

Investigação Original

Estudo comparativo de comportamentos e auto percepção em saúde oral de populações adultas com e sem deficiência intelectual



Inês Martins^a, Nélcio Veiga^b, Maria Correia^b, Inês Coelho^c, Patrícia Couto^{b,*}

^a Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal.

^b Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal.

^c Unidade de Saúde Familiar Grão Vasco, Viseu, Portugal.

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 3 de setembro de 2019

Aceite a 8 de agosto de 2020

On-line a 11 de setembro de 2020

Palavras-chave:

Deficiência intelectual

Qualidade de vida

Saúde oral

R E S U M O

Objetivos: Comparar os comportamentos de saúde oral e a auto percepção da necessidade de tratamento em populações adultas com e sem deficiência intelectual.

Métodos: Foi realizado um estudo de prevalência numa amostra de conveniência de 480 indivíduos com idades compreendidas entre os 18-64 anos (240 indivíduos com deficiência intelectual leve filiados na HUMANITAS e 240 sem deficiência, utentes da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa), através da aplicação de um questionário sociodemográfico e de saúde oral onde se pretende avaliar: número de dentes naturais; frequência e técnicas de higienização; periodicidade e motivo das consultas médico-dentárias; auto percepção da condição oral e necessidade de tratamentos. A análise estatística foi realizada no software SPSS versão 22.0, com recurso aos testes estatísticos Qui-Quadrado e Mann-Whitney.

Resultados: Relativamente à condição oral da população com deficiência verificou-se que 32,9% dos indivíduos tinha menos de 20 dentes, valor este superior ao da população sem deficiência (10%). Também a percentagem de higienização oral diária foi inferior na população com deficiência (79,6% vs 94,2%), assim como o uso de fio dentário (7,1% vs 47,1%) ou elixir (24,1% vs 49,2%). Verificámos ainda nos indivíduos com deficiência uma menor percentagem de consultas médico-dentárias nos últimos 6 meses (28,4% vs 59,2%), especialmente por motivo de rotina (18,8% vs 46,3%), uma maior auto percepção da necessidade de tratamento (75,2% vs 56,7%), e uma auto percepção menos favorável da condição oral, já que menos de metade (37,4% vs 56,2%) da amostra descreveu a sua condição oral como boa ou superior.

Conclusões: Apesar dos fracos resultados gerais obtidos em ambas as populações, os comportamentos de saúde oral da população com deficiência intelectual são inferiores aos da população sem deficiência. Assim, a formação dos profissionais de saúde, dos cuidadores e a implementação de programas públicos de saúde oral são essenciais para melhorar a saúde oral destes indivíduos. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2020;61(2):64-71)

© 2020 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Publicado por SPEMD. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor correspondente.

Correio eletrónico: pscoutomd@gmail.com (Patrícia Sofia Soares Couto).

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.09.702>

1646-2890/© 2020 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by SPEMD.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A comparative study of oral health behaviors and self-perception in adult populations with and without intellectual disabilities

A B S T R A C T

Keywords:

Intellectual disability
Quality of life
Oral health

Objectives: To compare oral health behaviors and self-perception of treatment needs in adult populations with and without intellectual disabilities.

Methods: A prevalence study was conducted on a convenience sample of 480 individuals aged 18-64 years: 240 individuals with mild intellectual disability affiliated with HUMANITAS and 240 without disability, patients of the University Clinic of the Universidade Católica Portuguesa. A sociodemographic and oral health questionnaire was applied to evaluate: number of natural teeth; brushing frequency and methods; periodicity and reason for dental appointments; and self-perception of oral condition and treatment needs. Statistical analysis was performed with the SPSS software, version 22.0, using the chi-square and the Mann-Whitney statistical tests.

Results: Regarding the oral condition of the disabled population, 32.9% had less than 20 teeth – more than the non-disabled one (10%). Daily oral hygiene was also less frequent in the disabled population (79,6% vs. 94.2%), as was the use of dental floss (7.1% vs. 47.1%) or mouthwash (24.1% vs. 49.2%). The population with disability also had a lower percentage of dentist appointments in the past 6 months (28.4% vs. 59.2%), especially for routine reasons (18.8% vs. 46.3%), a greater self-perception of the need for treatment (75.2% vs. 56.7%), and a less favorable self-perception of the oral condition, since less than half (37.4% vs. 56.2%) of the sample described their oral condition as good or superior.

Conclusions: Despite the poor results obtained in both populations, the oral health behaviors of the intellectually disabled population were significantly poorer. Thus, the training of health professionals and caregivers and the implementation of public oral health programs are essential to improve the oral health of these individuals. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2020;61(2):64-71)

© 2020 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Published by SPEMD. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A saúde oral dos indivíduos assume parte integrante no seu bem-estar geral, influenciando a qualidade de vida e apresentando um forte impacto na saúde sistémica.^{1,2} De facto, patologias como as doenças periodontais têm sido associadas com doença cardiovascular, doença cerebrovascular, diabetes mal controlada, e outras doenças sistémicas.³ Neste sentido, a literatura defende a importância de se manter um olhar mais abrangente e holístico sobre o cuidado do paciente, considerando o sistema estomatognático como parte do corpo e não segregado do mesmo.⁴

Alguns estudos têm examinado a condição oral de diversos grupos de indivíduos portadores de deficiência intelectual, nomeadamente crianças, pessoas institucionalizadas, grupos étnicos específicos, e atletas paralímpicos,⁵ evidenciando que pessoas portadoras de deficiência intelectual apresentam uma pior higiene oral (especialmente em indivíduos com incapacidade motora associada) e uma inferior condição periodontal, do que pessoas sem deficiência.^{3,5-9} Estas condições encontram-se, por sua vez, associadas a perda dentária e, a níveis mais elevados de edentulismo, com frequente falta de substituição protética.¹⁰ Também Kavvadia et al.¹¹ observaram níveis mais elevados de placa dentária entre adolescentes e

jovens adultos portadores de deficiência intelectual, associando um comprometimento intelectual mais grave a um pior estado periodontal.¹² Numa revisão sistemática⁵ de 27 estudos, foi possível concluir que pacientes portadores de deficiência intelectual têm pior higiene oral, níveis mais elevados de placa, gengivite e periodontite mais severas, mais cáries dentárias não tratadas,^{13,14} e um maior número de dentes extraídos. Adultos com mais de 50 anos apresentam cerca de duas vezes mais probabilidade de ser edêntulos se tiverem deficiência intelectual (34% vs. 15%).^{15,16} Tal situação assume um caráter ainda mais preocupante se pensarmos que o edentulismo pode estar indiretamente relacionado com o aumento do risco de comorbilidades associadas a uma débil saúde geral.¹⁶

Outros estudos relativos ao estado de saúde oral de pacientes portadores de deficiência intelectual relatam, para além das condições previamente descritas, problemas como: acentuados desgastes dentários devido ao bruxismo, e alta suscetibilidade a lesões traumáticas nos dentes e na boca.^{8,17} Também a prevalência de má oclusão foi encontrada como sendo superior e mais severa em indivíduos portadores de deficiência intelectual,¹⁸ constituindo-se em um obstáculo para a aceitação e integração social do indivíduo, não apenas do ponto de vista estético, mas também porque afeta funcionalmente a cavidade oral.^{18,19}

Assim, este trabalho tem como objetivo comparar os comportamentos e padrões de higiene oral, bem como a autopercepção da necessidade de tratamento em populações portuguesas adultas com e sem deficiência intelectual.

Material e Métodos

O presente trabalho enquadra-se num estudo de prevalência, sobre os comportamentos e hábitos de saúde oral de uma amostra de 480 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e 64 anos. Trata-se de uma amostra de conveniência da qual fazem parte 240 pessoas portadoras de deficiência intelectual leve vinculadas às instituições da Região Centro de Portugal filiadas na HUMANITAS e 240 indivíduos adultos sem deficiência intelectual, utentes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu.

Para inclusão dos indivíduos na amostra foram definidos os seguintes critérios:

1. Os indivíduos serem de nacionalidade portuguesa;
2. Terem idade superior a 18 anos;
3. Terem um relatório médico e avaliação psicológica que ateste a condição de deficiência intelectual leve. Esta é caracterizada por limitações significativas, tanto no funcionamento intelectual, raciocínio, aprendizagem e resolução de problemas, como no comportamento adaptativo, que abrange uma gama de habilidades sociais e práticas do quotidiano e surge antes dos 18 anos.²⁰⁻²²
4. Autorizarem a participação no estudo através de consentimento informado, livre e esclarecido.

Para a realização do estudo foi utilizado um questionário sociodemográfico e de saúde oral para caracterização da amostra, dos seus hábitos de higiene oral, hábitos alimentares, alcoólicos e tabágicos e avaliação do número de dentes naturais. Foram ainda recolhidos dados relativos à autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário e do estado dos dentes e gengivas.

O questionário foi previamente sujeito um pré-teste numa amostra de conveniência de 20 participantes portadores de deficiência intelectual leve selecionados aleatoriamente, com o objetivo de avaliar o seu conteúdo, formulação, sequência e duração média de aplicação. Este procedimento permitiu verificar a compreensão e adequação das perguntas aos objetivos da pesquisa e à população em estudo. Os indivíduos foram ainda inquiridos acerca de eventuais dúvidas, palavras ou expressões que não compreendessem, não tendo sido apresentadas quaisquer dúvidas ou sugestões de alteração.

A aplicação do questionário foi feita sob a forma de entrevista, permitindo assim a sua utilização em pessoas com características que condicionassem o preenchimento, nomeadamente problemas de iliteracia, e evitando, deste modo, a exclusão de participantes.

Para o preenchimento dos questionários foram previamente distribuídos consentimentos informados escritos e explicados oralmente a todos os participantes. No caso das pessoas com deficiência, o consentimento foi assinado pelo próprio, na presença dos prestadores de cuidados ou, em situações de

incapacidade física/ iliteracia, assinado pelos representantes legais. Os dados recolhidos para o estudo foram tratados de forma a garantir a sua confidencialidade, sendo os mesmos de uso exclusivo do investigador.

De modo a evitar possíveis enviesamentos nas respostas relativas ao número de dentes naturais presentes na cavidade oral, uma observação intraoral foi realizada nas instalações da Clínica Dentária Universitária e nas instalações de cada uma das instituições participantes. Nesta última os utentes foram sentados em cadeiras com apoios de braço, com suficiente apoio para a cabeça, de forma a que esta ficasse ligeiramente inclinada para trás e numa posição inferior à da examinadora, tirando partido da luminosidade natural e, sempre que necessário, artificial, de modo a obter-se uma visibilidade e posicionamento adequados. Os enfermeiros de cada instituição, assim como outro pessoal auxiliar médico, estiveram presentes, ajudando a examinadora, quando necessário.

Foram tidos em conta os princípios de controlo de infeção cruzada, utilizando material descartável, esterilizado, e aberto somente no momento do exame clínico. Todo o material foi posteriormente levado para ser depositado em contentor próprio para contaminados.

Previamente à realização do estudo, este foi submetido à comissão de ética das várias instituições participantes tendo-se obtido um parecer favorável de todas estas entidades. Toda a investigação foi realizada respeitando os princípios da declaração de Helsínquia, versão 2013.

A informação obtida foi analisada estatisticamente pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 22.0®). Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais, com recurso aos testes estatísticos Qui-Quadrado e Mann-Whitney, adotando-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Dos 240 indivíduos utentes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, 152 eram do género feminino e 88 do género masculino. A média das idades situou-se nos $36 \pm 12,1$ anos, sendo o limite inferior 18 e o superior 61. Já nos indivíduos com deficiência intelectual leve, 122 eram do género feminino e 118 do género masculino, sendo a média de idades de $36 \pm 12,1$ anos (limite inferior 18 e superior 64).

Relativamente à condição oral, verificou-se que 32,9% dos indivíduos da população com deficiência apresentava menos de 20 dentes, valor este substancialmente superior ao da população sem deficiência, na qual 10% dos indivíduos apresentava menos de 20 dentes. Note-se, ainda, que em ambas as populações, esta variável foi avaliada pela equipa investigadora, de modo a evitar possíveis enviesamentos na resposta.

Também a percentagem de higienização oral diária foi inferior na população com deficiência (79,6% vs 94,2%), assim como o uso de fio dentário (7,1% vs 47,1%) ou elixir (24,1% vs 49,2%). Verificámos ainda na população com deficiência uma menor percentagem de visitas ao consultório médico-dentário (28,4% vs 59,2%) nos últimos 6 meses, tal como é aconselhado para *check-ups* periódicos,²³ especialmente quando o motivo

		Com Deficiência		Sem Deficiência	
		N	%	N	%
Número de peças dentárias (n=240)	20 dentes ou mais	161	67,1	216	90,0
	10-19 dentes	42	17,5	21	8,8
	1-9 dentes	32	13,3	3	1,2
	Nenhum	5	2,1	0	0
Frequência de higiene oral (n=240)	Diariamente	191	79,6	226	94,2
	Ocasionalmente	45	18,8	14	5,8
	Nunca	4	1,7	0	0
Meios complementares de higienização (n=240)	Escova elétrica	10	4,2	35	14,6
	Escova manual	230	95,8	216	90,0
	Palitos	4	1,7	48	20,0
	Pasta dentífrica	235	97,9	237	98,8
	Fio dentário	17	7,1	113	47,1
	Escovilhão	6	2,5	30	12,5
	Elixir bucal	58	24,1	118	49,2
Raspador lingual	3	1,2	22	9,1	
Tempo decorrido desde a última consulta	Menos de 6 meses	63	28,4	142	59,2
	6 a 12 meses	30	13,5	42	17,5
	Entre 1 a 2 anos	47	21,2	24	10,0
	Entre 2 a 5 anos	23	10,4	26	10,8
	Há mais de 5 anos	43	19,4	6	2,5
Nunca	16	7,2	0	0	
Motivo da última visita	Rotina/Aconselhamento	39	18,8	111	46,3
	Dor	101	48,6	77	32,1
	Início/continuidade de tratamento	68	32,7	51	21,3
	Outro	0	0	1	0,4

da consulta é rotina ou aconselhamento médico (18,8% vs 46,3%) (Tabela 1).

Note-se ainda que a percentagem de indivíduos que foram a uma consulta de Medicina Dentária por motivo de rotina ou aconselhamento médico foi superior no género feminino (na população com deficiência $\chi^2(2)=6,531$; $p=0,038$ e na população sem deficiência $\chi^2=4,038$; $p=0,231$), ainda que tais resultados apenas tenham sido estatisticamente significativos na amostra com deficiência (Figuras 1 e 2). A percentagem de utilização

de fio dentário foi, também ela, significativamente superior no género feminino nas duas populações, com deficiência ($X^2=6675,0$; $p=0,029$) e sem deficiência ($X^2=5,122$; $p=0,032$) (Figuras 3 e 4).

Quanto à autoperceção da necessidade de tratamento médico-dentário é também na população com deficiência que encontramos uma maior autoperceção da necessidade de algum tipo de tratamento médico-dentário (75,2% vs 56,7%), assim como uma autoperceção menos favorável do estado dos

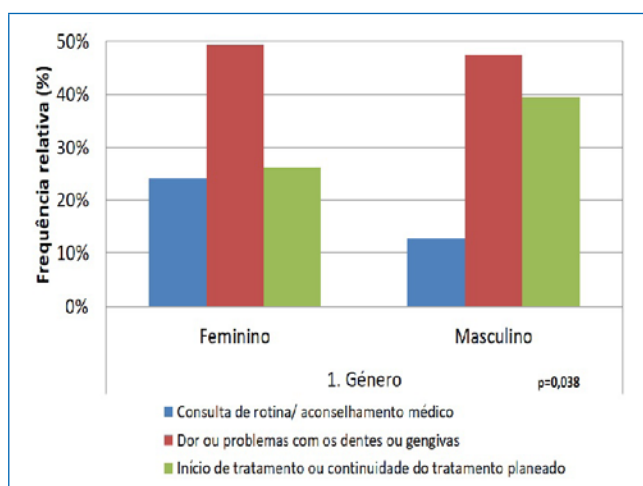


Figura 1. Relação entre o motivo da última visita ao médico dentista e o género na população com deficiência.

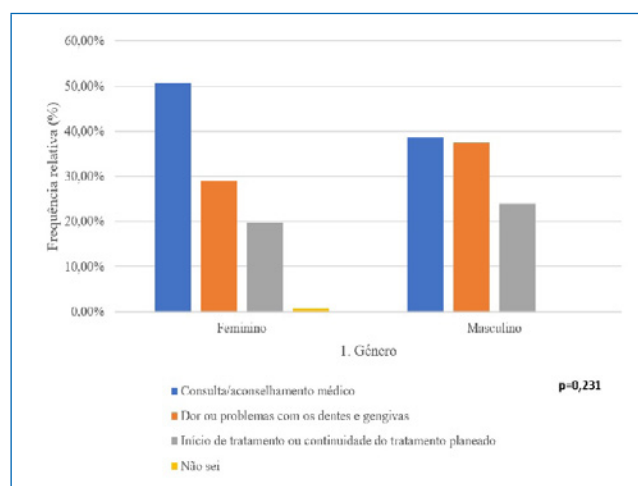


Figura 2. Relação entre o motivo da última visita ao médico dentista e o género na população sem deficiência.

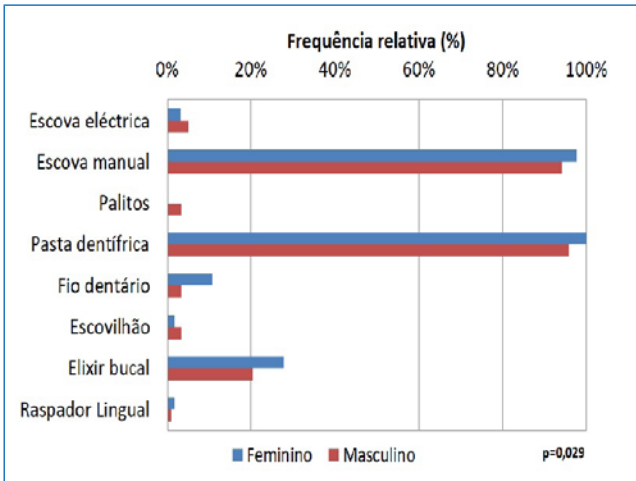


Figura 3. Relação entre as opções utilizadas para limpar os dentes e o género na população com deficiência.

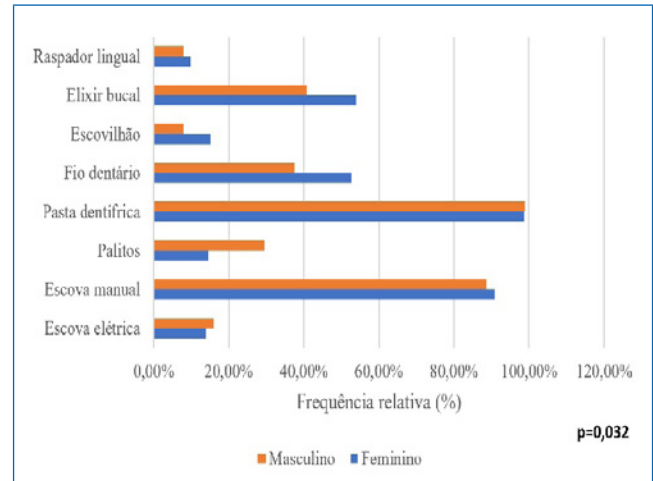


Figura 4. Relação entre as opções utilizadas para limpar os dentes e o género na população sem deficiência.

dentes e gengivas, já que menos de metade (37,4% vs 56,2%) da amostra descreveu a sua condição oral como boa ou superior, contrariamente à população sem deficiência (Tabela 2). É ainda no género feminino que encontramos uma autoperce-

ção significativamente mais elevada da necessidade de tratamento médico-dentário em ambas as populações (com deficiência $\chi^2(1)=6,460$; $p=0,011$ e sem deficiência $\chi^2=7,324$; $p=0,03$) (Figuras 5 e 6).

Tabela 2. Comparação da autoperceção da necessidade de tratamento e do estado dos dentes e gengivas das amostras em estudo.

		Com Deficiência		Sem Deficiência	
		N	%	N	%
Autoperceção da necessidade de tratamento médico-dentário	Não	56	24,8	99	41,3
	Sim	170	75,2	136	56,7
	Não Sei	0	0	5	2,1
Autoperceção do estado dos dentes e gengivas	Excelente	4	1,8	13	5,4
	Muito bom	6	2,6	32	13,3
	Bom	75	33,0	90	37,5
	Médio	88	38,8	80	33,3
	Fraco	31	13,7	19	7,9
	Muito fraco	23	10,1	6	2,5

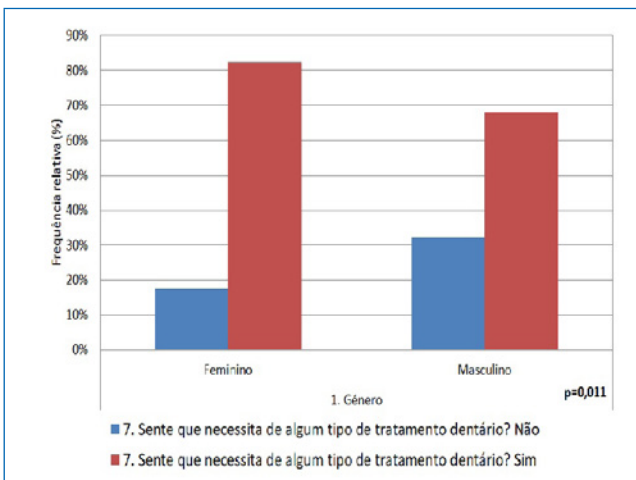


Figura 5. Relação entre a autoperceção da necessidade de tratamento médico-dentário e o género na população com deficiência.

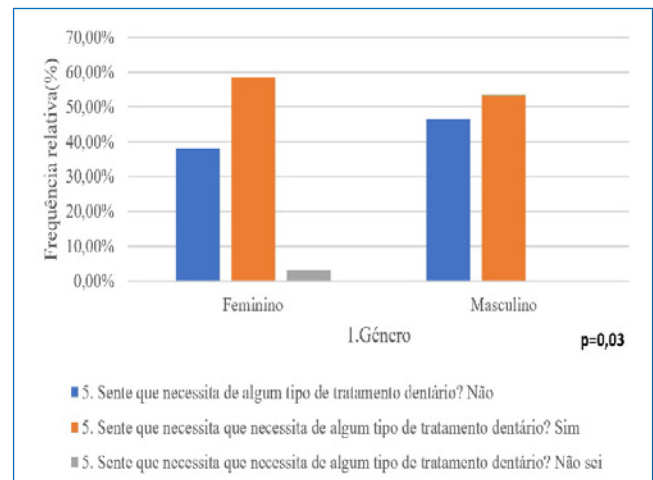


Figura 6. Relação entre a autoperceção da necessidade de tratamento médico-dentário e o género na população sem deficiência.

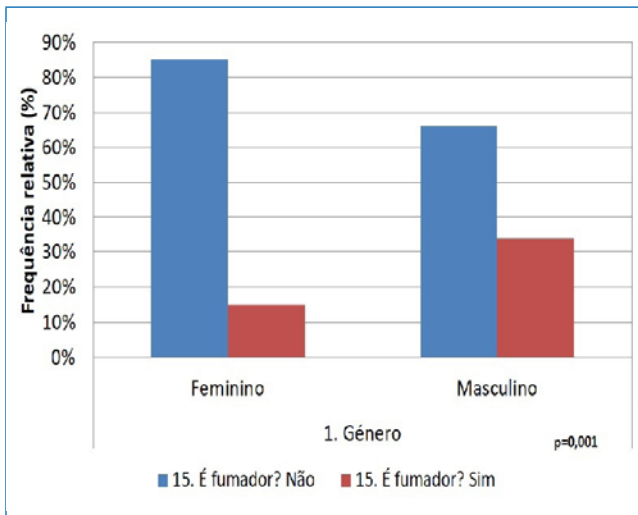


Figura 7. Relação entre ser fumador e o gênero na população com deficiência.

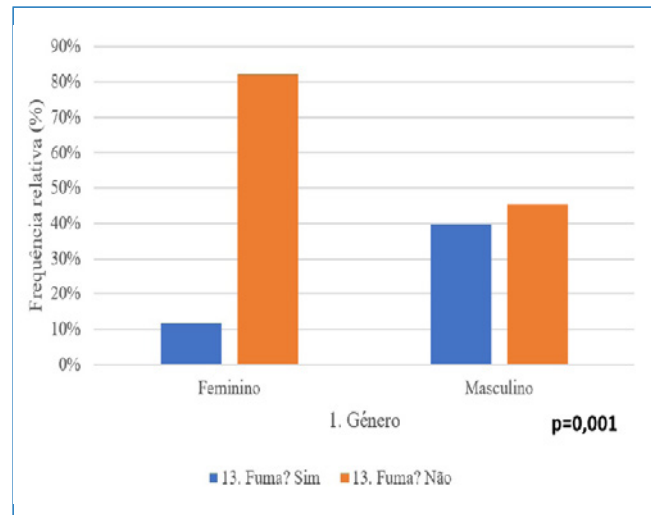


Figura 8. Relação entre ser fumador e o gênero na população sem deficiência.

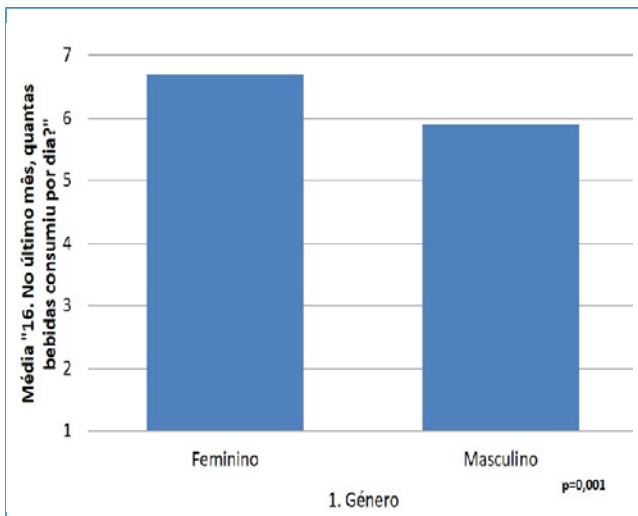


Figura 9. Relação entre consumo de bebidas alcoólica e o gênero na população com deficiência.

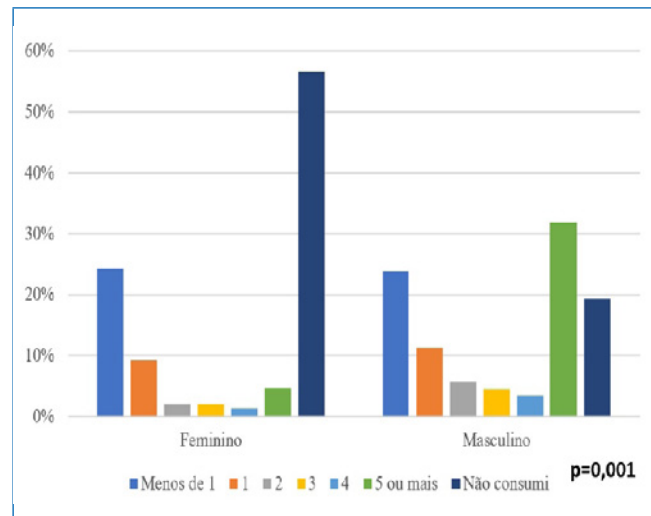


Figura 10. Relação entre consumo de bebidas alcoólica e o gênero na população sem deficiência.

Quanto aos hábitos alimentares, cerca de 73% da população com deficiência afirmou consumir alimentos cariogênicos (biscoitos e bolos; geleias ou mel; pastilhas com açúcar; doces/guloseimas; refrigerantes) pelo menos uma vez por semana, valor este bastante significativo e similar ao da população sem deficiência (75,5%).

Verificamos também que 24,2% da amostra com deficiência intelectual leve era fumadora e 24% afirmou ter consumido bebidas alcoólicas no último mês. Já na população sem deficiência, 22,1% dos indivíduos eram fumadores e 57,1% consumiu bebidas alcoólicas no mês anterior. Em ambas as populações, a percentagem de fumadores (população sem deficiência $X^2=35,420$; $p=0,001$; população com deficiência $X^2(1)=11,996$; $p=0,001$) e o consumo de bebidas alcoólicas (população sem deficiência $X^2=51,330$; $p=0,001$; população com deficiência $X^2=5542,0$; $p<0,001$) foram superiores para o gênero masculino (Figuras 7, 8, 9 e 10).

Discussão

No presente estudo, 94,2% dos indivíduos da amostra sem deficiência realizam a higiene oral diariamente, 49,2% usa elixir oral e 47,1% usa fio dentário, sendo tais resultados semelhantes aos verificados na população geral portuguesa,²⁴ em que 97,6% da amostra higieniza a cavidade oral de forma diária e 45,4% utiliza elixir oral. Como potenciais causas para os resultados encontrados na população sem deficiência podemos, eventualmente, apontar as escassas capacidades económicas de uma parte significativa da população, bem como a falta de consciencialização acerca da importância dos cuidados de higiene oral, pois a saúde oral não é considerada uma prioridade face a outras potenciais necessidades médicas.

Já na população portadora de deficiência intelectual leve, verificamos resultados inferiores uma vez que apenas 79,6%

da amostra escova os dentes diariamente, 24,1% utiliza elixir oral e 7,1% faz uso de fio dentário. A reduzida adoção de hábitos adequados de higiene oral pode estar relacionada com fatores físicos, económicos, comportamentais, bem como com o escasso número de médicos dentistas e cuidadores dispostos a prestar serviços preventivos neste grupo populacional.⁹

Noutras populações portadoras de deficiência, encontramos igualmente resultados aquém do desejável no que se refere à higienização oral. Num estudo¹ relativo a atletas portadores de deficiência intelectual, participantes do Special Olympics Special Smiles na Bélgica, verificou-se uma diminuição no número de atletas que reportam higienizar a cavidade oral pelo menos uma vez por dia, de 84,6% em 2008 para 79,3% em 2013. Num outro estudo²⁵ foi reportada uma inadequada higiene oral como a principal causa de doença periodontal em pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, salientando ainda que existe uma relação entre o nível de higiene oral e o grau de deficiência.

No nosso estudo foi também observada uma menor percentagem de visitas ao consultório médico-dentário nos indivíduos com deficiência (28,4% vs 59,2%) possivelmente devido às inúmeras barreiras que esta população encontra no acesso a adequados cuidados de saúde oral, desde condicionantes intrínsecas, socioeconómicas, barreiras relativas à acessibilidade e à reduzida perceção acerca da importância da saúde oral.⁹ Também Liu et al.²⁶ e Pradhan et al.²⁷ observaram que 76,4% e 73% dos inquiridos, respetivamente, não visitaram o médico dentista no último ano, valores estes próximos das estimativas para outros grupos desfavorecidos, como é o caso dos sem-abrigo.²⁷

A ausência de perceção da necessidade de tratamento como principal causa para não visitar regularmente o médico dentista foi também referida.²⁸ Essa ausência de perceção surge principalmente pela falta de dentes, por simplesmente considerarem desnecessário, ou pela ausência de dor.²⁸ Tal facto parece não ir de encontro aos resultados obtidos no nosso estudo, especialmente no que refere à população com deficiência, já que 75,2% destes indivíduos afirmaram sentir necessidade de algum tipo de tratamento.

Note-se ainda que a percentagem de indivíduos que foram a uma consulta de Medicina Dentária por motivo de rotina ou aconselhamento médico, assim como a utilização de fio dentário foi superior no género feminino. Ainda assim, é neste grupo que encontramos uma autoperceção mais elevada da necessidade de tratamento médico dentário, o que evidencia uma maior preocupação e exigência das mulheres face à saúde oral, à sua aparência e à qualidade de vida. Outros estudos²⁹⁻³¹ observam igualmente relações significativas entre o género e os comportamentos em saúde oral. Exemplo disso é um estudo relativo à população Portuguesa,²⁴ no qual os autores verificaram uma maior prevalência de escovagem dentária (77,3% vs 68,9%), de utilização de fio dentário (29,3% vs 17,6%), de elixir oral (52,4% vs 40%) e de visitas ao consultório médico-dentário duas ou mais vezes por ano (26,4% vs 19,1%) no género feminino.

No que diz respeito ao número de dentes que os indivíduos apresentam na cavidade oral, 10% dos indivíduos da amostra sem deficiência apresentavam menos de 20 dentes, já no que se refere à população com deficiência intelectual, 32,9% dos indivíduos apresentavam menos de 20 dentes. Tal situação pode dever-se, entre outras possíveis causas, à escassa procura

de cuidados de saúde oral, à falta de colaboração nos tratamentos médico-dentários, fazendo com que os dentes afetados por cáries sejam mais frequentemente extraídos do que tratados,^{6,31} e/ou devido à alta prevalência de doença periodontal em pessoas portadoras de deficiência intelectual.³² Tal é, aliás, verificado noutros grupos populacionais vulneráveis, como é o caso dos pacientes psiquiátricos,³³ em que a grande maioria dos indivíduos enfatiza a extração dentária como a única experiência vivenciada na consulta de Medicina Dentária.

Em suma, a evidência sugere que os hábitos de higiene e saúde oral inadequados são mais prevalentes na população com deficiência do que na população sem deficiência.

Como limitações do nosso estudo enfatizamos o facto de este ser realizado em amostras de conveniência que poderão não ser representativas da população geral. Adicionalmente, a amostra da população sem deficiência poderá apresentar algum enviesamento na medida em que são pacientes de uma clínica dentária, e pela existência de uma ligeira disparidade na distribuição das características género e idade face ao grupo de comparação. Para além disso, e tendo em conta que, por vezes, os indivíduos tendem a sobrestimar os seus comportamentos reais, por influência do conhecimento prévio do que seriam considerados hábitos desejáveis/ideais¹ e pela aceitabilidade social das suas respostas,³⁴ consideramos que, à semelhança do que acontece noutros estudos,²⁴ os nossos resultados possam constituir uma visão otimista da real situação atual, pelo que devem ser envidados esforços no sentido de promover adequados hábitos de higiene oral.

Salientamos assim que a importância de avaliar tanto a perceção de saúde dos pacientes quanto a presença ou ausência de hábitos de higiene, reside na necessidade de ter dados precisos para, em futuras linhas de investigação, planejar e desenvolver programas de promoção de saúde, ajudando a orientar as políticas de saúde oral e contribuindo deste modo para a definição e priorização do uso socialmente apropriado de recursos.

Conclusões

Os comportamentos de saúde oral da população portadora de deficiência intelectual em estudo são consideravelmente inferiores aos da população sem deficiência. Os resultados sugerem que a população portadora de deficiência intelectual em estudo apresenta comportamentos de saúde oral que constituem fatores de risco para a condição oral, situação esta evidenciada pelas elevadas percentagens de edentulismo apresentadas. Apesar da condição de deficiência intelectual leve, a população em estudo apresenta uma clara perceção das suas necessidades de tratamento e do estado da sua saúde oral. Evidencia-se, em ambas as populações, uma maior preocupação e cuidado do género feminino com a saúde oral.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- Fernandez C, Declerck D, Dedecker M, Marks L. Treatment needs and impact of oral health screening of athletes with intellectual disability in Belgium. *BMC Oral Health*. 2015;15:1-9.
- Weckwerth SA, Weckwerth GM, Ferrairo BM, Chicrala GM, Ambrosio AM, Toyoshima GH et al. Parents' perception of dental caries in intellectually disabled children. *Spec Care Dentist*. 2016;36:300-6.
- 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;31:379-94.
- Costa AA, Della Bona Á, Trentin MS. Influence of Different Intellectual Disability Levels on Caries and Periodontal Disease. *Braz Dent J*. 2016;27:52-5.
- Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist*. 2010;30:110-7.
- 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;33:262-8.
- Oredugba FA, Akindayomi Y. Oral health status and treatment needs of children and young adults attending a day centre for individuals with special health care needs. *BMC Oral Health*. 2008;8:30.
- Petrovic BB, Peric TO, Markovic DLJ, Bajkin BB, Petrovic D, Blagojevic DB, et al. Unmet oral health needs among persons with intellectual disability. *Res Dev Disabil*. 2016;59:370-7.
- Couto P, Pereira PA, Nunes M, Mendes RA. Oral health-related quality of life of Portuguese adults with mild intellectual disabilities. *PLoS One*. 2018;13:e0193953.
- Mac Giolla Phadraig C, Guerin S, Nunn J. Should we educate care staff to improve the oral health and oral hygiene of people with intellectual disability in residential care? Real world lessons from a randomized controlled trial. *Spec Care Dentist*. 2015;35:92-8.
- Kavvadia K, Gizani S, Mamali S, Nassika M. Oral health status of teenagers and young adults with intellectual impairment in Athens, Greece. *J Disabil Oral Health*. 2008;9:63-9.
- Zhou N, Wong HM, Wen YF, Mcgrath C. Oral health status of children and adolescents with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol*. 2017;59:1019-26.
- Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, Finkelman MD, Yantsides KE, Park A, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc*. 2012;143:838-46.
- Batista LR, Moreira EA, Rauhen MS, Corso AC, Fiates GM. Oral health and nutritional status of semi-institutionalized persons with mental retardation in Brazil. *Res Dev Disabil*. 2009;30:839-46.
- Mac Giolla Phadraig C, McCallion P, Cleary E, McGlinchey E, Burke E, McCarron M et al. Total tooth loss and complete denture use in older adults with intellectual disabilities in Ireland. *J Public Health Dent*. 2015;75:101-8.
- 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;61:61-6.
- Ozgul O, Dursun E, Ozgul BM, Kartal Y, Coskunes FM, Kocyigit ID et al. The impact of handicap severity on oral and periodontal status of patients with mental retardation. *J Contemp Dent Pract*. 2014;15:218-22.
- Cabrera JP, Bizarra MF, Graça SR. Prevalence of malocclusion in individuals with and without intellectual disability: A comparative study. *Spec Care Dentist*. 2017;37:181-6.
- Utomi IL, Li Onyeaso, Ochi C. Malocclusion and orthodontic treatment need of mentally handicapped children in Lagos, Nigeria. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2009;9:7-11.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Centers for Disease Control and Prevention. International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM) [Internet]. Atlanta; 2018 [acesso em 2018 mar 20]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm>.
- Ke X, Liu J. Deficiência Intelectual. In: Rey JM (ed). IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (Edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2015. p.1-27.
- Serrano MEP, Posse JL, Feijoo JF. Manual De Higiene Oral Para Personas Con Discapacidad. Santiago de Compostela: Universidade; 2012.
- Melo P, Marques S, Silva OM. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *Int Dent J*. 2017;67:139-47.
- Garcés CP, Barrera ML, Ortiz ME, Rosas CF. Estado de salud oral de niños y adolescentes con discapacidad intelectual en una población chilena, 2012. *J Oral Res*. 2013;2:59-63.
- Liu Z, Yu D, Luo W, Yang J, Lu J, Gao S et al. Impact of oral health behaviors on dental caries in children with intellectual disabilities in Guangzhou, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11:11015-27.
- Pradhan A, Keuskamp D, Brennan D. Oral health-related quality of life improves in employees with disabilities following a workplace dental intervention. *Eval Program Plann*. 2016;59:1-6.
- Mac Giolla Phadraig C, Burke E, McCallion P, McGlinchey E, Nunn J, McCarron M. Dental attendance among older adults with intellectual disabilities in Ireland. *Spec Care Dentist*. 2014;34:265-72.
- Sakalauskiene Z, Vehkalahti MM, Murtomaa H, Mačiulskienė V. Factors Related to Gender Differences in Toothbrushing Among Lithuanian Middle-Aged University Employees. *Medicina (Kaunas)*. 2011;47:180-6.
- Nourijelyani K, Yekaninejad MS, Eshraghian MR, Mohammad K, Rahimi Foroushani A, Pakpour A. The Influence of Mothers' Lifestyle and Health Behavior on Their Children: An Exploration for Oral Health. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16:e16051.
- Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 1. *Access. Br Dent J*. 2008;204:605-16.
- Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. *Eur J Oral Sci*. 2001;109:20-6.
- Jamelli SR, Mendonça MC, Diniz Md, Andrade FB, Melo JF, Ferreira SR et al. Oral health and perceptions regarding dental care in patients with mental disorders living in therapeutic residences. *Cien Saude Colet*. 2010;15:1795-800.
- Fisher RJ, Katz JE. Social-desirability bias and the validity of self-reported values. *Psychol Mark*. 2000;17:105-20.