

Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina Dentária



**Reabilitação Oral em pessoas com Deficiência**  
**– estudo exploratório**

Soraia Ramos Cunha

Orientadoras:

Professora Doutora Maria Teresa Almeida Guerra Mendes

Professora Doutora Maria de Fátima Paraneta Bizarra

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2024

Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina Dentária



**Reabilitação Oral em pessoas com Deficiência**  
**– estudo exploratório**

Soraia Ramos Cunha

Orientadoras:

Professora Doutora Maria Teresa Almeida Guerra Mendes

Professora Doutora Maria de Fátima Paraneta Bizarra

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2024

## AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho, marca o término de uma longa jornada que parecia tão distante e inalcançável, mas que em tudo fez sentido e não poderia ter sido de outra forma. Como tal, contou com importantes contributos e apoios, aos quais estarei eternamente grata.

De entre todas as ajudas recebidas não posso deixar de agradecer: Às minhas Orientadoras, Professora Doutora Teresa Mendes e Professora Doutora Fátima Bizarra, pela vossa essencial orientação e sem a qual este trabalho não teria feito sentido. Obrigada por terem acreditado em mim, por toda a disponibilidade, por todas as palavras de incentivo, e, sobretudo, por terem partilhado conhecimentos necessários e imprescindíveis que enriqueceram não só este trabalho, como também o meu conhecimento científico.

Às responsáveis pelas Instituições que me autorizaram a entrada nas mesmas para a realização do estudo. Às Senhoras Gorete, Cristina, Patrícia, Cláudia, Paula, Catarina, Sandra, Elisabete, Inês, Carla, Leonor e Suzete, por me terem recebido de braços abertos, disponibilizando sempre um cantinho acolhedor e pela ajuda na recolha de questionários e autorizações.

A todos os adultos que participaram no estudo de maneira cooperante, por me terem mostrado que sermos felizes ou sermos tristes, ocupa o mesmo tempo na vida, por isso, mais vale sermos felizes todos os dias.

À Professora Maria José, por nunca se esquecer de mim e tornar as semanas mais duras um pouco mais doces.

A todos os familiares e amigos que me acompanharam ao longo destes 7 anos e sorriem ao meu lado por verem esta etapa tão desejada quase cumprida.

Aos meus amigos caéticos, pela amizade e por todas as gargalhadas. Ao André por tudo. Às minhas amigas Bárbara e Cátia, por sempre.

Ao Diogo, por todo o carinho, apoio e acompanhamento tão importante ao longo destes anos. Aos meus pais, por serem os meus exemplos de coragem e determinação, por toda a motivação e apoio incondicional.

## RESUMO

**Introdução:** Nos últimos anos foi notório o empenho crescente da comunidade científica no estudo da saúde oral das pessoas com deficiência, um grupo diversificado com necessidades médico-dentárias complexas e frequentemente negligenciadas. Este estudo visa analisar a cavidade oral, o estado das reabilitações existentes, a satisfação dos adultos com as mesmas e as razões para a inexistência de reabilitações em indivíduos com deficiência com espaços edêntulos.

**Materiais e Métodos:** O estudo observacional abrangeu 99 adultos com deficiência de sete instituições da região de Lisboa. Uma examinadora treinada realizou observações intraorais e foram aplicados questionários aos pais/tutores e em alguns casos oralmente aos próprios participantes. As questões eram relativas à autonomia e hábitos na higiene oral, possíveis queixas relacionadas com as próteses e os motivos para a ausência das mesmas nos adultos com espaços edêntulos.

**Resultados:** Os participantes foram divididos em três grupos de deficiência (intelectual, motora e ambas). A observação revelou prevalência de problemas orais como a cárie dentária (4.8%), bruxismo (19.2%) e dentes ausentes (33.4%). A maioria (78.8%) realiza a escovagem dentária duas ou mais vezes por dia, embora 4% dos indivíduos com deficiência não o faça regularmente. Todos os adultos tinham falta de uma ou mais peças dentárias, contudo somente 21 (21.2%) apresentaram algum tipo de reabilitação oral. De modo geral, referiram uma adaptação satisfatória às próteses, porém alguns adultos assinalaram queixas, como dor e acumulação de alimentos nas próteses removíveis. Os motivos para a inexistência de reabilitação foram sobretudo a falta de necessidade (26,9%) e questões financeiras (25,6%).

**Conclusões:** A amostra revelou uma diversidade nas condições orais dos participantes, com prevalência significativa de dentes perdidos e próteses parciais acrílicas como reabilitação mais comum. A necessidade de melhorias nos cuidados de higiene oral, especialmente para com as próteses removíveis foi evidente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pessoas com Deficiência; Reabilitação Oral; Próteses Totais; Prótese Suportada por Implantes; Prótese Parcial Fixa

## ABSTRACT

**Introduction:** In recent years, the scientific community has become increasingly committed to studying the oral health of people with disabilities, a diverse group with complex and often neglected medical and dental needs. This study aims to analyze the oral cavity, the state of existing rehabilitations, adult satisfaction with them and the reasons for the lack of rehabilitations in disabled individuals with edentulous spaces.

**Materials and Methods:** This observational study included 99 disabled adults from seven Lisbon institutions. A trained examiner carried out intraoral observations and questionnaires were administered to parents/tutors and in some cases orally to the participants themselves. The questions concerned autonomy and oral hygiene habits, possible prosthesis-related complaints and the reasons for the absence of prostheses in adults with edentulous spaces.

**Results:** The participants were divided into three disability groups (intellectual, motor and both). Observation revealed a prevalence of oral problems such as dental caries (4.8%), bruxism (19.2%) and missing teeth (33.4%). The majority (78.8%) brushed their teeth two or more times a day, although 4% of disabled individuals did not do so regularly. All the adults were missing one or more teeth, but only 21 (21.2%) had undergone some kind of oral rehabilitation. In general, they reported a satisfactory adaptation to the prostheses, but some adults reported complaints such as pain and food accumulation in the removable prostheses. The reasons for not having rehabilitation were mainly lack of need (26.9%) and financial issues (25.6%).

**Conclusions:** The sample revealed a diversity in the oral conditions of the participants, with a significant prevalence of missing teeth and acrylic partial dentures as the most common rehabilitation. The need for improvements in oral hygiene care, especially for removable prostheses was evident.

**KEYWORDS:** Disabled Persons; Mouth Rehabilitation; Dentures; Implant-Supported; Denture Partial Fixed

# ÍNDICE

|   |      |
|---|------|
| AGRADECIMENTOS.....   | ii   |
| RESUMO.....   | iii  |
| ABSTRACT.....   | iv   |
| ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS.....                                   | vii  |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....   | viii |
| 1. INTRODUÇÃO.....  | 1    |
| 2. OBJETIVOS.....   | 4    |
| 3. MATERIAIS E MÉTODOS.....   | 5    |
| 3.1 População-alvo e seleção da amostra.....                                | 5    |
| 3.1.1 Critérios de inclusão.....  | 5    |
| 3.2 Considerações éticas.....   | 5    |
| 3.3 Recolha de dados.....   | 6    |
| 3.3.1 Pedidos de autorização.....   | 6    |
| 3.3.2 Observação intraoral.....   | 6    |
| 3.3.3 Questionário.....   | 7    |
| 3.3.4 Validação do questionário.....  | 7    |
| 3.4 Tratamento de dados e análise estatística.....                          | 8    |
| 4. RESULTADOS.....  | 9    |
| 4.1 Dados sociodemográficos.....  | 9    |
| 4.2 Avaliação intraoral e tipo de reabilitação.....                         | 9    |
| 4.2.1 CPOD e o tipo de deficiência.....                                     | 9    |
| 4.2.2 CPOD e a faixa etária.....  | 10   |
| 4.2.3 Mordida aberta e Overjet maxilar.....                                 | 10   |
| 4.2.4 Classificação da Função Oromotora.....                                | 11   |
| 4.2.5 Outras avaliações: trauma dentário, bruxismo e impulso lingual.....   | 12   |
| 4.2.6 Tipos de reabilitação oral.....                                       | 12   |
| 4.2.7 Avaliação do estado das reabilitações orais.....                      | 13   |
| 4.3 Hábitos de higiene oral e causas para a perda de peças dentárias.....   | 15   |
| 4.3.1 Hábitos de higiene oral e autonomia na escovagem.....                 | 15   |
| 4.3.2 Dificuldades na escovagem.....  | 16   |
| 4.3.3 Regularidade das consultas dentárias e motivo da última consulta..... | 17   |

|  |    |
|--|----|
| 4.3.4 Causas para as perdas dentárias.....   | 18 |
| 4.4 Autoavaliação das reabilitações orais pelos indivíduos com deficiência e cuidados de higienização com as mesmas..... | 18 |
| 4.4.1 Número de anos das reabilitações orais.....  | 18 |
| 4.4.2 Dificuldades na execução e adaptação das reabilitações.....  | 19 |
| 4.4.3 Queixas dos adultos com deficiência relativamente às reabilitações orais.....                                      | 19 |
| 4.4.4 Cuidados com as próteses removíveis.....   | 20 |
| 4.5 Motivos de ausência de reabilitações em pacientes com espaços edêntulos não reabilitados.....                        | 21 |
| 5.DISCUSSÃO.....   | 23 |
| 5.1 Avaliação intraoral e tipo de reabilitação.....  | 23 |
| 5.2 Hábitos de higiene oral e causas para a perda de peças dentárias.....  | 25 |
| 5.3 Autoavaliação das reabilitações orais pelos indivíduos com deficiência e cuidados de higienização com as mesmas..... | 27 |
| 5.4 Motivos de ausência de reabilitações em pacientes com espaços edêntulos não reabilitados.....                        | 27 |
| 5.5 Limitações do estudo e sugestões futuras.....  | 29 |
| 6. CONCLUSÕES.....   | 30 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....   | 31 |
| 8. APÊNDICES E ANEXOS.....   | 42 |
| 8.1 Apêndice I – Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.....           | 43 |
| 8.2 Apêndice II – Pedido de autorização às instituições.....   | 44 |
| 8.3 Apêndice III – Consentimento informado para pais/tutores.....  | 45 |
| 8.4 Apêndice IV – Assentimento de participação para as pessoas com deficiência.....                                      | 47 |
| 8.5 Apêndice V – Ficha de observação intraoral.....  | 48 |
| 8.6 Apêndice VI – Questionário I (aquando presença de reabilitação oral).....  | 50 |
| 8.7 Apêndice VII – Questionário II (aquando ausência de reabilitação oral) .....   | 54 |

## ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Distribuição dos valores dos dentes observados, cariados, perdidos e obturados de acordo com os tipos de deficiência (n = 99) ..... | 10 |
| Tabela 2 – Distribuição dos valores dos dentes observados, cariados, perdidos e obturados de acordo com as faixas etárias (n = 99) .....       | 10 |
| Tabela 3 – Mordida aberta e Overjet maxilar dos adultos com deficiência (n = 99).....  | 11 |
| Tabela 4 – Classificação da Função Oromotora dos adultos com deficiência (n = 99).....   | 12 |
| Tabela 5 – Outras avaliações relativamente aos dentes presentes (n = 99).....  | 12 |
| Tabela 6 – Tipo de reabilitação oral presente (n = 99).....  | 13 |
| Tabela 7 – Distribuição dos valores correspondente à classificação do índice de placa da prótese removível (n = 21).....                       | 15 |
| Tabela 8 – Hábitos de higiene oral dos adultos com deficiência (n = 99).....   | 16 |
| Tabela 9 – Dificuldades na escovagem dentária dos adultos com deficiência (n = 99).....  | 17 |
| Tabela 10 – Regularidade das consultas de medicina dentária e motivos para a última consulta dos adultos com deficiência (n = 99).....         | 18 |
| Tabela 11 – Número de anos que os participantes apresentam as suas reabilitações (n = 21)....  | 19 |
| Tabela 12 – Autonomia e frequência de limpeza das próteses removíveis (n = 16).....  | 20 |
| Tabela 13 – Produtos utilizados para a limpeza das próteses removíveis (n = 16).....   | 21 |
| Tabela 14 – Vontade demonstrada em reabilitar os espaços edêntulos e escolha da reabilitação pretendida (n = 78).....                          | 21 |
| Tabela 15 – Motivos para a inexistência de reabilitações dos adultos com espaços edêntulos não reabilitados (n = 78).....                      | 22 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AFID – Associação Nacional de Famílias para a Integração de Pessoa Deficiente

APCAS – Associação de Paralisia Cerebral Almada Seixal

APCL – Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa

CERCIAMA – Cooperativa para a Educação, Reabilitação, Capacitação e Inclusão da Amadora

CPOD – Índice de Dentes Definitivos Cariados, Perdidos e Obturados

FMDUL – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

OMS – Organização Mundial da Saúde

PF – Prótese Fixa

PR – Prótese Removível

RI – Reabilitação Inferior

RS – Reabilitação Superior

Sonda CPI – Sonda Periodontal Comunitária

# 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos foi notório o empenho crescente da comunidade científica no estudo da saúde oral das pessoas com deficiência.<sup>(1)</sup>

O termo deficiência aplica-se a qualquer condição física, de desenvolvimento, mental, sensorial, comportamental, cognitiva ou emocional, que iniba a sua capacidade de funcionamento, restrinja a sua amplitude de movimento ou impeça o desempenho de uma atividade como pretendido.<sup>(2,3)</sup> A condição patológica pode ser congénita ou adquirida, de carácter temporário ou permanente.<sup>(4-6)</sup> A deficiência é complexa, dinâmica e multidimensional.<sup>(7)</sup>

Os vários tipos de deficiência existentes podem dividir-se em quatro grandes grupos, a deficiência visual (pessoas com baixa visão ou cegas), intelectual (inclui por exemplo, a síndrome de Down), motora (condições que afetem o movimento ou controlo muscular) e auditiva (indivíduos surdos ou com perda parcial da audição).<sup>(8)</sup> Porém, há casos em que mais do que uma deficiência pode estar envolvida, como a paralisia cerebral que é essencialmente uma deficiência motora, mas aproximadamente metade dos pacientes com paralisia também apresenta deficiência intelectual.<sup>(9)</sup>

Relativamente à prevalência de pessoas com deficiência, estima-se que 1,3 mil milhões de pessoas no mundo (cerca de 16% da população mundial) sofram de uma deficiência significativa.<sup>(10,11)</sup> Em Portugal, o último recenseamento da População e Habitação de 2021 (Censos) identificou 1 085 472 pessoas com alguma deficiência ou incapacidade.<sup>(12)</sup> A OMS declara que este número está em aumento progressivo devido ao crescimento demográfico, avanços da medicina, ao processo de envelhecimento e aumento da esperança média de vida.<sup>(7,13)</sup>

Em contexto médico, são também denominados pacientes com necessidades especiais, por possuírem condições limitantes que requerem uma intervenção médica especializada.<sup>(2)</sup> Ainda assim, trata-se de um grupo heterogéneo, com necessidades, complexidades e níveis de independência muito díspares, que continuamente apresenta maior dificuldade nos acessos aos serviços médico-dentários.<sup>(14-16)</sup> O estatuto socioeconómico<sup>(17-20)</sup>, a desvalorização em prol da patologia sistémica principal e o facto dos tratamentos dentários se realizarem maioritariamente no âmbito de uma queixa ou urgência, exacerba o problema.<sup>(11,21)</sup>

No passado, pessoas com deficiência eram frequentemente institucionalizadas. Atualmente, ainda que algumas possam frequentar instituições somente durante o dia, um

grande número reside em comunidade, o que permitiu o aumento da probabilidade destes pacientes frequentarem clínicas dentárias e receberem os tratamentos em contexto dito convencional.<sup>(13)</sup> Tal facto, é de extrema importância, uma vez que a literatura comprova que os acessos aos cuidados de saúde oral em pacientes com necessidades especiais proporcionam a manutenção de uma boa saúde oral e aumentam a qualidade de vida dos mesmos.<sup>(13,18,22,23)</sup>

Os cuidados dentários nestes pacientes podem ser dificultados por alguns fatores. A nível comportamental, devido à ansiedade e desconforto que podem sentir em ambiente clínico, muito comum em pacientes com perturbação do espectro do autismo<sup>(15,24)</sup>; nos problemas de mobilidade, isto é, na dificuldade em manipular objetos, nos acessos disponíveis para as cadeiras de rodas; a nível neuromuscular, em que os músculos da mastigação podem estar persistentemente mais rígidos ou relaxados, o que pode levar a problemas de engasgamento e disfagia; pacientes com paralisia cerebral apresentam por vezes refluxo gastroesofágico, o que pode causar alguma barreira no posicionamento da cadeira do consultório; deficiências a nível visual e auditivo podem resultar em desafios na comunicação durante a consulta, entre outros.<sup>(25)</sup>

Os estudos que têm demonstrado uma elevada prevalência das patologias orais e dentárias entre os indivíduos com deficiência são inúmeros, o que está provavelmente relacionado com a sua patologia médica, a incapacidade intelectual, sensorial e motora, com consequente limitação física, falta de perceção, dificuldades de comunicação em explicar o que sentem e o que querem e na realização da higiene oral.<sup>(26-35)</sup>

Os indivíduos com deficiência apresentam frequentemente problemas de saúde associados, incluindo distúrbios neuromusculares, problemas gastrointestinais e perturbações no sistema nervoso central. Também podem apresentar incapacidade intelectual, limitações sensoriais (deficiência visual e auditiva) e, em muitos casos, epilepsia.<sup>(36-38)</sup> Os problemas neuromusculares inerentes podem afetar significativamente a saúde oral de diversas formas, podendo incluir alterações na estrutura da região orofacial, desenvolvimento de hábitos parafuncionais, problemas na deglutição e mastigação e dificuldades em manter uma boa higiene oral.<sup>(1,36,40,41)</sup>

Ainda, a toma de medicação oral a longo prazo é frequentemente intrínseca às condições sistémicas, fator que pode também afetar a saúde oral, devido à resultante diminuição do fluxo salivar e hiperplasia gengival que alguns fármacos induzem.<sup>(26,42)</sup>

Por outro lado, o consumo de uma dieta predominantemente pastosa e cariogénica, as dificuldades na mastigação e sucção, a disfagia, a respiração bucal, o mau posicionamento dos dentes e o traumatismo dentário também podem potenciar as principais doenças orais.<sup>(1,41,43-45)</sup>

A compreensão limitada da realidade e o facto de serem incapazes de realizar a própria escovagem, traduz-se na necessidade de ficarem dependentes de familiares ou cuidadores para realizarem a sua higiene oral, que nem sempre é de alta qualidade.<sup>(46,47)</sup> Este auxílio difere, em função da capacidade cognitiva que as mesmas apresentam.<sup>(16,25,48)</sup>

As lesões de cárie, a doença periodontal, a maloclusão e o bruxismo são as condições mais prevalentes e podem ser preponderantes na perda dentária precoce, o que implica, consequentemente, a necessidade de reabilitação protética nestes pacientes.<sup>(46,49)</sup>

Os estudos realizados em pacientes com deficiência têm demonstrado que um dos principais componentes que aumenta o índice CPOD é o “perdido”, o que é expectável pela falta de regularidade das consultas dentárias que resulta reiteradamente em danos irreversíveis (extrações).<sup>(1,28,29,41)</sup> Além disso, estudos anteriores verificaram que a prevalência de extrações dentárias é mais elevada nas pessoas com deficiência, comparativamente às pessoas sem deficiência.<sup>(28,31,33,50,51)</sup>

A falta de peças dentárias apresenta consequências a nível estético, fonético, mastigatório e articular.<sup>(46,52-55)</sup> Além disso, alguns estudos têm verificado uma associação positiva entre a perda dentária e o défice cognitivo, o que também pode ser uma agravante para pessoas com deficiência.<sup>(56-58)</sup>

Em razão disso, as reabilitações protéticas dos dentes ausentes são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, incluindo os que apresentam necessidades especiais, ao proporcionar eficiência mastigatória, melhorar a interação social e a auto-estima.<sup>(37,46,52,53,59)</sup>

A reabilitação protética dos dentes ausentes pode ser realizada com próteses fixas ou removíveis. As removíveis permitem ao paciente retirá-las e podem ser parciais ou totais, tendo como apoio os restantes dentes naturais e/ou os rebordos edêntulos. Por outro lado, as próteses fixas podem ter como suporte os dentes naturais ou implantes dentários e não conseguem ser removidas pelo paciente.<sup>(60,61)</sup> As próteses removíveis, representam a opção mais favorável economicamente, são relativamente fáceis de limpar e requerem menos tempo de tratamento.<sup>(59,62)</sup> Contudo, a sua aceitação por parte de pessoas com deficiência pode ser imprevisível.<sup>(63,64)</sup> A solução na maioria das vezes mais eficiente (a nível mastigatório e funcional) são as reabilitações fixas.<sup>(65,66)</sup> Porém, são inacessíveis para alguns a nível económico e/ou os próprios pacientes apresentam vários fatores de risco inerentes ao insucesso das mesmas, tais como a falta de cooperação, presença de parafunções, má oclusão, mau controlo de placa bacteriana e doenças que prejudiquem a osteointegração, no caso de implantes dentários, ainda que não devem ser excluídas.<sup>(36,67-72)</sup>

O cuidado no planeamento e construção das reabilitações protéticas é essencial, de forma a permitir o controlo adequado de placa bacteriana, obter a retenção e estabilidade desejáveis sem comprometer a longevidade dos dentes pilares. Para o sucesso do tratamento protético, também a higienização das próteses, no caso de serem removíveis<sup>(43)</sup>, é de extrema importância.<sup>(73)</sup> Assim, a relação entre o comprometimento motor e mental e o estado de higienização das próteses é também algo relevante a ser observado.<sup>(46)</sup>

As pessoas com deficiência podem representar um desafio acrescido no âmbito da reabilitação oral, pelas dificuldades que não se verificam na população geral, nomeadamente os movimentos involuntários ao nível da mandíbula, a oclusão instável, a rigidez muscular e a falta de cooperação.<sup>(37,74,75)</sup> Neste sentido, encontram-se menos indivíduos com deficiência reabilitados.<sup>(41)</sup>

As doenças orais e necessidades que afetam os indivíduos com deficiência são as mesmas da restante população, mas mais exuberantes pelos fatores supramencionados, pelo que se torna essencial a atuação de profissionais de saúde oral junto destes pacientes.<sup>(1)</sup> A reabilitação integrada, que procure definir o tipo de prótese ideal para cada caso é fundamental e pode melhorar a qualidade de vida de pacientes parcial ou totalmente desdentados, mas são poucos os estudos que exploram este facto em pessoas com deficiência.<sup>(57,58,76-80)</sup>

## **2. OBJETIVOS**

A presente investigação teve como objetivos:

1. Analisar a cavidade oral e tipo de reabilitação existente em adultos com diferentes tipos de deficiência;
2. Analisar o estado da reabilitação e cuidados de higiene oral em indivíduos com diferentes tipos de deficiência;
3. Avaliar a satisfação dos indivíduos com diferentes tipos de deficiência com as suas reabilitações orais;
4. Pesquisar os motivos de ausência de reabilitações em pacientes com espaços edêntulos não reabilitados.

### **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 População-alvo e seleção da amostra**

O presente estudo observacional, analítico e transversal, contou com uma amostra não probabilística, tendo sido selecionados por conveniência em oito espaços físicos de sete instituições de Lisboa e Vale do Tejo: APCL (Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa - Centro Nuno Belmar da Costa e Espaço 7 Ofícios), Elo Social (Associação para a Integração e Apoio ao Deficiente Mental Jovem e Adulto), Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian, Fundação AFID Diferença, CERCIAMA (Cooperativa para a Educação, Reabilitação, Capacitação e Inclusão da Amadora), Amorama (Associação de Pais e Amigos de Deficientes Profundos) e APCAS (Associação de Paralisia Cerebral Almada Seixal).

Os diretores das instituições foram contactados via telefónica para explicação dos objetivos do estudo e pedido de autorização para a realização do mesmo. Na primeira visita a cada instituição, foi entregue a cada diretor/responsável um documento com uma breve explicação do estudo, pelo que as seguintes visitas a cada espaço se realizaram após a leitura e cedência de autorização através de uma assinatura no mesmo impresso.

A população alvo incluiu um total de 99 adultos com deficiência de ambos os géneros, com idade compreendida entre os 22 e os 78 anos, sem distinção de etnia e nível social, dos quais foi permitida a participação no estudo com autorização dos pais ou tutores.

##### **3.1.1 Critérios de inclusão**

Pessoas com qualquer tipo de deficiência com mais de 18 anos que residissem ou frequentassem instituições específicas para pessoas com deficiência com falta de 1 ou mais peças dentárias, excluindo os terceiros molares.

#### **3.2 Considerações éticas**

Esta investigação obteve um parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (CE-FMDUL202328) (Apêndice I). A participação dos pais/tutores responsáveis e das pessoas com deficiência foi voluntária e os procedimentos do estudo só foram realizados nas pessoas em que os pais/tutores autorizaram e as próprias assentiram. Todos os dados foram tratados de forma a garantir a sua confidencialidade.

### **3.3 Recolha de dados**

Os dados foram recolhidos entre novembro de 2023 e abril de 2024. Esta recolha incluiu uma observação intraoral aplicada às pessoas com deficiência, seguido de um questionário aplicado aos pais/tutores ou às próprias pessoas com deficiência que participaram no estudo. A aplicação dos questionários e as observações orais foram realizadas por uma única examinadora, treinada (aluna).

#### **3.3.1 Pedidos de autorização**

Primeiramente com a autorização das instituições cedida (Apêndice II), foi pedido aos responsáveis das instituições que enviassem para os pais/tutores os consentimentos de participação no estudo a todos os utentes das instituições (Apêndice III). Em alguns casos, quando intelectualmente capacitadas, foram as próprias pessoas com deficiência que assinaram um assentimento de participação (Apêndice IV).

#### **3.3.2 Observação intraoral**

Após a obtenção dos consentimentos, agendou-se uma visita a cada instituição para proceder à observação oral das pessoas com deficiência devidamente autorizadas, realizada num espaço da instituição apropriado para tal, com boa iluminação, cadeiras e uma secretária. Esta observação foi realizada através do uso de instrumentos esterilizados e individualizados para cada utente (espelhos intraorais, sondas CPI e sondas milimetradas), disponibilizados pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL). Cada observação oral foi registada numa ficha (Apêndice V), que continha o índice CPOD<sup>(81)</sup>, cujo principal objetivo era identificar a ausência de dentes. Também foram registadas outras condições que podem influenciar a função mastigatória e reabilitação oral, tais como a classificação da função oromotora<sup>(82)</sup>, mordida aberta, overjet maxilar excessivo (>3mm)<sup>(83)</sup>, anomalias dentárias, trauma dentário, bruxismo, impulso lingual anterior e hábitos viciosos. A fim de avaliar a mordida aberta e o overjet maxilar foi pedido aos participantes que oclussem e os valores foram medidos através de uma sonda milimetrada. Os adultos com presença de todas as peças dentárias, excluindo os terceiros molares, não foram admitidos no estudo e a observação oral dava-se por terminada após o índice CPOD. Ao verificar-se a existência de reabilitações, seguia-se a identificação das mesmas (prótese total, prótese parcial acrílica, prótese parcial esquelética, prótese fixa sobre dentes ou implantes). No caso de presença de próteses removíveis, foi realizado o registo de critérios de avaliação do seu estado de forma dicotómica na mesma ficha (estética, suporte, retenção, estabilidade, oclusão, dimensão vertical, se

apresentavam componentes fraturados, se existia evidência de estomatite protética e úlceras na mucosa).<sup>(84)</sup> Para as reabilitações removíveis foi ainda aplicado o índice de placa da prótese<sup>(85,86)</sup>, obtido através da imersão das próteses numa solução reveladora durante 30 segundos e passagem em água corrente de seguida por forma a retirar o excesso, para que se pudesse classificar a quantidade de placa e a higiene da prótese. Na presença de próteses fixas foram avaliados os critérios estética, oclusão, dimensão vertical, pontos de contacto, adaptação à mucosa e fratura de componentes.<sup>(87)</sup>

### **3.3.3 Questionário**

Após a finalização da observação oral foi entregue um questionário, aos responsáveis da instituição consoante a presença (Apêndice VI - Questionário I) ou ausência de reabilitação oral (Apêndice VII - Questionário II), para pedirem o seu preenchimento aos pais/tutores de cada participante. Nos casos de pessoas intelectualmente capacitadas, o questionário foi aplicado oralmente imediatamente após a observação oral pela examinadora. Na maioria das instituições, as pessoas com deficiência eram acompanhadas por funcionários da instituição que se demonstravam disponíveis e em alguns casos fundamentais, por conhecerem as necessidades do paciente, ajudarem no controlo comportamental, assistirem na comunicação e por vezes, em casos de residência no lar da instituição, já não existindo familiares como representantes ou tutores da pessoa em causa, o questionário era preenchido também nesse momento oralmente com o auxílio dos cuidadores que melhor conheciam os hábitos do utente.

Os questionários continham uma parte inicial comum (as primeiras 9 questões são comuns) que aborda tópicos como o tipo de deficiência, patologias associadas, autonomia na higiene oral<sup>(37)</sup> e visitas ao médico dentista/higienista oral.<sup>(88)</sup> O questionário aquando pacientes com próteses (I) incluiu questões relativas às dificuldades na sua execução ou adaptação, queixas existentes com as mesmas e higiene.<sup>(89)</sup> Por outro lado, no Questionário II nos casos em que havia falta de peças dentárias, foi perguntado ainda se existia a intenção de uma reabilitação futura e qual o tipo da mesma e foram apurados os motivos para a ausência de reabilitação oral.

### **3.3.4 Validação do questionário**

Previamente à realização do estudo, os questionários foram aplicados a 10 pais/tutores e pessoas com paralisia cerebral (primeiramente a única deficiência que se pretendia incluir no estudo), para testar a compreensão da aplicabilidade. Posteriormente, ao constatar-se que mais pessoas com deficiência além de paralisia cerebral, careciam da mesma problemática e de forma

a aumentar o número de participações foram realizadas as alterações necessárias aos questionários e o estudo abrangeu todas as deficiências que surgiram, sem exclusão de nenhuma.

### **3.4 Tratamento de dados e análise estatística**

Por forma a sintetizar os resultados obtidos, utilizou-se a mesma distribuição dos indivíduos com deficiência do estudo de Leroy e Declerck.<sup>(90)</sup> Assim, os participantes do estudo foram distribuídos por três grupos de deficiência: deficiência intelectual, deficiência motora e um grupo onde estas últimas se apresentavam simultaneamente denominado por “ambas as deficiências”.

Os dados recolhidos foram transferidos para o software IBM® SPSS® (International Business Machines Corporation, Statistical Package for the Social Sciences), versão 28.0. As variáveis analisadas no questionário foram alvo de uma análise descritiva, com respetivos cálculos das frequências absolutas e relativas. Nas variáveis numéricas foram calculados a média aritmética e o desvio padrão, a amplitude (mínimo e máximo), de acordo com o tipo de variável e distribuição da amostra.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Dados sociodemográficos

A amostra contou com o total de 99 adultos, dos quais 53 (53.5%) indivíduos eram do gênero masculino e a média de idades foi 50.23 ( $\pm 11.212$ ) anos [22; 78].

Os participantes foram divididos em três grupos de acordo com a sua deficiência: deficiência intelectual (35; 35.4%), deficiência motora (28; 28.3%) e ambas, no caso de apresentarem simultaneamente deficiência intelectual e motora (36; 36.4%). No que diz respeito à deficiência intelectual, 29 (29.3%) participantes apresentavam déficit cognitivo, 4 (4%) trissomia 21, 1 (1%) adulto com oligofrenia e 1 (1%) participante com Síndrome de Angelman. Na deficiência motora, além dos adultos com paralisia cerebral sem envolvimento cognitivo (23; 23.2%), observaram-se adultos com sequelas devido a traumatismos crânio-encefálicos (3; 3%), ausência de membros (1; 1%) e AVC na infância (1; 1%). Registaram-se ainda casos em que ambas as deficiências se encontravam presentes, nomeadamente em indivíduos com paralisia cerebral (35; 35.4%) e 1 (1%) caso de paralisia cerebral em simultâneo com trissomia 21.

Em adição às deficiências predominantes, alguns participantes apresentaram ainda patologias associadas, nomeadamente epilepsia (27; 27.3%), deficiência visual (27; 27.3%), deficiência auditiva (9; 9.1%), microcefalia (3; 3%), diabetes (2; 2%) e demência (1; 1%).

Dos inquiridos, 50 (50.5%) estão em regime lar, isto é, participam nas atividades diurnas e dormem na instituição, sendo que os restantes (49; 49.5%) apenas frequentam as instituições durante o dia. A média de anos que frequentam a instituição foi 20.51 ( $\pm 11.726$ ) anos [1; 42].

**4.2 Avaliação intraoral e tipo de reabilitação** (dados obtidos da ficha de observação intraoral)

#### 4.2.1 CPOD e o tipo de deficiência

Na observação oral verificou-se que os adultos com ambas as deficiências apresentaram maior número de dentes presentes (641; 34.7%), seguido dos participantes com deficiência motora (634; 34.4%) (Tabela 1). Estes últimos demonstraram um valor mais elevado de dentes cariados (39; 44.3%). Os adultos com deficiência intelectual apresentaram maior número de dentes perdidos (410; 44.2%), sendo que os dentes perdidos com mais frequência foram o 36 (63; 63.6%) e o 46 (62; 62.6%). Ainda se registaram 7 (0.4%) dentes com trauma, 3 (42.9%)

em indivíduos com deficiência motora e o mesmo número em indivíduos com ambas as deficiências (Tabela 1). Os dentes em questão foram o 12 (1; 1%), 11 (3; 3%) e 21 (3; 3%).

Tabela 1 – Distribuição dos valores dos dentes observados, cariados, perdidos e obturados de acordo com os tipos de deficiência (n = 99)

|                         | Intelectual n=35<br>n (%) | Motora n=28<br>n (%) | Ambas n=36<br>n (%) | Total n=99<br>n (%) |
|-------------------------|---------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Total dentes presentes  | 570 (30,9)                | 634 (34,4)           | 641 (34,7)          | 1845 (66,5)         |
| Total dentes cariados   | 23 (26,1)                 | 39 (44,3)            | 26 (29,6)           | 88 (4,8)            |
| Total dentes perdidos   | 410 (44,2)                | 150 (16,2)           | 367 (39,6)          | 927 (33,4)          |
| Total dentes obturados  | 24 (19,2)                 | 51 (40,8)            | 50 (40)             | 125 (6,8)           |
| Total dentes com trauma | 1 (14,3)                  | 3 (42,9)             | 3 (42,9)            | 7 (0,4)             |

#### 4.2.2 CPOD e a faixa etária

Com o estabelecimento de duas faixas etárias viu-se que o número de dentes presentes e cariados diminuiu com a idade, contrariamente ao número de dentes perdidos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos valores dos dentes observados, cariados, perdidos e obturados de acordo com as faixas etárias (n = 99)

|                         | Faixa etária 22 – 50 anos n=50<br>n (%) | Faixa etária 51 – 78 anos n=49<br>n (%) |
|-------------------------|---|---|
| Total dentes presentes  | 1005 (54,5)                             | 840 (45,5)                              |
| Total dentes cariados   | 47 (53,4)                               | 41 (46,6)                               |
| Total dentes perdidos   | 395 (42,6)                              | 532 (57,4)                              |
| Total dentes obturados  | 63 (50,4)                               | 62 (49,6)                               |
| Total dentes com trauma | 1 (14,3)                                | 6 (85,7)                                |

#### 4.2.3 Mordida aberta e Overjet maxilar

Em alguns indivíduos não foi avaliada a presença de mordida aberta e overjet maxilar, uma vez que tinham falta de muitas ou todas as peças dentárias ou não conseguiam ocluir de modo estável.

Os adultos com deficiência motora foram os que mais apresentaram mordida aberta, sendo que os valores variaram entre 1 e 15 mm. Ainda assim, 2 (100%) participantes com deficiência intelectual apresentaram mordida aberta com valores de 4 e 10 mm e nos adultos com ambas as deficiências também foram registados valores entre 1 e 6 mm (Tabela 3).

Relativamente ao overjet maxilar positivo, os adultos que não apresentaram este indicador (17; 17.2%) ocluíam topo-a-topo. Os valores de overjet variaram entre 1 e 25 mm, porém todos os grupos apresentaram valores superiores a 3 mm, sendo que foram os adultos com deficiência motora onde se registaram com maior frequência valores mais elevados (1 adulto com overjet de 6 mm, 2 adultos com 9 mm, 1 adulto com 12 mm e 1 adulto com 25 mm). Na deficiência intelectual observaram-se 3 adultos com valores de overjet de 6, 9 e 12 mm e nos indivíduos com ambas as deficiências em simultâneo o valor mais elevado foi 6 mm.

Tabela 3 – Mordida aberta e Overjet maxilar dos adultos com deficiência (n = 99)

|                 |        | Intelectual n=35<br>n (%) | Motora n=28<br>n (%) | Ambas n=36<br>n (%) | Total n=99<br>n (%) |
|-----------------|--------|---------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Mordida aberta  | ≤ 1mm  | 0 (0)                     | 1 (11,1)             | 1 (16,7)            | 2 (11,8)            |
|                 | > 1 mm | 2 (100)                   | 8 (88,9)             | 5 (83,3)            | 15 (88,2)           |
| Overjet maxilar | ≤ 3mm  | 1 (7,1)                   | 3 (17,6)             | 1 (10)              | 5 (12,2)            |
|                 | > 3mm  | 13 (92,9)                 | 14 (82,4)            | 9 (90)              | 36 (87,8)           |

#### 4.2.4 Classificação da Função Oromotora

A maioria (71; 71.7%) dos adultos deste estudo encontra-se no grau 1 da Classificação da Função Oromotora, o que indica que não apresentam dificuldades no que diz respeito à mastigação e deglutição, comendo sem qualquer ajuda. Os indivíduos com deficiência intelectual foram os que mais se destacaram neste grau (27; 77.1%), porém no grau seguinte foram os indivíduos que apresentam ambas as deficiências (10; 27.8%), isto é, já revelam algumas dificuldades na mastigação e deglutição, pelo que necessitam de pequenas ajudas ocasionais ou supervisão (Tabela 4).

Uma minoria de adultos dos três grupos (5; 5.1%) foram classificados nos graus 3 e 4, o que revela dificuldades persistentes com engasgamento ocasional com necessidade de apoio ou dificuldades mais acentuadas, com necessidade de ser alimentado, respetivamente, e nenhum participante foi enquadrado no grau 5, o que indica que ninguém apresentou gastrostomia ou sonda nasogástrica (Tabela 4).

Tabela 4 – Classificação da Função Oromotora dos adultos com deficiência (n = 99)

|                                   |   | Intelectual n=35<br>n (%) | Motora n=28<br>n (%) | Ambas n=36<br>n (%) | Total n=99<br>n (%) |
|-----------------------------------|---|---------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Classificação da Função Oromotora | 1 | 27 (77,1)                 | 21 (75)              | 23 (63,9)           | 71 (71,7)           |
|                                   | 2 | 4 (11,4)                  | 4 (14,3)             | 10 (27,8)           | 18 (18,2)           |
|                                   | 3 | 2 (5,7)                   | 2 (7,1)              | 1 (2,8)             | 5 (5,1)             |
|                                   | 4 | 2 (5,7)                   | 1 (3,6)              | 2 (5,6)             | 5 (5,1)             |
|                                   | 5 | 0 (0)                     | 0 (0)                | 0 (0)               | 0 (0)               |

#### 4.2.5 Outras avaliações: trauma dentário, bruxismo e impulso lingual

Ainda no âmbito da observação intraoral, foram realizadas outras avaliações no que diz respeito aos dentes presentes dos participantes do estudo, sendo o bruxismo a característica mais presente em 19 (19.2%) dos indivíduos com distribuição semelhante entre os três grupos do estudo. O impulso lingual foi detetado em 5 (5.1%) adultos, dos quais 4 (11.1%) apresentam ambas as deficiências.

O trauma dentário foi mais evidente nos adultos com deficiência motora (3; 10.7%), mas também se registraram 2 (5.6%) casos nos adultos com ambas as deficiências (Tabela 5).

Não foram observados em nenhum dos grupos indivíduos que revelassem anomalias dentárias e hábitos viciosos.

Tabela 5 – Outras avaliações relativamente aos dentes presentes (n = 99)

|                 | Intelectual n=35<br>n (%) | Motora n=28<br>n (%) | Ambas n=36<br>n (%) | Total n=99<br>n (%) |
|-----------------|---------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Trauma dentário | 1 (2,9)                   | 3 (10,7)             | 2 (5,6)             | 6 (6,1)             |
| Bruxismo        | 6 (17,1)                  | 7 (25)               | 6 (16,7)            | 19 (19,2)           |
| Impulso lingual | 0 (0)                     | 1 (3,6)              | 4 (11,1)            | 5 (5,1)             |

#### 4.2.6 Tipos de reabilitação oral

Relativamente à reabilitação oral, dos 99 inquiridos com falta de peças dentárias, somente 21 (21.2%) apresentaram algum tipo de reabilitação presente no momento da observação oral, sendo que 16 adultos tinham próteses removíveis e 5 apresentaram reabilitações fixas. Ainda, 5 (4.6%) possuíam próteses removíveis em ambos os maxilares e 1 (1%) adulto tinha implantes superiores e inferiores.

A reabilitação mais evidente em ambos os maxilares foi a prótese parcial acrílica, seguida da prótese total superior (4; 4%) e prótese parcial esquelética superior (4; 4%). Nas reabilitações removíveis registou-se ainda 1 (1%) prótese parcial esquelética inferior e não houve nenhum caso com prótese total inferior (Tabela 6).

Quanto às reabilitações fixas, também detetadas nos três grupos do estudo, os implantes foram o tipo de reabilitação fixa mais encontrado nos maxilares superior (3; 3%) e inferior (1; 1%), seguidos de próteses fixas sobre dentes observadas em 2 (2%) adultos (Tabela 6).

Tabela 6 – Tipo de reabilitação oral presente (n = 99)

|                             | Intelectual n=35<br>n (%) | Motora n=28<br>n (%) | Ambas n=36<br>n (%) | Total n=99<br>n (%) |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| <b>RS</b> Prótese total     | 1 (2,9)                   | 1 (3,6)              | 2 (5,6)             | 4 (4)               |
| Prótese parcial acrílica    | 4 (11,4)                  | 2 (7,1)              | 2 (5,6)             | 8 (8,1)             |
| Prótese parcial esquelética | 2 (5,7)                   | 0 (0)                | 2 (5,6)             | 4 (4)               |
| Prótese fixa sobre dentes   | 1 (2,9)                   | 1 (3,6)              | 0 (0)               | 2 (2)               |
| Implantes                   | 0 (0)                     | 2 (7,1)              | 1 (2,8)             | 3 (3)               |
| Sem reabilitação            | 27 (77,1)                 | 22 (78,6)            | 29 (80,6)           | 78 (78,8)           |
| <b>RI</b> Prótese total     | 0 (0)                     | 0 (0)                | 0 (0)               | 0 (0)               |
| Prótese parcial acrílica    | 2 (5,7)                   | 1 (3,6)              | 1 (2,8)             | 4 (4)               |
| Prótese parcial esquelética | 0 (0)                     | 0 (0)                | 1 (2,8)             | 1 (1)               |
| Prótese fixa sobre dentes   | 0 (0)                     | 0 (0)                | 0 (0)               | 0 (0)               |
| Implantes                   | 0 (0)                     | 0 (0)                | 1 (2,8)             | 1 (1)               |
| Sem reabilitação            | 33 (94,3)                 | 27 (96,4)            | 33 (91,7)           | 93 (93,9)           |

#### 4.2.7 Avaliação do estado das reabilitações orais

No que respeita à avaliação das reabilitações removíveis (21 próteses), pertencentes a 16 adultos no final da observação intraoral, constatou-se:

- estética insatisfatória numa reabilitação inferior de um adulto com ambas as deficiências (1; 2.8%);
- suporte inadequado em duas reabilitações superiores, num adulto com deficiência intelectual e noutro com ambas (2; 5.7%);

- falta de retenção em reabilitações superiores de 4 (11.4%) adultos com deficiência intelectual e 1 (3.6%) adulto com deficiência motora, assim como em reabilitações inferiores de um adulto de cada grupo (3; 3%);
- pouca estabilidade numa reabilitação superior de um adulto com deficiência intelectual (1; 2.9%);
- oclusão incorreta em seis reabilitações superiores de 4 (11.1%) adultos com ambas as deficiências, 1 (2.9%) com deficiência intelectual e 1 (3.6%) com deficiência motora;
- oclusão incorreta numa reabilitação inferior de um adulto com deficiência motora (3.6%);
- dimensão vertical incorreta associada a uma reabilitação superior de um adulto com ambas as deficiências (1; 2.8%);
- componentes fraturados em quatro reabilitações superiores de 2 (5.7%) adultos com deficiência intelectual, 1 (3.6%) adulto com deficiência motora e 1 (2.8%) adulto com ambas as deficiências.
- estomatite protética associada a uma reabilitação superior num adulto com ambas as deficiências (1; 2.8%);
- não foram detetadas úlceras relacionadas com a utilização das próteses removíveis em ambos os maxilares.

A higienização das próteses removíveis foi avaliada através do índice de placa da prótese, no qual 2 (7.2%) adultos com deficiência motora e 1 (2.8%) adulto com ambas as deficiências apresentaram reabilitações com placa densa (51% a 75% da superfície com placa). Somente adultos com deficiência intelectual e com ambas as deficiências revelaram placa moderada (26% a 50% da superfície com placa) e os três grupos revelaram próteses com placa leve (25% da superfície com placa) (Tabela 7).

Em todas as próteses inferiores foi observada alguma quantidade relevante de placa, ao contrário das próteses superiores em que os adultos com deficiência intelectual apresentaram maior número de próteses sem placa (3; 8.6%) (Tabela 7).

Também se deve referir que dos 5 (4.6%) adultos que possuíam próteses removíveis em ambos os maxilares, em 2 deles verificaram-se diferentes classificações para este índice entre a prótese superior e a inferior. A reabilitação inferior foi a que apresentou pior classificação em ambos os casos.

Tabela 7 – Distribuição dos valores correspondente à classificação do índice de placa da prótese removível (n = 21)

|                                  |                | Intelectual n=9<br>n (%) | Motora n=4<br>n (%) | Ambas n=8<br>n (%) | Total n=21<br>n (%) |
|----------------------------------|----------------|--------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| Índice de Placa Prótese Superior | Sem placa      | 3 (8,6)                  | 1 (3,6)             | 2 (5,6)            | 6 (6,1)             |
|                                  | Placa leve     | 2 (5,7)                  | 1 (3,6)             | 2 (5,6)            | 5 (5,1)             |
|                                  | Placa moderada | 2 (5,7)                  | 0 (0)               | 1 (2,8)            | 3 (3)               |
|                                  | Placa densa    | 0 (0)                    | 1 (3,6)             | 1 (2,8)            | 2 (2)               |
| Índice de Placa Prótese Inferior | Sem placa      | 0 (0)                    | 0 (0)               | 0 (0)              | 0 (0)               |
|                                  | Placa leve     | 1 (2,9)                  | 0 (0)               | 2 (5,6)            | 3 (3)               |
|                                  | Placa moderada | 1 (2,9)                  | 0 (0)               | 0 (0)              | 1 (1)               |
|                                  | Placa densa    | 0 (0)                    | 1 (3,6)             | 0 (0)              | 1 (1)               |

Em relação à avaliação das próteses fixas e implantes no final da observação intraoral, presentes em 5 adultos, apenas se constatou:

- estética insatisfatória e falha na adaptação à mucosa de uma prótese sobre dentes num adulto com deficiência motora (1; 3.6%).

**4.3 Hábitos de higiene oral e causas para a perda de peças dentárias** (dados obtidos através das questões 3 a 9 de ambos os questionários)

#### **4.3.1 Hábitos de higiene oral e autonomia na escovagem**

O questionário realizado aos adultos com deficiência demonstrou que a maioria (78; 78.8%) efetua a escovagem dentária duas ou mais vezes por dia. Todos os indivíduos com deficiência motora realizam a escovagem pelo menos uma vez ao dia, contudo, 3 (8.3%) adultos com ambas as deficiências e 1 (2.9%) adulto com deficiência intelectual responderam que não escovam diariamente (Tabela 8). Ainda, 1 (2.9%) adulto com deficiência intelectual e 1 (2.8%) com ambas as deficiências revelaram que nunca realizam a escovagem dentária, porém deve-se referir que o adulto com deficiência intelectual está em regime diurno, isto é, não dorme na instituição e tem 17 dentes perdidos e o adulto com ambas as deficiências está em regime de lar e não apresenta dentes naturais nem reabilitações.

Relativamente à autonomia na escovagem praticamente metade dos inquiridos (51.5%) são autónomos, dos quais 18 (51.4%) adultos têm deficiência intelectual, 17 (60.7%) têm deficiência motora e 16 (44.4%) apresentam ambas as deficiências. Cerca de 20 (20.2%) adultos com deficiência necessitam de algum tipo de ajuda na escovagem, em que 9 (25.7%) têm deficiência intelectual. Quase metade dos adultos com ambas as deficiências (41.7%) são totalmente dependentes na escovagem, seguidos de 8 (22.9%) adultos com deficiência intelectual e 5 (17.9%) adultos com deficiência motora como menos dependentes (Tabela 8).

Tabela 8 – Hábitos de higiene oral dos adultos com deficiência (n = 99)

|                               |                   | Intelectual n=35<br>n (%) | Motora n=28<br>n (%) | Ambas n=36<br>n (%) | Total n=99<br>n (%) |
|-------------------------------|-------------------|---------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Frequência<br>na<br>escovagem | Nunca             | 1 (2,9)                   | 0 (0)                | 1 (2,8)             | 2 (2,0)             |
|                               | Não diariamente   | 1 (2,9)                   | 0 (0)                | 3 (8,3)             | 4 (4,0)             |
|                               | 1x ao dia         | 3 (8,6)                   | 5 (17,9)             | 7 (19,4)            | 15 (15,2)           |
|                               | 2x ou mais ao dia | 30 (85,7)                 | 23 (82,1)            | 25 (69,4)           | 78 (78,8)           |
| Autonomia<br>na<br>escovagem  | Autónomo          | 18 (51,4)                 | 17 (60,7)            | 16 (44,4)           | 51 (51,5)           |
|                               | Necessita ajuda   | 9 (25,7)                  | 6 (21,4)             | 5 (13,9)            | 20 (20,2)           |
|                               | Dependente        | 8 (22,9)                  | 5 (17,9)             | 15 (41,7)           | 28 (28,3)           |

#### 4.3.2 Dificuldades na escovagem

Quanto às dificuldades no momento da escovagem, 26 (26.3%) adultos indicaram um ou mais tipos de dificuldade, sendo o grupo dos indivíduos com deficiência intelectual o que apresentou maior número de dificuldades.

De uma forma geral, a maior dificuldade relatada foi o facto de os indivíduos engolirem a pasta de dentes (9; 9.1%), principalmente os adultos com deficiência intelectual (4; 11.4%) e com ambas as deficiências (4; 11.1%). Outra adversidade mencionada foi o afastamento da cabeça somente nos indivíduos com deficiência intelectual (4; 11.4%) e com ambas as deficiências (3; 8.3%), seguida da dificuldade em abrir a boca em 3 (8.6%) adultos com deficiência intelectual e 2 (5.6%) com ambas as deficiências. Os adultos com deficiência motora demonstraram mais casos de impulso lingual (3; 10.7%), porém nenhum caso que relatassem trincar a escova. Apenas 2 (5.7%) adultos com deficiência intelectual afirmaram sangrar das gengivas e um adulto de cada grupo rejeita o momento da escovagem (3; 3%) (Tabela 9).

Além das dificuldades presentes no questionário, 4 (14.3%) adultos com deficiência motora referiram a falta de destreza como uma dificuldade, assim como 1 (2.8%) adulto com

ambas as deficiências. Ainda no grupo de indivíduos com ambas as deficiências, foram salientados movimentos involuntários como dificultadores na escovagem (1; 2.8%) e 3 (8.3%) participantes revelaram que precisam que alguém lhes coloque a pasta de dentes na escova para que possam em seguida escovar de forma autônoma.

Tabela 9 – Dificuldades na escovagem dentária dos adultos com deficiência (n = 99)

|                             | Intelectual n=35<br>n (%) | Motora n=28<br>n (%) | Ambas n=36<br>n (%) | Total n=99<br>n (%) |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Afasta a cabeça             | 4 (11,4)                  | 0 (0)                | 3 (8,3)             | 7 (7,1)             |
| Dificuldade em abrir a boca | 3 (8,6)                   | 0 (0)                | 2 (5,6)             | 5 (5,1)             |
| Engole a pasta              | 4 (11,4)                  | 1 (3,6)              | 4 (11,1)            | 9 (9,1)             |
| Sangra das gengivas         | 2 (5,7)                   | 0 (0)                | 0 (0)               | 2 (2)               |
| Impulso da língua           | 1 (2,9)                   | 3 (10,7)             | 1 (2,8)             | 5 (5,1)             |
| Trinca a escova             | 1 (2,9)                   | 0 (0)                | 2 (5,6)             | 3 (3)               |
| Não quer escovar            | 1 (2,9)                   | 1 (3,6)              | 1 (2,8)             | 3 (3)               |

#### 4.3.3 Regularidade das consultas dentárias e motivo da última consulta

No que diz respeito à regularidade das consultas um maior número de adultos (38; 38.4%) referiu só ir em situações de urgência. Os adultos com deficiência intelectual costumam ir em maior quantidade uma vez por ano (14; 40%), porém 10 (28.6%) relataram que nunca realizaram uma consulta. Também os adultos com deficiência motora vão em maior quantidade uma vez por ano (12; 42.0%), porém 6 (21.4%) vão duas ou mais vezes por ano e apenas 3 (10.7%) referiram que nunca foram a uma consulta (Tabela 10).

A consulta de rotina foi o principal motivo que levou mais adultos recentemente ao médico dentista/higienista oral (42; 48.3%) e por outro lado foi a dor de dentes, a menor causa da última consulta referida por 5 (13.9%) adultos com ambas as deficiências. Um número considerável de adultos (22; 25.3%) ainda referiu a extração de dentes como motivo da última consulta. Os problemas da prótese foram ainda referidos por 7 (8%) participantes como causa para a última consulta (Tabela 10).

Tabela 10 – Regularidade das consultas de medicina dentária e motivos para a última consulta dos adultos com deficiência (n = 99)

|                            |                         | Intelectual n=35<br>n (%) | Motora n=28<br>n (%) | Ambas n=36<br>n (%) | Total n=99<br>n (%) |
|----------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Regularidade nas consultas | Nunca                   | 10 (28,6)                 | 3 (10,7)             | 1 (2,8)             | 14 (14,1)           |
|                            | Urgência                | 9 (25,7)                  | 7 (25)               | 22 (61,1)           | 38 (38,4)           |
|                            | 1x ao ano               | 14 (40)                   | 12 (42,9)            | 9 (25)              | 35 (35,4)           |
|                            | 2x ou mais ao ano       | 2 (5,7)                   | 6 (21,4)             | 4 (11,1)            | 12 (12,1)           |
| Última consulta            | Check-up                | 10 (40)                   | 15 (57,7)            | 17 (47,2)           | 42 (48,3)           |
|                            | Dor                     | 0 (0)                     | 0 (0)                | 5 (13,9)            | 5 (5,7)             |
|                            | Tratar dente específico | 3 (12)                    | 3 (11,5)             | 5 (13,9)            | 11 (12,6)           |
|                            | Problema na prótese     | 2 (8)                     | 2 (7,7)              | 3 (8,3)             | 7 (8)               |
|                            | Extração                | 10 (40)                   | 6 (23,1)             | 6 (16,7)            | 22 (25,3)           |

#### 4.3.4 Causas para as perdas dentárias

A parte comum de ambos os questionários terminava com uma questão relativamente às causas para as perdas dentárias, na qual a maioria (53; 53.5%) dos participantes referiu a cárie dentária. A doença periodontal foi a segunda causa mais assinalada por 13 (37.1%) adultos. Além destas, o trauma dentário também foi referido por 5 (17.9%) adultos com deficiência motora, 3 (8.3%) com ambas as deficiências e 2 (5.7%) com deficiência intelectual. Por fim, 8 (8%) adultos referiram que desconhecem o motivo que possa ter levado à perda dos seus dentes.

**4.4 Autoavaliação das reabilitações orais pelos indivíduos com deficiência e cuidados de higienização com as mesmas** (questões 10 a 16 do questionário I para pacientes com reabilitações orais)

##### 4.4.1 Número de anos das reabilitações orais

Os adultos com reabilitações orais foram questionados relativamente ao tempo que apresentam as mesmas e as respostas variaram entre os 4 meses e os 17 anos. Os adultos com

ambas as deficiências apresentaram maior número de reabilitações mais antigas. Por outro lado, os adultos com deficiência motora tinham reabilitações com um máximo de 6/7 anos (2; 40%) e os adultos com deficiência intelectual, tal como os participantes com ambas as deficiências apresentaram reabilitações recentes (2; 40%) e mais antigas (3; 60%) (Tabela 11).

Alguns dos participantes com reabilitações mais recentes referiram ainda que já é a segunda reabilitação que apresentam. Em contrapartida, 5 (21.7%) participantes não conseguiram responder a esta pergunta.

Tabela 11 – Número de anos que os participantes apresentam as suas reabilitações (n = 21)

|            | Intelectual n=8<br>n (%) | Motora n=6<br>n (%) | Ambas n=7<br>n (%) | Total n=21<br>n (%) |
|------------|--------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| Até 1 ano  | 1 (20)                   | 2 (40)              | 2 (25)             | 5 (27,9)            |
| 2/3 anos   | 1 (20)                   | 1 (20)              | 1 (12,5)           | 3 (16,7)            |
| 6/7 anos   | 0 (0)                    | 2 (40)              | 0 (0)              | 2 (11,1)            |
| 10/11 anos | 2 (40)                   | 0 (0)               | 4 (50)             | 6 (33,3)            |
| 17 anos    | 1 (20)                   | 0 (0)               | 1 (12,5)           | 2 (11,1)            |

#### 4.4.2 Dificuldades na execução e adaptação das reabilitações

No processo de execução das reabilitações, isto é, nas consultas necessárias, não houve nenhuma dificuldade apontada pelos adultos deste estudo. Contudo, na adaptação às reabilitações no começo da sua utilização, dos 21 indivíduos com próteses, 2 sentiram alguma dificuldade, 1 (16.7%) adulto com deficiência motora e 1 (14.3%) com ambas as deficiências. Estes adultos apresentavam uma prótese parcial acrílica superior e próteses parciais esqueléticas superior e inferior, respetivamente.

#### 4.4.3 Queixas dos adultos com deficiência relativamente às reabilitações orais

Quanto às queixas atuais relativas às suas reabilitações nenhum adulto referiu a estética, dificuldade em falar, náuseas ou dificuldade em limpar. Somente 2 (33.3%) adultos com deficiência motora, um com prótese parcial esquelética superior e outro com prótese fixa sobre dentes, referiram dor na mastigação. Ainda, 1 (12.5%) adulto com deficiência intelectual referiu que a sua prótese (parcial esquelética superior) desloca-se ao mastigar ou falar e acumula alimentos na base da prótese.

#### 4.4.4 Cuidados com as próteses removíveis

Em relação às questões específicas relativas às próteses removíveis incluídas no questionário (n=16), apenas 1 adulto (16.7%) com ambas as deficiências afirmou que coloca fixador na base da sua prótese total superior.

Estes adultos responderam ainda a questões relativas ao cuidado de higiene com as mesmas, sendo que na limpeza a maioria dos adultos é autónoma (10; 62.5%). Dos adultos com deficiência motora, apenas 1 (33.3%) necessita de ajuda, porém nenhum é totalmente dependente, ao contrário dos adultos com deficiência intelectual (1; 14.3%) e ambas as deficiências (2; 33.3%) que referiram esta dependência (Tabela 12).

Relativamente à frequência da limpeza das próteses, a maior parte dos adultos (12; 75%) realiza a mesma duas ou mais vezes por dia. Apenas 2 (28.6%) adultos com deficiência intelectual referiram que não realizam a limpeza das próteses diariamente (Tabela 12).

Tabela 12 – Autonomia e frequência de limpeza das próteses removíveis (n = 16)

|                                       |                    | Intelectual n=7<br>n (%) | Motora n=3<br>n (%) | Ambas n=6<br>n (%) | Total n=16<br>n (%) |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| Autonomia<br>na limpeza<br>da prótese | Autónomo           | 5 (71,4)                 | 2 (66,7)            | 3 (50)             | 10 (62,5)           |
|                                       | Necessita de ajuda | 1 (14,3)                 | 1 (33,3)            | 1 (16,7)           | 3 (18,8)            |
|                                       | Dependente         | 1 (14,3)                 | 0 (0)               | 2 (33,3)           | 3 (18,8)            |
| Frequência<br>limpeza da<br>prótese   | Nunca              | 0 (0)                    | 0 (0)               | 0 (0)              | 0 (0,0)             |
|                                       | Não diariamente    | 2 (28,6)                 | 0 (0)               | 0 (0)              | 2 (12,5)            |
|                                       | 1x ao dia          | 0 (0)                    | 0 (0)               | 2 (33,3)           | 2 (12,5)            |
|                                       | 2x ou mais ao dia  | 5 (71,4)                 | 3 (100)             | 4 (66,7)           | 12 (75)             |

De modo geral (11; 68.8%) utilizam a mesma escova manual que utilizam para os dentes para a limpeza das próteses, sendo que apenas 4 (25%) referiram que usam uma escova específica para a prótese. Os adultos com ambas as deficiências (4; 66.7%) afirmaram que utilizam pastilhas efervescentes e 10 (10.1%) adultos utilizam pasta de dentes (Tabela 13).

Tabela 13 – Produtos utilizados para a limpeza das próteses removíveis (n = 16)

|                                 | Intelectual n=7<br>n (%) | Motora n=3<br>n (%) | Ambas n=6<br>n (%) | Total n=16<br>n (%) |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| Utiliza escova normal           | 5 (71,4)                 | 1 (33,3)            | 5 (83,3)           | 11 (68,8)           |
| Escova específica para próteses | 1 (14,3)                 | 2 (66,7)            | 1 (16,7)           | 4 (25)              |
| Pastilhas efervescentes         | 0 (0)                    | 0 (0)               | 4 (66,7)           | 4 (25)              |
| Sabão azul e branco             | 1 (14,3)                 | 0 (0)               | 1 (16,7)           | 2 (12,5)            |
| Pasta de dentes                 | 4 (11,4)                 | 3 (10,7)            | 3 (8,3)            | 10 (10,1)           |

#### 4.5 Motivos de ausência de reabilitações em pacientes com espaços edêntulos não reabilitados (questões 10 a 13 do questionário II para pacientes sem reabilitações orais)

Aos adultos sem reabilitações foi questionado se gostariam de substituir os dentes ausentes e mais de metade (42; 53.8%) referiu que não. Mais adultos com deficiência motora (12; 59.1%) e com ambas as deficiências (16; 55.2%) responderam desse modo (Tabela 14).

Porém, quando questionados sobre que reabilitação escolheriam, mencionaram principalmente as próteses fixas (49; 62.8%), sendo a escolha maioritária nos três grupos de deficiências. Não obstante, 20 (25.6%) adultos não manifestaram uma escolha e apenas 9 (11.5%) preferiram uma prótese removível.

Tabela 14 – Vontade demonstrada em reabilitar os espaços edêntulos e escolha da reabilitação pretendida (n = 78)

|                               |           | Intelectual n=27<br>n (%) | Motora n=22<br>n (%) | Ambas n=29<br>n (%) | Total n=78<br>n (%) |
|-------------------------------|-----------|---------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Substituir os dentes ausentes | Sim       | 14 (51,9)                 | 9 (40,9)             | 13 (44,8)           | 36 (46,2)           |
|                               | Não       | 13 (48,1)                 | 13 (59,1)            | 16 (55,2)           | 42 (53,8)           |
| Reabilitação que escolhia     | PR        | 4 (14,8)                  | 3 (13,6)             | 2 (6,9)             | 9 (11,5)            |
|                               | PF        | 18 (66,7)                 | 11 (50)              | 20 (69)             | 49 (62,8)           |
|                               | Tanto faz | 5 (18,5)                  | 8 (36,4)             | 7 (24,1)            | 20 (25,6)           |

Relativamente aos motivos que justificam a inexistência de reabilitações nos 78 adultos não reabilitados, a falta de necessidade (21; 26.9%) e os motivos financeiros (20; 25.6%) foram as causas mais apontadas, com maior número de casos nos adultos com deficiência intelectual. Nos adultos com deficiência intelectual também houve casos que consideraram que não iriam colaborar nas consultas (4; 14.8%), 2 (7.4%) referiram o medo e 1 (3.7%) respondeu que não se iria adaptar às próteses (Tabela 15).

O medo foi a causa mais mencionada pelos adultos com deficiência motora (6; 27.3%) e 5 (22.7%) deles também consideraram que não se iriam adaptar às próteses. Nos adultos com ambas as deficiências, a falta de colaboração (4;13.8%) e adaptação (20.7%) também foram condicionantes mencionados (Tabela 15).

Além destes, foram referidos outros motivos, como o desconhecimento da existência de próteses removíveis e/ou fixas por 2 (5.7%) adultos com deficiência intelectual e 2 (7.1%) adultos com deficiência motora. Também foi referido o facto de ter tique lingual por 1 (3.6%) adulto com deficiência motora.

Dos 78 adultos sem reabilitação, 4 (5.1%) revelaram possuir próteses removíveis, porém não as utilizam devido a:

- ser difícil colocar e retirar [1 (3.6%) adulto com deficiência motora]
- causar dor [1 (2.8%) adulto com ambas as deficiências]
- falta de retenção [2 (5.6%) adultos com ambas as deficiências]

Tabela 15 – Motivos para a inexistência de reabilitações dos adultos com espaços edêntulos não reabilitados (n = 78)

|                     | Intelectual n=27<br>n (%) | Motora n=22<br>n (%) | Ambas n=29<br>n (%) | Total n=78<br>n (%) |
|---------------------|---------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Não necessita       | 11 (40,7)                 | 5 (22,7)             | 5 (17,2)            | 21 (26,9)           |
| Motivos financeiros | 9 (33,3)                  | 3 (13,6)             | 8 (27,6)            | 20 (25,6)           |
| Não tem tempo       | 0 (0)                     | 2 (9,1)              | 1 (3,4)             | 3 (3,8)             |
| Tem medo            | 2 (7,4)                   | 6 (27,3)             | 4 (13,8)            | 12 (15,4)           |
| Não vai colaborar   | 4 (14,8)                  | 0 (0)                | 4 (13,8)            | 8 (10,3)            |
| Não se ia adaptar   | 1 (3,7)                   | 5 (22,7)             | 6 (20,7)            | 12 (15,4)           |
| Tem PR e não usa    | 0 (0)                     | 1 (4,5)              | 3 (10,3)            | 4 (5,1)             |

## 5. DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo analisar a reabilitação oral em pessoas com deficiência. Para o efeito foi realizada uma avaliação intraoral inicial da totalidade dos participantes com ausências dentárias (n=99), seguida da aplicação de um questionário consoante a presença (n=21) ou ausência de reabilitações protéticas (n=78).

### 5.1 Avaliação intraoral e tipo de reabilitação

As investigações prévias afirmam que o número de dentes cariados e perdidos é o que mais contribui para elevados índices CPO e que estes tendem a aumentar com o nível de severidade da deficiência, especialmente em adultos.<sup>(91)</sup> Contudo, no presente estudo não se verificou o mesmo, uma vez que o número de dentes cariados foi inferior ao número de dentes perdidos e obturados. Ainda assim, o número de dentes perdidos foi substancialmente superior em comparação aos dentes obturados, o que pode refletir uma tendência na prestação dos cuidados médico-dentários nesta população para as extrações dentárias ao invés de tratamentos restauradores.<sup>(91)</sup> Esta tendência tem sido evidente nos indivíduos com deficiência, da infância à idade adulta, porém a intervenção precoce e regular junto desta população é cada vez mais fundamental, para permitir o uso de técnicas restauradoras simples e conservadoras.<sup>(92)</sup>

Também se observou que os dentes mais perdidos foram o 36 e 46, facilmente compreendido pelo facto de serem dentes que erupcionam por volta dos seis anos de idade sem que nenhum dente decíduo lhes ceda a posição e como resultado, a sua erupção é muitas vezes despercebida, o que torna estes dentes mais suscetíveis à cárie e à perda precoce.<sup>(93,94)</sup>

Quando relacionado com a faixa etária são muitos os estudos com pessoas com deficiência intelectual e de desenvolvimento que indicam aumento na prevalência de cárie dentária e de dentes perdidos, com conseqüente diminuição do número de dentes presentes.<sup>(26,51,92,95,96)</sup> Este estudo não foi exceção relativamente ao número de dentes perdidos, porém tal como num estudo realizado na Irlanda por Crowley et. al<sup>(92)</sup> em adultos com deficiência intelectual, o número de dentes cariados diminuiu com a idade. A justificação apontada pelos estudos é que a extração de dentes pode ser adiada nesta população devido à falta de colaboração do paciente ou ao comprometimento sistémico, resultando em mais dentes cariados presentes.<sup>(26)</sup> Não obstante, o aumento da consciência de que a saúde oral tem repercussões positivas na qualidade de vida ou o facto dos dentes cariados poderem ser eventualmente perdidos mais cedo pela sua fragilidade, poderão explicar os resultados deste

estudo.<sup>(95)</sup> Ainda neste contexto, o número de dentes obturados foi superior, comparativamente com os cariados e semelhante em ambas as faixas etárias, sendo que no estudo de Morgan et al.<sup>(26)</sup> com adultos com deficiência intelectual houve diferenças, com aumento em relação à idade.

O trauma dentário foi mais prevalente em adultos entre os 51 e os 78 anos, resultado semelhante a outro estudo<sup>(92)</sup> com adultos com deficiência, onde também foram os incisivos os únicos dentes afetados. As características individuais, como o encerramento labial, reflexos lentos e grande proeminência dos incisivos superiores aumentam o risco de lesões traumáticas.<sup>(40,96)</sup> Outros estudos também indicam que indivíduos com crises epiléticas frequentes têm um risco aumentado de sofrer trauma dentário.<sup>(97)</sup> Coincidentemente, um dos adultos do estudo com trauma dentário referiu ter epilepsia, ainda assim, não foi averiguado se foi o motivo inerente ao mesmo. O trauma dentário foi ainda mais evidente nos adultos com deficiência motora, o que corresponde à literatura de que estes indivíduos, principalmente os que têm paralisia cerebral sofrem mais quedas, por falta de coordenação e equilíbrio, presença de movimentos involuntários e acidentes relacionados com convulsões.<sup>(98,99)</sup>

A mordida aberta e o overjet excessivo foram encontrados com alguma prevalência nos participantes deste estudo, o que é concordante com a literatura, pois integram o conjunto dos principais problemas oclusais nestes pacientes.<sup>(49,97,100,101)</sup> O síndrome de Down destaca-se com uma prevalência que varia entre 82% e 97%, a paralisia cerebral (59% e 64%) e a deficiência intelectual (54% e 84%).<sup>(97)</sup> Um estudo português numa população com paralisia cerebral verificou a prevalência de traumatismos dentários de acordo com a presença de mordida aberta superior a 1 mm (28.6%) e overjet superior a 3 mm (25.2%), o que demonstra a associação destas características com a ocorrência de trauma dentário.<sup>(102)</sup>

Os diversos estudos comprovam que o bruxismo é mais prevalente nas pessoas com comprometimento cognitivo, tendo como sinal clínico mais visível o desgaste dentário.<sup>(49,103)</sup> O presente estudo corrobora esta afirmação, uma vez que o bruxismo foi a característica mais presente com distribuição semelhante entre os três grupos observados (19.2%).

No que diz respeito à frequência de reabilitações orais encontradas, os resultados desta investigação aproximam-se de outras onde também foram observadas maioritariamente próteses removíveis e é sempre referida a sua escassa existência considerando a necessidade evidente.<sup>(104)</sup> A percentagem de reabilitações variou 5.3% e 30.6% entre outros estudos com pessoas com deficiência<sup>(37,90-92,104-106)</sup>, pelo que o presente encontra-se no mesmo panorama (21.2%). As percentagens mais baixas (5.3% e 6%) foram encontradas em dois estudos diferentes. Num estudo com atletas dos Jogos Olímpicos Especiais (6%), que são mais jovens,

mais saudáveis e com deficiência menos grave e por outro lado num estudo português em adultos com paralisia cerebral institucionalizados (5.3%).<sup>(37,106)</sup>

Quanto ao estado destas reabilitações, as próteses removíveis apresentaram mais falhas comparativamente às fixas, contudo o estudo não teve um número de casos aproximado de ambas as reabilitações para que seja corretamente comparável. Além disso, o exame radiográfico é extremamente importante na avaliação das reabilitações fixas, porém as condições do estudo não o permitiram. Ainda assim, algumas investigações incentivam à colocação de reabilitações fixas nestes pacientes, visto que têm demonstrado altas taxas de sucesso, pelo que as condições médicas complexas, deficiências cognitivas e físicas não devem ser consideradas contraindicações imediatas para a reabilitação fixa.<sup>(9,107)</sup>

No que respeita às reabilitações removíveis, a falha mais encontrada foi a falta de retenção, dado importante uma vez que pode levar a menor rendimento mastigatório, resultando em perda de peso e até desnutrição nestes indivíduos.<sup>(47)</sup> A falta de retenção é uma queixa que adultos sem deficiência também apresentam com frequência, como verificado no estudo de Costa et. al, em que 22.4% dos adultos estavam insatisfeitos com a retenção das suas próteses superiores.<sup>(108)</sup>

Não foram encontrados estudos na literatura que avaliassem o índice de placa da prótese utilizado neste estudo, especificamente em pessoas com deficiência. No entanto, outros estudos com pessoas com deficiência relataram que cerca de 40% a 55% dos indivíduos tinha má higiene da prótese.<sup>(90,92)</sup> Um dado interessante foi ainda o facto de que nenhuma prótese inferior estava livre de placa e em alguns casos em que ambos os maxilares apresentavam próteses, as inferiores revelaram pior índice de placa.

## **5.2 Hábitos de higiene oral e causas para a perda de peças dentárias**

A escovagem dentária como medida mecânica no controlo do biofilme é o meio mais prático e eficaz para obter e manter uma boa saúde oral<sup>(109)</sup>, pelo que satisfatoriamente a maioria dos adultos deste estudo realiza a mesma duas ou mais vezes por dia, semelhante ao encontrado num estudo recente de Baumgarten et. al em pessoas com deficiência intelectual.<sup>(109)</sup> Ainda assim, como num estudo realizado também em Portugal numa população com deficiência, relataram-se casos de adultos que só escovam ocasionalmente (18.8% superior ao encontrado no presente estudo) ou que nunca escovam (1.7%).<sup>(105)</sup>

Os resultados relativamente à autonomia na escovagem mostraram-se diferentes aos encontrados noutra estudo português, em que somente 28.6% dos indivíduos eram autónomos

(51.5% no presente estudo) e 56% eram totalmente dependentes (28.3% no presente estudo), contudo nessa investigação só foram incluídos adultos com paralisia cerebral.<sup>(37)</sup>

Relativamente aos desafios na escovagem, a maior dificuldade relatada foi engolirem a pasta de dentes, principalmente nos adultos com deficiência intelectual. A dificuldade em abrir a boca, o afastamento da cabeça, o impulso lingual e o trincar a escova foram outras dificuldades que principalmente os pais/cuidadores referiram, como também é relatado noutro estudo, mas realizado em crianças e adolescentes com deficiência.<sup>(110)</sup> Uma dificuldade importante referida principalmente pelos próprios adultos com deficiência motora foi a falta de destreza manual, sendo que é realmente algo que deve ser trabalhado, uma vez que afirmam que a proficiência motora é significativa para manter uma boa higiene oral em pessoas com deficiência.<sup>(109)</sup>

Quanto às consultas, um maior número de adultos do presente estudo referiu só ir em situações de urgência, por outro lado, o mesmo número aproximado de adultos afirmou que vai uma vez por ano. Este primeiro facto vai ao encontro da afirmação de que os cuidados dentários para adultos com deficiência são frequentemente prestados apenas com base em queixas dos mesmos.<sup>(11)</sup> Além disso, a frequência das consultas também depende da perceção dos adultos com deficiência e dos próprios cuidadores sobre a necessidade ou vontade em visitar o médico dentista/higienista oral.<sup>(111)</sup> Neste contexto, 14.1% relataram que nunca realizaram uma consulta, superior ao encontrado noutro estudo português numa população com deficiência (7.2%).<sup>(105)</sup> A consulta de rotina foi o motivo mais frequente da última consulta, seguida da extração de dentes. No estudo de Crowley et. al, a consulta de rotina também foi a maior causa, porém a execução de novas próteses sobrepôs-se às extrações.<sup>(92)</sup> O mesmo não é verificado no presente estudo, visto que apenas 7 adultos dos 21 que possuem próteses foram à última consulta devido a problemas nas mesmas. Isto poderá em certa parte justificar a quantidade de falhas apontadas em algumas como relatado anteriormente.

Ao serem perguntadas as causas para a perda dentária, a maioria dos participantes referiu a cárie e em segundo lugar foi assinalada a doença periodontal, o que poderá demonstrar algum conhecimento básico sobre o tema. Ainda que este estudo não tenha sido longitudinal e não permita avaliar quais as causas que verdadeiramente levaram à perda de peças dentárias nos indivíduos deste estudo, estas respostas poderão estar próximas da realidade, uma vez que estudos centrados no estado de saúde oral de pacientes com deficiência intelectual revelaram que os dentes com cárie dentária são principalmente extraídos ao invés de tratados, e, ainda que haja menos predisposição para a cárie dentária, por exemplo nos indivíduos com síndrome de Down, por comprometimento genético apresentam maior incidência de doenças periodontais.<sup>(105,112)</sup>

### **5.3 Autoavaliação das reabilitações orais pelos indivíduos com deficiência e cuidados de higienização com as mesmas**

No presente estudo, dos 99 participantes, 21 possuíam reabilitações orais, dos quais 16 eram portadores de próteses removíveis e 5 de próteses fixas.

A satisfação do paciente é um critério cada vez mais importante no tratamento protético.<sup>(113-115)</sup> Os adultos deste estudo relataram algumas queixas em relação às suas próteses, contudo em menor número comparativamente com as falhas observadas pela examinadora. Similarmente, a mesma tendência ocorreu em pelo menos dois estudos em pessoas com dependência e limitações funcionais, nos quais múltiplas falhas também foram encontradas nas reabilitações orais dos participantes, mas os seus portadores nem sempre foram capazes de as relatar. Assim, mais uma vez se destaca a importância das consultas de controle regulares para correção de alterações nas reabilitações orais.<sup>(72,116)</sup>

O cuidado e limpeza das próteses removíveis pode ser um desafio para pacientes com deficiência intelectual e/ou motora.<sup>(107)</sup> Porém, satisfatoriamente a maioria dos inquiridos com próteses removíveis afirmaram que limpam as mesmas pelo menos uma vez por dia, não havendo casos que nunca realizam a sua limpeza. Quando comparado com o estudo português de Couto et. al, uma percentagem elevada afirma escovar também diariamente (79.6%), contudo 1.7% afirmou que nunca escova as próteses.<sup>(105)</sup> No presente estudo, a maioria dos adultos é autónoma (62.5%) nesta tarefa, revelando um valor bastante superior ao encontrado noutro estudo (31%) em adultos com deficiência intelectual.<sup>(92)</sup> Ainda assim, 18.8% dos adultos do presente estudo necessitam de ajuda, o que revelou ser uma percentagem de adultos inferior comparativamente a outros dois estudos em indivíduos com deficiência.<sup>(92,117)</sup> Como tal, destaca-se a importância dos cuidadores terem conhecimento sobre as próteses e formação sobre a higienização das mesmas<sup>(72)</sup>, sendo que nesta investigação constatou-se que alguns funcionários das instituições não se tinham apercebido das reabilitações existentes até ao momento.

### **5.4 Motivos de ausência de reabilitações em pacientes com espaços edêntulos não reabilitados**

Dos 78 indivíduos com espaços edêntulos, 46.2% gostava de substituir por algum tipo de reabilitação, sendo que 11.5% preferia próteses removíveis, valor ligeiramente superior ao encontrado noutro estudo (4.3%) com pessoas com deficiência intelectual.<sup>(104)</sup> A maioria dos

adultos optaria por próteses fixas, talvez pelo facto destes indivíduos terem consciência das limitações relacionadas com as próteses removíveis.<sup>(118)</sup>

Relativamente aos motivos para a inexistência de reabilitações, 21 adultos consideraram que não necessitam das mesmas, sendo a causa mais apontada. No estudo de Cumella et al. afirmaram que o modo como as pessoas com deficiência intelectual compreendem as suas necessidades depende de muitos fatores, tais como as expectativas que têm em relação à facilidade de acesso aos serviços dentários, à sua capacidade de tolerar os tratamentos e à sua própria capacidade cognitiva, uma vez que muitas vezes acabam por desconhecer as suas necessidades e dependem de quem os rodeia para os orientar neste sentido.<sup>(119)</sup> Em concordância, uma revisão sistemática sobre a saúde oral em adultos com deficiência intelectual mostrou que embora possa existir uma elevada necessidade normativa para a reabilitação oral (69%), isto é, a necessidade que o médico dentista considera importante para determinado paciente manter a sua função mastigatória e assim recomendar um determinado tipo de reabilitação oral, existe por outro lado uma necessidade expressa muito baixa (4%). Esta última está apenas relacionada com a perceção do paciente com deficiência, que considera que não necessita da reabilitação oral.<sup>(30)</sup>

O fator financeiro foi o segundo motivo mais indicado, corroborado pela literatura, pois faz parte dos principais fatores determinantes do número de consultas de pessoas com deficiência. Ou seja, pessoas com poder económico mais baixo têm menos disponibilidade para realizar o número de consultas necessárias, por exemplo para a execução de uma prótese dentária.<sup>(21)</sup>

Em terceiro lugar os indivíduos com deficiência referiram o medo e o facto de considerarem que não se iriam adaptar às próteses. O medo também é considerado uma das maiores barreiras relacionadas com o tratamento dentário em pessoas com deficiência<sup>(11)</sup> e tem sido especialmente evidente entre pessoas mais jovens, pacientes do sexo feminino e em casos mais graves de défice cognitivo.<sup>(120)</sup> Nesta questão é importante salientar que a resposta dada como “tenho medo” pode ter várias interpretações e reflexões, uma vez que ao longo da investigação foi constatado que alguns adultos têm medo do ambiente clínico e barulhos associados, outros têm dos procedimentos realizados nas consultas e ainda medo do próprio conceito em ter uma prótese.

Um dos motivos menos assinalados nesta questão foi o facto de já ter prótese removível, mas não utilizar (5.1%), apontando como justificações ser difícil colocar e retirar, causar dor e falta de retenção. Estes dados são semelhantes a outro estudo, no entanto relataram como principais causas para não utilizarem as suas próteses, a dor ou desconforto, medo de se

engasgar e um dos inquiridos já tinha perdido a prótese.<sup>(104)</sup> Ainda neste tópico, uma revisão sistemática recente sobre reabilitações fixas em pacientes com deficiência, afirmou que as próteses removíveis são frequentemente recusadas ou abandonadas após um curto período de uso.<sup>(107)</sup>

### **5.5 Limitações do estudo e sugestões futuras**

Este estudo enfrentou diversas limitações, como a diferença nas condições ambientais para a observação intraoral entre instituições, o tamanho da amostra e a variabilidade entre os vários tipos e graus de deficiência, que dificultaram a apresentação e comparação dos resultados. Além disso, a capacidade cognitiva dos participantes pode ter enviesado alguns resultados devido à sua compreensão e interpretação das questões feitas.

Investigações futuras devem continuar a explorar se a reabilitação protética pode efetivamente preservar e recuperar funções cognitivas, impactando positivamente a saúde neurológica além da saúde oral.

## 6. CONCLUSÕES

Com base nos objetivos propostos e nos resultados obtidos relativamente ao tema que se pretendeu desenvolver nesta investigação, a amostra avaliada revelou que existe uma diversidade nas condições orais dos participantes, com um número considerável de dentes perdidos e um número reduzido de reabilitações orais. A prótese parcial acrílica foi a mais comum entre os tipos de reabilitação observados, em ambos os maxilares. A prevalência de outros problemas como a cárie dentária também foi eminente, principalmente entre os adultos com deficiência motora.

A maioria dos adultos realiza a escovagem duas vezes por dia, porém alguns deles necessitam de ajuda ou são totalmente dependentes nesta tarefa. A presença de placa em próteses removíveis foi detetada, indicando a necessidade de melhorias nos cuidados de higiene oral, nomeadamente ao nível das próteses e reforço na sua supervisão.

A autoavaliação das reabilitações pelos indivíduos revelou poucos casos de desconforto ou insatisfação consideráveis, tendo a maioria dos participantes referido uma adaptação satisfatória às próteses, embora alguns tenham salientado questões como dor na mastigação ou acumulação de alimentos na base da prótese.

Por outro lado, a inexistência de reabilitações em pacientes com espaços edêntulos não reabilitados foi atribuída principalmente à falta de necessidade e a problemas financeiros segundo os adultos sem reabilitações.

Em suma, este estudo contribuiu com dados relevantes sobre a necessidade de intervenções adaptadas e dedicadas a cada indivíduo com deficiência, salientando aspetos importantes desde a prevenção até à manutenção das reabilitações existentes.

As pessoas com deficiência devem ser reconhecidas pelas suas capacidades, ao invés das incapacidades e os cuidados dentários devem ser acessíveis de igual modo em relação à população em geral.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bizarra, M. F., Luís, H., Graça, R. G. A Clinical Guide to Cerebral Palsy - Chapter 6. Cerebral Palsy: Unique Challenges for Oral Care. Nova Science Publishers. 2022.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Council on Clinical Affairs. Guideline on management of dental patients with special health care needs. *Pediatr Dent*. 2012;34(5):160-165.
3. Holzinger A, Lettner S, Franz A. Attitudes of dental students towards patients with special healthcare needs: Can they be improved?. *Eur J Dent Educ*. 2020;24(2):243-251. doi:10.1111/eje.12490
4. Stasolla F, Caffò AO, Ciarmoli D, Albano V. Promoting Object Manipulation and Reducing Tongue Protrusion in Seven Children with Angelman Syndrome and Developmental Disabilities through Microswitch-Cluster Technology: a Research Extension. *J. Dev. Phys. Disabil*. 2021;33(5):799-817.
5. Amiralian ML, Pinto EB, Ghirardi MI, Lichtig I, Masini EF, Pasqualin L. Conceituando deficiência. *Rev Saude Publica*. 2000;34:97 -103.
6. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional para a Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2004.
7. Health Organization W. World Report on Disability. New York; 2011.
8. Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. Guia Prático - Os Direitos das Pessoas com Deficiência em Portugal. Lisboa: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social; 2020.
9. Magata N, Tanoue N, Ayuse T, Ayuse T. A prospective clinical evaluation of fixed dental prostheses made of metal alloys in patients with cerebral palsy. *Clin Exp Dent Res*. 2021;7(4):561-567. doi:10.1002/cre2.378
10. WHO. Disability [Internet]. 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
11. Auerbacher M, Gebetsberger L, Hickel R, Kaisarly D. Chairside oral prophylaxis for people with profound intellectual or multiple disabilities-a retrospective feasibility study. *Clin Oral Investig*. 2023;27(11):6747-6756. doi:10.1007/s00784-023-05287-6
12. Fortuna T. Desapareceram 700 mil pessoas com deficiência ou incapacidade nos censos 2021 [Internet]. *Jornal Expresso*; 2023. Available from:

<https://expresso.pt/opiniao/2023-01-03-Desapareceram-700-mil-pessoas-com-deficiencia-ou-incapacidade-nos-censos-2021-42957367>

13. Muzzin K. Persons with disabilities. In Darby ML, Walsh MM, eds. *Dental Hygiene Theory and Practice*. 4th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2015:786–804.
14. Wilson NJ, Patterson-Norrie T, Villarosa A, et al. Supporting the oral health of people with intellectual disability: A survey of disability staffs' knowledge, perceptions, disability service barriers, and training. *Disabil Health J*. 2024;17(1):101536. doi:10.1016/j.dhjo.2023.101536
15. Gonçalves TN, Costa BT, Santos JVS, Silva ABM, Costa DO, Brito LM, Nascimento LB. Reabilitação oral em paciente com Transtorno do Espectro Autista: devolvendo estética e função. *Research Society and Development*. 2023 Jun;12(6). doi:10.33448/rsd-v12i6.41976.
16. Portela MCB, de Oliveira NAR, Mercante CG, Portes FN, Mansur-Caetano R. Saúde bucal e atendimento odontológico em pacientes com deficiências / Oral health and dental care in patients with disabilities. *Braz. J. Hea. Rev*, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 706–712, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-060.
17. Lee HS, Jung HI, Kim SM, Kim J, Doh RE, Lee JH. Attitudes of Korean dental students toward individuals with special health care needs. *J Den Ed*. 2015;79:1024–1030.
18. World Health Organization. Summary World Report on Disability [Internet]. 2011. Available from: [apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/1/WHO\\_NMH\\_VIP\\_11.01\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/1/WHO_NMH_VIP_11.01_eng.pdf).
19. American Association of Pediatric Dentistry. Guideline on management of dental patients with special health care needs. *Pediatr Dent*. 2012;37:166–171.
20. Wilkins EM. Patients with special needs. In: *Clinical Practice of the Dental Hygienist*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013:742–1056
21. Park BY, Cho HA, Shin H. Disparity in access for people with disabilities to outpatient dental care services: a retrospective cohort study. *BMC Oral Health*. 2023;23(1):213. Published 2023 Apr 14. doi:10.1186/s12903-023-02948-6
22. Dehaitem MJ, Ridley K, Kerschbaum WE, Inglehart MR, Habil P. Dental hygiene education about patients with special needs: A survey of U.S. programs. *J Den Ed*. 2008;72:1010–1019.
23. Jaccarino J. General treatment considerations for the patient with special needs. *Dent Assist*. 2009;78:6–9,34–36.

24. Alves AMR, Byrro DDV, Faria ER, Sales GS, Santos LL, Oliveira RKF, Silva TCA, Lucca MQ. Autismo: estratégias de interação para tratamento odontológico. *Revista Científica FACS*. 2020;20(25):109-117.
25. National Institute of Dental and Craniofacial Research. *Developmental Disabilities & Oral Health* [Internet]. 2023. Available from: <https://www.nidcr.nih.gov/health-info/developmental-disabilities>
26. Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc*. 2012;143(8):838-846. doi:10.14219/jada.archive.2012.0288
27. Toma V., Maxim A., Balan A., Gheban D., Rotaru D., Filip F., Foia L. Periodontal aspects in children and adolescents with Down Syndrome. *Romanian Journal of Oral Rehabilitation*, 2009, No.4 (vol.1) October, p.35 – 42
28. Lee JY, Lim KC, Kim SY, Paik HR, Kim YJ, Jin BH. Oral health status of the disabled compared with that of the non-disabled in Korea: a propensity score matching analysis. *PLoS One*. 2019;14:e0208246. doi: 10.1371/journal.pone.0208246
29. Pini DM, Fröhlich PC, Rigo L. Oral health evaluation in special needs individuals. *Einstein (Sao Paulo)* 2016;14:501–507. doi: 10.1590/s1679-45082016ao3712
30. Ward LM, Cooper SA, Hughes-McCormack L, Macpherson L, Kinnear D. Oral health of adults with intellectual disabilities: a systematic review. *J Intellect Disabil Res*. 2019;63:1359–1378. doi: 10.1111/jir.12632
31. López del Valle LM, Waldman HB, Perlman SP. Puerto Rican athletes with special health care needs: an evaluation of oral health status. *J Dent Child (Chic)*. 2007;74(2):130-132.
32. Diab HA, Salameh Z, Hamadeh GN, Younes G, Ayoub F. Oral Health Status of Institutionalized Individuals with Intellectual Disabilities in Lebanon. *J Oral Maxillofac Res*. 2017;8(1):e4. Published 2017 Mar 31. doi:10.5037/jomr.2017.8104
33. da Rosa SV, Moysés SJ, Theis LC, Soares RC, Moysés ST, Werneck RI, Rocha JS. Barriers in Access to Dental Services Hindering the Treatment of People with Disabilities: A Systematic Review. *Int J Dent*. 2020;2020:9074618. Published 2020 Jul 23. doi:10.1155/2020/9074618
34. Oliveira JS, Prado Júnior RR, de Sousa Lima KR, de Oliveira Amaral H, Moita Neto JM, Mendes RF. Intellectual disability and impact on oral health: a paired study. *Spec Care Dentist*. 2013; 33(6): 262-268

35. Couto P, Pereira PA, Nunes M, Mendes RA. Validation of a Portuguese version of the Oral Health Impact Profile adapted to people with mild intellectual disabilities (OHIP-14-MIDPT). *PLoS One*. 2018; 13(6): e0198840
36. Bogner MS, Chambas V, Veyrune JL, Faulks D, Hennequin M. Oral implant rehabilitation under general anesthesia for patients with cognitive and physical disabilities: A 14-year cohort study. *J Prosthet Dent*. 2024. doi:10.1016/j.prosdent.2024.01.012
37. Bizarra, M. Estado de Saúde Oral das Pessoas com Paralisia Cerebral no Distrito de Lisboa. Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. 2015.
38. Sehrawat N, Marwaha M, Bansal K, Chopra R. Cerebral palsy: a dental update. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2014;7(2):109-118. doi:10.5005/jp-journals-10005-1247.
39. Al-Allaq T, DeBord TK, Liu H, Wang Y, Messadi DV. Oral health status of individuals with cerebral palsy at a nationally recognized rehabilitation center. *Spec Care Dentist*. 2015;35(1):15-21. doi:10.1111/scd.12071.
40. Dougherty NJ. A review of cerebral palsy for the oral health professional. *Dent Clin North Am*. 2009;53(2):329-x. doi:10.1016/j.cden.2008.12.001.
41. Nunes R, Simões PW, Pires PDS, Rosso MLP. Prevalência de alterações bucais em pessoas com deficiência na clínica da Universidade do Extremo Sul Catarinense. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2017;29(2):118-28.
42. Untu I, Pancu G, Antohe ME, Chiriță R, Boloș A. The impact of psychotrope medication on oral health. *Romanian Journal of Oral Rehabilitation*. 2020;12(1):83.
43. Katz CR. Integrated approach to outpatient dental treatment of a patient with cerebral palsy: a case report. *Spec Care Dentist*. 2012;32(5):210-217. doi:10.1111/j.1754-4505.2012.00267.x.
44. Al-Batayneh OB, Owais AI, Al-Saydali MO, Waldman HB. Traumatic dental injuries in children with special health care needs. *Dent Traumatol*. 2017;33(4):269-275. doi:10.1111/edt.12334
45. Huang L, Freed GL, Dalziel K. Children With Special Health Care Needs: How Special Are Their Health Care Needs?. *Acad Pediatr*. 2020;20(8):1109-1115. doi:10.1016/j.acap.2020.01.007
46. Derceli, J, Pinelli, L, Giro, E, Cabrini, J, Castanharo, S, Fais, L. Oral rehabilitation in a patient with special needs. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*. 2015. 63. 337-342. 10.1590/1981-86372015000300013762.

47. Khan AJ, Md Sabri BA, Ahmad MS. Factors affecting provision of oral health care for people with special health care needs: A systematic review. *Saudi Dent J.* 2022;34(7):527-537. doi: 10.1016/j.sdentj.2022.08.008
48. International Association for Disability and Oral Health. Undergraduate Curriculum in Special Care Dentistry [Internet]. 2012. Available from: <https://www.iadh.org/resource/>
49. Dias, H. H. P., & Souza, J. A. S. . (2022). Tratamento Odontológico Em Crianças Com Necessidades Especiais: Uma Revisão De Literatura. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 8(10), 1513–1528. doi: 10.51891/rease.v8i10.7253
50. Health Promotion Administration, Huang ST. National survey of oral health status for people with disabilities and oral hygiene education promotion in Taiwan. HPA Website. 2006.
51. Kinnear D, Allan L, Morrison J, Finlayson J, Sherriff A, Macpherson L, Henderson A, Ward L, Muir M, Cooper SA. Prevalence of factors associated with edentulousness (no natural teeth) in adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2019;63:1475–1481. doi: 10.1111/jir.12628.
52. Zhu, Y., Hollis, J. H. Tooth loss and its association with dietary intake and diet quality in American adults. *Journal of Dentistry.* 2014;42(11), 1428–1435.
53. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *J Dent Res Houston* 2000; 79 (4): 970-976
54. Berretin-Felix G, Machado WM, Genaro KF, Nary Filho H. Effects of mandibular fixed implant-supported prostheses on masticatory and swallowing functions in completely edentulous elderly individuals. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2009;24(1):110-117.
55. Faulks D, Veyrune JL, Hennequin M. Consequences of oral rehabilitation on dyskinesia in adults with Down's syndrome: a clinical report. *J Oral Rehabil.* 2002;29(3):209-218. doi:10.1046/j.1365-2842.2002.00890.x
56. Maekawa K, Motohashi Y, Igarashi K, et al. Associations between measured masticatory function and cognitive status: A systematic review. *Gerodontology.* Published online March 27, 2024. doi:10.1111/ger.12751
57. Caldas Júnior AF, Caldas KU, Oliveira MRM, Amorim AAl, Barros PMF. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. *Rev Ciênc Méd.* 2005;14(3);229-38
58. Ismail F, Munir MU, Ahmed AR, Hussain MW, Farhan M, Quddos MU. et al. Factors affecting cognition in individuals with tooth loss. *Ann Dent Spec.* 2019;7(4):7-13

59. Naik SP, Hota S, Bhushan P, Sam G, Kumari VV, Shetty N. Evaluation of Oral Health-related Quality of Life in Patient with Removable Prosthesis: A Cross-sectional Study. *J Pharm Bioallied Sci.* 2020;12(Suppl 1):S210-S213. doi:10.4103/jpbs.JPBS\_63\_20
60. Brown DT, Carr AB, editors. *McCracken's Removable Partial Prosthodontics*. 13th ed. St. Louis: Elsevier; 2016. p. 9-11.
61. Shillingburg HT Jr, Sather DA, Wilson EL Jr, Cain JR, Mitchell DL, Blanco LJ, Kessler JC. *Fundamentals of Fixed Prosthodontics*. Chicago: Quintessence Publishing Co, Inc; 2012. p. 16-17.
62. Figueiredo MC, Haas NA, Scariot D, Lima GL, Melgar XC. Actitud de odontólogos acerca de la atención de pacientes con necesidades especiales. *Odontol. Sanmarquina.* 2019;22(1): 5-11
63. Devinsky O, Boyce D, Robbins M, Pressler M. Dental health in persons with disability. *Epilepsy Behav.* 2020;110:107174. doi:10.1016/j.yebeh.2020.107174
64. Fosse C, Luo H, Laniado N, Okunseri C, Badner V. Dental access and expenditures for adults with intellectual and other disabilities. *J Public Health Dent.* 2021;81(4):299-307. doi:10.1111/jphd.12484
65. Oh SH, Kim Y, Park JY, Jung YJ, Kim SK, Park SY. Comparison of fixed implant-supported prostheses, removable implant-supported prostheses, and complete dentures: patient satisfaction and oral health-related quality of life. *Clin Oral Implants Res.* 2016;27(2):e31-e37. doi:10.1111/clr.12514
66. Batisse C, Bonnet G, Veyrune JL, Nicolas E, Bessadet M. Predictive Parameters of Oral Health Quality of Life in Complete Mandibular Denture Wearers Stabilized by Mini-Implants: A Two-Year Follow-Up Study. *Materials (Basel).* 2017;10(10):1197. Published 2017 Oct 19. doi:10.3390/ma10101197
67. Jokstad A., Ganeles J. Systematic review of clinical and patient-reported outcomes following oral rehabilitation on dental implants with a tapered compared to a non-tapered implant design. *Clin. Oral. Implants Res.* 2018;29:41–54. doi: 10.1111/clr.13128
68. Romanos G.E., Delgado-Ruiz R., Sculean A. Concepts for prevention of complications in implant therapy. *Periodontology 2000.* 2019;81:7–17. doi: 10.1111/prd.12278
69. Chu KY, Yang NP, Chou P, Chi LY, Chiu HJ. Dental prosthetic treatment needs of inpatients with schizophrenia in Taiwan: A cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2013;13(1):1-5

70. Lopez-Jiménez J, Romero-Domínguez A, Giménez-Prats MJ. Implants in handicapped patients | Implantes en pacientes discapacitados. *Med oral*. 2003;8(4):288-93
71. Kapicius P, Nunes FD, Arriaga ML, Freitas ALAB, Simões JJ Jr, Carlini RS. Uso de próteses removíveis em pacientes com necessidades especiais: risco associado ao diagnóstico. *Clinical and Laboratorial Research in Dentistry*. 2018. doi: 10.11606/issn.2357-8041.clrd.2018.141228
72. Durham TM, King T, Salinas T, Franco T, Ross J. Dental implants in edentulous adults with cognitive disabilities: report of a pilot project. *Spec Care Dentist*. 2006;26(1):40-46. doi:10.1111/j.1754-4505.2006.tb01509.x
73. Kazuo SD, Camila U, Ferreira S, Justo KD, Rye OE, Shigueyuki UE. Higienização Em Prótese Parcial Removível. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2008;20(2):168-74
74. Yoo SY, Kim HJ, Kim SK, Heo SJ, Koak JY, Park JM. Quality of life in patients in South Korea requiring special care after fixed implants: a retrospective analysis. *BMC Oral Health*. 2023;23(1):1002. Published 2023 Dec 14. doi:10.1186/s12903-023-03753-x
75. Ribeiro GR, Campos CH, Rodrigues Garcia RCM. Influence of a removable prosthesis on oral health-related quality of life and mastication in elders with Parkinson disease. *JProsthet Dent*. 2017 Nov;118(5):637-42. doi: 10.1016/j.pros-dent.2016.12.018.
76. Cardoso AM, Silva CR, Gomes LN, Gomes Mda N, Padilha WW, Cavalcanti AL. Dental trauma in Brazilian children and adolescents with cerebral palsy. *Dent Traumatol*. 2015;31(6):471-476. doi:10.1111/edt.12184.
77. Sonoyama W, Kuboki T, Okamoto S, Suzuki H, Arakawa H, Kanyama M. Quality of life assessment in patients with implant-supported and resin-bonded fixed prosthesis for bounded edentulous spaces. *Clin Oral Implants Res*. 2002;13:359–64. doi: 10.1034/j.1600-0501.2002.130403.x
78. Ali Z, Baker SR, ShahrbaF S, Martin N, Vettore MV. Oral health-related quality of life after prosthodontic treatment for patients with partial edentulism: a systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent*. 2019;121:59–68e3. doi: 10.1016/j.prosdent.2018.03.003
79. Duttonhoefer F, Fuessinger MA, Beckmann Y, Schmelzeisen R, Groetz KA, Boeker M. Dental implants in immunocompromised patients: a systematic review and meta-analysis. *Int J Implant Dent*. 2019;5(1):43. doi: 10.1186/s40729-019-0191-5
80. Hong YJ, Dan JB, Kim MJ, Kim HJ, Seo KS. Prognosis after treatment with multiple dental implants under general anesthesia and sedation in a cerebral palsy patient with

- mental retardation: a case report. *J Dent Anesth Pain Med.* 2017;17(2):149–55. doi: 10.17245/jdapm.2017.17.2.149
81. WHO. Oral health surveys. Basic methods. 5th Ed. World Health Organization, Geneva. 2013.
  82. Andrada, M. G., Virella, D., Gouveia, R., Calado, E., Folha, T. & Andrada, M. Validation of assessment scales for communication and oro-motor function in Children with cerebral palsy. Abstracts European Academy of Childhood Disability. *Dev.Med.Child.Neurol.Suppl.* 2008;114.(50), 29.
  83. Raj A, Ranjan R, Kumar A, Kumar M, Mala N, Ramesh K. Evaluation of Dental Status in Relation to Excessive Horizontal and Vertical Overlap in North Indian Population. *J Pharm Bioallied Sci.* 2021;13(Suppl1):S276-S279. doi:10.4103/jpbs.JPBS\_731\_20
  84. Amorim, S. Avaliação clínica das compilações em prostodontia removível. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa. 2013.
  85. Augsburger RH, Elahi JM. Evaluation of seven proprietary denture cleansers. *J Prosthet Dent.* 1982;47(4):356-359. doi:10.1016/s0022-3913(82)80079-6. 9
  86. Weintraub, Jane A et al. “Improving Nursing Home Residents' Oral Hygiene: Results of a Cluster Randomized Intervention Trial.” *Journal of the American Medical Directors Association* vol. 19,12 (2018): 1086-1091. doi:10.1016/j.jamda.2018.09.036.
  87. D’Amico C, Bocchieri S, Sambataro S, Surace G, Stumpo C, Fiorillo L. Occlusal Load Considerations in Implant-Supported Fixed Restorations. *Prosthesis.* 2020; 2(4):252-265. DOI: 10.3390/prosthesis2040023
  88. Ordem dos Médicos Dentistas. Barómetro da Saúde Oral. 8ª Edição, Portugal 2023.
  89. Wong MC, Lo EC, McMillan AS. Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP). *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(6):423-430. doi:10.1034/j.1600-0528.2002.00013.x.
  90. Leroy R, Declerck D. Objective and subjective oral health care needs among adults with various disabilities. *Clin Oral Investig.* 2013;17(8):1869-1878. doi:10.1007/s00784-012-0879-x
  91. Couto P, Pereira PA, Nunes M, Mendes RA. Characterization of oral health in a Portuguese population with mild intellectual disability. *Special Care in Dentistry.* 2019;39(3):298-305. doi: 10.1111/scd.12376.
  92. Crowley E., Whelton H., Murphy A., Kelleher V., Cronin M., Flannery E., & Nunn J. Oral health of adults with an intellectual disability in residential care in Ireland 2003. Oral Health Services Research Centre, University College Cork. 2005.

93. Rezaie M, Ghapanchi J, Haghnegahdar A, Khojastehpour L, Khorshidi H, Heidari H. A Radiographic Evaluation of Missing of Permanent First Molars in a Group of Iranian Children and Adults: A Retrospective Study. *Int J Dent.* 2018;2018:5253965. doi:10.1155/2018/5253965
94. Liu M, Xu X, Song Q, Zhang H, Zhang F, Lai G. Caries prevalence of the first permanent molar and associated factors among second-grade students in Xiangyun of Yunnan, China: A cross-sectional study. *Front Pediatr.* 2022;10:946176. doi:10.3389/fped.2022.946176
95. Biasotto M, Poropat A, Porrelli D, Ottaviani G, Rupel K, Preda MTB, Di Lenarda R, Gobbo M. Dental Treatment in Special Needs Patients and Uncooperative Young Children: A Retrospective Study. *Medicina (Kaunas).* 2024. 3;60(1):91. doi: 10.3390/medicina60010091
96. Fernandez Rojas C, Wichrowska-Rymarek K, Pavlic A, Vinereanu A, Fabjanska K, Kaschke I, Marks LA. Oral health needs of athletes with intellectual disability in Eastern Europe: Poland, Romania and Slovenia. *Int Dent J.* 2016;66(2):113-9. doi: 10.1111/idj.12205
97. Monteiro, J. Prevenção da Saúde Oral em Pacientes com Necessidades Especiais. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. 2020.
98. Alhammad NS. Tooth wear, enamel hypoplasia and traumatic dental injuries among cerebral palsy children of Riyadh city. *King Saud University J Dent Sci* 2011; 2: 1-5
99. Dubey A, Ghafoor PA, Rafeeq M. Assessment of traumatic dental injuries in patients with cerebral palsy. *J Ind Soc Pedo Prev Dent* 2015; 33: 25-27
100. Nasu D, Uematsu A, Nakamura S, Ishiyama M, Shirakawa T, Hasegawa T, Nasu Y, Kaneko T, Hoshi J, Horie N. Oral hygiene and oral status of institutionalized children with motor and intellectual disabilities. *J Oral Sci.* 2020;62(1):89-92. doi: 10.2334/josnugd.19-0042
101. Barros A, Mascarenhas P, Botelho J, Machado V, Balixa G, Bandeira Lopes L. Autism Spectrum Disorders and Malocclusions: Systematic Review and Meta-Analyses. *J Clin Med.* 2022;11(10):2727. doi: 10.3390/jcm11102727
102. Bizarra MF, Graça SR, Luis HS & Bernardo MF. Determinants for dental trauma in adolescents and adults with cerebral palsy. *Journal of Disability and Oral Health.* 2019;20 (3), 107-113.

103. Domingues NB, Gutierrez GM de, Bonacina CF, Lira AO de. Worldwide panorama of bruxism and patients with disabilities: a bibliometric analysis in PubMed (1965-2021). *Res Soc Dev.* 2022 Nov;11(15). doi: 10.33448/rsd-v11i15.37524.
104. Mac Giolla Phadraig C, Nunn J, Carroll R, McCarron M, McCallion P. Why do edentulous adults with intellectual disabilities not wear dentures? Wave 2 of the IDS TILDA cohort study. *J Prosthodont Res.* 2017; 61(1): 61-66.
105. Couto P, Pereira P, Nunes ML, Mendes RA. Oral health-related quality of life of Portuguese adults with mild intellectual disabilities. *PLoS One.* 2018;13(3). doi: 10.1371/journal.pone.0193953.
106. Leroy R, Declerck D, Marks L. The oral health status of special olympics athletes in Belgium. *Community Dent Health.* 2012;29(1):68-73
107. Bogner MS, Chambas V, Nicolas E, Faulks D, Hennequin M. Implant-supported prostheses in patients with special needs: A systematic literature review of protocols and outcomes. *J Prosthet Dent.* 2023 23:S0022-3913(23)00628-5. doi: 10.1016/j.prosdent.2023.09.013
108. Costa APS, Machado FCA, Pereira ALB, Carreiro AFP, Ferreira MAF. Technical quality and satisfaction related to full conventional dentures. *Cien Saude Colet.* 2013;18(2):453-60. doi: 10.1590/S1413-81232013000200016.
109. Baumgarten A, Hilgert JB, Rech RS, Cunha-Cruz J, Goulart BNG. Association between motor proficiency and oral health in people with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2021;65(5):489-499. doi: 10.1111/jir.12828.
110. Lee J, Chang J. Oral health issues of young adults with severe intellectual and developmental disabilities and caregiver burdens: a qualitative study. *BMC Oral Health.* 2021;21(1):538. doi: 10.1186/s12903-021-01896-3
111. Alves FR, Gavina F, Alves NS, Silveira FM, Cortellazzi KL, Assaf AV. Clinical and Social Variables Association on the Frequency of Intellectual Disability Persons to Dental Care. *Pesqui. Bras. em Odontopediatria Clín. Integr.* 2021;v. 21,e0073. doi:10.1590/pboci.2021.093.
112. Oubenyahya H. Oral Rehabilitation of Down Syndrome Patients by Dental Implants: A Systematic Review. *EJDENT.* 2022;2]3(5):1-7. doi: 10.24018/ejdent.2022.3.5.232
113. Selmani Bukleta M, Bukleta D, Selmani M. Comparison of the impact of removable partial dentures on the oral health-related quality of life of older adults. *Journal of Achievements in Materials and Manufacturing Engineering* 2023; 116(2): 61-71. DOI: 10.5604/01.3001.0053.4034

114. Dib Zakkour S, Dib Zakkour J, Guadilla Y, Montero J, Dib A. Comparative Evaluation of the Digital Workflow and Conventional Method in Manufacturing Complete Removal Prostheses. *Materials* (Basel). 2023;30;16(21):6955. doi: 10.3390/ma16216955
115. Misch, CE., Misch-Dietsh F. Preimplant Prosthodontics: Overall Evaluation, Specific Criteria, and Pretreatment Prostheses. *Dental Implant Prosthetics* (Second Edition). 2015. p. 372-402.
116. Lantto A, Lundqvist R, Wårdh I. Quality of life related to tooth loss and prosthetic replacements among persons with dependency and functional limitations. *Acta Odontol Scand*. 2020;78(3):173-180. doi: 10.1080/00016357.2019.1668054
117. Chadwick D, Chapman M, Davies G. Factors affecting access to daily oral and dental care among adults with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2018;31(3):379-394. doi: 10.1111/jar.12415
118. Kim IH, Kuk TS, Park SY, Choi YS, Kim HJ, Seo KS. Prognosis following dental implant treatment under general anesthesia in patients with special needs. *J Dent Anesth Pain Med*. 2017;17(3):205-213. doi: 10.17245/jdapm.2017.17.3.205.
119. Cumella S, Ransford N, Lyons, J, Burnham, H. Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with Community Dental Services. *J of Intel Dis Research* 2000; 44(1): 45–52.
120. Wilson NJ, Lin Z, Villarosa A, George A. Oral health status and reported oral health problems in people with intellectual disability: A literature review. *J Intellect Dev Disabil*. 2018;44(3):292-304. doi: 10.3109/13668250.2017.1409596.

## **8. APÊNDICES E ANEXOS**

Apêndice I – Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Apêndice II – Pedido de autorização às instituições

Apêndice III – Consentimento informado para pais/tutores

Apêndice IV – Assentimento de participação para as pessoas com deficiência

Apêndice V – Ficha de observação intraoral

Apêndice VI – Questionário I (aquando presença de reabilitação oral)

Apêndice VII – Questionário II (aquando ausência de reabilitação oral)

## Apêndice I

Parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa



### Comissão de Ética

#### Emissão de parecer

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (CE-FMDUL), em reunião de 19 de outubro de 2023, apreciou o seguinte pedido de parecer:

|   |  |
|---|--|
| Código  | Título do Estudo   |
| CE-FMDUL202328  | "Reabilitação Oral em Indivíduos com Paralisia Cerebral em Lisboa" |
| Âmbito  | Dissertação de Mestrado Integrado de Medicina Dentária             |
| Investigador principal / Estudante  | Soraia Ramos Cunha   |
| Pertinência do estudo e da sua conceção                                   | Adequados  |
| Benefícios e riscos previsíveis   | Avaliação favorável  |
| Avaliação do protocolo  | Positiva   |
| Aptidão do investigador principal e restantes membros da equipa           | Adequados  |
| Condições materiais e humanas necessárias                                 | Adequadas  |
| Retribuições ou compensações financeiras a investigadores e participantes | Não se aplica  |
| Modalidades de recrutamento dos participantes                             | Adequadas  |
| Conflito de interesses do promotor ou do investigador                     | Não referidas  |
| Acompanhamento clínico dos participantes após a conclusão do estudo       | Não se aplica  |
| Procedimento de obtenção do consentimento aos participantes               | Adequado   |

A CE-FMDUL deliberou e decidiu emitir **parecer favorável**.

Lisboa, 2 de novembro de 2023

O presidente

Assinado por: **João Manuel de Aquino Marques**  
Num. de Identificação: 05031635  
Data: 2023.11.02 15:00:27+00'00'

## Apêndice II

Pedido de Autorização às instituições



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

À Direção da.....

Exmos. Srs.

Eu, Soraia Ramos Cunha, estudante do 5º ano da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, encontro-me a efetuar a minha Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, cujo tema é “**Reabilitação Oral em pessoas com Deficiência – estudo exploratório**”.

A investigação tem como finalidade recolher dados de prevalência e determinantes da saúde oral das pessoas com deficiência que frequentam instituições da região metropolitana de Lisboa, com o intuito de estudar a dentição, a presença ou ausência de reabilitações orais (próteses dentárias) e os cuidados orais dos participantes, intervindo posteriormente como um meio de promoção da saúde oral dos mesmos.

Após o consentimento para participar dado pelos próprios ou pelos pais/tutores, pretendo em cerca de uma a duas visitas observar os indivíduos selecionados para o estudo e fazer a recolha de dados sobre a sua dentição e possíveis reabilitações orais, através de um exame clínico da boca. Neste procedimento serão observados os dentes e reabilitações, tendo a duração cerca de 10 minutos. Estes procedimentos não provocam dor, não são experimentais e não apresentam quaisquer riscos para além dos esperados em qualquer exame de rotina. Este estudo pretende igualmente avaliar os cuidados orais, os fatores que condicionam a presença ou ausência de reabilitações orais e as dificuldades sentidas na execução da higiene oral, através de um questionário aos pais/tutores, ou aos próprios utentes caso consigam responder. A participação é voluntária e gratuita.

Pretendo realizar as visitas à instituição nos meses janeiro e fevereiro de 2024.

Para a Instituição não haverá quaisquer custos financeiros, precisando apenas de um pequeno espaço, onde possa fazer a observação da boca dos utentes.

Nesse sentido venho por este meio solicitar a vossa autorização, com o intuito de poder vir a realizar a minha investigação com os vossos utentes com deficiência.

Aguardo uma resposta para posterior envio dos consentimentos de participação dos responsáveis legais.

Certa da melhor atenção prestada a este assunto, subscrevo-me atenciosamente,

Soraia Ramos Cunha

Estudante de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa  
Tel. 925150575  
e-mail – soraiacunha@campus.ul.pt

## Apêndice III

Consentimento informado para os pais/tutores



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

### CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

#### **ESTUDO: Reabilitação Oral em pessoas com Deficiência – estudo exploratório**

Investigador principal:

Soraia Ramos Cunha, estudante de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Contacto telefónico: 925150575

Orientadoras:

Professora Doutora Teresa Mendes, Médica Dentista, Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Professora Doutora Maria de Fátima Bizarra, Higienista Oral, Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Contacto telefónico: 217922600

Objetivo e benefícios:

O objetivo deste estudo, integrado na Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, consiste em avaliar a dentição, a presença ou ausência de reabilitações orais (próteses dentárias) e os cuidados orais de pessoas com deficiência que frequentem ou residam em instituições da região metropolitana de Lisboa.

Procedimentos:

Preencher um questionário sobre os cuidados orais relativos ao seu educando.

Observação dos dentes e possíveis reabilitações orais, tendo a duração cerca de 5 a 10 minutos. Neste procedimento será utilizado apenas um espelho bucal e um instrumento de avaliação chamado sonda periodontal, para permitir a avaliação da saúde dos dentes e gengivas. Durante a observação, serão postos em prática todos os cuidados de assepsia. Esta observação não provoca dor, nem são utilizadas técnicas experimentais e não apresenta nenhum risco para o seu educando, para além dos esperados em qualquer exame de rotina. Nenhum tratamento dentário será realizado ou alterado. A observação será realizada na instituição. A colaboração que é necessária do seu educando será mínima, sendo sempre que necessário usar controlo de cabeça e braços. Se o seu educando oferecer resistência, não será forçado a colaborar. Após a observação da cavidade oral, pretendo aplicar o questionário referido anteriormente, não sendo necessário o seu preenchimento, caso o seu educando não o consiga fazer. A participação é voluntária e gratuita.

Informações adicionais:

A identificação do seu educando nunca será divulgada e a informação recolhida é confidencial, ficando apenas disponível para os investigadores, podendo os dados recolhidos serem utilizados em trabalhos científicos para apresentação pública. Pode colocar as questões que quiser e pode mudar de ideias e desistir de participar, em qualquer momento sem qualquer consequência, tudo o que tem de fazer é comunicar ao investigador principal.

---

(Assinatura do Investigador)

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Declaração dos Pais/Responsável legal**

Concordo em que o meu educando participe nesta atividade. Foi-me dada a oportunidade de colocar questões e desistir a qualquer momento, bastando para isso comunicar aos investigadores.

Nome do seu educando: \_\_\_\_\_

Instituição que frequenta: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura dos pais ou responsável legal: \_\_\_\_\_

## Apêndice IV

Assentimento de participação para as pessoas com deficiência



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

### ASSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

#### **ESTUDO: Reabilitação Oral em pessoas com Deficiência – estudo exploratório**

Investigador:

Chamo-me Soraia Ramos Cunha e sou estudante de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Objetivo e benefícios:

O objetivo deste estudo consiste em ver a tua boca para saber como está o seu estado de saúde.

Procedimentos:

Vamos preencher um questionário sobre os cuidados orais.

Em seguida vamos ver os teus dentes e possíveis próteses que tenhas, o que demorará cerca de 5 a 10 minutos. Para esta observação será utilizado apenas um espelho bucal e um instrumento de avaliação chamado sonda periodontal, para permitir a avaliação da saúde dos dentes e gengivas. Esta observação não provoca dores e nenhum tratamento dentário será realizado ou alterado. Estes procedimentos serão realizados aqui na tua instituição. A tua participação é voluntária e gratuita.

Informações adicionais:

Nunca vamos escrever o teu nome, só eu e as minhas professoras sabemos quem tu és. Podes perguntar o que quiseres e também mudar de ideias e desistir de participar em qualquer momento sem qualquer consequência, só tens de me dizer.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Investigador)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### **Declaração do utente**

Concordo em participar nesta atividade. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e desistir a qualquer momento, bastando para isso comunicar aos investigadores.

Nome: \_\_\_\_\_

Instituição que frequenta: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Apêndice V

Ficha de observação intraoral

### FICHA DE OBSERVAÇÃO ORAL

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa



#### Reabilitação Oral em pessoas com Deficiência – estudo exploratório

Número: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Género: M\_\_ F\_\_

Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data de observação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

| ÍNDICE CPOD (WHO, 2013) |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 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 |
|                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|               |    |    |    |        |
|---------------|----|----|----|--------|
| Total Dentes= | C= | P= | O= | CPO-D= |
|---------------|----|----|----|--------|

| Perm. | Crítérios              |
|-------|------------------------|
| 0     | São                    |
| 1     | Cárie                  |
| 2     | Obt com cárie          |
| 3     | Obturado               |
| 4     | Extraído por cárie     |
| 5     | Extraído outras razões |
| 6     | Selante                |
| 7     | Coroa/implante         |
| 8     | Não erupcionado        |
| T     | Trauma/Fratura         |
| 9     | Não regista (bandas)   |

|  |                        |                 |              |                  |
|--|------------------------|-----------------|--------------|------------------|
|  | <b>Mordida aberta</b>  | Sim (1) Não (2) | Se sim, __mm | Não avaliado (3) |
|  | <b>Overjet maxilar</b> | Sim (1) Não (2) | Se sim, __mm | Não avaliado (3) |

| Classificação da Função Oromotora (Andrada et. al, 2008) |  |
|--|--|
| 1  | Mastiga, engole e bebe sem problemas. Come sem ajuda.  |
| 2  | Algumas dificuldades na mastigação e deglutição (maior lentidão). Necessita de pequenas ajudas ocasionais ou supervisão.   |
| 3  | Dificuldades na mastigação e deglutição persistentes com engasgamento ocasional. Necessidade de adaptações, mas com autonomia na alimentação, necessitando de apoio ou supervisão. |
| 4  | Dificuldades acentuadas na mastigação e deglutição com impulso da língua e/ou reflexo de morder. Necessita de ser alimentado. Engasgamento ocasional. Tempo de alimentação < 1h.   |
| 5  | Totalmente dependente na alimentação. Engasgamento frequente. Tempo de alimentação > 1h. Gastrostomia ou sonda nasogástrica.   |

| Outras avaliações |                          |                 |  |
|-------------------|--------------------------|-----------------|--|
|                   | Anomalias dentárias      | Sim (1) Não (2) | Se sim, quais?                         |
|                   | Trauma dentário          | Sim (1) Não (2) | Se sim, nº dos dentes _____ Tipo _____ |
|                   | Bruxismo                 | Sim (1) Não (2) |  |
|                   | Impulso lingual anterior | Sim (1) Não (2) |  |
|                   | Hábitos viciosos         | Sim (1) Não (2) | Se sim, quais? _____                   |

| Presença de Reabilitação Oral |               |                          |                             |                           |           |
|-------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------|
|                               | Prótese Total | Prótese parcial acrílica | Prótese parcial esquelética | Prótese fixa sobre dentes | Implantes |
| Max. Sup                      |               |                          |                             |                           |           |
| Max. Inf                      |               |                          |                             |                           |           |

| Reabilitação Removível (Amorim, 2013) |                            |                       |                                     |                   |                       |                 |                           |  |                      |                   |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------|-----------------------|-----------------|---------------------------|--|----------------------|-------------------|
|                                       | Índice de Placa da Prótese | Estética satisfatória | Suporte adequado (limites corretos) | Retenção adequada | Estabilidade adequada | Oclusão correta | Dimensão vertical correta | Algum componente fraturado ou descolado? Qual/quais) | Estomatite Protética | Úlceras na mucosa |
| Max. Sup                              |                            |                       |                                     |                   |                       |                 |                           |  |                      |                   |
| Max. Inf                              |                            |                       |                                     |                   |                       |                 |                           |  |                      |                   |

| Índice de Placa da Prótese Removível (Augsburger & Elahi, 1982) |   |
|---|---|
| Critérios   |   |
| <b>0</b>  | Sem placa   |
| <b>1</b>  | Placa leve (25% da superfície de encaixe coberta) |
| <b>2</b>  | Placa moderada (26%-50%)                          |
| <b>3</b>  | Placa densa (51%-75%)                             |
| <b>4</b>  | Placa muito densa (76-100%)                       |

| Reabilitação Fixa (D'Amico et. al, 2020) |                       |                 |                           |                             |                    |  |
|--|-----------------------|-----------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------|--|
|  | Estética satisfatória | Oclusão correta | Dimensão vertical correta | Pontos de contacto corretos | Adaptação à mucosa | Algum componente fraturado ou descolado? Qual/quais) |
| Max. Sup                                 |                       |                 |                           |                             |                    |  |
| Max. Inf                                 |                       |                 |                           |                             |                    |  |

## Apêndice VI

Questionário I (aquando presença de reabilitação oral)

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa



### Reabilitação Oral em pessoas com Deficiência – estudo exploratório

Através da observação oral ao seu educando em anos anteriores, foi detetada a presença de reabilitações orais, pelo que o seguinte questionário faz parte de uma investigação que pretende recolher informações sobre a saúde oral e presença ou necessidade de reabilitações orais nos indivíduos com deficiência. A participação no estudo é voluntária e toda a informação fornecida é confidencial e anónima. Nas questões de escolha múltipla deve assinalar a opção que considerar com um X. Em cada uma das questões deve assinalar apenas uma opção, exceto quando indicado o contrário. Não existem respostas corretas ou erradas, pedimos apenas que responda com a maior sinceridade possível.

Nome: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Género: M\_\_ F\_\_ Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Nº de anos que frequenta a instituição: \_\_\_\_\_

Valência que frequenta \_\_\_\_\_ Diurno (1) Lar (2) Ambos (3)

#### 1. Qual o tipo de deficiência que o seu educando apresenta?

\_\_\_\_\_

#### 2. O seu educando apresenta alguma(s) patologia(s) associada(s)? Se sim, qual ou quais?

Deficiência intelectual\_\_

Deficiência sensorial\_\_ Se sim, auditiva\_\_ Se sim, visual\_\_

Epilepsia\_\_ Outra(s)\_\_ Qual(ais)? \_\_\_\_\_

#### 3. Com que frequência o seu educando escova os dentes ou faz a limpeza da boca?

Nunca\_\_ 1x por dia\_\_

Não diariamente\_\_ 2 ou mais vezes por dia\_\_

#### 4. Na escovagem ou limpeza da boca o seu educando:

É totalmente autónomo\_\_ É totalmente dependente\_\_

Necessita de ajuda\_\_

**5. Quais as dificuldades encontradas na escovagem dos dentes do seu educando?**

**(pode assinalar mais do que uma opção)**

Afasta a cabeça por não querer fazer\_\_

Trinca a escova\_\_

Dificuldade em abrir a boca\_\_

Ele(a) não gosta e/ou não aceita escovar

Engole a pasta de dentes\_\_

os dentes\_\_

Sangra muito das gengivas\_\_

Nenhuma dificuldade\_\_

Impulso da língua\_\_

Outra(s)\_\_ Qual(ais)?\_\_\_\_\_

**6. Com que regularidade o seu educando vai ao Médico Dentista ou Higienista Oral?**

Nunca\_\_

1x por ano\_\_

Urgência\_\_

2 ou mais vezes por ano\_\_

Menos de 1x por ano\_\_

**7. Qual a razão que originou a última visita do seu educando ao Médico Dentista ou Higienista Oral?**

Visita regular/check-up/limpeza ou ortodontia\_\_

Dor de dentes\_\_

Tratamento de um dente específico (cárie, restauração, etc.)\_\_

Problema originado pela prótese\_\_

Extração\_\_

Outros motivos (gengivas, colocação de implantes)\_\_

**8. Quantos dentes o seu educando já perdeu? \_\_\_\_\_ Não sei\_\_**

**9. Qual ou quais as causas para as perdas dentárias?**

Cárie\_\_

Doença Periodontal/Piorreia (dentes a “abanar”)\_\_

Trauma\_\_

Outra(s)\_\_ Qual(ais)?\_\_\_\_\_

**10. Há quantos anos é que o seu educando tem a(s) prótese(s) fixa, removível ou implantes atual(ais)?\_\_\_\_\_ Não sei\_\_**

**11. Houve dificuldades no início? Se sim, assinale qual(ais):**

Na execução da prótese (nas consultas)\_\_\_ Na adaptação à(s) prótese(s)\_\_\_

Outra(s)\_\_\_ Qual(ais)?\_\_\_\_\_

**12. Quais as queixas atuais do seu educando relativamente à(s) sua(s) prótese(s) fixa(s), removível ou implante(s) atual(ais)?**

Não tem queixas\_\_\_ Desloca-se ao falar ou mastigar\_\_\_

Estética insatisfatória\_\_\_ Náuseas\_\_\_

Dor ao mastigar\_\_\_ Acumula alimentos por baixo\_\_\_

Dificuldade em falar\_\_\_ Dificuldade em limpar\_\_\_

Outra(s)\_\_\_ Qual(ais)?\_\_\_\_\_

**As seguintes perguntas são relativas apenas a próteses removíveis. Caso o seu educando tenha implantes ou prótese fixa não responda.**

**13. O seu educando precisa de colocar “cola fixadora” na(s) prótese(s)?**

Sim, na prótese superior\_\_\_ Sim, em ambas\_\_\_

Sim, na prótese inferior\_\_\_ Não\_\_\_

**14. Na limpeza da(s) prótese(s) o seu educando:**

É totalmente autónomo\_\_\_ É totalmente dependente\_\_\_

Necessita de ajuda\_\_\_

**15. Com que frequência fazem a limpeza da(s) prótese(s)?**

Nunca\_\_\_ 1x por dia\_\_\_

Não diariamente\_\_\_ 2 ou mais vezes por dia\_\_\_

**16. Que produtos são utilizados para a limpeza da(s) prótese(s) do seu educando?  
(pode assinalar mais do que uma opção)**

Escova que utiliza para escovar os  
dentes\_\_

Pastilhas efervescentes\_\_

Sabão azul e branco\_\_

Escova específica para a(s) prótese(s)\_\_

Outro(s)\_\_ Qual(ais)?\_\_\_\_\_

**Obrigada pela atenção.**

Soraia Cunha

Estudante de Medicina Dentária da FMDUL

## Apêndice VII

Questionário II (aquando ausência de reabilitação oral)

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa



### Reabilitação Oral em pessoas com Deficiência – estudo exploratório

Através da observação oral ao seu educando em anos anteriores, foi detetada a ausência de alguns dentes, pelo que o seguinte questionário faz parte de uma investigação que pretende recolher informações sobre a saúde oral e presença ou necessidade de reabilitações orais nos indivíduos com deficiência. A participação no estudo é voluntária e toda a informação fornecida é confidencial e anónima. Nas questões de escolha múltipla deve assinalar a opção que considerar com um X. Em cada uma das questões deve assinalar apenas uma opção, exceto quando indicado o contrário. Não existem respostas corretas ou erradas, pedimos apenas que responda com a maior sinceridade possível.

Nome: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Género: M\_\_ F\_\_ Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Nº de anos que frequenta a instituição: \_\_\_\_\_

Valência que frequenta \_\_\_\_\_ Diurno (1) Lar (2) Ambos (3)

#### 1. Qual o tipo de deficiência que o seu educando apresenta?

\_\_\_\_\_

#### 2. O seu educando apresenta alguma(s) patologia(s) associada(s)? Se sim, qual ou quais?

Deficiência intelectual\_\_

Deficiência sensorial\_\_ Se sim, auditiva\_\_ Se sim, visual\_\_

Epilepsia\_\_ Outra(s)\_\_ Qual(ais)? \_\_\_\_\_

#### 3. Com que frequência o seu educando escova os dentes ou faz a limpeza da boca?

Nunca\_\_ 1x por dia\_\_

Não diariamente\_\_ 2 ou mais vezes por dia\_\_

#### 4. Na escovagem ou limpeza da boca o seu educando:

É totalmente autónomo\_\_ É totalmente dependente\_\_

Necessita de ajuda\_\_

**5. Quais as dificuldades encontradas na escovagem dos dentes do seu educando?**

**(pode assinalar mais do que uma opção)**

Afasta a cabeça por não querer fazer\_\_

Trinca a escova\_\_

Dificuldade em abrir a boca\_\_

Ele(a) não gosta e/ou não aceita escovar

Engole a pasta de dentes\_\_

os dentes\_\_

Sangra muito das gengivas\_\_

Nenhuma dificuldade\_\_

Impulso da língua\_\_

Outra\_\_ Qual(ais)?\_\_\_\_\_

**6. Com que regularidade o seu educando vai ao Médico Dentista ou Higienista Oral?**

Nunca\_\_

1x por ano\_\_

Urgência\_\_

2 ou mais vezes por ano\_\_

Menos de 1x por ano\_\_

**7. Qual a razão que originou a última visita do seu educando ao Médico Dentista ou Higienista Oral?**

Visita regular/check-up/limpeza ou ortodontia\_\_

Dor de dentes\_\_

Tratamento de um dente específico (cárie, restauração, etc.)\_\_

Extração\_\_

Outros motivos (gengivas, etc.)\_\_

**8. Quantos dentes o seu educando já perdeu?\_\_\_\_\_ Não sei\_\_\_\_\_**

**9. Qual ou quais as causas para as perdas dentárias?**

Cárie\_\_

Doença Periodontal/Piorreia (dentes a “abandar”)\_\_

Trauma\_\_

Outra(s)\_\_ Qual(ais)?\_\_\_\_\_

**10. Já pensou ou gostaria que o seu educando substituísse o(s) dente(s) ausente(s)?**

Sim\_\_

Não\_\_

**11. Se pudesse escolher a reabilitação para substituir os dentes perdidos, não relacionado com fatores económicos, optaria por próteses removíveis (“placas”) ou fixas (exemplo implantes)?**

Prótese removível (“placa”)\_\_\_ Tanto faz\_\_\_

Prótese fixa (exemplo implante)\_\_\_

**12. Quais os motivos para não substituir o(s) dente(s) ausente(s) do seu educando? (pode seleccionar mais do que 1 opção se necessário)**

Não necessita\_\_\_ Acho que o meu educando não se vai adaptar

Não temos dinheiro\_\_\_ à(s) prótese(s)\_\_\_

Não temos tempo\_\_\_ O meu educando tem prótese mas não

O meu educando tem medo\_\_\_ consegue utilizá-la\_\_\_

Acho que não vai colaborar na consulta\_\_\_

Outro(s) motivo(s)\_\_\_ Quais?\_\_\_\_\_

**13. Se seleccionou a opção “tem prótese mas não consegue utilizá-la”, indique o(s) motivo(s):**

\_\_\_\_\_

**Obrigada pela atenção.**

Soraia Cunha

Estudante de Medicina Dentária da FMD