



Curso de Mestrado em Ciências Odontológicas

**PRISCILA DE OLIVEIRA FERREIRA**

**RECURSO ÁUDIO-VISUAL EM SAÚDE BUCAL PARA CUIDADORES DE  
PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

BARRETOS

2010



Curso de Mestrado em Ciências Odontológicas

**PRISCILA DE OLIVEIRA FERREIRA**

**RECURSO ÁUDIO-VISUAL EM SAÚDE BUCAL PARA CUIDADORES DE  
PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciências Odontológicas do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos, para obtenção do título de Mestre em Periodontia.

Orientador: Prof. Dr. Alex Tadeu Martins

BARRETOS

2010

PRISCILA DE OLIVEIRA FERREIRA

RECURSO ÁUDIO-VISUAL EM SAÚDE BUCAL PARA CUIDADORES DE  
PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

COMISSÃO JULGADORA  
DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Alex Tadeu Martins

2º Examinador: Rossana Abud Cabrera Rosa

3º Examinador: Fabiano de Sant'ana dos Santos

Barretos, 09, fevereiro de 2010.

## **DADOS CURRICULARES**

### **PRISCILA DE OLIVEIRA FERREIRA**

Nascimento	10.11.1982 – Barretos – São Paulo
Filiação	Julio Cesar Ferreira Sonia Pereira de Oliveira
2004/2007	Graduação em Odontologia no Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos.
2008/2010	Curso de Mestrado em Ciências Odontológicas do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos.

## **DEDICATÓRIA**

*A **Deus**, por toda a proteção ao longo de minha vida.*

*A minha mãe, **Sonia**, que me ensinou a viver com honestidade, lealdade, e amor a Deus e ao próximo, sempre apoiando e incentivando-me em todos os momentos de minha vida.  
Mãe Te Amo muito!!!*

*Ao meu pai, **Julio**, que mesmo não estando presente no meu dia a dia, o meu agradecimento.*

*Ao meu padastro, **Mauri Lopes**, que sempre que precisei esteve ao meu lado me apoiando.*

*A toda minha família que sempre torceu pelo meu sucesso.*

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

*No decorrer desse trabalho teve ao meu lado incontáveis pessoas que não apenas contribuíram, mas viabilizaram sua concretização. Em especial, desejo expressar minha gratidão, meu respeito e minha homenagem:*

*Ao Orientador desse trabalho, Profº Drº Alex Tadeu Martins, pela confiança que depositou em mim. Conhecendo a sua dedicação e, principalmente, o seu espírito crítico, sinto-me honrada por tê-lo como orientador. Aprendi a ser desafiada, e descobri que sou capaz de superar tais desafios. Muitíssimo obrigada.*

*Ao Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Profº Drº Benedicto Egbert Correa de Toledo a quem tenho um carinho muito especial, pela dedicação, confiança e inteligência que transmite a todos.*

*Ao Coordenador do Curso de Odontologia Profº Drº Fabiano de Sant'ana dos Santos, por todo o apoio e dedicação ao trabalho.*

*A amiga Eliane Marçon Barrosa, que mesmo com tantos afazeres, se colocou a disposição para ser a examinadora do trabalho, e realizando junto comigo a parte prática com muito amor e carinho.*

*A amiga Cecília Kehdi Crepaldi, por ter me apoiado em todas as horas, sendo a peça chave para o desenvolvimento desse trabalho lá na APAE, e não se esquecendo de toda a dedicação que teve com o trabalho.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Ao Reitor do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos Profº Drº Álvaro Fernandez Gomes e ao Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa Profº Drº Romildo Martins Sampaio e A instituição Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos.*

*A toda a equipe da APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) que colaboraram para a realização deste trabalho.*

*A Profª Drª Ana Emília Pontes que além da disciplina bioestatística me guiou em todas as horas que precisei para o desenvolvimento da estatística e entendimento dos resultados obtidos no trabalho.*

*A Profª Drª Elizangela Partata Zuza, pelo aprendizado, dedicação e disposição.*

*A Profª Drª Juliana Rico Pires, pela disposição em colaborar para o enriquecimento do trabalho, amizade, companheirismo.*

*Ao Profº Drº Fernando Salimon Ribeiro, pelo enriquecimento clínico e teórico, transmitindo conhecimentos valiosos durante esses anos.*

*A todos os demais Professores Doutores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas: Celso Eduardo Sakakura, Elcio Marcantonio Jr., Letícia Helena Theodoro, Raphael Carlos Comelli Lia, Rogério Margonar, Lizete Diniz Ribas Casagrande, Osvaldo Eduardo Aiello, Patrícia Amoroso de Andrade, Fabio Luiz Ferreira Scanavinno, Sally Cristina Moutinho Monteiro.*

*Ao Profº Drº Fabio Luiz Ferreira Scanavinno, pela gentileza e disponibilidade prestada para o enriquecimento do trabalho.*

*Aos professores da disciplina de Tópicos Especiais, pela paciência que tiveram no decorrer do trabalho.*

*Ao Profº Ms. Marcelo Vieira Silva, pela atenção que foi dada no decorrer desses anos e o enriquecimento em grandes cirurgias realizadas no estágio, me orientando pra ser um bom profissional clínico e didático.*

*Aos professores que me acompanharam ao longo desses anos na clínica de estágio, Marcelo Vieira Silva, José Umberto Bampa, Icila Maria Lopes Ferraz Constantino, Patricia Helena Rodrigues de Souza, Luiz Macellaro Sampaio, Ueide Fernando Fontana, no qual transmitiram muito de seus conhecimentos enriquecendo ainda mais.*

*A todos os meus colegas do curso pós-graduação, em especial Ana Luiza Vanzato Carrareto, Eliane Marçon Barroso, Simoni Paro Silva, Thais Uenoyama Dezem, Paulo Henrique Bortoluzzo, com os quais foi um prazer conviver, não apenas pela colaboração científica, mas, sobretudo pelo companheirismo e amizade, dividindo todas as angústias, momentos difíceis e também alegres no decorrer do curso, formando uma nova família.*

*À todos os Funcionários da Clínica de Odontologia da UNIFEB, em especial a Edna, que acompanhou de perto toda a parte prática do nosso trabalho.*

*À secretária Sônia do Curso de Mestrado, pela atenção e cooperação para a realização de várias tarefas a serem cumpridas.*

*Aos pacientes e seus respectivos cuidadores que colaboraram para a realização deste trabalho.*

*Aos discentes, em especial o Rubens e a Camila do 3º termo de odontologia que nos auxiliaram na parte prática do trabalho.*

*A todos que direta ou indiretamente, colaboraram na execução deste trabalho.*



## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS .....	8
RESUMO .....	9
ABSTRACT .....	9
2 PROPOSIÇÃO .....	14
3 METODOLOGIA .....	15
4 RESULTADO .....	23
5 DISCUSSÃO .....	26
6 CONCLUSÃO .....	32
7 REFERÊNCIAS .....	33
8 ANEXO.....	37
Anexo 1 – Revisão da literatura .....	37
Anexo 2 – Monografia .....	76
Anexo 3 – Aprovação do Comitê de Ética para realização do estudo .....	88
Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	89
Anexo 5 – Ficha Clínica.....	91
Anexo 6 – Roteiro de Orientação.....	92

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APAE: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

AV: áudio-visual

GAMPE: Grupo de Atendimento Multiprofissional de Pacientes Especiais

IPV: índice de placa visível

ISG: índice de sangramento gengival

PHP: Patient Hygiene Performance

PNE: Pacientes com Necessidades Especiais

RAV: recurso áudio-visual

SB: Saúde Bucal

UNIFEB: Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos

## RESUMO

Ferreira PO. Recurso áudio-visual em saúde bucal para cuidadores de pacientes com necessidades especiais. [Dissertação de Mestrado]. Barretos: Curso de Mestrado em Ciências Odontológicas da UNIFEB; 2010.

O objetivo deste estudo foi verificar a efetividade de um material áudio-visual educativo em Saúde Bucal para a orientação e motivação de cuidadores de pessoas com comprometimento neuro-psico-motor. Para isso, foram selecionados 78 pacientes com deficiência mental e seus respectivos cuidadores. Foram avaliados os índices de placa visível e sangramento gengival dos pacientes nos períodos inicial, 15, 30, 60 e 90 dias após uma única exibição do recurso áudio-visual e/ou orientação de higiene de acordo com os grupos do estudo. Os resultados demonstraram redução estatisticamente significante do Índice de Placa Visível por até 60 dias e do Índice de Sangramento Gengival por até 30 dias após única exibição do vídeo aos cuidadores. Os dados sugerem que o recurso áudio-visual utilizado é efetivo como programa preventivo em odontologia para pacientes com comprometimento neuro-psico-motor

**Palavras-chave:** Pacientes especiais, recurso áudio-visual, educação em saúde.

## **ABSTRACT**

Ferreira PO. Oral health audio visual material for caregivers of patients with special needs. [Dissertação de Mestrado]. Barretos: Curso de Mestrado em Ciências Odontológicas da UNIFEB; 2010.

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of oral health audio visual material for guidance and motivation of caregivers involved in welfare and care of people with severe neuro psychomotor disabilities. For that 78 patients with mental disabilities and its caregivers were selected. The visible plaque index and gingival bleeding index were evaluated from the beginning up to 15, 30, 60 and 90 days after a single video display to their caregivers and/or hygiene promotion according to the study groups. The results showed a statistically significant reduction of visible plaque index up to 60 days and gingival bleeding index up to 30 days after a single video display to their caregivers. This data suggest that an audio-visual material in educating caregivers is a very effective learning tool in oral hygiene promotion for patients with severe neuro psycho motor disabilities.

Key words: Patients with special needs, audio visual material, health education

## 1 INTRODUÇÃO

Pacientes com necessidades especiais são indivíduos que apresentam desvios no padrão de normalidade de sua condição física, mental, orgânica e/ou de sociabilização. Essa condição pode ser de caráter transitório como a gravidez ou permanente como a paralisia cerebral (Elias, 2007).

As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, etc. (Varellis, 2005).

De acordo com Sabbagh-Haddad (2007) o termo Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais é extremamente inespecífico, sendo abrangente por comportar vários grupos de patologias e condições que fazem com que um paciente necessite de atendimento diferenciado, definindo-se, então, que pacientes com necessidades especiais são aqueles que apresentam alterações mentais, físicas, orgânicas, sociais e/ou comportamentais.

Os indivíduos que se incluem na classificação de Pacientes com Necessidades Especiais com déficit neuro-psico-motor apresentam maior prevalência de patologia dentária, maior número de dentes perdidos e aumento nas necessidades de tratamento periodontal, quando comparados à população, por conta da precariedade de sua higiene bucal, o que reflete a inexistência de programas preventivos direcionados a esse público. (Carrillo Hernandez, 1983; Glassman & Miller, 2003).

O paciente com comportamento neuro-psico-motor, devido a dependência para execução de atividades de vida diária, necessita de um cuidador. Este pode ser alguém da família do paciente ou muito próximo, como um amigo ou vizinho, o chamado “cuidador informal”, ou alguma pessoa contratada com o fim de cuidar, o “cuidador formal” (Karsch & Leal, 1998).

Neri & Sommerhalder (2002) escreveram sobre o “perfil” de cuidadores mais encontrado: em geral a cuidadora é a esposa e, em segundo lugar, numa hierarquia de compromisso, a filha mais velha. As mulheres costumam assumir os cuidados mesmo em famílias com filhos homens, participando, estes, com ajuda material e tarefas externas, como deslocar o paciente para outros ambientes. Ainda segundo estas autoras, é comum que a mulher assuma os cuidados mesmo que trabalhe fora, o que acaba tendo por consequência uma diminuição das atividades de lazer e vida social.

A educação em saúde é essencial à manutenção e prevenção da saúde, sendo uma ação importante no processo de promoção da saúde, exigindo características específicas que envolvem práticas e conhecimentos (Pinto, 2000; Ferreira & Gaíva, 2001). A educação, atuando isoladamente, não tem forças para possibilitar a saúde desejável à população, mas pode fornecer elementos que capacitem os indivíduos para ganhar autonomia e conhecimento na escolha de condições mais saudáveis. A Educação para a saúde, como fator de promoção e proteção à saúde, é, também, uma estratégia para a conquista dos direitos de cidadania (Brasil, 1997). Segundo Silva et al. (2008), a saúde de uma população, em especial a saúde bucal, é expressa claramente pelas condições do meio no qual

ela está inserida e, principalmente, pela forma com que são estabelecidos os relacionamentos interpessoais e familiares.

A educação em saúde bucal é uma ação importante do processo de promoção da saúde, incluindo o trabalho de conscientização dos grupos sociais com acesso limitado aos programas de saúde odontológica. Remetendo às propostas do educador Paulo Freire, o termo conscientização como estratégia, aproxima a visão crítica da realidade, valorizando o conhecimento como possibilidade de autonomia para que cada sujeito possa criar sua existência com o material que a vida lhe oferece (Pinto, 2000).

Atualmente, os estudos que documentam a disponibilidade ou eficácia de um modelo universalmente aplicável para prevenção de pacientes com necessidades especiais são escassos. Recursos áudio-visuais (AV) proporcionam educação preventiva em ambientes sem estresse, visando à informações relevantes para pessoas (Alsada et al., 2005).

O objetivo deste trabalho foi verificar a efetividade de um material áudio-visual educativo em Saúde Bucal para a orientação e motivação de cuidadores de pessoas com comprometimento neuro-psico-motor.

## **2 PROPOSIÇÃO**

Verificar a efetividade de um material áudio-visual educativo em Saúde Bucal para a orientação e motivação de cuidadores de pessoas com comprometimento neuro-psico-motor.



### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Delineamento e Local do Estudo**

No ano de 2008, desenvolveu-se um RAV, sob orientação do Profº Drº Fabiano de Sant'Ana dos Santos, sendo que este vídeo foi apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso dos discentes Jhonnathan Birani e Raquel Silva de Ávila. Este material áudio-visual é direcionado aos cuidadores de pacientes com comprometimento neuro-psico-motor, devido ao fato de que estes pacientes não apresentam, na maioria das vezes, condição de auto-cuidado em saúde bucal. Assim, este recurso tem o intuito de informar e capacitar os cuidadores abordando os seguintes temas: dieta saudável, saúde bucal, biofilme, doença cárie, doença periodontal. Em relação ao conceito de higiene bucal foram abordados os materiais necessários, a frequência, a técnica para abertura bucal, a utilização de abridores bucais, o método de confecção de abridores bucais, as técnicas de higiene bucal (técnica convencional, técnica em decúbito dorsal, técnica durante o banho, técnica com o paciente sentado e encostado no canto da parede e a técnica da perna do cuidador sobre o tronco do paciente sentado no chão). O vídeo finaliza com depoimentos dos cuidadores sobre a importância da manutenção da saúde bucal, o que é extremamente motivador para as famílias especiais.

O presente estudo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP, protocolo 019/2008 (anexo 03), UNIFEB – de natureza experimental foi desenvolvido na Clínica Odontológica do Centro Universitário da Fundação

Educacional de Barretos (UNIFEB), no seu horário normal de funcionamento, durante o desenvolvimento das atividades do Grupo de Atendimento Multiprofissional de Pacientes Especiais (GAMPE) e na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Barretos-SP.

## **3.2 Amostra**

### 3.2.1 Cálculo da Amostra

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado usando o Índice de Placa como referência com base nos resultados do estudo de Silveira et al., 2007 (tamanho do efeito = 1,12, alfa = 0,05, bicaudal, poder = 0,99, t crítico = 3,22, teste t). Um programa específico foi utilizado (GPower 3.0.10, Universität Kiel, Alemanha) definindo o número de 25 indivíduos por grupo.

### 3.2.2 Seleção da Amostra

Foram selecionados 78 pacientes com ou sem alteração comportamental e seus respectivos cuidadores, de qualquer idade, ou sexos e sem distinção de raça, de nível social ou mental, sendo 52 pacientes que procuraram tratamento nas Clínicas de Pacientes com Necessidades Especiais do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos e 26 alunos regularmente matriculados na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de

Barretos-SP. Os responsáveis pelos pacientes confirmaram a participação no estudo, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo 04). Os indivíduos considerados responsáveis eram apenas um para cada portador de necessidades especiais e os mesmos até o fim da pesquisa.

Os sujeitos desta pesquisa foram divididos da seguinte forma:

Grupo 1 e Grupo 2: constituído cada grupo por 26 pacientes com necessidades especiais atendidos pelo Grupo de Atendimento Multiprofissional de Pacientes Especiais (GAMPE) e os respectivos 26 cuidadores.

Grupo 3: constituído por 26 pacientes com necessidades especiais regularmente matriculados na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Barretos e os respectivos 26 cuidadores.

Para a inclusão no estudo, os sujeitos da pesquisa obedeceram os seguintes critérios:

- apresentaram-se em todos os momentos de avaliação, exibição de recurso áudio-visual, orientação e reavaliações conforme as especificidades do grupo ao qual pertençam;

- os cuidadores eram os mesmos em todas as fases do estudo;

### **3.3 Calibração do Examinador**

Um único pesquisador foi treinado e calibrado para a avaliação dos parâmetros clínicos periodontais. Duzentos e cinquenta e dois sítios foram mensurados em seis pacientes (um quadrante por paciente, de forma randomizada), com uma semana de intervalo. Os dados de nível de inserção clínico foram submetidos ao teste t pareado para comparação e não foi verificada diferença estatística entre as duas medidas obtidas ( $p > 0.05$ ). A correlação de Pearson revelou alta correlação ( $r = 0.88$ ;  $p < 0.001$ ).

### **3.4 Avaliação Inicial**

A fim de que fosse possível a verificação da efetividade do material áudio-visual, todos os portadores de necessidades especiais desta pesquisa tiveram avaliadas as suas condições bucais por meio do Índice de Placa Visível (IPV) e Índice de Sangramento Gengival (ISG). Estas técnicas foram executadas por um único cirurgião-dentista, devidamente calibrado, e que contou com um auxiliar treinado para as anotações.

#### **3.4.1 Índice de Placa Visível (IPV)**

Após secagem com jatos de ar, a presença de depósitos microbianos visíveis foi avaliada a olho nu no terço cervical, em quatro superfícies (mesial, distal, vestibular e lingual) de todos os dentes presentes. Códigos: 0 = ausência placa visível; 1 = presença de placa visível (Ainamo &

Bay, 1975). A partir desse registro dicotômico em fichas confeccionadas próprias para a pesquisa (anexo 05), foi calculada a porcentagem de sítios (superfícies) com placa visível em cada paciente da seguinte forma: no de superfícies com placa / no total de superfícies. O resultado foi expresso por porcentagens de superfícies com placa visível.

#### 3.4.2 Índice de Sangramento Gengival (ISG)

Esta verificação foi realizada com uma sonda periodontal manual milimetrada, e inserida 1 mm no sulco gengival, em uma inclinação de aproximadamente 45°, movendo-se a mesma da superfície distal para mesial. Esse procedimento foi realizado por vestibular e lingual/palatina, sendo que se houvesse a presença de sangramento na margem gengival até 10 segundos registrava-se código 1 (Códigos 0 = ausência de sangramento; 1 = presença de sangramento, Ainamo & Bay, 1975). O cálculo da porcentagem de sítios com sangramento marginal foi semelhante ao índice de placa visível. Estas informações também foram anotadas em ficha própria para a pesquisa (anexo 07).

### **3.5 Exibição do Recurso Áudio-Visual e Orientações de Higiene Bucal**

Os cuidadores dos pacientes dos Grupos 1 e 2 assistiram, a uma única vez, na Sala de Espera das Clínicas Odontológicas do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos, o recurso áudio-visual. Os cuidadores do Grupo 1 foram submetidos exclusivamente à apresentação do recurso, enquanto que aqueles que compõem o Grupo 2, na sequência à apresentação do filme, receberam orientações individualizadas sobre a higiene bucal dos pacientes, bem como tinham suas dúvidas sobre as técnicas de higiene esclarecidas.

Os cuidadores do Grupo 3 receberam, exclusivamente, orientações individualizadas sobre a higiene bucal dos pacientes, bem como tinham suas dúvidas sobre as técnicas de higiene esclarecidas, no consultório odontológico da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Barretos, somente uma única vez também.

As orientações ministradas e a apresentação do vídeo foram realizadas por um profissional diferente do que realizou as coletas de dados.

Durante a orientação (anexo 06), o profissional abordou os cuidadores, individualmente, reforçando os conteúdos apresentados no vídeo e indicando a melhor técnica de higiene bucal a ser adaptada para cada paciente.

### **3.6 Reavaliação das condições bucais**

Com quinze dias, um mês, dois meses e três meses após a execução das atividades acima citadas, foram novamente realizadas as análises de Índice de Placa Visível (IPV) e Índice de Sangramento Gengival (ISG), conforme as técnicas anteriormente descritas.

O pesquisador destes três momentos seguintes foi o mesmo da avaliação inicial. Todos os dados foram anotados em fichas específicas já citadas anteriormente.

### **3.7 Análise Estatística**

A análise estatística foi desenvolvida por meio de um programa específico (BioEstat 5.0, Sociedade Civil Mamirauá / MCT – CNPq, Belém, Brasil), considerando a hipótese nula baseada na ausência de diferença entre os grupos ( $\alpha = 5\%$ ). A unidade de análise foi o paciente.

Os dados experimentais foram submetidos ao teste de normalidade Shapiro-Wilk. Uma vez que apresentaram distribuição não-normal, a análise intra-grupo foi realizada usando o teste Friedman, seguido do teste Bonferroni; enquanto que a análise inter-grupos foi realizada com o teste Kruskal-Wallis seguido do teste de Dunn.

A escolha dos testes levou em consideração que os dados de IPV e ISG tiveram distribuição não-normal, que os dados são contínuos, e que a análise foi realizada nos três grupos conjuntamente. Além disto, na análise intra-grupo

considerou-se que os dados são emparelhados, enquanto que na análise inter-grupos são não-emparelhados.



## 4 RESULTADO

A tabela 1 refere-se à análise intra-grupo do IPV, em percentual, em todos os períodos de avaliação.

A análise desta tabela permite a verificação que no Grupo 1, houve uma redução significativa nos valores do início em comparação com os períodos de 15, 30 e 60 dias ( $p < 0,0001$ , teste Friedman), sendo que os valores observados no período de 30 dias foram significativamente menores que os de 90 dias ( $p < 0,0001$ , teste Friedman). No Grupo 2, os valores reduziram do período inicial em comparação com 15 e com 30 dias ( $p < 0,0001$ , teste Friedman). No Grupo 3, os valores reduziram significativamente do período inicial em comparação com 15 e com 30 dias ( $p < 0,0001$ , teste Friedman). Por sua vez, os valores do período de 15 e 30 dias foram significativamente menores que os de 60 dias; e no período de 15 e 30 dias foram significativamente menores que os de 90 dias ( $p < 0,0001$ , teste Friedman).

Tabela 1. Valores das medianas do IPV (%) dos Grupos 1, 2 e 3 nos períodos de avaliação.

	<b>Início</b>	<b>15 dias</b>	<b>30 dias</b>	<b>60dias</b>	<b>90dias</b>
<b>Grupo 1</b>	72	59*	55*	61*	62
<b>Grupo 2</b>	76	60*	54*	64	68
<b>Grupo 3</b>	65	44*	43*	57	56

\* estatisticamente significante

A tabela 2 analisa a variação entre os grupos, para o IPV, em cada período em comparação com o início, contudo diferenças estatisticamente significantes não foram detectadas ( $p > 0,05$ , teste Kruskal-Wallis).

Tabela 2. Valores das variações do IPV (%) dos Grupos 1, 2 e 3 nos períodos de avaliação.

	$\Delta$ 15 dias	$\Delta$ 30 dias	$\Delta$ 60 dias	$\Delta$ 90 dias
<b>Grupo 1</b>	-15	-23	-13	-10
<b>Grupo 2</b>	-13	-23	-7	-10
<b>Grupo 3</b>	-21	-18	-6	-9

A tabela 3 refere-se à análise intra-grupo do ISG, em percentual, em todos os períodos de avaliação.

Os dados desta tabela demonstram que no Grupo 1, os valores reduziram significativamente do início em comparação com o período de 30 dias ( $p < 0,026$ , teste Friedman). Grupo 2, os valores reduziram significativamente do início em comparação com o período de 30 dias ( $p = 0,003$ , teste Friedman). No Grupo 3, diferenças não foram detectadas entre os períodos ( $p = 0,792$ , teste Friedman).

Tabela 3. Valores das medianas do ISG (%) dos Grupos 1, 2 e 3 nos períodos de avaliação.

	<b>Início</b>	<b>15 dias</b>	<b>30 dias</b>	<b>60dias</b>	<b>90dias</b>
<b>Grupo 1</b>	8	7	3*	2	5
<b>Grupo 2</b>	7	4	3*	4	3
<b>Grupo 3</b>	4	2	3	4	3

\* estatisticamente significativa

Na avaliação inter-grupos, no período de 15 dias, foi detectado que o Grupo 1 apresentou maior ISG que o Grupo 3 ( $p > 0,039$  teste Kruskal-Wallis com Dunn).

A tabela 4 demonstra a variação intergrupo de cada período em comparação com o início constatou-se que no período de 30 dias a redução foi maior no Grupo 2 que no Grupo 3 ( $p = 0,0357$ , teste Kruskal-Wallis com Dunn).

Tabela 4. Valores das variações do ISG (%) dos Grupos 1, 2 e 3 nos períodos de avaliação.

	<b>Δ 15 dias</b>	<b>Δ 30 dias</b>	<b>Δ 60 dias</b>	<b>Δ 90 dias</b>
<b>Grupo 1</b>	-2	-2	-3	-2
<b>Grupo 2</b>	-2	-4	-3	-4
<b>Grupo 3</b>	-2	-1	0	0

\* estatisticamente significativa

## 5 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram que o recurso áudio-visual utilizado isoladamente apresenta maior eficácia em relação ao Índice de Placa Visível que as outras formas de Educação em Saúde analisadas, pois o período de redução do referido índice foi de 60 dias. Em relação ao Índice de Sangramento Gengival, tanto o vídeo educativo como o vídeo associado à orientação convencional foram eficazes até o 30º dia, sendo que a orientação somente convencional não promoveu reduções estatisticamente, significantes.

Dessa forma, este trabalho apresenta-se inédito, pois a análise da literatura revela poucos trabalhos com foco na Educação em Saúde utilizando-se de recurso áudio-visual. Oliveira et al. (2004) desenvolveram um trabalho envolvendo crianças com necessidades especiais em que se avaliou o biofilme dental. Os pacientes foram submetidos a vários sistemas educativos, como palestras auxiliadas por recursos audiovisuais. Aguiar et al. (2000) avaliaram a eficiência de um programa para promover a educação e a motivação da higiene dental direcionado a enfermeiros, que cuidam de crianças com disfunções motoras e/ou deficiência mental, institucionalizadas. Os autores utilizaram-se de palestras educativas, auxiliadas por recursos audiovisuais, tendo como parâmetro clínico o biofilme dental. Alsada et al. (2005) desenvolveram e avaliaram o recurso áudio-visual educativo para cuidadores quanto à saúde bucal de lactantes e crianças sem comprometimento intelectual. A avaliação de tal recurso foi realizada por meio de questionário com 26 perguntas, realizado antes e depois da exibição do vídeo.

Assim, pretende-se que este trabalho é completamente diferente do encontrado na literatura, pois verificou-se a efetividade de um vídeo direcionado a cuidadores de pacientes com necessidades especiais. Além disso, os parâmetros utilizados foram diferentes do convencional, pois foram analisados não apenas o IPV, mas também o ISG em grupos que receberam diferentes formas de Educação em Saúde.

De acordo com Silveira, Oliveira e Padilha (2002), a presença de baixo Índice de Placa Visível e redução do Índice de Sangramento Gengival sugerem que o paciente possui uma boa higiene bucal. Traduzindo essa situação para o estudo aqui apresentado, percebe-se que o cuidador está alcançando objetivos que lhe foram propostos com a Educação em Saúde Bucal por meio de vídeo educativo.

De acordo com Aguiar et al. (2000), os pacientes, por apresentarem deficiência mental e/ou disfunção motora tornam-se dependentes para a realização de atividades de vida diária, como a escovação dental e a alimentação. Essa situação determina então a necessidade de intensificação dos procedimentos preventivos, o que de acordo com os autores, corresponde ao melhor tratamento que a odontologia pode oferecer.

Sendo assim, o trabalho aqui apresentado possui grande importância clínica, pois é direcionado à Educação em Saúde Bucal de cuidadores de pacientes com necessidades especiais entendendo que, como afirmado por Jurek & Reid (1993), Hede (1995) e Whyman et al. (1995), os programas de saúde direcionados a indivíduos com déficit de inteligência apresentam pouca

efetividade devido ao próprio comprometimento intelectual. Se o recurso áudio-visual, como demonstrado nos resultados é capaz de promover prevenção, pode-se perceber que o referido vídeo tem relação direta com a promoção de qualidade de vida, além de realizar inclusão social (Kaye et al., 2005).

O presente estudo demonstra que a redução do IPV após 30 dias de aplicação da metodologia nos Grupos 1, 2 e 3 foram respectivamente 17%, 22% e 22%, sendo que a redução ainda ocorreu no período de 60 dias (9%) para o Grupo 1. Já em relação ao ISG, a redução foi de 5% e 4% para os grupos 1 e 2 no período de 30 dias. Quanto a este último índice não houve redução estatisticamente significativa para o Grupo 3.

Estes resultados estão em concordância com Silveira, Oliveira e Padilha (2002) que avaliaram a redução de IPV e ISG em 42 crianças de 4 a 13 anos sem comprometimento cognitivo-comportamental. O grupo de pacientes foi submetido a orientações de dieta e escovação supervisionada por um período médio de 6 meses e os autores encontraram redução do IPV de 18% e do ISG de 8%.

Contudo, os resultados do presente estudo mostram-se superiores em relação a Oliveira et al. (2004) que avaliaram a eficiência de um programa para promover educação e motivação da higiene buco-dental direcionado a pessoas com necessidades especiais e seus cuidadores de uma Escola Especial. A metodologia usada baseou-se em palestras, macro modelos, evidenciação de biofilme, educação supervisionada, entre outros. Os autores observaram, após 2 meses de educação, redução de 1,14%, 0,88%, 0,81% e 0,64% do Índice de Placa

Visível para Deficiente Auditivo, Paralisia Cerebral, Deficiente Mental e Deficiente Visual, respectivamente.

Comparando com Tomita e Fagote (1999), os resultados presentes também se mostram superiores. Os autores verificaram a eficácia de um programa preventivo direcionado a PNE com Deficiência Mental e para isso realizaram reuniões bimestrais por 6 meses com os pais de 52 pacientes matriculados na APAE de Bauru - SP. Verificou-se que o programa estipulado promoveu redução de PHP (Patient Hygiene Performance) de 0,52%.

Entretanto, resultados superiores ao apresentado foram verificados por Silveira et al. (2007), que executaram um programa de Higiene Bucal em 23 crianças de 3 a 12 anos vitimizadas e institucionalizadas. Por 3 meses, os autores realizaram escovação supervisionada 2 vezes por semana, além de atividades lúdicas com motivação em saúde bucal. Verificaram redução do Índice de O'Leary de 28,24% e ISG de 8,05%.

Quanto ao modelo metodológico de Orientação, verifica-se que a orientação única utilizada neste trabalho produziu efeitos que foram identificados com significância estatística em até 60 dias da sua aplicação, o que indiscutivelmente consagra o vídeo como eficaz. Para Toassi e Petry (2002), que realizaram estudo para verificação da efetividade de duas formas de Educação em Saúde, uma semanal e outra em sessão única, os autores encontraram resultados reduzidos estatisticamente significantes de IPV e ISG para as duas formas de orientação. Contudo, afirmam que melhores resultados são obtidos por meio de repetição frequente da informação de Saúde Bucal. Assim, novos estudos com

variações do período de apresentação do vídeo educativo deste trabalho devem ser realizados a fim de confirmar que a repetição proporciona intensificada redução dos índices aplicados.

Em relação ao tempo de redução dos Índices de Placa Visível e de Sangramento Gengival, este estudo mostra-se também inédito. Não foram identificados trabalhos que demonstrassem o espaço temporal de respostas positivas frente a uma única sessão de orientação. Quanto ao IPV verifica-se que a orientação por meio, exclusivamente, de vídeo promove redução de até 60 dias, sendo que a redução mais importante ocorre em 30 dias. Este último período é o mesmo, quanto à importância, para os Grupos 2 e 3. Quanto ao ISG, verificou-se que as reduções mais importantes ocorreram no período de 30 dias nos grupos em que o vídeo esteve presente. Dessa forma, mostra-se a efetividade do RAV em relação à orientação verbal amplamente utilizada em Odontologia.

Em Odontologia, a orientação verbal é consagrada como técnica de persuasão para obtenção de hábitos de higiene (Tomita e Fagote, 1999; Aguiar et al., 2000; Silveira, Oliveira e Padilha, 2002; Toassi e Petry, 2002; Silveira et al., 2007; Migliato et al., 2008). Tratando-se de Pacientes com Necessidades Especiais com déficit cognitivo, a orientação é dirigida aos cuidadores por estes não apenas apresentarem melhores condições intelectuais, mas também por possuírem coordenação motora superior em relação àqueles que recebem os cuidados (Wanderley, 1998).

Entretanto, o ensino de saúde tem sido um desafio para a educação, no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e



transformadora de atitudes e hábitos de vida. As experiências mostram que transmitir informações a respeito do funcionamento do corpo e descrição das características das doenças, bem como um elenco de hábitos de higiene, não é suficiente para que os indivíduos desenvolvam atitudes de vida saudável (Brasil, 1997). Nesse sentido, o RAV (recurso áudio-visual) deste trabalho, considerando, em imagens, diferentes aspectos da vida das famílias especiais, motiva e transforma atitudes, o que se verifica pela redução dos índices estudados e que, indiscutivelmente, demonstra melhora na qualidade de vida dos pacientes.

O fato de o recurso áudio-visual promover melhores resultados, quando comparado com a orientação verbal exclusiva pode estar relacionado com o excesso de informações dispensadas ao longo dos anos aos familiares. Em função do frequente e intenso acompanhamento por equipes multiprofissionais especializadas – que realizam inúmeras intervenções e orientações –, além do comprometimento emocional familiar, que surge desde o momento da notícia sobre a condição fisiopatológica do paciente (Carvalho e Souza, 2009; Petean, 2005), há provavelmente, redução da capacidade de motivação e modificação de hábitos. Isso está em concordância e afirma que para se obter saúde é necessária a educação que considere todos os aspectos de vida dos envolvidos. (Brasil, 1997).

Diante do exposto, o RAV utilizado neste trabalho apresenta-se como excelente alternativa para a educação e promoção em saúde bucal, pois democratiza a informação por meio de uma linguagem clara, simples, levando em conta os aspectos sócio-culturais da população estudada.

## **6 CONCLUSÃO**

Os resultados do presente trabalho sugerem que o vídeo educativo, independente da orientação verbal convencional, é efetivo na redução dos índices de Placa Visível e Sangramento Gengival por um período médio de 30 dias.

## 7 REFERÊNCIAS

Aguiar SMHCA, Barbieri CM, Louzada LPA, Saito TE. Eficiência de um programa para a educação e a motivação da higiene buco-dental direcionado a excepcionais com deficiência mental e disfunções motoras. Unimep. 2000; 12 (1 e 2): 16-23.

Alsada LH, Sigal MJ, Limeback H, Fiege J, Kulkarni GV. Development and Testing of na Audio-visual Aid for Improving Infant Oral Health through Primary Caregiver Education. J Can Dent Assoc. 2005. 71(4): 241-241.

Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. Int Dent J. 1975; 4: 229-35.

Brasil. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente, saúde. Secretaria de Educação Fundamental, Brasília. 1997.

Carrillo Hernandez A. Condições de saúde bucal e anomalias dentárias em um grupo de deficientes mentais [Dissertação de Mestrado]. São Lourenço da Mata: Faculdade de Odontologia de Pernambuco. 1983.

Carvalho JT, Souza ST. Programa itinerante de educação e saúde: qualidade de vida nas famílias de pessoas com necessidades especiais (Ituiutaba-MG). Uberlândia. 2009; 8(1): 91-104.

Elias R. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais – Uma Visão Clínica. 1ª ed. Editora: Santos. 2007.

Ferreira ARC, Gaíva MAM. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba. 2001; 4(22): 485-489.

Glassman P, Miller CE. Preventing dental diseases for people with special needs: the need for practical preventive protocols for use in community settings. *Spec Care Dent*. 2003; 23(5):165-67.

Hede B. Oral health in Danish hospitalized psychiatric patients. *Community Dent Oral Epidemiol*. Copenhagen. 1995; 23(1): 44-48.

Jurek GH, Reid WH. Oral health of state hospital patients. *Hosp Community Psychiatric*. Washington. 1993; 44(9): 889-891.

Karsch UMS, Leal MGS. Pesquisando cuidadores: visita a uma prática metodológica. In: Karsch UMS. *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo, EDUC, 1998: 21-45.

Kaye PL, Fiske J, Bower EJ, Newton JT, Fenlon M. Views and experiences of parents and siblings of adults with Down syndrome regarding oral healthcare: a qualitative and quantitative study. *Br Dent J*. 2005; 198(9): 571-8.

Migliato KL, Mendes ER, Souza LZ, Cortellazzi KL, Mistro FZ, Paganini GA, Bozzo RO. Avaliação de um programa preventivo-educativo desenvolvido entre a Uniararas e a Usina São João de Araras, SP. *RFO*. 2008; 13(1): 14-18.

Neri AL, Sommerhalder C. As várias faces do cuidador e do bem estar do cuidador. In: Neri AL (Org). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas, Alínea, 2002: 9-63.

Oliveira LFA, Oliveira CCC, Gonçalves SRJ. Impacto de um Programa de educação e motivação de higiene oral direcionado a crianças portadoras de necessidades especiais. *Odontol. Clín. Científ.* 2004; 3(3): 187-192.

Pinto VG. Saúde bucal coletiva. (4 ed.). Santos, São Paulo 2000.

Sabbagh-Haddad A, Odontologia para pacientes com necessidades especiais. 1ª ed. São Paulo: Editora Santos, 2007.

Silveira DDC, Mattos MG, Closs OS, Porto RB. Avaliação de um programa de saúde bucal em uma instituição de abrigo para crianças abandonadas e vitimizadas residentes no município de Porto Velho – Rondônia. *Porto Velho-RO. Saber Científico.* 2007; 1 (3): 106-117.

Silveira JLGC, Oliveira V, Padilha WWN. Avaliação da redução do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. *Pesqui Odontol Bras.* 2002; 16(2): 169-174.

Toassi RFC, Petry PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(5): 634-7.

Tomita NE, Fagote BF. Programa educativo em Saúde Bucal para pacientes especiais. *Odontologia e Sociedade.* 1999; 1(1/2): 45-50.

Varellis MLZ. O paciente com necessidades especiais na odontologia – Manual Prático. São Paulo: Editora Santos, 2005.

Wanderley MB. Publicização do papel do cuidador domiciliar. São Paulo: IEE, 1998.

Whyman RA, Treasure ET, Brown RH, Macfadyen EE. The oral health of long-term residents of a hospital for the intellectually handicapped and psychiatrically ill. *New Z Dent J.* 1995; 91(6): 49-56.

## 8 ANEXO

### Anexo 1 – Revisão da literatura

#### 1 HISTÓRIA DA DEFICIÊNCIA: UMA QUESTÃO CONCEITUAL

Pela análise da história, pode-se constatar que o conceito de excepcionalidade está diretamente relacionado aos valores sociais, morais, religiosos, filosóficos e éticos da cultura de uma época, determinando assim as atitudes da sociedade. Todavia, o que se constata é que, independente de época e cultura vigentes, uma questão permanece: a condição que é dada à pessoa de diferente, de pária, de escória da humanidade (Petean, 2005). Neste sentido, Omote (1987) chama a atenção afirmando que o que se fala acerca da deficiência não são os retratos dela, mas o como ela é interpretada através das ideologias.

Não há muitas informações sobre a deficiência nos tempos antigos e segundo, Amaral (1995), entre os poucos dados encontra-se na Bíblia Sagrada uma das primeiras referências sobre "a deficiência e alguns de seus preceitos a ela relacionados"...

" O Senhor disse a Moisés: Dize a Aarão o seguinte: Homem algum de tua linhagem, por todas as gerações, que tiver um defeito corporal, oferecerá o pão de seu Deus. Dêsse modo, serão excluídos todos aqueles que tiverem uma deformidade: cegos, coxos, mutilados, pessoas de membros

desproporcionados, ou tendo uma fratura do pé ou da mão, corcundas ou anões, os que tiverem uma mancha no olho, ou a sarna, um darto, ou os testículos quebrados. Homem algum da linhagem de Aarão, o sacerdote, que fôr deformado, oferecerá os sacrifícios consumidos pelo fogo. Sendo vítima de uma deformidade, não poderá apresentar-se para oferecer o pão do seu Deus. Mas poderá comer o pão de seu Deus, proveniente das ofertas santíssimas e das ofertas santas. Não se aproximará, porém, do véu nem do altar, porque é deformado. Não profanará meus santuários, porque eu sou o Senhor que os santifico ...” Levítico, 21:16-23

Na cultura greco-romana, as pessoas consideradas desviantes, diferentes, deficientes tinham o seu destino determinado: dependendo do momento histórico e dos valores vigentes na época, ora eram mortas, ora eram deixadas à própria sorte, ou utilizadas para a mendicância (Petean, 2005).

Segundo Petean (2005), na era cristã, os escritos mostram a prática do infanticídio para as pessoas ou crianças consideradas como "pequenos monstros". Encontra-se no Antigo Testamento a primeira referência à deficiência visual, que, embora ambígua, pois ora apresenta o cego como "vítima", alguém de quem se precisa cuidar, ora como o "vilão", onde a cegueira representa a maldição, o castigo divino a uma desobediência, mantém o caráter discriminatório e a condição de escória, de marginais da sociedade às pessoas deficientes.

Na idade média, época em que a crença no sobrenatural era intensa e, a prática da bruxaria e a relação com o demônio eram aceitas, o homem



passou então a ser considerado como alguém submetido a poderes invisíveis, para o bem e para o mal. Em consequência disto, as condutas para com os deficientes e os anormais, eram distintas, pois dependiam da excepcionalidade que apresentavam. Os cegos eram considerados como profetas, adivinhos e videntes e os deficientes mentais, psicóticos e epiléticos, por lhe faltarem a razão, eram considerados possuídos pelo demônio, pelas forças do mal e, portanto, submetidos às práticas de flagelação e extermínio (Zazzo, 1976; Pessotti, 1984; Amiralian, 1986; Mazzotta, 1989).

O período do Renascimento marca o início do conhecimento científico, a preocupação com os indivíduos e a solução científica de seus problemas. Com a supremacia da medicina na área da saúde, a questão da deficiência, principalmente a mental, é retirada do âmbito da religião e moral e trazida para as ciências. Assim, aqueles que antes eram considerados "possuídos" por forças sobrenaturais, adquirem o caráter de doentes e, portanto necessitam de cuidados, tratamentos e não mais de práticas exorcistas, flagelos e extermínio. Embora ganhem o direito a cuidados, e a tratamento, continuam sendo considerados "subpessoas", de quem nada se espera, relegados a receberem tratamentos assistencialistas (Petean, 2005).

Segundo Petean (2005), durante o Séc. XX, período onde há uma evolução das outras ciências, como a Psicologia, a Educação e a Sociologia, a visão da excepcionalidade como doença começou a ser substituída, passando a ser entendida como uma condição ou estado em que se encontra um indivíduo. Na primeira metade do século, a ênfase à etiologia orgânica da deficiência

permanece, mas com o surgimento das novas ciências, medidas educacionais, sociais e psicológicas são associadas, admitindo-se assim a necessidade de outras abordagens além da médica, em relação à questão da deficiência (Petean, 2005).

A segunda metade do século trouxe, segundo Amaral (1995), visões menos preconceituosas em relação à deficiência e seus portadores, o "que não quer dizer que não estejamos vivendo momentos de oscilação entre as diferentes posturas: ora organicista, ora interacionista, ora holística..."

Na primeira metade do século XX, profissionais da odontologia, começaram a se dedicar ao atendimento dos pacientes com necessidades especiais, denominados naquela época de "pacientes excepcionais", que eram os indivíduos com níveis variados de comprometimento intelectual ou físico (Sabbagh-Haddad & Magalhães, 2007).

A Odontologia conta atualmente com grande número de especialidades sendo que uma delas é a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE) que atende pessoas que sempre existiram, porém somente no século XXI foram reconhecidas como solicitantes de cuidados específicos.

## 2 CONCEITO DE PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS

O termo “deficiência” diz respeito às necessidades especiais intrínsecas à doença ou deficiência de que o paciente é portador (Varella, 2005).

A terminologia “pacientes com necessidades especiais” vem substituindo os já tão conhecidos e utilizados termos “portadores de deficiência” e excepcionais (Aquino, 2006).

As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, etc. (Varellis, 2005).

Segundo Varellis (2005), ninguém porta uma necessidade, mas sim, é portador de uma doença ou deficiência que o leva a ter uma necessidade especial em vários aspectos do todo de que é composto. Por exemplo, uma criança portadora de deficiência mental tem, entre outras, necessidade de educação especial.

O objetivo do estabelecimento do conceito é a desmistificação de que estas pessoas apresentam deficiência como sinônimo de incapacidade de participação e integração na comunidade como um todo. Serve de alerta para que a sociedade respeite suas limitações e de que elas apresentam necessidades especiais diferenciadas, mas são capazes de oferecer sua parcela à sociedade da qual participam (Fourniol Filho, 1998).

Pacientes especiais são indivíduos que apresentam desvios no

padrão de normalidade de sua condição física, mental, orgânica e/ou de sociabilização. Essa condição pode ser de caráter transitório como a gravidez ou permanente como a paralisia cerebral (Elias, 2007).

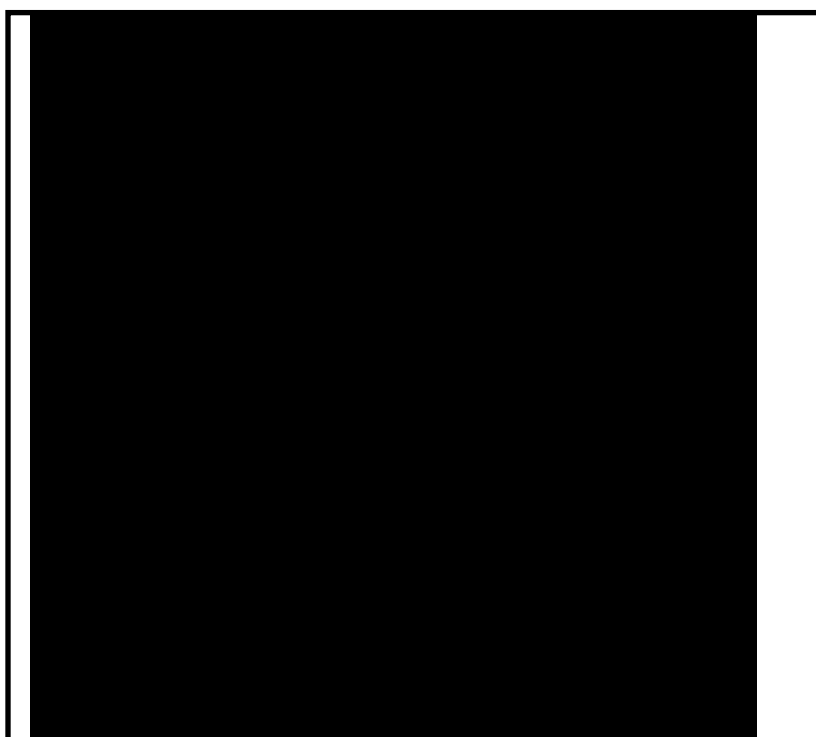
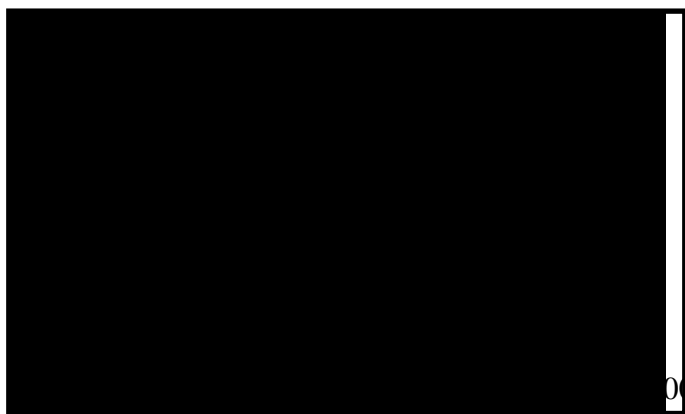
A análise da literatura mostra uma discordância quanto à significação de PNE. Se por um lado Gullikson (1973); Dualibi & Dualibi (1989); Fourniol (1998); Carvalho & Araujo (2004); Peres, Peres & Silva (2005), afirmaram que o conceito de paciente com necessidade especial refere-se a indivíduo, adulto ou criança, que se desvia física, intelectual, social ou emocionalmente daquilo que é considerado normal em relação aos padrões de crescimento e desenvolvimento o que representa uma ampliação do conceito, por outro lado restringe aos indivíduos que não podem receber educação regular, padronizada, requerendo educação especial e instrução suplementar em serviços adequados para o resto da vida. Segundo Resende (1998) nesse grupo também estão incluídos os portadores de doenças metabólicas como o diabetes, alterações dos sistemas, como a hipertensão, condições transitórias, como gravidez, pessoas que perderam sua condição de normalidade como as vítimas de acidentes.

Retrocedendo ainda sobre a ampliação conceitual Martens et al. 2000, definiram que pacientes com necessidades especiais são pessoas que geralmente não tem habilidade para promoverem uma higiene oral satisfatória e muitas vezes não permitem que outras a façam, ou a façam de maneira adequada por possuírem comportamento agressivo ou mesmo por apresentarem movimentos involuntários que dificultam a higienização. Entretanto, aquelas que se apresentam com auto-suficiência e independência em relação à escovação têm a higiene oral

negligenciadas pelos cuidadores. Estes autores reforçam o mito descrito por Dualibi & Dualibi (1989) e Carvalho & Araújo (2004), e formula que os PNE são sempre agressivos e como não colaboram para a execução dos procedimentos odontológicos em nível ambulatorial, esta população ficou desassistida durante muito tempo. Além disso, frequentemente recebem um tratamento especial dos familiares que manifestam seu carinho em forma de alimentos açucarados e com uma frequência muito grande.

De acordo com Sabbagh-Haddad (2007) o termo Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais é extremamente inespecífico, sendo abrangente por comportar vários grupos de patologias e condições que fazem com que um paciente necessite de atendimento diferenciado, no qual se define que pacientes com necessidades especiais são aqueles que apresentam alterações mentais, físicas, orgânicas, sociais e/ou comportamentais.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% da população apresenta algum desvio da normalidade, o que faz com que esses indivíduos tenham necessidades especiais. Levando-se em conta que a população brasileira é de aproximadamente 170 milhões de habitantes, 10% correspondem a 17 milhões de pessoas, contudo, segundo o IBGE, esse percentual no país é de 14,5%, de acordo com o censo 2000, perfazendo um total de aproximadamente 24 milhões de indivíduos.



Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000

### 3 CLASSIFICAÇÃO DAS DEFICIÊNCIAS

Em relação especificamente às deficiências, verifica-se que podem se manifestar de diferentes formas e graus. Sendo assim, para definição de parâmetros nacionais, publicou-se o DECRETO n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999 que regulamenta a Lei n.º 7.853, de 24 de outubro de 1989, que considera:

I - deficiência - toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II - deficiência permanente - aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos;

III - incapacidade - uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Ainda de acordo com o citado decreto a pessoa é considerada portadora de deficiência quando se enquadra em pelo menos uma das seguintes categorias:

⇒ deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da

função física, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

- ⇒ deficiência auditiva - perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras;
- ⇒ deficiência visual - acuidade visual comprometida;
- ⇒ deficiência mental - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e com limitações na comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.

#### 4 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL

Inicialmente é importante ressaltar que a deficiência mental não é uma doença, e sim uma condição de vida. Neste sentido, a Associação Americana de Deficiência Mental a define como funcionamento intelectual abaixo do normal, manifestado durante o período de desenvolvimento e associado à deficiência no comportamento adaptativo (Anuniação, 2004).

Em 1993, a OMS classificou a deficiência mental em quatro categorias quanto ao grau de comprometimento cognitivo-comportamental e adaptação inicial:

##### 1- Deficiência Mental Leve



Utilizado para indivíduos com Q.I. entre 50 e 60 (52 a 70% da inteligência normal). Estes permanecem com idade mental de uma criança de 9 a 12 anos durante a vida toda. São independentes e educáveis, porém, apenas por métodos especiais. Na idade adulta, muitos são capazes de trabalhar e manter relacionamento social satisfatório.

#### 2- Deficiência Mental Moderada

Utilizado para indivíduos com Q.I. entre 35 e 49 (36 a 52% da inteligência normal). Estes, na idade adulta, alcançam idade mental entre 6 e 8 anos. São treináveis e semidependentes, necessitando de assistência em grau variado para viver e trabalhar na comunidade.

#### 3- Deficiência Mental Severa ou Grave

Utilizado para indivíduos com Q.I. entre 20 e 34 (20 a 35% do Q.I. normal). Atingem, quando adultos, idade mental entre 3 e 5 anos. São semidependentes e treináveis com dificuldade.

#### 4- Deficiência Mental Profunda

Utilizado para indivíduos com Q.I. abaixo de 20 (no máximo 20% da inteligência normal). São totalmente dependentes e treináveis somente em alguns aspectos. Pode haver limitações graves quanto aos cuidados pessoais, à comunicação e à mobilidade.

Alguns autores complementam essa classificação com um grau de deficiência para indivíduos com Q.I. entre 68 e 83, considerados educáveis e aprendizes. Estes possuem a Deficiência Mental Limítrofe.

## 5 PRINCIPAIS PROBLEMAS E CONDIÇÕES BUCAIS

A saúde bucal representa um aspecto importante para a inclusão social de pessoas com deficiência (Kaye et al., 2005). Raramente as doenças bucais e as malformações orofaciais acarretam risco de morte, entretanto, causam quadros de dor, infecções, complicações respiratórias e problemas mastigatórios. Do ponto de vista estético, características como mau hálito, dentes mal posicionados, traumatismos, sangramento gengival, hábito de ficar com a boca aberta e ato de babar podem mobilizar sentimentos de compaixão, repulsa e/ou preconceito, acentuando atitudes de rejeição social (Oliveira et al., 2008).

Os PNE severos ou profundos têm a real necessidade de tratamento odontológico porque a boa condição bucal evita complicações nas funções da mastigação, fonação e deglutição, evitando-se assim focos dentários de inflamação e infecção que causam dor quando não afetam a saúde geral do indivíduo (Carvalho & Araújo, 2004).

Segundo Makowiecky (1985), Riscart et al. (1989), Matheus (1992), Nunn et al. (1993), Gupta et al. (1993), Whyman et al. (1995), Martins et al. (1995) e Schmidt (1995), no que diz respeito ao paciente com déficit neuromotor, a literatura especializada nacional e internacional relata que o índice de cárie e a quantidade de placa bacteriana (PHP) são maiores nos pacientes com necessidades especiais que na média da população.

De acordo com Aguiar et al. (1991), a cárie dentária está intimamente associada à higiene bucal e, pelo fato de o paciente com retardo

mental por problemas perinatais apresentar limitações, não é capaz, muitas vezes, de realizar sua própria higienização e os pais ou responsáveis nem sempre se preocupam com sua saúde bucal portanto crianças deficientes tendem a ter mais cáries.

De acordo com Aguiar et al. (2000), os pacientes por apresentarem deficiência mental e ou disfunção motora, tornam dependentes para a realização de atividades da vida diária, como a escovação dental e a alimentação. Na maioria das vezes, a consistência de sua alimentação é pastosa ou líquida, o que contribui para o acúmulo de biofilme dental. Além disso, esses indivíduos que apresentam redução de mobilidade comumente possuem distúrbios motores no sistema estomatognático que dificultam a deglutição, e os movimentos normais da língua e os músculos peribucais comprometendo o reflexo de auto limpeza bucal. Deve-se então manter constante vigilância e limpeza, pois pode haver um acúmulo maior de alimentos na cavidade bucal, que deve ser removido pelos responsáveis. Como eles apresentam dificuldade de abertura bucal, o acesso às demais áreas é bastante complicado, o que justifica a introdução de recursos auxiliares para a manutenção da abertura.

Em 2004, Carvalho & Araújo concluíram que a higiene bucal é precária entre os portadores de transtornos mentais e/ou comportamentais, principalmente devido ao comprometimento intelectual e motor. A maioria é usuária de medicamentos psicoativos, os quais provocam xerostomia, com influência negativa na sua condição bucal, por isso são enquadrados no grupo dos pacientes de alto risco para a cárie e para a doença periodontal. É alta a

prevalência de doenças bucais entre os deficientes mentais, fundamentando, portanto, a necessidade da implementação de programas educacionais, que busquem difundir medidas preventivas para garantir a manutenção da saúde bucal. A constatação da incompetência desses pacientes para o controle mecânico da placa bacteriana tem justificado a indicação do uso de agentes antimicrobianos (Bay & Russell, 1975), visando o controle químico do fator etiológico determinante das doenças periodontais. A seleção da clorexidina está embasada cientificamente na sua comprovada eficácia na redução do percentual bacteriano da placa, sendo utilizada quer sob a forma de solução para bochechos, quer de gel aplicado em moldeiras ou durante a escovação (Pannuti, 1998; Stiefel et al., 1992) ou ainda de spray (Burtner et al., 1991).

Nunn & Murray (1987), Grunsvén & Cardoso (1995), consideram que crianças deficientes tendem a ter mais cáries e dentes extraídos e sua saúde gengival é muito ruim comparada às crianças normais, e, além disso, poucas anomalias dentofaciais e dentes traumatizados são tratados. Entretanto, Johnson et al. (1960), Winer & Cohen, (1962), Coelho & Loevy (1982) observaram em suas pesquisas que os pacientes com deficiência mental apresentam uma baixa incidência de cárie dental, considerando uma característica inerente a esse tipo de paciente, atribuindo várias hipóteses para o esclarecimento desse fato, como a maior quantidade de flúor contido nos dentes, aumento do pH salivar e aumento de sódio, cálcio e bicarbonato na saliva proveniente da glândula parótida.

Observa-se, então, divergência de opinião de alguns autores quando se avalia a experiência de cárie dentária em pacientes com deficiência mental, pois

para Johnson et al. (1960), e Winer & Cohen (1962), o baixo risco de cárie dentária é uma das características inerentes aos pacientes, apesar destas não apresentarem uma adequada higiene oral devido à dificuldade de coordenação motora, afirmando que estudos histológicos, bacteriológicos e salivares poderiam explicar esta baixa incidência de cárie dentária.

Uma constatação importante é a de que na população constituída por deficientes mentais asilados, a prevalência de cárie dentária é baixa (Brow & Schodel (1976), e Vigild et al. (1998) fato este atribuído, segundo Butts (1967), e Brow & Schodel (1976), tanto à repetição compulsiva do escovar os dentes, hábito frequentemente observado em pacientes com retardo mental leve e moderado, por conseguinte educáveis e treináveis, respectivamente, como também ao monitoramento diário da dieta, através do qual a ingestão de carboidratos fermentáveis deve ser levada em consideração (Vigild et al., 1998).

Segundo Gruspun (1972), e Toledo (1986) a incidência de cárie dentária e de gengivite é, geralmente, muito elevada neste grupo de indivíduos. A incapacidade de manter uma higiene bucal adequada e suficiente explica o elevado índice dessas ocorrências. No entanto, a esse fator etiológico podem-se acrescentar outros, como respiração bucal, anomalias de oclusão, dieta cariogênica e efeitos medicamentosos. Toledo (1986) e Aguiar et al. (1991) concordam que os fatores citados acima juntamente com o nível socioeconômico e cultural desses indivíduos, geralmente baixo, agrava ainda mais a situação.

De acordo com Carvalho & Araújo (2004) as doenças bucais mais prevalentes nestes pacientes são a cárie e a doença periodontal, sendo esta última

decorrente de problemas de ordem local, geral, podendo também estar modulada, pela utilização rotineira de medicamentos psicoativos, destacando-se 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.

Os pacientes com necessidades especiais, particularmente aqueles que possuem transtorno mental, podem ser considerados como de alto risco para as patologias bucais, prioritariamente para a doença periodontal (Velasco et al. (1997), e Whyman et al. (1995), que tem na negligência com a higiene bucal seu fator etiológico, determinado pelo acúmulo da placa bacteriana. É necessário o diagnóstico de imediato, o tratamento adequado, evitando então desse modo, o agravamento da doença periodontal que pode acarretar a perda dental (Clark, 1992; Connick & Barsley, 1999; Gabre & Martinsson & Gahnberg, 1999). Os portadores de deficiências neuropsicomotoras muitas vezes apresentam doenças bucais que comprometem seriamente os dentes levando a sua perda (Brasil, 1993).

A doença periodontal parece ser a patologia bucal mais prevalente nos deficientes mentais internados (Smith et al., 1966; Klinge, 1979; O'Donnell & Cohen, 1984; Tesini & Fenton, 1994), principalmente em decorrência da precariedade da higiene bucal, justificada pelo déficit intelectual e motor e pela incapacidade desses pacientes para o desempenho correto dos procedimentos necessários à remoção mecânica da placa bacteriana (Jurek & Reid, 1993; Hede, 1995; Whyman et al., 1995). Esse comprometimento intelectual torna-os incapazes de compreender a importância da higiene oral para o controle e

prevenção das patologias bucais, inviabilizando a necessária motivação para a remoção efetiva da placa bacteriana (Barreto & Santana, 1990).

Um estudo realizado por Maranhão et al. (2004) teve como objetivo descrever a condição bucal (cárie e gengivite) em crianças portadoras de necessidades especiais. Além disso, os responsáveis foram entrevistados quanto aos conhecimentos e atitudes sobre saúde bucal. Foram examinadas 35 crianças. O CPOD foi igual a 1,8, enquanto que o CPOD médio foi igual a 1,5. Doze crianças apresentaram gengivite. Em relação aos responsáveis, a maioria já havia recebido orientação odontológica prévia, menos da metade achava que a cárie tinha como causa a falta de escovação e a maioria realizava a escovação de seus filhos, pelo menos duas vezes ao dia. A ingestão de sacarose entre as refeições foi alta em 23 pacientes. As autoras concluíram que os conhecimentos e atitudes dos responsáveis foram inadequados em relação à cárie, medicamentos e frequência de ingestão de sacarose, refletindo a necessidade de educação dos cuidadores para obtenção de saúde bucal. Esta informação está de acordo com Pomarico et al. (2001) que observou uma relação incoerente entre conhecimentos e atitudes de cuidadores de pacientes especiais e com Barreto & Santana (1990) que afirmaram a ineficiência da motivação de paciente com deficiência de inteligência.

## 6 EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

O ensino de saúde tem sido um desafio para a educação, no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida. As experiências mostram que transmitir informações a respeito do funcionamento do corpo e descrição das características das doenças, bem como um elenco de hábitos de higiene, não é suficiente para que os indivíduos desenvolvam atitudes de vida saudável. É preciso educar para que se possa chegar à saúde, levando em conta todos os aspectos envolvidos na formação de hábitos e atitudes que acontecem no dia-a-dia (Brasil, 1997).

Para que ocorra melhoria das condições de saúde bucal da coletividade, torna-se fundamental formar profissionais com visão de promoção de saúde e que sejam levados em consideração os aspectos sócio-culturais da população.

Para Pinto (2000), há uma tendência em acreditar que as pessoas, cujas necessidades básicas são satisfeitas, motivam-se mais facilmente e consomem ensinamentos educativos até mesmo de modo voluntário. Relata, no entanto, que nas décadas de 1960 e 1970, diante dos resultados positivos obtidos em projetos piloto em comunidades carentes, muitos pesquisadores chegaram a acreditar que bastaria a educação para que as populações carentes modificassem seus hábitos. Mesmo que, nos dias atuais já tenhamos clareza das possibilidades e limites da educação diante dos condicionantes sociais e econômicos, muitos



cirurgiões-dentistas ainda têm visão mais ou menos ingênua, responsabilizando as próprias pessoas por todos os problemas de saúde que apresentam.

Embora o paciente tenha responsabilidade sobre a saúde, o CD não pode se esquecer que vai depender dele passar as instruções e informações, pois o paciente não é obrigado a saber e sim manter depois de aprendido.

A educação sozinha não tem forças para possibilitar a saúde desejável à população, mas pode fornecer elementos que capacitem os indivíduos para ganhar autonomia e conhecimento na escolha de condições mais saudáveis. A Educação para a Saúde como fator de promoção e proteção à saúde é, também, uma estratégia para a conquista dos direitos de cidadania (Brasil, 1997).

Em 1993, Bijella observou que a prática do cirurgião-dentista não deve se voltar apenas à dimensão técnica curativa: precisa incorporar uma dimensão de educação em saúde bucal, fornecendo informações, orientações e desenvolvendo habilidades de cuidado por meio de métodos que mobilizem o cuidado com a saúde bucal, buscando no paciente um colaborador e não apenas o alvo do programa de prevenção. O autor enfatiza ainda que a educação em saúde bucal significa aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades, atitudes e construção de valores que levem o paciente e/ou seus pais a agirem, no seu dia-a-dia, em benefício da própria saúde bucal e da saúde dos outros.

Em 1986, Resende observou que as ações de saúde, tanto educativas quanto curativas, visam proporcionar aos grupos humanos o mais elevado grau de saúde, permitindo uma melhor qualidade de vida. A educação é um instrumento de transformação social – e não apenas a educação formal, mas

toda ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e conceitos, e que estimule a criatividade. E por esse motivo Aguiar et al. (2000) concluíram que se torna necessária, portanto, uma mudança no sistema de saúde pública não apenas para os pacientes com necessidades especiais, mas para toda a população, pois a possibilidade de prevenção deve ser considerada como o melhor e mais eficaz tratamento que a odontologia pode oferecer. Bellini (1991) também concorda com Aguiar et al. (2000), para o qual Educação em Saúde é de extrema importância quando se deseja mudar atitudes em relação à doença, priorizando então a promoção de saúde.

Para Vasconcelos (1997), educar em saúde é procurar compreender os problemas que acometem determinada comunidade e fazer que a população tenha consciência deles e busquem soluções. Deste modo a educação deve estar baseada no diálogo, na troca de experiências, e deve haver uma ligação entre o saber científico e o saber popular.

As ações de saúde, tanto educativas quanto curativas, visam proporcionar aos grupos humanos o mais elevado grau de saúde, permitindo uma melhor qualidade de vida. Quanto à Odontologia, o processo educativo é também extremamente necessário, pois visa mudanças de comportamento essenciais para manutenção, aquisição e promoção de autocuidados bucais (Petry & Pretto, 1999). Dessa forma, a Educação em Saúde Bucal deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido da mudança.

Segundo Ferreira & Gaíva (2001), a educação em saúde pode ser considerada como essencial à manutenção e prevenção da saúde. De acordo com os autores, a educação odontológica da mãe ou responsável é fator determinante para a saúde bucal futura da criança, e que a família, servindo como modelo, auxilia a criança a cuidar de seus dentes.

Pinto (2000) ressalta que a educação em saúde bucal é uma ação importante do processo de promoção da saúde, exigindo características específicas que envolvem práticas e conhecimento. Contudo, ressalta que o conceito de educação em saúde bucal precisa ser ampliado para incluir, entre suas tarefas, o trabalho de conscientização dos grupos sociais com menor acesso aos programas de saúde odontológica. Invocando as propostas do educador Paulo Freire (1980), o autor traz o termo conscientização como estratégia que leva a uma aproximação crítica da realidade, valorizando o conhecimento como possibilidade de autonomia para que cada sujeito possa criar sua existência com o material que a vida lhe oferece.

A saúde bucal dos pacientes especiais, inclusive no Brasil, é ainda muito precária. Vários são os motivos para isso: há poucos centros especializados na assistência desses pacientes; poucos e raros são os dentistas que se habilitam a fazer o tratamento desses pacientes em seus consultórios particulares; muitas vezes, as famílias não possuem condições financeiras para pagar o tratamento odontológico, visto que uma intervenção curativa ou restauradora ou cirúrgica é bastante onerosa; e, principalmente, faltam educação, motivação e interesse das famílias em relação à saúde bucal dessas crianças. Esse fato é agravado pela baixa

situação socioeconômica e cultural familiar, que mal consegue comprar alimentos, e, menos ainda, escovas e cremes dentais. (Aguiar et al. 2000)

As necessidades básicas de saúde, sociais, psicológicas e educacionais das crianças excepcionais são idênticas às de todas as crianças e podem ser satisfeitas praticamente da mesma maneira (Telford & Sawrey, 1988). De acordo com Sedlacek et al. (1996), o cirurgião-dentista, em seu trabalho diário, deverá ter sensibilidade para compreender os problemas psicossociais que envolvem o paciente portador de deficiência mental.

Pacientes portadores de deficiência mental podem tornar-se colaboradores após a aplicação das técnicas de instrução verbal e demonstração do equipamento e do modelo de gesso Dicks (1974). De acordo com Petry & Pretto (1999), mesmo que a informação seja completa e adequada, requer um certo tempo para ser amadurecida e incorporada pelo paciente, desta forma, não se deveria esperar uma imediata transformação de comportamento e sim repetidamente reforçar as mensagens motivacionais.

Segundo Faustino-Silva et al. (2008), a saúde de uma população, em especial a saúde bucal, é expressa claramente pelas condições do meio no qual ela está inserida e, principalmente, pela forma com que são estabelecidos os relacionamentos interpessoais e familiares.

No que se referem às condições de saúde bucal da população, fatores extra-clínicos das doenças, tais como fatores ambientais, sociais, econômicos e políticos, tornam-se relevantes para a responsabilização dos cuidados com o corpo (Faustino-Silva et al., 2008)

Em 1977, Castellanos observou que um programa educativo deve ter como objetivo a promoção de saúde e mudanças, quando necessárias, de crenças, atitudes e comportamentos em relação à saúde.

De acordo com Milgron (1998), muitos estudos observaram que os hábitos adquiridos pela criança estão relacionados com os hábitos da mãe e que o conhecimento e o nível de saúde da mãe podem influenciar no comportamento da sua saúde e do próprio filho.

Embora os estudos analisados situem a prática educativa como componente importante e necessário à redução dos problemas de saúde bucal, o conceito de educação em saúde na área de odontologia ainda não ganhou espaço de discussão. Poucos programas mostram estratégias de ruptura com propostas mais tradicionais e comportamentalistas, ancoradas em práticas de comunicação unidirecionais que não possibilitam o diálogo nem a participação efetiva dos sujeitos, necessários à construção de um conhecimento emancipatório que produza autonomia em relação aos cuidados com a saúde bucal (Pauleto et al., 2004).

Apesar de o enfoque odontológico educativo e preventivo ser cada vez mais crescente, sabe-se que a constituição da saúde bucal como necessidade é uma produção social e está relacionada às condições de vida das pessoas, às tradições históricas, ao hábito social e às representações sobre o corpo, a saúde e a doença (Martins, 1999).

É importante enfatizar a co-responsabilidade dos pais e cuidadores na promoção e manutenção das condições de saúde bucal de seus filhos, uma vez

que é comum o fato de alguns pais/cuidadores ao levarem as crianças para avaliação odontológica sentirem-se livres das responsabilidades com os cuidados de higiene bucal, transferindo para o dentista toda a responsabilidade de promover sua saúde bucal.

Deslandes (1997) e Hilger et al. (1999), reafirmam a importância da avaliação de programas e serviços na saúde pública, pois viabiliza escolhas de planejamento e possibilita o controle dos serviços prestados à comunidade, uma vez que os recursos estão cada vez mais escassos, e não acompanham o grande aumento e diversidade da demanda.

Tomita & Fagote (1999) realizaram a implantação de um novo programa preventivo-educativo através da integração do cirurgião-dentista com paciente especial e família, considerando a dificuldade de atendimento odontológico. Estes autores avaliaram as condições de higiene bucal de pacientes com deficiência mental, matriculados na Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) da cidade de Bauru, e verificaram a eficácia de um programa preventivo direcionado para pacientes especiais, contando com a participação dos pais ou responsáveis. Este estudo foi realizado com 52 pacientes especiais e as condições de saúde bucal deste grupo foram avaliadas através da prevalência de cárie (CPOS) e placa bacteriana dentária (PHP). Foram realizadas palestras, discussão de dúvidas e reforço dos conceitos de prevenção em saúde bucal, em 3 reuniões bimestrais com os pais ou responsáveis. Após este período, os pacientes foram examinados, visando avaliar as medidas preventivo-educativas adotadas. Os autores concluíram que em função deste novo programa preventivo-

educacional, houve uma diminuição estatisticamente significativa do índice de placa.

Aguiar et al. (2000), realizaram uma pesquisa com 33 pacientes especiais. Em uma primeira etapa foram administradas palestras educativas, auxiliadas por recursos audiovisuais. Numa segunda etapa, colocou-se em prática os ensinamentos teóricos e, por meio da evidenciação de placas nos dentes dos próprios enfermeiros, é ensinada a técnica para escovação dental e uso do fio dental. Numa terceira fase, todos os passos acima foram executados nos pacientes, iniciando-se pela evidenciação de placas e, em seguida, pelo ensino das técnicas de higienização. No intuito de auxiliar ainda mais a limpeza, instituiu-se a adição de uma solução antisséptica bucal na água colocada no borrifador. Os resultados foram considerados positivos, pois os índices de placa dos vários grupos dentais diminuíram visivelmente, embora a placa dental não tenha sido totalmente eliminada. Mas, segundo Johnson & London (1993) o objetivo principal da higiene bucal é saber controlar a placa, e não eliminá-la, uma vez que é uma forma de defesa natural contra microorganismos exógenos que podem ser perigosos.

Oliveira et al. (2004) avaliaram a eficiência de um programa para promover a educação e a motivação da higiene buco-dental, direcionado a crianças portadoras de necessidades especiais no Centro de Educação Especial na cidade de Aracaju-SE. Este trabalho envolveu crianças portadoras de necessidades especiais, incluindo deficiência mental, visual, auditiva e paralisia cerebral, num total de 50 escolares, com idades entre 7 e 12 anos, de ambos os sexos, nas quais

avaliaram o Índice de biofilme bacteriano. Foram realizadas palestras educativas auxiliadas por recursos audiovisuais, macromodelos, macroescovas, jogos educativos, evidenciação de placa dental e escovação supervisionada. O envolvimento dos pacientes especiais, juntamente com o suporte e incentivo dos seus responsáveis e educadores, foram de fundamental importância para o alcance da efetividade do programa. O resultado obtido foi a diminuição estatisticamente significativa no Índice de placa dental.

## 7 RECURSOS AUDIOVISUAIS

Garcia et al. (1998) desenvolveram programa de prevenção e educação em saúde bucal utilizando material audiovisual, orientação direta e apresentação do Robô-Dente. Avaliaram o aprendizado de 682 crianças da primeira à quarta série do ensino fundamental de três escolas públicas da cidade de Araraquara, submetidas a esse programa educativo em saúde bucal, mediante análise de redações feitas pelas crianças, após 15 dias da aplicação do programa, utilizando palavras-chave no contexto da saúde bucal. A programação, apoiada na avaliação neurolinguística das informações, valorizou o trabalho com os sentidos: visual, auditivo e cinestésico. Esteve apoiada em três modelos de práticas informativas: palestras, para estimular os sentidos visual e auditivo; atividade clínica de educação e higiene bucal, cujo principal estímulo foi o cinestésico e tátil-motor, além do estímulo auditivo e visual; e utilização de recurso (o Robô-Dente) para trabalhar informação, que foi centralizada no estímulo auditivo e



visual, que, embora colabore no processo de retenção de informações, não garante a consciência da necessidade do cuidado com a saúde. Os autores do estudo constataram que apesar de a proposta ter apresentado grande aceitação, programas baseados no binômio prevenção-educação precisam ser realizados com continuidade para que ganhem impacto.

Dinelli et al. (1998) desenvolveram programa educativo em saúde bucal, com 90 alunos do ensino fundamental da rede particular da cidade de Araraquara, apoiado na informação e uso de recurso didático-pedagógico: o Robô-Sorriso que transmitia, por gravação em fita cassete, mensagens educativas às crianças. Pelo estudo, concluíram que houve motivação, assimilação e retenção do conhecimento. Ressaltaram que o bom nível das respostas obtidas nas avaliações realizadas deveu-se, principalmente, às condições socioeconômico-culturais do grupo de estudantes, que pertencia à rede particular de ensino.

Chalmers et al. (2005), confeccionaram um vídeo educativo para pacientes geriátricos que foi vendido com um formulário de questões, nos quais continham perguntas relacionadas ao vídeo. Dos 792 vídeos que tinham sido vendidos somente 294 questionários foram preenchidos e devolvidos. A grande maioria dos respondentes concordaram que o vídeo foi o melhor formato para apresentar esta informação sobre higiene bucal.

Alsada et al. (2005), criaram e testaram um AV para ajudar na educação e sensibilização geral de saúde bucal de lactantes e crianças entre os seus cuidadores primários. O recurso audiovisual continha informações sobre saúde bucal infantil, a gravidez, desenvolvimento oral e dentário, a dentição, a

alimentação e nutrição, higiene bucal, uso adequado de flúor, aquisição oral de bactérias. Os autores avaliaram o conhecimento antes e depois de visualizar o vídeo por meio de 26 questões. A 1ª fase do estudo revelou uma relativa falta de conhecimento e equívocos sobre saúde bucal infantil. Assim, demonstrou a necessidade de uma educação preventiva em saúde bucal. Uma melhora significativa no conhecimento foi alcançada após uma única exibição do vídeo.

## REFERÊNCIAS

Aguiar SMHCA, Barbieri CM, Louzada LPA, Saito TE. Eficiência de um programa para a educação e a motivação da higiene buço-dental direcionado a excepcionais com deficiência mental e disfunções motoras. Unimep. 2000; 12 (1 e 2): 16-23.

Aguiar SMHCA, Vila P, Santos-Pinto R. Prevalência de cárie dental em paciente com retardo mental por lesão anóxia cerebral. Ambito Odontol.1991; (6): 124-127.

Alsada LH, Sigal MJ, Limeback H, Fiege J, Kulkarni GV. Development and Testing of na Audio-visual Aid for Improving Infant Oral Health through Primary Caregiver Education. J Can Dent Assoc. 2005. 71(4): 241-241.

Amaral, L.A. Conhecendo a deficiência (em companhia de Hércules). São Paulo: Editora Robe Editorial, 1995.

Amiralian ML. Psicologia do excepcional. São Paulo: EPU, 1986.

Anunciação VL, A produção de textos na deficiência mental [Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. 2004.

Aquino DJN. O cuidador de portadores de necessidades especiais em assistência odontológica. 2006. Dissertação apresentada a Universidade de Franca para o título de Mestre em Promoção de Saúde, Franca.

Barreto EC, Santana EJB. Avaliação do estado de saúde periodontal em pacientes psiquiátricos. Rev da FOUFBA, Salvador. 1990/1991; 10-11: 33-41.

Bay LM, Russel BG. Effect of chlorhexidine on dental plaque and gingivitis in mentally retarded children. Community Dent Oral Epidemiol, Copenhagen. 1975; 3(6): 267-270.

Bellini HT. Ensaio sobre programas de saúde bucal. Biblioteca Científica 1991; (3).

Bijella MFTB. A importância da educação odontológica em saúde bucal nos programas preventivos para a criança. Cecade News. 1993.1(1/2):25-28.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde. Brasília, p.48, 1993.

Brasil. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente, saúde. Secretaria de Educação Fundamental, Brasília. 1997.

Brown JP, Schodel DR. A review of controlled surveys of dental disease in handicapped persons. J Dent Child, Chicago. 1976; 43(5): 313-320.

Burtner AP, Low DW, McNeal DR, Hassell TM, Smith RG. Effects of chlorhexidine spray on plaque and gingival health in institutionalized persons with mental retardation. Spec Care Dentist, Chicago. 1991; 11(3): 97-100.

Butts JE. The dental status of mentally retarded children, II. A survey of the prevalence of certain dental conditions in mentally retarded children in Georgia. J. Public Health Dent, Raleigh, 1967, 27(4):195-211.

Carvalho EMC, Araújo RPC. A Saúde Bucal em Portadores de Transtornos Mentais e Comportamentais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. 2004; 4(1): 65-75.

Castellanos RA. Orientação sobre saúde bucal em um centro de saúde. *Rev. Saúde Pública* 1977; 11: 248-57.

Chalmers JM, Robinson J, Nankivell N. The Pactical Oral Care video – Evaluation of a Dental Awareness Month initiative. *Australian Dental Journal*. 2005; 50(2): 75-80.

Clark DB. Dental care for the psychiatric patient chronic schizophrenia. *Can Dent Assoc, Ontario*. 1992; 58(9): 912-916.

Coelho CRZ, Loevy HT. Aspectos odontológicos da síndrome de Down. *Ars. Curandi Odontol*, 1982; 3: 9-16.

Connick CM, Barsley RE. Dental neglect: definition and prevention in Louisiana Development Centers for patients with MR/DD. *Spec Care Dentist, Chicago*. 1999; 19(3): 123-127.

Decreto n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999 que regulamenta a Lei n.º 7.853, de 24 de outubro de 1989.

Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 1997; 13(1): 103-7.

Dicks J.L. Effects of different communication techniques on the cooperation of the mentally retarded child during dental procedures. *J. Dent. Child.* , 1974; 41(41): 283-288.

Dinelli W, Corona SAM, Garcia PPNS, Dinelli TCS. Campanhas de prevenção e motivação em odontologia: Novos caminhos. *Odonto*. 2000; 2(1): 8-13.

Dualibi, SE, Dualibi MT. Uma nova visão sobre conceito e classificação em pacientes especiais. *Atual. Odont. Bras.* 1989; 6(3).

Elias R. *Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais – Uma Visão Clínica*. 1ª ed. Editora: Santos. 2007.

Faustino-Silva DD, Ritter F, Nascimento IM, Fontanive PVN, Persici S, Rossoni E. Oral health care in preschool children: perceptions and knowledge of parents or legally responsible persons in a health care center of Porto Alegre, RS. *Revista Odonto Ciência. Journal of Dental Science*. 2008; 23(4).

Ferreira ARC, Gaíva MAM. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. *J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê, Curitiba*. 2001; 4(22): 485-489.

Fourniol A. *Pacientes Especiais e a Odontologia*. São Paulo. Santos, 1998.

Fourniol Filho A. Introdução ao estudo da odontologia sobre pacientes especiais. In: *Pacientes especiais e a odontologia*. 2. ed. São Paulo: Ed. Santos, 1998. cap. 1, p. 3-26.

Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de PF. Morais*, São Paulo. 1980.

Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. Incidence of, and reasons for, tooth mortality among mentally retarded adults during a 10- year period. *Acta Odontol Scand*, Oslo. 1999; 57(1): 55-61.

Garcia PPNS, Corona SAM, Valsecki Júnior. A educação e motivação: segunda avaliação da efetividade de métodos educativos-preventivos relativos à cárie dental e à doença periodontal. *Revista de Odontologia da Unesp*. 1998; 27(2): 405-415.

Grunspun H. A Família e o Ambiente do Excepcional. *Psiquiatria Atual*.1972, 45-51.

Grunsven MFV, Cardoso EBT. Atendimento odontológico em crianças especiais. *Rev. APCD*, 1995; 49 (5): 364-370.

Gullikson JS. Oral findings of mentally retarded children. *J Dent Child*, Chicago. 1969; 36(2): 133-137.

Gupta DP, Chowdhury R, Sarkar S. Prevalence of dental caries in handicapped childrens of Calcutta. *J. Indian Soc Pedod. Prev Dent*. 1993; 1: 23-7.

Hede B. Oral health in Danish hospitalized psychiatric patients. *Community Dent Oral Epidemiol*, Copenhagen. 1995; 23(1): 44-48.

Hilger EC, Abegg C, Pretto SM. Análise das abordagens de Educação em Saúde em programas de saúde bucal. *Ação Coletiva*.1999;2(2):10-4.

Johnson NP, Young MA, Gallios JA. Dental caries experience of mongoloid children. *J. Dent. Child.*, 1960; 27: 292-295.

Johnson NW, London UK. Hygiene and health: the value of antiplaque agents in promoting oral health. *Int. Dent. Jour*. 1993; 43: 375-386.

Jurek GH, Reid WH. Oral health of state hospital patients. *Hosp Community Psychiatric*. Washington. 1993; 44(9): 889-891.

Kaye PL, Fiske J, Bower EJ, Newton JT, Fenlon M. Views and experiences of parents and siblings of adults with Down syndrome regarding oral healthcare: a qualitative and quantitative study. *Br Dent J*. 2005; 198(9): 571-8.

Klinge, V. Facilitating oral hygiene in patients with chronic schizophrenia. *J Am Dent Assoc*, Chicago. 1979; 99(4): 644-645.

Makowiecky N. Índice CPOD de 196 excepcionais de 06 a 20 anos de idade, de ambos os sexos, submetidos a anestesia geral para tratamento odontológico. *Rev Cienc. Saúde*. 1985; 1(2): 47-57.

Maranho MVMT, Soares LF, Miranda L.M.S. Cárie e gengivite em crianças portadoras de necessidades especiais e conhecimentos sobre saúde bucal de seus responsáveis. *Revista Naval de Odontologia*. Publicação Comemorativa Do 69º Aniversário Da Odontoclínica Central Da Marinha – 2004

Martens L., Marks L, Goffin G, Gizani S, Vinckier F, Declerck D. Oral hygiene in 12 –year- old disabled children in Flandres, Belgium, related to manual dexterity. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Munksgaard. 2000; 28: 73-80.

Martins EM. Construindo o valor saúde bucal. *Ação Coletiva* 1999; 2(2):5-9.

Martins L, Marks L, Declerck D, Vinckier F, Gizani J, Goffin G. Oral hygiene of handicapped subjects in Flanders. *Rev. Belg. Med. Dent*. 1995; 3: 25-34.



Matheus WO. Levantamento das condições de cárie e doença periodontal do paciente portador de Síndrome de Down institucionalizados na APAERJ. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1992.

Mazzotta M.J. Contribuições para o estudo da excepcionalidade: alguns aspectos sócio-educacionais. *Revista Integração*. 1989; 2(6).

Milgron P. Response to Reisine & Douglas: psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiology*, Copenhagen. 1998; 26: 45-46.

Nunn JH, Gordon PH, Carmichael, CL. Dental disease and current treatment needs in a group of physically handicapped children. *Community Dent. Health*. 1993; 4: 389-96.

Nunn JM, Murray JJ. The dental health of handicapped children in Newcastle and Northumberland. *Br Dent J*, 1987; 162: 9-14.

O'Donnell JP, Cohen MM. Dental care for institutionalized retarded individual. *J Pedodon*, Boston. 1984; 9(1): 3-38.

Oliveira AC, Czeresnia D, Paiva SM, Campos MR, Ferreira EF. Udo de serviços odontológicos por pacientes com síndrome de Down. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42 (4): 693-9.

Oliveira LFA, Oliveira CCC, Gonçalves SRJ. Impacto de um Programa de educação e motivação de higiene oral direcionado a crianças portadoras de necessidades especiais. *Odontologi. Clín.-Científ*. 2004; 3(3): 187-192.

Omote, S. Perspectiva Direta e Metaperspectiva. Comunicação no IV Ciclo de estudos sobre deficiência mental – Programa de Mestrado em educação especial. São Carlos, 1987.

Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. São Paulo: Edusp: 1993; 1.

Pannuti CM. Avaliação do efeito clínico do gel de clorexidina a 0,5% na região interproximal de deficientes mentais. 1998, 88f. Dissertação (Mestrado em Periodontia). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):121-130.

Peres AS, Peres SHCS, Silva RHA, Atendimento a pacientes especiais: reflexão sobre os aspectos éticos e legais. *Rev Fac Odontol Lins, Piracicaba*. 2005; 17(1): 49-53.

Pessotti I. Deficiência Mental da superação à ciência. São Paulo. T.A. Queiroz/EDUSP. 1984.

Petean EBL. Enfrentando a deficiência: a pesquisa com famílias e profissionais. 2005. 111f. Tese de livre docência. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Petry PC, Pretto SM. Educação e motivação em saúde bucal. In: Promoção de saúde bucal (Aboprev). 2. ed. São Paulo: Artes Médicas. 1999. 15: 365-370.

Pinto VG. Saúde bucal coletiva. (4 ed.). Santos, São Paulo 2000.

Pomarico L, Souza IPR, Tura LF. Saúde bucal: noções e atitudes de profissionais que atendem crianças especiais. In: Reunião Anual SBPqO, 18., 2001, Águas de Lindóia, Anais. São Paulo: USP, 2001, p. 153.

Resende ALM. Saúde Dialética do Pensar e do Fazer. São Paulo: Cortez Editora, 159p. 1986.

Resende VLS. A odontologia e o paciente especial. Jornal da Odontologia CROMG. 1998; 18: 12.

Sabbagh-Haddad A, Magalhães MH, Odontologia para pacientes com necessidades especiais. In: Introdução. São Paulo: Editora Santos. 2007. 1-6.

Sabbagh-Haddad A, Odontologia para pacientes com necessidades especiais. 1ª ed. São Paulo: Editora Santos. 2007.

Schmidt MG. Avaliação da cárie dentária, níveis salivares de Estreptococos do grupo Mutans e capacidade tampão da saliva em crianças portadoras da Síndrome de Down na faixa etária de 6 a 14 anos. Dissertação em Mestrado, São Paulo, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 1995.

Sedlacek P, Luciano RR, Aguiar AS, Tefi-Marcondes WA, Melo LM. Aspectos psicossociais na assistência odontológica ambulatorial ao portador de deficiência mental. Rev. Inst. Ciênc. Saúde. 1996; 14(2): 65-70.

Smith CE, Williams JE, Lloyd JL. The dental health status of the mentally retarded in an institutional population. *J Tenn Dent Assoc, Tennessee*. 1966; 46(2): 138-146.

Stiefel DJ, Truelove EL, Chin MM, Mandel LS. Efficacy of chlorhexidine swabbing in oral health care for people with severe disabilities. *Spec Care Dentist, Chicago*. 1992; 12(2): 57-62.

Telford CW, Sawrey JM. *O Indivíduo Excepcional*. 5.a ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 658p., 1988.

Tesini DA, Fenton SJ. Oral health needs of persons with physical or mental disabilities. *Dent Clin North Am, Philadelphia*. 1994; 38(3): 483-498.

Toledo O A *Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica*. São Paulo. Panamericana, 1986, pp.221-240.

Tomita NE, Fagote BF. Programa educativo em Saúde Bucal para pacientes especiais. *Odontologia e Sociedade*. 1999; 1(1/2): 45-50.

Varellis, M.L.Z. *O paciente com necessidades especiais na odontologia – Manual Prático*. São Paulo: Editora Santos, 2005.

Vasconcelos EM. *Educação popular nos serviços de saúde*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec. 1997.

Velasco E, Machuca G, Martinez-Sahuquillo A, Rios V, Lacalle J, BulloAn P. Dental health among institutionalized psychiatric patients in Spain. *Spec Care Dentist, Chicago*. 1997; 17(6): 203-206.

Vigild M, Brinck JJ, Hede B. A one year follow up of an oral health care programme for residents with severe behavioral disorders at special

nursing homes in Denmark. *Community Dent Health*, London. 1998; 15(2): 88-92.

Whyman RA, Treasure ET, Brown RH, Macfadyen EE. The oral health of long-term residents of a hospital for the intellectually handicapped and psychiatrically ill. *New Z Dent J*. 1995; 91(6): 49-56.

Winer RA, Cohen MM. Dental caries in mongolism. *Dent. Prog.*, 1962; 2: 217-219.

Zazzo, R. A debilidade em questão (As debilidades mentais). Lisboa: Socicultur, 1976.

## **Anexo 2 – Monografia**

Monografia apresentada ao Curso de Mestrado em Ciências Odontológicas do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos, como parte dos requisitos para o Exame Geral de Qualificação, em Periodontia

### **RECURSO ÁUDIO-VISUAL EM SAÚDE BUCAL PARA CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

## 1. INTRODUÇÃO

Pacientes com necessidades especiais são indivíduos que apresentam desvios no padrão de normalidade de sua condição física, mental, orgânica e/ou de sociabilização. Essa condição pode ser de caráter transitório como a gravidez ou permanente como a paralisia cerebral (Elias, 2007).

Os indivíduos que se incluem nessa classificação apresentam maior prevalência de patologia dentária, maior número de dentes perdidos e aumento nas necessidades de tratamento periodontal, quando comparados à população, por conta da precariedade de sua higiene bucal, o que reflete a inexistência de programas preventivos direcionados a esse público. (Carrillo Hernandez, 1983; Glassman & Miller, 2003).

A educação em saúde bucal é uma ação importante do processo de promoção da saúde, incluindo o trabalho de conscientização dos grupos sociais com acesso limitado aos programas de saúde odontológica. Remetendo às propostas do educador Paulo Freire, o termo conscientização como estratégia, aproxima a visão crítica da realidade, valorizando o conhecimento como possibilidade de autonomia para que cada sujeito possa criar sua existência com o material que a vida lhe oferece (Pinto, 2000).

Atualmente, os estudos que documentam a disponibilidade ou eficácia de um modelo universalmente aplicável para prevenção de pacientes com necessidades especiais são escassos. Recursos áudio-visuais (AV) proporcionam educação preventiva em ambientes sem estresse, visando à informações relevantes para pessoas (Alsada et al., 2005).

O objetivo desse estudo é apresentar uma revisão da literatura enfocando o recurso áudio-visual como ferramenta para promoção de saúde bucal.

## 2. REVISÃO DISCUTIDA DA LITERATURA

Considera-se, para fins de assistência odontológica, pacientes com necessidades especiais todo aquele que apresente desvios de normalidade, de ordem física, mental, sensorial, de comportamento e crescimento tão acentuados a ponto de não se beneficiar de programas rotineiros de assistência (Redford, 1997). Essa condição pode ser de caráter transitório como a gravidez ou permanente como a paralisia cerebral (Brito, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2009) ressalta que 10% das populações apresentam algum desvio da normalidade. Considerando a população brasileira com aproximadamente 170 milhões de habitantes, conclui-se que há 17 milhões de pessoas deficientes. Contudo, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no censo do ano 2000, esse percentual no país é de 14,5%, perfazendo um total de aproximadamente 24 milhões de indivíduos. Ainda em relação aos dados censitários nacionais 8,2% da população é considerada deficiente por apresentar deficiência mental.

Inicialmente é importante ressaltar que a deficiência mental não é uma doença, e sim uma condição de vida. Neste sentido a Associação Americana de Deficiência Mental a define como funcionamento intelectual abaixo do normal, manifestado durante o período de desenvolvimento e associado às deficiências no comportamento adaptativo (Anúnciação, 2004).

Em 2004, Carvalho & Araújo concluíram que a higiene bucal é precária entre os portadores de transtornos mentais e/ou comportamentais, principalmente devido ao comprometimento intelectual e motor. A maioria são usuários de medicamentos psicoativos, os quais podem provocar xerostomia, com influência negativa na sua condição bucal, por isso são enquadrados no grupo dos pacientes de alto risco para a cárie e a doença periodontal. É alta a prevalência de doenças bucais entre os deficientes mentais, fundamentando, portanto, a necessidade da implementação de programas educacionais, que busquem difundir medidas preventivas para garantir a manutenção da saúde bucal.

Associado à precariedade da saúde bucal de PNE, a insuficiência de centros especializados na assistência dessas pessoas e a inabilidade de alguns



profissionais em realizar o tratamento em consultórios particulares prejudicam ainda mais a qualidade de vida destes indivíduos sob o aspecto do funcionamento do Sistema Estomatognático. Além disso, as famílias não possuem motivação e interesse na saúde bucal, agravado pela baixa situação sócio-econômica e cultural, mesmo sabendo-se que as necessidades básicas de saúde, sociais, psicológicas e educacionais dos pacientes com deficiência neuropsicomotoras são idênticas a de outros pacientes normais (Telford e Sawrey, 1988; Sedlacek et al., 1996; Aguiar et al. 2000).

A educação no âmbito da saúde é um desafio, principalmente quanto à garantia de uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida da população brasileira. As experiências mostram que transmitir informações sobre o funcionamento do corpo humano ou descrever características de doenças não são suficientes para que os indivíduos desenvolvam uma vida saudável. Dessa maneira, faz-se necessário educar para alcançar a excelência em saúde, ponderando os aspectos populacionais de formação de hábitos e posturas no dia-a-dia (Brasil, 1997).

A educação atuando isoladamente não tem forças para possibilitar a saúde desejável à população, mas pode fornecer elementos que capacitem os indivíduos para ganhar autonomia e conhecimento na escolha de condições mais saudáveis. A Educação para a saúde, como fator de promoção e proteção à saúde, é, também, uma estratégia para a conquista dos direitos de cidadania (Brasil, 1997). Segundo Silva et al. (2008), a saúde de uma população, em especial a saúde bucal, é expressa claramente pelas condições do meio no qual ela está inserida e, principalmente, pela forma com que são estabelecidos os relacionamentos interpessoais e familiares.

A educação em saúde é essencial à manutenção e prevenção da saúde, sendo uma ação importante no processo de promoção da saúde, exigindo características específicas que envolvem práticas e conhecimento. O conceito de educação em saúde bucal necessita ser ampliado, incluindo o trabalho de conscientização com os grupos sociais. A conscientização como estratégia de educação aproxima a crítica da realidade, valorizando o conhecimento como possibilidade de autonomia para que cada sujeito possa criar sua existência com o material que a vida lhe oferece (Pinto, 2000; Ferreira & Gaíva, 2001).

A prevenção deve ser considerada como o melhor e mais eficaz tratamento que a Odontologia pode oferecer, ressaltando a educação em saúde na mudança de postura em relação à doença. Educar em saúde é compreender os problemas que acometem determinada comunidade e conscientiza a população dos problemas e

soluções. Deste modo, a educação deve basear-se no diálogo, na troca de experiências e servir de ponte entre o saber científico e popular (Bellini, 1991; Vasconcelos, 1997; Petry & Pretto, 1999; Aguiar et al., 2000).

Na Odontologia, a melhoria das condições de saúde bucal da coletividade, ocorre fundamentalmente na formação de profissionais com visão de promoção de saúde considerando-se indiscutivelmente os aspectos sócio-culturais da população alvo. Nos dias atuais, mesmo com a clareza das possibilidades e limites da educação diante dos condicionantes sociais e econômicos, muitos cirurgiões-dentistas ainda têm visão mais ou menos ingênua, responsabilizando as próprias pessoas por todos os problemas de saúde que apresentam (Pinto, 2000).

A prática do cirurgião-dentista não limita-se apenas à dimensão técnico-curativa, mas na incorporação de educação em saúde bucal com informações, orientações e desenvolvimento de habilidades. Ações de saúde visam proporcionar aos grupos humanos o mais elevado grau de saúde, permitindo uma melhor qualidade de vida. (Resende, 1986; Bijella, 1993).

A co-responsabilidade dos pais e/ou cuidadores na promoção e manutenção das condições de saúde bucal de seus filhos é fundamental, haja vista alguns pais e/ou cuidadores sentirem-se livres das responsabilidades com os cuidados de higiene bucal, transferindo para o cirurgião-dentista toda a responsabilidade de promover sua saúde bucal.

Pacientes portadores de deficiência mental podem tornar-se colaboradores após a aplicação das técnicas de instrução verbal e demonstração do equipamento e do modelo de gesso. Para que a informação seja completa e adequada, requer um certo tempo para ser amadurecida e incorporada pelo paciente. Desta forma, não aguardar-se-ia uma imediata transformação de comportamento, mas repetidamente reforçar as mensagens motivacionais (Dicks, 1974; Petry & Pretto, 1999).

Para Haddad et al. (2007) a aplicação de medidas preventivas, motivação e treinamento são importantes para a saúde bucal dos pacientes especiais, principalmente pela impossibilidade destes pacientes manterem sozinhos uma adequada higiene bucal.

Castellanos (1977) observou que um programa educativo tem como objetivo promover saúde e mudanças, seja de crenças, atitudes e comportamentos em relação à saúde. Para Milgron (1998), os hábitos adquiridos pelo paciente estão relacionados com os hábitos da mãe, influenciando no comportamento do próprio filho. Embora os estudos analisados situem a prática educativa como componente importante à

redução dos problemas de saúde bucal, poucos programas mostram estratégias de ruptura com propostas mais tradicionais e comportamentalistas, ancoradas em práticas comunicacionais unidirecionais que não possibilitam o diálogo nem a participação efetiva dos sujeitos (Pauleto et al., 2004).

Tomita & Fagote (1999) realizaram a implantação de um novo programa preventivo-educativo através da integração do cirurgião-dentista/paciente especial/família, considerando a dificuldade de atendimento odontológico. Estes autores avaliaram as condições de higiene bucal de pacientes com deficiência mental, matriculados na Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) da cidade de Bauru, e verificaram a eficácia de um programa preventivo direcionado para pacientes especiais, contando com a participação dos pais/responsáveis. Este estudo foi realizado com 52 pacientes especiais e as condições de saúde bucal deste grupo foram avaliadas através da prevalência de cárie (CPOS) e placa bacteriana dentária (PHP). Foram realizadas palestras, discussão de dúvidas e reforço dos conceitos de prevenção e m saúde bucal, em 3 reuniões bimestrais com os pais/responsáveis. Após este período, os pacientes foram examinados, visando avaliar as medidas preventivo-educativas adotadas. Os autores concluíram que, devido seu novo programa preventivo-educacional, houve uma diminuição estatisticamente significativa do índice de placa.

Aguiar et al (2000), realizaram uma pesquisa no qual avaliou a eficiência de um programa para educação e a motivação para a higiene bucal, direcionado a excepcionais com disfunções motoras e deficiência mental, na Associação de Amparo ao Excepcional Ritinha Prates, da cidade de Araçatuba, envolvendo 33 pacientes com necessidades especiais. O trabalho foi desenvolvido em 3 etapas. A primeira foi administrada palestras educativas, auxiliadas por recursos audiovisuais. A segunda colocou-se em prática os ensinamentos teóricos e, por meio da evidenciação de placas nos dentes dos próprios enfermeiros, e ensinada a técnica de Bass para escovação dental e uso do fio dental. A terceira, todos os passos acima foram executados nos pacientes, iniciando-se pela evidenciação de placas e, em seguida, pelo ensino das técnicas de higienização. No intuito de auxiliar ainda mais a limpeza, instituiu-se a adição de uma solução anti-séptica bucal na água colocada no borrifador. Para facilitar a coleta de dados, os dentes dos pacientes foram agrupados em seis grupos: anteriores superiores, anteriores inferiores, posteriores superiores esquerdos, posteriores superiores direitos, posteriores inferiores esquerdos, posteriores inferiores direitos. A primeira evidenciação de placa foi realizada 1997, com fucsina básica a 2% aplicada com auxílio de cotonetes embebidos

nesta solução e esfregada sobre toda a superfície dos dentes. Durante todo o ano foi realizado, periodicamente, o trabalho de orientação e motivação da higiene bucal. Inicialmente, 30, 60 e 90 dias e 1 ano. Após, realizou-se uma nova evidenciação de placa, seguindo o mesmo padrão anteriormente descrito. De acordo com os dados colhidos, os resultados obtidos foram considerados positivos, pois os índices de placas dos vários grupos dentais diminuíram visivelmente, embora a placa dental não tenha sido totalmente eliminada.

Oliveira et al. (2004) avaliaram, em seu trabalho, a eficiência de um programa para promover a educação e a motivação da higiene buco-dental, direcionado a crianças com necessidades especiais no Centro de Educação Especial na cidade de Aracaju-SE. Este trabalho envolveu crianças com deficiência mental, visual, auditiva e paralisia cerebral, num total de 50 escolares, com idades entre 7 e 12 anos, de ambos os sexos, nas quais avaliaram o Índice de Biofilme Bacteriano. Os escolares foram submetidos a um sistema de atividades e métodos educativos para prevenção de cárie dental e da doença periodontal. Este estudo foi desenvolvido em quatro etapas. A primeira foi a do conhecimento das partes, onde o educador e educando tiveram o primeiro contato houve a explanação de como seria realizados o projeto. A segunda foi realizada a evidenciação de biofilme, anotando os dados referentes aos índices de placa, seguido então pelo ensino dos princípios de uma correta escovação e o uso do fio dental, e logo após foi realizada a escovação supervisionada. A terceira foi ministrada palestras educativas e escovação supervisionada auxiliadas por cartazes, desenhos, jogos, fantoches, músicas, através dos quais, ressaltou-se a necessidade de higiene oral, uso de fio dental, flúor, dieta adequada. Para a coleta dos dados referentes às crianças, foi elaborado uma ficha clínica, anotando os níveis de placa. Previamente ao exame empregou-se uma solução ou pastilha reveladora e se dividiu a superfície dental em cinco áreas. Completado dois meses, foi realizada a última etapa do projeto, com a execução de uma nova evidenciação de biofilme nos dentes das crianças, utilizando o mesmo índice para que fosse realizada a análise comparativa dos resultados e verificasse a eficiência do projeto. O resultado obtido foi a diminuição estatisticamente significativa no Índice de Placa Dental.

Alsada et al. (2005), criaram e testaram um áudio-visual para ajudar na educação e sensibilização geral de saúde bucal de lactantes e crianças entre os seus cuidadores primários. Aplicou-se um questionário com 26 questões onde os participantes apresentaram respostas antes e após a exibição do recurso AV revelando uma relativa

falta de conhecimento e equívocos sobre saúde bucal infantil. O resultado demonstrou a necessidade de uma educação preventiva em saúde bucal e uma melhora significativa no conhecimento foi alcançada após uma única exibição do vídeo.

### **3. CONCLUSÃO**

A educação em saúde é preponderante para se atingir os objetivos da prevenção e manutenção da saúde bucal. O programa educativo utilizando os recursos áudio-visuais é uma ferramenta de comunicação fundamental em saúde, pois democratiza a informação por meio de uma linguagem clara e simples.

#### 4. REFERÊNCIAS

Aguiar SMHCA, Barbieri CM, Louzada LPA, Saito TE. Eficiência de um programa para a educação e a motivação da higiene buço-dental direcionado a excepcionais com deficiência mental e disfunções motoras. Unimep. 2000; 12 (1 e 2): 16-23.

Alsada LH, Sigal MJ, Limeback H, Fiege J, Kulkarni GV. Development and Testing of an Audio-visual Aid for Improving Infant Oral Health through Primary Caregiver Education. J Can Dent Assoc. 2005; 71(4): 241-241.

Anunciação VL, A produção de textos na deficiência mental [Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. 2004.

Bellini HT. Ensaio sobre programas de saúde bucal. Biblioteca Científica. 1991.

Bijella MFTB. A importância da educação odontológica em saúde bucal nos programas preventivos para a criança. Cecade News. 1993; 1(1/2):25-28.

Brasil 1997. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente, saúde. Secretaria de Educação Fundamental, Brasília.

Brito PC. Promissão. c 2008 [acesso em 7 de novembro de 2009]. Prevenção e motivação da saúde bucal de pacientes portadores de necessidades especiais. Disponível em: [HTTP://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/4mostra/pdfs/548.pdf](http://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/4mostra/pdfs/548.pdf).

Carrillo Hernandez A. Condições de saúde bucal e anomalias dentárias em um grupo de deficientes mentais [Dissertação de Mestrado]. São Lourenço da Mata: Faculdade de Odontologia de Pernambuco. 1983.

Carvalho EMC, Araújo RPC, A Saúde Bucal em Portadores de Transtornos Mentais e Comportamentais. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa. 2004; 4(1):65-75.

Castellanos RA. Orientação sobre saúde bucal em um centro de saúde. Rev. Saúde Pública. 1977; 11: 248-57.

Dicks JL. Effects of different communication techniques on the cooperation of the mentally retarded child during dental procedures. J. Dent. Child. 1974; 41(41): 283-288.

Ferreira ARC, Gaíva MAM. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê, Curitiba, 2001. 4(22):485-489.

Glassman P, Miller CE. Preventing dental diseases for people with special needs: the need for practical preventive protocols for use in community settings. Spec Care Dent. 2003; 23(5):165-67.

Haddad AS, Odontologia para pacientes com necessidades especiais. 1ª ed. São Paulo: Editora Santos. 2007.

Milgron P. Response to Reisine & Douglas: psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiology. 1998; 26: 45-46.

Oliveira LFA, Oliveira CCC, Gonçalves SRJ. Impacto de um Programa de educação e motivação de higiene oral direcionado a crianças portadoras de necessidades especiais. Odontologi. Clín.-Científ. 2004; 3(3): 187-192.

Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9(1):121-130.

Petry PC, Pretto SM. Educação e motivação em saúde bucal. In: Promoção de saúde bucal (Aboprev). 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas. 1999.

Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4ª ed. São Paulo: Editora Santos. 2000.

Redford JB. Aparelhos de auxílio para idosos. In: Calkins E et al. Gerontologia prática. Ed. Devinter, p.197-209, 1997.

Resende ALM. Saúde Dialética do Pensar e do Fazer. 1ª ed. São Paulo: Editora Cortez. 1986.



Sedlacek P, Luciano RR, Aguiar AS, Tefi-Marcondes WA & Melo LM. Aspectos psicossociais na assistência odontológica ambulatorial ao portador de deficiência mental. Rev. Inst. Ciênc. Saúde. 1996; 14(2): 65-70.

Telford CW & Sawrey JM. O Indivíduo Excepcional. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 1988.

Tomita NE, Fagote BF. Programa educativo em Saúde Bucal para pacientes especiais. Odontologia e Sociedade. 1999; 1(1/2): 45-50.

Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec. 1997.

World Health Organization. Genebra. c 2009 [acesso em 17 de setembro de 2009]. Injury-related disability and rehabilitation; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/disability/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/disability/en/).

### Anexo 3 – Aprovação do Comitê de Ética para realização do estudo



Protocolo nº. 019/2008

Interessado(a): Prof. Dr. Alex Tadeu Martins

Projeto: "**Recurso Audiovisual em saúde bucal para cuidadores de pacientes com necessidades especiais**".

Despacho nº. 01 - Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

O projeto de pesquisa, "Recurso Audiovisual em saúde bucal para cuidadores de pacientes com necessidades especiais" encontra-se **adequado em conformidade** com as orientações constantes da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Por essa razão, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos - CEP/Unifeb, em sessão de 12 de dezembro de 2008, considerou o referido projeto estruturado dentro de padrões éticos e é de **Parecer Favorável** à sua execução.

Lembramos V.S. da necessidade de entrega do relatório parcial ou final, o que deverá ser efetuado no prazo de 90 (noventa) dias.

Barretos, 12 de dezembro de 2008.

Prof. Msc. José Caetano da Silva  
Coordenador do CEP/Unifeb

## **Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

#### I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

Documento de identidade no: \_\_\_\_\_ Sexo: F M

Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Cep: \_\_\_\_\_ Telefone: DDD (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#### II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

RECURSO ÁUDIO-VISUAL EM SAÚDE BUCAL PARA CUIDADORES DE  
PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Alex Tadeu Martins

CARGO/FUNÇÃO: Cirurgião-Dentista/ Pesquisador da Disciplina de Pacientes  
Especiais.

#### III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE

OBJETIVOS DA PESQUISA: Seu filho (a)/ enteado(a) e o Sr. (a) estão sendo convidados (a) a participar deste estudo para verificarmos a melhor estratégia para promoção de saúde em pessoas com necessidades especiais.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS, INCLUINDO A IDENTIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS: Serão realizadas verificações da quantidade de placa que existe nos dentes de seu filho (a)/ enteado(a), do sangramento da gengiva dele (a) e o Sr. (a) receberá orientações de como higienizar melhor a boca de seu filho (a)/ enteado(a).

DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS: O exame da boca e da gengiva serão realizados por um profissional treinado e não provocarão o mínimo de desconforto (dependendo da sensibilidade de cada pessoa), sem provocar nenhum dano à sua saúde. Os riscos são poucos e serão minimizados utilizando-se instrumentos estéreis e descartáveis, obedecendo-se todas as normas de biossegurança.

**BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS:** Os Sr. (a) receberá informações muito valiosas de como higienizar a boca de seu filho(a)/ enteado(a).

**PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:** A participação de seu filho(a)/ enteado(a) na pesquisa não é obrigatória. Poderá desistir de participar a qualquer momento sem sofrer nenhum prejuízo. O pesquisador responsável ficará à disposição para quaisquer esclarecimentos. As informações sobre seu filho (a)/ enteado(a) serão confidenciais e tratadas com sigilo e com privacidade. Você não receberá nenhuma compensação financeira pela participação dele(a) nesta pesquisa. Também não há custos a serem pagos por você.

**IV – INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DA RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASOS DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.**

Pesquisador: Prof. Dr. Alex Tadeu Martins - Professor das Disciplinas de Pacientes Especiais e Fisiologia das Faculdades Unificadas da Fundação Educacional de Barretos.

Endereço Residencial: Rua Adib Daher Saad, 180/ Jd. Soraya/ São José do Rio Preto-SP

Endereço Profissional: Fundação Educacional de Barretos: Curso de Odontologia

Av. Prof. Roberto Frade Monte, 389 - Jardim Aeroporto - Barretos-SP.

Telefones: (17) 3238-1558/ 9117-8152

**V – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em meu filho (a)/ enteado(a) participar da presente pesquisa.

Barretos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito da pesquisa/ responsável (cuidador)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

Prof. Dr. Alex Tadeu Martins

**Anexo 5 – Ficha Clínica**

**FICHA CLÍNICA**

PACIENTE: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

**ÍNDICE DE PLACA VISÍVEL**

( ) INICIAL DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

( ) 15 DIAS DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

( ) 1 MÊS DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

( ) 2 MESES DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

( ) 3 MESES DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

**ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL**

( ) INICIAL DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

( ) 15 DIAS DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

( ) 1 MÊS DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

( ) 2 MESES DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

( ) 3 MESES DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

## Anexo 6 – Roteiro de Orientação

### ROTEIRO PARA ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL

#### Introdução:

Em pacientes especiais o risco de doenças da boca é alto:

- Dificuldade na mastigação
- Consumo excessivo de lanches, doces e comidas pastosas
- Pouca capacidade de autolimpeza bucal: não consegue passar a língua nos dentes

- Pouca salivação

- Uso de remédios contendo açúcar (antibióticos e antialérgicos)

Para se ter Saúde Bucal é necessário ter hábitos alimentares corretos e limpeza da boca. O que são hábitos alimentares corretos?

Hábitos alimentares corretos corresponde a comer frutas e verduras

Doces moderadamente junto às refeições

Limpeza dos dentes após a ingestão de alimentos é essencial. Isso nós vamos ensinar daqui há pouco.

Boca Saudável é ausência de cárie e doenças da gengiva.

A Doença cárie: é uma doença contagiosa que acontece quando a placa não foi removida do dente. Pode ser uma manchinha branca ou escura que destrói o dente até chegar ao nervo e provoca muita dor.

A Doença da gengiva pode ser a:

Gengivite: que é uma inflamação da gengiva e a Periodontite que é um estágio mais avançado da gengivite, na qual o osso é destruído e os dentes ficam moles.

O Mau hálito ou Bafo de Onça: é um cheiro ruim que sai da boca quando a pessoas está com doença na boca.

#### Higiene Bucal:

Para fazer a higiene bucal você precisa de: escova de dentes, creme dental e fio dental.

1. Escova de dente: se der para fazer movimentos de vai e vem no fundo da boca e movimentos circulares na frente ótimo, se não, o importante é você limpar o melhor possível.
2. Creme dental: em pequena quantidade, não precisa colocar muito. É só um pouquinho.
3. Fio dental: se você conseguir deve ser usado todos os dias, se não use o máximo de vez que conseguir.

Gaze ou fralda de pano pode ser utilizada quando encontra-se dificuldade na escovação com escova de dentes

OBS: A limpeza deve ser diária pelo menos na hora de dormir. Deve ser feita uma correta remoção da placa bacteriana e não se esquecer de higienizar a língua.

Perguntas:

1. O paciente é fácil ou não?
2. Tem alguém para ajudar?
3. Antes de dormir à noite é a hora mais importante para a higienização da boca!!!
4. Explicar a técnica para cada tipo de paciente e demonstrar para o cuidador com o paciente!!!

Existem métodos que facilitam a higiene da boca:

#### Abridor de boca

Materiais:

- 5 palitos de sorvetes (limpos)
- Esparadrapo
- Gaze

Modo de fazer:

Junte os 5 palitos um sobre o outro e prenda-os com esparadrapo (deixando-os bem juntos e firmes), depois coloque a gaze em uma das pontas e enrole novamente o esparadrapo, em seguida enrole o esparadrapo no restante dos palitos deixando-os bem firmes.

### Deitado na cama com abridor de boca

O cuidador irá fazer a escovação sobre a cama com o auxílio do abridor de boca:

- Molha-se a escova em um copo com água;
- Aplica-se uma pequena quantidade de pasta de dente;
- Posicione o abridor em uma das extremidades da boca;
- Na extremidade livre comece a escovação;
- Limpe o excesso de pasta com uma toalha;
- Repita a operação do outro lado.

Obs: Na seqüência, ou antes, da escovação fazer o uso do fio dental.

### Canto do banheiro

Cuidador em pé utiliza o canto do banheiro para imobilizar o paciente:

- Com suas pernas segura as pernas do paciente;
- Molha-se a escova em um copo com água;
  - Aplica-se uma pequena quantidade de pasta de dente;
- Realiza-se a escovação;
- Limpe o excesso de pasta com uma toalha.

Obs: Na seqüência, ou antes, da escovação fazer o uso do fio dental; Esta técnica pode ser utilizada durante o banho também.

### Cuidador sentado

O cuidador sentado (pode ser no vaso do banheiro) imobiliza o paciente:

- Com suas pernas ele imobiliza os braços do paciente pressionando suas pernas sobre os ombros e tórax do mesmo;
  - Molha-se a escova em um copo com água;
    - Aplica-se uma pequena quantidade de pasta de dente;
  - Realiza-se a escovação;
  - Limpe o excesso de pasta com uma toalha.

Obs: Na seqüência, ou antes, da escovação fazer o uso do fio dental.

### Normalmente na pia do banheiro

Indicados: pacientes que não ofereçam nível de dificuldade muito grande.

Escovação pode ser feita normalmente na pia do banheiro:



- Molha-se a escova;
- Aplica-se uma pequena quantidade de pasta de dente;
- Realiza-se a escovação;
- Faz-se um bochecho com água para a remoção do excesso de pasta.

Obs: Na seqüência, ou antes, da escovação fazer o uso do fio dental.

Autorizo a reprodução deste trabalho.  
(Direitos de publicação reservados ao autor)

Barretos, 09 de Fevereiro de 2010  
Priscila de Oliveira Ferreira.