

ISSN 1983-5183

CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL, ESTADO NUTRICIONAL E PERFIL SOCIOECONÔMICO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS.

Tobias LEITE¹

tobiasleite22@gmail.com

Nina Ida Fae LEITE²

ninaida@bol.com.br

Anarela Bernardi VASSEN³

amarela.bernardi@hotmail.com

Fernando ANTONINI⁴

antonini.ctbmf@gmail.com

Luiza Silveira LESSA⁵

luslessa@gmail.com

Fernanda Guglielmi Faustini SONEGO⁶

fgfsonego@unesc.net

RESUMO

Introdução: A abordagem odontológica precoce dos pacientes com deficiência é importante para determinar a sua qualidade de higiene bucal, estimular a realização de higiene periódica e capacitar o núcleo familiar, que será o responsável por tal tarefa. Uma relação entre saúde bucal e estado nutricional existe, mas ainda não se encontram na literatura muitos estudos que fundamentem essa afirmação adequadamente. **Objetivo:** Avaliar e relacionar a idade, o sexo, a condição de saúde bucal, o estado nutricional e o perfil socioeconômico dos pacientes com necessidades especiais da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), de um município gaúcho. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, de análise descritiva, realizado no Centro Ocupacional Santa Rita de Cássia em Caxias do Sul - RS, relacionando variáveis como dados obtidos com aplicação do índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) na

1 Graduando no Curso de Graduação em Odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

2 Professora de Educação Física pós-graduada em Psicopedagogia pela Universidade de Caxias do Sul e em Educação Especial pela Faculdade da Serra Gaúcha (FSG).

3 Mestre em Endodontia pela UFSC. Professora de Endodontia e Pacientes com Necessidade Especial no Curso de Odontologia – Universidade do Extremo Sul Catarinense.

4 Mestre em Cirurgia Bucomaxilofacial pela PUC/RS. Professor de Clínica Integrada e Pacientes com Necessidade Especial no Curso de Odontologia – Universidade do Extremo Sul Catarinense.

5 Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família pela Residência Multiprofissional/UNESC.

6 Mestre em Odontopediatria pelo C.PO/São Leopoldo Mandic. Professora de Odontopediatria e Saúde Coletiva no Curso de Odontologia - Universidade do Extremo Sul Catarinense.

ISSN 1983-5183

investigação da condição bucal, questionário semiestruturado para avaliação do perfil socioeconômico e avaliação antropométrica do estado nutricional. **Resultados:** 40% da amostra foram classificados com sobrepeso; 63,3% obtiveram CPO-D satisfatório e 30% são de classe econômica C1. Houve relação significativa entre idade e condição bucal. **Conclusão:** Neste estudo, a condição de saúde bucal dos pacientes com necessidades especiais foi positiva na maioria dos usuários, tendo relação com a idade.

PALAVRAS-CHAVE: SAÚDE BUCAL. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL. ESTADO NUTRICIONAL.

ORAL HEALTH CONDITION, NUTRITIONAL STATUS AND SOCIO-ECONOMIC PROFILE OF PATIENTS WITH SPECIAL NEEDS.

ABSTRACT

Introduction: The early dental approach of patients with disabilities is important to determine the quality of oral hygiene of this population, to stimulate the periodic hygiene, to empower the family nucleus, which will be responsible for this task. A relationship between oral health and nutritional status exists, but many studies are not yet found in the literature to substantiate this claim adequately. **Objective:** To evaluate and to correlate the age, gender, oral health condition, nutritional status and socio-economic profile of patients with special needs at APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, in a city in the state of Rio Grande do Sul, in the South of Brazil. **Method:** This is an observational, cross sectional study of descriptive analysis, performed at Santa Rita de Cássia Occupational Center, in Caxias do Sul, in the South of Brazil, relating variables such as data obtained using the DMF-T index (decayed, lost and filled teeth) in the investigation of the oral condition; semi-structured questionnaire to evaluate the socio-economic profile, and anthropometric evaluation of the nutritional status. **Results:** The results show that 40% of the sample were classified as overweight; 63.3% demonstrated satisfactory DMF-T, and 30% were in C1 socio-economic class. There was a significant relationship between age and oral condition. **Conclusion:** In this study the oral health condition of patients with special needs was positive for most of the patients, and it's related to their age.

KEY WORDS: ORAL HEALTH. INTELLECTUAL DISABILITY. NUTRITIONAL STATUS.

INTRODUÇÃO

Paciente com necessidade especial (PNE) é aquele que apresenta alteração ou condição, simples ou complexa, momentânea ou permanente, de etiologia biológica, física, mental, social e/ou comportamental, que necessite de atendimento especializado, multiprofissional, uso de protocolo específico e que faz parte do dia a dia da clínica odontológica^{1,2}. Promover saúde bucal do PNE significa propiciar saúde geral, pois não existem fronteiras entre as demandas de saúde bucal e as doenças sistêmicas³.

Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2011⁴, estima-se que aproximadamente 15% da população do mundo têm alguma deficiência, ou seja, uma em cada sete pessoas no mundo é classificada deficiente⁵. Dados estes que superaram a estimativa da OMS no ano de 1970, que era de aproximadamente 10% da população⁴. No Brasil, num total de 200,6 milhões de pessoas, 6,2% delas têm alguma deficiência, sendo 0,8% classificados com deficiência intelectual⁶.

Programas de saúde bucal e de inclusão social são extremamente benéficos aos pacientes com

ISSN 1983-5183

necessidades especiais, reduzem os índices de cárie dental e gengivite, pois além de estimulá-los à adoção de bons hábitos, estimulam também seus familiares⁷.

Existem diversos métodos sugeridos para avaliação da condição bucal e nutricional, porém eles devem estar relacionados aos objetivos do estudo. A escolha do método é feita por aquele que elucida mais favoravelmente os problemas a serem avaliados na população⁸. A alta incidência da doença cárie obtida na análise de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), a higiene bucal deficiente, em conjunto com as dificuldades em realizar o atendimento odontológico e a preservação dos pacientes com necessidades especiais, são algumas das principais características encontradas em estudos envolvendo essa população⁹. Aliada ao fato de que a desnutrição é altamente prevalente entre crianças com deficiência intelectual, a literatura vigente ressalta que fatores socioeconômicos do núcleo familiar e algumas variáveis ambientais afetam ainda mais tal prevalência¹⁰.

Uma relação entre saúde bucal e estado nutricional existe, porém há uma carência de estudos que fundamentem essa afirmação adequadamente^{11,12}. Nesse contexto, o propósito deste estudo foi relacionar a idade, o sexo, a condição de saúde bucal, o estado nutricional e o perfil socioeconômico dos pacientes com necessidades especiais da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de um município gaúcho.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos, da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sob parecer de nº 1.743.079/2016. Ele foi realizado no Centro Ocupacional Santa Rita de Cássia – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), entidade sem fins lucrativos localizada no município de Caxias do Sul, no Estado do Rio Grande do Sul, no período entre outubro a dezembro de 2016.

A população inicial foi de 60 alunos, adolescentes e adultos, com idades entre 18 anos e 75 anos, regularmente matriculados, que frequentavam diariamente a entidade, no período da manhã e da tarde, e só foram examinados aqueles que apresentaram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pais ou responsáveis legais, seguindo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Todas as mensurações do estudo foram realizadas por um acadêmico de graduação em Odontologia, previamente calibrado, com auxílio de um Educador Físico especialista em educação especial que trabalha na APAE, para análise do estado nutricional. Os demais dados foram obtidos por meio de um questionário semiestruturado adaptado de um estudo catarinense¹¹.

O perfil socioeconômico da população foi classificado de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)¹³, validadas a partir de 01/01/2015, que classifica a população em classes econômicas A, B1, B2, C1, C2, D-E, de acordo com capacidade de compra, grau de instrução do chefe de família e presença dos serviços públicos de água encanada e rua pavimentada.

Para avaliação da condição de saúde bucal foi realizado um exame utilizando o índice CPO-D^{14, 15, 16, 17, 18} que expressa a soma dos dentes permanentes cariados, perdidos por cárie e obturados ou restaurados. Nos exames foram considerados os seguintes códigos: 0 – dente hígido, 1- cariado, 2- restaurado com cárie, 3- restaurado sem cárie, 4- perdido por cárie, 5- perdido por outras razões, 6- selante, 7- apoio de ponte ou coroa, 8- não erupcionado, T- trauma (fratura) e 9- dente excluído¹⁸. O exame foi realizado na APAE, em

ISSN 1983-5183

local iluminado, após a escovação dos dentes dos alunos, com o examinador utilizando os equipamentos de proteção individual (máscara, luvas, touca, avental e óculos de proteção).

Para avaliação do significado da pesquisa, foram adotadas as seguintes categorizações, adaptadas do SB Brasil 2010¹⁸: Na avaliação de dentes perdidos (P), foram considerados 100% dos dentes em boca, na condição bucal satisfatória e ausência de elementos dentais (P=0) e na condição bucal insatisfatória (P>0). Para cálculo da média de CPO-D os exames foram separados de acordo com a faixa etária, em: 20 a 30 anos, 31 a 40 anos, 41 ou mais. Foi considerada condição bucal satisfatória o CPO-D ≤ 13 e condição bucal insatisfatória o CPO-D > 13, pois foram examinados adolescentes e adultos.

Para mensuração do estado nutricional, foi utilizada uma avaliação antropométrica¹⁹, na qual os valores foram registrados em uma ficha pré-estruturada, obtendo-se o valor do Índice de Massa Corporal (IMC), que indica o estado nutricional atual do indivíduo. Este foi calculado por meio da fórmula: $IMC = P / (A)^2$, sendo P = peso, em quilogramas, e A = altura, em metro elevado ao quadrado, (Kg/m²). Para coleta do peso foi utilizada uma balança eletrônica portátil adequada e aferida para tal. Durante a coleta do peso, o indivíduo estava com roupas leves, descalço, em pé sobre a plataforma da balança, bem ao centro da mesma, com o peso do corpo distribuído igualmente em ambos os pés e os braços ao lado do corpo¹⁹. A altura foi aferida por meio de um antropômetro, onde o participante foi colocado sobre a base do mesmo, de forma ereta, pés unidos e membros superiores pendentes ao lado do corpo. A cabeça foi orientada de modo que a linha de visão ficou paralela ao solo. O avaliado foi orientado a inspirar profundamente e, em apneia respiratória, foi tomada a medida de estatura com uma aproximação de 0,1cm. A referência para a mensuração foi o ponto mais alto da cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo¹⁹. Após o cálculo do IMC, os indivíduos adolescentes e adultos foram classificados de acordo com os pontos de corte recomendados para avaliação de população adulta²⁰, nas seguintes categorias: Baixo peso (IMC < 18,5 kg/m²), faixa normal (IMC 18,5 – 24,99 kg/m²), sobrepeso (25 ≤ IMC < 30 kg/m²) e obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²).

Para a análise estatística dos resultados quanto ao padrão nutricional, os participantes foram separados em dois grupos: sem excesso de peso, que engloba baixo peso e eutrofia e com excesso de peso, que engloba sobrepeso e obesidade. E para melhor análise dos resultados, os grupos etários foram divididos em 20-30 anos, 31-40 anos e 41 anos ou mais, facilitando a interpretação dos dados.

Após a coleta de dados, foi elaborado um banco, em planilhas do software Microsoft Excel, onde foram construídas tabelas para melhor organização e apresentação dos mesmos. Em seguida, o banco de dados foi exportado para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0, onde foi feita a análise estatística descritiva. Foi realizado o teste Qui-quadrado de Pearson para avaliação da distribuição dos eventos observados na amostra e obtenção do Valor P, que dá a significância de tais eventos e para verificar a relação entre as variáveis independentes (idade, sexo e condição socioeconômica) com a dependente, ou seja, CPO-D satisfatório ou não.

RESULTADOS

O estudo foi realizado com uma amostra de 30 alunos, regularmente matriculados no Centro Ocupacional Santa Rita de Cássia – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), que trouxeram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos pais ou responsáveis. Da população inicial (n=60), seis alunos não estavam frequentando a entidade nos dias eleitos para realização do exame e os demais vinte e quatro alunos não trouxeram o TCLE assinado.

Tabela 1 – Descrição da amostra estudada no município gaúcho, no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

ISSN 1983-5183

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
20-30	11	36,7
31-40	9	30
41 ou +	10	33,3
Sexo		
Masculino	19	63,3
Feminino	11	36,7
CPO-D satisfatório		
Sim ≤ 13	19	63,3
Não > 13	11	36,7
Classificação geral IMC		
Baixo peso (s/ excesso)	5	16,7
Eutrofia (s/excesso)	9	30,0
Sobrepeso (c/ excesso)	12	40,0
Obesidade (c/ excesso)	4	13,3
Classificação socioeconômica		
A	2	6,7
B1	3	10,0
B2	8	26,7
C1	9	30,0
C2	5	16,7
D-E	3	10,0

Observou-se que a maior parte da amostra foi composta de homens (63,3%, n=19). Quanto à idade, os três grupos foram similares, ou seja, de 20-30 anos (n= 11), de 31-40 anos (n=9) e de 41 anos ou mais (n=10), com a média de idade de 37,2 anos (DP±12,2). Considerando o perfil socioeconômico, a maior parte da amostra foi classificada como C1 (30%, n=9), e o restante teve distribuição relativamente homogênea dentre as classes econômicas, conforme é observado na Tabela 1.

Quanto à avaliação do estado nutricional, 16,7% (n=5) apresentaram baixo peso, 30% (n=9) dos avaliados estavam eutróficos, 40% (n=12) sobrepeso e 13,3% (n=4) deles apresentaram algum grau de obesidade. Observou-se que não houve uma maioria absoluta com ou sem excesso de peso, sendo que 53,3% (n=16) apresentaram excesso de peso e 46,7% (n=14) falta de peso ou peso ideal (Tabela1).

O CPO-D médio foi de 12,3 (DP±9,8), o IMC médio foi de 24,5 (DP±6,3) e a média da idade foi de 37,2 anos (DP±12,2) (Tabela2).

LEITE T, LEITE NIF, VASSEN AB, ANTONINI F, LESSA LS, SONEGO FGF. Condição de Saúde Bucal, Estado Nutricional e Perfil Socioeconômico de Pacientes com Necessidades Especiais. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2018 jan-mar; 30(1): 21-32

ISSN 1983-5183

Tabela 2 – São expressas as médias da idade, do CPO-D e do IMC com seus respectivos desvios-padrão, da amostra estudada, no município gaúcho, no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

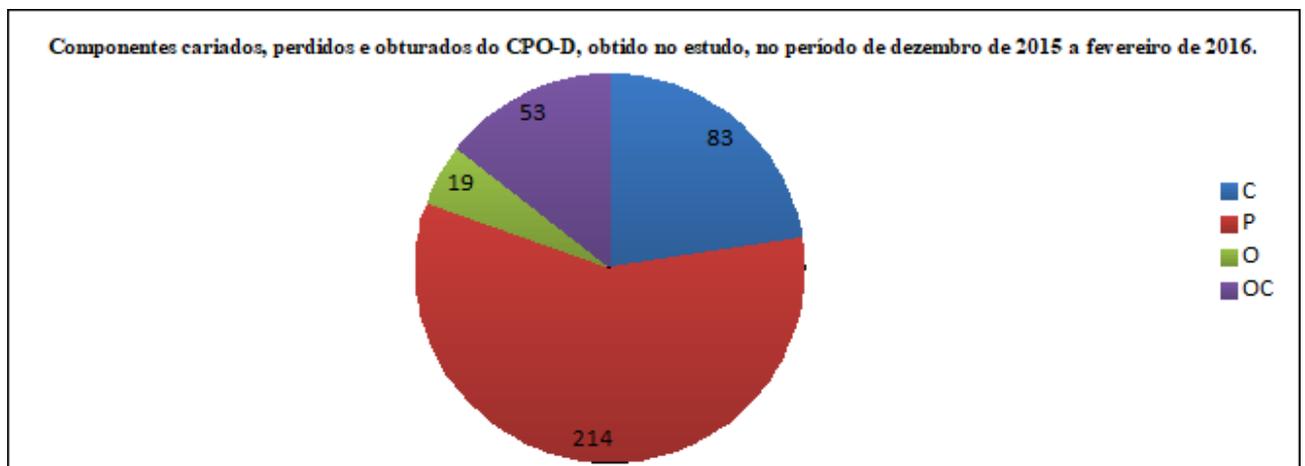
Variável	Média	Desvio-Padrão
CPO-D	12,3	±9,8
IMC	24,5	±6,3
Idade	37,2	±12,2

Previamente à avaliação da condição de saúde bucal, foi realizada a calibração do examinador com pessoas da mesma instituição, e o teste estatístico *Kappa* foi aplicado com base nos exames em duplicata, obtendo o valor de 0,98.

Como condição bucal satisfatória, considerando o elemento P (perdido por cárie) do índice CPO-D, foi considerada a presença de todos os elementos dentais em boca, sendo que apenas três indivíduos apresentaram tal condição. Considerando a média do CPO-D, os que apresentaram condição bucal satisfatória (≤ 13) foram 63,3% (n=19) e os com condição bucal insatisfatória (> 13) foram 36,7% (n=11) dos examinados. A maioria dos indivíduos se enquadra com condição bucal satisfatória, sendo a média geral do CPO-D (12,3).

Dentre os 30 indivíduos avaliados, constatou-se que oitenta e três dentes estavam cariados e cinquenta e três restaurados com cárie. Foi verificado que dezenove dentes estavam restaurados e sem cárie e duzentos e quatorze dentes foram perdidos, devido à doença cárie.

No Gráfico 1 estão expressos os valores obtidos em cada componente analisado do CPO-D.



Legenda: C – Cariados; P – Perdidos; O – Obturados; OC – Obturados com **Cárie**.

A Tabela 3 apresenta a descrição dos valores obtidos em relação ao CPO-D satisfatório (≤ 13) ou não (> 13), e o cruzamento dessa variável dependente com as variáveis independentes como: sexo, padrão socioeconômico e idade.

ISSN 1983-5183

Tabela 3 – Análise estatística da relação entre CPO-D e as variáveis independentes da amostra, no município gaúcho, no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

Variável	CPO-D Satisfatório		Valor P
	SIM n (%)	NÃO n (%)	
Sexo - total	19 (63,3%)	11 (36,7%)	0,417
Masculino	11 (57,9%)	8 (42,1%)	
Feminino	8 (72,7%)	3 (27,3%)	
Socioeconômico - total	19 (63,3%)	11 (36,7%)	0,117
A	2 (100%)	0	
B1	3 (100%)	0	
B2	2 (25%)	6 (75%)	
C1	7 (77,8%)	2 (22,2%)	
C2	3 (60%)	2 (40%)	
D-E	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Idade - total	19 (63,3%)	11 (36,7%)	0,015
20-30	10 (90,9%)	1 (9,1%)	
31-40	6 (66,7%)	3 (33,3%)	
41 +	3 (30%)	7 (70%)	

Observou-se que não houve significância estatística entre a correlação do CPO-D com o sexo e o padrão socioeconômico, porém, em relação à idade o valor de p foi significativo ($< 0,05$).

A Tabela 4 apresenta a relação entre as variáveis independentes (idade, sexo e condição socioeconômica) com a variável dependente (estado nutricional).

Tabela 4 – Análise estatística da relação entre excesso de peso e as variáveis independentes da amostra no município gaúcho, no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

Variável Independente	Excesso de Peso		Valor P
	SIM n (%)	NÃO n (%)	
Sexo - Total	16 (53,3%)	14 (46,7%)	0,105
Masculino	8 (42,1%)	11 (57,9%)	
Feminino	8 (72,7%)	3 (27,3%)	
Socioeconômico-Total	16 (53,3%)	14 (46,7%)	0,177
A	0	2 (100%)	
B1	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
B2	3 (37,5%)	5 (62,5%)	
C1	4 (44,4%)	5 (55,6%)	
C2	4 (80%)	1 (20%)	
D-E	3 (100%)	0	
Idade - Total	16 (53,3%)	14 (46,7%)	0,966
20-30	6 (54,5%)	5 (45,5%)	
31-40	5 (55,6%)	4 (44,4%)	
41 +	5 (50%)	5 (50%)	

ISSN 1983-5183

Os resultados obtidos evidenciaram que não houve significância estatística na correlação entre sexo e excesso de peso, padrão socioeconômico e excesso de peso, bem como idade e excesso de peso. Os resultados dessa análise estão dispostos na Tabela 5.

Tabela 5 – Análise estatística da relação entre CPO-D e excesso de peso, da amostra estudada no município gaúcho, no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

Variável	CPO-D	Satisfatório		Valor P
		SIM N (%)	NÃO N (%)	
Tem Excesso de Peso			TOTAL	
Sim	12 (75%)	4 (25%)	16	0,156
Não	7 (50%)	7 (50%)	14	
Total CPO-D	19 (63,3%)	11 (36,7%)	30	

DISCUSSÃO

Pacientes com necessidades especiais, principalmente aqueles com deficiência intelectual, apresentam desenvolvimento neuropsicomotor e cognitivo lento²¹, que pode interferir na sua capacidade de realizar a auto-higiene bucal e resultar no aumento da incidência de doenças bucais. Baseado nessa afirmação, o propósito deste estudo foi relacionar a condição de saúde bucal, estado nutricional e perfil socioeconômico dos pacientes com necessidades especiais de um município gaúcho.

A deficiente condição de higiene bucal é considerada um dos maiores problemas de saúde bucal dos PNE. O que pode se agravar com a presença de outros fatores, como a baixa renda familiar⁹. A cárie dental é uma doença de caráter multifatorial, dependente do biofilme cariogênico, da dieta e também de fatores socioeconômicos e comportamentais²².

Em 1993, durante o 4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva²³ realizado na Suécia, a OMS propôs metas relacionadas à saúde bucal para o ano de 2010, sendo uma delas “não haver perda dental aos 18 anos de idade, devido a cárie e doença periodontal”. Tal parâmetro não foi atingido no Brasil, já que no SB Brasil 2010¹⁸, dos 15-19 anos, a média do CPO-D foi de 4,25 dentes, sendo 0,38 deles no componente perdido. Na faixa etária de 35-44 anos, a média do CPO-D foi maior (16,75), assim como em relação ao componente perdido cujo valor foi de 7,48 dentes. Levando-se em consideração as médias CPO-D obtidas no SB Brasil 2010¹⁸ de 4,52, 16,75 e 27,53 e sendo elas para grupos etários de 15-19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, respectivamente, este estudo considerou a média CPO-D ≤ 13 como saúde bucal satisfatória e CPO-D > 13 como saúde bucal insatisfatória.

Um estudo realizado na Turquia²⁴, com 178 indivíduos de 7-16 anos com deficiência visual, verificou que apenas 26,40% estavam livres da doença cárie e apenas 2,2% apresentavam boa higiene bucal. Estudos envolvendo PNE encontraram a doença cárie como a afecção bucal mais prevalente dentre os indivíduos^{25,26}. Dados que vão ao encontro do nosso estudo, onde 90% (n=27) dos participantes examinados apresentavam dentes com necessidades de tratamento odontológico ou foram perdidos devido à doença cárie. A alta incidência de doença cárie pode estar aliada à alta ingestão de açúcares, em especial a sacarose, presentes em doces e outros alimentos mais pastosos e de fácil ingestão, que muitas vezes têm seu consumo iniciado na infância²⁷.

Em nosso estudo, a média CPO-D foi de 12,3 com desvio-padrão de ±9,8. Observou-se que essa média foi inferior à média obtida no estudo²⁵ com pacientes especiais na ABO/Ceará (17,54) e no estudo⁹ realizado na cidade de Patos-PB (12,6).

ISSN 1983-5183

Um trabalho feito na Índia²⁸ objetivou analisar a condição de saúde bucal em relação ao estado nutricional de crianças/adolescentes de 14-18 anos. Concluíram que o estado nutricional inadequado não foi um dos principais determinantes da saúde bucal. Outros estudos também não encontraram correlação entre saúde bucal e estado nutricional entre adolescentes e adultos com deficiência intelectual^{11,29}. Verificou-se que, em crianças de 5-12 anos, a condição de saúde bucal insatisfatória teve correlação com sobrepeso¹¹. Em nosso estudo também não foi constatada concordância significativa entre CPO-D e padrão nutricional, porém um dado importante foi a correlação existente entre idade e CPO-D, elucidando que com o aumento da idade houve declínio da condição de saúde bucal satisfatória.

Deficiências nutricionais no período da odontogênese são causas de defeitos estruturais, como de forma e cor dos dentes, alterações no fluxo e qualidade salivar, sendo fortemente relacionados à incidência de cárie dentária²⁷.

Um estudo realizado em Florianópolis-SC avaliou a condição de saúde bucal de 187 idosos e a associou com o padrão nutricional, concluindo que o comprometimento dos dentes contribui para desenvolvimento de padrão nutricional inadequado, já que se obteve significância entre saúde bucal insatisfatória e idosos de baixo peso³⁰. Em estudo na Tailândia, envolvendo crianças com 12-14 anos, as de baixo peso e eutróficas tiveram maior risco de desenvolver doença cárie do que as crianças com excesso de peso³¹.

Após analisarem 383 escolares com deficiência intelectual, de 2-19 anos de idade, autores constataram que a doença cárie foi a mais prevalente (49,3%) e teve relação significativa com o nível de escolaridade da mãe do aluno, sugerindo que o perfil socioeconômico pode interferir na condição de saúde bucal. Em nosso estudo, não houve correlação entre perfil socioeconômico e saúde bucal³².

Estudos concluíram que a saúde bucal de deficientes intelectuais é precária e foi influenciada pelo nível de escolaridade dos pais e pela renda familiar^{28, 33}.

É importante ressaltar a escassez de trabalhos científico-epidemiológicos nessa população de pacientes com deficiência intelectual, principalmente associando as variáveis de condições de saúde bucal, estado nutricional e perfil socioeconômico.

Acredita-se que, em função do tamanho da amostra em nosso estudo, a maioria das correlações analisadas não obtiveram significância estatística, exceto CPO-D e idade.

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010¹⁸ não contemplou pacientes com deficiência intelectual ou qualquer outro tipo de deficiência e as metas estabelecidas pela OMS em 1993 são para a população em geral.

Propõe-se que essa população de pacientes com necessidades especiais seja incluída nas pesquisas nacionais de saúde bucal, elucidando seus principais indicadores de saúde e agravos, favorecendo a criação de políticas públicas voltadas ao manejo e preservação da saúde bucal desses pacientes, facilitando o planejamento de ações educativas e de promoção de saúde, inclusive abrangendo seus familiares e cuidadores, contribuindo, assim, na melhora de sua condição de saúde bucal e, conseqüentemente, de sua saúde geral, elevando a qualidade de vida dos mesmos.

Sugerem-se novos estudos envolvendo esses pacientes, a fim de verificar se há associação entre as variáveis analisadas, possibilitando assim planejar métodos mais efetivos de prevenção e educação em saúde bucal, bem como direcionamento dos tratamentos clínicos, domiciliares e capacitação de cuidadores.

ISSN 1983-5183

O tratamento odontológico é um dos pilares necessários na conquista da qualidade de vida, portanto medidas preventivas e curativas devem ser bem planejadas e traçadas para todos os níveis socioeconômicos e todos os indivíduos³⁴.

CONCLUSÃO

Verificou-se que a condição de saúde bucal dos pacientes com necessidades especiais foi positiva em 63,3% dos participantes. Houve correlação entre a variável dependente saúde bucal e a independente idade. Uma relação entre estado nutricional, saúde bucal e perfil socioeconômico existe, é relatada na literatura, porém, em nosso estudo não foi positiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAMPOS CC, Frazão BB, Saddi GL, Morais LA, Ferreira MG, Setúbal PCO, et al. Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. 2. ed. Goiânia: Universidade Federal de Goiânia; 2009.
2. VARELLIS MLZ. O paciente com necessidades especiais na odontologia: manual prático. 2. ed. São Paulo: Santos; 2013.
3. COSTA JFR, Chagas LD, Silvestre RM. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Opas; 2006 [Acesso em: 20 março 2018]; Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf.
4. WORLD Health Organization. The World Bank. World report on disability 2011. São Paulo: SEDPcD; 2012 [Acesso em: 20 março 2018]; Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44575/4/9788564047020_por.pdf?ua=1.
5. ONUBR. Nações Unidas do Brasil. A ONU e as pessoas com deficiência. 2017 [Acesso em: 20 março de 2018]; Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-com-deficiencia/>.
6. IBGE - Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: 2013 : ciclos de vida : Brasil e grandes regiões Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [Acesso em: 20 março 2018]; Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>.
7. MORETTO MJ, Aguiar SMHCÁ, Rezende MCRA. Reflections on the importance of preventive dental care and proper training of dentists to take care of people with disabilities. *Arch Health Invest* 2014 3(3):58-64.
8. GOUVEIA ELC. Nutrição, saúde & comunidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
9. QUEIROZ FS, Rodrigues MMLF, Cordeiro Junior GA, Oliveira AB, Oliveira JD, Almeida ER. Avaliação das condições de saúde bucal de portadores de necessidades especiais. *Rev Odontol UNESP* 2014 nov-dez;43(6):396-401.
10. SANCHEZ-LASTRES J, Eiris-Punal J, Otero-Cepeda JL, Pavon-Belinchon P, Castro-Gago M. Nutritional status of mentally retarded children in Northwest Spain: II. Biochemical indicators. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)* 2003 Aug;92(8):928-34.

ISSN 1983-5183

11. BATISTA LR, Moreira EA, Rauen MS, Corso AC, Fiates GM. Oral health and nutritional status of semi-institutionalized persons with mental retardation in Brazil. *Research in developmental disabilities* 2009 Sep-Oct;30(5):839-46.
12. BEZERRA GS, Borges Neta MV, Lopes RGM, Moura IS, Santana MDR, Abreu LC. Relação entre saúde bucal e o estado nutricional em idosos. *Rev e-ciência* 2015 set;3(1):15-21.
13. ASSOCIAÇÃO Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica 2015. ABEP: ABEP; 2015 [Acesso em: 20 março 2018]; Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
14. WORLD Health Organization. Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys. Geneva: ORH/EPID; 1993.
15. WORLD Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 3. ed. Geneva: ORH/EPID; 1987.
16. WORLD Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4. ed. Geneva: ORH/EPID, 1997; 1997.
17. WORLD Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5. ed. Geneva: ORH/EPID; 2013.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [Acesso em: 20 março 2018]; Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pesquisa_saude_bucal.pdf.
19. WORLD Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series No. 854. Geneva: World Health Organization; 1995.
20. WORLD Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation. Geneva, Switzerland: WHO; 1999.
21. HONORA M, Frizanco ML. Esclarecendo as deficiências: aspectos teóricos e práticos para contribuir com uma sociedade inclusiva. São Paulo: Ciranda Cultural; 2008.
22. BARATIERI LN. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. 2. ed. São Paulo: Santos; 2015.
23. ASSOCIAÇÃO Brasileira de Odontologia Preventiva. 4º Congresso mundial de odontologia preventiva. Porto Alegre: ABOPREV; 1993.
24. BEKIROGLU N, Acar N, Kargul B. Caries experience and oral hygiene status of a group of visually impaired children in Istanbul, Turkey. *Oral health & preventive dentistry* 2012 10(1):75-80.
25. OLIVEIRA FAF, Fernandes CP, Chaves FN, Magro LB, Sousa FB, Osterne RLV. Avaliação das doenças orais em uma população de pacientes com necessidades especiais. *RGO - Rev Gaúcha Odontol, Porto Alegre* 2013 jan/mar;61(1):77-83.

ISSN 1983-5183

26. DA SILVA SN, Gimenez T, Souza RC, Mello-Moura ACV, Raggio DP, Morimoto S, et al. Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. *International journal of paediatric dentistry* 2017 Sep;27(5):388-98.
27. BATISTA LRV, Moreira EAM, Corso ACT. Alimentação, estado nutricional e condição bucal da criança. *Rev Nutr* 2007 abr;20(2):191-6.
28. KUMAR S, Sharma J, Duraiswamy P, Kulkarni S. Determinants for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* 2009 Jul-Sep;27(3):151-7.
29. AHMED TES, Abuaffan AH. Correlation between body mass index and dental caries among a sample of Sudanese children. *Braz Dent Sci* 2015 jul.-set.;18(3):42-51.
30. RAUEN MS, Moreira EA, Calvo MC, Lobo AS. Oral condition and its relationship to nutritional status in the institutionalized elderly population. *Journal of the American Dietetic Association* 2006 Jul;106(7):1112-4.
31. NARKSAWAT K, Tonmukayakul U, Boonthum A. Association between nutritional status and dental caries in permanent dentition among primary schoolchildren aged 12-14 years, Thailand. *The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health* 2009 Mar;40(2):338-44.
32. CRISTINA Gaio D, Jorge Moyses S, Cesar Bisinelli J, Sotille Franca BH, Tetu Moyses S. Health promoting schools and their impact on the oral health of mentally disabled people in Brazil. *Health promotion international* 2010 Dec;25(4):425-34.
33. JAIN M, Mathur A, Sawla L, Choudhary G, Kabra K, Duraiswamy P, et al. Oral health status of mentally disabled subjects in India. *Journal of oral science* 2009 Sep;51(3):333-40.
34. ALMEIDA LG, Sandrin SA, Costa JA, Almeida SO, Chiappetta ALML. Periodontal and masticatory clinical alterations in mental retarded people. *Rev CEFAC* 2004 jan-mar;6(1):40-3.

RECEBIDO EM 10/09/2017

ACEITO EM 23/10/2017