

# Saúde bucal em indivíduos portadores de múltiplas deficiências

*Oral health in handicapped people presenting multiple disabilities*

Flávia Martão FLÓRIO<sup>1</sup>  
 Roberta Tarkany BASTING<sup>2</sup>  
 Mariana Velo SALVATTO<sup>3</sup>  
 Karin Luciana MIGLIATO<sup>4</sup>

## RESUMO

**Objetivos:** Buscou-se avaliar as condições de saúde bucal em indivíduos portadores de deficiências múltiplas correlacionando-as com sua prática diária que acontece por auxílio de cuidadores ou familiares.

**Métodos:** Além do índice CPO-D, índices de placa e gengival, um questionário direcionado aos seus respectivos responsáveis foi aplicado. A amostra final foi constituída por 40 indivíduos, com idade média de 11,9 anos.

**Resultados:** Verificou-se que 62,5% dos voluntários têm acesso ao atendimento odontológico, contudo, a maioria – 55%, recorre ao consultório odontológico para tratamentos de caráter curativo. A frequência de relatos de escovação encontrada foi variável, com 40% dos voluntários alegando executar a higiene bucal três ou mais vezes ao dia. Constatou-se que as maiores dificuldades encontradas na realização da escovação foram: falta de coordenação motora do indivíduo (59,5%) e deglutição do dentífrico (48,6%). Além disso, viu-se que a mãe é a maior responsável pelo ensino da higiene bucal, superando inclusive os cirurgiões-dentistas (20%). Os resultados mostram que 3,3 dentes permanentes (CPO-D) e que 1,6 dentes decíduos (ceo-d), apresentavam-se acometidos pela história da doença com relevância do componente restaurado (76,3% na dentição permanente e 62,5% na dentição decídua).

**Conclusão:** São imprescindíveis esforços, tanto em relação aos cirurgiões-dentistas quanto aos cuidadores e demais profissionais, em busca de um precoce e mais adequado atendimento aos portadores de deficiências múltiplas.

**Termos de indexação:** educação em saúde; odontologia; saúde bucal.

## ABSTRACT

**Objectives:** The aim of this paper was to evaluate the oral health conditions of handicapped people presenting multiple disabilities and their difficulties concerning their daily oral hygiene routine—while performed either by people who take care of them or their family members.

**Methods:** Besides the DMF-T, dental plaque and gingival index measurements to which the volunteers were submitted, a special questionnaire was answered by the ones who take care of them. The sample was constituted of 40 subjects, with mean age of 11.9 years.

**Results:** It was observed that 62.5% of the volunteers have easy and frequent access to dental services, although the majority, (55%) - goes to dental clinics for some remedial treatments. The frequency of tooth brushing varies in 40% of the interviewers stating that oral hygiene was performed at least three times a day (or more). It was observed that the greatest difficulties found during brushing were: the subject's lack of motor coordination (59.5%) and swallowing of toothpaste (48.6%). Additionally, it was observed that most of the times, the mother is the person who is responsible for the oral hygiene teaching. The DMF-T index obtained showed that 3.3 permanent teeth and 1.6 deciduous teeth have had a history related to caries, most of them in restored teeth (76.3 permanent and 62.5 deciduous).

**Conclusion:** More efforts are necessary regarding dental surgeons, other professionals and family members as well, in order to provide an early and more adequate treatment given to handicapped people presenting multiple disabilities.

**Indexing terms:** health education; dentistry; oral health.

## INTRODUÇÃO

A Odontologia vem mudando seus paradigmas com o passar dos anos. Inicialmente, acreditava-se que o único tratamento para dentes acometidos pela doença seria a extração

dentária. Com o passar dos anos, essa filosofia foi substituída por uma abordagem restauradora, centrada no tratamento das cavidades. Acreditava-se que a melhor maneira de proteger um elemento dentário da ocorrência da doença seria a substituição do seu tecido sadio por restaurações “preventivas”, criando-se uma maneira mecânica de lidar com doenças bacteriológicas.

<sup>1</sup> Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, Faculdade de Odontologia. R. José Rocha Junqueira, 13, Swift, 13045-755, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: FM FLÓRIO.

<sup>2</sup> Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, Faculdade de Odontologia. Campinas, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Faculdade de Terapia Ocupacional. Campinas, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Centro Universitário Hermínio Ometto de Araras, Departamento de Odontopediatria. Araras, SP, Brasil.

Porém, estudos epidemiológicos aliados à experiência profissional de gerações questionam a eficácia destes procedimentos meramente curativos no controle das doenças bucais, uma vez que lidar apenas com os estágios destrutivos da doença não estava sendo suficiente para mudar as características epidemiológicas da população<sup>1,2</sup>.

A evolução de pesquisas ofereceu conhecimentos que permitiram que algumas regiões apresentassem significativa parcela da população de crianças e jovens com os dentes preservados<sup>3</sup>, por terem posto em prática programas de saúde bucal baseados na filosofia de promoção de saúde, melhorando assim, os padrões de incidência e severidade da cárie dentária. No entanto, o benefício não vem se estendendo para todas as regiões. Os conhecimentos e práticas são negligenciados por alguns governos e até mesmo pelos profissionais de saúde, que utilizam procedimentos preventivo/educativos como atividade acessória e menos valorizada em relação aos procedimentos cirúrgico-restauradores<sup>4</sup>.

É certo que os estágios mais avançados da doença exigem procedimentos invasivos, que têm como finalidade impedir a sua progressão. Porém, não se pode deixar de citar que agindo apenas nestes estágios, sem a preocupação maior de bloquear os fatores desencadeantes, estes procedimentos serão apenas “tratamentos placebo”, uma vez que os fatores causais e moduladores permanecem presentes e ativos.

Nesta linha de raciocínio, pessoas com necessidades especiais são aquelas cujo tratamento odontológico é dificultado pelo comprometimento físico, mental, social ou fisiológico<sup>5</sup>. Por esta razão, existe uma tendência para uma assistência odontológica insuficiente ou de qualidade inferior à oferecida à população em geral<sup>6</sup>. A educação em saúde bucal destes pacientes (e de seus principais cuidadores) possibilitaria a menor necessidade de procedimentos realizados em ambiente clínico odontológico ou até mesmo hospitalar sob anestesia geral, oferecendo à estas pessoas a chance de viverem com a saúde bucal adequada<sup>7</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que 10% da população mundial é constituída por indivíduos que apresentam algum tipo de deficiência física, mental, visual, auditiva ou múltipla<sup>8</sup>. Pelo censo de 2000, o número de indivíduos com algum tipo de necessidade especial, em São Paulo, chega a 1 milhão. No Brasil, são 24 milhões, representando cerca de 14,5% da população<sup>9</sup>. O profissional de saúde deve estar preparado para o atendimento a pacientes especiais, compreendendo a doença que o cerca e a metodologia indicada para o atendimento.

Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi avaliar as condições de saúde bucal relacionadas às doenças cárie e periodontal em indivíduos portadores de deficiências múltiplas (PDM), além da investigação das práticas e atitudes relacionadas aos procedimentos de manutenção da saúde bucal do núcleo familiar e do voluntário.

## MÉTODOS

Este estudo foi realizado na Escola Municipal de Ensino Especial Luiza Helena Remédio, Araras (SP), responsável pelo atendimento de indivíduos portadores de deficiências múltiplas (PDM). Os procedimentos somente foram iniciados após terem sido devidamente autorizados, pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro Universitário Hermínio Ometto de Araras (protocolo número 012/03) e pelo responsável legal de cada um dos voluntários, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação de humanos em pesquisas clínicas.

Aos responsáveis pelos voluntários foi solicitado o preenchimento de um questionário contendo vinte questões abertas e fechadas, com o intuito de se conhecer as atitudes e práticas relacionadas à saúde bucal do núcleo familiar. Através de um pré-teste com dez pessoas não participantes do estudo, o questionário foi aprimorado<sup>10</sup>. Após o seu preenchimento pelo cuidador principal do voluntário, este foi entregue ao responsável pela instituição que os devolveu à pesquisadora.

Dois examinadores previamente calibrados realizaram o levantamento das condições de saúde bucal através da utilização do índice CPO-D<sup>11</sup>, do índice gengival<sup>12</sup> e do índice de placa<sup>13</sup>. Os exames foram realizados conforme metodologia preconizada pela Organização Mundial de Saúde<sup>11</sup>, sendo que o posicionamento examinador / voluntário foi, em alguns casos, adaptado em virtude das particularidades dos indivíduos. Para a realização dos exames foram utilizados espátulas de madeira, palitos de dente e gazes previamente esterilizados (Figuras 1 e 2).

A amostra era composta por 53 alunos matriculados na instituição, com idade média de 11,9 anos (DP  $\pm$  4,9 anos), variando de 5 a 23 anos. Destes, 36 (67,9%) participaram do exame epidemiológico por estarem presentes e cooperarem para a sua realização e 40 (75,5%) devolveram o questionário preenchido. Considerou-se para a tabulação das respostas apenas as questões respondidas.

Os dados obtidos através do preenchimento dos questionários e da realização dos exames foram tabulados e foi realizada uma análise exploratória dos resultados utilizando-se a planilha eletrônica Excel (Microsoft).



Figura 1. Posição para exame epidemiológico da cárie dentária.



Figura 2. Posição para exame epidemiológico para avaliação da estagnação de placa e do sangramento gengival.

## RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados referem-se às análises dos dados qualitativos obtidos através da tabulação das respostas dos questionários e daqueles decorrentes da realização dos exames epidemiológicos.

Com relação à etiologia das deficiências, 72,5% (n=29) dos responsáveis relataram conhecer as causas da deficiência de seu filho. Em avaliação sobre a saúde bucal dos voluntários, ao se questionar sobre o tipo de acesso a atendimento odontológico, 62,5% (n=25) já haviam ido ao dentista. Com relação à razão para a última visita ao cirurgião-dentista, verifica-se que a necessidade da realização de tratamentos curativos foi a razão relatada por 55% dos indivíduos (n=22), seguida da procura como parte da rotina de prevenção por 25% (n=10) dos indivíduos. Três voluntários (n=7,5%) nunca haviam visitado um consultório odontológico.

Quando questionados sobre os meios disponíveis para a higienização bucal, 100% dos voluntários que responderam a esta pergunta (n=37) possuem escovas dentárias individuais,

sendo que 40% (n=16) dos cuidadores relataram que os PDM escovam os dentes três ou mais vezes ao dia; 32,5% (n=13) duas vezes, 17,5% (n=7) uma vez. Foi relatado que 7,5% (n=3) dos voluntários não escovam os dentes. A Figura 3 apresenta a participação das dificuldades citadas para a realização dos procedimentos de higienização. A falta de coordenação motora do indivíduo (59,5%, n=22) e a deglutição do dentifrício (48,6%, n=18) foram as mais citadas. Interessante torna-se o fato de que mesmo com um percentual considerável de voluntários (67,5%; n=27) que não conseguem bochechar, a maioria dos responsáveis (67,5%; n=27) ao colocar o dentifrício na escova de dentes do indivíduo o fazem em quantidades superiores à metade da extensão das cerdas.

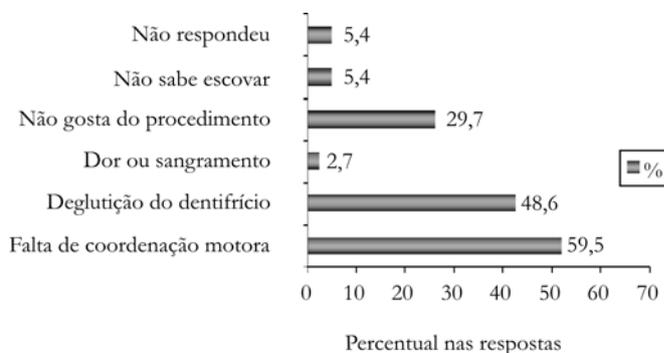


Figura 3. Dificuldades relatadas pelo cuidador para a realização da higienização bucal do voluntário.

Com relação ao indivíduo responsável pelo ensino das técnicas de higienização, o cirurgião-dentista foi citado em apenas 20% das respostas (n=8), precedido pela mãe, com participação em 50% das respostas (n=20) como pode ser observado na Tabela 1.

Com relação às condições de saúde bucal, o exame epidemiológico quanto à história de cárie na população, utilizando o índice CPO-D, mostrou que 3,3 (DP±3,8) dentes permanentes e 1,6 (DP±2,7) dentes decíduos, apresentavam-se acometidos pela história da doença. A média e o desvio-padrão CPO-D e do ceo-d e a distribuição dos indivíduos livres de cárie em função do grupo etário podem ser visualizados na Tabela 2.

A participação dos componentes nos índices de prevalência de cárie dentária pode ser observada na Figura 4. A participação do componente restaurado é bastante importante na composição dos índices de cárie na dentição permanente (76,3%) e na dentição decídua (62,5%).

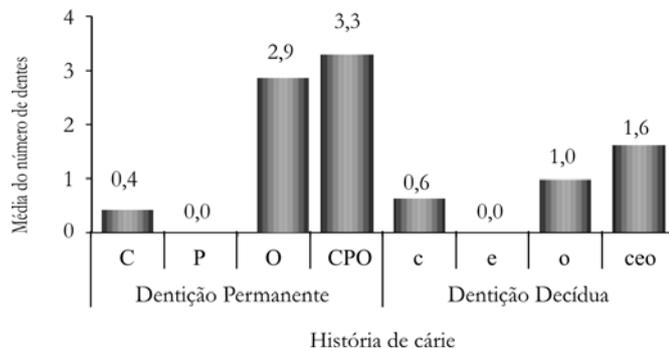
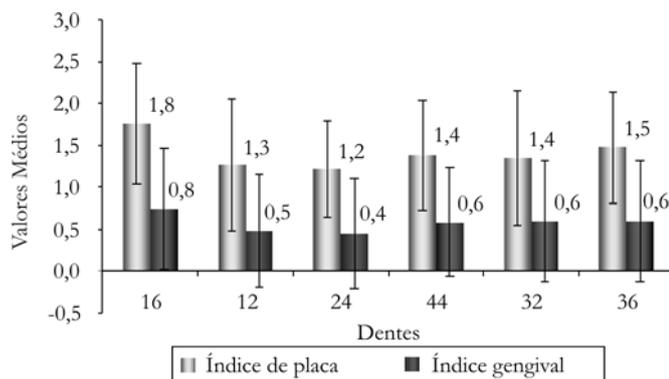
Na Figura 5, verifica-se que, em média, o padrão de placa estagnada encontrava-se entre os códigos 1 e 2 no momento do exame (ausência de placa visível a olho nu, mas visível na extremidade da sonda após movê-la pela superfície na entrada do sulco gengival; a região gengival é revestida por uma camada fina e moderada de placa, o depósito é visível a olho nu), e o índice gengival médio, característico de inflamação gengival média. No entanto, os valores do desvio-padrão das médias são representativos de uma elevada variabilidade nas mensurações.

**Tabela 1.** Percentual de aparecimento nas respostas relacionadas ao indivíduo responsável pelo ensino das técnicas de higienização bucal.

Responsável pelo ensino das técnicas de HB	n	%
Mãe	20	50,0
Cirurgião-dentista	8	20,0
Professora	6	15,0
Ninguém ensinou	2	5,0
Outros	2	5,0
Não respondeu	2	5,0

**Tabela 2.** Distribuição da amostra segundo número de indivíduos livres de cárie, valores médios e desvio-padrão da prevalência de cárie na dentição decídua e permanente, por grupo etário. Araras, 2004.

Grupo etário (anos)	n	Livres de cárie (permanentes)		Livres de cárie (decíduos)		CPO-D Média ± DP	Ceo-d Media ± DP
		N	%	n	%		
5 e 6	7	7	100,0	2	28,6	0,0 ± 0,0	3,9 ± 3,5
7 a 11	11	2	18,2	4	36,4	2,7 ± 2,1	2,7 ± 2,8
12	2	0	0,0	1	50,0	8,5 ± 7,8	0,5 ± 0,7
Acima de 13	19	5	26,3	16	84,2	4,4 ± 4,1	0,0 ± 0,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>14</b>	<b>35,9</b>	<b>23</b>	<b>59,0</b>	<b>3,3 ± 3,8</b>	<b>1,6 ± 2,7</b>

**Figura 4.** Média da participação dos componentes dos índices de prevalência de cárie na população estudada. Araras, 2004.**Figura 5.** Média dos índices de placa e gengival realizados. As linhas verticais representam o desvio-padrão da média. Araras, 2004.

## DISCUSSÃO

Os dados obtidos neste estudo se pautam em levantamento epidemiológico realizado através de exames clínicos e preenchimento de questionário, realizado em Escola Municipal de Ensino Especializada no atendimento de indivíduos com deficiências múltiplas. Os alunos permanecem na instituição em tempo parcial, sendo assistidos por professores capacitados para ensinar e estimular as habilidades do indivíduo. Em alguns casos o indivíduo é levado a atendimentos especiais de fonoaudiologia, psicologia e fisioterapia.

Estudos relatam que não apenas no Brasil, mas também em outros países, onde não se dá a devida atenção aos pacientes com necessidades especiais, a história da doença cárie e a quantidade de placa estagnada e sangramento gengival são mais elevados que na média da população<sup>6,14-15</sup>. No presente estudo, cientes de que a amostra não é suficiente para que conclusões epidemiológicas possam ser tiradas, verifica-se que para as idades índices de 5 e 12 anos, os valores médios encontrados neste estudo, estão longe de atingirem aqueles preconizados pela OMS para o ano 2000<sup>16</sup>. A estagnação de placa e seus efeitos na saúde gengival apresentaram valores bastante diferentes entre os indivíduos, o que pode ser visualizado pelos valores do desvio-padrão das médias. Neste sentido, a realização de um programa preventivo buscando-se uma melhoria nos índices observados faz-se necessária de modo que comparações possam ser realizadas. Tomita & Fagote<sup>6</sup> e Dozzi-Tezza et al.<sup>17</sup> em programa educativo com pacientes com necessidades especiais, portadores de deficiência mental e portadores de deficiências auditiva e/ou visual respectivamente, obtiveram sucesso nos programas propostos, através de uma diminuição estatisticamente significativa do índice de placa<sup>6</sup> e do índice gengival<sup>17</sup> como resultado dos programas desenvolvidos.

A grande maioria dos respondentes dos questionários, cuidadores principais do voluntário, relatou dificuldades para a realização da higiene bucal no portador de deficiências múltiplas, o que pode estar relacionado ao fato que as deficiências encontradas relacionam-se com incapacidades cujas lesões afetam o controle motor do corpo. Além disso, este estudo corrobora os achados de Tomita & Fagote<sup>6</sup>, que verificaram que as dificuldades relacionadas aos procedimentos de higienização podem estar associadas à falta ou insuficiência nas instruções de profissionais da área odontológica, falta de capacitação dos cuidadores, falta de conhecimento ou acesso a equipamentos que poderiam facilitar a realização da higiene bucal desses indivíduos.

Dentre as dificuldades, relacionou-se também a deglutição do dentifrício durante o procedimento, o que também pode estar relacionado a algumas das características posturais, como a posição reclinada e distendida da cabeça, boca aberta, músculos da face, lábios e língua hipertônicos<sup>18</sup>, que somadas ao comprometimento do crescimento e desenvolvimento cerebral interferem na coordenação motora e nos mecanismos de postura. A maioria dos respondentes relatou dificuldade para a realização de bochechos por parte dos voluntários, o que, somado à falta de esclarecimento a respeito da quantidade de dentifrício utilizado na pasta de dentes pode agravar a dificuldade relacionada à deglutição do dentifrício.

Atitudes agressivas e falta de cooperação durante o procedimento de higienização também foram citadas como dificuldades encontradas nos cuidados básicos de saúde bucal, levando à necessidade de uma reavaliação dos métodos e técnicas empregados para a motivação, educação e conscientização do indivíduo e/ou cuidadores<sup>19</sup>.

A importância da remoção freqüente de placa bacteriana para a manutenção da saúde dos tecidos bucais é amplamente discutida na literatura<sup>20</sup>, sendo a sua estagnação, fator etiológico determinante para a iniciação e desenvolvimento da cárie dentária e da doença periodontal<sup>21</sup>. Frente às dificuldades relatadas, faz-se necessária a otimização da remoção de placa através de métodos auxiliares, como por exemplo, o uso de instrumentos auxiliares de higienização e do controle químico da placa<sup>22,24</sup>.

O não conhecimento da maneira correta de se realizar a higienização foi relatado por alguns cuidadores. A saúde bucal dos pacientes especiais tem sido pouco estudada no Brasil, devido à falta de vivência clínica dos cirurgiões-dentistas e de recursos odontológicos para tratamentos preventivos e cirúrgico-restauradores<sup>6</sup>. Corroborando com os resultados obtidos pelos autores citados, neste estudo observou-se uma certa “omissão” dos cirurgiões-dentistas no que tange à prevenção em saúde bucal destinada a pacientes especiais, já que foram poucos os cuidadores que relataram o aprendizado das técnicas com a orientação de seu dentista. Um maior comprometimento desta situação é verificado em decorrência da procura, em sua maioria, pelo profissional odontológico para a realização de procedimentos curativos.

Segundo Elias & Elias<sup>24</sup>, o atendimento odontológico a pacientes especiais deve ser efetuado levando-se em conta, o direcionamento da anamnese aos pais, com o objetivo de se levantar a história clínica do paciente, buscando-se a criação de uma relação de cumplicidade com o paciente a fim de facilitar o exame bucal, bem como desenvolver e executar o plano de tratamento. Portanto, um programa de assistência odontológica inserido no paradigma de promoção de saúde deve desenvolver também ações educativas e preventivas, sem limitarem-se as atividades curativas<sup>21</sup>.

O planejamento das atividades de atenção à saúde, sejam elas preventivas, educativas ou curativas necessita, em uma abordagem individual ou coletiva, estar embasado em informações e dados, o mais realista possível, fornecendo um panorama da quantidade e da intensidade com que um determinado problema atinge os diferentes grupos que compõem a população à qual se destina o programa de atendimento<sup>21</sup>. A realização deste estudo representa a primeira fase de um processo de investigação. Busca-se à partir do conhecimento da realidade desta população, realizar um programa preventivo com base na participação de pessoal não odontológico nos processos de ensino, supervisão e/ou realização dos procedimentos de saúde bucal, o que pode representar um caminho para a manutenção de saúde bucal nestes indivíduos. A realização de estudos que busquem avaliar estratégias de capacitação do núcleo familiar e de profissionais responsáveis pelos cuidados diários dos indivíduos se faz necessária.

## CONCLUSÃO

---

Com base nos resultados obtidos na presente pesquisa, fundamentados na metodologia de trabalho adotada, conclui-se que esforços devem ser feitos para capacitar pessoal não odontológico nos cuidados destinados aos PDM, incluindo informações relacionadas a importância da precocidade da procura pelo cirurgião-dentista e as maneiras de se diminuir as dificuldades relatadas referentes aos procedimentos de higienização bucal, visto que devido a essas dificuldades a prevalência da cárie dentária e doença periodontal tornam-se bastante elevadas quando comparadas com indivíduos não portadores destas múltiplas deficiências.

## REFERÊNCIAS

1. Weyne SC. A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: Kriger L. ABOPREV - promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 1-27.
2. Elderton RJ. Ciclo restaurador repetitivo, In: Kriger L. ABOPREV – promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 193-201.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003 - Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.52.
4. Kriger L, Moysés ST. A filosofia de promoção de saúde na clínica privada. In: Kriger L. ABOPREV - promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 443-62.
5. Mugayar LR. Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral. São Paulo: Pancast; 2000. p. 131-76.
6. Tomita NE, Fagote B. Programa educativo em saúde bucal para pacientes especiais. Rev Odontol Soc. 1999; 1(1): 45-50.
7. Roger D, Ramam B, Crispian S. ABC of oral health: oral health care for patients with special needs. BMJ [journal in the internet] 2000 Jun. [access in 2000 Jun 06]; Available in: <http://bmj.com/cgi/content/full/321/7259/495>
8. Abreu MHNG, Paixão HH, Resende VLS. Portadores de paralisia cerebral: aspectos de interesse na odontologia. Arq Odontol. 2001; 37(1): 53-9.
9. Biancarelli A. Projetos abrem caminho para deficientes no Brasil. Folha de São Paulo. 18 Jan. 2004; Cotidiano.
10. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 5 ed. São Paulo: Atlas; 2002. p. 282.
11. Organização Mundial de Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal. 4 ed. São Paulo: Santos; 1999.
12. Silness J, Loe H. Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. Acta Odontol Scand. 1964; 22: 121-35.
13. Loe H. The gingival index, the plaque index and the retention index systems. J Periodontol. 1967; 38(6): Suppl: 610-6.
14. Martens L, Marks L, Declerck D, Vinckier F, Gizani S, Goffin G. Oral hygiene of handicapped subjects in Flanders. Rev Belge Med Dent. 1995; 50 (3): 25-34.
15. Whyman RA, Treasure ET, Brown RH, MacFadyen EE. The oral health of long-term residents of a hospital for the intellectually handicapped and psychiatrically ill. N Z Dent J. 1995; 91(404): 49-56.
16. World Congress in Preventive Dentistry. 4th. Umea: Sweden; 1993.
17. Dozzi-Tezza AC, Zanin L, Flório FM. Educação em saúde bucal. pacientes com deficiências sensoriais e de audiocomunicação [trabalho de conclusão de curso]. Araras: Centro Universitário Hermínio Ometto; 2002.
18. Medeiros AS, Queiroz AM, Felício CM. Dificuldades alimentares em pacientes portadores de paralisia cerebral. JBP J Bras Odontop Odonto Bebê. 2002; 5(24): 131-6.
19. Couto JL, Couto RS, Duarte CA. Avaliação dos recursos didáticos de motivação utilizados para a prevenção da cárie e doença periodontal. RGO. 1992; 40(2): 143-50.
20. Bonow MLM, Casali J. Avaliação de um programa de promoção a saúde bucal para crianças. JBP J Bras Odontop Odonto Bebê. 2002; 27(5): 390-4.
21. Silveira JLGC, Oliveira V, Padilha WVN. Avaliação da redução do índice de placa e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. Pesqui Odontol Bras. 2002; 16(2): 169-74.
22. Soares, CJ, Soares, PCO. Avaliação da eficiência de escovas elétricas e manuais no controle da placa e gengivite em pacientes portadores de deficiência mental. Rev Paul Odontol. 1999; 21(5): 20-4.
23. Pannuti CM, Lotufo RF, Cai S, Saraiva MMC, Freitas NM, Falsi D. Effect of a 0,5% chlorhexidine gel on dental plaque superinfecting microorganisms in mentally handicapped patients. Pesqui Odontol Bras. 2003; 17(3): 228-33.
24. Elias C, Elias R. Atenção odontológica aos pacientes especiais. RGO. 1995; 43(2): 67-70.

Recebido em: 1/11/2006

Aprovado em: 27/6/2007