

Avaliação da saúde bucal de deficientes visuais em Teresina-PI

Assessment of oral health of the visually impaired in Teresina-PI

Manoel Dias de Souza Filho¹, Samara Dantas Marreiros Nogueira², Maria do Carmo de Carvalho e Martins^{3,4,5}

RESUMO

A visão é considerada a grande promotora da interação humana em atividades motoras, perceptivas e mentais, e a perda desta pode provocar alterações no meio social. O objetivo deste trabalho foi avaliar a saúde bucal dos deficientes visuais por meio da análise da prevalência de cárie e doença periodontal, além da auto percepção e acessibilidade aos serviços odontológicos. O universo estudado consistiu em 42 deficientes visuais, de ambos os gêneros, na faixa etária de 18 a 63 anos de idade, regularmente matriculados na Associação dos Cegos do Piauí – ACEP, em Teresina-PI. Os dados foram processados nos programas BioEstat 5.0 e EpiInfo 6.04b. O nível de significância foi estabelecido em 5% ($p < 0,05$) e foram utilizados os testes estatísticos de Análise de Variância (ANOVA) e Teste *post-hoc* de Tukey. A média do índice CPO-D foi de 11,5, e 58% dos sextantes examinados apresentaram alterações periodontais. Realizaram-se questionamentos sobre a autopercepção em saúde bucal, e 83,2% dos entrevistados avaliaram a própria saúde bucal como excelente, boa ou regular. Além disso, 95,2% dos deficientes visuais relataram já ter ido ao cirurgião-dentista, mas apenas 30,9% disseram ter recebido orientações sobre saúde bucal nos últimos doze meses. Apesar dos deficientes visuais apresentarem uma autopercepção em saúde bucal positiva e acesso aos serviços odontológicos adequado, essa população apresentou uma situação clínica insatisfatória, com elevado índice CPO-D e grande número de sextantes alterados e excluídos, devido ao grande número de dentes ausentes. **Descritores:** Portadores de deficiência visual. Cárie dentária. Saúde bucal.

INTRODUÇÃO

A saúde bucal depende de um conjunto de condições biológicas e psicológicas, e além de possibilitar ao indivíduo exercer funções como falar, mastigar e deglutir, também interfere na sua auto-estima e no seu relacionamento social¹.

A deficiência visual, seja a cegueira ou a baixa visão, impõe restrições ao desenvolvimento seguro e confiante no ambiente, interfere no conhecimento do próprio corpo e na inter-relação entre as coisas e as pessoas, influenciando, principalmente, nas atividades de auto-cuidado e mobilidade².

Segundo dados do Censo realizado em 2000 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existiam no Brasil 34,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência visual, com

aproximadamente 148.000 indivíduos portadores de cegueira e 2,4 milhões de pessoas apresentando grande dificuldade de enxergar³.

As maiores necessidades odontológicas do deficiente visual estão relacionadas com as suas dificuldades de aprendizado e de manutenção de uma higiene bucal adequada, pois podem apresentar pouca habilidade motora para realizarem uma higiene bucal satisfatória, o que poderia levar ao acúmulo de placa bacteriana dental, resultando em processo inflamatório gengival e/ou na instalação da cárie dentária⁴.

Sendo assim, o presente estudo teve o objetivo de avaliar a saúde bucal dos deficientes visuais por meio da análise da prevalência de cárie e doença periodontal, além da autopercepção da saúde bucal e acessibilidade aos serviços odontológicos.

¹Curso de Biomedicina, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Parnaíba, PI Brasil

²Cirurgião-dentista

³Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI, Brasil

⁴Departamento de Biofísica e Fisiologia, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI, Brasil

⁵Faculdade NOVAFAPI, Teresina, PI, Brasil

⁶Faculdade de Ensino Superior de Floriano (FAESF), Floriano, PI, Brasil

Contatos: manoelfilho professor@hotmail.com / samaranogueira-25@hotmail.com / carminhacmartins@yahoo.com.br

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional, transversal e descritivo-analítico, sendo a amostra do tipo não-probabilística, constituída por 42 deficientes visuais, de ambos os gêneros, na faixa etária de 18 a 63 anos, regularmente matriculados na escola da Associação dos Cegos do Piauí (ACEP), Teresina-PI.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Integral Diferencial - FACID (Parecer nº 502/2009) e seguiu as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁵. Previamente ao preenchimento do formulário de coleta de dados e do exame intrabucal, os participantes foram informados, por meio de um documento escrito em *Braille*, sobre o objetivo do estudo e os procedimentos aos quais seriam submetidos e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a coleta e utilização dos dados.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: Inicialmente, após orientações fornecidas por professores da ACEP, foi feita uma entrevista com os portadores de deficiência visual, os quais responderam a um formulário para obtenção de informações relacionadas ao conhecimento e percepção de sua própria saúde bucal, além de questionamentos sobre o acesso aos serviços odontológicos.

Na segunda etapa do estudo foi realizado o exame intrabucal no consultório odontológico da ACEP, por um único examinador previamente treinado. Para tanto, foram utilizados espelho bucal plano, pinça clínica e a sonda desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) própria para IPC (Índice Periodontal Comunitário), os quais foram devidamente acondicionados e esterilizados em pacotes autoclaváveis. O examinador e o anotador usaram gorro, luvas e máscara, e todas as normas de biossegurança foram obedecidas. Os dados colhidos nos exames foram anotados em fichas clínicas, semelhantes às da OMS, sendo uma para

Avaliação da Cárie Dentária e outra para Avaliação das Condições Periodontais.

Na verificação da prevalência de cárie utilizou-se o índice CPO-D, enquanto que para a análise da condição periodontal utilizou-se o Índice Periodontal Comunitário (IPC)⁶, o qual permitiu avaliar a higidez, presença de sangramento, de bolsa ou de cálculo.

Na avaliação periodontal, a boca foi dividida em sextantes definidos pelos dentes 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48, onde os dentes 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47 foram os dentes-índices, ou seja, os dentes que foram examinados em cada sextante. Pelo menos, seis pontos foram examinados em cada um dos dez dentes-índices, nas superfícies vestibulares e linguais, abrangendo as regiões mesial, média e distal.

Ainda na avaliação Periodontal, alguns pré-requisitos foram considerados: Se nenhum dente-índice do sextante estava presente, foram examinados todos os dentes remanescentes do sextante. A superfície distal dos terceiros molares não foi considerada. Cada sextante tinha que apresentar dois ou mais dentes sem indicação de exodontia, caso contrário a análise do sextante era cancelada, registrando-se um "X". Embora dez dentes tenham sido examinados, apenas seis anotações foram feitas, uma por sextante, relativa à pior situação encontrada⁶.

Os dados foram processados nos programas BioEstat 5.0⁷ e EpiInfo 6.04b⁸. O nível de significância foi estabelecido em 5% ($p < 0,05$) e foram utilizados os testes estatísticos de Análise de Variância (ANOVA) e Teste *post-hoc* de Tukey.

RESULTADOS

Observou-se que 73,8% dos deficientes visuais entrevistados eram do gênero masculino, sendo que 54,7% desses participantes estavam na faixa etária de 18 a 34 anos, 21,4% entre 35 e 44 anos e 23,8% entre 45 e 63 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos deficientes visuais do estudo, segundo gênero e faixa etária. Teresina-PI, 2009

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	GÊNERO					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
18-34	15	65,2	8	34,8	23	54,7
35-44	7	77,7	2	22,3	9	21,4
45-63	9	90,0	1	10,0	10	23,8
Total	31	73,8	11	26,2	42	100,0

A média do índice CPO-D foi de 11,5; a média do componente C (dentes cariados ou restaurados com cárie) foi de 2,0; a do componente P (dentes perdidos por cárie ou por qualquer outra razão) de 6,4; e a do componente O (dentes restaurados e sem cárie) de 3,0 (Tabela 2).

A análise dos dados apresentados na Tabela 2 revela ainda que a média do índice CPO-D foi significativamente menor ($p=0,0001$) na

faixa etária de 18-34 anos quando comparada com as observadas para os grupos nas faixas etárias de 35-44 anos e de 45-63 anos; que a média dos componentes P (dentes perdidos) foi significativamente maior ($p=0,0001$) no grupo de deficientes visuais na faixa etária de 45-63 anos; e que a média de dentes obturados foi significativamente menor nos indivíduos na faixa etária de 45 a 63 anos ($p=0,003$).

Tabela 2 - Distribuição das médias dos componentes do índice CPO-D em portadores de deficiência visual, segundo faixa etária. Teresina-PI, 2009

VARIÁVEIS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)				ESTATÍSTICA ANOVA TESTE DE TUKEY
	18-34	35-44	45-63	TOTAL	
CPO-D	6,0 ^a	15,6 ^b	20,5 ^b	11,5	$p=0,0001$
C	1,6	3,3	1,6	2,0	$p=0,29$
P	0,9	7,2	18,5	6,4	$p=0,0001$
O	3,3 ^c	5,1 ^c	0,4 ^d	3,0	$p=0,003$
LI	1	11	4	1	-
LS	12	24	32	32	-

LI-Limite Inferior; LS- Limite Superior. Números elevados com a mesma letra representam valores estatisticamente semelhantes e os números elevados a letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes

Em relação às condições periodontais, verificou-se que dos 252 sextantes examinados, 42% estavam hígidos; 5,1% apresentaram-se com sangramento à sondagem; 33,3% tinham cálculo; 4,3% apresentaram bolsa de 4 a 5 mm; e 15,3% foram excluídos (Tabela 3).

Em relação à divisão por faixa etária constatou-se que 138 sextantes pertenciam aos indivíduos com idade entre 18 e 34 anos e a maioria

dos sextantes hígidos (63%) estava nesse grupo. A maior proporção de sextante com cálculo (42,5%) pertencia aos deficientes visuais na faixa etária entre 35 e 44 anos e 53,4% dos sextantes examinados no grupo com idade entre 45 e 63 anos foram excluídos. Nenhum dos sextantes apresentou bolsa periodontal igual ou maior que 6 mm e, da mesma forma, nenhum sextante deixou de ser examinado por esse motivo (Tabela 3).

Tabela 3 - Condições de saúde periodontal dos deficientes visuais por sextante avaliado, segundo faixa etária. Teresina-PI, 2009

VARIÁVEL	FAIXA ETÁRIA (ANOS)						TOTAL	
	18-34		35-44		45-63		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Sextante hígido	87	63,0	17	31,5	2	3,3	106	42,0
Sextante com sangramento	8	5,7	2	3,8	3	5,0	13	5,1
Sextante com cálculo	41	29,7	23	42,5	20	33,3	84	33,3
Bolsa de 4 mm a 5 mm	2	1,6	6	11,1	3	5,0	11	4,3
Bolsa de 6 mm ou mais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sextante excluído	0	0,0	6	11,1	32	53,4	38	15,3
Total	138	100,0	54	100,0	60	100,0	252	100,0

Os resultados da avaliação da presença de alterações periodontais nos sextantes examinados demonstraram que 58% dos 252 sextantes encontravam-se alterados. Quanto à higidez dos

sextantes dentro dos grupos, a maior proporção (63,0%) revelou-se na população com faixa etária de 18 a 34 anos e a menor proporção (3,3%) entre 45 até 63 anos de idade (Tabela 4).

Tabela 4 - Condições de saúde periodontal dos deficientes visuais por faixa etária, considerando sextante hígido e alterado. Teresina-PI, 2009

VARIÁVEL FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEXTANTE HÍGIDO		SEXTANTE ALTERADO		TOTAL		ESTATÍSTICA
	n	%	n	%	n	%	
18-34	87	63,0	51	37,0	138	100,0	$\chi^2=64,32$ p=0,00001
35-44	17	31,5	37	68,5	54	100,0	
45-63	2	3,3	58	96,7	60	100,0	
Total	106	42,0	146	58,0	252	100,0	

Realizaram-se questionamentos sobre a autopercepção em saúde bucal, entre os 42 entrevistados, 83,2% avaliaram a própria saúde bucal como excelente, boa ou regular e apenas 16,8% consideraram como ruim ou péssima. Também foram entrevistados sobre a auto-avaliação da mastigação e, 68,9% consideraram-

na excelente ou boa e 31,1% avaliaram-na como regular ou ruim. Quanto à investigação da intensidade que a saúde bucal afeta o relacionamento com as outras pessoas, verificando-se que 81,1% dos deficientes visuais disseram que não afeta e 11,9% que afeta pouco ou muito (Tabela 5).

Tabela 5 - Autopercepção em saúde bucal dos portadores de deficiência visual estudados, segundo a faixa etária. Teresina-PI, 2009

VARIÁVEL	FAIXA ETÁRIA (ANOS)						TOTAL	
	18-34		35-44		45-63			
	n	%	n	%	n	%		
Auto-avaliação da saúde bucal								
Excelente	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	2,3
Boa	10	43,8	5	55,5	6	60,0	21	50,0
Regular	8	34,7	3	33,4	2	20,0	13	30,9
Ruim	2	8,6	0	0,0	2	20,0	4	9,5
Péssima	2	8,6	1	11,1	0	0,0	3	7,3
Auto-avaliação da mastigação								
Excelente	4	17,3	0	0,0	3	30,0	7	16,6
Boa	13	56,5	5	55,5	4	40,0	22	52,3
Regular	6	26,2	3	33,4	3	30,0	12	28,5
Ruim	0	0,0	1	11,1	0	0,0	1	2,6
Intensidade que a saúde bucal afeta o relacionamento com as outras pessoas								
Não afeta	21	91,4	8	88,9	8	80,0	37	88,1
Pouco	1	4,3	1	11,1	2	20,0	4	9,5
Muito	1	4,3	0	0	0	0	1	2,4
Auto-avaliação da aparência dos dentes e gengivas								
Excelente	2	8,6	2	22,2	0	0,0	4	9,5
Boa	7	30,7	3	33,4	7	70,0	17	40,4
Regular	5	21,7	1	11,1	2	20,0	8	19,0
Ruim	3	13,0	2	22,2	0	0,0	5	8,1
Péssima	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	2,3
Não sabe	5	21,7	1	11,1	1	10,0	7	20,7
A doença cárie pode ser transmitida?								
Sim	11	47,8	4	44,4	7	70,0	22	52,2
Não	11	47,8	4	44,4	2	20,0	17	40,4
Não sabe	1	4,4	1	11,2	1	10,0	3	7,4
A doença cárie pode ser prevenida?								
Sim	23	100,0	9	100,0	8	80,0	40	95,2
Não	0	0,0	0	0,0	2	20,0	2	4,8
Você sabe o que é placa dental?								
Sim	6	26,0	3	33,3	3	30,0	12	28,5
Não	17	74,0	6	66,7	7	70,0	30	71,5

Além disso, verificou-se a auto-avaliação da aparência dos dentes e gengivas pelos não videntes e 68,9% deles avaliaram como excelente, boa ou regular sua aparência; 10,4% como ruim ou péssima e 20,7% não souberam avaliar. Em relação ao conhecimento sobre a doença cárie; 52,2% dos participantes da pesquisa, disseram que a cárie pode ser transmitida; 40,4% disseram que a cárie não pode ser transmitida os outros 7,4% disseram que não sabiam. Já na pergunta que indagava se a cárie pode ser prevenida, 95,2% dos entrevistados afirmaram que essa patologia pode ser prevenida. Além disso, o conhecimento sobre o que é placa dental foi identificado em 28,5% das pessoas entrevistadas e

71,5% não sabia do que se tratava (Tabela 5).

Quando questionados sobre a acessibilidade aos serviços odontológicos verificou-se que 4,8% dos deficientes visuais disseram que nunca tiveram acesso a um consultório odontológico, e 95,2% relataram já ter ido ao cirurgião-dentista. Sobre a última consulta odontológica, 4,7% relataram nunca ter sido atendido, 61,9%, disseram que o último atendimento fazia menos de um ano, mas 19% informaram que a última consulta tinha sido há três ou mais anos. Os não videntes também foram perguntados sobre as orientações em saúde bucal que receberam no último ano e 30,9% disseram ter recebido orientações nos últimos doze meses (Tabela 6).

Tabela 6 - Acessibilidade dos deficientes visuais estudados aos serviços odontológicos. Teresina-PI, 2009

VARIÁVEL	FAIXA ETÁRIA (ANOS)						FREQUÊNCIA	
	18-34		35-44		45-63		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Acesso ao dentista								
Sim	21	91,3	9	100,0	10	100,0	40	95,2
Não	2	8,6	0	0,0	0	0,0	2	4,8
Última consulta								
Nunca foi atendido	2	8,6	0	0,0	0	0,0	2	4,7
Menos de 1 ano	15	65,2	8	88,8	3	30,0	26	61,9
De 1 a 2 anos	1	4,3	1	11,2	4	40,0	6	14,4
3 ou mais anos	5	21,9	0	0,0	3	30,0	8	19,0
Recebeu orientação sobre saúde bucal no último ano?								
Sim	7	30,4	3	33,3	3	30,0	13	30,9
Não	16	69,6	6	66,7	7	70,0	29	69,1

DISCUSSÃO

A cárie dentária e as doenças periodontais são as alterações bucais de maior prevalência na população mundial⁶. A cárie dentária é uma doença multifatorial, crônica, que progride lentamente na maioria das pessoas, sendo que raramente é autolimitante, e se não tratada pode destruir toda a estrutura dentária⁹.

A cárie pode ser caracterizada por meio do índice CPO-D que representa os dentes permanentes cariados, perdidos e obturados¹⁰. O CPO-D médio encontrado no grupo de deficientes visuais estudado foi de 11,5 e naqueles com faixa etária entre 35 e 44 anos o CPO-D foi de 15,6. Tais valores são menores que a média do CPO-D encontrado para a população da cidade de Teresina em levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado pela Prefeitura Municipal dessa cidade, onde o CPO-D médio da população geral com a mesma faixa etária foi de 20,6¹¹, e inferiores aos resultados obtidos no levantamento epidemiológico,

Projeto SB Brasil 2003, para a população brasileira adulta, onde o CPO-D médio foi de 20,3¹².

Cericato & Fernandes¹³ em um estudo que verificou as implicações da deficiência visual na capacidade de controle de placa e na perda dental, concluíram que a condição visual não influenciou significativamente no índice de controle de placa bacteriana, principal fator etiológico, tanto da cárie quanto da doença periodontal, demonstrou-se também que a ausência ou dificuldade de visão não é um fator agravante e preponderante em relação ao índice CPO-D, embora tenham afirmado que existe a necessidade de desenvolvimento de novas formas de ensino que sejam efetivas na motivação e treinamento da habilidade psicomotora para realização de uma higiene bucal adequada pelos deficientes visuais.

No presente estudo, observou-se que a média de dentes cariados nos indivíduos na faixa etária de 35 a 44 anos, foi de 3,3. Esse resultado foi maior que o encontrado na população em geral com

a mesma idade, como relatado por Silva *et al.*¹⁴, após estudo em adultos na cidade de Rio Claro-SP, em que esses autores identificaram uma média de 0,57 para o componente C do índice CPO-D nessa população.

Da mesma forma, Frazão *et al.*¹⁵ em pesquisa com adultos sem deficiência visual no estado de São Paulo, verificaram um índice de dentes cariados igual a 1,48. Além disso, no Brasil, por meio do Projeto SB Brasil 2003, foi constatado que o componente C do índice CPO-D em indivíduos com faixa etária entre 35 e 44 anos foi de 2,68¹². Assim, apesar das variações entre os resultados, o presente estudo demonstrou que a população estudada apresentou uma média de dentes cariados elevada principalmente na faixa etária de 35 a 44 anos.

A média de dentes perdidos pelos participantes foi de 6,4 e ao ser categorizada a população em faixas etárias, verificou-se que essa média aumentou significativamente com a idade. Na faixa etária entre 35 e 44 anos os deficientes visuais estudados apresentaram média de 7,2 dentes perdidos por indivíduo. Esse resultado foi inferior aos 13,23 dentes perdidos em média por adultos normais, nessa mesma faixa etária, investigados nos levantamentos do projeto SB Brasil 2003¹².

Mendonça¹⁶ relata a perda dental como temática de relevância na saúde pública, pois é considerada como uma decorrência da cárie e da doença periodontal que são as alterações bucais mais prevalentes. Esta realidade foi confirmada por Cericato & Fernandes¹³ após verificarem uma alta prevalência de dentes perdidos numa população de deficientes visuais com idade média de 31,6 anos, onde constataram que 68,75% dos participantes apresentaram a perda de pelo menos um elemento dentário.

A média de dentes obturados dos deficientes visuais aqui avaliados caiu significativamente na faixa etária de 45 a 63 anos. Tal fato pode ser atribuído ao elevado índice de dentes perdidos pelo grupo pesquisado nessa faixa etária, pois apesar de os indivíduos terem um acesso adequado aos serviços odontológicos, a exodontia foi o principal tratamento aplicado para solução dos problemas de saúde dental.

Da mesma forma que a cárie, as doenças periodontais são doenças crônicas, que começam afetando o tecido gengival, mas que com o tempo podem levar à perda dos tecidos de suporte dos dentes¹⁷. No Brasil, Projeto SB Brasil 2003, foi observado na população adulta que a presença de cálculo é a alteração periodontal de maior prevalência (46,76% dos sextantes examinados), seguida por sangramento (9,97%), bolsas de 4 a 5 mm (7,86%) e bolsas de 6 mm ou mais (2,12%)¹². Quanto aos sextantes hígidos, no presente estudo verificou-se uma ocorrência de 21,94% e, ainda, foram

verificados 11,35% de sextantes excluídos¹². Assim, aproximadamente 80,0% da população brasileira têm alguma alteração periodontal¹².

No presente trabalho a maioria dos participantes apresentava algum tipo de alteração periodontal ($p=0,00001$) e um alto percentual de sextantes excluídos na investigação periodontal, em virtude da ausência dentária. Verificou-se também um elevado percentual de cálculo dental, provavelmente pela dificuldade e/ou não visualização da estrutura dos dentes durante a remoção do biofilme na higiene oral e, principalmente, pelo desconhecimento sobre placa bacteriana observado entre os indivíduos pesquisados.

Os resultados aqui obtidos indicam que a higiene bucal assume um papel extremamente importante na população de deficientes visuais, embora seja importante destacar a necessidade de uma abordagem especial com tempo e paciência, uma vez que os recursos visuais muito utilizados para as práticas de educação em saúde bucal para pessoas normais, não podem ser utilizadas em deficientes visuais¹³.

Atualmente, além da obtenção de dados quantitativos que se baseiam apenas na visão do profissional, utilizam-se dados qualitativos, verificados por meio da autopercepção, na qual os próprios indivíduos percebem suas condições de saúde bucal e as necessidades de tratamento¹⁸, tendo como objetivo desenvolver instrumentos de mensuração que sejam capazes de captar perspectivas sobre saúde oral do próprio indivíduo, já que é essencial entender como uma pessoa percebe sua condição, pois seu comportamento é condicionado pela percepção e pela importância dada a ela¹⁹.

Goulart & Vargas²⁰, em estudo objetivando avaliar a percepção dos deficientes visuais quando a saúde bucal e conhecer as dificuldades e necessidades na utilização de medidas preventivas de educação em saúde oral verificaram que os principais fatores atribuídos à importância da boca foram associações das funções de comer e falar, e que o principal motivo para manter os dentes sadios era evitar sentir dor.

O trabalho de Pinelli *et al.*²¹ mostrou que 92,7%, dos indivíduos adultos normais autoavaliaram a saúde bucal como excelente, boa ou regular. Da mesma forma, ao estudar indivíduos de 20 a 59 anos, Araújo *et al.*²² verificaram que apenas 10% dos entrevistados classificaram sua própria saúde bucal como ruim ou muito ruim. Além disso, vários autores afirmam não existir diferenças entre a autopercepção da saúde bucal entre os deficientes visuais e a população vidente, onde a maioria percebe positivamente suas condições de saúde bucal, apesar de apresentarem condições clínicas insatisfatórias^{18,23-25}.

Na presente pesquisa a maioria dos deficientes visuais autoavaliou a mastigação como excelente ou boa, apesar do componente P, dentes perdidos, ter representado a maior média do CPO-D entre os indivíduos avaliados. Esta relação também foi verificada por Carvalho²⁶, que encontrou um índice médio de dentes perdidos igual a 10,4, índice superior ao de dentes cariados (1,7) e obturados (7,8), em uma população em que a maioria das pessoas considerava ter uma mastigação ótima ou boa.

Segundo os resultados do Projeto SB Brasil 2003, entre os brasileiros com faixa etária de 35 a 44 anos 79,26% consideravam sua mastigação como excelente, boa e regular¹², o que demonstra não existir diferenças entre a população de deficientes visuais e os que apresentam visão normal, já que, em ambos os casos, os indivíduos percebem sua mastigação positivamente apesar da condição de saúde bucal desfavorável.

Quando questionados sobre o impacto da saúde bucal no relacionamento com as outras pessoas, a maior parte dos entrevistados relatou que a saúde bucal não afeta nesses relacionamentos. Esses resultados foram semelhantes aos da população normal, pois segundo o levantamento epidemiológico realizado no Brasil, 61,98% dos brasileiros adultos afirmaram que a saúde bucal não afeta seu relacionamento com outras pessoas, 29,54% disseram que pode afetar em diferentes graus, e 8,48% não souberam informar¹².

Resultados semelhantes foram encontrados por Bombarda-Nunes *et al.*²⁷ em seu estudo sobre a autopercepção de saúde bucal dos agentes comunitários de saúde em Vitória-ES, onde 71% dos pesquisados relataram não existir nenhum impacto da saúde bucal sobre suas atividades. Lacerda *et al.*²⁸ também verificaram em seu trabalho com adultos com idade entre 35 e 44 anos em Chapecó-SC, que a proporção de indivíduos que declararam existir alguma interferência da condição de saúde bucal nos relacionamentos interpessoais foi de 20,7%.

Apesar de não enxergar ou de enxergar com dificuldade, os deficientes visuais percebem a aparência de seus dentes e gengivas de maneira semelhante aos indivíduos que podem visualizar essas estruturas bucais²⁶. Por meio de relatos de pessoas próximas, o deficiente visual constrói sua autopercepção sobre a aparência de seus dentes, sendo assim, dos entrevistados na faixa etária de 35 a 44 anos mais de 66% relataram que a aparência de seus dentes era excelente, boa ou regular. Tais achados foram semelhantes aos resultados obtidos pelo Projeto SB Brasil 2003, onde 75% dos brasileiros na mesma faixa etária fizeram uma auto-avaliação positiva dos dentes e gengivas¹².

Quase metade dos deficientes visuais avaliados desconhece que a cárie é uma doença infectocontagiosa e apenas 28% souberam dizer o que era placa dental. Goulart & Vargas²⁰, ao estudarem a percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal, observaram que muitos dos entrevistados têm alguma noção sobre o que é a doença cárie, sendo que a maioria associa a doença com microorganismos ou bactérias, enquanto outros associam-na a buracos ou cavidades, e uma minoria percebe por meio da dor e/ou cavidades já no estado avançado da patologia. Além disso, no mesmo estudo foi observado que a principal forma de percepção da placa dental pelos deficientes visuais é por meio da língua (69%)²⁰. Estes dados confirmam a necessidade de estratégias que ensinem os deficientes visuais a usarem o tato na identificação da placa bacteriana e na sua remoção.

Já Figueiredo *et al.*²⁹ demonstraram após pesquisa sobre a autopercepção e conhecimento de saúde bucal de moradores de uma comunidade carente de Porto Alegre-RS, que entre os entrevistados 50,81% entendiam que a cárie é uma doença infecto-contagiosa e que 93,51% que sabiam que tal doença pode ser evitada.

A saúde bucal, assim como a saúde geral, está associada ao uso de serviços odontológicos³⁰. Assim, a determinação da prevalência de utilização dos serviços odontológicos e das características dos seus usuários podem auxiliar no planejamento de futuras ações em saúde que priorizem grupos populacionais com maiores dificuldades no acesso e utilização desses serviços²².

A população aqui estudada apresentava acesso adequado aos serviços odontológicos, uma vez que a maioria afirmou ter consultado o cirurgião-dentista no último ano. Porém, considerando que quase 70% dos indivíduos declararam não ter recebido orientações sobre saúde bucal no último ano, destaca-se o fato de que tal situação vai de encontro à odontologia moderna, haja visto que uma boa orientação é necessária para que essas pessoas possam desenvolver técnicas satisfatórias de escovação, sendo a motivação o principal desafio para os cirurgiões-dentistas. Além disso, a primeira consulta odontológica de uma pessoa portadora de deficiência visual deve ser exploratória e de reconhecimento do consultório, o que requer apresentação da equipe, do ambiente e até mesmo das entradas e saídas do consultório⁴.

Analisando os hábitos de higiene bucal dos deficientes visuais, Cericato & Fernandes¹³ verificaram que 33,33% nunca receberam orientação de escovação adequada, 39,59% foram orientados por um cirurgião-dentista, 16,67% por familiares e apenas 10,42% pelo professor da escola.

O reduzido número de pessoas avaliadas e

o fato de os dados refletirem apenas a percepção dos deficientes visuais sem considerar o ponto de vista do cirurgião-dentista constituem as principais limitações do presente trabalho. No entanto, considerando a falta de estudos com esse grupo populacional no estado do Piauí e, particularmente, na cidade de Teresina, os resultados aqui obtidos poderão servir de base para novas pesquisas e desenvolvimento de políticas públicas que contribuam para proporcionar, cada vez mais, ao cirurgião-dentista o conhecimento do universo dos deficientes visuais, possibilitando melhor orientação, motivação e conscientização desses pacientes nos cuidados com a saúde bucal.

CONCLUSÕES

O estudo da avaliação da saúde bucal nos deficientes visuais matriculados em escola da Associação dos Cegos do Piauí permitiu concluir que o grupo de deficientes visuais estudados, da mesma forma que a população brasileira com visão normal, apresenta uma condição clínica insatisfatória, com índice CPO-D elevado, cujo aumento com o avançar da idade evidencia que a exodontia é o tratamento de escolha nestas populações. Tal fato é demonstrado pela análise da condição de saúde periodontal, em que muitos sextantes foram excluídos, por não terem um número de dentes suficientes para o exame. Contudo, cabe destacar que os deficientes visuais aqui estudados apresentaram uma boa percepção em saúde bucal e um acesso adequado aos serviços odontológico, apesar de não receberem orientações sobre saúde bucal.

ABSTRACT

Vision is considered the greatest promoter of human interaction in motor, perceptual, and mental skills, and this loss can cause changes in the social environment. The aim of this study was to assess the oral health of visually impaired people by analyzing the prevalence of caries and periodontal disease, as well as their self-awareness and accessibility to dental services. The population studied consisted of 42 blind men and women, from 18 to 63 years of age, enrolled at the Association for the Blind in Piauí (ACEP) in Teresina, PI Brazil. Data were processed in BioEstat 5.0 and EpiInfo 6.04b softwares. The significance level was set at 5%. The values were analyzed by ANOVA, followed by Tukey's post-test. The DMFT mean was 11.5, and 58% of sextants presented periodontal disease. Questions regarding the self-awareness of oral health were conducted, and 83.2% of the respondents rated their oral health as excellent, good, or regular. Moreover, 5.2% of these visually impaired people had been to a dental surgeon, but only 30.9% had received instructions concerning oral health within the last twelve months.

This population showed a positive self-awareness of oral health as well as an adequate access to dental services. Nevertheless, their clinical situation was found to be poor, with a high DMFT index and a number of altered and excluded sextants, due to the large number of missing teeth.

Uniterms: Visually impaired persons. Dental caries. Oral health

REFERÊNCIAS

1. Campostrini EP, Ferreira EF, Rocha FL. Condições da saúde bucal do idoso brasileiro. *Arq Odontol.* 2007; 43:48-56.
2. Malta J, Endriss D, Rached S, Moura T, Ventura L. Desempenho funcional de crianças com deficiência visual, atendidas no Departamento de Estimulação Visual da Fundação Altino Ventura. *Arq Bras Oftalmol.* 2006; 69:571-4.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Censo demográfico 2000: Características gerais da população: Resultados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em 01 jan. 2010.
4. Rath IBS; Bosco VL; Almeida ICS; Moreira EAM. Atendimento odontológico para crianças portadoras de deficiência visual. *Arq Odontol.* 2001; 37:183-8.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União.* 1996.
6. Pereira AC. Normas operacionais para execução de levantamentos em odontologia. In: *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.* Porto Alegre: Artmed, 2003.
7. Ayres M, Ayres JRM, Ayres DL, Santos AAS. *Bioestat 5.0.* Sociedade Civil Mamirauá. Pará, 2007.
8. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton HA *et al.* Epi Info, version 6.04: a word processing database and statistics program for a epidemiology on microcomputers. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1996.
9. Fejerskov O, Kidd E. Cariologia clínica e a dentística operatória. In: *Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico.* São Paulo: Santos, 2005.
10. Mello TRC, Antunes JLF, Waldman EA. Áreas rurais: pólos de concentração de agravos à saúde bucal? *Arquivos de Medicina.* 2005; 19: 67-74.

11. Prefeitura Municipal de Teresina. Fundação Municipal de Saúde. Grupo Técnico de Saúde Bucal. Relatório Situacional da Assistência Odontológica do Município de Teresina. Teresina, 2006. Disponível em: < <http://saude.teresina.pi.gov.br>>. Acesso em 28 set. 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. 68 p. Disponível em < <http://www.apcd.org.br> >. Acesso em 19 out. 2009.
13. Cericato GO, Fernandes APS. Implicações da deficiência visual na capacidade de controle de placa bacteriana e na perda dental. RFO UPF. 2008; 13:17-21.
14. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública, 2004; 20:626-31.
15. Frazão P, Antunes JLF, Narvai PC. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. Rev Bras Epidemiol. 2003; 6:49-57.
16. Mendonça TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. Cad Saúde Pública. 2001; 17:1545-7.
17. Pinto VG. Identificação de problemas In: Saúde bucal coletiva. 4ed. São Paulo: Santos, 2000.
18. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. Cad Saúde Pública. 2005; 21:1251-9.
19. Afonso-Souza G, Nadanovsky P, Werneck GL, Faerstein E, Chor D, Lopes CS. Confiabilidade teste-reteste do item único de saúde bucal percebida em uma população de adultos no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007; 23:1483-88.
20. Goulart ACF, Vargas AMD. A percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal. Arq Odontol. 1998; 34:107-19.
21. Pinelli C, Turrioni APS, Loffredo LCM. Autopercepção em higiene bucal de adultos: reprodutibilidade e validade. Rev Odontol UNESP. 2008; 38:163-9.
22. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2009; 25:1063-72.
23. Matos DL, Lima-Costa MF. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. Cad Saúde Pública. 2006; 22:1699-707.
24. Silva PV, Santana SRF, Almeida ECB, Araújo ACS, Cimões R, Gusmão ES. Impacto do número de dentes no desempenho de atividades diárias. RFO UPF. 2007; 12:13-7.
25. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. Rev Saúde Pública. 2001; 35:349-55.
26. Carvalho OL. Condições e autopercepção da saúde bucal em adultos e idosos [dissertação]. Piracicaba (SP): Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas; 2005.
27. Bombarda-Nunes FF, Miotto MHMB, Barcellos LA. Autopercepção de saúde bucal do agente comunitário de saúde de Vitória, ES, Brasil. Pesqui Bras Odontopediatria - Clín Integr. 2008; 8:7-14.
28. Lacerda JT, Castilho EA, Calvo MCM, Freitas SFT. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24:1846-58.
29. Figueiredo MC, Faustino-Silva DD, Bez AS. Autopercepção e conhecimento sobre saúde bucal de moradores de uma comunidade carente do município de Porto Alegre-RS. ConScientiae Saúde. 2008; 7:43-8.
30. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. Rev Panam Salud Pública. 2007; 22:308-16.

Recebido em 08/01/2010 - Aceito em 07/04/2010

Autor correspondente:

Manoel Dias de Souza Filho
Rua Equador, 118 - Conjunto Jardim Esperança 3 - Ceará
CEP: 64.215-620 - Parnaíba-PI
e-mail: manoelfilhoprofessor@hotmail.com