



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**PERFIL DOS PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS ATENDIDOS
NA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL**

LOUISE DE CÁSSIA FERREIRA BERTOLI

Número de cartão 00144376

TACIANA FERRONATO

Número de cartão 00144407

Porto Alegre

Dezembro 2009

MÁRCIA CANÇADO FIGUEIREDO

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ORTOPEDIA
PROFESSORA REGENTE DA DISCIPLINA DE ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO AO PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS - ODO
01015 E ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE COM
NECESSIDADES ESPECIAIS AVANÇADO – ODO 01018

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecemos a Deus pelo dom a nós concedido, por permitir que nossas mãos sejam capazes de construir sorrisos.

Obrigada aos nossos pais que nos deram a oportunidade de estudar e ir mais além.

Agradecemos as nossas famílias pela compreensão e apoio que nos deram durante nossa jornada acadêmica.

Obrigada aos amigos companheiros que nos incentivaram e acreditaram em nós.

Obrigada a ATO 2009 pela companhia nessa caminhada e por compartilhar conosco desse momento.

Agradecemos a nossa orientadora Márcia Cançado Figueiredo pelos ensinamentos e a Daniel Demétrio pela colaboração e incentivo.

Obrigada à Amizade que não só nos permitiu construir um belo trabalho, como também nos uniu para nos fazer mais fortes.

E por fim, obrigada aos nossos pacientes, mais que especiais, por despertar em nós nosso lado mais humano.

SUMÁRIO

Resumo	3
Palavras Chaves	3
Abstract	3
Key Words	3
Introdução	4
Objetivo	7
Materiais e Métodos	8
Resultados	10
Discussão	13
Conclusões	22
Referências Bibliográficas	23
Apêndice A	26
Apêndice B	27

RESUMO

Foi realizada avaliação do perfil de pacientes com necessidades especiais acompanhados no período de 1999 a 2009 pela Disciplina de Atendimento Odontológico ao Paciente com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande Sul. Foram detectadas as condições de saúde mais prevalentes, assim como os procedimentos odontológicos mais realizados. Comparou-se os achados do presente estudo com a conduta adotada pelos diversos autores consultados na literatura e verificou-se que a condição bucal do paciente está também relacionada com seu diagnóstico médico, medicamentos utilizados e nível sócio-econômico-cultural. Por possuírem, em sua maioria, problemas de motricidade e inteligência, estes pacientes têm maior frequência de doenças bucais como cárie e periodontite. A situação bucal dos pacientes especiais avaliados não foi considerada aceitável, principalmente por dificuldade de higiene bucal e pouco esclarecimento dos cuidadores em relação aos cuidados odontológicos.

PALAVRAS CHAVES

Assistência Odontológica, Pessoas com Deficiência, Anamnese

ABSTRACT

An evaluation of patients profile with special needs attended in the period 1999 to 2009 by the Department of Dental Care to Patients with Special Needs, School of Dentistry, Universidade Federal do Rio Grande Sul was made. The health conditions more prevalent were detected, as most dental procedures performed. We compared the findings of this study with the procedure adopted by several authors in the literature and we found that the oral condition of the patient is also related to their medical diagnosis, medication and socio-economic and cultural level. Because they have, for the most part, problems of motion and intelligence, these patients have higher frequency of oral diseases as caries and periodontitis. The oral status of special patients assessed was not acceptable, mainly due to difficulty in oral hygiene and little explanation to the caregivers in relation to dental care.

KEY WORDS

Dental care, Disable Persons, Anamnesis

INTRODUÇÃO

Segundo dados da WHO de 2001, 10% da população mundial é constituída por indivíduos portadores de necessidades especiais. Esse grupo de pacientes engloba aqueles com deficiência mental, deficiência física, anomalias congênitas, distúrbios comportamentais, transtornos psiquiátricos, distúrbios sensoriais e de comunicação (HADDAD, 2007). As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, etc.

A definição de pessoa que tem “necessidades especiais” abrange também aqueles que são economicamente ou socialmente prejudicados e discriminados. Essa população especial inclui: indivíduos incapacitados, mutilados, deficientes físicos e mentais; indivíduos institucionalizados, desabrigados e indigentes; sem terra; presos; trabalhadores rurais ou imigrantes; alguns grupos de pacientes idosos; portadores do vírus HIV; imigrantes não documentados; indivíduos que não falam a língua do país; indivíduos de nível socioeconômico baixo; indivíduos que moram isolados.

Nem sempre uma necessidade especial pode ser identificada pelo aspecto físico, sendo assim, o cirurgião-dentista deve realizar anamnese minuciosa a fim de detectar possíveis alterações e assim proporcionar atendimento odontológico integral e seguro (VARELLIS, 2005). É importante destacar que “especial” não diz respeito apenas ao indivíduo mal formado; o aspecto de normalidade pode disfarçar doenças sistêmicas crônicas, que requerem adequação do tratamento odontológico.

Ninguém porta uma necessidade, mas sim, é portador de uma doença ou deficiência que o leva a ter uma necessidade especial em vários aspectos do todo de que é composto (VARELLIS, 2005). Dessa forma, há a necessidade de individualização na abordagem e plano de tratamento, sendo cada caso único, com características peculiares, ainda que a moléstia de base seja a mesma.

Pelas diversas peculiaridades referentes ao atendimento de pacientes especiais, atualmente, no Brasil, o atendimento odontológico a essa população, muitas vezes, limita-se a instituições, onde o cirurgião-dentista, em raros casos, integra uma equipe multidisciplinar e desempenha importante papel na manutenção e melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

Como não tiveram, no curso de graduação, a oportunidade de conhecer e vivenciar esse tipo de atendimento, a maioria dos profissionais prefere não atendê-los

em âmbito privado e público (HADDAD, 2007), encaminhando-os a centros de referência já saturados. Além disso, não é incomum não saberem a quem indicar, devido à escassez de profissionais preparados para atender a demanda de pacientes com necessidades especiais em nosso país.

No Brasil, o número de especialistas, segundo o Conselho Federal, é de 401 em todo o país. Essa falta de capacitação profissional e grupos de estudo que discutam métodos facilitadores de prevenção e tratamento odontológico voltados para esses pacientes soma-se a outras problemáticas que tornam o número de atendimentos muito baixo. A falta de informação aos responsáveis e de comprometimento com o tratamento, juntamente com a falta de acessibilidade (que incluem barreiras arquitetônicas) contribuem para que apenas 3% (WHO, 2001) dessa população tenha acesso aos serviços odontológicos dos quais tem necessidade.

Com vista nas peculiaridades do atendimento a pacientes especiais que vai desde o manejo ao tratamento, além da integralidade, o objetivo desse trabalho é informar os profissionais da área de saúde dos aspectos mais importantes no que tange, principalmente, ao cuidado odontológico. Observando a considerável necessidade desses pacientes e a grande dificuldade em encontrar profissionais capacitados, consideramos importante relatar o perfil desses pacientes com suas características principais, a fim de que, não só cirurgiões-dentistas, mas também cuidadores sintam-se melhor preparados para lidar com situações referentes à saúde bucal e comportamento dessa população.

É preciso informar e atualizar os profissionais da área da saúde sobre aspectos importantes do atendimento a pacientes com necessidades especiais, assim como esclarecer características específicas ou gerais das diferentes classificações desse grupo de pacientes. Esclarecer cirurgiões-dentistas e cuidadores da importância de proporcionar atendimento odontológico adequado e de acordo com todas as especificidades desse trabalho e de cada necessidade individual ou geral, tornando-os aptos ao atendimento, ao encaminhamento e direcionamento para profissionais capacitados.

Tendo em vista o volume da população brasileira com necessidades especiais e, principalmente, o número dessas pessoas que não tem acesso a atendimento odontológico adequado, surge a importância de estimular os profissionais da área da saúde a fim de que sintam-se preparados a desenvolver conhecimentos nessa área e

assim proporcionar melhor e mais integral atendimento, assim como qualidade de vida a essa população sem acesso e necessitada.

Segundo Figueiredo *et al.* (2003), se algumas pessoas dizem que “pacientes especiais são aqueles que requerem alteração na rotina normal de tratamento”, então devemos respeitar este conceito. Devemos alterar nossa rotina normal de tratamento, caso seja necessário, e nunca querer o contrário, que esse paciente se adapte a nossa comodidade e egoísmo. Devemos abraçar a sua limitação e dizer-lhe da maneira que lhe for possível entender, eu amo você, porque você, antes de ser uma pessoa especial, antes de ser qualquer outra coisa, é um ser humano, e como todo ser humano tem seus problemas e limitações, suas qualidades e erros, eu lhe respeito como é e vou procurar atender às suas necessidades.

É possível, sim, ser especial, ao se lidar com uma pessoa especial. É possível oferecer-lhe ajuda adequada se o princípio for sempre, e acima de tudo, encaixar-se no molde do paciente e não querer que ele se encaixe em nossos moldes defeituosos e pré-fabricados. É possível respeitá-lo e tratá-lo como é e como merece ser tratado. Aí, então, nosso trabalho servirá para alguma coisa. Aí, então, seremos verdadeiramente profissionais da saúde, adequando-nos às suas necessidades e jamais o contrário, como é a conduta habitual em nossa sociedade, querer que os especiais procurem se adequar a este mundo tão inadequado. Aí, então, poderemos dizer ao fim do dia: *hoje eu consegui fazer alguém feliz...*

OBJETIVO

Traçar o perfil do atendimento e dos pacientes com necessidades especiais acompanhados pela Disciplina de Atendimento Odontológico ao Paciente com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande Sul no período de 1999 a 2009, destacando os seguintes itens:

1. Perfil sócio-econômico-cultural;
2. Diagnóstico ou descrição da condição especial do paciente feito pelo médico;
3. Condições de saúde associadas ou não à situação especial de acordo com laudo médico;
4. Condições de saúde bucal;
5. Tratamento odontológico recebido.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo longitudinal retrospectivo, a partir de dados coletados de prontuários de pacientes da Disciplina de Atendimento Odontológico ao Paciente com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, referentes ao período de 1999 a 2009.

A Disciplina atende pacientes de livre demanda, provenientes de Porto Alegre e outras regiões, que procuram a Universidade para atendimento odontológico ambulatorial. Além desses, são atendidos pacientes encaminhados das Unidades Básicas de Saúde, através do SUS – Sistema Único de Saúde, para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) em funcionamento na Faculdade.

Os Centros de Especialidades Odontológicas fazem parte de uma série de ações em saúde bucal (Projeto Brasil Sorridente). Esta política objetiva a redução das desigualdades, inclusão social, promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população. A Faculdade de Odontologia da UFRGS mantém convênio com o Projeto, juntamente com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre e oferece, mediante encaminhamento via Unidades Básicas de Saúde, tratamento em nível de especialidades, dentro dos quais se enquadra o Atendimento Odontológico ao Paciente com Necessidades Especiais.

De acordo com os dois modelos de prontuários, foi feita a coleta de dados a partir de tabelas construídas pelos pesquisadores (Apêndice A) a fim de que as informações fossem padronizadas. Essa tabela continha as informações necessárias para conhecimento da população dos pacientes, nos permitindo traçar o seu perfil e fazer uma análise comparativa de alguns dos dados.

Avaliou-se fatores sócio-econômicos através de informações referentes à escolaridade e renda familiar. Além disso, foram levantados os aspectos de saúde, com as características individuais de cada paciente, observando-se qual a síndrome ou alteração de normalidade, juntamente com características específicas, como os medicamentos utilizados, as necessidades e o tipo de tratamento recebido para a saúde bucal.

Os dados foram tabulados com auxílio do programa Excel, expressos na forma de frequência simples e relativa em gráficos.

A população em estudo foi composta por um total de aproximadamente 850 usuários atendidos no período de 1999 a 2009. O principal critério de exclusão foi a ausência de informações necessárias das questões em estudo, tais como dados de anamnese, não atendimento odontológico (apenas primeira consulta ou ausência de laudo médico que autorize a realização do atendimento, por exemplo), mau preenchimento das necessidades e do tratamento realizado.

Tendo satisfeito os critérios impostos como primordiais para a realização da pesquisa, os dados dos pacientes foram computados e o perfil dos pacientes e suas principais características foi traçado totalizando um universo de 584 pacientes.

O presente estudo faz parte de um estudo maior já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS (Apêndice B).

RESULTADOS

No presente estudo, de um total de 584 pacientes, 191 foram encaminhados ao ambulatório da Faculdade para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 393 provindos de livre demanda (Figura 1).

Em relação ao gênero, observou-se maior frequência do sexo masculino em relação ao feminino como demonstrado na Figura 2. A faixa etária dos pacientes variou de 2 a 68 anos.

Figura 1 – Total de pacientes de acordo com a procedência. (n=584)

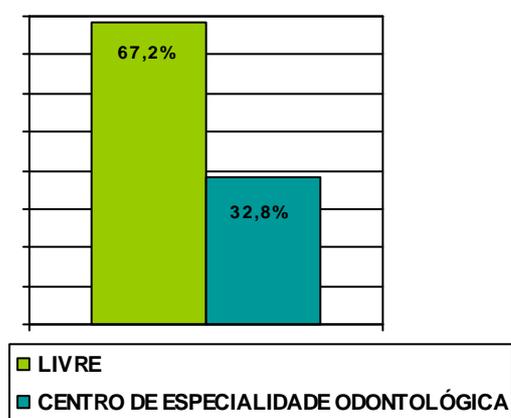
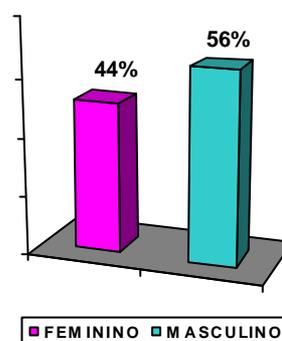


Figura 2 - Divisão dos pacientes de acordo com o gênero. (n=584)



Na análise dos fatores sócio-econômicos relacionados a essa população, verificou-se o nível de escolaridade dos pais e a renda familiar como demonstrado nas Figuras 3 e 4.

Figura 3 – Grau de escolaridade dos cuidadores dos pacientes. (n=393)

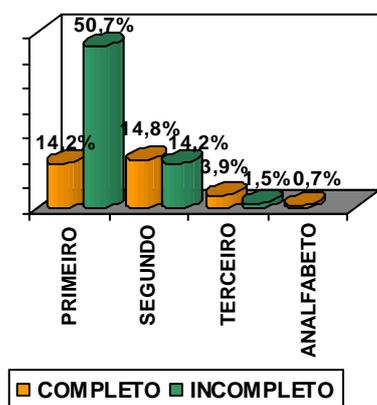
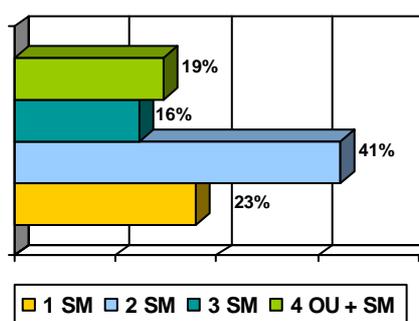
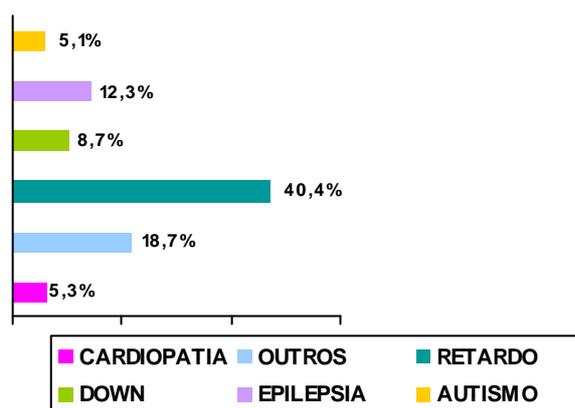


Figura 4 – Renda familiar em salários mínimos (SM). (n=393)



Entre estes pacientes observou-se as síndromes e/ou condições sistêmicas de que eram portadores, dentre as quais optou-se por trabalhar com as mais frequentes que incluem: Retardo de Desenvolvimento Neuro-Psico-Motor (DNPM), Epilepsia, Síndrome de Down, Cardiopatias e Autismo. A distribuição de cada síndrome dentro do número total da amostra é observada na Figura 5.

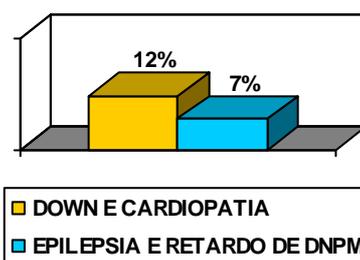
Figura 5 – Distribuição das Síndromes e/ou alterações de normalidade. (n=584)



Além destas síndromes e/ou alterações de normalidade, pôde-se observar muitas outras, como Síndrome de West, Síndrome de Smith Lemli Optiz, Hiperatividade, Esquizofrenia, SIDA, entre outros, que não serão abordados no presente estudo por não terem frequência significante na população avaliada.

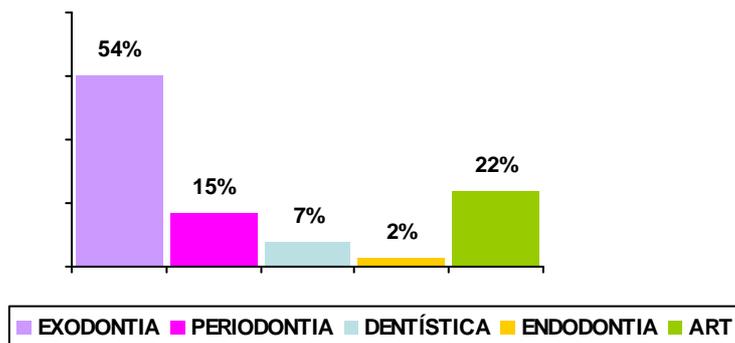
O fato de um paciente ser portador de determinada necessidade especial, não exclui a possibilidade de apresentar alguma outra característica. As diferentes necessidades foram computadas separadamente, podendo um paciente pertencer a mais de um grupo. Entre as associações decidiu-se trabalhar apenas com Síndrome de Down e Cardiopatias, além de Retardo de DNPM e Epilepsia pela frequência em que aparecem na amostra estudada (Figura 6).

Figura 6 – Porcentagem da associação entre Síndrome de Down com Cardiopatias e do Retardo de DNPM com Epilepsia. (n=584)



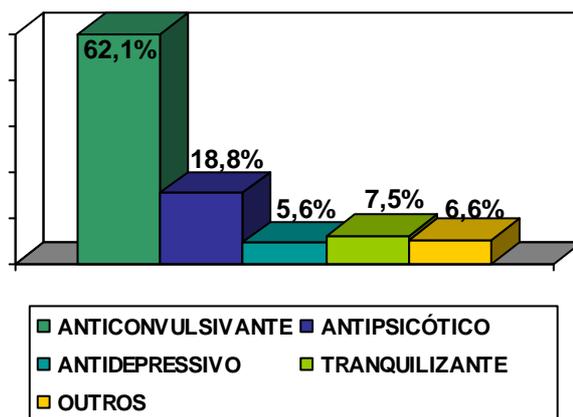
Entre os procedimentos mais executados em clínica durante o período analisado estão a Exodontia (54%), Tratamento Restaurador Atraumático (22%) e Tratamento Periodontal (15%). Procedimentos de Dentística e Endodontia são os procedimentos menos frequentes (Figura 7).

Figura 7 – Frequência de procedimentos realizados no período analisado. (n=584)



Na análise dos medicamentos utilizados por esse grupo de pacientes, pôde-se verificar a maior frequência de uso de Anticonvulsivantes, seguidos de Antipsicóticos, Tranqüilizantes e Antidepressivos. Outros fármacos como Hipotensores e Anti-Colinérgicos são utilizados em menor escala como mostrado na Figura 8.

Figura 8 – Prevalência de fármacos.



DISCUSSÃO

Sabe-se que o atendimento odontológico aos pacientes especiais, na rede pública de saúde, é prejudicado por fatores como situação sócio-econômica baixa, necessidade de grandes deslocamentos, dificuldade de transporte, tempo despendido nos diversos tratamentos de reabilitação paralelos ao tratamento odontológico, predisposição que esses pacientes têm de adoecer, associados à falta de compreensão, interesse e resistência dos pais sobre a importância da saúde bucal (RAVAGLIA, 1997; COUTO *et al.*, 2001). Estes fatores podem justificar nossos achados que confirmaram forte relação entre o baixo nível de escolaridade (50,7% têm 1º grau incompleto), renda familiar (41% vivem com 2 salários mínimos) dos responsáveis pelos pacientes especiais e as condições de saúde bucal encontradas.

Tomita e Fagoteb (1999), quando analisaram um Programa Educativo em Saúde Bucal para Pacientes Especiais, na cidade de Bauru, verificaram um baixo nível de escolaridade paterna e materna, já que 21,9% dos pais e 17% das mães não estudaram e 51,2% dos pais e 43,9% das mães não completaram o primeiro grau e o índice de placa dos pacientes era elevado. Segundo os autores, estes dados são sugestivos para correlacionar o alto índice de placa dos filhos especiais com uma menor escolaridade de seus cuidadores.

Para atender de forma adequada os pacientes especiais, é necessário observar o todo, perceber o paciente integralmente, conhecer as reações orgânicas, avaliar as complicações advindas da evolução de cada síndrome e/ou alteração sistêmica, atentar para interações medicamentosas, de forma que a atuação do cirurgião-dentista propicie a esse sujeito saúde e função do sistema estomatognático.

Vale também ressaltar que o cirurgião-dentista que se propõe a atender os pacientes especiais deve estar atento a temas das áreas médicas afins, bem como de fisiologia, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, sociologia, dentre outras, que fazem parte do contexto deste paciente e de toda a problemática que o envolve, além dos direitos à cidadania.

A maior frequência de nascimentos de pacientes com necessidades especiais ocorre nos países em desenvolvimento, onde há mais desnutrição, doenças infecciosas e deficiência no atendimento médico. Em países mais desenvolvidos, a incidência de Epilepsia, por exemplo, é de aproximadamente 1%, subindo para 2% em nações menos desenvolvidas (LIGA BRASILEIRA DE EPILEPSIA, 2009).

Costa *et al.* (2007) relata em seu estudo que características socioeconômicas contribuem ou determinam as condições de acesso desta clientela aos serviços odontológicos e estima que dois terços das famílias atendidas em instituições sejam de baixa renda.

Em se tratando de avaliar as complicações advindas da evolução de cada síndrome e/ou alteração sistêmica, o Retardo de DNPM foi o mais prevalente no diagnóstico de nossos pacientes (40,4%). Este resulta de uma alteração na estrutura cerebral provocada por fatores genéticos, metabólicos, infecciosos ou traumáticos, podendo ser provocada na vida intra-uterina, ao nascimento ou na vida pós-natal. Pode ser acompanhado de deficiência física, pois os mesmos fatores etiológicos podem lesar outras áreas do sistema nervoso.

Nossos achados corroboram com os encontrados por Sampaio, César e Martins (2004) que avaliaram 161 pacientes dos quais 58 apresentavam problemas ou desvios de inteligência. Também concordam com os achados de Gupta, Chowdhury e Sarkar (1993), que ao examinarem 1.042 pacientes especiais entre 3 e 14 anos, com diferentes tipos de deficiência, observaram que um maior número deles apresentavam retardo mental, seguidos respectivamente de paralisia cerebral, epilepsia, deficientes físicos e Síndrome de Down.

Segundo Haddad (2007), 2,7 em mil nascimentos são de pacientes portadores de Retardo de DNPM. Costa *et al.* (2007) estima que cerca de 5% dos casos são de natureza genética. Quando a causa encontra-se no período pré-natal (10-15%), esta é decorrente principalmente de infecções virais, anóxia intra-uterina e radiação. As causas originadas no período natal ou perinatal (65-75%) acontecem por anóxia cerebral, prematuridade e traumatismo cerebral. Aquelas de natureza pós-natal (10-15%) decorrem de traumatismo craniano, meningite e hidrocefalia.

Haddad (2007) afirma que devido a fatores como idade, grau de deficiência mental e padrão de higiene bucal, a incidência de cáries e doença periodontal é alta nestes pacientes. Soma-se a esses fatores as anormalidades de oclusão, dieta cariogênica e efeito de medicamentos. Em relação a isso, Fourniol (1998) complementa que, freqüentemente, estes pacientes recebem alimentos açucarados em alta freqüência como forma de carinho. Além disso, possuem alimentação mais pastosa, usam mamadeira por mais tempo, apresentam deglutição atípica e utilizam medicamentos contendo sacarose em sua composição.

Estas condições podem e devem ser prevenidas com precoce atendimento a todos os portadores, principalmente com a participação ativa dos cuidadores no processo de introdução aos cuidados de higiene bucal e do tipo de alimentação, associados ao tratamento ambulatorial.

O Retardo de DNPM está associado com Epilepsia em 5% dos afetados (HADDAD, 2007), o que corrobora com nossos achados (7%). As duas anormalidades associam-se em proporção à gravidade das formas e à localização das lesões causadoras do atraso de desenvolvimento (TOLEDO, 2005).

Segundo dados da WHO (World Health Organization) de 2001 cerca de 10% das crianças que são levadas aos cuidados de assistência primária à saúde, nos países em desenvolvimento, são portadores de alguma forma de distúrbio mental.

O grau de deficiência regula o condicionamento do paciente aos cuidados odontológicos. A atitude do profissional deve estar de acordo com a idade mental do paciente e a estimulação deve se dar por meio de métodos especiais de educação ou treinamento capazes de influir no desenvolvimento da sociabilidade (TOLEDO, 2005).

Após o Retardo de DNPM, a Epilepsia é a condição que mais afeta os pacientes em nosso estudo (12,3%). Haddad (2007) afirma que a Epilepsia é caracterizada por distúrbio da função cerebral, causado por descargas anormais dos neurônios. É mais comum na infância aumentando a vulnerabilidade a infecções do sistema nervoso central (SNC) e traumatismos. O problema também poderá se manifestar com o envelhecimento e suas complicações vasculares (LIGA BRASILEIRA DE EPILEPSIA, 2009).

A incidência da doença varia de acordo com o perfil sócio-demográfico, apresentando maior frequência nos países em desenvolvimento, onde é de aproximadamente 2% (LIGA BRASILEIRA DE EPILEPSIA, 2009).

O uso constante de anticonvulsivantes costuma provocar hiperplasias gengivais, portanto, uma avaliação criteriosa faz-se necessária no sentido de possível substituição por outra droga equivalente. A orientação preventiva de escovação, uso do fio dental e remoção de placa é imperiosa e evita o agravamento das condições gengivais.

Durante a crise convulsiva, deve-se manter a desobstrução das vias aéreas superiores, tomando-se o cuidado de remover próteses. Os sinais vitais devem ser controlados, a saliva aspirada sempre com o paciente virado de lado e, se possível, fazer a sua remoção da cadeira para o chão.

Outra condição encontrada com frequência em nossa amostra (8,7%) é a Síndrome de Down caracterizada como um distúrbio genético causado durante a formação do feto, também chamada de Trissomia do Cromossomo 21. Manifesta-se desde o nascimento, freqüente na mãe idosa e com incidência de 1:660 nascimentos (ELIAS, 2007).

Alguns sinais clínicos do crânio e da face são: braquicefalia, face arredondada e achatada, retardo mental, fraqueza muscular, anomalia cardíaca, baixa estatura, olhos com fendas palpebrais oblíquas, prega única na palma da mão, mãos largas com dedos curtos e pescoço largo e curto, também sendo comum o estrabismo (ELIAS, 2007).

Entre as alterações de ordem geral, dental e craniofacial presentes nestes pacientes podemos citar o atraso na erupção dos dentes, a baixa incidência de cáries e a alta suscetibilidade a doenças periodontais. As deficiências motora e neurológica dificultam a higienização bucal tornando a doença precoce e severa (TOLEDO, 2005). Entretanto, a principal causa do alto índice de doença periodontal pode ser a deficiência imunológica que dificulta o combate das bactérias do biofilme dental pelo organismo (WOLF; EDITH; KLAUS, 2006).

De acordo com Haddad (2007), 40% dos pacientes portadores de Síndrome de Down apresentam alguma cardiopatia associada. Em nosso estudo não foi observado esta elevada associação uma vez que apenas 12% dos pacientes portadores de Síndrome de Down apresentam alguma cardiopatia associada. Pereira *et al.* (2008), após análise de 393 prontuários de pacientes com Síndrome de Down matriculados e assistidos no Centro de Assistência Odontológica a Pacientes Excepcionais da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da UNESP, indicaram que 22,9% de todos os pacientes apresentavam alguma alteração cardiológica e 8,91% apresentaram cardiopatias para as quais a profilaxia para endocardite bacteriana estava recomendada.

Já no caso de pacientes portadores unicamente de Cardiopatias, o percentual encontrado foi de 5,3%. Segundo estudo de Parry, Harrison e Barnard (1998) a prevalência de cardiopatias é de cerca de 7 a 8%. De 10 a 15% das crianças com doenças cardíacas congênitas apresentam mais de uma anormalidade cardíaca e 10 a 15% têm associada uma anormalidade não-cardíaca. Amorim *et al.* (2008) relata que a cardiopatia é componente de alguma síndrome em 23% dos recém-nascidos vivos.

A presença de cardiopatia, especialmente em fase avançada, determina alterações circulatórias em todo o organismo que podem dificultar o desempenho de

funções orgânicas diversas e criar condições para a invasão sistêmica e proliferação de agentes infecciosos.

Essas circunstâncias são particularmente relevantes para o aparelho bucodentário, que pode tornar-se mais suscetível a infecções pelos próprios agentes bacterianos da cavidade bucal. Nestas condições, déficits ou distúrbios morfofuncionais dentários e infecções pela microbiota própria ou oportunista influenciam mutuamente uns aos outros num ciclo vicioso (HADDAD, 2007; MEDIPÉDIA, 2009).

Cardiopatas necessitam de tratamento odontológico diferenciado, com atenção especial à interação medicamentosa e prevenção de bacteremias. Estas, quando transitórias, são produzidas após 60% das exodontias, 88% das cirurgias periodontais e aproximadamente 40% após escovação dentária (MEDIPÉDIA, 2009).

Nenhuma restrição ou risco adicional existe pela simples presença das referidas cardiopatias, à exceção da hipertensão arterial e das arritmias. Os cuidados relacionados com a anestesia geral ou local dizem respeito ao emprego de agentes vasoconstritores.

A profilaxia antibiótica é um dos principais e mais comuns cuidados e aplica-se apenas a pacientes com risco significativo. Do ponto de vista prático, a profilaxia antibiótica deve ser instituída cada vez que um tratamento odontológico de risco for executado em paciente suscetível. Recomenda-se o tratamento em uma sessão e medidas paralelas como controle químico local antisséptico (TOLEDO, 2005).

Entre as condições analisadas, a menos freqüente é o Autismo, que afeta 5,1% dos pacientes da amostra. Este é considerado como uma síndrome comportamental de etiologias múltiplas em consequência de um distúrbio de desenvolvimento, sendo caracterizado por déficit na interação social, déficit de linguagem e alterações de comportamento. É relatado como quadro iniciado antes dos três anos de idade, com prevalência de 4,5:10.000 nascidos vivos e decorrente de vasta gama de condições pré, peri e pós-natais (SPROVIERI; ASSUMPCÃO JR, 2001).

Não apresenta achados bucais específicos, porém, como todo o indivíduo com necessidades especiais, a atenção para os procedimentos preventivos deverá ser redobrada, a fim de evitar intervenções odontológicas futuras. No atendimento aos pacientes com consciência comprometida e distúrbio de comportamento, em relação ao tratamento dentário, há maior dificuldade no condicionamento adequado, o que requer do profissional mais dedicação para consegui-lo. Para isso, diversas técnicas podem ser utilizadas, como a contenção física e, em casos mais severos, a sedação e anestesia geral. Devido a estes indivíduos não aceitarem contato físico, a criação do vínculo com

o cirurgião-dentista é dificultado, daí a importância do atendimento odontológico precoce para que se torne parte da rotina do paciente (CANCINO *et al.*, 2005).

Carvalho e Araújo (2004) relatam que as doenças bucais mais prevalentes em pacientes especiais são a cárie e a doença periodontal, sendo esta última decorrente de problemas de ordem local ou geral, podendo também estar modulada pela utilização rotineira de medicamentos psicoativos.

A alta suscetibilidade destes pacientes a doença periodontal e cárie tem na negligência com a higiene bucal seu fator etiológico, determinado pelo acúmulo da placa bacteriana. As diferentes síndromes podem afetar a coordenação motora dos pacientes, dificultando sobremaneira a higienização da cavidade bucal.

Em nosso estudo, pudemos verificar a exodontia como tratamento de eleição em 54% dos casos. Sabe-se que o cirurgião-dentista deve estar seguro do seu diagnóstico e sua propedêutica, pois o ato cirúrgico deve ser considerado como o último tratamento resolutivo de uma patologia oral. Porém, é importante salientar que, muitas vezes, pela dificuldade de manejo desse paciente e razões econômicas, a exodontia torna-se o procedimento de eleição.

Desta forma, seguir o protocolo de anamnese cirúrgica como o sugerido por Dym (2004), com dados biográficos, queixa principal, história da doença atual, histórico médico, revisão de sistemas, histórico estomatognático, solicitação de exames pré-operatórios, radiografias e avaliação clínica geral, dá mais segurança ao procedimento realizado em pacientes com necessidades especiais.

O segundo procedimento mais realizado nos pacientes da nossa amostra foi o Tratamento Restaurador Atraumático (ART) que é um procedimento minimamente invasivo que consiste em remoção de tecido infectado da cavidade cariada por meio de instrumentos manuais, seguida de limpeza e preenchimento com material restaurador adesivo – Cimento de Ionômero de Vidro. Destinada inicialmente ao atendimento de comunidades carentes por não necessitar de equipamentos elétricos, nem água canalizada, atualmente vem sendo destinada também ao atendimento ambulatorial (VAN'T HOF *et al.*, 2006).

Frencken *et al.* (2004) em sua metanálise relata que ART é um procedimento menos doloroso que o convencional, além de raramente necessitar de anestesia local. Conclui ainda que a sobrevida desse tipo de restauração é alta tanto em dentes decíduos quanto em dentes permanentes. Desta forma, tem sido procedimento de eleição também em paciente com necessidades especiais.

Nossos resultados demonstraram que 62,1% dos pacientes faziam uso de anticonvulsivantes e, de acordo com Elias (2007), pacientes tratados com estes medicamentos podem apresentar crescimento indolor da papila interdental após 2 ou 3 meses de uso da droga, podendo continuar por cerca de 1 ano e recobrir completamente o dente. Não tem relação com a dosagem e a duração do tratamento, mas sim com o grau de irrigação local e a higiene oral inadequada.

O tratamento inclui descontinuar o uso da droga, gengivectomias e implementação de procedimentos de higiene bucal. Programa de controle de placa, iniciado no início do uso da medicação, diminui a incidência desse efeito adverso. O tratamento cirúrgico tem melhores resultados, embora a recorrência seja comum na ausência de estrita higiene bucal (ELIAS, 2007).

Segundo Wannmacher e Ferreira (2007), é preciso que o cirurgião-dentista identifique eventuais associações entre lesões nos tecidos orais e os medicamentos usados pelos pacientes. Também necessita investigar se há interações adversas possíveis entre os fármacos habituais do paciente e os administrados durante o tratamento dentário.

Anticonvulsivantes, de forma geral, causam xerostomia e estomatites, estando associados a infecções oportunistas, hemorragia oral, hiperplasia gengival, sangramento gengival e cicatrização retardada. Haddad (2007) cita o Ácido Valpróico como possível responsável por sangramento excessivo durante ou após o ato cirúrgico, sendo necessário solicitar exames de atividade plaquetária e tempo de sangramento de acordo com o procedimento proposto. Pelo mesmo motivo, pode estar contra-indicado o uso associado de ácido acetilsalicílico.

Antidepressivos, que são utilizados por 5,6% dos pacientes estudados, podem causar xerostomia, disgeusia, ulcerações e necrose. A xerostomia pode ser observada também em pacientes que fazem uso de antipsicóticos e tranquilizantes (WANNMACHER; FERREIRA, 2007). Nesses casos, pode-se observar maior incidência de candidíase, cárie e anormalidades orais funcionais (HADDAD, 2007).

Os anticonvulsivantes, antipsicóticos e tranquilizantes produzem depressão no SNC, por esta razão, deve-se observar o efeito aditivo de outros depressores, como os analgésicos opióides e anestésicos locais, utilizados em odontologia, pois esta interação pode resultar em complicações (HADDAD, 2007).

Além do cuidado com fatores associados à condição do paciente, os programas de prevenção, sempre que possível, devem estimular o paciente a superar as suas

limitações de movimento ou dificuldades de coordenação motora por meio de treinamento progressivo, como por exemplo, a fisioterapia (TOLEDO, 2005).

A interação do cirurgião-dentista com o paciente e seus cuidadores, assim como com a equipe médica, é fundamental para o sucesso terapêutico. O profissional deverá estar atento a todas as condições que circundam esse paciente a fim de diagnosticar e planejar corretamente suas ações objetivando não apenas a saúde do paciente como também qualidade de vida.

É de grande utilidade a integração das equipes médica e odontológica para que se possa realizar o tratamento e acompanhamento do paciente especial. Desta forma se atenta às necessidades de cada caso, às técnicas e aos cuidados específicos de cada síndrome e/ou alteração de normalidade como um todo.

Uma completa anamnese e atendimento individualizado, focado no contexto familiar e nas características particulares de cada paciente, são a chave para o sucesso terapêutico da população especial carente de um atendimento mais especializado, direcionado aos seus problemas.

Um dos fatores que mais contribuem para esta atenção excludente é a pouca formação de recursos humanos. Existem no país inteiro mais de 225 mil cirurgiões-dentistas registrados nos Conselhos Regionais, sendo 401 com especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e destes, apenas 22 atuando no Rio Grande do Sul.

Além de formação adequada, é imprescindível o relacionamento entre o cirurgião-dentista e o paciente, assim como entre esses e os cuidadores. Orsati e Macedo (2008) estudaram o nível de sociabilidade de pacientes especiais e verificaram que 25% dos pacientes com necessidades especiais apresentam um bom contato, 9% um contato razoável, 7% um contato pobre e 16% um contato precário; 43% dos pacientes avaliados não possuem contato, ou seja, não manifestam características de socialização. Na avaliação da interação constatou-se que 10% dos pacientes interagem apenas com as pessoas, 2% interagem somente com objetos e 33% interagem tanto com pessoas quanto com objetos.

Em qualquer período da vida, os pacientes especiais devem ser sempre estimulados em seu desenvolvimento para que alcancem algum grau de independência e auto-suficiência. Pacientes e cuidadores devem ser instruídos e conscientizados sobre a importância de sua cooperação na prevenção das doenças bucodentárias e da necessidade de visitas periódicas ao dentista.

Finalizando, corroboramos ainda com os achados da literatura que mostram claramente que os problemas extrínsecos, como políticas governamentais, planos educativos no nível das universidades, correta atenção à saúde bucal na rede pública de saúde, formação de equipes e serviços especializados, recursos odontológicos, falta de profissionais idôneos em quantidade suficiente para atender à demanda, programas preventivos, falta de diretrizes voltadas à assistência ao paciente especial, dentre outros, são considerados os fatores responsáveis pela situação bucal dos pacientes especiais ser levada a passos lentos (SILVEIRA E SOUZA, 1986).

Nosso trabalho é concluído mediante o desejo de que sejam respeitados os direitos humanos de forma a garantir definitivamente condições plenas de inserção para todos os membros sociais, incluindo pessoas especiais que têm muito a somar na sociedade, desde que oportunidades sejam criadas.

CONCLUSÕES

De acordo com os dados encontrados nesta pesquisa, pode-se afirmar que:

1. Não há diferença significativa entre os sexos uma vez que 56% são homens e 44% mulheres;
2. A maior parcela das famílias dos pacientes especiais tem como rendimento mensal 2 salários mínimos;
3. Cerca de metade dos pais/cuidadores dos pacientes especiais estudados tem o primeiro grau incompleto;
4. Retardo do Desenvolvimento Neuro-Psico-Motor, Epilepsia, Síndrome de Down, Cardiopatias e Autismo são as condições mais frequentes na população analisada;
5. Entre as condições associadas, 7% da população em análise possui Retardo de DNPM e Epilepsia e 12% Síndrome de Down e alguma Cardiopatia;
6. O tratamento mais realizado nos pacientes especiais, no período estudado, foi a exodontia, seguida de tratamento restaurador atraumático;
7. Anticonvulsivantes são utilizados por 62,1% dos pacientes estudados;
8. A condição de saúde bucal dos pacientes avaliados não pode ser considerada como aceitável e/ou ideal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMORIM, L.F.P.; PIRES, C.A.B.; LANA, A.M.A.; CAMPOS, A.S.; AGUIAR, R.A.L.P. **Apresentação das cardiopatias congênitas diagnosticadas ao nascimento: análise de 29,770 recém-nascidos.** J. pediatria, Rio de Janeiro, 84(1):83-90, Jan.-Feb. 2008.
2. CANCINO, C.M.H. et al. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais – percepções, sentimentos e manifestações de alunos e familiares de pacientes.** Rev. Odont. Acad. Tiradentes Odont., n.4, p.47-77, 2005.
3. CARVALHO, E.M.C.; ARAÚJO, R.P.C. **A Saúde Bucal em Portadores de Transtornos Mentais e Comportamentais.** Pesq Bras Odontoped Clin Intgr, João Pessoa, v. 4, n.1, p.65-75, jan./abr. 2004.
4. COSTA, M.H.P.; COSTA, M.A.B.T.; PEREIRA, M.F. **Perfil clínico-epidemiológico de Pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um centro de odontologia do Distrito Federal.** Com. Ciências Saúde, Brasília, v.18(2):129-139. 2007.
5. COUTO, G.B.L.; GARCIA, E.B.; MARANHÃO, U.F.; VASCONCELOS, M.M.V.B. **Avaliação do perfil de pacientes infantis atendidos sob anestesia geral.** Rev ABO Nacional .v.9,n.4p.221-7, 2001.
6. DYM, H. **Atlas de Cirurgia Oral Menor.** São Paulo: Santos, 2004.
7. ELIAS, R. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais.** São Paulo: Liv. Santos, 2007.
8. FIGUEIREDO, M.C.; FERRÃO, M.A.; SAMPAIO, M.S.; LIMA, G. **Curso de Extensão Universitária: atendimento odontológico ao paciente com necessidades especiais da Faculdade de Odontologia da UFRGS.** Expressa Extensão (UFPel), v.8, n.2, p10-12, 2003.
9. FOURNIOL, A.F. **Pacientes especiais e a odontologia.** 1 ed. Sao Paulo: Liv. Santos, 1998.
10. FRENCKEN, J.E.; VAN'T HOF, M.A.; VAN AMERONGEN, W.E.; HOLMGREM, C.J. **Effectiveness of Single-surface ART Restorations in the Permanent Dentition: A Meta-analysis.** J Dent Res 83(2):120-123, 2004.
11. GUPTA, D.P.; CHOWDHURY, R.; SARKAR, S. **Prevalence of dental caries in handicapped childrens of Calcutta.** J. Indian. Soc. Pedod. Prev. Dent. v.1, p.23-7, 1993.

12. HADDAD, A.S. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Liv. Santos, 2007.
13. LIGA BRASILEIRA DE EPILEPSIA. Disponível em: <http://www.epilepsia.org.br/epi2002/show_tema.asp?tema=10>. Acesso em 14/11/2009.
14. MEDIPÉDIA, CONTEÚDOS DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=enciclopedia&action=topic&search=14>>. Acessado em 13/10/2009.
15. ORSATI, F.T.; MACEDO, E.C. **Avaliação Psicológica em Pacientes com Paralisia Cerebral Grave**. In: Alexal Sennyey; Fernando C. Capovilla; José M. Montiel. (Org.). *Transtornos de aprendizagem - da avaliação à reabilitação*. São Paulo: Artes Médicas, v. 1, p. 47-53, 2008.
16. PARRY, J.A.; HARRISON, J.E.; BARNARD, K.M. **Recognizing and caring for the medically compromised child: 1 disorders of the cardiovascular and respiratory systems**. Dent Update, 25 (8):325-31, oct 1998.
17. PEREIRA, F. P. et al. **Assistência odontológica em pacientes com Síndrome de Down portadores de alterações cardiológicas**. Anais da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO, Resumo Pic -049, 2008.
18. RAVAGLIA, C. **El problema de la salud bucodental de los pacientes discapacitados y especiales en América Latina**. Revista Fola/Oral v.9, p.162-5, 1997.
19. SAMPAIO, E.F.; CÉSAR, F.N.; MARTINS, M.G.A. **Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no Instituto de Previdência do Estado do Ceará**. RBPS, v.17, n.3, p.127-134, 2004.
20. SILVEIRA, J.O.L.; SOUZA, M.A.L. **Aspectos odontológicos em pacientes excepcionais**. Atual Odontologia Bras, v.3n.5p.73-9, 1986.
21. SPROVIERI, M.H.S.; ASSUMPCÃO JR, F.B. **Dinâmica Familiar de Crianças Autistas**. Arq Neuropsiquiatr, São Paulo, v.59, (2-A), p.230-237. 2001.
22. TOLEDO, O.A. **Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica**. 3ª ed. São Paulo: Editorial Premier, 2005.
23. TOMITA, N.E.; FAGOTEB, B.F. **Programa Educativo em Saúde Bucal para Pacientes Especiais**. Odontologia e Sociedade v. 1, n. 1/2, p.45-50, 1999.
24. VAN'T HOF, M.A.; FRENCKEN, J.E.; WIM, H.; HELDERMAN, P.; HOLMGREN, C.J. **The Atraumatic Restorative Treatment (ART) approach for**

- managing dental caries: a meta-analysis.** International Dental Journal, Nijmegen, the Netherlands, 56, 345-351. 2006.
25. VARELLIS, M.L.Z. **O paciente com necessidades especiais na odontologia: manual prático.** São Paulo: Liv. Santos, 2005.
26. WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C. **Farmacologia Clínica para Dentistas.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
27. WOLF, H.F.; EDITH, M.; KLAUS, H.R. **Periodontia.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION REPORT, 2001. Health Systems: Improving Performance.

Apêndices

APÊNDICE A – Tabelas utilizadas para a coleta de dados de acordo com o acesso dos pacientes ao atendimento. Tabela A1 para pacientes de demanda livre. Tabela A2 para pacientes provenientes de instituições públicas, encaminhados através do Sistema Único de Saúde, SUS, para o CEO.

Tabela A1

Nome:		Nascimento:
Nome do Pai:		
Profissão:	Escolaridade:	
Nome da Mãe:		
Profissão:	Escolaridade:	
Renda familiar:	Município:	
Doença/Síndrome:		
Medicação:		
Tratamento odontológico:		

Tabela A2

Nome:		Prontuário:
Nascimento:	Município:	
Doença/Síndrome:		
Medicação:		
Tratamento odontológico:		

APÊNDICE B – Dados referentes ao estudo maior do qual faz parte o presente Estudo.

O ESTUDO:

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NA
DISCIPLINA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE COM
NECESSIDADES ESPECIAIS DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

É SUBPROJETO DE:

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA PESSOAS COM
NECESSIDADES ESPECIAIS DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA
UFRGS E AS OFERTAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**

COM NÚMERO: 10188

DATA DE INÍCIO EM: 01/04/2005

PREVISÃO DE CONCLUSÃO EM: 31/12/2010

APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM: 15/05/2008