

**UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO  
“PROF. JOSÉ DE SOUZA HERDY”**

**PINKIE SEABRA MARRA**

*Dificuldades Encontradas Pelos Responsáveis, Para Manter a  
Saúde Bucal em Portadores de Necessidades Especiais.*

**Duque de Caxias  
2007**

**PINKIE SEABRA MARRA**

***Dificuldades Encontradas Pelos Responsáveis, Para Manter a Saúde Bucal em Portadores de Necessidades Especiais.***

Dissertação apresentada a Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy”, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de mestre em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. José Massao Miasato

**Duque de Caxias**

**2007**

**CATALOGAÇÃO NA FONTE/BIBLIOTECA - UNIGRANRIO**

M358d Marra, Pinkie Seabra.  
Dificuldades encontradas pelos responsáveis, para manter  
a  
saúde bucal em portadores de necessidades especiais /  
Pinkie  
Seabra Marra ; orientador : José Massao Miasato. - Duque  
de  
Caxias, RJ, 2007.  
96 f.: il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Grande Rio “Prof.  
José de Souza Herdy”, Escola de Odontologia, 2007.  
Bibliografia: f. 88-94

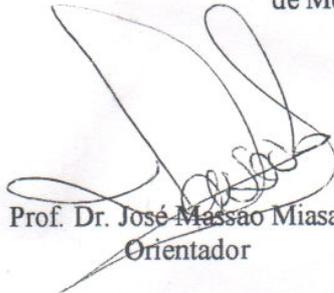
1.Odontologia 2. Odontopediatria. 3. Saúde bucal. 4. Assistência  
odontológica para pessoas portadoras de deficiências.  
5. Promoção da saúde. I. Miasato, José Massao. II. Título.

CDD – 617.6

PINKIE SEABRA MARRA

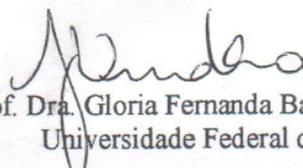
**Dificuldades Encontradas Pelos Responsáveis, Para Manter a Saúde Bucal em Portadores de Necessidades Especiais.**

Dissertação apresentada à  
Universidade do Grande Rio  
"Prof. José de Souza Herdy",  
como parte dos requisitos  
parciais para obtenção do grau  
de Mestre em Odontologia.

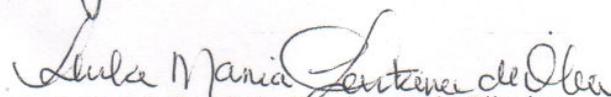


Prof. Dr. José Massao Miasato  
Orientador

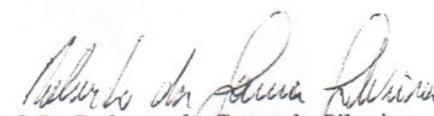
**Banca examinadora**



Prof. Dra. Gloria Fernanda Barbosa de Araújo Castro  
Universidade Federal do Rio de Janeiro



Prof. Dra. Leila Maria Chevitaresh de Oliveira  
Universidade do Grande Rio



Prof. Dr. Roberto da Gama da Silveira  
Universidade do Grande Rio

## DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação ao meu filho **Ian**, que é a inspiração e motivação de todas as realizações e conquistas da minha vida.

E a minha filha **Julie** “*in memoriam*”, que está sempre comigo, na memória e no coração...

## AGRADECIMENTOS

*A Deus,*

Agradeço pela força e coragem que me foram dadas para que eu enfrentasse mais este desafio em minha vida. Por vezes, acreditei não ser capaz de finalizar e, nesses momentos, vinha Dele a força que me fazia continuar.

*Ao meu filho Ian,*

Por ter sido, apesar da pouca idade, tão compreensivo nos momentos em que não pudemos brincar e ficar juntos. Meu pequeno menino você é meu orgulho.

*Aos meus pais Lilia e Roberto,*

Pelo apoio incondicional em todas as escolhas da minha vida. Vocês me ensinaram como tornar um sonho em realidade.

*Ao meu maninho Beto,*

Por compartilhar comigo os bons e maus momentos, sempre sendo meu grande amigo. E pela realização da análise estatística.

*Ao Antônio,*

Por ser meu grande amigo sempre

*À minha família,*

Agradeço todo o amor, carinho, compreensão e respeito.

*Aos meus amigos e afilhados Leilane e Rafael,*

Pela preciosa ajuda na elaboração desta dissertação.

*Prof. Dr. José Massao Miasato,*

Pela orientação deste trabalho, confiança, paciência e ensinamentos concedidos durante o curso.

*Prof. Dra. Leila Maria Chevitaresh de Oliveira,*

Que não me deixou desistir e que, com tanta experiência e simplicidade, demonstra o saber.

*Agradeço as amigas de turma, Aline, Ana Beatriz, Bianca e Vanessa,*

E também a todos os professores que me acompanharam durante o mestrado, pelo apoio e companheirismo com os quais compartilhei meus desafios para alcançar este objetivo.

*Ten.cel. Dent. Elcymar Monteiro Teixeira,*

Que valoriza o estudo e o aprimoramento profissional.

*Ao Ten.cel. Dent. Roberto da Gama Silveira,*

Pelo estímulo e exemplo de profissionalismo que despertou em mim à vontade de ensinar.

*Ao Maj. Dent Consentino,*

Por estar sempre disposto a ajudar, pela amizade, e pela confiança e apoio ao meu trabalho.

**A todos os pais tão especiais, que juntamente com seus filhos, me deram o prazer de participarem deste trabalho. Cada momento vivido com vocês era uma nova lição de vida. Quanta força, quanta luta e quanta simplicidade...**

**Agradeço aos meus queridos pacientes especiais pelo muito que me ensinaram.**

*“Eu,*

*Já perdoei erros quase imperdoáveis, tentei substituir pessoas insubstituíveis e esquecer pessoas inesquecíveis.*

*Já fiz coisas por impulso, já me decepcionei com pessoas quando nunca pensei me decepcionar, mas também decepcionei alguém.*

*Já abracei pra proteger.*

*Já dei risada quando não podia, fiz amigos eternos, amei e fui amado, mas também já fui rejeitado, fui amado e não amei, Já gritei e pulei de felicidade, já vivi de amor e fiz juras eternas, "quebrei a cara" muitas vezes!!!*

*Já chorei ouvindo música e vendo fotos, já liguei só pra escutar uma voz, me apaixonei por um sorriso, já pensei que fosse morrer de tanta saudade e tive medo de perder alguém especial e acabei perdendo!!!*

*Mas vivi!!!*

*E ainda vivo!!!*

*Não passo pela vida....*

*E você também não deveria passar!! Viva!!!*

*Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é MUITO para ser insignificante”.*

**(Charles Chaplin)**

## RESUMO

O presente estudo, realizado no município do Rio de Janeiro em duas Instituições distintas denominadas de Grupo A e grupo B, teve como objetivo avaliar a saúde bucal dos pacientes portadores de necessidades especiais e as dificuldades apontadas por seus pais para manter a saúde bucal de seus filhos. Verificar presença de placa visível e/ou gengivite nos pacientes, bem como, correlacionar o nível sócio-econômico dos pais com suas necessidades e verificar se as dificuldades apontadas serão as mesmas e se existe uma preocupação dos médicos, em relação à saúde bucal do paciente especial. A amostra foi constituída por 102 pares (pais/filhos) sendo 51 pares do grupo A e 51 pares do grupo B. Os grupos se apresentaram bem distintos quanto às condições sócio-econômicas e culturais, e bastante equilibrados em relação ao gênero, 51% dos pacientes são do gênero feminino e 49% são do gênero masculino. A média de idade dos pacientes, na amostra, foi de 12 anos. As entrevistas foram conduzidas aos pais juntamente com seus filhos, e em seguida foi realizado o exame clínico. Os resultados do estudo mostraram que, apesar da grande diferença sócio-econômica entre os grupos ( $p < 0,001$ ), as maiores dificuldades apontadas pelos pais para manter a saúde bucal dos seus filhos foram às mesmas: encontrar um dentista que atenda seu filho; e o alto custo do tratamento odontológico. Quanto à preocupação dos médicos em relação à saúde bucal dos seus pacientes especiais, poucos são os que se preocupam. Os resultados mostraram que 66,3% dos pediatras não encaminharam o paciente para o dentista, evidenciando um trabalho individualizado dos médicos pediatras. Foi verificado que esses pacientes apresentaram alto índice de tratamento dentário invasivo e quanto menor o nível de instrução e sócio-econômico dos pais maior as chances de seus filhos terem placa visível e gengivite. Observou-se ainda, que essas dificuldades encontradas pelos pais se constituíram em fatores de risco à saúde bucal de seus filhos. O que sugere, desta forma, a implementação de um protocolo de programa – com uma visão multidisciplinar – educativo e preventivo de atenção primária aos pacientes portadores de necessidades especiais.

Palavras-chaves: Saúde bucal; Pacientes especiais; Programa preventivo de atenção primária.

## ABSTRACT

The present study, done in the city of Rio de Janeiro in two different institutions named Group A and Group B, had the objective to evaluate the oral health of patients with special needs and the problems found by parents to maintain the oral health of their sons. Verify the presence of visible plaques and/or gingivites in patients, as well, correlate the economic level of parents with their needs, and verify if the difficulties pointed will be the same showed, and also see if there is any kind of concern by physicians about the oral health of patients with special needs. A sample was constituted by 102 pairs (parents and children), of which 51 pairs belongs to group A and 51 pairs belongs to group B. The groups presented themselves far different as to social-economic and cultural conditions, and well balanced in terms of gender, 51% from the patients are female and 49% are male. The mean of the patients's age, on the total sample, was 12 years old. The interviews were done together with children and parents, and right after, the clinical exames were done. The results of the exames showed that in spite of the social-economic differences between the groups (p-value less than 0,001), the great difficulties pointed by the parents to maintain their children oral health were the same: finding a dentist to take care of their children; and the high cost of dental care. As to the doctor's concernings in relation to the oral health of their mentally retarded pacients, it was shown that just few doctors care about it. The results showed that 66.3% of pediaticians did not send their pacients to a dentist, what demonstrate that the pediatician's job is individualized. It was verified that these pacients showed a high number of invasive oral treatment and the lower the parent's educational and social level, the higher the chances of their sons presenting visible plaque and gingivites. It was also observed that the difficulties found by parents were also risk factors to the oral health of their children. Which suggests, in that way, that is necessary the implementation of a protocol program - with a multidiciplinary vision - of primarily educational and preventive attention to children with special needs.

Key words: Oral Health; Children with special needs; Preventive Program for Primary care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	Classificação	18
QUADRO 2	Graus de deficiência mental	19
TABELA 1	Correlação entre os grupos A e B com o nível sócio-econômico (modificado para reduzida)	52
TABELA 2	Correlação da escolaridade dos responsáveis reduzida (utilizando nomenclatura atualizada) com grupos A e B	53
GRÁFICO 1	Correlação entre Grupos A e B com gênero e idades dos pacientes	54
GRÁFICO 2	Distribuição do valor percentual do diagnóstico dos pacientes portadores de necessidades especiais da amostra	55
GRÁFICO 3	Distribuição do valor percentual dos pacientes que ficaram hospitalizados por comprometimentos sistêmicos	55
GRÁFICO 4	Distribuição do valor percentual dos pacientes que foram acompanhados pelo médico Pediatra	56
GRÁFICO 5	Distribuição do valor percentual do Médico Pediatra que encaminha o paciente para o Dentista	57
TABELA 3	Correlação entre o Pediatra que encaminhou o paciente ao Dentista com a orientação de higiene bucal dada pelo Pediatra	57
TABELA 4	Correlação da primeira vez que o paciente foi ao dentista e com a idade menor que dois anos e, com, o pediatra que encaminhou o paciente ao dentista	58
GRÁFICO 6	Distribuição do valor percentual da primeira vez que o paciente foi ao dentista com mais de dois anos de idade	58
TABELA 5	Correlação da primeira vez que o paciente foi ao dentista e que tivesse idade menor que dois anos, com, seu filho necessitou de tratamento dentário	59
GRÁFICO 7	Distribuição da frequência do tipo de tratamento dentário invasivo/não invasivo por grupos	60
GRÁFICO 8	Distribuição do valor percentual do comportamento do paciente durante o tratamento	61
TABELA 6	Correlacionando comportamento do paciente durante o tratamento dentário com grupos A e B	61

TABELA 7	Correlação de como o responsável avalia a saúde bucal de seu filho com a classe sócio-econômica reduzida	62
TABELA 8	Correlação entre maior dificuldade apontada pelos pais com classe sócio-econômica reduzida	63
TABELA 9	Correlação da segunda dificuldade encontrada pelos pais com classe sócio-econômica reduzida	64
TABELA 10	Correlação dos grupos A e B com o fator que os pais apontam como agente facilitador na manutenção da saúde bucal dos pacientes com necessidades especiais	64
GRÁFICO 9	Distribuição do valor percentual da placa visível nos pacientes da amostra	65
GRÁFICO 10	Correlação da placa visível nos pacientes com os grupos A e B	66
TABELA 11	Correlação da placa visível nos filhos com escolaridade dos pais	67
TABELA 12	Correlação da Classe sócio-econômica reduzida com quem escova os dentes dos filhos	68
GRÁFICO 11	Distribuição do valor percentual da presença de gengivite nos pacientes da amostra	69
TABELA 13	Correlação da presença de gengivite nos pacientes com os grupos A e B	69
TABELA 14	Correlação dos pacientes que apresentam gengivite com a quantidade de vezes que escovam os dentes por dia	70

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APAE – Associação de pais e amigos do excepcional

ART – Tratamento restaurador atraumático

AVD – Atividades de vida diária

EIM – Erros inatos de metabolismo

SNC – Sistema nervoso central

SUS – Serviço único de saúde

## SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	4
AGRADECIMENTOS .....	5
RESUMO .....	8
ABSTRACT .....	9
LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	12
SUMÁRIO.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REVISÃO DE LITERATURA .....	17
2.1. Histórico .....	17
2.2 Classificação.....	18
2.2.1 Desvios da Inteligência.....	19
2.2.2 Malformação Congênita .....	20
2.2.3 Alterações Comportamentais.....	26
2.2.4 Alterações Físicas Adquiridas .....	27
2.3 Prevalência e incidência da doença cárie e periodontal .....	30
2.4 Interdisciplinalidade no atendimento ao paciente especial.....	35
2.5 Tratamento Odontológico.....	36
2.6 Aspectos preventivos e educativos .....	42
3. PROPOSIÇÃO .....	47
3.1 Objetivo geral .....	47
3.2 Objetivo específico .....	47
4. MATERIAIS E METODOS.....	48
4.1 Sujeito.....	48
4.2 Métodos .....	48
4.3 Coleta dos dados.....	49
4.4 Tratamento estatístico.....	51
5. RESULTADOS .....	52
6- DISCUSSÃO.....	71
7- CONCLUSÃO .....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS <sup>1</sup> .....	83

APÊNDICE .....90  
ANEXO ..... 100

## 1. INTRODUÇÃO

A Odontologia vem se destacando por seus avanços técnicos, biológicos e culturais, que nos leva ao paradigma, quanto mais avanço menos acesso. As condições sócio-econômico-culturais da maioria da população brasileira não têm permitido que suas ações se estendam nas dimensões que seria de se esperar, com o objetivo de uma assistência odontológica adequada, promovendo saúde.

Isso ocorre principalmente com o paciente especial, a assistência à saúde no Brasil é considerada precária, a Odontologia é incipiente e caracteriza-se por procedimentos cirúrgicos e restauradores realizados sob anestesia geral (ABREU; PAIXÃO; RESENDE, 1999).

Pacientes portadores de necessidades especiais apresentam maiores riscos de desenvolver a doença cárie e doença periodontal. Isso se explica devido à estreita relação entre o grau de limitação física e/ou mental com a dificuldade da realização da higiene bucal e a especificidade de sua dieta alimentar, geralmente é rica em carboidratos e alimentos pastosos (ELIAS & ELIAS, 1995).

A falta de experiência clínica dos Cirurgiões-dentistas no atendimento aos pacientes portadores de necessidades especiais juntamente com a falta de recursos financeiros de seus familiares, contribuem para que sejam adotadas soluções extremas, como exodontias múltiplas (TOMITA & FAGOTE, 1999; TANACA, MACIEL & SONOHARA, 2005).

Deparamo-nos com uma urgência de mudança no nosso sistema de saúde, esses problemas podem e devem ser evitados. A educação é um instrumento de transformação e de motivação da higiene bucal, com a implementação de um programa de prevenção que propicie a reformulação de novos hábitos e conceitos, visando permitir uma melhor qualidade de vida para o portador de necessidades especiais (BRUTO 1990).

Os cuidadores também devem ser orientados e treinados quanto à higiene bucal de seus filhos, nesse caso, a orientação deve ser dada bem precoce para que alcancemos também os bebês especiais na faixa etária de 0 a 3 anos (CORRÊA, 2001).

O tratamento odontológico em pacientes portadores de necessidades especiais é considerado por muitos cirurgiões-dentistas um desafio. Por este motivo poucos são os dentistas capacitados a atendê-los, tanto em rede pública quanto particular. Esse é apenas um dos motivos que acarreta no acesso tardio da criança especial ao consultório odontológico.

Diante de tais fatos objetivou-se avaliar a saúde bucal dos pacientes portadores de necessidades especiais e as dificuldades apontadas por seus pais para manter a saúde bucal de seus filhos. Verificar presença de placa visível e/ou gengivite nos pacientes, bem como, correlacionar o nível sócio-econômico dos pais com suas necessidades e verificar se as dificuldades apontadas serão as mesmas e se existe uma preocupação dos médicos, em relação á saúde bucal do paciente especial.

Conhecendo as necessidades da família especial torna-se mais fácil sugerir um protocolo educativo e preventivo de atenção primária para pacientes portadores de necessidades especiais com uma visão multidisciplinar que possa melhorar a qualidade de vida da criança especial.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. Histórico

Para iniciar o assunto paciente portador de necessidades especiais, temos que entender o significado desta terminologia e suas origens.

Na década de 30, nos Estados Unidos da América, dois Odontopediatras separaram os pacientes que apresentavam deficiências físicas ou mentais e que não poderiam receber tratamento dentário de forma convencional e os denominaram *de handicapped*.

Esta terminologia foi traduzida por vários países como: Pacientes Descapacitados, Pacientes Incapacitados e no Brasil adotou-se Paciente Excepcional (MUGAYAR, 2000).

Grunspun, 1966 (apud MUGAYAR, 2000, p.14), foi o primeiro a conceituar Paciente Excepcional, segundo ele. “Paciente Excepcional é todo indivíduo que se desvia física, intelectual, social e emocionalmente daquilo que se considera padrão de normalidade e que por isto não pode receber educação regular padronizada, necessitando de educação suplementar e cuidados especiais pelo resto da vida”.

Com este conceito, fica claro que o Paciente Excepcional necessita de cuidados especiais por toda vida, sendo assim algumas alterações dos padrões de normalidade e que necessitavam de cuidados especiais não podiam se enquadrar nesta classificação. Mais tarde o termo excepcional foi substituído por especial e novos conceitos foram surgindo (MUGAYAR, 2000).

Dualibi & Dualibi (1998), a partir de uma revisão dos conceitos existentes para pacientes especiais juntamente com observações clínicas estabeleceram um novo conceito e classificação. “O paciente especial é um indivíduo que, por qualquer razão apresenta uma lesão em um dos sistemas do seu organismo”. Classificaram como paciente especial todo indivíduo adulto ou criança que apresentam as seguintes condições: malformações congênitas, alterações comportamentais, alterações da comunicação, alterações físicas adquiridas, gestantes e idosos.

Faz-se necessário ressaltar, que a definição de Paciente Especial, traz a idéia que aquele indivíduo que mesmo apresentando alguns desvios dos padrões de normalidade, nem sempre pode ser facilmente identificado em uma multidão. Diante dessa percepção surge um novo conceito: “Paciente Portador de Necessidades Especiais é todo indivíduo que apresenta determinados desvios dos padrões de normalidade, identificáveis ou não, e que por isto, necessitam de atenção e abordagem especiais por um período de sua vida ou indefinidamente” (MUGAYAR, 2000).

## 2.2 Classificação

É de extrema importância que a classificação seja perfeitamente compreendida pelos profissionais que irão lidar diretamente com o paciente, desta forma fica mais fácil para se diagnosticar, fazer o planejamento e realizar o tratamento.

Sendo assim será demonstrado no quadro abaixo cada grupo e descrito separadamente dando ênfase nas alterações bucais quando existentes.

Quadro 1

1-Desvios da inteligência	Hiperfunção Hipofunção	Superdotado Limítrofe Def. Mental moderada Def. Mental profunda
2-Malformação congênita	Genética Não Genética	Síndromes Fissurado Palatal
3-Alterações comportamentais	Psicose Neurose Autista	Maníaco depressivo Fobias Infância
4-Alterações físicas adquiridas	Gravidez Alterações Sistêmicas Traumatismos Geriatría	Alto Risco Diabete, Paralisia Cerebral, Infarto. Afundamento de crânio, Fratura da coluna. Fisiológica associada a alteração sistêmica

(TOLEDO & BEZERRA, 1986; MYGAYAR, 2000; TANACA, 2005).

### 2.2.1 Desvios da Inteligência

Quando falamos de desvio, sabemos que o mesmo pode variar para mais ou para menos e que devemos ter um padrão de normalidade como referência para a classificação. O distúrbio mental nem sempre significa deficiência mental, se o desvio for para mais teremos uma criança superdotada, esta avaliação é feita através do coeficiente de inteligência (QI). Com a obtenção do resultado do QI se sabe em qual classificação a criança se enquadra.

Quadro 2 - GRAUS DE DEFICIÊNCIA MENTAL

Limítrofe	QI variando de 68 a 83
Leve	QI variando de 52 a 67
Moderado	QI variando de 36 a 51
Severo	QI variando de 20 a 35
Profundo	QI inferior ou igual a 20

(MUGAYAR, 2000).

A criança com deficiência mental tem as funções intelectuais abaixo dos padrões normais para sua idade e esta associada à perda ou dificuldade de aprendizado e ajuste social.

As causas dos diversos graus de deficiência mental estão quase sempre associadas a uma alteração na estrutura cerebral que pode estar vinculada a diversas etiologias como fatores genéticos, metabólicos, infecciosos e traumáticos, podendo ocorrer nos períodos pré-natal, perinatal e pós-natal (MUGAYAR, 2000).

Os indivíduos considerados limítrofes se localizam na linha entre a normalidade e subnormalidade, são lentamente educáveis utilizando métodos comuns de aprendizagem escolar, independentes e seu potencial para trabalho equivale ao normal, exceto operações muito complexas (TOLEDO & BEZERRA, 1986).

Na deficiência mental do tipo leve e moderada, os indivíduos são educáveis de forma lenta ou treinável utilizando métodos especiais, são semidependentes (TOLEDO & BEZERRA, 1986; MUGAYAR, 2000).

Os pacientes portadores de deficiência mental severa podem ser semidependentes ou dependentes. São treináveis com dificuldade, podem ser classificados também pela sua capacidade de realizar as atividades de vida diária (AVD), tais com, alimentar-se sozinho ou não, escovar os dentes, tomar banho e outras atividades que nos faz independentes (TOLEDO & BEZERRA, 1986; MUGAYAR, 2000).

Já os pacientes no tipo profundo são considerados dependentes ou totalmente dependentes, sendo incapazes de realizar qualquer atividade sozinhos. Grande porcentagem desses pacientes apresenta movimentos estereotipados, ou seja, de repetição e a auto-agressão. Acometem os mais graves quadros de malformação congênita (TOLEDO & BEZERRA, 1986).

### **2.2.2 Malformação Congênita**

Durante a vida intra-uterina nas fases de crescimento e desenvolvimento fetal podem ocorrer alterações nos padrões de normalidade que são considerados defeitos congênitos, ou seja, estão ligadas ao nascimento. Os fatores etiológicos podem ser: alterações genéticas, problemas ambientais e multifatoriais (MUGAYAR, 2000; MUSTACCHI & PERES, 2000).

#### **2.2.2.1 Mutações Cromossômicas**

São as alterações dos cromossomos, elas podem ser autossômicas ou de cromossomos sexuais e são causadas por uma modificação no número, na forma ou no tamanho dos cromossomos, podendo ser detectadas no exame de cariótipo. A alteração numérica de maior acometimento é a Síndrome de Down (MUSTACCHI & PERES, 2000).

### Síndrome de Down

É produzida pelo cromossomo extra de número 21, na maioria dos casos pela trissomia simples do 21, apresentando múltiplas alterações associadas como comprometimento intelectual, hipotonia, pescoço e tronco curtos, prega palmar única, baixa estatura.

Como manifestações orais têm: lábios grossos e rachados, protusão e fissura da língua, palato ogival e estreito que favorecem a quelite angular, erupção dos dentes irregular e com atraso nas duas dentições, alta incidência de microdontia, hipodontia e dentes fusionados, doença periodontal (MUSTACCHI & PERES, 2000).

### Síndrome de Klinefelter

É causada por uma trissomia dos cromossomos sexuais 47XXY, ocorre em indivíduos do sexo masculino. Caracterizam-se por apresentar: comprometimento intelectual, estatura aumentada, hipoplasia testicular, ginecomastia.

Como manifestações orais têm: agenesias, dentes impactados, mordida aberta anterior, prognatia, taurodentos, fenda palatina (19%) (MUSTACCHI & PERES, 2000).

### Síndrome de Turner

É causada por uma monossomia do cromossomo X (45XO). Acometem o sexo feminino que apresenta baixa estatura, pescoço alado, ovários em fita e infantilismo sexual.

Como manifestações orais têm: hipodontia, taurodontia, periodontite, micrognatia, macroglossia, maloclusão, esmalte irregular (MUGAYAR, 2000).

#### Disostose Cleidocraniana (Síndrome de Sainton)

É autossômico dominante. Apresenta fechamento tardio das suturas cranianas, hipoplasia da face, proeminência da mandíbula, erupção tardia dos dentes, maloclusão, dentes supranumerários e ausência de clavículas (MUGAYAR, 2000).

#### Disostose Craniofacial (Síndrome de Crouzon)

É autossômico dominante. Apresenta fechamento prematuro das suturas cranianas, é semelhante à Síndrome de Sainton sendo que o distúrbio é limitado ao crânio, face e dentes. Apresenta as clavículas normais (MUGAYAR, 2000).

**Disostoses:** São malformações ósseas de maneira geral. A ossificação prematura ou tardia das suturas cranianas pode ocasionar danos cerebrais ou ao globo ocular, afetando a face (MUSTACCHI & PERES, 2000).

#### Síndrome de Apert (Acrocefalossindactilia)

É autossômica dominante. Apresenta ossificação prematura das suturas cranianas, caracteriza-se pelo crescimento do crânio no sentido superior, há ocorrência de uma união entre os dedos dos pés e/ou das mãos (sindactilia).

Aspectos orais: prognatismo, maloclusão, fissura palatina, hipoplasia de face, dentes ectópicos e com apinhamento, fendas palpebrais atimongolicas e deficiência mental em 20% dos casos. (MUGAYAR, 2000).

### Acondroplasia

É autossômica dominante. Uma forma de nanismo comum é a consequência da falta de crescimento dos ossos longos devido a uma deficiência durante a ossificação. Estatura média dos homens adultos 122 cm e das mulheres 117 cm de altura. O corpo apresenta-se com tamanho normal, os membros é que são curtos.

Aspectos orais: hipoplasia maxilar e apinhamento dos dentes, maloclusão, prognatia, distúrbios de ATM, defeitos da fala, agenesias (MUGAYAR, 2000).

### Osteogênese imperfeita

É autossômica dominante. Apresentam fragilidade óssea, as fraturas são freqüentes, escleróticas azuis, otosclerose (surdez), o comprometimento dos afetados se dá em vários níveis podendo apresentar desde uma leve deficiência auditiva até a completa surdez, podendo ainda ter a dentinogênese imperfeita como uma das ocorrências de maior gravidade. (MUGAYAR, 2000; MUSTACCHI & PERES, 2000).

#### 2.2.2.2 Mutações gênicas

São as doenças herododegenerativas e erros inatos do metabolismo comumente a estruturas cromossômicas está normal. Às mutações se passa em nível molecular.

### Doenças Herodegenerativas

Doenças degenerativas, caracterizadas pela degeneração dos neurônios e de seus prolongamentos sem evidências etiopatogênicas. Algumas dessas doenças acometem ainda nos primeiros anos de vida. Com a evolução da doença os pacientes apresentam dificuldades de sucção, deglutição e mastigação, hipotonia, movimentos involuntários e reflexos de vômito. Muitas vezes leva ao óbito precoce (CORRÊA, 2001).

### Síndrome de West

É uma forma peculiar de epilepsia da infância, se caracteriza por: espasmos, deterioração neuropsíquica e eletroencefalograma patognomônico com hipsarritmia. A etiologia da Síndrome é bastante heterogênea, pode-se classificar como formas idiopáticas e em formas sintomáticas ou secundárias, com frequência duas vezes maior no sexo masculino.

No grupo idiopático, a criança tem desenvolvimento normal até o início dos sintomas, quando começa a regressão. No grupo sintomático o retardo do desenvolvimento é anterior ao aparecimento dos espasmos e acomete 80% dos casos da Síndrome de West e pode ser desencadeado por fatores pré e pós-natais. (AGUIAR; TORRES & BORSATTO, 2003).

### Erros inatos de metabolismo (EIM)

São desordens que afetam vias metabólicas, modificações que ocorrem dentro das células e resultam na deficiência de atividade de enzimas essenciais, cujas sínteses são comandadas por genes que, no caso, não apresentam estrutura normal.

Podemos ter como resultado da doença, tanto acúmulos de substrato que a enzima deveria catalisar, assim como escassez do produto que deveria se formar. Existem por volta de 200 a 300 “erros metabólicos” (MUSTACCHI & PERES, 2000).

### Acatasia

É de grande importância para a odontologia. É um (EIM) que se caracteriza pela falta da enzima catalase que está presente nas hemácias, a catalase decompõe o peróxido de hidrogênio. O periodonto desprende o peróxido que é inativado pela catalase, com a sua ausência o peróxido se acumula e o tecido periodontal fica sensível à infecção bacteriana, levando à necrose, uma mínima lesão da boca.

Inicia-se antes dos dez anos de idade com pequenas úlceras gangrenosas, causando halitose, febre, afrouxamento dos dentes e perda precoce da dentição decídua, após todos os dentes terem sido removidos, as úlceras cicatrizam e as maiorias dos pacientes ficam livres dos sintomas (MUSTACCHI & PERES, 2000).

#### 2.2.2.3 Fatores ambientais

Durante a fase de formação fetal, fatores intra ou extra-uterinas como infecções, medicamentos, radiações e outros podem causar malformações nos mais diferentes graus. Muitos compostos químicos podem ter origem teratogênica, daí a total proibição de sua utilização durante o primeiro trimestre. Temos também anoxia, traumas de parto e infecções durante o período gestacional que são grandes fatores causadores de Paralisia Cerebral e Hidrocefalia (MUGAYAR, 2000).

### **2.2.3 Alterações Comportamentais**

Indivíduos com alterações de comportamento são aqueles que por qualquer etiologia apresentem uma variação patológica de conduta. Os diferentes comportamentos tanto da criança como do adulto são conduzidos pelas emoções a que se encontram submetidos no momento ou não.

A emoção é definida pela psicologia como um estado de excitação do organismo, podendo ser peculiares ou difusas. Emoções peculiares são de detecção imediata e precisas tais como fome, sede, medo; sabemos exatamente o que sentimos é claro e inconfundível.

Emoções difusas, não se conseguem definir exatamente o que se sente e muitas vezes não se sabe qual a razão daquele sentimento, isto geralmente ocorre quando sentimos ansiedade, amor e ódio.

Portanto é importante que tenhamos em mente as diferentes emoções que podem acometer os indivíduos, para possibilitar a forma correta de abordá-los (MUGAYAR, 2000).

#### 2.2.3.1 Autismo

O Autismo é um distúrbio do desenvolvimento que se manifesta por uma complexa desordem de linguagem, socialização e habilidades físicas; reações anormais de sensações: visão, tato, fala e equilíbrio; distúrbio de relacionamento com objetos, pessoas e eventos. Aparece tipicamente nos três primeiros anos de vida é quatro vezes mais comum em meninos do que em meninas. O Autismo é encontrado em todo o mundo e em famílias de todas as configurações raciais, étnicas e sociais (ELIAS, 1993; MUGAYAR, 2000).

As formas mais graves do autismo apresentam sintomas como autodestruição, gestos repetitivos e estereotipados, raramente apresenta comportamento agressivo, são resistentes a mudanças (ELIAS, 1993).

Até hoje não se conhece a causa do autismo, teorias têm se referido a vários agentes causais, incluindo lesão cerebral, afasia do desenvolvimento, déficits no sistema de ativação reticular e afastamento prolongado da mãe por pré-maturidade do bebê ou problemas pós-parto com a mãe. Está claro que o autismo não é transmitido pelos genitores (ELIAS, 1993).

Com a dificuldade de um diagnóstico precoce e preciso, um quadro de autismo só é fechado com segurança em fases mais avançadas, em que as manifestações tornem-se evidentes (MUGAYAR, 2000).

#### **2.2.4 Alterações Físicas Adquiridas**

Existem tanto condições sistêmicas como adquiridas que podem transformar um indivíduo dito normal em um deficiente físico. Entende-se por Deficiência Física qualquer comprometimento da capacidade motora ou motricidade de uma pessoa. É constituído por um grande grupo de indivíduos, adultos ou crianças que podem apresentar inúmeros defeitos estruturais responsáveis pelas manifestações médicas da condição específica e incapacitante que os afeta (VARELLIS, 2005).

As deficiências físicas podem ser classificadas de acordo com a área afetada, sendo assim: Se o sistema nervoso central (SNC) está afetado, podemos ter:

- Paralisia Cerebral;
- Acidente Vascular Cerebral;
- Doença de Parkson.

Entretanto, se o sistema neuromuscular esta afetado teremos: Distrofia muscular progressiva.

Se o sistema esquelético está afetado teremos: Artrites e Escolioses.

#### 2.2.4.1 Paralisia Cerebral

A Paralisia Cerebral é a desordem mais importante que afeta o SNC, é um distúrbio caracterizado por um conjunto de perturbações motoras e sensoriais, persistentes, mas não progressivo do SNC, causado por uma interferência no seu desenvolvimento. Esta interferência pode ocorrer antes do nascimento, durante ou até oito anos após.

È importante lembrar que apesar da Paralisia Cerebral iniciar a sua incapacidade na primeira infância, é completamente diferente da Paralisia infantil. Que é ocasionada por um vírus onde seu comprometimento ocorre no Sistema Nervoso Periférico, determinando incapacidades permanentes que podem variar seus comprometimentos motores desde pequenos até uma quadriplegia. E hoje se encontra erradicada na grande maioria dos países, segundo estatísticas (MUSTACCHI & PERES, 2000; MUGAYAR, 2000; VARELLIS, 2005).

A Paralisia Cerebral é classificada de acordo com a área do cérebro afetada, dificilmente encontramos um tipo único de Paralisia Cerebral, pois dependendo da região as manifestações podem se misturar sendo assim a classificação se da em três diferentes tipos, definidos segundo os comprometimentos dominantes do SNC, são eles: Espástica, Atetóide e Atáxica (MUSTACCHI & PERES, 2000; MUGAYAR, 2000; VARELLIS, 2005).

#### 2.2.4.1.1 Espástica

Caracterizada por paralisia e aumento de tonicidade dos músculos sendo causado pelas lesões no córtex. Podemos ter um lado do corpo afetado (hemiparesia), os quatro membros (quadriparesia) ou maior comprometimento dos membros inferiores (diplegia). Atinge aproximadamente 75% dos casos (MUGAYAR, 2000; VARELLIS, 2005).

#### 2.2.4.1.2 Atetóide

Apresenta movimentos involuntários e variações nos tónus muscular resultante de lesões do sistema extrapiramidal. Atinge 18% dos casos (MUGAYAR, 2000; VARELLIS, 2005).

#### 2.2.4.1.3 Atáxica

Ocorre a diminuição da tonicidade muscular, falta de coordenação dos movimentos e equilíbrio deficiente. É causada por lesões no cerebelo. Atinge aproximadamente 2% dos casos (MUGAYAR, 2000; VARELLIS, 2005).

Os pacientes portadores de Paralisia Cerebral apresentam manifestações sistêmicas associadas, as mais frequentes são: epilepsia, deficiência mental, deficiências visuais, dificuldades de aprendizagem, dificuldade de fala e alimentação.

As manifestações orais: hipoplasia de esmalte, hiperplasia gengival (causada por medicamentos à base de hidantoína), maloclusão, traumatismos, bruxismo (MUGAYAR, 2000; VARELLIS, 2005).

Leitão e Severo (1997), que através de uma revisão de literatura retrata as cardiopatias encontradas em crianças e os cuidados necessários para a realização de um tratamento

odontológico seguro. Destacam dentro do quadro, pacientes especiais os cardiopatas. As alterações cardíacas normalmente são congênitas podendo apresentar substrato para Endocardite bacteriana. As cardiopatias comumente se manifestam em portadores de síndromes e em pacientes fissurados, pode ser manifestada também em crianças cujas mães (enquanto gestante) contraíram rubéola ou infecções viróticas.

### **2.3 Prevalência e incidência da doença cárie e periodontal**

A cárie é uma doença reconhecida infecto-contagiosa, de caráter multifatorial e usualmente crônica. É causada por bactérias que colonizam a superfície do dente, formando o biofilme que afeta as estruturas mineralizadas dos dentes (esmalte e dentina) e o cemento. E quando não tratada progridem para quadros tão severos que interferem negativamente no crescimento e desenvolvimento das crianças afetadas (ARAUJO IGLESIAS, 2000).

A situação atual de saúde bucal dos pacientes portadores de necessidades especiais tem sido pouco estudada, e dados fidedignos são escassos no Brasil. Esta realidade atinge cerca de 10% da população brasileira, em sua maioria assistida esporadicamente, em caráter de benemerência (TOMITA & FAGOTE, 1999). Há poucos centros especializados na assistência desses pacientes e raros são os dentistas que se habilitam em atendê-los em seus consultórios particulares (AGUIAR *et al.*, 2000). A precária higiene bucal tem sido considerada um dos maiores problemas de saúde bucal desses pacientes. Esse fato é agravado pela baixa renda familiar, cujas famílias muitas vezes mal conseguem comprar alimentos, e menos ainda, escovas e cremes dentais (ABREU & PAIXÃO, 1999; AGUIAR *et al.*, 2000).

Através de estudos realizados por Pirela Manzano *et al.* (1999), no Instituto de Educação Especial no município de Maracaibo na Venezuela, foram feitas entrevistas com

pais/responsáveis e exame clínico dos pacientes especiais entre 3 e 14 anos, atendidos no Instituto. Observaram-se as patologias bucais de pacientes especiais e comparou-se o grau de aproximação entre as frequências relatadas na literatura e a frequência observada na amostra, obtendo um resultado significativo de aproximação  $\chi^2$ ( $p < 0,001$ ). Determinou-se que a cárie dentária, gengivite, maloclusão, quelites, bruxismo, são patologias que afetam a maioria dos indivíduos da amostra. Somente o subgrupo Síndrome de Down que se destacou pela elevada prevalência de cárie dentária, sendo esta superior à reportada em literaturas especializadas (PIRELA MANZANO *et al.*, 1999).

Araújo Iglesias (2000), em pesquisa realizada no Centro de Assistência Odontológica à Pacientes Especiais (CAOPE), na cidade de Mato Grosso avaliou a prevalência de cárie dentária em 42 crianças matriculadas neste centro, todas portadoras de síndrome de Down, na faixa etária de 0 a 60 meses. Pôde-se observar que, em relação à distribuição da cárie dentária, os dentes mais frequentemente acometidos foram os segundos molares inferiores seguidos dos superiores, primeiros molares superiores seguidos dos inferiores e a prevalência da cárie em relação aos arcos, no superior é maior que no inferior. Os resultados indicam e comprovam que as crianças com síndrome de Down são susceptíveis à cárie dentária (ARAÚJO IGESIAS, 2000).

Zarzar & Rosenblatt (1999), fizeram um estudo comparativo de 30 crianças com Síndrome de Down, na faixa etária de 3 a 10 anos com 30 crianças ditas normais (grupo controle), da mesma idade e nível socioeconômico, e que foram atendidas no Hospital Geral de Areias na cidade de Recife. Foi possível observar que as lesões de cárie apresentadas nos pacientes Síndrome de Down (grupo de estudo), eram profundas, muitas vezes com perda coronária, e na grande maioria somente restos radiculares. Em relação às extrações de dentes

decíduos observou-se uma maior precocidade da perda dentária pelo grupo de pacientes especiais estudados em comparação com o grupo de controle, foi levada em consideração para esta avaliação uma faixa normal de erupção fisiológica dos dentes permanentes sucessores em crianças normais.

Esta precocidade é enfatizada, pois as crianças portadoras da Síndrome de Down apresentam atraso na erupção dos permanentes quando comparada às crianças ditas normais (LÓPEZ PÉREZ & LÓPEZ MORALES, 2000) e que esses fatos podem estar relacionados com o encaminhamento tardio das crianças especiais ao consultório odontológico (ZARZAR & ROSENBLATT, 1999).

Este maior número de lesões pode ser explicado pelo tipo de alimentação, na maioria das vezes mais pastosa, além do uso prolongado da mamadeira associado à dificuldade de realização da escovação e autolimpeza insuficiente devido à deglutição atípica. A gravidade da deficiência mental juntamente com a interferência sistêmico-metabólica e medicamentos utilizados que podem conter em sua composição sacarose ou provocar xerostomia (FOURNIOL FILHO & FACION 1998).

Os pais dos pacientes especiais na tentativa de “agradar” e “conquistar” o filho e por saber que a criança demonstra preferência pelos alimentos doces, esses são oferecidos quantas vezes forem solicitadas. Nesse período o processo educativo e as visitas ao cirurgião-dentista são de extrema importância para a prevenção da cárie dentária (ARAUJO IGESIAS, 2000).

Giro *et al* em 2004, realizaram estudos comparativos com 51 pacientes portadores de deficiência física e/ou mental moradores de uma instituição em Araraquara com 49 pacientes nas mesmas condições não institucionalizados, com idade de 02 a 25 anos e que realizavam de duas a três escovações por dia. Foi avaliada a prevalência de cárie em pacientes portadores de necessidades especiais e a relação com o consumo de carboidratos simples.

Os autores notaram uma correlação significativa  $\chi^2$  ( $p=0,026$ ) entre o consumo de doces e o índice CPO-D. Quanto maior o consumo de sacarose, maior a prevalência de lesões cáries, os pacientes institucionalizados apresentaram maior risco de desenvolver a cárie dental do que os não institucionalizados e não houve correlação significativa estatisticamente entre o consumo de frutas e os índices de cárie.

Estudo realizado por Rodrigues *et al* em 1997, com 73 crianças portadoras da Síndrome de Down e crianças com deficiência mental, estudantes da Escola Especial Ulisses Pernambuco de ambos os sexos e na faixa etária de 3anos a 13anos. Mostraram, através de um questionário a fim de avaliar os hábitos alimentares e de higiene bucal com os índices de ceo e CPO-D, que os pais ou responsáveis, mesmo tendo conhecimento da relação entre a ingestão de alimentos doces e a cárie dentária, são permissíveis com seus filhos em relação à ingestão de guloseimas. Pôde-se concluir também que o índice ceo e CPO-D mais elevado está relacionado com o menor intervalo entre as refeições.

Segundo Campos *et al.* em 2005, através de uma revisão de literatura do padrão alimentar do paciente especial e a sua influência no desenvolvimento de doenças bucais, verificaram que a dificuldade de ingestão de alimentos ocorre pela deficiência motora e/ou mental podendo estar associada à anorexia, vômitos, dificuldade de mastigação e deglutição. A recusa alimentar é comum nesses pacientes e se caracteriza por aversão a alimentos sólidos.

As famílias são muitas vezes marginalizadas social e emocionalmente e dificilmente recebem adequada educação quanto à saúde bucal de seus filhos aumentando as chances de tais pacientes desenvolverem a doença cárie. Além disso, devido ao excesso de cuidados gerais que estes pacientes necessitam, a saúde bucal acaba sendo negligenciada (RAGGIO, 2001).

Castilho *et al.* em 2000, realizaram na Escola Estadual “Dr. João Moreira Salles” na cidade de Belo Horizonte, um estudo com 176 alunos portadores de deficiência neuropsicomotora e/ou mental de ambos os sexos e idade de 05 a 35 anos onde utilizaram o índice de Necessidades de Tratamento Odontológico (INTO). Verificaram que as condições de saúde bucal do portador de deficiência mental e neuropsicomotora são precárias, sendo a prevalência, incidência e severidade das doenças cárie e periodontal maiores se comparadas aos indivíduos normais, mesmo naqueles que já receberam tratamento odontológico. Os resultados apurados com o INTO facilitou para equipe odontológica se orientar e poder priorizar o problema.

Em pacientes com síndrome de Down em comparação com grupo controle de pacientes normais, a presença de placa gerou uma inflamação mais rápida e extensa no grupo Down. Observou-se falta de migração dos linfócitos para a área de inflamação, resultado de uma função alterada de linfócitos e polimorfonucleares (REULAND-BOSMA & VAN, 1986).

Fiorati *et al.* em 2000, estudaram a prevalência de cárie dentária e doença periodontal em pacientes portadores da Síndrome de Down, atendidos no setor de odontologia da APAE de Batatas – SP. Foram examinados vinte e cinco pacientes entre 03 e 36 anos. Os autores

verificaram que pacientes portadores de Síndrome de Down da amostra estudada apresenta prevalência elevada da doença periodontal com ocorrência significativa em idades precoces.

Na idade precoce de 2 anos a 5 anos o primeiro sinal é uma gengivite severa, com ulceração e desprendimento das papilas interdentais e margem gengival. Nessa idade é mais agudo do que em pacientes mais velhos; a criança fica irritada, com febre baixa e gengiva dolorosa, tornando a alimentação e a higienização difíceis (gengivo-estomatite herpética) (JAN LINDHE, 1999).

A doença periodontal resulta de respostas imunológicas à infecções bacterianas crônicas. Essas respostas podem ser modificadas por uma variedade de fatores do hospedeiro como mudanças imunológicas, diabetes, estados de imunodeficiência, tabagismo e medicamentos os quais também aumentam a chance de doenças periodontais. Os pacientes portadores de necessidades especiais são mais susceptíveis a doenças periodontais e os que menos recebem cuidados de prevenção (SCHONFELD, 2003).

#### **2.4 Interdisciplinalidade no atendimento ao paciente especial**

As crianças com comprometimento sistêmico que necessitam de vários cuidados em função da sua condição, apresentam ausência de saúde bucal. Este fato pode ser atribuído, muitas vezes à falta de interação médico-odontológica, resultando em tratamentos individualizados em cada área. As atitudes em saúde bucal nem sempre foram de acordo com os conhecimentos expressados por esses profissionais (POMARICO *et al.*, 2003).

O médico pediatra na maioria das vezes é quem acompanha as crianças especiais, desde o diagnóstico ao tratamento, sendo muitas vezes como centro entre os multiprofissionais que dão suporte a esses pacientes e com isso se torna uma figura importante na qualidade de saúde oral das crianças especiais (ELIAS & ELIAS, 1995).

A assistência odontológica ambulatorial ao paciente especial necessita da participação de sua família e do apoio de profissionais de diferentes áreas (equipe multiprofissional), trabalhando de forma integrada estabelecida em bases cooperativas e não competitivas com o propósito de promover saúde e bem estar ao paciente e seu núcleo familiar (SEDLACEK, *et al.*, 1996).

O plano de tratamento deve ser formulado levando em consideração a capacidade de cooperação do paciente e é importante que seja feito de forma multidisciplinar. Deve-se anotar nome e telefone de todos os profissionais da área de saúde que lidam com o paciente e solicitar do médico que o assiste uma avaliação do seu estado geral de saúde (ELIAS, 1993; CORRÊA, 2001).

É indispensável que tanto a criança como os pais tenham confiança no profissional, só assim se criará um vínculo que é de fundamental importância para se obter a colaboração da família ao tratamento. Na busca da manutenção de saúde bucal da criança especial realizada através dos pais, a utilização da equipe multidisciplinar é fundamental para alcançar esse objetivo (MUGAYAR, 2000).

## **2.5 Tratamento Odontológico**

Os obstáculos mais freqüentes no tratamento dentário são: ansiedade dos pais; baixa prioridade devida a numerosos problemas da prática diária; apreensão dos pais quanto à aceitação e incapacidade dos pacientes portadores de necessidades especiais mais comprometidos em comunicar um problema dentário; discrepância de opiniões entre os pais ou profissionais da necessidade ou não de tratamento e alto custo do tratamento (GRUNSVEN & CARDOSO, 1995).

A doença bucal e seu tratamento na grande maioria das vezes representam fatores de alto risco para este grupo de pacientes. As septicemias como seqüelas das doenças orais ou infecções de origem odontogênicas e até mesmo procedimentos rotineiros como tratamento endodôntico e cirúrgicos na cavidade oral, podem através de bacteremias complicar patologias já existentes (ELIAS & ELIAS, 1995).

Grunven & Cardoso em 1995, descrevem o tratamento preventivo e a manutenção da saúde bucal em crianças especiais e citam como um dos principais cuidados no tratamento dentário em pacientes especiais, o controle da infecção. Além de uma higiene oral comumente deficiente e uma dieta rica em carboidratos, os autores também relatam como agravante na determinação do risco de cárie, a redução do fluxo salivar normalmente causada pela alta ingestão de medicamentos.

A falta de experiência clínica dos Cirurgiões-Dentistas no atendimento aos pacientes especiais e de recursos odontológicos até mesmo nos centros hospitalares, para tratamentos preventivos, cirúrgicos, restaurador e reabilitador, juntamente com a falta de recursos financeiros de seus familiares, contribuem para que sejam adotadas soluções extremas, como

exodontia múltiplas (TOMITA & FAGOTE, 1999; TANACA, MACIEL & SONOHARA, 2005).

Até mesmo o tratamento odontológico curativo por muitas vezes necessita ser realizado em ambiente hospitalar sob anestesia geral, muitas vezes colocando em risco a vida do paciente (TOMITA & FAGOTE, 1999; TANACA, MACIEL & SONOHARA, 2005).

A primeira consulta odontológica de uma criança especial é um dos momentos mais importantes. Deve-se ter em mente que estamos recebendo não só uma criança especial e sim uma família especial, (MUGAYAR, 2000) com suas dúvidas, medos e ansiedades quanto ao tratamento; devemos saber abordar e, principalmente, ouvir esta família, pois, neste momento, avalia-se o grau de ansiedade tanto dos cuidadores quanto do paciente e o relacionamento familiar (IMPARATO, 2005).

Mariano & Krahembull em 1999, avaliaram as alterações sistêmicas de maior interesse odontológico em pacientes portadores da Síndrome de Down através de 52 prontuários dos pacientes atendidos no Centro de Atendimentos a Pacientes Especiais da FOU SP. Segundo os autores o sucesso do tratamento odontológico em pacientes portadores da Síndrome de Down, está diretamente relacionado com a capacitação profissional, levando sempre em consideração os riscos para cardiopatias, crises convulsivas, infecções respiratórias; desta forma o tratamento é conduzido com mais segurança para o cirurgião – dentista e o paciente.

A anamnese deve ser criteriosa, principalmente em relação à sua história médica e medicações que o paciente utiliza (CORRÊA, 2001). Neste primeiro momento aproveitamos

para observar o comportamento da criança no consultório, sua reação ao ambiente e também em relação ao profissional, sua história pregressa odontológica quando existir será de grande valia para definir o grau de dificuldade que temos à frente e elaborar o plano de tratamento.

Como muitos pacientes possuem defeitos congênitos cardíacos é importante que sejam submetidos à avaliação médica e quando necessário, fazer à profilaxia antibiótica antes da intervenção odontológica, que possa colocar em risco o paciente em relação à endocardite bacteriana. Como também são muito susceptíveis a infecções respiratórias, é necessário um controle rigoroso das infecções orais (SANGER & CASAMASSIMO, 1983; LEITÃO & SEVERO, 1997).

No tratamento odontológico do paciente portador de necessidades especiais, primeiramente deve-se tentar o condicionamento psicológico do paciente, com técnicas usuais de controle de comportamento como dessensibilização, a musico-terapia, elogios e brincadeiras para se criar um vínculo paciente-dentista (FOURNIOL FILHO & FACION, 1998).

Recomendam-se também a técnica DIZER-MOSTRAR-FAZER, os procedimentos devem ser explicados numa linguagem simples e compreensível. O dentista explica o que vai ser feito, demonstra fora da boca e depois realiza o procedimento (DESAI & FAYETTEVILLE, 1997).

Inicialmente, se faz uma rápida avaliação da capacidade mental da criança, observando seu comportamento geral e também a troca de informações com a família e os profissionais da área de saúde que o atendem, para obter sua colaboração. Deve-se, portanto,

tentar introduzir os procedimentos odontológicos de forma a ser compreendido por uma criança com desenvolvimento mental limitado. Se uma criança, de dez anos tem comportamento semelhante a uma de três anos, deve ser tratada como tal (FORNIOL FILHO & FACION, 1998).

O toque nesses pacientes, como segurar suas mãos é muito importante, pois parece deixá-los mais relaxados. O uso de roupas brancas deve ser evitado, devido ao trauma provocado por experiências médicas passadas (GLAZZARD & SWORD, 1976).

Santos & Oliveira em 2004, selecionaram 24 indivíduos com tetraplegia e que eram pacientes da odontologia do Centro de Reabilitação da Universidade Federal de São Paulo. Com o uso da Crioterapia observaram um aumento significativo da abertura de boca nos pacientes com paralisia cerebral (tetraplégica) e isso facilitou o acesso aos molares superiores desses pacientes, o que é bastante valioso em termos de tratamento dentário bem como para os procedimentos de prevenção da cárie dentária. A crioterapia oferece o benefício adicional do seu baixo risco tanto para o paciente como para o profissional, associado à redução temporária da espasticidade do músculo Masseter.

Quando for necessário o tratamento curativo, a utilização da restauração atraumática é bem indicada e seria também um fator benéfico para aumentar a colaboração do paciente. O Tratamento Restaurador Atraumático (ART) evita a utilização de instrumentos rotatórios, reduz o número de consultas e traz, desta forma, grandes benefícios ao paciente (IMPARATO, 2005).

Devido a grande ansiedade e preocupação dos pais devemos sempre explicar o que será feito em cada consulta e falar sobre os métodos de controle de comportamento existentes. Caso não haja possibilidade de cooperação por parte do paciente, o dentista muitas vezes necessita de lançar mão de métodos de contenção, que se pode dividir em física e química. Dentre as opções para contenção química temos: sedação (ex: hidrato de cloral); analgesia (ex: óxido nitroso) e anestesia geral (MUGAYAR, 2000).

Para contenção física é recomendado o uso da macri. O uso desse aparato deve ser cuidadosamente explicado ao paciente e acompanhante para que seja entendido como uma forma de proteger o paciente e não como punição ou controle forçado. A estabilização da boca também é importante para permitir um trabalho rápido, com melhor visibilidade e proteger o paciente de injúrias (McDONALD & AVERY, 1995; CORRÊA, 2001).

Em pesquisa realizada por Abreu, Castilho & Resende em 2001, relata a experiência da assistência odontológica aos pacientes da Associação Mineira de Reabilitação (AMR) e Escola Estadual “Dr. João Moreira Salles”. A população avaliada foi formada por 74 pacientes da AMR e alunos matriculados na escola estadual. Os estudos mostraram que a maioria (58,2%) dos procedimentos odontológicos realizados em crianças e adolescentes portadores de deficiências físicas vinculadas à Associação Mineira de Reabilitação foi preventiva e de controle da doença cárie e periodontal, mostrando dessa forma que é possível à abordagem de indivíduos portadores de necessidades especiais.

Em relação ao tratamento das lesões de cárie cavitadas, predominou as restaurações atraumáticas, totalizando (12,5%) dos procedimentos realizados e a frequência de exodontias

em dentes decíduos e permanentes foi igual a (5,5%) (ABREU, CASTILHO & RESENDE, 2001).

O melhor tratamento para o paciente portador de necessidades especiais é a educação. Um programa de saúde oral bem planejado pode obter alto grau de sucesso na prevenção de doenças bucais e para isso é necessário um esforço integrado entre a criança, a família e a equipe (MUGAYAR, 2000).

## **2.6 Aspectos preventivos e educativos**

Alguns dentistas sentem-se pouco à vontade ao tratar pacientes especiais, o que pode resultar numa perda de serviços muito necessários. Se ele interagir com as necessidades especiais do paciente e com as preocupações dos pais, o controle odontológico da criança poderá tornar-se muito gratificante (MC DONALD & AVERY, 1995).

Jacob & Gallo em 1995, avaliaram como se sentem e se posicionam os alunos do 4º ano de odontologia do Instituto de Ciência da saúde da Universidade Paulista em relação ao atendimento de pacientes especiais. Participaram da pesquisa 53 mulheres e 36 homens com idade entre 24 e 28 anos. Através dos resultados obtidos, verificou-se uma formação predominantemente técnica, onde a maioria dos alunos apresenta despreparo para lidar com situações de estresse da profissão sendo comum a colocação dessas dificuldades no paciente e não nas próprias atitudes e sentimentos em relação ao paciente especial. A comunidade científica de um modo geral acaba passando as dificuldades culturais em lidar com indivíduos portadores de necessidades especiais, com o diferente.

Os pacientes portadores de necessidades especiais, seu núcleo familiar e os profissionais envolvidos devem ser orientados e treinados em prevenção, e que o dentista e sua equipe estabeleçam uma relação com o paciente e sua família onde eles sejam o centro das atenções (GRUNVEN & CARDOSO, 1995).

Em estudo realizado por Tomita & Fagote em 1999, avaliaram as condições de higiene bucal de 52 pacientes portadores de deficiência mental com idades entre 5 e 17 anos, matriculados na APAE de Bauru. Os autores constataram que grande parte dos pais gostaria de saber sobre a melhor dieta e método de higienização para seus filhos, assim como sobre as implicações do uso do flúor. Os pais também destacaram a necessidade de um atendimento odontológico abrangente e integral para seus filhos.

Através dessa pesquisa se percebeu que poucos pacientes aprenderam a escovar os dentes com a orientação do seu dentista e que a grande maioria das crianças quando buscam atendimento odontológico já apresentam alguma sintomatologia dolorosa. Desta forma mostra uma falta de preocupação dos cirurgiões-dentistas de um modo geral com a prevenção em saúde bucal destinada aos pacientes especiais (TOMITA & FAGOTE, 1999).

Para real obtenção da saúde bucal, o paciente portador de necessidades especiais deve ser inserido em um modelo de Promoção de Saúde Bucal, associando métodos educativos, preventivos e reabilitadores (RAGGIO, 2001).

Estudo realizado por Pomarico *et al* em 2003, avaliaram o conhecimento e as atitudes em saúde bucal com profissionais de educação e saúde inseridos no programa de atenção a crianças especiais de 0 a 6 anos em uma instituição municipal do rio de janeiro. O estudo mostrou que embora 97,0% dos entrevistados afirmarem que a saúde bucal pode interferir na

saúde geral, somente 37,3% responderam de forma correta a respeito dessa interferência. Quanto à prevenção da cárie, 92,5% afirmaram conhece-los, mas somente 17,9% foram ao dentista para prevenção. Apesar de a higiene bucal ter sido a mais indicada como modo de prevenir a cárie, nem sempre esta prática é realizada na creche.

Maddi Shyama *et al.* em 2003, avaliaram a eficácia de um programa de escovação supervisionada em um grupo de 112 crianças portadores da Síndrome de Down no Kuwait. O estudo envolveu 45 meninos e 67 meninas com idade variando entre 11 e 22 anos.

Segundo os autores, os pacientes especiais apresentam com frequência acúmulo severo de placa bacteriana. É sabido que a escovação é o principal, simples e mais efetivo método para reduzir os níveis de placa/gengivite e controlar e prevenir a doença periodontal. O controle da placa bacteriana nesses indivíduos é um ponto importante no planejamento de saúde oral e nos programas preventivos.

Kaye *et al.* em 2005, relatam experiências e expectativa de pais ou responsáveis de adultos portadores da Síndrome de Down necessitados de cuidados bucais. Os dados foram coletados através de questionário enviados para os pais que são membros da associação Síndrome de Down. Os autores verificaram que embora a maioria dos adultos com Síndrome de Down visitasse regularmente o dentista, efetivamente pouco tratamento foi providenciado e os pais apontaram a necessidade de informação precoce apropriada para seus filhos e acesso a dentistas que fossem simpáticos comunicativos e bem informados sobre a Síndrome de Down.

Uemura *et al.* em 2004, relatou o caso de um paciente portador de deficiência mental e auditiva, que apresentava higiene bucal precária. Através da utilização de vários desenhos para educação odontológica do paciente, obteve-se motivação superando-se assim a dificuldade de comunicação entre o paciente e o Cirurgião–Dentista, tendo como resultado a melhora da condição bucal do mesmo. Segundo os autores esse caso mostra a importância do profissional individualizar sua abordagem a cada paciente fazendo com que este se sinta compreendido e valorizado. Desta maneira é possível criar vínculo, motivar e educar em saúde bucal.

Segundo Marega & Aiello (2005), que revisaram a literatura sobre a etiologia e diagnóstico do autismo e os tratamentos odontológicos oferecidos a estes pacientes, foi verificado que há a necessidade de criação de um programa de educação e saúde bucal que ensine e treine os pacientes portadores de necessidades especiais a escovarem seus próprios dentes, tornando – se mais independentes, diminuindo a aversão à escovação e prevenindo a ocorrência de intervenções mais invasivas. Os cuidadores também devem ser orientados e treinados quanto à higiene bucal de seus filhos.

Resende *et al.* em 2005, relatam o projeto de extensão que proporciona ao aluno de graduação da Faculdade de Odontologia de Minas Gerais, conhecimentos teóricos e práticos para o atendimento ao paciente portador de necessidades especiais. Segundo os autores existe um grande número de pacientes portadores de necessidades especiais e de baixo poder aquisitivo e com isso ficam sem opção de tratamento odontológico tendo que recorrer ao serviço público. Devido a grande demanda, eles acabam sendo encaminhados para realização do tratamento sob anestesia geral através do Serviço Único de Saúde (SUS). Além dos riscos oferecidos pela anestesia geral o tratamento odontológico realizado desta forma se torna ineficaz no controle do processo saúde/doença por ser esporádico e puramente curativo.

As pessoas portadoras de necessidades especiais costumam ter mais doenças dentárias, ausências de dentes e maior dificuldade para receber tratamento dentário do que outros membros da população, encontrando barreiras até mesmo de acesso ao serviço de higiene oral. Essas realidades indicam e avaliam a importância da prevenção de doenças dentárias nos indivíduos portadores de necessidades especiais estabelecendo protocolo odontológico preventivos para essa população (GLASSMAN & MILLER, 2003).

Caetano & Moraes em 2000, relatam o processo organizacional na implantação e desenvolvimento de uma unidade que procura avaliar serviço e pesquisa, desenvolvendo um trabalho de atuação preventiva primária ensinando indivíduos a apresentar comportamento de saúde bucal e criando contingentes para que sejam instalados e mantidos estes comportamentos. Este trabalho é feito no Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae-FOP/UNICAMP) aliando duas áreas: Odontologia e Psicologia. Realizado com as mães e seus bebês com até 60 meses de idade, considerando-se bebês portadores ou não de deficiência, como pacientes especiais, desta maneira a probabilidade de instalar saúde através da educação torna-se maior. Neste período a mãe fica mais motivada a promover a saúde bucal de seu filho.

### **3. PROPOSIÇÃO**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar a saúde bucal dos pacientes portadores de necessidades especiais e as dificuldades apontadas por seus pais para manter a saúde bucal de seus filhos.

#### **3.2 Objetivo específico**

1. Correlacionar o nível sócio-econômico dos responsáveis/pais e suas necessidades, e verificar se as dificuldades apontadas são as mesmas.
2. Analisar se existe uma preocupação dos médicos, em relação á saúde bucal de seus pacientes.
3. Correlacionar placa/gengivite dos filhos com nível sócio-econômico dos pais.

## **4. MATERIAIS E METODOS**

A autora obteve aprovação do seu projeto no comitê de ética na pesquisa da UNIGRANRIO (Anexo1).

### **4.1 Sujeito**

Essa pesquisa foi realizada em duas Instituições, uma Militar (grupo A) e outra Municipal (grupo B). Nos referidos locais, os pacientes portadores de necessidades especiais recebem atendimento odontológico realizado por profissionais especializados.

Fizeram parte desse estudo os pacientes portadores de necessidades especiais nas seguintes condições: pacientes com paralisia cerebral; deficiência motora e/ou neurológica incluindo todas as Síndromes que se enquadra nesta situação e pacientes com alterações comportamentais, juntamente com seus responsáveis.

A amostra foi aleatória, sem distinção de gênero e idade e consiste de 102 pacientes portadores de necessidades especiais juntamente com seus responsáveis.

Os grupos foram divididos em A e B, sendo compostos por 51 pacientes portadores de necessidades especiais juntamente com seus responsáveis.

### **4.2 Métodos**

Primeiramente os responsáveis foram informados a respeito da pesquisa e concordaram em participar juntamente com seus filhos, assinando o termo de consentimento livre esclarecido (Anexo 2).

### 4.3 Coleta dos dados

A metodologia utilizada para coleta de dados foi dividida em duas partes:

**1º parte:** Questionários que foram respondidos pelos responsáveis dos pacientes portadores de necessidades especiais.

Foram aplicados dois questionários previamente testados, para os responsáveis dos pacientes especiais: um questionário sócio – econômico contendo 17 questões (Anexo 3) e um questionário com perguntas sobre a história médica e odontológica dos pacientes da amostra, contendo 30 questões (Apêndice 1).

As perguntas foram feitas, através de entrevista direta pela pesquisadora para os responsáveis dos pacientes portadores de necessidades especiais, durante a entrevista foi utilizado um diário de campo.

O questionário sócio – econômico foi analisado utilizando o Critério de Classificação Econômica Brasil, (2003) ABEP (Anexo 4).

Dividido por classes (**modificado para classe reduzida**): Classe A com renda média familiar de (R\$ 4.648,00 a R\$ 7.793,00) que corresponde a 6% da população do Brasil; Classe B com renda média familiar de (R\$ 1.669,00 a R\$ 2.804,00) que corresponde a 23%

da população do Brasil e as Classes C, D, E com renda média familiar de (R\$ 207,00 a R\$ 927,00) que corresponde a 71% da população do Brasil.

**2º parte:** avaliação de placa bacteriana visível e/ou gengivite visível nos pacientes especiais, cujos pais participaram da pesquisa.

O exame clínico foi realizado pela autora do trabalho na cadeira odontológica (existente no grupo A e no grupo B) com luz artificial do refletor, espelho bucal, jato de ar da seringa tríplice, luvas e mascaras descartável. Os dados observados, referentes ao exame clínico foram anotados no questionário de saúde (Apêndice 1).

Em seguida foi realizado o exame clínico nos pacientes com a intenção de ver presença ou ausência de placa visível e gengivite visível. Na avaliação da placa visível não foi utilizado evidenciador de placa.

Na avaliação da gengivite foi levada em consideração a pergunta de numero 27 do questionário de saúde (Ao fazer a higiene oral de seu filho observa sangramento na gengiva?) sendo a resposta associada à avaliação clínica através da observação.

Foi considerada no exame clínico a gengivite a partir do estágio de lesão precoce que é visível clinicamente e apresenta um aumento do infiltrado inflamatório e ocorre aproximadamente uma semana após a lesão inicial. Com embasamento nos 3 estágios de gengivite proposto por, Tinoco, Silva & Herdy, em 2001.

#### **4.4 Tratamento estatístico**

Após a coleta e tabulação dos dados os mesmos foram enviados para tratamento estatístico, onde se utilizou para análise dos dados o SPSS 13.0 para Windows, e quando necessário aplicou-se o teste de independência Qui-quadrado (Pearson).

## 5. RESULTADOS

**TABELA - 1** Correlação entre os grupos A e B com o nível sócio-econômico (modificado para reduzida).

Grupos A e B x nível sócio-econômico			
	Classe	Grupo A	Grupo B
Classe sócio-econômica reduzida	classe A	24 47,10%	0 0,00%
	classe B	26 51,00%	6 11,80%
	classe C, D ou E	1 2,00%	45 88,20%
Total		51 100,00%	51 100,00%

$p < 0,001$  - significativa

Os grupos apresentam classes sócio-econômicas bem distintas, o grupo A é composto basicamente por classe A e B (98%) enquanto que o grupo B é basicamente Classe C,D,E (88,2%), realizando o teste  $\chi^2$  ( $p < 0,001$ ) havendo diferença estatisticamente significativa. O resultado mostra uma forte correlação entre grupo e o nível sócio econômico.

**TABELA 2 –** Correlação da escolaridade dos responsáveis reduzida (utilizando nomenclatura atualizada) com grupos A e B.

## Escolaridade do chefe de família x grupos

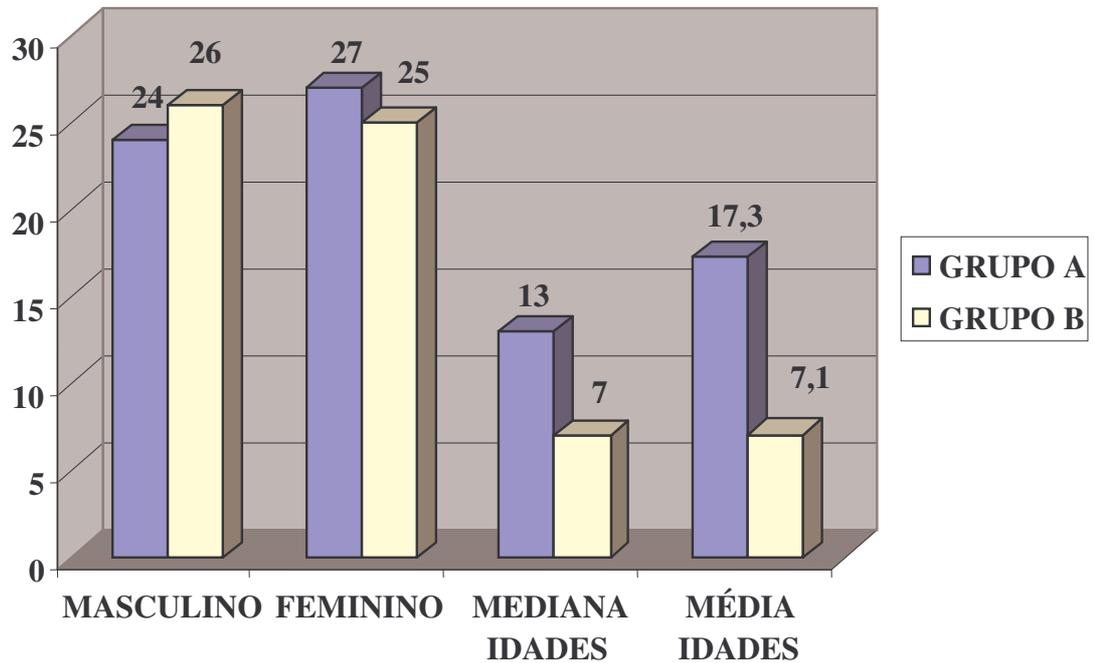
	GRUPO A	GRUPO B	TOTAL
Ensino Fundamental Incompleto	0 ( 0% )	13 ( 25,5% )	13
Ensino Médio Incompleto	2 ( 4% )	23 ( 45,5% )	25
Ensino Médio Completo	49 ( 96% )	15 ( 29,4% )	64

p<0,001 - significativa

O nível de escolaridade do chefe da família está diretamente relacionado com seu nível sócio-econômico  $\chi^2$  (p<0,001) havendo diferença estatisticamente significativa, do grupo A, somente 4% dos chefes das famílias têm escolaridade abaixo do colegial completo (atual ensino médio), enquanto que no grupo B 70,6% tem escolaridade abaixo do ensino médio.

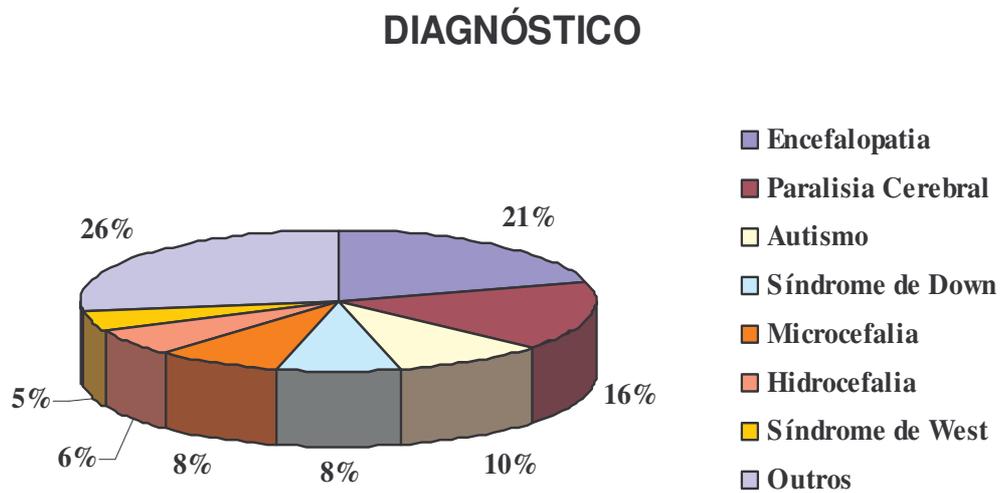
**GRÁFICO 1 - Correlação entre Grupos A e B com gênero e idades dos pacientes**

### Grupos x Gênero e idades dos pacientes

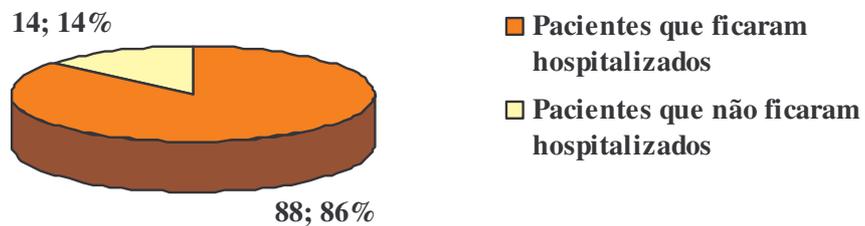


A amostra foi constituída por 51 pares (pais/filhos) do grupo A e 51 pares do grupo B, totalizando 102 pares. Em relação aos pacientes 52 (51%) são do gênero feminino, sendo 27 do grupo A e 25 do grupo B e 50 (49%) são do gênero masculino, sendo 24 do grupo A e 26 do B. O que demonstra que a amostra se apresenta bem equilibrada tanto em termos gerais como separada por grupo. Em relação à idade, a média dos pacientes foi de 12 anos e mediana de 8 anos. Separando por grupo, a média de idade é de 17 anos e mediana de 13 anos no grupo A e no grupo B tanto a média de idade quanto a mediana é de 7anos.

**GRÁFICO 2 - Distribuição do valor percentual do diagnóstico dos pacientes portadores de necessidades especiais da amostra.**

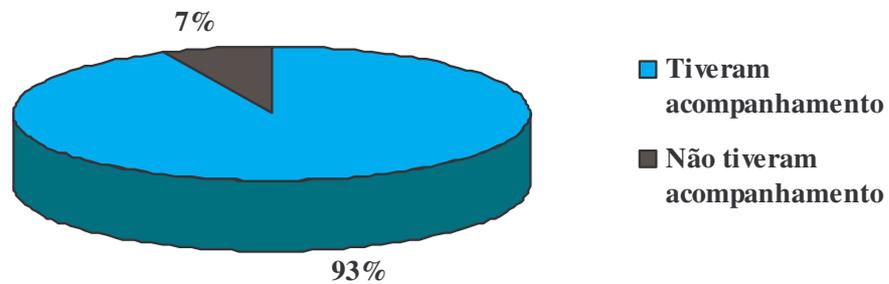


**GRÁFICO 3 - Distribuição do valor percentual dos pacientes que ficaram hospitalizados por comprometimentos sistêmicos.**



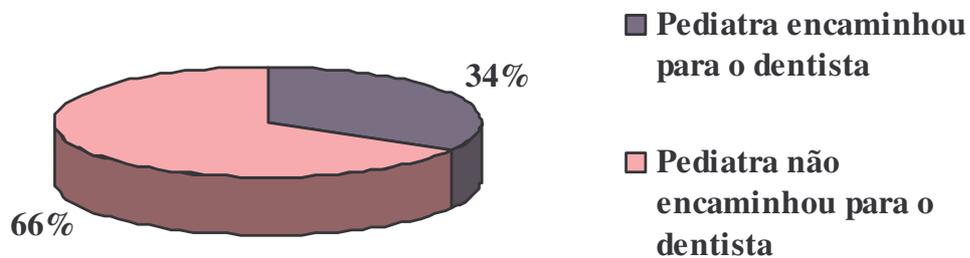
Da amostra (88) 86,3% dos pacientes portadores de necessidades especiais já ficaram hospitalizados e (14) 13,7% não ficaram hospitalizados.

**GRÁFICO 4 - Distribuição do valor percentual dos pacientes que foram acompanhados pelo médico Pediatra.**



Da amostra (7) 6,9% dos pacientes não tiveram acompanhamento com o médico Pediatra enquanto que (95) 93,1% tiveram.

**GRÁFICO 5 - Distribuição do valor percentual do Médico Pediatra que encaminha o paciente para o Dentista.**



Dos Médicos Pediatras que acompanharam os pacientes da amostra, (63) 66,3% não indicaram que os mesmos procurassem um dentista e somente (32) 33,7% dos médicos indicaram que procurassem um dentista.

**TABELA 3 - Correlação entre o Pediatra que encaminhou o paciente ao Dentista com a orientação de higiene bucal dada pelo Pediatra.**

		Pediatra orientou a limpeza da boca do seu bebê		Total
		Não	Sim	
O pediatra indicou que procurasse um dentista	Não	46	24	70
	Sim	5	27	32
Total		51	51	102

$p < 0,001$  - significativa

Aplicando o teste  $\chi^2$  ( $p < 0,001$ ) havendo significância estatística, ou seja, que mostra forte correlação entre o pediatra que indica que o paciente procure um dentista com a orientação dada aos pais quanto à limpeza da boca do bebê.

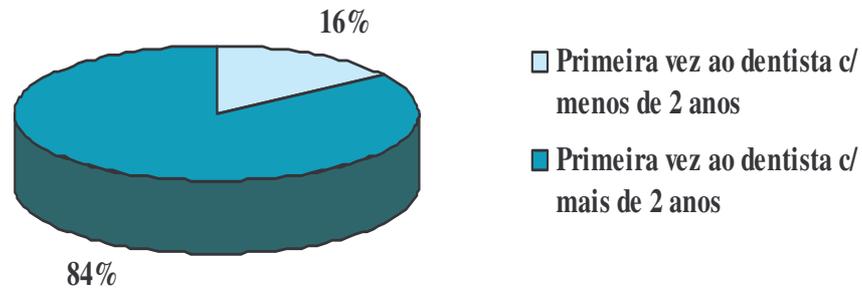
**TABELA 4 – Correlação da primeira vez que o paciente foi ao dentista e com a idade menor que dois anos e com, o pediatra que encaminhou o paciente ao Dentista.**

		Idade que foi ao dentista		Total
		< 2	> 2	
		Não	Sim	
O pediatra indicou que procurasse um dentista	Não	6 8,60%	64 91,40%	70 100,00%
	Sim	10 31,30%	22 68,80%	32 100,00%
Total		16 15,70%	86 84,30%	102 100,00%

$p < 0,003$  - significativa

Quando o pediatra não encaminha a criança ao dentista, apenas 8,6% vão antes de 2 anos. Enquanto que quando a criança é encaminhada pelo pediatra esse percentual aumenta para 31,3%. Categorizando por grupos A e B demonstra a mesma tendência.

**GRÁFICO 6 – Distribuição do valor percentual da primeira vez que o paciente foi ao dentista com mais de dois anos de idade.**



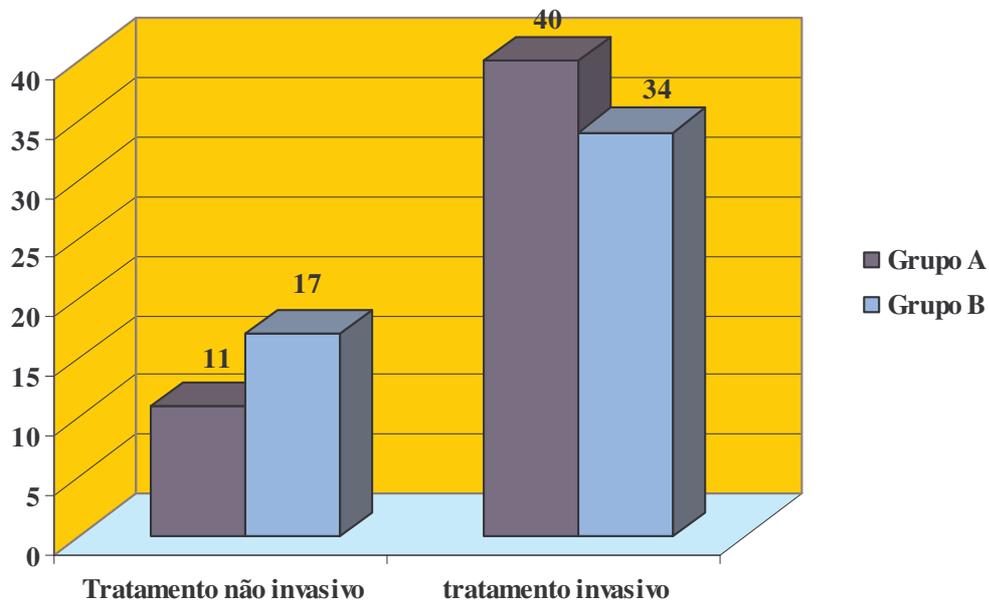
**TABELA 5 – Correlação da primeira vez que o paciente foi ao dentista e que tivesse idade menor que dois anos, com, seu filho necessitou de tratamento dentário.**

		Seu filho já necessitou de tratamento dentário		Total
		Não	Sim	
Idade que foi ao dentista maior que dois anos	Não	8 50,00%	8 50,00%	16 100,00%
	Sim	10 11,60%	76 88,40%	86 100,00%
Total		18 17,60%	84 82,40%	102 100,00%

$p < 0,001$  - significante

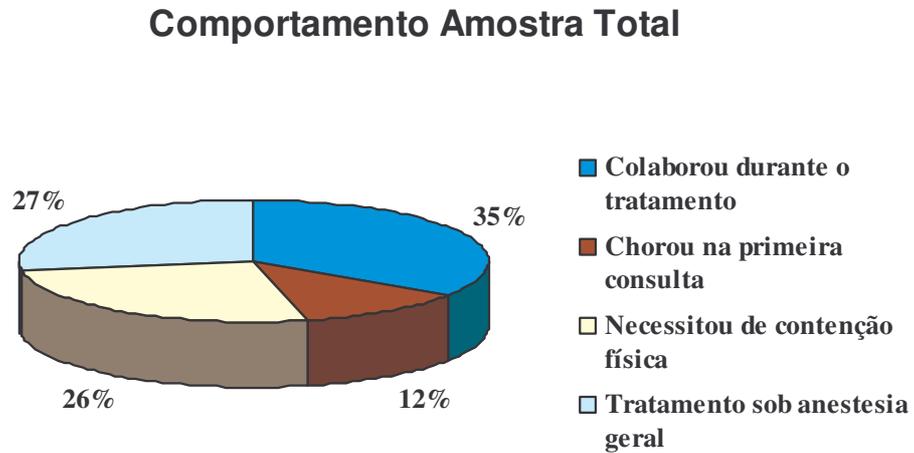
Mostrou grande dependência entre as variáveis  $\chi^2$  ( $p < 0,001$ ), dos pacientes que foram pela primeira vez ao dentista abaixo de 2 anos (50%) 8 não precisaram de tratamento dentário e (50%) 8 precisaram. Já os pacientes que foram pela primeira vez ao dentista acima de 2 anos (88,4%) 76 precisaram de tratamento dentário enquanto que apenas (11,6%)10 não precisaram. Isso mostra que quanto mais cedo a criança for ao dentista menor são as chances de necessitar de tratamento dentário.

**GRÁFICO 7 - Distribuição da frequência do tipo de tratamento dentário invasivo/não invasivo por grupos.**



Distribuição da frequência do tipo de tratamento dentário na primeira consulta. Invasivo (restaurações, exodontias e tratamentos endodônticos) ou não invasivos (primeira consulta, profilaxia e aplicação de flúor) em relação ao grupo A 21,6%(11) o tratamento não foi invasivo e 78,4% (40) foi invasivo. No grupo B 33,3% (17) o tratamento não foi invasivo e 66,7% (34) foi invasivo.

**GRÁFICO 8 - Distribuição do valor percentual do comportamento do paciente durante o tratamento.**



Dos pacientes que necessitaram de tratamento dentário, 34,5% colaboraram durante o tratamento, 11,9% choraram nas primeiras consultas mais depois colaboraram, 26,2% necessitaram de contenção física e 27,4% tiveram o tratamento realizado sob anestesia geral.

**TABELA 6 – Correlacionando comportamento do paciente durante o tratamento dentário com grupos A e B.**

Comportamento x Grupos		
	GRUPO A	GRUPO B
Colaborou durante o tratamento	17 ( 41% )	12 ( 28,5% )
Chorou na primeira consulta	6 ( 14% )	4 ( 9,5% )
Necessitou de contenção física	9 ( 21% )	13 ( 31% )
Tratamento sob anestesia geral	10 ( 24% )	13 ( 31% )

$p < 0,04$  - **significante**

Em relação ao grupo A: dos pacientes que necessitaram de tratamento dentário, 40,5% (17) colaboraram durante o tratamento, 14,3% (6) choraram nas primeiras consultas mais depois colaboraram, 21,4% (9) necessitaram de contenção física e 23,8% (10) tiveram o tratamento realizado sob anestesia geral. Em relação ao grupo B: dos pacientes que necessitaram de tratamento dentário, (28,5%) (12) colaboraram durante o tratamento, (9,5%) (4) choraram nas primeiras consultas mais depois colaboraram, (31%) (13) necessitaram de contenção física e (31%) (13) tiveram o tratamento realizado sob anestesia geral. Mostrou dependência entre as variáveis  $\chi^2$  ( $p=0,4$ ),

**TABELA 7 – Correlação de como o responsável avalia a saúde bucal de seu filho com a classe sócio-econômica reduzida.**

		Como classificar a saúde bucal de seu filho		
		ruim	regular	boa
classe sócio-econômica reduzida	classe A	5 20,80%	10 41,70%	9 37,50%
	classe B	7 21,90%	14 43,80%	11 34,40%
	classe C,D ou E	3 6,50%	10 21,70%	33 71,70%
Total		15 14,70%	34 33,30%	53 52,00%

$p=0,009$  - significativa

Analisando a classe sócio-econômica com a percepção do responsável em relação à classificação da saúde bucal de seu filho, verificou-se que na classe C, D ou E 71,7% considera boa enquanto na classe B apenas 34,4% considera boa e na classe A 37,7% considera boa. O que indica significância entre essas variáveis  $\chi^2$  ( $p=0,009$ ), mostrando que a percepção da classe mais baixa é ruim, isso acontece provavelmente por falta de informação e por isso não saber diferenciar ou até mesmo reconhecer quando se tem saúde bucal ou não.

**TABELA 8 – Correlação entre maior dificuldade apontada pelos pais com classe sócio-econômica reduzida.**

		Classe sócio-econômica reduzida			Total
		classe A	classe B	classe C, D ou E	
Em sua opinião qual a maior dificuldade para manter a saúde bucal de um paciente com necessidades especiais	Encontrar um dentista que atendesse seu filho	14 58,30%	16 50,00%	29 63,00%	59 57,80%
	O custo do tratamento	0 0%	4 12,50%	7 15,20%	11 10,80%
	Se caso teve instruções de higiene oral, seguir a orientação	0 0%	2 6,30%	0 0%	2 2,00%
	escovar os dentes de seu filho passar fio dental	7 29,20%	3 9,40%	5 10,90%	15 14,70%
		3 12,50%	7 21,90%	5 10,90%	15 14,70%
	Total	24 100,00%	32 100,00%	46 100,00%	102 100,00%

A maior dificuldade apontada pelos responsáveis para manter a saúde bucal de seus filhos, em relação as classes foram, classe A 58,3%, classe B 50% e classe C, D e E 63% encontrarem um dentista que atenda seus filhos ou seja apesar da grande diferença sócio-econômica entre os grupos A e B, a dificuldade apontada pelos responsáveis foi a mesma.

**TABELA 9 – Correlação da segunda dificuldade encontrada pelos pais com classe sócio-econômica reduzida.**

		Classe sócio-econômica reduzida		
		classe A	classe B	classe C,D ou E
Em sua opinião qual a segunda maior dificuldade para manter a saúde bucal de um paciente com necessidades especiais	Encontrar um dentista que atendesse seu filho	2 8,30%	5 15,60%	9 19,60%
	O custo do tratamento	10 42%	14 43,80%	22 47,80%
	Se caso teve instruções de higiene oral, seguir a orientação	1 4%	0 0,00%	3 7%
	escovar os dentes de seu filho passar fio dental	5 20,80%	6 18,80%	4 8,70%
		6 25,00%	7 21,90%	8 17,40%
Total		24 100,00%	32 100,00%	46 100,00%

A segunda maior dificuldade encontrada pelos responsáveis para manter a saúde bucal de seus filhos, sem ter grandes diferenças entre as classes foi o custo do tratamento, com 41,7% classe A, 43,8% classe B e com 47,8% na classe C, D e E, com total de 45,1%. Mesmo para classe A que é mais favorecida essa foi a mais relatada.

**TABELA 10 - Correlação dos grupos A e B com o fator que os pais apontam como agente facilitador na manutenção da saúde bucal dos pacientes com necessidades especiais**

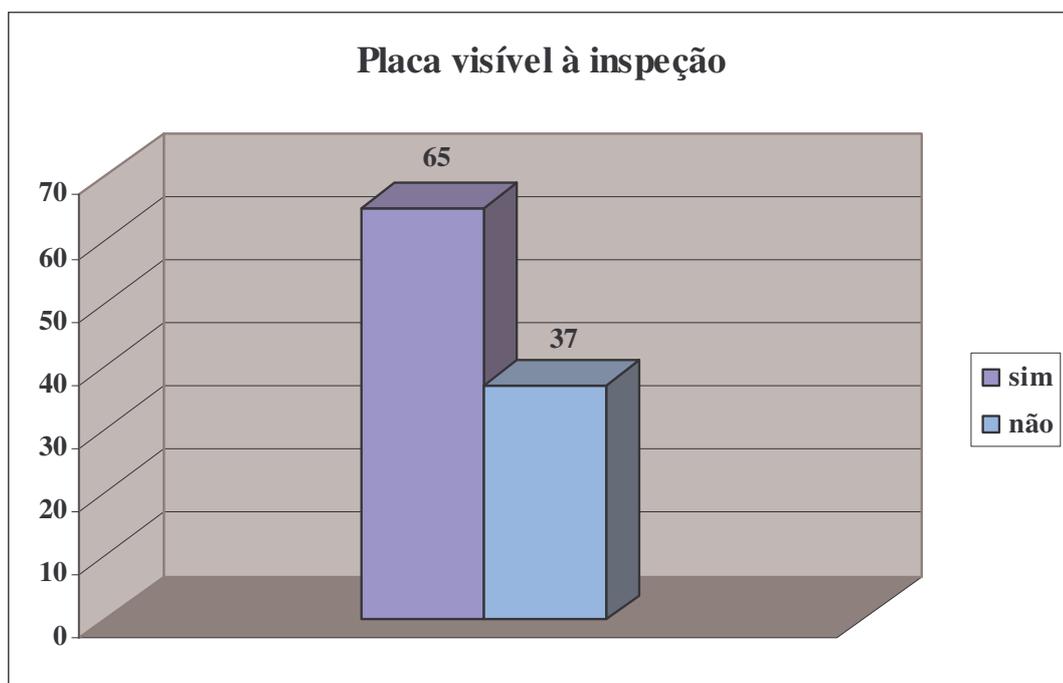
		Instituição		Total
		Grupo A	Grupo B	
Em sua opinião o que facilitaria a manutenção da saúde bucal dos pacientes com necessidades especiais	trabalho em conjunto de médicos e dentistas	20 57,10%	15 42,90%	35 34,30%
	maior número de profissionais e centros habilitados	26 45,60%	31 54,40%	57 55,90%
	menor custo de	0	3	3

tratamento	0,00%	2,90%	2,90%
maior acesso sobre higiene oral e prevenção	5 71,40%	2 28,60%	7 6,90%
Total	51 50,00%	51 50,00%	102 100,00%

Segundo os responsáveis, o que facilitaria a manutenção da saúde bucal dos pacientes portadores de necessidades especiais, tanto para o grupo A, com 26 responsáveis, quanto para o grupo B com 31 responsáveis, seria ter um maior número de profissionais e centros habilitados para o tratamento odontológico. Com um total de 55,9%.

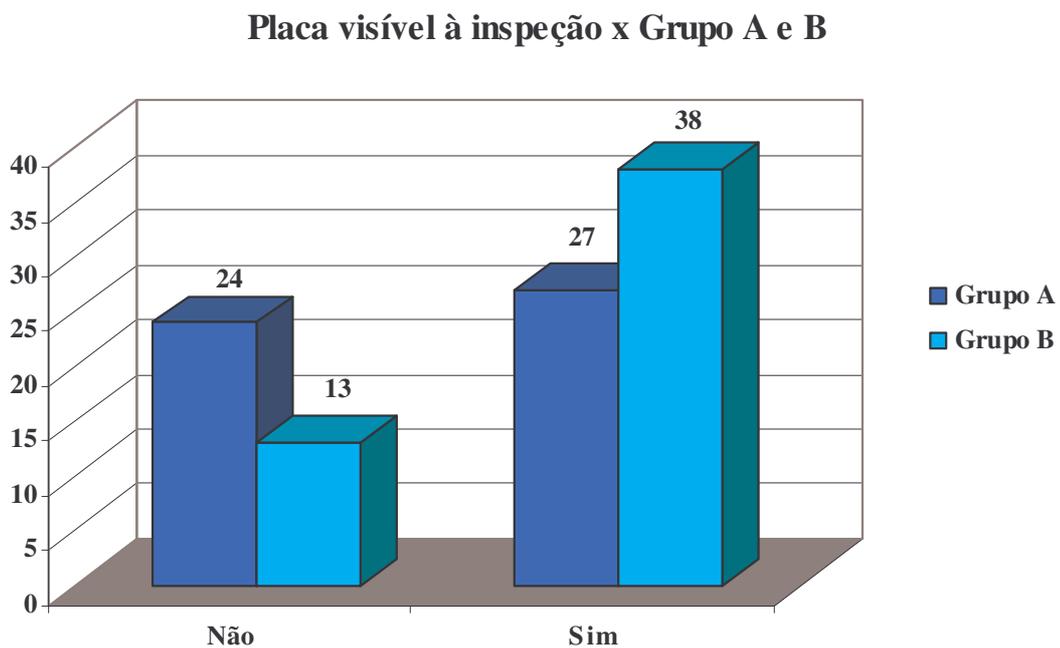
#### Quanto ao exame clínico dos pacientes e perguntas relacionadas ao exame

**GRÁFICO 9 – Distribuição do valor percentual da placa visível nos pacientes da amostra.**



Em relação à análise da placa visível, os resultados mostraram que 36,3% dos pacientes não apresentaram placa visível enquanto que 63,7% dos pacientes apresentaram placa visível.

**GRÁFICO 10 - Correlação da placa visível nos pacientes com os grupos A e B**



$p=0,023$  - significativa

Analisando os grupos A e B separadamente os resultados encontrados foram, 52,5% (27) dos pacientes do grupo A apresentaram placa visível, enquanto que 74,5% (38) dos pacientes do grupo B apresentaram placa visível. Aplicando o teste  $\chi^2$  ( $p=0,023$ ), o que mostra uma correlação estatisticamente significativa entre placa visível e grupo, essas duas variáveis são dependentes podendo se dizer que a chance de ter placa visível no paciente do grupo B é 1,4 vez maior do que no grupo A.

**TABELA 11 - Correlação da placa visível nos filhos com escolaridade dos pais**

		Placa visível à inspeção	
		não	sim
Escolaridade do responsável reduzida	Ensino Fundamental Incompleto	1 7,70%	12 92,30%
	Ensino Médio Incompleto	8 32,00%	17 68,00%
	Ensino Médio Completo	28 43,80%	36 56,30%
Total		37 36,30%	65 63,70%

$p = 0,04$  - significante

Correlacionando os pacientes que apresentaram placa visível à inspeção, com, a escolaridade do responsável, os resultados foram: dos responsáveis com ensino fundamental incompleto, 92,3% têm filhos que apresentam placa visível; com escolaridade abaixo de ensino médio incompleto 68,0% seus filhos têm placa visível e com ensino médio completo, 56,3% seus filhos têm placa visível. Isso mostra quanto menor o nível de instrução dos responsáveis maior as chances de se ter placa.

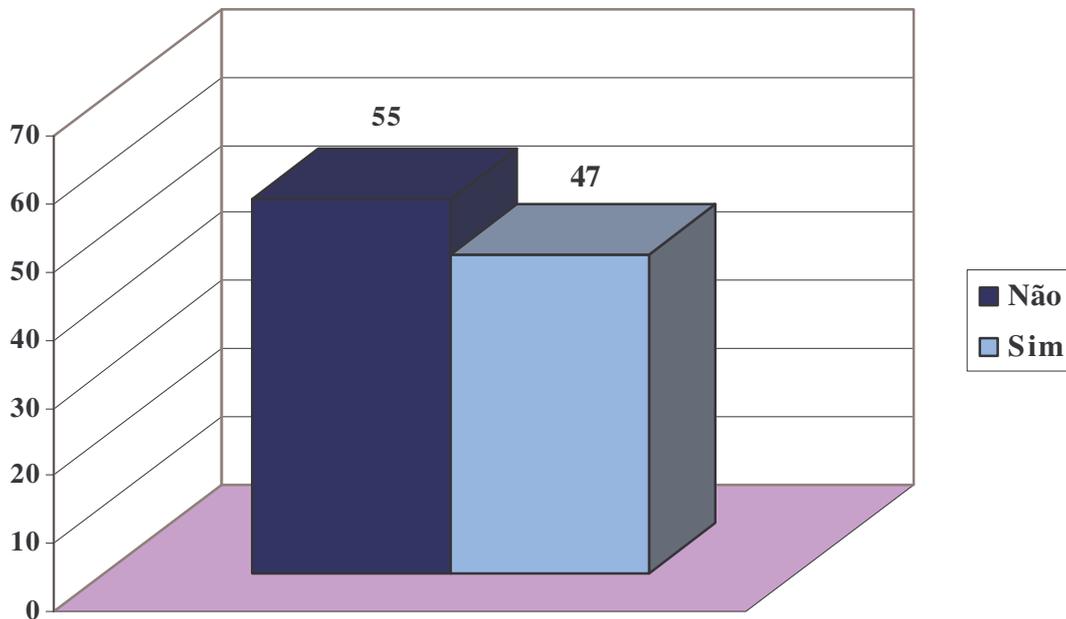
**TABELA 12 - Correlação da Classe sócio-econômica reduzida com quem escova os dentes dos filhos.**

		Quem escova os dentes de seu filho			Total
		Responsável	Criança primeiro e depois o responsável	Somente a criança	
Classe sócio-econômica reduzida	classe A	8 33,30%	12 50,00%	4 16,70%	24 100,00%
	classe B	17 53,10%	12 37,50%	3 9,40%	32 100,00%
	classe C,D ou E	32 69,50%	9 19,60%	5 10,90%	46 100,00%
Total		57 55,80%	33 32,40%	12 11,80%	102 100,00%

Em relação a quem escova o dente do seu filho, categorizado por classes o resultado foi, classe A (33,3%) o responsável, classe B (53,1%) o responsável e classe C, D e E (69,6%) o responsável; classe A (50%) a criança primeiro e depois o responsável, classe B (37,6%) a criança primeiro e depois o responsável e classe C, D e E (19,6%) a criança primeiro e depois o responsável e classe A (16,7%) somente a criança, classe B (9,4%) somente a criança e classe C, D e E (10,9%) somente a criança. Isso mostra que quanto mais alta a classe sócio-econômica mais os pais estimulam o paciente especial a realizar a escovação.

**GRÁFICO 11 - Distribuição do valor percentual da presença de gengivite nos pacientes da amostra.**

### Apresenta gengivite



Quanto à presença de gengivite os resultados obtidos da amostra foram, 53,9% dos pacientes não apresentam gengivite, enquanto 46,1% dos pacientes apresentam.

**TABELA 13 - Correlação da presença de gengivite nos pacientes com os grupos A e B**

	Apresenta gengivite		Total
	não	sim	
grupo A	29 56,90%	22 43,10%	51 100,00%
grupo B	26 51,00%	25 49,00%	51 100,00%
Total	55 53,90%	47 46,10%	102 100,00%

p=0,551 – não é significante

Analisando os grupos verificou-se que 43,1% dos pacientes do grupo A apresentaram gengivite e que 49,0% dos pacientes do grupo B apresentaram gengivite. Apesar de no grupo B os pacientes terem mais gengivite estatisticamente  $\chi^2$  (p=0,551) essa diferença não é significativa.

**TABELA 14 - Correlação dos pacientes que apresentam gengivite com a quantidade de vezes que escovam os dentes por dia.**

	Apresenta gengivite		Total
	não	sim	
Escova 2 a 3 vezes ao dia	53 58,90%	37 41,10%	90 100,00%
Escova uma vez ao dia, quando dá tempo	2 16,70%	10 83,30%	12 100,00%
Total	55 53,90%	47 46,10%	102 100,00%

p=0,006 - significativa

Análise dos resultados mostrou que existe correlação com quantas vezes o paciente escova os dentes por dia e se o mesmo apresenta ou não gengivite. Os pacientes que escovam sempre depois das refeições ou duas a três vezes por dia apresentam em 41% dos casos gengivite e dentre os que escovam somente uma vez ao dia ou quando dá tempo, 83% apresentam gengivite. Isso mostra que estatisticamente tem correlação o fato de quem escova menos os dentes apresentar gengivite, sendo muito dependentes  $\chi^2$  (p=0,006).

## 6- DISCUSSÃO

A atenção odontológica aos pacientes portadores de necessidades especiais tem se mostrado precária e excludente. Obstáculos são formados devido à necessidade de recursos financeiros da família, a exigência de profissionais capacitados e muitas vezes a falta de interação médico-odontológica. Desta forma se torna mais grave o estado de saúde bucal do paciente especial.

Tendo como pressuposto que não se pode separar o processo saúde-doença e educação, das condições de vida dos indivíduos e também por este estudo ter sido realizado em duas instituições (grupo A e B), faz-se necessário conhecer um pouco mais sobre a realidade sócio-econômica e escolaridade dos pais/responsáveis dos pacientes portadores de necessidades especiais.

Através das informações obtidas junto aos entrevistados, observou-se que os pais/responsáveis do grupo A somente 4% (2) apresentavam escolaridade abaixo do ensino médio e que 98% (50) fazem parte da classe sócio-econômica A e B. No entanto no grupo B 70,6% (36) tem escolaridade abaixo do ensino médio e é composta basicamente por classe sócio-econômica C, D e E 88,2% (45) (Tabelas 1 e 2).

A amostra foi constituída por 102 pacientes especiais onde 51 são do grupo A com média de idade de 17 anos e 51 do grupo B com média de idade de 7anos. Quanto ao gênero 51% (52) são do gênero feminino, sendo 27 pacientes do grupo A e 25 do grupo B e 49% são do gênero masculino, sendo 24 do grupo A e 26 do grupo B (Gráfico 1).

Em relação ao distúrbio psicomotor apresentado pelos pacientes a amostra se apresentou bem variada onde, (21) pacientes portavam Encefalopatia, (16) Paralisia Cerebral, (10) Autismo, (8) Síndrome de Down, entre outros comprometimentos (Gráfico 2).

Na avaliação do processo saúde-doença, dos pacientes portadores de necessidades especiais é necessário conhecer a história médica do paciente. A análise das respostas obtidas nas entrevistas com os responsáveis/pais apontou que 86,3% (88) dos pacientes já ficaram hospitalizados e que 93,1% (95) tiveram acompanhamento com pediatra (Gráfico 3 e 4).

Comprovando que a criança especial requer vários cuidados em função da sua condição e quando o paciente fica hospitalizado muitas das vezes em estado grave se esquece que a boca faz parte do corpo. Segundo relato de uma mãe, “... meu filho ficou internado na U.T. I por quarenta e dois dias e só passavam um paninho molhado na boca quando ele tomava banho”. O relato anterior foi enfatizado através dos resultados: dos pediatras que acompanharam as crianças especiais somente 33,7% (32) indicaram que os mesmos procurassem um dentista (Gráfico 5) e entre os pediatras que indicaram 84,4% (27) também orientaram a mãe a limpar a boca do bebê. E quando a criança é encaminhada pelo médico 31,3% (10) vai ao dentista pela primeira vez antes de 2 anos e quando não somente 8,6% (6) das crianças vão antes de 2 anos (Tabela 3 e 4).

Isso mostra a grande importância do médico pediatra na formação do elo médico-dentista e paciente. Muitas vezes no seu acompanhamento clínico o médico será o primeiro a diagnosticar uma patologia bucal, mas, através dos resultados ficou evidenciado um trabalho individualizado dos médicos, poucos são os que se preocupam com a orientação da higiene bucal do paciente e que entende não ser possível desvincular saúde bucal de saúde.

De acordo com a literatura, devido ao excesso de cuidados gerais em função da sua condição a saúde bucal acaba sendo negligenciada. Este fato pode ser atribuído, muitas vezes, à falta de interação médico-odontológica, resultando em tratamentos individualizados em cada área (RAGGIO, 2001; POMARICO *et al.*, 2003).

Já de acordo com Elias & Elias, (1995) o médico pediatra é quem acompanha as crianças especiais, desde o diagnóstico ao tratamento, sendo muitas vezes como centro entre os multiprofissionais que dão suporte a esses pacientes e com isso se torna uma figura importante na qualidade de saúde oral das crianças especiais.

Segundo Castilho *et al.* (2000), verificou-se que as condições de saúde bucal do portador de deficiência mental e neuropsicomotora são precárias, sendo a prevalência, incidência e severidade das doenças cárie e periodontal maiores se comparadas aos indivíduos normais, mesmo naqueles que já receberam tratamento odontológico.

De acordo com os resultados 84,3% (86) dos pacientes foram pela primeira vez ao dentista com mais de 2 anos de idade, (Gráfico 6), destes apenas 11,6% (10) não precisaram de tratamento dentário, enquanto que 50% (8) das crianças que foram pela primeira vez ao dentista com menos de 2 anos de idade não precisaram de tratamento dentário (Tabela 5).

Esses resultados comprovam a importância e necessidade de um atendimento multidisciplinar de prevenção precoce, quanto mais cedo a mãe juntamente com seu bebê tiver acesso à informação, quanto ao tipo, frequência e quantidade de alimentos ingeridos, orientação da higiene bucal e motivação constante. Maiores são as chances da criança especial não precisar de tratamento odontológico.

De acordo com Grunven & Cardoso, em 1995, os pacientes portadores de necessidades especiais, seu núcleo familiar e os profissionais envolvidos devem ser orientados e treinados em prevenção, e que o dentista e sua equipe estabeleçam uma relação com o paciente e sua família onde eles sejam o centro das atenções.

Segundo Sedlacek *et al.* em 1996, a assistência odontológica ambulatorial ao paciente especial necessita da participação de sua família e do apoio de profissionais de diferentes áreas (equipe multiprofissional), trabalhando de forma integrada estabelecida em bases cooperativas e não competitivas com o propósito de promover saúde e bem estar ao paciente e seu núcleo familiar.

Segundo Tomita & Fagote, (1999) grande parte dos pais gostaria de saber sobre a melhor dieta e método de higienização para seus filhos, assim como sobre as implicações do uso do flúor. Os pais também destacaram a necessidade de um atendimento odontológico abrangente e integral para seus filhos.

Para real obtenção da saúde bucal, o paciente portador de necessidades especiais deve ser inserido em um modelo de Promoção de Saúde Bucal, associando métodos educativos, preventivos e reabilitadores (RAGGIO, 2001).

Os pacientes portadores de necessidades especiais apresentam maiores riscos de desenvolver a doença cárie e doença periodontal (ELIAS & ELIAS, 1995). Isso se comprova através dos resultados da amostra, quanto ao tipo de tratamento odontológico que as crianças foram submetidas. Categorizando por grupo: No grupo A 78,4% (40) dos pacientes tiveram

um tratamento invasivo (restaurações, exodontias e tratamentos endodônticos) e 21,6% (11) não foi invasivo (primeira consulta, profilaxia, aplicação de flúor) e no grupo B 66,7% (34) dos pacientes o tratamento foi invasivo e 33,3% (17) não foi invasivo (Gráfico 7). Em relação ao controle de comportamento da criança no momento do tratamento, 23,8% (10) do grupo A e 31%(13) do grupo B tiveram o tratamento realizado sob anestesia geral (Tabela 6).

Esses dados são alarmantes e enfatizam que a cárie dentária foi tida como referência, por ainda ser a doença bucal de maior prevalência na sociedade brasileira. (TANACA; MACIEL & SONOHARA, 2005). E evidenciam que os procedimentos de prevenção, que poderiam evitar as doenças são difíceis de serem incorporados e praticados. Cabe aqui também uma crítica ao sistema de saúde, principalmente os Cirurgiões-Dentistas que ainda tem uma visão lucrativa deturpada onde se acredita ser melhor tratar um paciente especial em um centro cirúrgico sob anestesia geral (tratamento curativo) do que adaptar este paciente ao tratamento convencional e mudar seus hábitos de higiene, orientando e motivando o paciente juntamente com seu núcleo familiar, promovendo desta forma saúde bucal.

Segundo os autores Tomita & Fagote, (1999); Tanaca, Maciel & Sonohara, (2005) até mesmo o tratamento odontológico curativo por muitas vezes necessita ser realizado em ambiente hospitalar sob anestesia geral, muitas vezes colocando em risco a vida do paciente.

Entretanto Abreu *et al* (2001), mostra que a maioria dos procedimentos odontológicos realizados em crianças e adolescentes portadores de deficiências físicas vinculadas à Associação Mineira de Reabilitação foi preventiva e de controle da doença cárie e periodontal, mostrando dessa forma que é possível a abordagem de indivíduos portadores de necessidades especiais.

Já de acordo com Resende *et al.* (2005), existe um grande número de pacientes portadores de necessidades especiais e de baixo poder aquisitivo, com isso ficam sem opção de tratamento odontológico tendo que recorrer ao serviço público. Devido a grande demanda, eles acabam sendo encaminhados para realização do tratamento sob anestesia geral através do Serviço Único de Saúde (SUS). Além dos riscos oferecidos pela anestesia geral o tratamento odontológico realizado desta forma se torna ineficaz no controle do processo saúde/doença por ser esporádico e puramente curativo.

Já segundo Fourniol Filho & Facion, (1998) no tratamento odontológico do paciente portador de necessidades especiais, primeiramente deve-se tentar o condicionamento psicológico do paciente, com técnicas usuais de controle de comportamento como dessensibilização, a musico-terapia, elogios e brincadeiras para se criar um vínculo paciente-dentista (FOURNIOL FILHO & FACION, 1998).

Analisando o resultado da classe sócio-econômica com a percepção do responsável em relação à classificação da saúde bucal de seu filho, verificou-se que na classe C, D ou E 71,7% (33) dos pais classificam como boa a saúde bucal dos seus filhos, enquanto que na classe B apenas 34,4% (11) e na classe A 37,7% (9) considera boa (Tabela 7). Esses dados são fundamentais para a comprovação de que a percepção da classe mais baixa é ruim, isso acontece provavelmente por falta de informação e por isso não saber diferenciar ou até mesmo reconhecer quando se tem saúde bucal ou não. Mostrando mais uma vez a enorme dificuldade destas famílias de terem acesso à prevenção e que certamente é o modo mais seguro, barato e de maior aceitação para manutenção da saúde bucal.

Considerando-se que os responsáveis/pais são as pessoas as quais mais sofrem com o alto índice da doença cárie nos pacientes especiais, procurou-se identificar o que poderia facilitar para que esses pais possam manter a saúde bucal de seus filhos. Os resultados dos estudos mostraram que, apesar da grande diferença sócio-econômica entre os grupos, as maiores dificuldades apontadas pelos pais para manter a saúde bucal dos seus filhos foram as mesmas: encontrar um dentista que atenda seu filho; e o alto custo do tratamento odontológico (Tabela 8 e 9).

Os responsáveis de ambos os grupos 55,9% (57), também apontaram um maior número de profissionais e centros habilitados para o tratamento odontológico como o agente facilitador na saúde bucal de seus filhos (Tabela 10). Essa resposta dada pelos responsáveis veio reafirmar as suas maiores necessidades para manter a saúde bucal de seus filhos.

Isso ocorre por vários motivos, primeiramente os pacientes especiais necessitam de cuidados especiais, medicamentos, tratamentos com vários profissionais da área de saúde, em alguns casos dietas especializadas, gerando desta forma um alto custo para os responsáveis.

Outro motivo é a pouca experiência clínica dos Cirurgiões-Dentistas no atendimento aos pacientes portadores de necessidades especiais, que ocorre também por ser uma especialidade nova que começou no ano de 2003 e até muito pouco tempo não existia essa cadeira “Pacientes Especiais” nas faculdades de Odontologia e as poucas que tinham a matéria era eletiva.

Segundo a literatura alguns dentistas sentem-se pouco à vontade ao tratar pacientes especiais, o que pode resultar numa perda de serviços muito necessários (MC DONALD &

EVERY, 1995). Há poucos centros especializados na assistência desses pacientes e raros são os dentistas que se habilitam em atendê-los em seus consultórios particulares (AGUIAR *et al*, 2000). De acordo com Jacob & Gallo (1995), ocorre uma formação predominantemente técnica, onde a maioria dos alunos apresenta despreparo para lidar com situações de estresse da profissão sendo comum a colocação dessas dificuldades no paciente especial e não nas próprias atitudes e sentimentos em relação ao mesmo. A comunidade científica de um modo geral acaba passando as dificuldades culturais em lidar com indivíduos portadores de necessidades especiais, com o diferente.

Segundo os autores Tomita & Fagote, (1999); Tanaca, Maciel & Sonohara, (2005), a falta de experiência clínica dos Cirurgiões-Dentistas no atendimento aos pacientes especiais e de recursos odontológicos até mesmo nos centros hospitalares, para tratamentos preventivos, cirúrgicos, restaurador e reabilitador, juntamente com a falta de recursos financeiros de seus familiares, contribuem para que sejam adotadas soluções extremas, como exodontia múltiplas.

Mariano & Krahembull (1999), afirmam que o sucesso do tratamento odontológico em pacientes portadores da Síndrome de Down está diretamente relacionado com a capacitação profissional, levando sempre em consideração os riscos para cardiopatias, crises convulsivas, infecções respiratórias; desta forma o tratamento é conduzido com mais segurança para o cirurgião–dentista e o paciente.

Segundo Glassman & Miller, (2003) as pessoas portadoras de necessidades especiais costumam ter mais doenças dentárias, ausências de dentes e maior dificuldade para receber

tratamento dentário do que outros membros da população, encontrando barreiras até mesmo de acesso ao serviço de higiene oral.

Em relação à presença de placa visível, foi observado que: no grupo A, 52,5% e no grupo B 74,5% dos pacientes apresentavam-na após a inspeção (Gráfico 10). A correlação entre presença de placa visível e a escolaridade dos pais, verificou-se que os responsáveis com ensino fundamental incompleto 92,3% têm filhos que apresentam placa visível, com escolaridade abaixo de ensino médio incompleto 68,0% seus filhos têm placa visível e com ensino médio completo, 56,3% seus filhos têm placa visível. (Tabela 11).

Isso mostra quanto menor o nível de instrução e sócio-econômico dos responsáveis maior as chances de seus filhos terem placa. A precária higiene bucal tem sido considerada um dos maiores problemas de saúde bucal desses pacientes. Esse fato é agravado pela baixa renda familiar, cujas famílias muitas vezes mal conseguem comprar alimentos, e menos ainda, escovas e cremes dentais (ABREU & PAIXÃO, 1999; AGUIAR *et al.*, 2000).

Segundo os autores Maddi Shyama *et al.* (2003), os pacientes especiais apresentam com frequência acúmulo severo de placa bacteriana. É sabido que a escovação é o principal, simples e mais efetivo método para reduzir os níveis de placa/gengivite e controlar e prevenir a doença periodontal. O controle da placa bacteriana nesses indivíduos é um ponto importante no planejamento de saúde bucal e nos programas preventivos.

Analisando os resultados em relação a quem escova o dente do filho, categorizando por classes, observou-se que na classe A (33,3%), classe B (53,1%) e C, D e E (69,6%) o responsável escova; na classe A (50%), classe B (37,6%) e classe C, D e E (10,9%) a criança

escova primeiro e depois o responsável, e classe A (16,7%), classe B (9,4%) e classe C, D e E (10,9%) somente a criança. Pôde ser observada que quanto mais alta a classe sócio-econômica mais os pais estimulam o paciente especial a realizar a escovação. Talvez a faixa etária mais baixa das crianças da classe C, D e E, também possa justificar esta diferença (Tabela 12).

Quanto à presença de gengivite nos pacientes da amostra os resultados obtidos foram 53,9% (55) não apresentam gengivite (Gráfico 11). Foi utilizada a amostra para avaliação da gengivite, pois, quando avaliou-se os grupos separadamente, verificou-se não haver diferença significativa entre eles (Tabela 13).

Correlacionando se o paciente apresenta ou não gengivite com quantas vezes ele escova por dia, os resultados obtidos foram: quem escova duas ou mais vezes por dia, 41% (37) dos casos apresentam gengivite e dentre os que escovam somente uma vez ao dia ou quando da tempo, 83% (10) apresentam gengivite (Tabela 14).

Como mostrado anteriormente e comprovado através destes resultados o controle mecânico através da escovação é o melhor método para reduzir placa/gengivite. Os pacientes portadores de necessidades especiais são mais susceptíveis a doenças periodontais e que menos recebem cuidados de prevenção (SCHONFELD, 2003). Para real obtenção da saúde bucal, o paciente portador de necessidades especiais deve ser inserido em um modelo de Promoção de Saúde Bucal, associando métodos educativos, preventivos e reabilitadores (RAGGIO, 2001).

Segundo Marega & Aiello (2005), há a necessidade de criação de um programa de educação e saúde bucal que ensine e treine os pacientes portadores de necessidades especiais

a escovarem seus próprios dentes, tornando-se mais independentes, diminuindo a aversão à escovação e prevenindo a ocorrência de intervenções mais invasivas. Os cuidadores também devem ser orientados e treinados quanto à higiene bucal de seus filhos.

De acordo com Caetano & Moraes (2000), considerando-se bebês portadores ou não de deficiência, como pacientes especiais, desta maneira a probabilidade de instalar saúde através da educação torna-se maior. Neste período a mãe fica mais motivada a promover a saúde bucal de seu filho.

Diante do presente estudo se faz necessário sugerir a implementação de um protocolo de programa – com uma visão multidisciplinar – educativo e preventivo de atenção primária aos pacientes portadores de necessidades especiais (Apêndice 2).

## 7- CONCLUSÃO

- Apesar da grande diferença sócio-econômica entre os grupos ( $p < 0,001$ ), as maiores dificuldades apontadas pelos pais para manter a saúde bucal dos seus filhos foram as mesmas: Encontrar um dentista que atenda seu filho 57,8% (59) e o alto custo do tratamento odontológico 45,1% (46).
- Quanto menor o nível de instrução e sócio-econômico dos pais maior as chances de seus filhos terem placa visível e gengivite.
- Os pacientes apresentaram alto índice de tratamento dentário invasivo. As dificuldades encontradas pelos pais se constituíram em fatores de risco à saúde bucal de seus filhos.
- Ficou evidenciado um trabalho individualizado dos médicos Pediatras, poucos são os que se preocupam com a orientação da higiene e saúde bucal do paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS<sup>1</sup>

1. ABREU, M.H.N.G; CASTILHO, L.S; RESENDE, V.L.S. Assistência Odontológica a indivíduos portadores de deficiências: O caso da Associação Mineira de Reabilitação e Escola Estadual “João Moreira Salles”. **Arq. Odontol**, 37(2): 153-161, jul/dez, 2001.
  2. ABREU, M.H.N.G; PAIXÃO, H.H. Portadores de deficiências Físicas: de incapazes a participantes co-assistidos na promoção da saúde bucal. **Arq. Odontol**; 35 (1/2): 109 – 146, jan/jun e jul/dez, 1999.
  3. ABREU, M.H.N.G; PAIXÃO, H.H; RESENDE, V.L.S. Controle de placa bacteriana em portadores de deficiências físicas: Avaliação de pais e responsáveis. **Arq. Odontol**; 35(1/2): 27-37, 1999.
  4. AGUIAR, S.M.F.; TORRES, C.P.; BORSATTO, M.C. Síndrome de west. **JBP Jbrás Odontopediatr Odontol Bebê**, 6(30): 123 – 126, mar/abr, 2003.
  5. AGUIAR, S. M. C.; BARBIERI, C.M.; LOUZADA, L.P.A. et. al. Eficiência de um programa para a educação e a motivação da higiene buço-dental direcionado a excepcionais com deficiência mental e disfunções motoras. **Rev. Fac. Odontol. Lins**; 12(1/2): 16-23, jan-dez, 2000.
  6. ARAÚJO IGLESIAS, N. C. B. Prevalência de cárie dentária em crianças portadoras de Síndrome de Down na faixa etária de 0 a 60 meses. **JBP – Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê**. 12(3): 148 – 157, 2000.
  7. BRUTO, M. C. P. **A importância da educação para saúde bucal da criança portadora de paralisia cerebral: relato de uma experiência** – [dissertação] Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 1990.
-

<sup>1</sup>De acordo com a quinta edição das normas do Grupo de Vancouver, de 1997, e abreviatura dos títulos de periódicos em conformidade com o Index Medicus e conforme adaptação da UNIGRANRIO.

8. CAETANO, M.E.S; MORAES, A.B.A. Centro de pesquisa e atendimento odontológico para pacientes especiais – CPAE: contribuição da psicologia para um tratamento de prevenção e formação profissional. **Rev. bras. odontol.** 57(1): 39 – 42, jan/fev, 2000.
9. CAMPOS, J.A.D.B; ZUANON, A.C.C; GIRO, E.M.A.; ABREU-E-LIMA, F.C.B. Padrão de alimentação do paciente com necessidades especiais e seu reflexo na cavidade bucal. **JBP – Rev. Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê.** 8(42): 127-34, 2005.
10. CASTILHO, L. S; CARVALHO, C. F; TOSO, F. P; et al. Utilização do Into para triagem de grandes grupos populacionais experiência com pacientes especiais. **Rev. CROMG** 6(3): 195 – 199, set/dez, 2000.
11. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2003. ABEP – associação brasileira de empresas de pesquisa.  
Disponível em: <http://www.abep.org/>. Acesso em: 06 abr. 2007.
12. CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância.** Santos, p.674-645, 2001.
13. DESAI, S. S.; FAYETTEVILLE. Down syndrome: a review of the literature. **Oral Surg. Oral Med. Oral Path.** 84(3): 279 – 85, Sept, 1997.
14. DUALIBI, S.E; DUALIBI, M. T .- Uma nova visão sobre conceito e classificação em pacientes especiais. **Rev. Paul. Odontol;** 20(2): 28 – 33, mar – abr,1998.
15. ELIAS, C; ELIAS, R. Atenção Odontológica aos pacientes especiais. **Rev Gaúcha Odontol.;** 43(2):67-70, 1995.

16. ELIAS, R. Pacientes especiais: autismo. **Odontol. Mod**; 20(1): 9-10, jan-fev, 1993.
17. FIORATE, S. M; SPÓSITO, R. A; BORSATTO, M. C. Prevalência de cárie dentária e doença periodontal em pacientes com Síndrome de Down **Odonto 2000** – 3(2): 58-62, jul/dez 1999.
18. FOURNIOL FILHO, A; FACION, J.R. **Deficiência mental In: Pacientes especiais e a Odontologia**. São Paulo: Santos, p.339-375, 1998.
19. GIRO, E.M.A.; ORRICO, S.R.P.; CAMPOS, J.A.D.B.; et. al. Prevalência de cárie em pacientes com necessidades especiais institucionalizados ou não – institucionalizados: consumo de carboidratos simples. **Rev. Odontol. UNESP**, 33(2): 75-9, 2004.
20. GLASSMAN, P; MILLER, C.E. Preventing dental disease for people with special needs: the need for practical preventive protocols for use in community settings. **Spec Care Dentist** 23(5): 165-167, 2003.
21. GLAZZARD, M., SWORD, R. O. Dental care for the special patient: modified procedures and patience. **Dent. Surv.** V. 52, n. 4, p. 22 – 34, Apr. 1976.
22. GRUNSPUN, M. **Distúrbios psiquiátricos da criança**. 2º ed. Rio de Janeiro: Ateneu, 1966. 609p. Apud Mugayar, L.R.F. Conceito e classificação. Pacientes portadores de necessidades especiais: **manual de odontologia e saúde oral**. São Paulo, Pancast, p.14, 2000.
23. GRUSVEN, M. F. V; CARDOSO, E. B. T. Atendimento Odontológico em crianças Especiais – **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**; 49(5): 364 – 70; set –Out. 1995 Ilus.
24. IMPARATO P.J.C. – **Tratamento Restaurador Atraumático (ART): técnicas mínima intervenção para o tratamento da doença cárie dentária**. Maio, p.117-107, 2005.

25. JACOB, L.M.; GALLO, M.A. Atitudes e sentimentos de alunos do 4º ano do curso de graduação em odontologia em relação ao atendimento a pacientes especiais. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**. 13(1): 5 – 9, jan/jun, 1995.
26. JAN LINDHE. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral**. Guanabara Koogan 3º ed, p.720, 1999.
27. KAYE, P.L.; FISKE, J.; BOWER, E.J; et. al. Views and experiences of parents and siblings of adults with Down Syndrome regarding oral healthcare: a qualitative and quantitative study. **British Dental Journal**, 198: 571 – 578; 2005.
28. LEITÃO, A.C.S; SEVERO, A.M.R. Atendimento odontológico a crianças especiais: Cardiopatas. **Rev. Fac. Odont. Pernambuco**, 15(1/2): 55 – 58, jan – dez 1997.
29. LÓPEZ PÉREZ, R; LOPEZ MORALES, P. Caries dental en niños con trisomía 21. **Bol. Med Hosp Inf Mex** 57(8): 438 – 443, 2000
30. MADDI SHYAMA, B.D.S; AL-MUTAWA SABIHA, A; HONKALA SISCO, D.D.S; et. al. Supervised toothbrushing and oral health education program in Kuwait for children and young adults with Down syndrome. **Spec Care Dentist** 23(3): 94 - 99, 2003.
31. MAREGA, T; AIELLO, A. L. R. Autismo e tratamento Odontológico: Algumas considerações. **JBP – Rev Ibero-am Odontopediatr. Odontol Bebê** 8(42): 150 -7; 2005.
32. MARIANO, M.P.K; KRAHEMBULL, S.M.B. Alterações sistêmicas de interesse odontológico na Síndrome de Down. **RPG. Rev. Pós-grad** 6(3): 212 – 221; 1999.
33. MCDONALD, R. E; AVERY, D.R **Odontopediatria**. 6ºed. Trad. Coord. Por Roberval de A. CRUZ. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 608p. 1995.

34. MUGAYAR, L.R.F. Conceito e classificação. Pacientes portadores de necessidades especiais: **manual de odontologia e saúde oral**. São Paulo, Pancast, p.46-13, 2000.
35. MUGAYAR, L.R.F. Tratamento Odontológico do Paciente Especial. Pacientes portadores de necessidades especiais: **manual de odontologia e saúde oral**. São Paulo, Pancast, p.198-165, 2000.
36. MUSTACCHI, Z; PERES, S. **Genética Baseada em Evidências Síndromes e Heranças**, CID Ed. Ltda, p.794-759, 2000.
37. PIRELA MANZANO, M. A; SALAZAR, V. C. R; MANZANO, F.M.A. Patologia bucal prevalente em niños excepcionales. **Acta Odontol. Venez**, 37(3): 193-8, 1999.
38. POMARICO, L; MENDES, P. C. A; PRIMO, L. G. et al. Cárie de estabelecimento precoce em pacientes portadores de nanismo hipofisário – Relato de caso **JBP - Jbras. Odontopediatr. Odontol. Bebê** 6 (33): 366-70, 2003.
39. POMARICO, L; SOUZA, I.P.R; TURA, L.F.R. Perfil em saúde bucal de profissionais de educação e saúde que atendem crianças portadoras de necessidades especiais. **Pesqui Odontol Bras**. 17(1): 11-6, 2003.
40. RAGGIO, D.P; TAKEUTI, M.L.; GUARÉ, R.O. et al. Remoção químico-mecânica de tecido cariado em paciente portador de Síndrome de Down - relato de caso clínico. **JBP - Jbras. Odontopediatr. Odontol. Bebê** 4(19): 191-196 – maio/jun, 2001.
41. RESENDE, V.L.S.; CASTILHO, L.S.; SOUZA, E.C.V. et.al. Atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais. **Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG**, Belo Horizonte 3 a 8 de Outubro, 2005.

42. REULAND-BOSMA, W.; VAN, DIJK, L J. Periodontal disease in Down's syndrome: a review. **J. Clin. Periodontol.** 13(1): 64-73, Jan. 1986.
43. RODRIGES, M. J; LIMA, K. T. F., CARVALHO, M. H.; FARIAS, T. P. Estudo para avaliar a influência dos hábitos alimentares e de higiene bucal no CEO e CPO – D em pacientes com deficiência mental e Síndrome de Down. **Rev. Fac. Odont. Pernambuco**, 15(1/2): 25 -30, jan-dez 1997.
44. SANGER, G; CASAMASSIMO, P. S. The physically and mentally disabled patient. **Dent. Clin. North Am.**, 27(2): 363-385, Apr. 1983.
45. SANTOS, M.T.B.R; OLIVEIRA, L.M.. Use of Cryotherapy to enhance mouth opening in patients with cerebral palsy. **Spec Care Dentist** 24(4): 232-234, 2004.
46. SCHONFELD, S.E. Using community – based protocols to prevent dental disease in people with special needs: periodontal prevention and intervention. **Spec Care Dentist** 23(5): 187 – 188, 2003.
47. SEDLACEK, P.; LUCIANO, R.R.; AGUIAR, S.A. et. al. Aspectos psicossociais na assistência odontológica ambulatorial ao portador de deficiência mental. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde** 14(2): 65 – 70, jul/dez. 1996.
48. TANACA F, MACIEL S.M, SONOHARA M.K. Comportamento dos pais e condições de saúde bucal em crianças especiais - Saúde bucal de crianças especiais. **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê.** 8 (45/46): 342-8, 2005.
49. TINOCO, E.M.B; SILVA, D.G.; HERDY, L.A. Diagnóstico e tratamento das condições periodontais em crianças, adolescentes e adultos jovens. **Periodontia: Ciência e Clínica.** São Paulo; Artes Médicas; p. 297 – 307; 2001.

50. TOLEDO, O. A; BEZERRA, A.C.B. **Atendimento Odontológico para pacientes especiais. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica.** São Paulo, Panamericana, p.221-5, 234-40, 1986.
51. TOMITA, N.E.; FAGOTE B.F. Programa Educativo em Saúde Bucal para Pacientes Especiais – **Odontol. Sociedade**, 1(1/2): 45-50, 1999.
52. UEMURA, T.S; RAMOS, L; ESPÓSITO, D; et. al. Motivação e educação odontológica em pacientes especiais. **Rev Gaúcha Odontol.**, 52(2): 91 – 100, abr/mai/jun., 2004.
53. VANGRUNSVEN, M. F; CARDOSO, E. B. T. Atendimento Odontológico em crianças especiais. **Rev. APCD**, 49(5): 364 - 369, Set/Out 1995.
54. VARELLIS, M.L.Z. **O Paciente com Necessidades Especiais na Odontologia - Manual Prático.** Santos, p.100-91, 2005.
55. ZARZAR, P.M.P.A; ROSENBLATT, A. A beneficência e a atenção odontológica às crianças portadoras da Síndrome de Down na cidade do Recife. **Arq. Odontol. Belo Horizonte**, 35(1/2): 39-49, jan/jun e jul/dez 1999.

## APÊNDICE

## **Apêndice 1 – Avaliação Médica e Odontológica**



UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO  
 PROF. JOSÉ DE SOUZA HERDY

Rua Professor José de Souza Herdy, 1160  
 25 de Agosto – Duque de Caxias – RJ  
 (21) 2672-7716

### Questionário

1) **Identificação:** Telefone de Contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Data de nascimento da mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento do pai: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

### 2) Questionário

1.É seu primeiro filho?

( ) sim ( ) não

2.Tem irmãos?

( )sim ( ) não

3.Sua gestação foi bem do início ao fim?

( ) Sim

( ) Não

4 Se teve alguma complicação na gestação descreva qual?

---



---

5. Utilizou algum medicamento na gestação?

Sim  Não

6. Teve acompanhamento médico durante a gestação?

sim  não

7. O parto foi:

A) Normal

B) Cesariana

C) com fórceps

8. O bebê nasceu de:

A) nove meses

B) Pré-maturo, quantos meses? \_\_\_\_\_

9. Seu filho (a) teve acompanhamento com pediatra?

sim  não

10. Seu filho (a) já ficou hospitalizado?

sim  não

11. O Pediatra orientou como limpar a boca de seu bebê?

sim  não

12. O pediatra indicou que procurasse um dentista?

sim – com quantos meses ou anos? \_\_\_\_\_  não

13. Atualmente tem acompanhamento médico?

sim  não

14. O médico que acompanha seu filho se preocupa com a saúde bucal?

sim  não

15. Seu filho tem alguma doença crônica ou comprometimento motor que dificulte a realização da higiene bucal?

sim Qual? \_\_\_\_\_  não

16. Seu filho já foi ao dentista?

sim - Com quantos meses ou anos foi a 1º vez? \_\_\_\_\_  não

17. Seu filho já necessitou de tratamento dentário?

sim - Qual a causa? \_\_\_\_\_  não

18. Com relação ao atendimento o dentista lhes explicou o problema que seu filho(a) apresentava?

sim  não

19. O tratamento foi realizado:

- A) Em consultório particular e hospital público
- B) Em Instituições e hospital público
- C) Em consultório particular, Instituições e hospital público
- D) Em hospital público

20. Durante o tratamento seu filho(a):

- A) Colaborou
- B) Chorou nas primeiras consultas mas depois colaborou
- C) Necessitou de contenção física
- D) Tratamento sob anestesia geral

21. O tratamento sempre foi realizado por Odontopediatra?

sim  não

22. Qual o motivo que lhe fez procurar tratamento para seu filho(a) desta vez?

\_\_\_\_\_

Como você percebeu? \_\_\_\_\_

23. Em sua opinião, qual é a maior dificuldade para manter a saúde bucal de pacientes portadores de necessidades especiais?

- A)  Encontrar um dentista que o atenda

- B)  O custo do tratamento
- C)  Seguir as orientações de higiene oral
- D)  Escovar seus dentes
- E)  Passar o fio dental

24. Em sua opinião, qual é a segunda maior dificuldade para manter a saúde bucal de pacientes portadores de necessidades especiais?

- A)  Encontrar um dentista que o atenda
- B)  O custo do tratamento
- C)  Seguir as orientações de higiene oral
- D)  Escovar seus dentes
- E)  Passar o fio dental

25. Quem escova o dente de seu filho (a)?

- A) O responsável
- B) A criança primeiro e depois o responsável
- C) Somente a criança

26. Quantas vezes por dia são feitas à higiene bucal do seu filho?

- A) Sempre depois das refeições
- B) Duas a três vezes ao dia
- C) Somente uma vez ao dia
- D) Quando da tempo

27. Ao fazer higiene oral de seu filho observa sangramento na gengiva?

- sim                       não

28. Como classificaria a saúde bucal de seu filho?

- A) Ruim
- B) Regular

C) Boa

29. Qual o tipo de alimentação do seu filho (a)?

A) Normal

B) pastosa

C) líquida

D) Outros \_\_\_\_\_

30. Em sua opinião, o que facilitaria a manutenção da saúde bucal dos pacientes com necessidades especiais.

A) Trabalho em conjunto de médicos e dentistas (multidisciplinaridade)

B) Maior número de profissionais e centros habilitados a este atendimento

C) Menor custo do tratamento

D) Maior acesso à informações sobre higiene oral e prevenção

### ***Exame Clínico***

Paciente apresenta placa visível? ( ) sim ( ) não

Paciente apresenta gengivite? ( )sim ( ) não

## **Apêndice 2**

Implementação de um protocolo de programa – com uma visão multidisciplinar – educativo e preventivo de atenção primária aos pacientes portadores de necessidades especiais.

Diante das dificuldades em manter a saúde bucal do paciente portador de necessidades especiais, fica claro que o caminho a ser percorrido na busca da melhora de qualidade de vida destes é a prevenção primária das doenças bucais.

Existe uma lacuna muito grande entre a criança especial/família e profissionais e centros habilitados para o tratamento odontológico tanto público como privado. De acordo com a literatura, no primeiro ano de vida do bebê a mãe fica mais motivada a promover a saúde bucal de seu filho e a seguir todas as orientações que lhe são passadas, sendo este o momento adequado para através de palestras ensinar e motivar o hábito da higiene bucal.

Para alcançar este objetivo é necessário um trabalho em conjunto entre os profissionais da área de saúde, médicos, dentistas, psicólogos, fonoaudiólogos, visando um atendimento multidisciplinar. São necessários profissionais capacitados, pacientes e persistentes.

- Capacitação dos profissionais da área de saúde para receberem o bebê especial e sua família.
- O bebê deve ser cadastrado no hospital no momento do nascimento e encaminhado a um Posto de Saúde mais próximo de sua casa, que deverá estar preparado para recebê-lo com toda estrutura necessária para aplicar a prevenção, ou seja, equipes capacitadas, locais que permita ministrar palestras de orientação aos pais sobre saúde bucal, macri para realização do exame clínico e orientações na prática.

- Deverá ser feito o acompanhamento pela equipe de saúde de forma individualizada, levando em consideração as dificuldades da família, e no primeiro ano de vida do bebê o intervalo das consultas não deve ultrapassar três meses.
- Estes Postos de Saúde serão destinados somente à prevenção. Caso haja necessidade de tratamento odontológico a criança deverá ser encaminhada a uma instituição especializada.

Estas sugestões visam uma melhor qualidade de vida do paciente portador de necessidades especiais e seu núcleo familiar de forma a obter-se saúde bucal garantindo-se, desta forma comportamentos de saúde geral.

# **ANEXOS**

## **ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado Responsável:

Essa pesquisa faz parte da dissertação de mestrado que será apresentada para obtenção do grau de mestre em odontologia com área de atuação em Odontopediatria. O objetivo dessa pesquisa é analisar quais são as maiores dificuldades para a realização de cuidados bucais apontadas pelos srs. pais de pacientes Portadores de Necessidades Especiais para manter a saúde de seus filhos. Essa análise será feita através de entrevista – questionários, um questionário com 17 perguntas específicas de dados sócio-econômicos e outro com 30 perguntas sobre a história médica e odontológica do seu filho (a) e será realizado exame clínico para avaliar presença de placa visível e gengivite sem utilização de evidenciador de placa. O exame será realizado com espelho bucal e luz artificial. Após os exames os responsáveis serão orientados sobre os cuidados com a saúde bucal, uma vez que já recebem tratamento nas unidades.

Caso haja necessidade poderá ser realizada documentação fotográfica. As informações são sigilosas e serão manipuladas somente pelos autores da pesquisa. Entretanto, os resultados deste estudo serão publicados em literatura especializada (Revista). Não haverá custos, sendo a participação voluntária, e a qualquer momento você poderá desistir sem qualquer prejuízo para seu filho. Os autores poderão ser contactados a qualquer momento para esclarecimento de dúvidas, ou mesmo o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO, através do seguinte número: (21) 2672-7765 (Sra. Laura). Uma cópia deste documento ficará em seu poder e a outra arquivada pelos pesquisadores.

Atenciosamente,

---

José Massao Miasato

Tel.: 2672-7828

---

Pinkie Seabra Marra

Tel.: 2672-7828

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pelo paciente \_\_\_\_\_ certifico que lendo as informações acima, concordo com o que foi exposto e autorizo a participação do mesmo neste estudo.

Duque de Caxias, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2007.

---

Assinatura do responsável – No documento de identidade



UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO  
 PROF. JOSÉ DE SOUZA HERDY

### **Anexo 3 – Avaliação Sócio-Econômica**

#### **FICHA DE INFORMAÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS DA FAMÍLIA**

**NOME:** \_\_\_\_\_

01 - Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

02 - Idade: \_\_\_\_\_ anos

03 – Escolaridade do chefe da família

( ) Nunca foi à escola / Primário incompleto

( ) Primário completo / Ginásial incompleto ( ) Ginásial completo / Colegial incompleto

( ) Colegial completo / Superior incompleto ( ) Superior completo

( ) 4º. grau completo

04 – Qual o salário médio da família?

( ) menos que o salário mínimo ( ) 1 salário mínimo ( ) 2 salários mínimos

( ) 3 salários mínimos ( ) de 4 a 10 salários mínimos ( ) acima de 10 salários mínimos

06 – A sua casa é: ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Emprestada ( ) Outros: \_\_\_\_\_.

07 – Qual o tipo de sua casa? ( ) Alvenaria ( ) Tábua ( ) Pau a pique com barro

( ) Outro: \_\_\_\_\_.

08 - Quantas pessoas moram, na casa? \_\_\_\_\_ pessoas.

Adultos: \_\_\_\_\_ (acima de 21 anos, completos).

Destes, quantos trabalham com remuneração? \_\_\_\_\_

Adolescentes: \_\_\_\_\_ (dos 12 aos 20 anos, completos).

Destes, quantos trabalham com remuneração \_\_\_\_\_

Crianças: \_\_\_\_\_ ( 0,1 mês a 11 anos completos).

Deste, quantos trabalham com remuneração \_\_\_\_\_.

09 - Quantos cômodos tem sua casa? \_\_\_\_\_

10 - Quantos quartos tem sua casa? \_\_\_\_\_

11 - Na casa tem luz elétrica? ( ) Sim ( ) Não

12 - Na sua casa tem: ( ) TV. Quantas \_\_\_\_\_ ( ) Rádio. Quantos \_\_\_\_\_  
( ) Banheiro Quantos \_\_\_\_\_ ( ) Automóvel. Quantos \_\_\_\_\_  
( ) Empregada Mensalista. Quantas \_\_\_\_\_  
( ) Aspirador de Pó. Quantos \_\_\_\_\_  
( ) Máquina de Lavar. Quantas \_\_\_\_\_  
( ) Vídeo cassete/DVD. Quantos \_\_\_\_\_  
( ) Geladeira. Quantas \_\_\_\_\_ ( ) Freezer. Quantos \_\_\_\_\_

13 - Qual é a fonte da água de abastecimento da sua casa?

( ) pública ( ) poço ( ) carro pipa ( ) chuva ( ) outra: \_\_\_\_\_.

14 - Qual o tipo de despejo da casa?

( ) Público ( ) Fossa ( ) Céu aberto ( ) Outros: \_\_\_\_\_

15- Tem plano de saúde?

( ) Não ( ) Sim

16- Ao adoecer, aonde procura atendimento? \_\_\_\_\_.

17- Tem intenção de mudar de onde mora nos próximo cinco anos?

( ) Sim ( ) não



Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

## Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é, exclusivamente de classes econômicas.

### SISTEMA DE PONTOS

#### Posse de Itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

#### Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário Incompleto	0
Primário completo / Ginasial Incompleto	1
Ginasial completo / Colegial Incompleto	2
Colegial completo / Superior Incompleto	3
Superior completo	5

### CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

## PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

### Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

### Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

### Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

### Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

### Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durante ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

### Aspirador de Pó

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

### Máquina de Lavar

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

### Vídeo cassette e/ ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassette ou aparelho de DVD.

### Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	2 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	3 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	3 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	1 pt

## OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações frequentes do tipo "... conheço um sujeito que é obviamente

classe D, mas pelo critério é classe B..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

## DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA

	Total	Gde.	Gde.	Gde.	Gde.	Gde.	Gde.	Gde.	Gde.	Gde.	
CLASSE	BRASIL	FORT.	REC.	SALV.	BH.	RJ.	SP.	CUR.	POA.	DF.	
A1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
A2	5	4	4	4	5	4	6	5	5	5	9
B1	9	5	5	6	8	9	10	10	7	9	9
B2	14	7	8	11	13	14	16	16	17	12	12
C	36	21	27	29	38	39	38	36	38	34	34
D	31	45	42	38	32	31	26	28	28	28	28
E	4	17	14	10	4	3	2	5	5	4	4

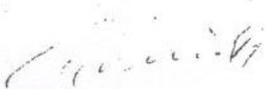
## RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (R\$)
A1	30 a 34	7.788
A2	26 a 29	4.848
B1	21 a 24	2.804
B2	17 a 20	1.889
C	11 a 16	827
D	8 a 10	424
E	0 a 5	207

Duque de Caxias, 16 de maio de 2007

Do: Comitê de Ética em Pesquisa  
Prof. Msc. Darci Dusilek  
Para: Pesquisadora Profª Pinkie Seabra Marra  
Orientador: Prof. Dr. José Massao Miasato

O Comitê de Ética em pesquisa da UNIGRANRIO, após avaliação considerou o projeto (Protocolo 035/2005) "DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS RESPONSÁVEIS PARA MANTER A SAÚDE BUCAL EM PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º 196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

  
Prof. MSc Darci Dusilek  
Coordenador do CEP/UNIGRANRIO