamento nacional das condições de saúde bucal da população brasileira – SB Brasil (2004).

Vários estudos foram e estão sendo realizados no sentido de conhecer melhor a realidade em termos de saúde bucal dos PPNEs, bem como fornecerem suporte para a implantação de programas/ações preventivo educativas voltadas a esta população em especial.

No entanto, diversos obstáculos necessitam ainda serem superados, segundo Fenton et al. (2003), e Acuña e Bolis (2005) alguns fatores como ansiedade do paciente,

falta de experiência no manejo deste paciente, dificuldades comportamentais são fatores que dificultam o atendimento odontológico do PPNEs.

Já Cançado et al. (2003) reforçam que a abordagem deste tipo de paciente deve ser multidisciplinar e iniciada o mais cedo possível.

Souza (2006) destaca também, que muitos são os obstáculos a serem superados no atendimento odontológico dos PPNEs, dentre eles, a ansiedade do paciente e dos pais, a baixa prioridade em campanhas de saúde pública, pouco preparo do CD e necessidade de um trabalho multidisciplinar e multiprofissional.

No que tange a autopercepção em saúde bucal, o presente estudo investigou uma amostra relativamente pequena (11 indivíduos), pois o questionário foi destinado aos próprios pacientes, fica como sugestão que tal questionamento seja direcionado aos pais ou responsáveis/cuidadores, ainda que não retrate especificamente a autopercepção em saúde bucal mas sim a percepção de terceiros próximos ao PPNEs.

## CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos no presente estudo e na revisão bibliográfica efetuada parece pertinente concluir que:

- As crianças PNEs que compuseram a amostra apresentam condições de saúde bucal semelhante às crianças ditas normais da mesma faixa etária;

- O valor do CPOD encontrado mostrou-se próximo da média para a faixa etária na cidade de Curitiba/PR;

- Com exceção da variável presença de placa visível, a amostra estudada apresentou resultados considerados bom/ótimos nas demais variáveis/condições analisadas;

- Devido a relevância do tema, sugere-se que mais estudos devam ser realizados afim de fomentar os esforços em prol da saúde bucal deste grupo específico de pacientes levando em consideração a sua condição de vulnerabilidade bio-psico-social, e objetivando uma melhor qualidade de vida.

- Avaliar a autopercepção em saúde bucal em PPNEs ainda é um desafio a ser superado, uma vez que a comunicação pode ser uma grande barreira impeditiva.

- O CD precisa estar capacitado para atender a esta demanda, destinando a ela uma atenção diferenciada, multidisciplinar e integral.



## REFERÊNCIAS

Acuna C, Bolis M. La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas. Organización Panamericana de la Salud, 2005.

Babbie E. Métodos de pesquisa de survey. Belo Horizonte: UFMG, 1999. 519p.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004.

Brugnera Jr, A. Conceituando o paciente com necessidades especiais (cap. 1, p. 3-12). In: Varella, MLZ. O paciente com necessidades especiais na Odontologia. Manual Prático. São Paulo: Livraria Santos, 2005. 511p.

Buchala C. Classificação das necessidades especiais em odontologia. (cap. 2, p. 13-17). In: Varella, MLZ. O paciente com necessidades especiais na odontologia. Manual Prático. São Paulo: Livraria Santos, 2005. 511p.

Campos JADB, Zuanon ACC, Giro EMA, Abreu-e-Lima FCB, Eating pattern of os patients with especial needs and its influence on the mouth. JBP Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol 2005;8(42):127-134.

Cançado FM, Carvalho e Silva SR, Preto Guimarães F; Araujo, Vanessa Pereira de. Profile of patients with special needs. Bol Assoc Argent Odontol Niños 2003;32(1):8-11.

Carvalho EMC, Araújo RPC. The oral health of mental and behaviour disturbance patients. Pesqui. Bras Odontopediatria Clín Integr 2004;4(1):65-75.

Casamassimo PS, Seale NS, Ruehs K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. J Dent Educ 2004;68(1):23-8.

Costa MLP, Costa MABT, Pereira Márcio Florentino. The clinic-epidemiological profile of patients with Cerebral Palsy treated in a dentistry center in Distrito Federal, Brasil. Comun Ciênc Saúde 2007;18(2):129-139.

Cumella S, Ransford N, Lyons J, Burnham H. Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with community dental services. J Intellect Disabil Res. 2000; 44:45-52.

Davila ME, Daza D, Bullones X, Ugel E. Salud oral de las personas con retraso mental em cuatro minicipios del estado Lara. Acta Odontol Venez, 2005; 43(3).

Davila ME, Gil M, Daza D, Bullones X, Ugel E. Caries dental en personas con retraso mental y síndrome de Down. Rev Salud Publica 2006;8(3):207-13.

De Jongh AD, van Houtem C, 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. American Society for Geriatric Dentistry 2008;28(3):111-5.

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

SJ Fenton, H Hood, M Holder, May PB, Mouradian WE. The American Academy of Developmental Medicine and Dentistry: eliminating health disparities for individuals with mental retardation and other developmental disabilities. J Dent Educ. 2003 67: 1337-1344.

Fassina AP. Analysis of disciplines concerning handicapped patients at Brazilian Colleges in 2005. São Paulo, s.n; 2006. 155 p. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia para obtenção do grau de Mestre.

Firoozmand LM, Vargas RPS, Rocha João Carlos da. Prevalence of dental fracture among children attending special care. Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr;7(2):149-153, maio-ago. 2007.

Fonseca ALA. Relationship between the profile of the patient with special needs assisted in public health services and the limits of performance of the dentists. [Tese de mestrado] São Paulo: Secretaria da Saúde, 2008. 93 p.

Gamba C. Anestesia. (cap. 19, p. 381-394). In: Varellis, MLZ. O paciente com necessidades especiais na Odontologia. Manual Prático. São Paulo: Livraria Santos, 2005. 511p.

Giro EMA, Orrico SRP, Campos JÁ, Duarte B, Lorena SM, Cortez LMS. Caries prevalence in institutionalized and non-institutionalized disabled patients: consumption of simple carbohydrates. Rev Odontol 2004;33(2):75-79.

Guimarães AO, Azevedo ID, Solano MCPP. Preventive dental procedures in handicapped patients. JBP Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebe 2006; 9(47):79-84.

Jain M, Mathur AK, Santhosh Dagli RJ, Duraiswamy P, Kulkarni S. Dentition status and treatment needs (necessidade de tratamento) among (entre) children with impaired hearing (audição danificada) attending a special school for the deaf and mute in Udaipur, India. J Oral Science 2008;50(2):161-165.

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.

Magg MS, Meneses SM. Um trabalho realmente especial. Divul Saude Debate, 2000; (19):67-9.

Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 260p.

Maureen L, Pezzementi ML, Fischer MA. Oral health status of people with intellectual disabilities in the southeastern United States. J Am Dent Assoc 2005;136(7):903-912.

Mazzoni AC, Mazzoni. O uso do laser. (cap. 21, p. 443-457). In: Varellis, MLZ. O paciente com necessidades especiais na Odontologia. Manual Prático. São Paulo: Livraria Santos, 2005. 511p.

Mitsea AG, Karidis AG, Donta-Bakoyianni C, Spyropoulos ND. Department of Oral Diagnosis and Oral Radiology, Dental School, University of Athens, Athens, Greece. Oral health status in Greek children and teenagers, with disabilities. J Clinical Pediatric Dentistry 2001;26(1):111-118.

Mugayar, LRF. Pacientes portadores de necessidades especiais. São Paulo: Pancast. 2000.

Newacheck PW, Sue EK. Um Perfil Nacional da utilização dos cuidados de saúde e os gastos com crianças com Necessidades de Cuidados de Saúde. Arch Pediatr Adolesc Med.2005; 159:10-17.

Oliveira ACB, Paiva SM, Pordeus IA. Factors related to the restraint methods used in disabled persons. Ciênc Odontol Bras 2004;7(3):52-59.

Oliveira LA, Oliveira CCC, Gonçalves SJR. Impacto of a motivations and education buccal hygiene program of children with special needs. Odontol Clín Cient; 20043(3):187-192.

Organização Mundial da Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal. 4. ed. São Paulo: Santos, 1999. 66p.

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

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

Resende VLS, Castilho LS, Viegas CMS, Soares MA. Risk factors for caries in temporary teeth in disabled children. Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr 2007;7(2):111-117.

Ronald L E, Chalmers J, Frenkel H. Odontologia para Pessoas com Necessidades Especiais: Como deve ser reconhecido? J Dent Educ 2004;68(8):803-806.

Rossi-Barbosa LAR, Palma ABO, Coelho IM, Pereira LMB, Abreu MHNG, Costa SMC. Expectation and satisfaction of parents or tutors of users of apae assisted at special patient dental clinic of dentistry school of montes claros State University – Unimontes/Mg. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2007;7(1):51-58.

Saraiva APVP, Nóbrega MSG. Quality of life evaluation for patients with down syndrome João Pessoa/Paraíba. Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr 2003;3(2):59-64.

Shyama M, Al-Mutawa SA, Morris RE, Sugathan T, Honkala E. Dental caries experience of disabled children and young adults in Kuwait. *Community Dent Health* 2001;18(3):181-6.

Silva ZCM, Pagnoncelli SD, Weber JBB, Fritscher AMG. Profile assessment of patients with special needs at the Pediatric Dentistry Clinic of The Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul. *Rev Odonto Ciênc* 2005;20(50):313-318.

SILVA, Olga Maria Panhoca da; PANHOCA, Luiz; BLACHMAN, Isaac Tobias. Os pacientes portadores de necessidades especiais: revisando os conceitos de incapacidade, deficiência e desvantagem. *Salusvita*, Bauru, v. 23, n. 1, p. 109-116, 2004.

Souza, APP. Avaliação da saúde bucal da pessoa institucionalizada com deficiência mental [Dissertação de Mestrado]. Campo Grande: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; 2006.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p

Waldman HB, Perlman SP. Children with special health care needs: results of a national survey. *J Dent Child* 2006;73(1):57-62.

Zorzi Mota ALR. Acessibilidade (cap. 24, p. 449-496). In: Varellis, MLZ. O paciente com necessidades especiais na Odontologia. Manual Prático. São Paulo: Livraria Santos, 2005. 511p.

## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE POSITIVO**  
**NÚCLEO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**MESTRADO EM ODONTOLOGIA CLÍNICA**

#### **PESQUISA CIENTÍFICA**

“Estudo das condições de saúde bucal em crianças com necessidades especiais”

Curitiba, agosto de 2009

Prezado(a) Senhor (a)

Com nossos cumprimentos, dirigimo-nos a Vossa Senhoria para informar que o Cirurgião Dentista CECIM CALIXTO JUNIOR, aluno devidamente matriculado no Curso de Mestrado em Odontologia Clínica da Universidade Positivo, está realizando um estudo sobre as condições de saúde bucal de crianças com necessidades especiais. Neste estudo, serão examinados os dentes e as gengivas destas crianças. O exame consiste em observação da boca, feita na própria escola, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Nenhum produto será aplicado nem qualquer tipo de tratamento realizado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos.

Assim sendo, o presente tem a finalidade de informar sobre a pesquisa e **solicitar a vossa autorização**. Esperando contar com vossa autorização, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde bucal coletiva.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Eduardo Pizzatto<sup>1</sup>**

**Cecim Calixto Junior - CD**

Professor Orientador

Pesquisador Responsável

#### **AUTORIZAÇÃO**

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa **“Estudo das condições de saúde bucal em crianças com necessidades especiais”**, autorizo a realização do exame.

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Nome do pai e/ou responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do pai e/ou responsável: \_\_\_\_\_

Curitiba \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

UNIVERSIDADE POSITIVO

Rua Professor Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300

CEP 81280-330 – Curitiba/PR

Fone: (041) 3317-3403

e-mail: epizzatto@up.edu.br

## APÊNDICE II

### FICHA DE EXAME CLÍNICO

#### IDENTIFICAÇÃO

ALUNO: \_\_\_\_\_ EXAMIN.: \_\_\_\_\_  
SÉRIE: \_\_\_\_\_ TURMA: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ FICHA Nº: \_\_\_\_\_

#### CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL

ALTERAÇÃO GENGIVAL/PERIODONTAL ( ) Sim ( ) Não

ALTERAÇÃO EM TECIDOS MOLES ( ) Sim ( ) Não

OCLUSÃO ( ) Normal ( ) Má-oclusão leve ( ) Má-oclusão moderada ou severa

FLUOROSE DENTAL ( ) Normal ( ) Quest. ( ) Muito Leve ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severa

PLACA VISÍVEL: ( ) Presente ( ) Ausente

ATIVIDADE DE CÁRIE: ( ) Não ( ) Sim ( ) Manha Branca Ativa ( ) Lesão Ativa Cavitada

#### CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

|            | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| COROA      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| TRATAMENTO |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|            | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| COROA      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| TRATAMENTO |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

#### AUTOPERCEPÇÃO (Somente para adolescentes de 12 a 15 anos)

##### Já foi ao dentista alguma vez na vida?

( ) sim ( ) não

##### Há quanto tempo?

( ) nunca fui ( ) menos de 1 ano ( ) de 1 a 2 anos ( ) 3 ou mais anos

##### Onde?

( ) nunca fui ( ) serviço público ( ) serviço particular ( ) planos e convênios ( ) outros

##### Por quê?

( ) nunca fui ( ) consulta de rotina ( ) dor ( ) sangramento gengival ( ) cavidades nos dentes ( ) feridas/carroços ou manchas na boca ( ) traumas/outros

##### Considera que necessita de tratamento atualmente?

( ) sim ( ) não

##### Como classificaria sua saúde bucal?

( ) não sabe ( ) péssima ( ) ruim ( ) regular ( ) boa ( ) ótima

## APÊNDICE III

### AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DA ESCOLA



**UNIVERSIDADE POSITIVO**  
**NÚCLEO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**MESTRADO EM ODONTOLOGIA CLÍNICA**

#### **PESQUISA CIENTÍFICA**

“Estudo das condições de saúde bucal em crianças com necessidades especiais”

---

Curitiba, agosto de 2009

Senhor(a) Diretor(a)

Com nossos cumprimentos, dirigimo-nos a Vossa Senhoria para informar que o Cirurgião Dentista CECIM CALIXTO JUNIOR, aluno devidamente matriculado no Curso de Mestrado em Odontologia Clínica da Universidade Positivo, está realizando um estudo sobre as condições de saúde bucal de crianças com necessidades especiais. Neste estudo, serão examinados os dentes e as gengivas destas crianças. O exame consiste em observação da boca, feita na própria escola, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Nenhum produto será aplicado nem qualquer tipo de tratamento realizado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos. Por isso consideramos indispensável a participação dessa escola, uma vez que as atividades escolares não sofrerão alterações significativas em sua rotina.

Assim sendo, o presente tem a finalidade de informar sobre a pesquisa e solicitar a vossa autorização.

Esperando contar com vossa autorização, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde bucal coletiva.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Eduardo Pizzatto<sup>2</sup>**

Professor Orientador

**Cecim Calixto Junior - CD**

Pesquisador Responsável

## ANEXO I

### **Critérios adotados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para realização de levantamentos epidemiológicos em Saúde Bucal.**

#### **1. CÁRIE DENTÁRIA**

##### 0 - Coroa Hígida

Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como hígidos:

- manchas esbranquiçadas;
- descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI;
- sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa;
- lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.

##### 1 - Coroa Cariada

Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.

##### 2 - Coroa Restaurada mas Cariada

Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).

##### 3 - Coroa Restaurada e Sem Cárie



Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7.

#### 4 - Dente Perdido Devido à Cárie

Um dente permanente ou decíduo foi extraído por causa de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à coroa. Dentes decíduos: aplicar apenas quando o indivíduo está numa faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.

#### 5 - Dente Perdido por Outra Razão

Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

#### 6 - Selante

Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1 ou B (cárie).

#### 7 - Apoio de Ponte ou Coroa

Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como 4 ou 5.

#### 8 - Coroa Não Erupcionada

Quando o dente permanente ou decíduo ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.

#### T - Trauma (Fratura)

Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.

**2. FLUOROSE DENTÁRIA** – O índice se baseia no índice de Dean. Todos os dentes são examinados, mas a avaliação da condição individual é feita levando-se em conta apenas os dois dentes mais afetados, obedecendo os critérios abaixo descritos:

0 - Normal. O esmalte apresenta translucidez usual com estrutura semi-vitriforme. A superfície é lisa, polida, cor creme clara.

1 - Questionável. O esmalte revela pequena diferença em relação à translucidez normal, com ocasionais manchas esbranquiçadas. Usar este código quando a classificação “normal” não se justifica.

2 - Muito leve. Áreas esbranquiçadas, opacas, pequenas manchas espalhadas irregularmente pelo dente, mas envolvendo não mais que 25% da superfície. Inclui opacidades claras com 1mm a 2 mm na ponta das cúspides de molares (picos nevados).

3 - Leve. A opacidade é mais extensa, mas não envolve mais que 50% da superfície.

4 - Moderada. Todo o esmalte dentário está afetado e as superfícies sujeitas à atrição mostram-se desgastadas. Há manchas castanhas ou amareladas freqüentemente desfigurantes.

**3. OCLUSÃO:** A condição oclusal deve ser examinada, conforme seguintes critérios:

0 - Normal: ausência de alterações oclusais;

1 - Leve: quando há um ou mais dentes com giroversão ou ligeiro apinhamento ou espaçamento prejudicando o alinhamento regular, e;

2 - Moderada/Severa: quando há um efeito inaceitável sobre a aparência facial, ou uma significativa redução da função mastigatória, ou problemas fonéticos observados pela presença de uma ou mais das seguintes condições nos quatro incisivos anteriores:

- transpasse horizontal maxilar estimado em 9 mm ou mais (overjet positivo);
- transpasse horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual ou maior que o tamanho de um dente (overjet negativo);
- mordida aberta;
- desvio de linha média estimado em 4 mm ou mais;
- apinhamento ou espaçamento estimado em 4 mm ou mais.

## ANEXO II

### PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
Rua Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza, 5-200  
Fone: (41) 3317-3290 ou 3317-3299  
Fax: (41) 3317-3030  
cep@up.edu.br

PROTOCOLO 155 /2009

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA ANALISADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UP

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                    |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    |                                       |
| 1. Título do Projeto: Estudos das condições de saúde bucal em crianças com necessidades especiais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    |                                       |
| 2. Professor orientador: Eduardo Pizzatto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                       |
| 3. Instituição do pesquisador: UP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |                                       |
| 4. Local onde será realizada a pesquisa: APR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                    |                                       |
| Alunos(a): Cecim Calixto Júnior                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                    | CAAE: 0142.0.094.000-09               |
| <b>OBJETIVO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                    |                                       |
| 7. avaliar as condições de saúde bucal em crianças com necessidades especiais, bem como o manejo destes pacientes por acadêmicos de odontologia e profissionais                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                    |                                       |
| <b>SÍNTESE DO PROJETO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                       |
| 8. estudo transversal exploratório-descritivo, com aprofundamento acerca do tema através de revisão bibliográfica e avaliação transversal por meio da realização de um levantamento epidemiológico em saúde bucal em crianças de 9 a 14 anos com necessidades especiais, além da aplicação de um questionário semi-estruturado a acadêmicos e profissionais. Farão parte da amostra 200 crianças com deficiências físico-motoras matriculadas na APR. |                                                    |                                       |
| <b>COMENTÁRIOS DO RELATOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                    |                                       |
| Foi apresentada autorização da APR, projeto em conformidade com a resolução 196/96.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                    |                                       |
| <b>PARECER FINAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    |                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Recomenda a Aprovação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Não Recomenda a aprovação | <input type="checkbox"/> Em pendência |
| 10. Solicita-se envio de relatório final, ou carta assinada pelo orientador comunicando término, ou cancelamento da pesquisa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                    |                                       |



  
MARIA FERNANDA TORRES  
COORDENADORA