



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

apesb@terra.com.br

Universidade Federal da Paraíba
Brasil

Pereira de SOUZA, Samanta; da SILVA, Alexandre; de Oliveira GUARÉ, Renata; Botti Rodrigues
SANTOS, Maria Teresa

Qualidade de Vida do Cuidador e Saúde Bucal do Indivíduo com Necessidade Especial
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 11, núm. 2, abril-junio, 2011, pp. 257-
262

Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63721615017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Qualidade de Vida do Cuidador e Saúde Bucal do Indivíduo com Necessidade Especial

Quality of Life of Caregiver and Oral Health of Special Needs Patients

Samanta Pereira de SOUZA¹, Alexandre da SILVA², Renata de Oliveira GUARÉ³,
Maria Teresa Botti Rodrigues SANTOS⁴

¹Cirurgiã-Dentista.

²Mestre em Ciências (Reabilitação) pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Docente da Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo.

³Doutora em Odontopediatria pela Universidade de São Paulo (USP); Departamento de Odontopediatria, Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo.

⁴Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Departamento de Odontologia para Pacientes Especiais, Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida dos cuidadores primários de pacientes com necessidades especiais, e verificar se há repercussão da mesma na saúde bucal dos pacientes.

Método: O estudo foi do tipo exploratório descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Foram convidados a participar todos os cuidadores de indivíduos normoreativos e com deficiência que frequentavam a clínica escola de duas universidades e de um centro de reabilitação no período de setembro de 2008 a junho de 2009, em São Paulo. O Grupo Estudo (GE) era composto por 27 pacientes com necessidades especiais e o Grupo Controle (GC) por 23 pacientes normoreativos voluntários, ambos com idades entre três e 18 anos, e que foram avaliados quanto à experiência de cárie utilizando-se o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D). Os cuidadores primários do grupo controle (CGC) e do grupo estudo (GCE) responderam o questionário na versão abreviada sobre Qualidade de Vida (WHOQOL-bref), o qual é composto por 26 questões de múltipla escolha englobando os domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente. Para a análise estatística foi utilizado o programa SPSS com a sintaxe própria do WHOQOL-bref. Os testes Teste t de Student, qui-quadrado e de Fisher foram utilizados, com nível de significância fixado em 5%.

Resultados: Não houve diferença estatística na qualidade de vida entre os grupos de cuidadores estudados, bem como para a experiência de cárie entre os GC e GE ($p>0,05$).

Conclusão: A qualidade de vida dos cuidadores primários dos pacientes com necessidades especiais não é afetada pelo ato de cuidar, e esta se reflete favoravelmente na saúde bucal destes indivíduos.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life of primary caregivers of special needs patients and to verify whether it affects the patients' oral health.

Method: This investigation was an exploratory descriptive study with cross-sectional design and quantitative approach. All caregivers of normal and disabled individuals attending the clinics of two universities and one rehabilitation center between September 2008 and June 2009 in the city of São Paulo were invited to participate in the study. The Study Group (SG) was composed by 27 special needs patients and the Control Group (CG) by 23 normal volunteers, aged 3 and 18 years, who were evaluated with respect to caries experience using the DMF-T (decayed, missing and filled teeth) index. The primary caregivers of the Control Group (CGC) and the Study Group (SGC) answered the short version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-bref), which is composed by 26 multiple-choice questions comprising the following domains: Physical, Psychological, Social Relations and Environment. Statistical analysis was performed with the SPSS software using the WHOQOL-bref own syntax. Student's t, Chi-Square and Fisher's Exact tests were used. The significance level was set at 5%.

Results: There was no statistically significant difference ($p>0.05$) between the groups of caregivers for either quality of life or caries experience.

Conclusion: The quality of life of primary caregivers of special needs patients was not affected by the act of taking care of, and it was favorably reflected in the oral health of these individuals.

DESCRITORES

Qualidade de Vida; Cuidados Primários de Saúde; Índice CPOD.

KEY-WORDS

Quality of Life; Primary Health Care; DMF Index.

INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC) é definida como um grupo de distúrbios do movimento e da postura que causam limitação da atividade e que são atribuídas a distúrbios não progressivos ocorridos durante o desenvolvimento do cérebro imaturo¹, sendo considerada uma condição crônica que leva a limitações funcionais em longo prazo².

A presença de doenças crônicas também pode influenciar múltiplos aspectos da vida de seus cuidadores, levando-os ao cansaço, isolamento, sobrecarga e estresse³. O nascimento de uma criança com PC pode originar alterações familiares com diferentes graus de intensidade⁴. A saúde psicológica e física dos cuidadores pode ser fortemente influenciada pelo comportamento da criança e pela demanda de cuidado⁵. O cuidador primário da criança com PC, que normalmente é a mãe, altera sua própria vida em função de melhorar a condição de sua criança¹.

A PC provoca mudanças na força, coordenação e tônus muscular, resultando na dificuldade da realização de tarefas funcionais como caminhar, se comunicar e realizar auto-cuidados. Essas dificuldades podem contribuir para a diminuição na participação na comunidade, escola e em atividades familiares, levando a um impacto na qualidade de vida do paciente e em seus cuidadores⁶.

A qualidade de vida dos cuidadores de crianças com PC encontra-se diminuída nos domínios de função física, vitalidade, saúde geral e papel emocional⁷. A co-assistência é parte fundamental na higienização bucal daqueles que apresentam alguma dificuldade motora^{8,9}, pois o controle mecânico do biofilme entre estes pacientes é, muitas vezes, deficiente devido ao comprometimento motor apresentado^{9,10}.

A alimentação pastosa, higienização precária dos dentes, deglutição atípica, uso prolongado de mamadeira e de medicamentos, que contém sacarose em sua fórmula ou que provocam xerostomia, podem levar ao comprometimento da sua saúde bucal desses pacientes, aumentando a prevalência e gravidade das doenças cárie e doença periodontal¹¹.

Transtornos de crescimento e de nutrição são as condições secundárias de saúde mais comuns em crianças com PC, provocando forte impacto sobre a saúde em geral, incluindo funções psicológicas e fisiológicas, a participação social, a função motora e a própria sobrevivência¹², contribuindo para uma higiene bucal insatisfatória e a possibilidade de má-formações dento-faciais. Os centros de reabilitação que trabalham com crianças com necessidades complexas devem abordar não somente a criança como também seus pais e cuidadores¹³, pois o difícil processo de cuidar de crianças com paralisia cerebral pode afetar significativamente a qualidade de vida destes cuidadores que são responsáveis pela higienização bucal desses

há repercussão da mesma na saúde bucal dos Pacientes com Necessidades Especiais (PNE).

METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNICSUL (protocolo nº 114/2008). O estudo realizado foi do tipo exploratório descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Foram convidados a participar todos cuidadores de indivíduos normoreativos que frequentavam a disciplina de Odontopediatria nas Universidades Cruzeiro do Sul e Camilo Castelo Branco, e os pacientes com necessidades especiais que frequentavam a clínica escola de Pacientes com Necessidades Especiais da Universidade Cruzeiro do Sul e do Centro de Reabilitação Lar Escola São Francisco, no período de setembro de 2008 a junho de 2009, em São Paulo.

Os critérios de inclusão foram participação voluntária dos cuidadores de indivíduos normoreativos e com necessidades especiais, sem distinção de gênero e etnia. Para o grupo estudo era necessário o diagnóstico médico de paralisia cerebral ou de deficiência mental conjunta com deficiências físicas que impediam a realização de auto-cuidados, sendo obrigatória a realização da higiene bucal pelo cuidador na faixa etária de três a dezoito anos e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão foram a recusa do cuidador em participar, inexistência do cuidador baseado na definição preconizada no estudo, presença de outra doença mais incapacitante no paciente que a própria paralisia cerebral e presença de deficiência cognitiva acentuada no cuidador.

O grupo estudo (GE) era composto por 27 pacientes com necessidades especiais, e o grupo controle (GC) 23 pacientes normoreativos.

Os respectivos cuidadores primários de ambos os grupos (CGE e CGC) foram avaliados quanto à qualidade de vida por meio do Questionário sobre Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, na versão abreviada, o WHOQOL-bref, o qual é composto por 26 questões de múltipla escolha englobando os domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente. Este questionário foi traduzido e validado para o idioma português do Brasil, sendo disponibilizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O cuidador primário foi definido como a principal pessoa responsável pela assistência ao paciente durante o curso da condição incapacitante e mais intimamente envolvida no cuidado do mesmo. Os critérios diagnósticos utilizados para a determinação da experiência de cárie foram os preconizados pela WHO (1997)¹⁴. O exame de avaliação da cárie dentária foi realizado com auxílio de espátula descartável de madeira e luz natural. Uma seqüência de análise foi seguida para

hemiarcada superior esquerdo. Na mandíbula, o exame teve início no último dente da hemiarcada inferior esquerdo e término no último dente do lado direito.

A coleta de dados foi realizada por uma pesquisadora (Teste Kappa= 0,93). Após a coleta os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel e para análise estatística utilizou-se a sintaxe própria do WHOQOL-bref no programa SPSS. Para a análise estatística foram realizadas as análises descritivas e analíticas. Os testes de comparação de médias (Teste t de Student) e o de comparação de freqüências (Teste qui-quadrado e de exato de Fisher) foram utilizados, com nível de significância fixado em 5%.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a distribuição da amostra quanto ao gênero, sendo que o feminino prevalece como maioria tanto no grupo controle (91,3%) quanto no grupo estudo (92,6%).

Em relação ao grau de parentesco, a maioria dos entrevistados era constituída por mães, tanto no grupo controle (71,4%) quanto no grupo estudo (66,7%). A presença da figura de avôs/avós (19%) e irmãos/irmãs (9,5%) foi relatada no grupo controle e a presença de pai (22,2%) e irmão/irmã (11,1%) no grupo estudo.

Para a pergunta sobre o nível educacional dos cuidadores, a resposta prevalente foi 1º Grau Incompleto, tanto para o grupo controle (36,4%) quanto para o grupo estudo (40,7%). Em relação ao estado civil, a amostra do grupo controle e do grupo estudo apresentou-se como casado(a), com 50% e 40,7% dos respondentes, respectivamente.

Quanto ao estado de saúde atual, o grupo controle respondeu a questão como “Nem ruim nem boa” e “Boa”, ambas as respostas com 34,8% dos respondentes cada, enquanto o grupo estudo considerou em sua maioria (48,1%) como “Boa”, embora 11,1% desse grupo tenha respondido à questão com a alternativa “Frac”. Apesar dos problemas de saúde relatados, 70,4% dos cuidadores do grupo estudo está sem tratamento para sua doença ou condição de saúde.

Na Figura 1 verificam-se quais os principais problemas de saúde ou condição atual da saúde dos cuidadores. Embora a maioria tenha respondido como “Nenhum problema”, verifica-se a prevalência do grupo estudo nas respostas com alternativas “Dor na coluna”, “Depressão”, “Pressão baixa”, “Osso quebrado ou fraturado”, “Problema de coração”, entre outros. O grupo controle apresenta grande número de respondentes com “Pressão alta”.

Com relação à experiência de cárie, o teste t de Student demonstrou que os grupos não diferiram ($p=0.3386$) quanto ao índice CPO-D, apresentando o GE valor médio de 3.7 (± 3.6) e o GC de 4.3 (± 3.7) (Figura 2).

As respostas do questionário WHOQOL-bref foram pontuadas de acordo com o domínio (físico, psicológico, social e ambiental), a fim de se obter o escore sobre qualidade de vida de acordo com o gênero e grupo. Na Tabela 2 observa-se que, embora não haja diferença estatística nos resultados obtidos com a análise, a parcela feminina da amostra apresentou uma maior pontuação na qualidade de vida em relação aos domínios físico, psicológico e social, com exceção ao domínio ambiental. A parcela masculina da amostra apresentou uma melhor qualidade de vida neste domínio, enquanto o grupo controle apresentou a maior pontuação em todos os domínios.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos cuidadores dos grupos controle e estudo.

| | GRUPO CONTROLE n(%) | GRUPO ESTUDO n(%) | |
|-----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|
| GÊNERO | | | |
| Masculino | 2(8,7) | 2(7,4) | p=1,00 |
| Feminino | 21(91,3) | 25(92,6) | |
| GRAU DE PARENTESCO | | | |
| Mãe | 15(71,4) | 6(66,7) | p=0,09 |
| Pai | 0 | 2(22,2) | |
| Irmão/Irmã | 2(9,5) | 1(11,1) | |
| Avô/Avó | 4(19) | 0 | |
| NÍVEL EDUCACIONAL | | | |
| Analfabeto | 1(4,5) | 0 | p=0,59 |
| I Grau Incompleto | 8(36,4) | 11(40,7) | |
| I Grau Completo | 1(4,5) | 4(14,8) | |
| II Grau Incompleto | 4(18,2) | 2(7,4) | |
| II Grau Completo | 7(31,8) | 9(33,3) | |
| III Grau Incompleto | 1(4,5) | 1(3,7) | |
| ESTADO CIVIL | | | |
| Solteiro(a) | 8(36,4) | 9(33,3) | p=0,66 |
| Casado(a) | 11(50) | 11(40,7) | |
| Vivendo como casado(a) | 2(9,1) | 6(22,2) | |
| Viúvo(a) | 1(4,5) | 1(3,7) | |
| COMO ESTÁ SUA SAÚDE? | | | |
| Muito Ruim | 2(8,7) | 1(3,7) | p=0,30 |
| Frac | 0 | 3(11,1) | |
| Nem Ruim Nem Boa | 8(34,8) | 7(25,9) | |
| Boa | 8(34,8) | 13(48,1) | |
| | | | |

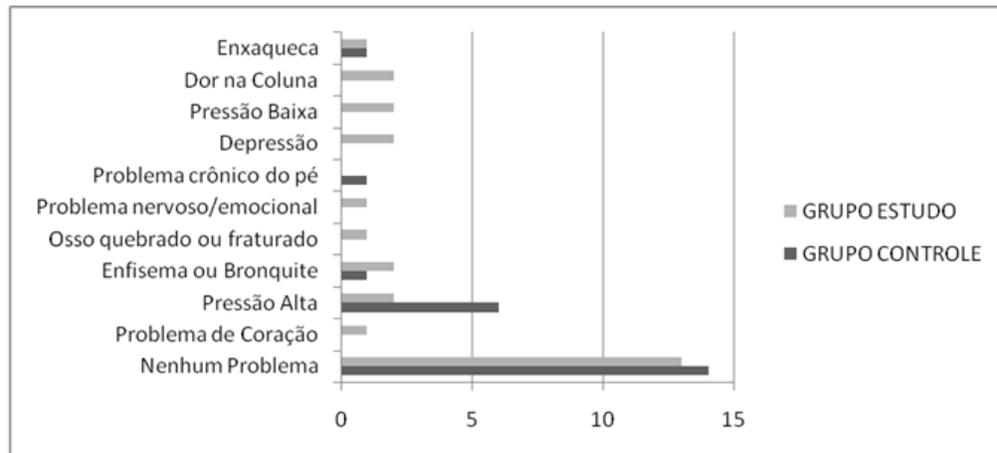


Figura 1. Principais problemas de saúde ou condição da saúde atual relatados pelos cuidadores dos grupos estudo e controle.

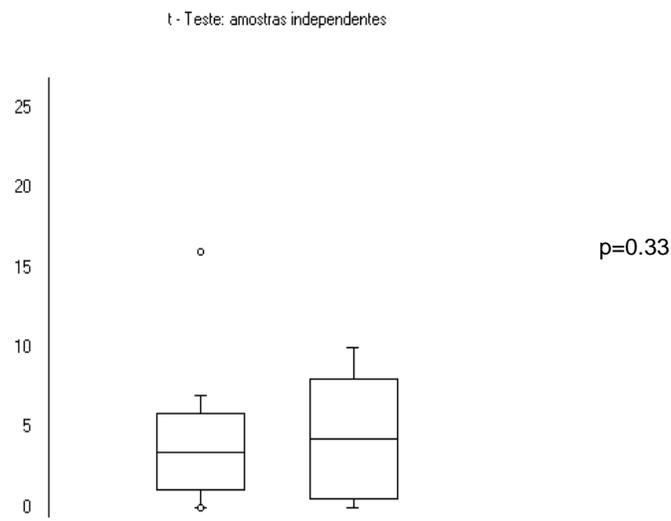


Figura 2. Índice CPO-D dos grupos estudo e controle.

Tabela 2. Resultados sobre a qualidade de vida por gênero e grupo.

| | DOMÍNIO FÍSICO X(±DP) | P= | DOMÍNIO PSICOLÓGICO X(±DP) | P= | DOMÍNIO SOCIAL X(±DP) | P= | DOMÍNIO AMBIENTAL X(±DP) | P= |
|----------------------------|--------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|--------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|
| MASCULINO (n=4) | 58,03 (9,39) | 0,23 | 57,29 (14,18) | 0,12 | 68,75(4,16) | 0,51 | 57,81 (7,43) | 0,63 |
| FEMININO (n=45) | 68,53(16,96) | | 69,32 (15,19) | | 75,37(19,70) | | 53,92(16,14) | |
| CONTROLE (n=22) | 68,75(15,26) | 0,68 | 71,78 (16,05) | 0,19 | 76,51(17,56) | 0,57 | 55,76(13,15) | 0,54 |
| ESTUDO (n=27) | 66,79(17,96) | | 66,04 (14,55) | | 73,45(20,28) | | 53,00(17,49) | |

DISCUSSÃO

Os cuidados que são prestados à pessoa com

Os cuidados com qualquer criança envolvem consideráveis recursos, mas as demandas por estes recursos são frequentemente aumentadas quando se trata dos cuidadores de uma criança com deficiência¹⁶ o

Os cuidadores do grupo estudo passaram pelas fases e processos de aceitação de sua condição de vida. Embora para a sociedade sua qualidade de vida seja precária, para estes ela é boa, acreditando que estão aptos a dar o máximo de atenção necessária ao paciente, com o mínimo de recursos financeiros necessários; ainda que os demais aspectos da vida pessoal, como saúde, lazer e diversão fiquem em último plano. Esta forma de enfrentamento é denominada por *coping*, resiliência e *empowerment*. *Coping* é o nome dado ao processo de adaptação, com a aceitação do grau da deficiência experimentado pelas famílias ao longo dos anos, que dilui eventuais impactos no estresse¹⁶, além do fato da sociedade moderna ter feito enormes progressos nos apoios às famílias de pessoas com deficiência independentemente do seu nível de deficiência¹⁷; resiliência é utilizado como a capacidade humana de enfrentar adversidades sucessivas ou acumuladas sem prejuízos para o desenvolvimento¹⁸ e *empowerment* são estratégias concretas com as quais as pessoas, a partir da vivência da dor, da discriminação e da opressão, podem reconstruir paulatinamente suas vidas¹⁹.

Esta família que sobrevive em si, seja pelos vínculos afetivos ou pelos papéis sociais, necessita de força para continuar a vida, superando o luto que envolve a notícia inicial, elaborar o “problema”, desenvolvendo recursos internos positivos, em que se atribua um novo significado a esta situação²⁰. Por outro lado, o grupo controle não apresentou grande pontuação no questionário (o que significaria uma melhor qualidade de vida), provavelmente devido aos padrões impostos pela sociedade de hoje, na qual o consumo e estado social estão em primeiro lugar, estando o afeto, carinho e atenção em segundo plano.

Estudos em indivíduos com deficiência apontam presença de microbiota patogênica para desenvolvimento de doença periodontal²¹, maior experiência de cárie²² e presença de microrganismos próprios de infecções respiratórias em cavidade bucal, predispondo-os a maior número de eventos pulmonares²³. Estes achados reforçam a importância da abordagem preventiva, instituição de programas de educação aos pais e cuidadores em relação à modificação na dieta, às práticas de higiene oral e às visitas odontológicas regulares²⁴. Cuidadores com boa qualidade de vida sentem-se motivados, ativos e atentos aos cuidados em saúde bucal.

Este estudo destaca a divergência do significado sobre qualidade de vida e sua importância no contexto diário. O fato de não haver diferença significativa entre as respostas do WHOQOL e experiência de cárie entre os grupos estudados, leva-nos a formular a hipótese de que os CGE superaram suas dificuldades, sedimentaram os conhecimentos sobre saúde bucal para os indivíduos com deficiência e colocaram-nas em prática. Estes resultados podem refletir o atendimento diferenciado baseado na prevenção, fornecido pelas instituições que estes pacientes frequentam.

Portanto, os aspectos negativamente relatados

aos pacientes, visto que a experiência de cárie de ambos os grupos foi semelhante.

CONCLUSÃO

A qualidade de vida dos cuidadores primários dos pacientes com necessidades especiais não é afetada pelo ato de cuidar, e esta se reflete favoravelmente na saúde bucal destes indivíduos.

AGRADECIMENTOS

Aos funcionários e alunos da Clínica Odontológica da Universidade Cruzeiro do Sul, do Lar Escola São Francisco e aos professores da disciplina de Odontopediatria do curso de Odontologia da Universidade Camilo Castelo Branco.

Ao CNPq pelo Auxílio financeiro - CNPq (Iniciação Científica), processo número 107029/2008-1.

REFERÊNCIAS

- Bax M, Goldstein M, Rosebaum P, Levinton A, Paneth N, Ban B, et al. Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy. Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2005; 47: 571-6.
- Raina P, O'Donnell M, Rosenbaum P, Brehaut J, Walter SD, Russell D et al. The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*. 2005; 115: 626-36.
- Lim J, Zebrack B. Caring for family members with chronic physical illness: a critical review of caregiver literature. *Health Qual Life Outcomes*. 2004; 2:1-9.
- Relvas AP. O ciclo vital da família – Perspectiva sistêmica. Porto: Edições Afrontamento. 2000.
- Raina P, O'Donnell M, Schwellnus H, Rosenbaum P, King G, Brehaut J, et al. Caregiving process and caregiver burden: conceptual models to guide research and practice. *BMC Pediatr*. 2004; 4:1-13.
- Adams JV. Understanding function and other outcomes in cerebral palsy. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2009 August ; 20(3): 567–575.
- Tuna H, Unalan H, Tuna F, Kokino S. Quality of life of primary caregivers of children with cerebral palsy: a controlled study with short form-36 questionnaire. *Dev Med Child Neurol*. 2004; 46: 646-8.
- Abreu MHNG, Paixão HH, Resende VLS, Pordeus IA. Mechanical and chemical home plaque control: a study of Brazilian children and adolescents with disabilities. *Spec Care in Dentistry*. 2002; 22 (2): 58-64.
- Pannuti CM, Lotuzo RFM, Cai S, Saraiva MC, Freitas MM, Falsi D. Effect of a 0,5%chlorhexedine gel on dental plaque superinfecting microorganisms in mentally handicapped patients. *Pesq Odontol Bras*. 2003; 17(3):228-233.
- Dos Santos MT; Nogueira ML. Infantile reflexes and their effects on dental caries and oral hygiene in cerebral palsy individuals. *J Oral Rehabilitation*. 2005; 32(12):880-85.
- Fourniol Filho A. Pacientes especiais e a odontologia. São Paulo: Santos, 1998. 472p.
- Kuperminc MN, Stevenson RD. Growth and Nutrition Disorders in Children with Cerebral Palsy. *Dev Disabil Res Rev*. 2008; 14(2):137-146.
- Thurston S, Paul J, Ye G, Lopez B, Browne D, Browne C, et

Pediatrics 2010; Article ID 570209.

14. WHO, 1997. Oral Health Surveys. Basic Methods. Geneva: WHO.

15. Wallander J, Pih L, Mellins C. Child functional independence and maternal psychosocial stress and risk factors threatening adaptation in mothers of physically or sensorially handicapped children. *Journal of Clinical Psychology* 1990; 58(6):818-824.

16. Brehaut JC, Kohen DE, Raina P, Walter SD, Russel DJ, Swiinton M, et al. The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: how does it compare with that of other Canadian caregivers? *Pediatrics*. 2004 Aug; 114(2): 182-91.

17. Almeida T, Sampaio FM. Suporte Social e stress em famílias de indivíduos com paralisia cerebral – Impacto das habilitações literárias dos familiares e do nível funcional dos pacientes. Disponível em: Biblioteca digital da Universidade Federal de Pelotas. Acessado em 20/07/2009. <<https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/621/1/199-206FCHS2006.pdf>>

18. Vicente CM. Guia de promoção de Resiliência. (Mimeo USP-Ribeirão Preto). 1996.

19. Vasconcelos EM. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: 2003.

20. Sousa KG. Paralisia Cerebral e a Reconstrução do cotidiano familiar. [Tese de Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente]. Anápolis: UniEvangélica; 2009.

21. Naka S, Yamana A, Nakano K, Okawa R, Fujita K, Kojima A, et al. Distribution of periodontopathic bacterial species in Japanese children with developmental disabilities. *BMC Oral Health* 2009, 9:24.

22. Altuna C, Guvena G, Akgunb OM, Akkurtd MD, Basaka F, Akbulut W. Oral Health Status of Disabled Individuals Attending Special Schools. *Eur J Dent* 2010;4:361-366

23. Binkley CJ, Haugh GS, Kitchens DH, Wallace DL, Sessler D. Oral Microbial and Respiratory Status of Persons with Mental Retardation/Intellectual & Developmental Disability – An Observational Cohort Study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009 November ; 108(5): 722–731.

24. Oredugba F, 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.

Recebido/Received: 08.04.10

Revisado/Reviewed: 05.10.10

Aprovado/Approved: 16.12.10

Correspondência:

Samanta Pereira de Souza

Rua Francisco da Cunha, 499, Itaquera, São Paulo/SP, Brasil

CEP: 08225-260

E-mail: sami.odonto@hotmail.com